



Innhold:

Leder: Meningsmangel? Av Ola Nordviste	s 3
«Fred er ei det beste, men at man noget vil.» NORSK SELSKAP FOR ALLMENNEMEDISIN 20 ÅR Av Elisabeth Swensen	s 4
Samhandling i helsetjenesten Av Terje Johannessen	s 8
Karl Evang 100 år – en samfunnskritisk (selv)kritikk». UTDRAG AV FOREDRAG, OSLO, 21.10.02 Av Per Fugelli	s 12
Sosial ulikhet – angår det allmennlegen? Av Marit Brekke	s 16
Kan jeg få en resept på progesteronkrem, doktor? Av Jannike Reymert	s 20
KOGNITIV SJØL(SJELE)TERAPI MOT VARTANGST: Hvordan skal jeg klare å leve med legevakter resten av livet Av Irene Øygard	s 22
Legemiddelbehandling og eldre – etiske kontroverser Av Sigurd Sparr	s 24
Turnuslegefordeling Av Anders Swenson	s 27
Faste spalter	s 29

UTPOSTEN

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25

Mobil: 907 84 632

E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50. Faks: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@c2i.net

Helen Brandstorp

Christian VII'sgt. 12, 9012 Tromsø

Tlf. priv.: 77 69 46 91.

Tlf. jobb.: 77 62 60 00

Mobil: 991 52 115

E-mail: helen.brandstorp@unn.no

Tor André Johannessen

Kleistgt. 6, 7018 Trondheim

Tlf. priv.: 73 51 74 66

Tlf. jobb.: 72 55 71 60

E-mail: toran-j@online.no

Ola Nordviste

Hedehaugsvn. 20, 0167 Oslo

Tlf. priv.: 22 60 60 92

Mobil: 481 26 6 88

E-mail: nordviste@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb.: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb.: 61 13 67 50

E-mail: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøen

Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 46

Faks jobb.: 76 11 42 26, Mobil: 916 82 489

E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

Ingvild Menes Sørensen

Prestegården, 7660 Vuku

Tlf.: 74 07 07 08, Mobil: 907 41 034

E-mail: ingmenes@online.no

Forsidefoto: Med tillatelse fra Riksarkivet**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen

Meningsmangel?

I år skal vi feire 400-års jubileum for det offentlige legevesen, og dermed også for det offentlige helsevesen, i Norge. Vår kollega Villads Nielsen (1564–1616) tiltrådte som stadsmedicus i Bergen i 1603. Fire hundre års legeinnsats for helsa – hva har vi bidratt med? Har vi gjort for lite? Skal vi engasjere oss på nye områder? Har vi gjort for mye? Skal vi redusere våre tilbud?

Folkehelsemeldingen ble lagt frem i januar. Den peker på de økende gruppene med langtidssykemeldte og uføretrygdede, mange med uklare medisinske diagnoser. Dette handler i stor grad om livsstilssykdommer. Sosial ulikhet øker og bidrar til at avstanden vokser mellom de med god helse og de med dårlig helse. Mye tyder på at mange av de med dårligst helse også får dårligst behandling.

Angår dette allmenlegen? Hva med samfunnsmedisinen? Kan noen høre legenes stemmer gjalle i debatten? Hvor er Karl Evang? Er det ingen som mener noe, da? Noen av disse spørsmålene tas opp i to artikler av henholdsvis Mette Brekke og Per Fugelli i dette nummer av Utposten.

Rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger er nesten tørket inn. Stadig flere fastleger lurar på om de klarer å stå løpet ut eller om de kommer til å gå på en skikkelig «Brink» (jfr svenskens sprekk i VM-stafetten). Fastlegene opplever et økt forventningspress. Ordningen har fått legene til å fokusere enda mer på individet. Det reduserer legenes overskudd til å engasjere seg i samfunnet rundt seg. Den nedre grense for hva folk forlanger at legen deres skal engasjere seg i senkes stadig. I takt med disse fenomener plages noen kolleger av en økende meningsmangel i jobben sin som primærlege.

Det er ingen som vet bedre enn primærlegene hvordan vanlige folk opplever sin hverdag for tiden. Vi ser daglig hva som skjer når mennesker prøver å stappe mer i hverdagskofferten sin enn den rommer. Kofferter revner rundt oss. Men mener vi noe særlig om det?

Også legenes kofferter er fulle. Milde ønsker og beinharde krav fra oss selv og pasienter fyller opp kofferter og bøtter og spann. Den allmennmedisinske bøtten har som kjent rent over lenge. Nå begynner vel ikke den allmennmedisinske kofferten å revne også? Hvis så, bør leger gå foran sine slitne pasienter og vise vei til løsninger.

Skal vi ikke tømme vår egen koffert for alt det som ikke må være der? Sette grenser for tilgjengelighet og arbeidstid? Ikke gjøre noe med alle bestillinger? Skrelle vekk alt det samfunnsmedisinske arbeid som ingeniører, næringsmiddelkonsulenter og miljøteknikere gjør bedre enn oss? Så beholder vi de oppgaver der vi som leger er bedre enn andre. Vi har tatt på oss for mye – både innenfor allmennmedisin og samfunnsmedisin!

Artiklene til Brekke og Fugelli berører også noen av disse spørsmålene. De minner oss om gamle legehøvdinger med meningers mot, men artiklene viser også at noen av dagens norske leger har klare meninger. De viser oss spennende sider av primærmedisinen der samfunnet kan ha nytte av leger som finner god mening med sine oppgaver i primærmedisinen.

Vi i Utposten-redaksjonen vil gjerne bidra til å redusere meningsmangelen i norsk primærmedisin. Vi oppfordrer deg til å mene noe – gjerne gjennom Utposten.

Ola Nordviste

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

“Fred er ei det beste, men at man noget vil”

NORSK SELSKAP FOR ALLMENNEMEDISIN 20 ÅR

AV ELISABETH SWENSEN



FOTO: JØRGEN GOMMEL

Anna Stavdal og intervjueren går for de høye smørbrødene. Og en skvett hvitvin. Det er tross alt dagen etter den ekstraordinære generalforsamlingen i Legeforeningen der man diskuterte forholdet mellom sentralstyret og generalsekretæren. Det rister i foreningens grunnvoller. En mektig organisasjon med store indre spenninger er i bevegelse. NSAM skrek friskt da det ble født i 1983, og har siden talt med en særegen og tydelig stemme. Den lar seg ikke bringe til taushet. Det er ikke tilfeldig at Anette Fosse, abdisert sentralstyremedlem og målbærer av en kross kritikk av Legeforeningens kultur og indre makt-bruk, startet sin interne karriere i NSAM.

Men vi skal ikke reparere med Chablis eller forfalle til nostalgi her vi sitter. Det er da vitterlig mer «dagen før» enn «dagen derpå»! Legeforeningen skal omorganiseres. Det foreliggende forslaget fra organisasjonskomiteén gir håp om en tydeligere rolle og økt status for spesialforeningene (i forslaget kalt medisinske foreninger). NSAM har nylig gjennomført en faglig-ideologisk tenke-og skrivedugnad (manifestert i «de syv tesene», se ramme) og står godt rustet til å gå inn i den rollen. Men først må forslaget bli vedtatt.

Jubileumsintervju er en egen genre. «Vegvalg og utfordringer» står det på blokken min som et utgangspunkt. Formatet er en uformell samtale mellom intervjueren, NSAMs første leder (den gang het det formann) og daværende professor i allmennmedisin Christian F. Borchgrevink, og nåværende leder og allmennlege i Oslo Anna Stavdal. Vi møtes som seg hør og bør til en tidlig lunsj på Theatercaféen. Heter det ikke Norsk selskap for allmennmedisin, kanskje? På bordene rundt oss er det mye pene bluser over høye smørbrød og stettglass. Christian F. Borchgrevink stiller i knickers og treningsoverdel. Han tilhører den etter eget utsagn privilegerte gruppen som nipper til pensjonisttilværelsen. I tillegg til å drive egen allmennpraksis med god tid til pasientene («jeg er mye i sykebesøk»), er han tilsynslege ved rehabiliteringsavdelingen på Madsrud sykehjem. Nå vil han ha ett rundstykke med ost og en kaffekopp. Det er så vidt han har tid til å bli intervjuet.



FOTO: JØRGEN GOMMEL



Man kan egentlig ikke trekke noe skarpt skille mellom fag og politikk.

ES: Det har vært mye snakk om fag og politikk i det siste....

CB: Man kan egentlig ikke trekke noe skarpt skille mellom fag og politikk. De skarpe diskusjonene innad i Legeforeningen rundt opprettelsen av et faglig selskap og rollen NSAM senere har spilt viser jo at mange – kanskje de fleste – faglige spørsmål har politiske implikasjoner. Utdanning og forskning er arenaer der dette er svært tydelig. «Alt er politikk» sier man jo. Likevel tror jeg det er viktig å ha et eget miljø for fagutvikling der kortsiktige økonomiske egeninteresser ikke legger føringer for hvordan man skal tenke.

AS: Det er mye forvirring om begreper her. Leger glemmer ofte at de ikke er alene om å beskrive virkeligheten. «Politikk» er et begrep lånt fra statsvitenskap og betyr egentlig læren om staten. Det er klart NSAM driver med politikk i den forstand at vi vil påvirke de beslutninger som blir tatt som angår legene og medisinfaget. I de debattene som har vært ført om fag og politikk innad i Legeforeningen, blir det ofte satt likhetstegn mellom politikk og fagforeningsinteresser. Jeg tror det er strategisk klokt å stille spørsmål om hvem som er oppdragsgiver og deretter fordele oppgaver: Hvilke oppdrag skal fagforeningen ha? Hvilke hører hjemme i de medisinske foreningene? Slik jeg ser det er fagforeningens jobb å sikre medlemmene gode arbeidsvilkår, de medisinske foreningene skal utgjøre et faglig sterkt miljø som kan gi kvalifiserte råd.

ES: Si litt om å være NSAM i Den norske Lægeforening.

CB: Jeg er glad for at NSAM ble opprettet i og ikke utenfor Legeforeningen. Vi er et lite fagmiljø med grunnleggende felles interesser. Debatten i forkant av selskapets dannelse

var uttrykk for reel uenighet. Det var en opphetet stemning, men uten at vi forskanset oss i fiendtlige posisjoner. Man må fastholde en velvillig tolkning så langt det går.

AS: Jeg er ikke uenig i det, men må samtidig si at jeg tror klimaet har endret seg i løpet av de 20 årene vi snakker om. Det må i alle fall delvis forstås som en logisk konsekvens av at de ytre rammevilkårene i samfunnet er endret, økonomisk og politisk. Jeg opplever at diskusjonene innad i Legeforeningen – og her menes ikke individuelle samtaler mellom kolleger, men selve foreningskulturen – dessverre ikke er preget av en åpen og fordomsfri atmosfære. Du snakker om en velvillig tolkning, Christian. Jeg fornemmer oftere koder og snubletråder som gjør det vanskelig å bevege seg. Det er mye man burde ha snakket åpent om som blir uenevnelig.

ES: John Nessa sa under Primærmedisinsk uke i fjor at NSAM har skapt faget allmennmedisin. Jeg ser for meg en dynamikk mellom akademi og praksis i denne skapelsesprosessen. Hvordan ser dere på det?

CB: NSAM sprang jo ut av et relativt ungt og entusiastisk akademisk allmennmedisinsk miljø. Kritikerne var bekymret for at selskapet skulle forbli en klikk rundt instituttene og ikke greie å nå ut til «vanlige» allmennpraktikere. Slik jeg ser det i dag er det nesten omvendt. Referansegrupper og ildsjeler blant praktikerne er de som har markert seg. Jeg synes instituttene har spilt en tiltagende perifer rolle i de sakene NSAM har vært opptatt av. Det er også påfallende lite engasjement fra akademiet i den pågående debatten om Legeforeningens fremtid. Jeg har lyst til å si at jeg

synes det er fantastisk hva NSAM har fått til, og jeg synes det er synd at instituttene ikke ser ut til å se den betydningen fullt ut.

AS: Jeg tror jeg vil driste meg til å si at NSAM antagelig er mer nødvendig for instituttene enn omvendt. Vitenskapen – det som blir skapt og tenkt i akademiet – må løftes ut og gis legitimitet i praksis. I de andre spesialitetene er det en geografisk nærhet mellom forskning og praksis ved at man er samlokalisert i universitetssykehusene. Vi må finne andre måter å sikre kontakten på. NSAMs referansegrupper er en ideell arena for den slags. Når det er sagt må jeg likevel fremheve Allmennmedisinsk forskningsutvalg som et godt eksempel på samarbeid mellom miljøene innen forskning og praksis.

ES: Er NSAM for alle eller for en faglig elite?

AS: NSAM er selvsagt for alle. Men det er ikke gitt at alle vil føle seg hjemme der. Det avhenger vel av hva man har med seg inn av forventninger og egne ressurser. Alle organisasjoner har sin form, sin dannelse om du vil. Jeg vet at man har kritisert oss for å være eksklusive. Mye kan nok fortsatt gjøres for å få folk til å føle seg velkomne. I sin tid var «fornavnskulturen» veldig tydelig. Da er det vanskelig for nye å orientere seg. Vi har jobbet mye for å rette på det.

CB: Fra starten av var vi jo det som må kalles elitistiske, men vi kom raskt opp i ca. 400–500 medlemmer som opplevde seg i målgruppen. Derfra gikk det tyngre. Jeg husker at jeg fant det nødvendig å eksplisitt formulere følgende:

Vitenskapen – det som blir skapt og tenkt i akademiet – må løftes ut og gis legitimitet i praksis.



NSAMs rolle er fagutvikling, og fagkritikk

«De som har lyst til å være medlemmer skal i alle fall føle seg velkomne!» I det ligger jo også en erkjennelse av at ikke alle nødvendigvis har lyst.

AS: Ja, jeg tror det er en styrke for NSAM også i fremtiden at medlemskapet er frivillig. Det å melde seg inn i NSAM er uttrykk for et faglig engasjement og ønske om tilhørighet. I det store og hele mener jeg at «klikk»-stempelet er noe som urettmessig blir brukt mot oss av de som egentlig kritiserer våre standpunkter. NSAMs rolle er fagutvikling, også fagkritikk. Vi er en tenkende organisasjon og tilstreber ikke en blind matematisk «representativitet». Tillit og legitimitet i fagmiljøet er vår basis.

ES: I globaliseringens tidsalder: Beskriv NSAM i verden. Blir det mye kanapéeer og mindre fag?

CB: Nei. Jeg synes NSAM har plassert seg riktig i verden i den forstand at vi har bidratt der vi har deltatt. Det er et viktig kriterium. I europeisk sammenheng har vi vært svært aktive i de gruppene som har vært etablert.

AS: Internasjonal kontakt tjener jo også som et spill for oss selv. Jeg føler at vi blir lyttet til med respekt der vi deltar. Dette siste året arrangerte Norge den Nordiske kongressen som holdes hvert annet år. Det var et veldig vellykket arrangement, ikke bare morsomt men meningsfylt. Norden er en arena der samarbeidet nå fungerer veldig godt, blant annet uttrykt ved økende interesse for vårt felles tidsskrift *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.



FOTO: BJØRGEN GOMMEL



FOTO: JØRGEN GOMMEL

...når det gjelder NSAMs egen utvikling er jeg i grunnen bare begeistret og stolt.

ES: En liten oppsummering av gleder og bekymringer etter 20 år med NSAM...

AS: Jeg er mest fornøyd med at NSAM leverer god tenking på viktige områder, ikke bare for allmennmedisin men for faget som helhet. Stikkord her er risiko, kunnskap om kunnskap og prinsipper for fagutøvelse slik de kommer til uttrykk i plakaten vår. Jeg vil også si at jeg er stolt av at NSAM greide å lansere en offensiv strategi på et tidspunkt da faget var nede i en bølgedal for noen få år siden. Minst glad er jeg for den delen av debatten om NSAMs rolle som har fått karakter av en slags «krig». Jeg har forsøkt etter beste evne å sette navn på noen overmodne problemer og etterlyse klare ansvarsforhold innad i Legeforeningen. Den debatten ble ikke slik jeg håpet – så langt.

CB: Jeg er enig med Anna Stavdal når det gjelder det siste, debatten og internkulturen i foreningen. Det er det som bekymrer meg mest. Så er jeg som sagt skuffet over akademiet, deres fjernhet i forhold til mye av det som rører seg akkurat nå. Men når det gjelder NSAMs egen utvikling er jeg i grunnen bare begeistret og stolt. Jeg har lyst til å trekke frem handlingsprogrammene for blodtrykk og diabetes. Og publiseringsutvalget.

Og her må Christian F. Borchgrevink gå. Han skal på ski. Intervjueren må ha en røyk. NSAMs leder tar seg et glass hvitvin til. Fremtiden er lys.

7 teser for allmennmedisin

En oppsummering av NSAMs tenkedugnad 2000–2001

Vår samtid anno 2001 preges av økende muligheter for medisinsk behandling, men også av kommersialisering og medikalisering, rettighetstenkning og økt forbrukerbevissthet. En ny beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal

- klargjøre legens ansvarsområder
- fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter
- gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning
- skape realistiske forventninger til helsetjenesten
- sikre faglig identitet og trygghet for legen.

1. Hold lege-pasientforholdet i hevd!

Allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktige er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

2. Gjør det viktigste!

Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

- fortolker av pasientens symptomer og plager; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke
- veileder og lærer; hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres
- vitne og ledsager; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

3. Gi mest til dem som har størst behov!

Forventningene til allmennmedisin overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader; hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

4. Bruk ord som fremmer helse!

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisin skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

5. Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

6. Beskriv praksiserfaringene!

Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

7. Ta ledelsen!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekontoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

Samhandling i helsetjenesten

AV TERJE JOHANNESSEN

Flere offentlige helseutredninger har konkludert med at samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten er for dårlig. Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten var en av de prioriterte oppgavene som Forum for organisasjonsutvikling i sykehussektoren jobbet med. Forumet ble opprettet som en oppfølging av Steine-utvalgets utredning om intern organisering og ledelse i sykehus – NOU 1997:2 «Pasienten først!» Nå er forumet lagt ned, og de regionale helseforetakene har fått ansvaret.

Mangelfullt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehus er et globalt fenomen. De to nivåene i helsetjenesten fungerer alt for mye som parallelle virksomheter, der kommunikasjonen er tilfeldig og ufullstendig, og ressurser gjerne brukes dobbelt opp. Pasientene opplever mangelfull overføring av medisinske data fra et behandlingsledd til et annet, forvirrende informasjon, lange ventetider, travelhet og helsepersonell som klager på hverandre. De føler seg utrygge. Tradisjonelt har man forsøkt å løse disse problemene med å øke ressursene på sykehussiden, noen ganger i primærhelsetjenesten, men i liten grad har myndighetene fokusert på tiltak som fremmer helhetlige løsninger.

Mangelfull kjennskap til hverandres arbeidssituasjon gjør det vanskelig å samhandle. Stadig mer spesialiserte sykehusleger vil gjerne rydde plass til mer avansert medisin gjennom å overlate en del av sine oppgaver til allmennlegene. Men allmennlegene har verken tid, ressurser eller kompetanse til å ta på seg enda flere oppgaver.

Hvilken helsetjeneste vil vi ha?

Både helsetjenesten selv og våre politikere har fastsatt helsepolitiske mål som tilsier en helt annen samordning av helsetjenesten enn det vi ser i dag:



Terje Johannessen

52 år gammel. Allmennpraktiserende lege i Trondheim 1978-98. Deltok i Gastrogruppen Trondheim, et forskningssamarbeide mellom gastroenterologer og allmennleger, 1980-92. Professor i allmennmedisin ved NTNU fra 1993. Deltok aktivt i omleggingen av medisinstudiet i Trondheim og var ansvarlig for lege-pasient-kurset som går over to år. Sentral i etableringen av Nidaroskongressen. Var leder for Senter for samhandling i Sintef Unimed 1997-2000. Har deltatt i planleggingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim. Redaktør av Norsk Elektronisk Legehåndbok siden 1996.

- En mer helhetlig og samhandlende helsetjeneste
- Høyere kvalitet og mer likeverdige medisinske tilbud
- Bedre ressursutnyttelse og utføring av oppgaver på laveste effektive omsorgsnivå
- En serviceinnstilt helsetjeneste
- Informerte pasienter som deltar i de medisinske beslutninger

Utfordringer

Manglende eller tilfeldig kontakt mellom nivåene og aktørene er en av de sentrale utfordringene i dagens helsetjeneste. I forbausende liten grad finnes et organisert samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten og i forvaltningen. Det er heller ikke tilfredsstillende kommunikasjon mellom de ulike profesjonene i helsetjenesten.

Kontakten mellom primærleger og sykehusleger er stort sett basert på personlige bekjenskaper og lokale ildsjeler. Utveksling av informasjon om hvordan man tenker seg samarbeid, er ofte preget av enveis kommunikasjon, og da gjerne fra sykehuset til primærlegene. En del av kommunikasjonen oppleves av primærlegene som direktiver fra sykehuset om hvordan primærlegen skal forholde seg – f.eks. gjennom endring av rutiner, skifte av skjemaer, stengning av avdelinger. Denne situasjonen oppleves provoserende.

Kontakten mellom nivåene i forvaltningen, kommune og stat (tidligere også fylkeskommunen) er også utilfredsstillende. Etter den statlige overtakelsen av sykehusene kunne

man håpe på en bedring, men så langt er det få tegn til det. Planlegging og ressursbruk i de to nivåene er dårlig koordinert og bidrar til at tilbudene fra de to tjenestenivåene på mange områder ikke er tilpasset hverandre. Altfor mye baseres på tilfeldigheter, og det savnes en kontinuerlig dialog om felles løsninger.

Pasientens perspektiv

Forskjeller i faglig kvalitet på det arbeidet leger og annet helsepersonell gjør, fører til ulikheter i helsetilbudet til pasientene. Uklare grenseoppganger mellom nivåene gjør at noen allmennleger er (for) raske med å henvise, andre er (for) sene. Noen henviser mange pasienter, andre få. Tilsvarende ser man ved sykehusenes poliklinikker at enkelte leger eller spesialiteter driver en betydelig kontrollvirksomhet av pasienter som allmennlegene kunne håndtert, med derav følgende kapasitetsproblemer og økt ventetid for nye pasienter.

Pasientene opplever at vi i Norge har to atskilte helsetjenester. Når behandlingen overføres fra allmennlegen til spesialisten/sykehuset, må man stille seg i en ny kø, sykehistorien må gjenfortelles, nye prøver og undersøkelser må utføres.

Helsepersonell informerer for dårlig. Særlig forsømmes opplæring av pasienter med kroniske sykdommer eller risikotilstande. Kunnskap kunne bidratt til at pasienter tok større ansvar for egen helse, og de ville føle økt trygghet. I stedet trekkes pasientene inn i et sterkt avhengighetsforhold til legene og med et høyt forbruk av legetjenester.

Under sykehusopphold er mange, både leger og annet helsepersonell, involvert i utredning og behandling av pasienten. Informasjon kan for pasienten oppleves forvirrende og kanskje motstridende, siden den kommer fra ulike personer. I tillegg er pasienten i en mental og fysisk tilstand som gjør vedkommende lite mottakelig for informasjon. En viktig konsultasjonstype i allmennpraksis er derfor pasienter utskrevet fra sykehus som kommer for å få vite «hva skjedde på sykehuset? hva mente de?».

Allmennlegens perspektiv

Siden allmennlegen skal forholde seg til hele det medisinske fagfeltet, er faglig oppdatering en utfordring. Gammel kunnskap forvitrer, ferdigheter som anvendes sporadisk taper seg, ny kunnskap og informasjon strømmer på. Og pasienter og spesialister forventer at allmennlegen til enhver tid er oppdatert, klarer å tilegne seg den nye kunnskapen og endrer sin kliniske atferd.

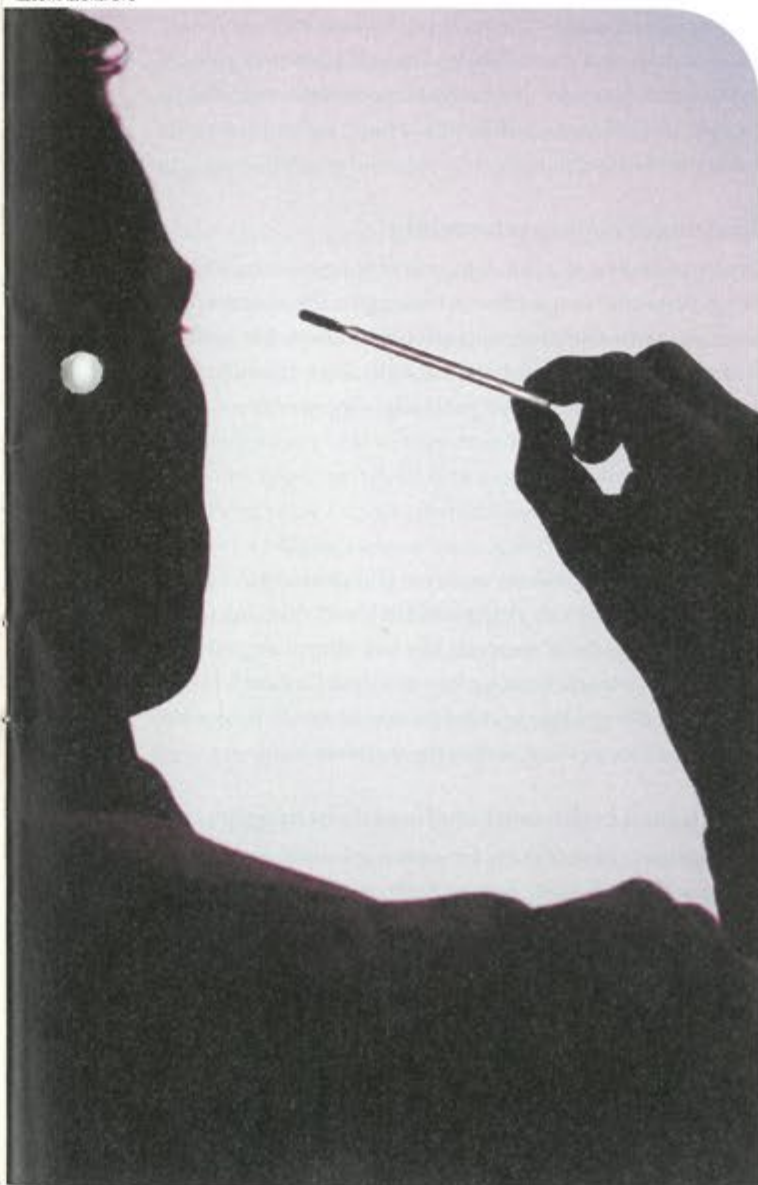
Allmennmedisinske retningslinjer bestemmes ofte av spesialistene, uten at allmennlegene involveres. Det oppleves provoserende og frustrerende fordi beslutningene kan være urimelige, uforenlige med allmennpraksis eller de medfører administrativt ekstraarbeid.

Allmennlegen arbeider alene med sine pasienter. Mange av oss er lite flinke til å innhente råd fra kolleger på legesenteret. Denne isolerte tilværelsen gjør at uheldige arbeidsvaner og mangler i det kliniske arbeidet kan få utvikle seg uten at noen gjør legen oppmerksom på det. Faglig underlegenhet i forhold til spesialister, som jo er naturlig, kan for mange bli en barriere for å ta kontakt, fordi man ikke ønsker å vise sin «uvitenhet».

Ventetider på sykehus og poliklinikker skaper problem for allmennlegen når pasienten må henvises videre. Særlig gjelder det i situasjoner hvor allmennlegen mener det haster. Selv om telefonisk kontakt ofte kan løse slike problemer, kan det være vanskelig og tidkrevende å spore opp ansvarlige personer på sykehuset som kan gi råd eller ta raske beslutninger. Fritt sykehusvalg med upålitelige oversikter over ventetider gjør dette ekstra vanskelig.

Sen utsending av epikriser er ofte et problem. Pasienter kommer til kontroll eller det oppstår komplikasjoner etter

ILLUSTRASJONSFOTO



utskrivelsen, og allmennlegen mangler informasjon om hva som har skjedd og hva som bør gjøres videre. Ofte blir resultatet en ny og kanskje unødvendig innleggelse. Epikrisens utforming kan også være en kilde til irritasjon. Den er utformet for å dekke avsenders og i mindre grad mottakers behov. Råd om videre oppfølging, kontroller, råd og klinisk veiledning kan mangle.

Tidspress rir allmennlegene som en mare. Oppgaver og forventninger fra pasienter, trykdeverk, sykehus og helsetilsyn gjør at tiden ikke strekker til. Pasienter går oftere til lege enn før, de presenterer flere problemstillinger og de forventer at legen løser deres problem straks. Legen kommer på defensiven og må konsentrere seg om å effektivisere «bestillingen». Et langsiktig og planmessig perspektiv på kontroller, forebyggende tiltak og journalføring må skyves til side for å oppfylle dagens bestilling. Særlig pasienter med kroniske og kompliserte problem får et mangelfullt tilbud.

Sykehusets perspektiv

Sykehusene observerer stor variasjon i kvaliteten på allmennlegenes arbeid, særlig gjennom henvisningene. Terskelen for henvisning varierer betydelig fra allmennlege til allmennlege fordi legene selv fastsetter kriteriene for henvisning. Sykehusene belastes med trivialiteter, andre ganger henvises pasienten for seint. Annenlinjetjenesten har ingen kultur på å gi kritiske tilbakemeldinger. Det er også vanskelig å returnere henvisninger fordi det er tredjepart, pasienten, som rammes. Dette gjør det krevende å korrigere allmennlegenes henvisningspraksis.

Misnøye med henvisninger skaper irritasjon, frustrasjon og merarbeid. Noen henvisninger er så upresise at sykehuslegen ikke fatter hva bestillingen er. Henvisninger kan være ufullstendige og viktig informasjon kan mangle. Med dagens elektroniske pasientjournaler i allmennpraksis kan henvisningen med «klipp-og-lim»-metoden bli så omfattende at det blir en tidkrevende jobb å finne ut hva problemstillingen er. Andre ganger er sykehuslegen uenig i at pasienten i det hele tatt blir henvist.

En del pasienter krever vedvarende oppfølging av allmennlegen etter at sykehuset har avsluttet sin behandling. Denne overføringen av ansvar svikter enkelte ganger. Det kan også være slik at allmennlegens oppfølging er vilkårlig og uten plan, slik at behandlingen blir dårligere og pasientens tilstand forverres. Det er vanligvis ingen tilbakereportering til sykehuset om hvordan det går med pasienten. Mistro til allmennlegens kompetanse gjør at sykehusleger noen ganger vegrer seg for å overføre ansvar for pasienter til allmennlegene

Sykehusavdelingene kan ha vansker med å få fatt i allmennlegen. I situasjoner hvor man trenger ekstra opplysninger eller ønsker å gi spesiell informasjon, kan det by på problemer å få gitt slik informasjon direkte til allmennlegen.

Administrasjonens perspektiv

Dårlig kontakt mellom sykehus og kommuner medfører at planlegging av helsetilbud kun skjer innenfor eget nivå. Tiltak fra det andre nivået, sykehuset eller kommunehelsetjenesten, som kommer på tvers av egen planlegging, skaper frustrasjon. Erkjennelsen av gjensidig avhengighet er mangelfull. Presset på spesialisthelsetjenesten påvirkes av hvordan primærhelsetjenesten løser sine oppgaver og vice versa.

Kliniske miljø tenderer til å «planlegge» uten at forvaltningen inviteres med. Krav fra klinikerne vil kunne oppleves provoserende fordi det ikke er rom for tiltakene på budsjettene, tiltakene er i konflikt med administrasjonens planer og tiltakene vil kunne kreve organisatoriske endringer.

Det mangler verktøy til å måle og evaluere effekten av administrative og organisatoriske tiltak. Når da i tillegg kontakten med det andre nivået (sykehuset/ kommunehelsetjenesten) er tilfeldig, uteblir utforming og vurdering av helhetlige løsninger.

Endringer i oppgavefordeling

Ny kunnskap og ny teknologi endrer oppgavene og forskyver grensene for hva medisinen kan gjøre. Økende spesialisering gjør at stadig færre leger på sykehusene har generalistkompetanse. Planlegging av helhetlige løsninger for pasientene blir tilsvarende vanskelig. Oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten. Det stiller strengere krav til overføring av informasjon og kompetanse i førstelinjen.

Som en reaksjon på dette opplever allmennlegene at grensen er nådd for hva de skal gjøre. De klarer ikke å ta unna. Viktige helsepolitisk spørsmål blir hva allmennlegene skal bruke sin kompetanse på, og hva skal de ikke gjøre? Hvem kan f.eks. allmennlegene delegerer oppgaver til? Er det aktuelt å la andre profesjoner overta oppgaver?

Tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten

Holdningsendringer er en forutsetning for å kunne oppnå samhandling i helsetjenesten. Kulturelle skiller må rives ned, det må skapes en dialog basert på likeverd og involvering. Vi må i høyere grad erkjenne at helsepersonell har et



Kliniske miljø tenderer til å «planlegge» uten at forvaltningen inviteres med. Krav fra klinikerne vil kunne oppleves provoserende fordi det ikke er rom for tiltakene på budsjettene, tiltakene er i konflikt med administrasjonens planer og tiltakene vil kunne kreve organisatoriske endringer.

Det mangler verktøy til å måle og evaluere effekten av administrative og organisatoriske tiltak. Når da i tillegg kontakten med det andre nivået (sykehuset/ kommunehelsetjenesten) er tilfeldig, uteblir utforming og vurdering av helhetlige løsninger.

Endringer i oppgavefordeling

Ny kunnskap og ny teknologi endrer oppgavene og forskyver grensene for hva medisinen kan gjøre. Økende spesialisering gjør at stadig færre leger på sykehusene har generalistkompetanse. Planlegging av helhetlige løsninger for pasientene blir tilsvarende vanskelig. Oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten. Det stiller strengere krav til overføring av informasjon og kompetanse i førstelinjen.

Som en reaksjon på dette opplever allmennlegene at grensen er nådd for hva de skal gjøre. De klarer ikke å ta unna. Viktige helsepolitisk spørsmål blir hva allmennlegene skal bruke sin kompetanse på, og hva skal de ikke gjøre? Hvem kan f.eks. allmennlegene delegerer oppgaver til? Er det aktuelt å la andre profesjoner overta oppgaver?

Tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten

Holdningsendringer er en forutsetning for å kunne oppnå samhandling i helsetjenesten. Kulturelle skiller må rives ned, det må skapes en dialog basert på likeverd og involvering. Vi må i høyere grad erkjenne at helsepersonell har et

felles ansvar for pasientene – våre forutsetninger er forskjellige men komplementære, og vi må akseptere at endringer er nødvendige. Slike endringer krever en arena for samarbeid der fagre ord omsettes til handling.

Vi snakker varmt om et helhetlig perspektiv på et pasientforløp. Men hvordan sikrer vi at pasienten opplever sitt møte med helsepersonell på ulike steder og i ulike profesjoner, som et møte med én tjeneste? For å bedre samhandlingen mellom sykehuset og primærhelsetjenesten bør det etableres en tverrfaglig organisasjon av praksiskoordinatorer, dvs. klinikere fra sykehuset og fra primærhelsetjenesten. Deres oppgave vil være å analysere dagens samarbeid mellom nivåene, identifisere områder der samarbeidet er for dårlig, foreslå tiltak og være inspiratorer og pådrivere for de nødvendige endringer.

Danskene har innført dette systemet ved samtlige sykehus. Ordningen er innført noen steder også i Norge, men ordningen burde være obligatorisk med sikker finansiering, dvs. som en fast budsjettpost, for å unngå nedleggelse som følge av manglende «prosjektmidler». Ordningen må kombineres med et administrativt kontaktråd og et overordnet faglig samarbeidsutvalg. Kontaktrådet bør bestå av representanter fra regionale og lokale helseforetak, kommunene, fylkeslegeetaten, trygdeverket, legene, omsorgstjenesten, rehabiliteringstjenesten og eventuelt andre. Kontaktrådet bør ha det overordnede ansvaret for å foreslå organisatoriske og budsjettmessige tiltak.

Avdelingsoverlege/klinikkledelse og kommuneoverlegenivået bør etablere et eget samarbeidsutvalg som møtes jevnlig. Deres oppgave vil være å omsette i praktisk handling de forslag som praksiskoordinatorene utarbeider innenfor henholdsvis sykehuset/helseforetaket eller kommunehelsetjenesten. Eventuelle konflikter bør også håndteres på dette nivå.

Som følge av ny kunnskap, ny teknologi og endrede prioriteringer er helsetjenesten i konstant forvandling. Ressursene er begrensede, og vi ser en sterkere statlig styring av ressursbruken. Dette vil få konsekvenser for oss alle. Det er ikke gitt at dagens kompetansekrav er tilstrekkelige til å løse fremtidens oppgaver på legekontoet. Viktige utfordringer vil være kompetanseforskyving og delegering av oppgaver mellom helsepersonell.

Opplæringstiltak for pasientgrupper vil være et annet prioritert område. Økt kjennskap til sykdommen og økt kunnskap om hva man kan gjøre selv som pasient, kan gi tryggere pasienter, bedre behandling, færre komplikasjoner og økt motivasjon for å etterleve de råd som blir gitt av helseperso-

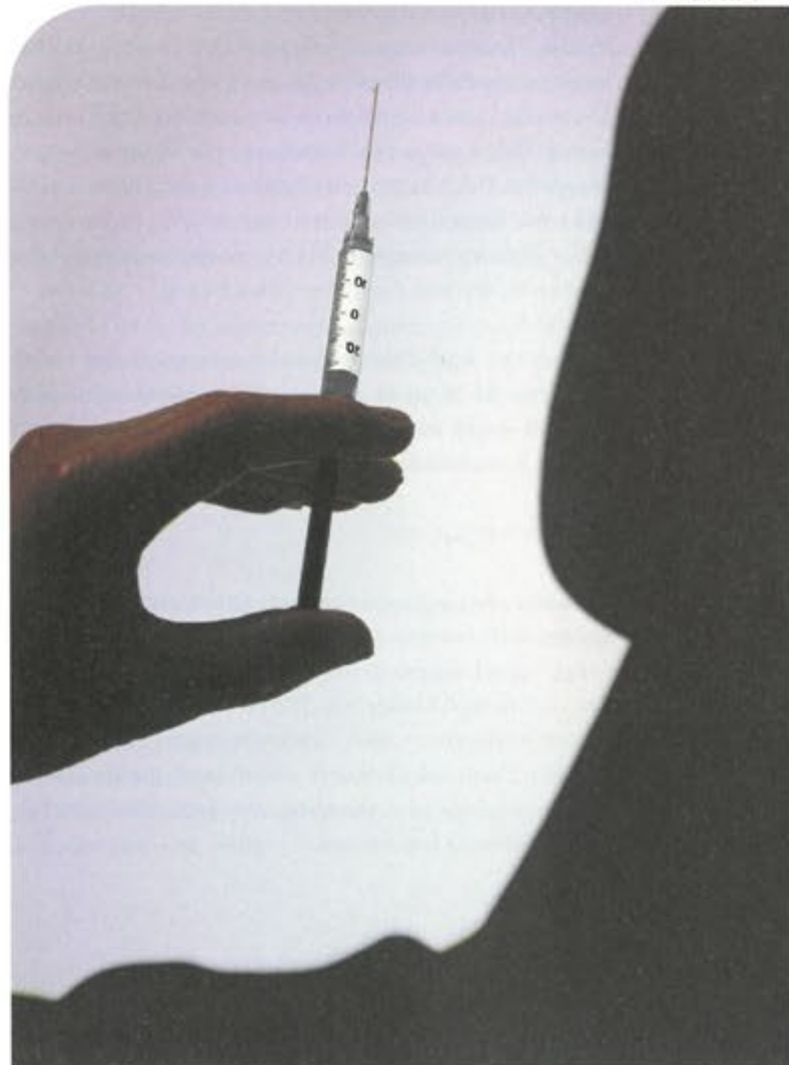
nell. Det er viktig at denne undervisningen blir gitt av dem som har det langsiktige ansvaret for oppfølgingen av pasienten. Undervisere bør være personell som pasienten kjenner, og som pasienten kan ta kontakt med når usikkerhet og problemer melder seg. Slik undervisning bør derfor fortrinnsvis gis av personell som arbeider ved legekontoet, på helsestasjonene, i hjemmesykepleien og ved sykehjemmene.

Innføringen av datateknologi har ført til en stille revolusjon i norsk allmennpraksis og har medført effektivisering av rutiner, større sikkerhet i prosedyrer og forbedret kvalitet på ulike tjenester. Neste steg i denne utviklingen er vi midt oppe i med utbyggingen av helsenett og økende utveksling av helsedata. Danske erfaringer har vist at innføring av IT har vært en katalysator for samhandling i helsetjenesten. Men innføringen av nettbaserte tjenester må ikke skje over hodet på oss. Som klinikere må vi være med å sikre at vi får IT-tjenester som fremmer og ikke hemmer vår virksomhet. Praksiskoordinatorordningen bør bli en arena for brukerstyrt utvikling av kliniske IT-verktøy.

Et nasjonalt kompetansesenter for samhandling?

Skal vi satse mer på samhandling i helsetjenesten, trengs et eget kompetansesenter. Et senter som utvikler ekspertise innenfor området, og som kan bli den faglige drivkraften i arbeidet med å bedre samhandlingen.

ILLUSTRASJONSFOTO



Karl Evang 100 år

en samfunnsmedisinsk (selv)kritikk

UTDRAG AV FOREDRAG GITT I OSLO 21.10.02 I ANLEDNING HANS 100-ÅRS DAG

AV PER FUGELLI

Formynder og frigjører

Hvordan ville Karl Evang diagnostisert Pasienten Norge hvis han var her, ung, vital med sitt verdigrunnlag nå, i år 2002?

Karl Evangs personlige, medisinske og politiske liv var styrt av et dominant *frihetsgen*. Formynderi, sentralstyring, like- retting javel, men bak Ordning-muss-sein-masken, aner vi den frie radikaler, anarkisten som har disiplinert seg, poeten som har rasjonalisert seg. Min hypotese er at de lett stalinistiske bildene ettertiden fremkaller av Karl Evang, er over- fladiske. Samfunnsstyring, ekspertsystemer og kollektive løsninger var tidsbestemte redskaper i arbeidet med å bygge Det norske hus som igjen skulle skape rom for Det frie men- nesket. Bak Evangs proklamasjoner om likhet er lengsel etter frihet. Bak hans prioritering av fellesskap skimter vi re- spekt for hin enkelte. Under hans tendens til ensretting ulmer glede ved mangfold. Jeg tror Evangs fundamentalis- tiske verdi, den som drev selve verket Evang, – var frihet.

Politisk var Karl Evang en frihetsskjemper i den sosial- demokratiske hundreårskrigen som hadde til mål å sette menneskene fri fra kapitalismens økonomiske undertryk- king og fra kristendommens åndelige tvang.

Han ville kanskje sagt:

Friheten er her, jeg hadde nær sagt som et gen i mennesket, som en drift i menneskeheten. Men motkreftene som be- tvinger og sykeliggjør er her også. De må samfunnsmedisi- nen være med på å bekjempe. Hvis frihet gir helse, må sam- funnsmedisineren, som mikrobiologen identifiserer bakterier, som toksikologen identifiserer giftige stoffer, på samme måten må samfunnsmedisineren identifisere hel- sens og frihetens fem fiender:

Per Fugelli

Per Fugelli er født i Stavanger i 1943. Han har vært distriktslege i Lofoten og i Finnmark i 6 år. I årene 1984–1992 var han professor i all- mennmedisin ved Universitetet i Bergen. Fra 1992 er han professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo.

Både i forskning og undervisning er han opptatt av hvordan fordeling av makt og goder i samfunnet påvir- ker menneskenes helse. Det dreier seg ikke bare om makt og goder i økonomisk forstand, men også om fordeling av verdier som trygghet, frihet og verdighet. Hans siste bi- drag til en modernisert sosialmedisin er boken Rød resept. Essays om perfeksjon, prestasjon og helse.



1. Krig

Arbeid mot krig er folkehelsearbeid av første orden (1).

Krig ødelegger helse:

- Ved å drepe og lemleste
- Ved å føre folkeslag inn i verdens farligste epidemi hvor smittestoffene heter: Frykt og hat.

2. Kapitalisme

Kapitalismen stjeler helse og frihet både fra sine tapere og sine vinnere. Kapitalismen legger menneskene i lenker. Hos noen er lenkene av armod, hos andre er lenkene av rikdom. Den rådende kapitalistiske verdensorden hol-



FOTOSERIE: MED TILLATELSE FRA RIKSARKIVET



der grupper og land nede i fattigdom (2). Fattigdom og sykdom er samme dom (3,4). Men kapitalismen sårer også sine seiersherrer med prestasjonssykdommer, perfektjonssykdommer, for-mange-ting-sykdommer, for-liten-tid-sykdommer, dårlig-samvittighet-sykdommer, ensomhet-sykdommer, selvforaktsykdommer, tomhet-og-jag-etter-vind-sykdommer (5). Samfunnsmedisinen må kuppe biomedisinen diagnoseklassifikasjoner som stenger helse og sykdom inne i cellen og menneskene inne i det medisinske fengsel. Samfunnsmedisinen må reformulere diagnosene i en retning som treffer folk mellom øynene på en onsdag, som får dem til å se at de blir syke og skades under kapitalismens tvang. Kapitalismen må temmes med menneskets helse og naturens helse som retorisk/politiske våpen. Samfunnsmedisinen må gå ut i denne gode strid sterkere enn før fordi kapitalen er rårere nå, mer verdensomspennende nå og farligere av alt: Kapitalismen har flyttet mye av sin makt fra pengene til ordene, fra fabrikkene til mediene, fra materie til ånd.

3. Kristen fundamentalisme

Våpenmakt og pengemakt tar frihet og helse fra folk, men åndsmakt kan også stenge mennesker inne i sykdom. Gjennom islamsk fundamentalisme har vi fått øynene opp for hvordan religionen kan ta fra menneskene, særlig kvinnene, frihet og helse. Godt, men forstår vi at vi nå må spørre hverandre med Matteus 7,3: Hvorfor ser du splinten i din brors øye, men bjelken i ditt eget øye blir du ikke vår?

Forstår vi at det ekstreme fokus på islamsk fundamentalisme kan avlede oppmerksomheten fra den større hjemlige helsefare, nemlig kristen fundamentalisme? Den kristne pietisme og fanatisme gjør fortsatt sine onde gjerninger i Norge:

- Ved å nekte mennesker verdighet på grunn av feil kjærlighet
- Ved å undertrykke kvinnene
- Ved å ensrette i tanke og gjerninger

- Ved å innbille menneskene at min egen makt er intet verd
- Ved å gjøre mennesker nedfor under tankebyrden av synd og fortapelse

4. Rasisme

Helse er frihet til å virkeliggjøre seg selv. For å få til det, må vi ha et samfunn som elsker mangfold i stedet for å dyrke enfold. Fremmedfrykten og rasismen, bli-som-oss-nå-imperativet er kanskje den største folkehelsestrussel i Norge nå (6,7). Den norske folkesjelen er hisset opp av genuine rasister, hysteriforme media og opportunistiske politikere til å betrakte «de andre», innvandrerne og særlig muslimene som underlegne og mistenkelige. Det er de onde gruppebildene som har fått feste seg. Derfor stenger vi dem ute på ute-stedene, boligmarkedet og arbeidsmarkedet. Men verre enn det, fratar vi dem grunnleggende helsebetingelser som: Anerkjennelse, stolthet, trygghet, frihet til å være seg selv. Bit for bit bygger vi et fiendebilde av innvandrerne og muslimene som farlige (potensielle terrorister), late (utnytter vår trygdeordninger), dyriske (stener og omskjærer sine kvinner) og frekke (tillater seg å kritisere norske verdier).

År for år, bit for bit konstruerte nazistene sitt fiendebilde av jøden. Samfunnsmedisinen sviktet sin oppgave da rasismespøkelset vandret over Europa for 60–70 år siden (8). Hvis Evang var helsedirektør i Norge nå, tror jeg at han ville ha satt rasisme og helse øverst på dagsorden i forskning, formidling og forebygging.

5. Helseisme

Uten å ville det, uten å vite det ble Evang en entreprenør for helseisme, en medisinsk ideologi og praksis med disse kjennetegnene:

- Formegethet
- Overtro på forstanden
- Medisinsk monokultur
- Standardisering av menneskene
- Epidemiologisk tvang

Karl Evang ville kanskje ha forklart dette slik:

Formegethet

Formegethet er motsatsen til måtehold. Det er farlig å ville for meget på menneskenes vegne. Noen av historiens største grusomheter er begått i den edle hensikt å skape renhet, sunnhet, sannhet og orden på Jorden. Norsk helsevesen begår ikke grusomheter, men vi må vokte oss for formegethet. Helbrederne må ikke love menneskene for mye. Det skaper farlige forventninger. Forebyggerne må ikke kreve for mye av folk. Det skaper avmakt. Høyt på min agenda vil det stå å hjelpe menneskene og legene av med den medisinske fullkommenhetsnevrosen. Vi må godta at menneskene har flekker. Vi må lære hverandre å trives i jammerdalen, tåle, ja, like avvik.

Overtro på forstanden.

Vi må også vise måtehold i vår tro på forstanden. Jeg og mine var nok stengt inne i det Max Weber kaller rasjonalitetens jernbur. I vår overtro på forstanden kom vi til å miste sansen for poetiske livskvaliteter, underkjenne betydningen av følelser, devaluere verdien av opplevelser, forvise noen av menneskets fineste sanser og fornemmelser til Det irrasjonelle asyl. Vi trodde molekylene var alene. Vi glemte at de bodde i en ånd.

Medisinsk monokultur

Jeg var med å gi biomedisinen patent på helse og sykdom som orden eller feil i kroppsmaskinen. Helse og sykdom må derfor ivaretas av profesjoner og teknologier innenfor det medisinsk-industrielle kompleks. De biomedisinske ingeniørene melder til folk: Din egen makt er intet verd, vi er ditt skjold og din verge. Dermed mister mennesket myndighet og ansvar for egen helse. De biomedisinske ingeniørene melder til politikerne: Vi må ikke blande fag og politikk. Det er uvitenskapelig. Dermed mister politikerne forstand og mot på koblingene mellom levekår, verdier og helse.

Standardisering av menneskene

I det medisinske hus jeg var med på å bygge, var der ikke rom for hellige enkeltmennesker. Jeg har visst til og med uttalt: Individet er en abstraksjon! Hvis et hellig enkeltmenneske forsøkte å bære sitt bilde fram, trykket vi på Delete. Mitt medisinske hus var befolket av kliniske klisjeer og epidemiologiske standarder. Vi tenkte, planla og handlet som om menneskene i samme gruppe, menneskene med samme diagnose, menneskene med samme risikofaktor, menneskene fra samme sosioøkonomiske gruppe – var kloner av hverandre. I vår opptatthet av å betjene folket, massen, populasjonen, materialet, glemte vi Erik H. Eriksons sannhet: Man is a universe of one.

Epidemiologisk tvang

Det epidemiologiske apparat dekonstruerer menneskelivet til kvantifiserbare enheter som det kan lages regnestykker av. «Skilnaden» sier Hans Skjervheim, «er om ein reknar med folk eller om *reknar* med folk». Det epidemiologiske apparat regner med folk, objektiviserer mennesker, framstiller gruppebilder av mennesker som kan minne om medisinsk rasisme. Det epidemiologiske apparat masseødelegger enkeltmennesket og er dermed potensielt farlig for individets helse og frihet. Her har vi et paradoks: Epidemiologene vil bedre folkehelsen, men ved å utøve tvang truer det samtidig grunnbetingelse nummer én for helse: Frihet. Det epidemiologiske apparat nøyer seg nemlig ikke med å lage tall av menneskene. Det vil skape mennesker av tallene også. Etter å ha redusert livet til det i Statistical Package for the Social Sciences beregnelige, og fjernet alle forurensninger så som kjærlighet, fortvilelse og verdighet, marsjerer epidemiologene tilbake til livet med sine tallkolonner og forlanger at menneskene, hver eneste underlige en, skal ordne sine liv etter det SPSS-programmet har regnet ut er rett – for massen. Det epidemiologiske apparat har gitt oss nyttig kunnskap. Men i dag tror jeg rett og slett det skader folkehelsen. Det er ikke bare meg som ser det slik. Kollegene på Jorden er også økende kritiske mot det jeg nesten vil kalle epidemiologisk stalinisme (9-12). Anklagene er seks:

- Det epidemiologiske apparat gjør helsen til et melankolsk prosjekt. Epidemiologien bokfører minusene i helsen regnskap, og den markedsfører strevet for helsen. Du skal speke ditt kjød for å unngå død. Du skal hedre din triste lege, dine strenge forskere og din kristelige Helseminister og du skal leve 2, 3 år lenger på Jorden. Her er ingen epidemiologer som går ut i livet med lydmåler og jakter på styrken i menneskenes latter. Ingen som lister seg opp i sengen og fanger frodigheten og nytelsen i menneskenes elskovslek. Ikke ta dette som en oppfordring til å gjøre det, men som en oppfordring til ydmykt å spørre: Kanskje ville vi få helt andre medisinske klasseskillelser hvis vi brukte andre mål på helse og sykkelighet? Kanskje ler folk mer, elsker villere, gir litt mer sunt faen i Det statistiske helvete i Indre Oslo Øst og på Værøy og Røst?
- Det epidemiologiske apparat bærer stener til byrden for folk ved gang på gang å velge ut vanskeligstilte grupper og markedsføre deres elendighet uten å gjøre noe med den.
- Når epidemiologene prøver å oversette sine funn til praksis, er det som regel i skyld-på-ofrene form, med overvekt på individuelt ansvar og undervekt på politiske, strukturelle forebyggingsmuligheter.
- Det epidemiologiske apparat preges av formyndermentalitet. Vi ser tegn til et medisinsk livsstilspoliti som i fa-

natisme og nådeløshet minner om talibanske reglementer for skjeeggkontroll av menn og støysvake sko for kvinner. Dagens epidemiologiske sedelære kan være like knugende for sinnet, like bindende for kroppen, som Ole Hallesbys kristelige sedelære for 70 år siden (13). Dette blir desto mer skummelt ettersom det epidemiologiske apparat i hovedsak er befolket av mennesker fra den borgerlige elite. De er barn av sine overforeldre. De fortolker det sunne og gode liv ut fra sine verdier og muligheter. Slik vever de tvangstrøyer av gull som andre pent og lydig har å ta på seg. Jeg skremmes også av den heftighet som preger mange av helsens misjonærer. I feber og strenghet kan deres sunnhetsserier minne om religionenes renhetsserier.

- Det epidemiologiske apparat sprer frykt. En ustoppelig strøm av mikro-, mega- og giga- risikofaktorer flyter ut av datamaskinene og inn i hjernene på folk. Der legger de seg på sinnet som et annet datavirus og bryter ned menneskets mentale, kulturelle immunforsvar. Slik skaper epidemiologene epidemier av frykt og tristhet som i sin tur skaper sykdom.
- Den siste anklage påstår at det epidemiologiske apparat fremmedgjør og kamuflerer nærheten mellom helse og politikk. Det har alltid vært en maktkamp mellom normgivere og tallgivere i samfunnsmedisinen (14). Nå rår de frøkenaktige grunnen. De pusser tallene blanke i sine vitenskapelige jomfrubur. De vil for all del ikke søle seg til med å oversette tallenes tale til politisk kamp for frihet og helse for de som maktene trykker ned på tabellens bunn. Ved denne feighet har de vært med å avpolitiserer medisinen, isolere helse og sykdom til reagensrøret og regresjonsanalysene. Enkeltmenneskets svake vilje til å følge epidemiologisk ordre blir stadig utfordret. Samfunnets svake vilje til å forbedre strukturelle helsebetingelser (inntekt, arbeid, miljø, trygghet, frihet) blir sjelden utfordret.

Nil nocere

Vi må være årvåkne også for samfunnsmedisinsk iatrogenese. Vi må registrere bivirkninger av helseopplysning, komplikasjoner av screeningprogrammer, farlige interaksjoner mellom monomane forskere og tabloide medier.

Vi bør lære et motto av klinikerne: Nil nocere: Å ikke skade er den øverste lov. Samfunnsmedisinen kan ikke unnskyldes seg med å være i god mening. Vi må bruke vitenskap på vår lidenskap. Kaldt og nøkternt må vi beregne følgene, også de negative, av våre intervensjoner. Hvis regnskapet de facto viser minus, må vi seponere. Vi må endog være villige til å seponere oss selv! Kanskje er faren for skade så stor og muligheten for vinning så liten, at det meste av aktuell forebyggende og helsefremmende virksomhet bør legges ned? Kanskje vi tjener folkehelsen best ved å la folk i fred, la folkevettet råde og friheten herske?

Litteratur

1. Levy BS, Sidel VW, eds. War and public health. Oxford: Oxford University Press, 1997.
2. Korten DC. When corporations rule the world. London: Earthscan Publications, 1995.
3. Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.
4. McMichael M. Human frontiers, environments and disease. Past patterns, uncertain futures. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
5. Fugelli P. Rød resept. Essays om prestasjon, perfektjon og helse. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
6. Smaje C. Health, race and ethnicity. London: King's Fund Institute, 1995.
7. Coker N, ed. Racism in medicine. An agenda for change. London: King's Fund Publishing, 2001.
8. Proctor RN. Racial hygiene. Medicine under the Nazis. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1988.
9. Smith GD, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. «Evidence based» thinking can lead to debased policy making. BMJ 2001; 322: 184-5.
10. Smith GD, Ebrahim S. Epidemiology – is it time to call it a day? Int J Epidemiol 2001; 30: 1-11.
11. Kinlay JB, Marceau LD. To Boldly Go... Am J Publ Health 2000; 90: 25-33.
12. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ 2002; 167: 363.
13. Hallesby O. Den kristelige sedelære. Oslo: Lutherstiftelsen, 1928.
14. Schiøtz A. Samfunnsmedisinen og legerollen. Nytt Norsk Tidsskrift 2002; 18: 151-62.

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

Sosial ulikhet

– angår det allmennlegen?

AV METTE BREKKE

I et globalt perspektiv angår sosioøkonomisk ulikhet alle som er interessert i helse – fordi fordeling av velstand er den faktor som har størst innflytelse på folkehelsen (1). I denne artikkelen vil jeg likevel rette fokus mot Norge og mot dagens primærhelsetjeneste.

Jeg vil begynne med å hevde at svaret på spørsmålet i tittelen er: Ja, sosial ulikhet angår allmennlegen.

Begrunnelsen er enkel: sosial ulikhet virker inn på våre pasienters helse og på deres bruk av helsetjenester. Dessuten kan vi som leger – i noen grad – være med og modifisere sosiale problemers negative helseeffekter.

Hvordan virker sosial ulikhet inn på helsen?

Som klinikere ser vi eksempler på dette daglig, og jeg er sikker på at de fleste av oss kan stille oss bak den kjente påstanden om at «Det er bedre å være rik og frisk enn fattig og syk». Det kan se ut til at sosial ulikhet påvirker helsen på tre plan:

- Sosialt dårlig stilte er oftere syke
- De opplever sykdom mer alvorlig
- De har mindre ressurser til å mestre sykdom

Nyere forskning viser at dette er riktig. Her i landet foregår det meste av slik forskning i Oslo, hvor sosioøkonomisk ulikhet er lettest å påvise – bl.a. er det fremdeles betydelig dårligere forhold øst i byen enn i vest. Dette avspeiler seg i helseulikheter. Forventet levealder for menn er 76 år i ytre Oslo vest, mens den i indre øst ikke er mer enn 69 år (2). Hjerter-karsykdom, visse typer kreft, samt røyking, overvekt og fysisk inaktivitet er hyppigere forekommende på østkanten. I en undersøkelse fant vi at leddgiktspasienter i indre Oslo øst opplevde sykdommen sin mer alvorlig og uttrykte mindre tillit til å kunne mestre konsekvensene av den enn hva tilfellet var på vestkanten (3). Dette til tross for at klinisk undersøkelse ikke viste signifikante forskjeller mellom pasientgruppene.

Det at dårlig helse i seg selv kan føre til vanskelige sosiale kår – den såkalte seleksjonshypotesen – har vist seg bare i beskjedne grad å bidra til å forklare disse sammenhengene.(4)

Hvordan påvirker sosial ulikhet allmennlegens arbeid?

Det er fristende å si at ettersom sosialt dårligstilte er mest syke, er det en selvfølge – ja, rett og rimelig – at de legger beslag på mer av primærlegens tid enn andre grupper. Så enkelt er det likevel ikke. Mange av oss har hørt påstanden om «The inverse care law» – eller om at de som trenger mest, får minst. Påstanden ble lansert i en artikkel i Lancet i 1971 av Julian Tudor Hart, som i mange år var allmennlege i et fattig område i Wales (5). Artikkelen oppsummerer:

«The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so when such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.»

Kraftige påstander for 30 år siden! Men uansett hva man måtte mene om deres gyldighet i dagens Norge: nyere forskning – hovedsakelig fra Storbritannia – viser entydig at lav sosioøkonomisk status er knyttet til høyt forbruk av primærhelsetjenester. Noen eksempler: Pasienter i alderen



Mette Brekke, f. 1953
spesialist i allmennmedisin
Fastlege v. St. Hanshaugen legesenter
i Oslo og stipendiat ved Institutt for
allmenn- og samfunnsmedisin, UiO.
Hun forsvarte i fjor sin medisinske
doktoravhandling om sosiale helse-
ulikheter



65–74 år i sosialklasse V (lavest) hadde 23 prosent flere konsultasjoner hos primærlege og dobbelt så mange hjemmebesøk sammenliknet med pasienter i sosialklasse I (høyest) (6). Hos barn økte konsultasjonsraten lineært fra sosialklasse I og II til klasse IV og V (7). For alle aldersgrupper hadde pasienter i lave sosiale klasser hyppigere legekontakt utenom vanlig åpningstid (8). Fattigdom og sosial isolasjon var de viktigste forklaringsfaktorer for særlig hyppig primærlegekontakt (9). «Særlig hyppig» ble definert som 12 eller flere kontakter i året eller minst seks kontakter for lite alvorlige problemer. Til og med hyppig telefonkontakt er relatert til lav sosial status, og kommer i tillegg til høy frekvens av konsultasjoner og hjemmebesøk (10).

I land hvor det er svært dyrt å gå til lege, er situasjonen annerledes. USA har et dårlig omdømme i så måte, og en undersøkelse av 750 personer med inntekt lavere enn 200 prosent av fattigdomsgrensen befester dette (11). Disse var altså ikke *svært* fattige – de fleste var i arbeid. Likevel var 37 prosent uten noen form for helseforsikring, i hvert fall i deler av året. Egen helse og tilgang til helsetjenester var blant deres største bekymringer, og mange anga å måtte velge mellom å ha penger til mat eller til helsetjenester. Det er lett å forstå at disse sjelden møter fram til forebyggende tiltak – som cytologi eller mammografiscreening – og at de lett kan utebli fra anbefalt og avtalt oppfølging.

Vi vet lite om sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og kontakthypighet i Norge. Kostnadene forbundet med legebesøk er relativt lave her i landet, og mitt inntrykk er at

forholdene likner det vi ser i Storbritannia. I en ennå upublisert analyse av data fra Helseundersøkelsen i Oslo 2000 («HUBRO») finner vi at 24 prosent av 40- og 45-åringer i indre by øst hadde hatt fire eller flere allmennlegekonsultasjoner siste år, sammenliknet med 11 prosent i ytre vest.

Større utfordringer

Hva så med «The inverse care law» – er det bare løse påstander? Legg merke til at Tudor Hart hevder at det er *god* helsetjeneste som er skjevfordelt. Om han har rett er vanskelig å si, for det er gjort svært få undersøkelser av sammenhenger mellom helsetjenestens kvalitet og pasienters sosioøkonomiske status. En måte å måle kvalitet på, er å se på hvilke behandlingsresultater som blir oppnådd. Et eksempel: et behandlersteam driver to klinikker for enuresis nocturna hos barn: klinikk A i et velstående område, klinikk B i et mindre velstående (12). Klinikk B har flest pasienter, men oppnår langt sjeldnere at barnet sluttet å væte seg – både ved bruk av premiering og alarmmatte. I klinikk B blir alarmene ikke brukt lenge nok til at de kan være effektive, som regel blir de returnert etter få dager. Forfatterne konkluderer: «Vi må utvikle metoder for å styrke motivasjon og samarbeid hos foreldrene i det mindre velstående området, slik at behandlingsresultatene kan bli bedre».

Denne lille undersøkelsen oppsummerer noen viktige poenger: Pasienter med lav sosial status *braker* primærlege, antakelig mer enn gjennomsnittlig. Forståelig nok – all den tid de har større helseproblemer. Men nettopp de komplekse og alvorlige problemene gjør at disse pasientene byr på

særlige utfordringer i konsultasjonen. Legen må forholde seg til at de har mange klager, lite ressurser til å takle problemene, og stort behov for helseopplysning og forebyggende tiltak. Det er vanskelig å lykkes med slike pasienter – i alle fall krever det tid og tålmodighet!

Hva kan så allmennlegen gjøre?

Det er sagt at helse er for viktig til å bli overlatt til leger. Selvsagt er folkehelsen et samfunnsansvar, ikke minst når vi snakker om sosiale helseulikheter. Likevel er helsetjeneste viktig – særlig på primærnivå. En evidensbasert strategi for å motvirke sosiale helseulikheter i Nederland er nylig publisert, og primærhelsetjenesten er her ett av fire angrepspunkter (13). Det anbefales:

1. Å sikre at allmennlegetjeneste er økonomisk tilgjengelig også for svake grupper.
2. Å styrke allmennlegedekningen i de minst velstående områdene.
3. Å ansette mer hjelpepersonell, «nurse practitioners» og frivillige helseopplysere i legepraksisene i slike områder. Til sammen er dette en sterk bekreftelse av at primærlegen er en krumtapp i arbeidet med å redusere sosiale problemers uheldige konsekvenser for helsen.

Pål Gulbrandsen har undersøkt hva allmennleger (i Buskerud) faktisk vet om sine pasienters sosiale situasjon (14). Han fant at selv om legen innhenter lite systematiske opplysninger, samler han/hun som regel informasjon over tid. Legen er seg som regel bevisst at pasientens sosiale kontekst er viktig. Den engelske allmennlegen Iona Heath utfordrer oss til å være mer målrettet, og til systematisk å inkludere sosiale risikofaktorer i anamnesen (15). – Vi vet antakelig nok om at sosiale forhold er like viktige forklaringer på sykdom som biologiske, sier hun. Derfor må vi finne enkle og ikke-stigmatiserende metoder for å sikre oss informasjon om arbeidsledighet, økonomiske vansker, dårlige boforhold og sosial isolasjon.

Men hva så? Hva skal vi bruke opplysningene til – bortsett fra til å forstå mer?

Gode hensikter er ikke nok

En offentlig oppnevnt gruppe i England undersøkte for få år siden systematisk hvilke tiltak innen helsetjenesten som hadde vist seg å bidra til å redusere sosial betingede helseulikheter (16). Konklusjonen var skuffende: det var gjort svært få gode, kontrollerte studier av slike intervensjoner. Noen velmente tiltak viste seg faktisk å virke mot sin hensikt, eksempelvis virket en kampanje for å fremme inntak av folat hos gravide til økte sosiale skillelinjer på dette området.

Vi trenger derfor svært til forskning omkring dette: Hvilke spørsmål egner seg i praksis til, på en enkel måte, å skaffe informasjon om sosial helserisiko? Hvilke tiltak vil bidra til å redusere denne? Allmennpraksis vil være en gunstig setting for slike undersøkelser. Et eksempel kunne være: Vil økt bruk av e-mail-konsultasjoner føre til økt marginalisering av allerede svake grupper, og dermed bidra til økt «inverse care»?

Hva betyr fastlegeordningen?

Jeg er overbevist om at de aller fleste norske allmennleger er enig i følgende mål for arbeidet vårt:

- Lik tilgang til våre tjenester for samme behov
- Lik bruk av våre ressurser for samme behov
- Samme (høye) kvalitet på våre tjenester til alle sosiale grupper

Etter at vi ble fastleger, vet vi hvem pasientene våre er. Og etter en tid vet vi en del om hvem som bruker oss (for) mye og hvem som bruker oss for lite i forhold til det vi ser er behovet. Kanskje har vi til og med idealer og intensjoner om å styre arbeidsinnsatsen mot en mer hensiktsmessig fordeling (17)? Men det er ikke til å komme bort fra at svært mange av oss opplever et økt arbeids- og forventningspress etter at vi gikk over til å bli fastleger. I en slik situasjon kan vi vanskelig forventes å strekke oss ytterligere for de pasientgrupper som er vanskeligst og minst takknemlige å jobbe med. De krever kan hende muligheter for «fleksibel» timebestilling, dvs de kommer når det passer dem, og de betaler heller ikke alltid regningen. Enda viktigere: det er svært krevende å yte legetjeneste av høy kvalitet til pasienter med store sosiale problemer. En overarbeidet og presset lege vil lett kunne komme til å bebreide pasienten, for eksempel for dårlige vaner og lite helsefremmende livsstil.

Ulike fastlegerlister varierer svært når det gjelder hvor krevende de er, bl.a. avhengig av pasientenes sosioøkonomiske status. I Storbritannia har man tatt konsekvensen av at pasienter med sosiale problemer betyr økt arbeid for primærlegen, og har innført «deprivation payment» – et tillegg i per capita-tilskuddet for pasienter bosatt i visse områder. I 1999 kvalifiserte 12 prosent av befolkningen for dette (18). Kanskje trenger vi noe liknende i Norge? Å hevde at leger bør tjene bedre for å motvirke sosiale helseulikheter, er kanskje ikke god tone. Men en bedre fordeling av legetjenester og styring av ressursene dit behovene er størst skjer neppe av seg selv.

To områder for bekymring

Tudor Hart fyrte av en bredside mot et helsevesen prisgitt markedskreftene. Også i Norge har vi fått «helprivate» primærleger. Det er bekymringsfullt hvis de mest velstående

kjøper seg så gode private helsetjenester at de slutter å bry seg med og om det offentlige systemet. Det fører rimeligvis til at viljen til å være med å finansiere dette gjennom skatter blir svekket. Svekket blir også en av grunnpilarene for velferdsstaten: at den sikrer og ivaretar *alle*, og den offentlige helsetjenesten kan lett bli nestbest. Så langt kan det imidlertid se ut til at fastlegeordningen har bremset eller endatil reversert privatiseringstrenden. Dette er et argument for å sikre at fastlegeordningen skal være det beste og mest attraktive både for pasienter og for legene.

En annen bekymring er at vi fastleger er blitt så forpliktet til å ta oss av pasienter at vi ikke har tid, interesse og overskudd igjen til samfunnet omkring oss. I mindre utviklede samfunn enn vårt, er forebyggende og helsefremmende arbeid på lokalsamfunnsnivå en viktig del av primærlegens arbeidsfelt (18, 19). Dette blir sett på som avgjørende for å oppnå bedring av pasientenes helse og på sikt av folkehelsen. Her i landet er det nå sjelden at vi bruker vår ekspertise utenfor kontoret, og selv de lovpålagte oppgavene på helsestasjoner, skoler og lignende er redusert til et minimum.

Som allmennleger ser vi konsekvensene av økonomisk politikk og av sosial- og helsepolitikk hver eneste dag. Knappt noen yrkesgruppe får en så omfattende innsikt i hvordan samfunnsforhold virker inn på folks liv og helse. Samfunnet burde i større grad nyttiggjøre seg denne ekspertisen. Og selv om vi leger ikke kan fjerne verken sosiale problemer eller deres negative helseeffekter, burde vi i økende grad kunne delta i og påvirke den offentlige debatt.

Referanser

1. Leon, D.A., G. Walt, and L. Gilson, Recent advances: International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*, 2001. 322(7286): p. 591-4.
2. Rognerud, M. and I. Stensvold, Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1998, Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin: Oslo. p. 175.
3. Brekke, M., et al., Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 1999. 48(12): p. 1743-50.
4. Elstad, J., Social inequalities in health and their explanations, in *Norwegian Social Research (NOVA)*. 2000, University of Oslo: Oslo. p. 242.
5. Hart, J.T., The inverse care law. *Lancet*, 1971. 1(7696): p. 405-12.
6. McNiece, R. and A. Majeed, Socioeconomic differences in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohort study. *BMJ*, 1999. 319: p. 26-8.
7. Saxena, S., A. Majeed, and M. Jones, Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohort study. *BMJ*, 1999. 318: p. 642-6.
8. Drummond, N., et al., Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *Br J Gen Pract*, 2000. 455: p. 460-4.
9. Scaife, B., et al., Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*, 2000. 17: p. 298-304.
10. Daugird, A. and D. Spencer, Characteristics of patients who highly utilize telephone medical care in a private practice. *J Fam Pract*, 1989. 29: p. 59-63.
11. Elliott, B., K. Beattie, and S. Kaitfors, Health needs of people living below poverty level. *Fam Med*, 2001. 33: p. 361-6.
12. Rolands, D. and E. Stathopulu, Social deprivation affects outcome of nocturnal enuresis (letter). *BMJ*, 2002. 324: p. 677.
13. Mackenbach, J. and K. Stronks, A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ*, 2002. 325: p. 1029-32.
14. Gulbrandsen, P., Allmennpraksis og pasientens sosiale situasjon. *Tidssk Nor Lægeforen*, 1999. 119: p. 2177-81.
15. Smeeth, L. and I. Heath, Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*, 1999. 318: p. 1020-1.
16. Report of the independent inquiry into inequalities in health. 1998, Stationary Office: London.
17. Brekke, M. and S. Steinert, Fastlegeordningen – populasjonsansvarets faglige innhold må defineres. *Tidssk Nor Lægeforen*, 1999. 119: p. 3402.
18. Bajekal, M., et al., Rationale for the new GP deprivation payment scheme in England: effects of moving from electoral ward to enumeration district underprivileged area score. *Br J Gen Pract*, 2001. 51: p. 451-5.

Liker du å fotografere?

Vi vet at det finnes mange ivrige og dyktige fotografer i våre rekker, og vi ønsker derfor å invitere til en uhøytidlig konkurranse. Premien(e) vil være heder og ære, samt gleden av å se sine egne bilder på trykk.

Temaet er helse-Norge, men har en andre bilder en tror vil falle Upostens lesere i smak er vi åpne for disse også!

De innsendte bilder vil kun bli brukt i tidsskriftet Utposten. Ønsker du å levere en linje eller to med tekst/forklaring til bildet kan du gjøre det, men Utposten forbeholder seg retten til eventuelt å endre denne.

Bidragene sendes:

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Evt. E-mail: rmrtove@online.no

Kan jeg få en resept på progesteronkrem, doktor?

Spørsmålet kom fra en kvinne i 40-årene med premenstruelle plager. Jeg lot det gå noen sekunder i intens taushet mens jeg prøvde å huske om jeg hadde hørt noe om progesteronkrem. Så var det bare å stille seg helt åpen: «Nei, dette har jeg ikke hørt om før, kan du fortelle meg mer om dette?». (I motsetning til hva som angivelig nylig er vist i en større engelsk undersøkelse, synes jeg ikke pasientene blir usikre av at jeg kommer med slike utsagn, bare jeg klarer å ha en imøtekommende tone).

Kvinnen var godt forberedt på min uvitenhet. Hun gav meg en fem siders artikkel fra Mat & Helse, november 2002 med tittelen: «Progesteron – det glemte hormon» skrevet av kollega Leif Ims, privatpraktiserende lege i Oslo og rektor på Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati. Han baserer endel av sin viten på en amerikansk lege, dr. John Lee, som bla har gitt ut to bøker om hormonell terapi, vi får ikke vite mer om dr Lee enn dette, og jeg føler meg umiddelbart litt usikker på ham! Er han er sjarlatan eller seriøs doktor? Artikkelen er uten referanser, og det er kanskje rimelig med tanke på det publikum den er skrevet for. Ims hevder at mange kvinner har en ubalanse i forholdet mellom østrogener og progesteroner med østrogenovervekt. Dette kan forklare mange symptomer kvinner får før, under og etter (!) menopausen. Han hevder at man har gjort målinger som viser at noen kvinner helt ned i 20-årene kan ha lave progesteron-nivåer, og at 50 prosent av kvinnene over 35 år har relativ progesteronmangel.

Østrogendominansen forklares med økt forekomst av miljøgifter, hormonell substitusjonsterapi (HRT), stress, luteal insuffisiens (manglende eggøsning tross regelmessig menstruasjon).

Ims mener det er viktig å være klar over at syntetiske gestagener gitt peroralt som bl.a. brukes i HRT-behandling ikke fullgodt erstatter relativ mangel på kroppens progesteron siden syntetiske gestagener og «naturlig» progesteron ikke har samme kjemiske egenskaper. Syntetiske gestagener blir idag brukt fordi «naturlig» progesteron har en høy first passeffekt (90 prosent nedbrytes i leveren før det går ut i



Typiske symptomer på østrogendominans er ifølge Ims:

- Ømme og hovne bryster
- Hevelser i kroppen
- Vektøkning
- Engstelse og nedstemthet
- Tørre øyne
- Tretthet
- Redusert seksuallyst
- Hodepine
- Lavt blodsukker
- Allergier
- Uregelmessige menstruasjoner
- Klumper i brystene
- Økt tromboserendens
- Kalde hender og føtter
- Søvnløshet
- Humørsvingninger
- Premenstruelt syndrom
- Polycystisk ovarialsyndrom
- Lavt stoffskifte
- Myoma uteri



Namsos Apotek 74 22 60 60

45g
PROGESTERONKREM 1,7%
I ESSEX KREM

Namsos Apotek

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Namsos Apotek 74 22 60 60

Dssn:
 Ertestor dose gnis
 inn i huden
 2 ganger daglig

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Namsos Apotek
74 22 60 60

sirkulasjonen). Gitt transdermalt vil derimot det fettløslige «naturlige» progesteronet absorberes godt. Stoffet utvinnes av jamsrot, men har en kjemisk struktur som er identisk med kroppens selvproduserte progesteron, derav betegnelsen «naturlig».

Dette var altså den kunnskapen min pasient hadde før hun kom på time til meg. Artikkelen min pasient gav meg virket jo ganske troverdig, og at forskingen har overfokusert på østrogener og oversett progesteronet virker heller ikke så urimelig, verden går jo fremover ved at originale kolleger tør å tenke nye tanker... Ja, hvorfor ikke skrive resepten?

Jeg skrev resepten etter oppskrift fra artikkelen til Ims og tenkte at det neppe var det verste jeg har foretatt meg i min praksis, men var det riktig? Skal jeg fortsette med dette, finnes det vitenskapelig belegg for en slik praksis? Og hvis det ikke finnes, hva så?

Spørsmålene førte meg til Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 15/2002 (Søren også, hvorfor hadde jeg ikke lest Tidsskriftet grundigere? Jeg husket overhodet ikke at de nylig hadde skrevet om dette.) Gynekolog Mette Moen har sammen med to andre sett på det som finnes av dokumentasjon på bruken av progesteronkrem. De skriver at det er gjort studier på absorpsjon av transdermal «naturlig» progesteron som viser at serumkonsentrasjonen øker svært beskjedent. De mener det er rimelig å tenke seg at det da gir lite effekt siden målorganet ligger langt fra applikasjonsstedet. Men kan det tenkes at stoffet oppkonsentreres i de organer som har progesteronreseptorer? Den føromtalte Dr. Lees påstand om at preparatet virker på premenstruelt syndrom finner de ingen dokumentasjon for. Det eneste som er dokumentert er at progesteronkrem har bedre effekt på vasomotoriske symptomer i klimakteriet enn placebo.

Forfatterne finner det viktig å presisere at det ikke er dokumentert at progesteronkrem har effekt på osteoporose eller gir nødvendig cancerbeskyttelse av endometriet ved østrogenterapi i klimakteriet, noe Ims gir inntrykk av i sin artikkel. Ims hevder at progesteronkrem dosert riktig er uten bivirkninger, mens Moen ikke nevner bivirkninger i det hele tatt.

Og hva nå? Skal jeg skrive ut nye resepter – eller skal jeg ikke? Det er jo tydelig at det er gjort for få studier på dette feltet, og skal vi tenke «Evidence based» bør jeg si nei ved neste forespørsel. Men skal vi være strengere med å kreve dokumentasjon på nye preparater enn gamle, selv når det handler om noe så uskyldig (?) som progesteronkrem? Dersom det ikke er noen grunn til å frykte bivirkninger er det kanskje ikke så farlig, eller er vi da med på en karusell der pasienten til slutt får oss til å skrive resept på en rekke behandlinger som ligger fjernt fra vitenskapelig dokumenterte behandlingsmetoder?

Det enkleste er å «helgardere» seg med å be pasienten kjøpe kremen på postordre fra et firma som formidler alternativ behandling. Kremen heter da Progesta-care. Dersom man velger å skrive ut resepten lages kremen ganske billig på de fleste apoteker. Det anbefalte er da 1,7 prosent progesteron i en krembase (f.eks Essex krem) i en tube på 45 gram. Den holder ca 2 måneder. 1/4 teskje (en ertestor kremklatt) smøres inn i huden (hvor som helst på kroppen) to ganger daglig. Menstruerende kvinner bør bruke kremen fra 12.–26. cyclusdag, mens kvinner etter menopause kan bruke den 25 dager pr mnd.

Jannike Reymert

Kilder:

Tidsskr Nor Lægeforen nr 15, 2002, 1477-78
 Mat og Helse November 2002

Kognitiv sjøl(sjele)terapi mot vaktangst

Hvordan skal jeg klare å leve med legevakter resten av livet?

AV IRENE ØYGARD

Mange sliter med angst og usikkerhet før de skal ha legevak. Jeg forstod raskt at noe måtte gjøres hvis jeg skulle holde ut med å ha vakter resten av mitt yrkesaktive liv.

Hva kan du gjøre for å takle vaktene? Hva gjør jeg?

Jeg gjør flere ting, og jeg håper at du også kan ha nytte av dette:

1. Utstyret:

Du må være kjent med det utstyret du har til rådighet. Se over alt legevaktsutstyret og bruk det du er usikker på hvordan virker slik at du vet *hva* slags utstyr du har, *hvor* det er, og *hvordan* det brukes. Sjekk dette jevnlig slik at du blir godt kjent og også kan finne fram i mørke og kulde.

2. Driv mental trening:

Tenk gjennom hva som er det *verste* som kan skje når du har vakt. Tenk deretter nøye gjennom hva du vil gjøre dersom dette virkelig skjer.

3. Start med kognitiv sjølterapi mot vaktangst:

Når du ligger våken en legevaktsnatt og ikke får sove, så still deg selv spørsmålet: At jeg ligger her og er nervøs for at noe skal skje, hjelper det? Kan jeg velge om en katastrofe skal skje eller ikke, eller eventuelt bestemme hva slags katastrofe det skulle være? Det blir i så fall å tippe.

Er det lurt å tippe? Er det lurt å bekymre seg? Hva skal bekymringen hjelpe deg til? Ser du noe positivt ved å bekymre deg?

Du må ta et standpunkt *mot* denne bekymringen. Du må bestemme deg for at det ikke er lurt å bekymre seg. Bekymring tar energi og ødelegger forberedelsene i fall noe virkelig alvorlig skulle skje.

Når man skal leve med legevakter et helt liv, må man lære seg til å leve med *usikkerheten*. Usikkerheten om at «alt»



Irene Øygard,

født 1965, gift 2 barn. Utdannet i Oslo, 1992. Har jobbet 1 år på Oppland sentralsykehus avd Gjøvik, 1 år som lege for den norsk FN-kontingenten i Libanon, 4 år i almenpraksis i Målselv kommune, jobber fortiden som fastlege og kommunelege i i Vestre Slidre kommune.

kan skje. Du må drive kognitiv sjølterapi. Du må lære deg til å tåle usikkerheten.

Du må spesielt øve på å holde disse tankene i sjakk når du skal sove på vakt. Jeg tenker da som så: Er det mulig for meg å styre om noen skal bli syke akkurat nå i natt når jeg har vakt?

Nei.

Neivel, kan jeg da ved å bekymre meg, klare å styre om telefonen kommer til å ringe eller ikke?

Nei, jeg kan ikke styre det heller.

Neivel. Bekymring hjelper ikke. Jeg må slutte med det! Bekymring tar bare krefter.

Det er krefter jeg trenger! Hvis telefonen ringer, er nettopp krefter og energi det jeg trenger. Den beste forberedelsen jeg kan gjøre, er å sørge for å være *uthvilt* dersom telefonen ringer, altså må jeg *sove*.

Ikke bekymre meg for alt som kan skje.

Det er bare bortkastet. Sov i stedet! Kognitiv sjølterapi tar tid. Det er som med alt annet man vil bli god i, man må øve. Lykke til!

FORKJØLELSESSÅR

Få smilet tilbake
med Zovirax® krem! (aciclovir)



... når herpes labialis
er problemet.

C ZOVIRAX krem "GlaxoSmithKline"

Antiviralt middel. ATC-nr.: D06B B03

KREM 5%: 1 g inneh.: Aciclovir. 50 mg, propylenglykol, hvit vaselin, cetostearylalkohol, flytende parafin, poloxamer 407, natriumlaurylsulfat, renset vann til 1 g.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Acyklisk nukleosid med god løselighet i alkaliske vannløsninger. Spesifikk antiviral effekt in vitro mot Herpes I og II. Toksisiteten mot infiserte patedyrceller er lav. *Virkningsmekanisme:* Aciclovir fosforyleres til den aktive metabolitten aciclovirtrifosfat i den herpesinfiserte cellen ved tilstedeværelse av Herpes simplex-kodet tymidinkinase. Aciclovirtrifosfat forhindrer viral DNA-syntese ved å fungere som substrat for og hemmer av herpesspesifikk DNA-polymerase. Normale cellulære prosesser i ikke-infiserte celler påvirkes bare i ubetydelig grad.

INDIKASJONER: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for aciclovir eller øvrige innholdsstoffer.

BIVIRKNINGER: Forbigående brennende følelse eller stikking etter påføring. Mild uttørring eller avflassing av hud har vært sett hos 5% av pasientene. Erytem og kløe har vært rapportert. Kontaktdermatitt har i sjeldne tilfeller vært rapportert. I sensitivitetstester har dette for det meste vært forårsaket av hjelpestoffer i krembasen og ikke aciclovir.

FORSIKTIGHETSREGLER: Zovirax krem bør ikke påsmøres slimhinner, for eksempel i munnen, øynene eller vagina, da kremen kan irritere. Særlig forsiktighet må utvises for å unngå feilbruk av kremen i øynene.

GRAVIDITET/AMMING: Bør kun brukes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Det er bare påvist teratogen effekt i noen tester og bare hos rotte

etter meget høye subkutane doser. *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. *Overgang i morsmelk:* Aciclovir er påvist i morsmelk i konsentrasjoner som kan påvirke barnet.

DOSERING: *Behandling av Herpes labialis:* Voksne og barn: Kremen påsmøres hver 4. time i den våkne delen av døgnet, dvs. 5 ganger daglig. Behandlingen bør vare i 5 dager. Dersom såret ikke er tilhelet kan behandlingen utvides til 10 dager. Kremen bør påsmøres så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Behandling av residiv bør påbegynnes allerede i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg.

PAKNINGER OG PRISER:
Krem: 2 g kr. 65,10. 5 g kr. 100,60

Basert på SPC Zovirax Krem 14.12.2001
Priser av 01.2003



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Legemiddelbehandling og eldre –

AV SIGURD SPARR

prof. geriatrik avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge

De eldre er storforbrukere av legemidler. Med «eldre» menes grovt sett mennesker >75 år.

Hvem er eldre

- Ung til man er 45
- Middeldrende 45–60
- Eldre 60–75
- Gammel >75

Det som kjennetegner den gamle pasient er at han i tillegg til å være syk, er under betydelig påvirkning av aldringsprosessen. Dette fører til at sykdomstegnene blir annerledes enn hos unge, og diagnostikken krever derfor særlige kunnskaper. Behandlingen fører lettere til komplikasjoner, og den gamle har ofte flere tilstander samtidig som gjør at interaksjoner og problemer med multifarmasi lett oppstår.

Sykdomspanoramaet er også noe annerledes hos gamle mennesker enn hos unge. For eksempel er problemstillinger knyttet til mental svikt og andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet ganske vanlig. En rekke sykdommer øker jevnt med alderen som slagsykdommer, kreftilstander osv. Den gamle har, i hvert fall i teorien, kor-

Ingen treiginger på geriatrik avd. i Tromsø. Her er Sparr og hans gode medarbeider Åshild Apenes som også er revysjef på UNN.



tere tid igjen å leve enn et ungt menneske, uansett hva man gjør. Den gamle har kanskje en annen holdning og oppfatning av hensiktsmessigheten av å behandle med legemidler enn et ungt menneske osv. I tillegg kommer problemet om gamle med mental svikt har kompetanse til å være med i beslutningsprosessen.

Det er vanlig å operere med et sett medisinsk etiske retningslinjer som er generelle i alle aldersgrupper og som selvsagt også gjelder de gamle. Følgende sju punkter er resultat av et nordisk konsensusmøte.

1. Bevare liv.
2. *Primum ne nocere* (ikke skade).
3. Autonomi.
4. Si sannheten (ikke lyve!).
5. Iakhta taushet (taushetsplikten).
6. Rettferdighet.
7. Gjør vel (det «gode»).

Av disse sju punktene er det særlig fire som fremheves og går igjen i nesten all etikk-litteratur, nemlig «*primum ne nocere*», «autonomi», «rettferdighet» og «gjør det gode».

Det er åpenbart at disse forskjellige punktene kan komme i motsetning til hverandre, og det er nødvendig med avveining og vurderinger. Utviklingen i vårt samfunn har vært slik at man i økende grad har lagt vekt på autonomi begrepet, men dette kan være komplisert når man er i tvil om pasienten er «kompetent» eller ikke.

Noen hovedproblem områder

Først noen bemerkninger om medikaliseringssamfunnet. Det er vel særlig Ivan Illich som er blitt kjent for sin kritikk av hva han kaller «medikaliseringen av livet». Han hevder at legen skaper medikament avhengige mennesker som så må behandles med legemidler for sin avhengighet. Han understreker også at alle livsfaser medikaliseres. Det er skjedd en «ubegrenset mangfoldiggjørelse av syke-rollen», intet livsrituale kan skje uten legemidler og regi av legen. Det er selvsagt etisk tvilsomt hvis det er slik at legemidlene blir gitt på et grunnlag som Illich antyder. Dette gjelder vel kanskje i alle aldre, og de gamle går ikke fri. Det er en rekke krefter som er synlige som påvirker oss i retning av å bruke legemidler for allehånde plager og tilstander. Selv om svært mange i utgangspunktet hadde tungt for å akseptere Illich kritiske bemerkninger har han

etiske kontroverser

etter hvert fått støtte fra flere bl.a. den tjekkiske epidemiologen Peter Skrabanec og her hos oss fra professor Olav Helge Førde i Tromsø.

Etter min mening må det være riktig å tenke over om det finns alternative strategier til medikamenter som kan prøves først, eller samtidig med medikamenter. Jeg er enig i at det er etisk tvilsomt slik en del polyfarmasi bedrives overfor gamle. Spørsmålet er selvsagt vanskelig fordi gamle heller ikke skal fratas muligheten til å ha gunstig nytte av virksomme medikamenter.

De store medikamentstudiene og relevans for de gamle

Først noe om blodtrykksstudiene:

Det foreligger etter hvert en rekke studier for å vurdere nytten av å behandle høyt blodtrykk hos gamle. Som eksempel kan nevnes Ewphe, Shep SystEur og Stop 1 og 2. Det foreligger også etter hvert en rekke metaanalyser og kritiske bedømmelser og det er utarbeidet veiledende retningslinjer for å behandle høyt blodtrykk i alle aldre, også hos gamle.

Det er imidlertid interessant å legge merke til at når man vurderer studiene finner man at inklusjons- og eksklusjonskriteriene er ganske strenge slik at det svært ofte er såkalte superpasienter som er grunnlaget for vurderingene og disse kan knapt gjenfinnes i en vanlig befolkning. Det er også klart at de endepunkter som er vurdert ofte dreier seg om hjerneslag og kardiovaskulære hendelser som blir signifikant redusert i de aller fleste studiene, mens derimot totaldød ikke blir signifikant redusert unntatt i Stop-studiene. Det kan ellers nevnes at Stop-studiene utmerker seg ved at her er pasienter med ortostatisk hypotensjon ekskludert fra å delta. Man har altså målt pasientene stående og ikke bare sittende. Antakelig er dette helt avgjørende for de gamle.

Det er også klart at det er et betydelig press for å sette folk på blodtrykk-medikamenter, ikke minst fra legemiddel-

industrien, men også fra fagfolk. Det må også understrekes at i mange av vurderingene trekker man med seg funn og resultater fra undersøkelser gjort på betydelig yngre personer, og det er uklart hvor relevant dette er for de gamle.

Resultater

- EWPHE: 215 pas. år unngå 1 CV-død
- HEP: 100 pas. år forebygge 1 slag
- 150 pas. år forebygger 1 slagdød
- SHEP: 165 pas. år foreb. 1 slag
- STOP: 70 pas. år foreb. 1 død

Etter min mening er det derfor ikke uten videre selvsagt at alle gamle hvor det er målt et moderat forhøyet BT skal behandles med medikamenter.

Viktige momenter

- Det er ikke angitt at BT skal måles stående
- Blodtrykkskvensene er basert på studier på «superpasienter» som knapt kan gjenfinnes i en vanlig befolkning
- Det er et betydelig press for å sette folk på BT-medikamenter fra fagfolk og andre

Risikovurderinger

Resultatene av medikament behandlingsstudier presenteres ofte som relativ risikoreduksjon, mens derimot *absolutt* risiko, som kanskje hadde vært mer relevant for å bedømme nytten, sjelden omtales.

Allmennmedisinerne Irene Hetlevik og Jostein Holmen har gjort en interessant undersøkelse for å bedømme legers

SHEP

4736 pas. Alder 71,5 58% F, 14% black

• Slag	96 (a)	149 (p)
• Totaldød	213	242
• CV død	90	112
• Slagdød	10	14

Blodtrykksstudiene

- EWPHE
- SHEP
- SYSTEUR
- STOP
- Retningslinjer – er de relevante?

STOP

- 1627 ALDER 75,7 63% BT 195/102
- Alle målt stående 188/104
- Primære endepunkt signifikant redusert (p 0,003)
- Totaldød signifikant redusert (p 0,008)

oppfatning av forholdet mellom absolutt og relativ risiko. De stilte spørsmål til 91 allmennpraktiserende leger og tok utgangspunkt i den såkalte Stop-studien. De fikk presentert resultatet som en relativ risikoreduksjon på 45 prosent i forhold til hjerneslag og 81 prosent av legene bedømte dette som svært god eller god forebyggingseffekt. De fikk så stilt spørsmål om hvordan man bedømte nytten av en behandling som skal forebygge hjerneslag som gjør at sannsynligheten for å unngå slag øker fra 96,9–98,3 prosent pr år. Da var det bare 34 prosent av legene som bedømte nytten som god eller svært god. Først etterpå fikk legene vite at det var de samme data som ble presentert på to forskjellige måter. Hetlevik og Holmen konkluderte med at leger sannsynligvis gjør seg skyldig i systematisk overbehandling av pasienter når resultatene presenteres i form av relativ risiko reduksjon.

Et annet dilemma kan presenteres med følgende spørsmålsstilling. *Er det berettiget å drepe noen som ellers ville vært i live for å redde noen andre som ellers ville vært død, og hvor mange flere skal reddes i forhold til de som drepes?* En eksemplifisering av dette dilemma kan være trombolyse ved hjerneinfarkt. Det foreligger nå en rekke studier hvor man har gitt trombolyse i tidlig fase ved ferskt hjerneslag (infarkt) i håp om å bedre overlevelsen. En oppsummering av resultatene gitt på den årlige Bergenskonferansen om hjerneslag 2002, viser at dersom man kommer i gang med behandling innen seks timer etter symptomdebut vil man oppnå 55 færre døde eller «uavhengige» (personer med lite hjelpebehov) for hver 1000 behandlede. Det som er interessant her er at man har slått sammen de to endepunktene «død» og «uavhengighet» og det kan helt klart stilles spørsmålsteget ved om dette er akseptabelt og meningsfylt. Samtidig viser de samme studier at for hver 1000 behandlede opptrer 30 fatale intrakranielle blødninger og i gjennomsnitt er det 19 flere som dør pr. 1000 behandlede med aktiv behandling.

Ser man derfor på endepunktet død alene er det altså ugunstig effekt av trombolyse. Til tross for dette vil man nå starte rutinemessig trombolysebehandling ved akutt hjerneinfarkt på en del sentra i Norden. Her mener jeg det er flere dilemmaer. For det første er det usikkert om det i det hele tatt er noen gevinst ved denne behandlingen, og det trengs mer forskning og studier for å finne det riktige «vindu» for denne behandlingen. For det andre er det et etisk dilemma om det kan være berettiget å drepe noen for å redde noen andre og hvordan i så fall brøken skal være før den kan aksepteres.

Autonomi kan skape utfordringer ved at pasientene bestemmer noe annet enn det helsepersonell mener er best og hvordan forholder vi oss til det?

Det er viktig at pasientene blir presentert for data for og imot behandlingsregimet på en forståelig måte slik at de selv kan være med på å ha avgjørende innflytelse på beslutningen. Det er antakelig et problem å få dette til i hverdagen.

Tvang

Kan det noen gang være berettiget å tvinge medikamenter i gamle mennesker, for eksempel demente og bør vi ha egne regler for dette?

Nå er det et forslag ute til bestemmelser om tvang overfor demente, men medikamenter er ikke med i dette lovutkastet og det er kanskje særlig på medikamentområdet slike bestemmelser trengs. Det tenkes her på svært viktige medikamenter som stoffskifte-piller, diabetes-medisin, antibiotika osv.

Når er det aktuelt å slutte med livsforlengende behandling (med medikamenter osv.)? Skal legen bestemme det, skal pasienten bestemme det, skal de pårørende bestemme det, og hvordan bør prosessen være?

Enda et problemområde kan være å sedere urolige pasienter, for eksempel på sykehjem, som et alternativ til å sette inn menneskelige ressurser. Kan det forsvares etisk? Neppe, men dette blir gjort!

Jeg har pekt på noen problemområder hvor det kan være vanskelig å vite hva som er riktig og best, og hvor etiske aspekter kommer inn i vurderingen. Mange av problemene må etter min mening løses ut fra kunnskap om pasienten i nøye samarbeid med pasienten selv og dens pårørende og med innsikt i nytteverdier og risikovurderinger ved behandlingen. Jeg tror det er farlig og uriktig utfra etiske og moralske, men også ut fra fagmessige betraktninger, slavisk å følge rådene fra metaanalyser, cochrane data og store studier. Jeg tillater meg å sitere en av de mest fremtredende geriater i verden i dag, dr. Grimley Evans som har konkludert med følgende opplegg for behandling for eksempel med antihypertensiva hos gamle.

1. Gå ut fra de store studiene og bruk dette som basis (Evidence based medicine)
2. Finn ut hvorvidt din pasienten passer inn.
3. Bruk ditt beste kliniske skjønn.
4. Informer pasienten og diskutør.
5. Gjør eventuelt et «n = one» study., dvs. gjør et forsøk med nøye kontroll på din ene pasient.
6. Iverksett til slutt tiltak i samarbeid med pasienten.
7. Vær rask til å seponere hvis medikamentet ikke har den ønskede effekt.

Konklusjonen blir altså at det er viktigere med god kunnskap om pasienten og individual betraktninger enn å gå slavisk ut fra data fra store studier.

Turnuslegefordeling

AV ANDERS SVENSSON

Der er mangel på turnusplasser – sies det. Turnuslegene blir flere og flere og de utdannes i haugevis i utlandet – sies det. De kommer til å invadere norsk helsevesen og skape arbeidsløshet blant unge leger – sies det. Men i distriktskommunene har vi ikke sett noe til dem. Vi har ikke turnusleger som står på trappa og ber om plass. Tvert i mot. Mange fastleger og kommuner som har avtale om turnusplass får ikke tildelt turnuslege, og enkelte kommuner blir pålagt å ta i mot flere enn de har plass til.

Yngvar Vestjord i Risøyhamn i Nordland har alene en praksis med 1700 pasienter på listen. Han har også offentlige legeoppgaver som sykehjem, helsestasjon og er ansvarlig for skolehelsetjenesten i bygda der han bor og arbeider. Han har hatt turnuslege knyttet til sitt kontor i mange år. Turnuslegen er i en utdanningsstilling men også en viktig del i driften av Yngvars legekonsultasjon. Han/hun deltar i alle deler av praksisen under veiledning

«Turnuslegen er viktig for å få levelig vaktbelastning for en del fastleger som bor og arbeider i kommunen,» sier Yngvar, «og det er viktig for rekruttering og stabilisering av legetjenesten i kommunen.»

«Jeg har hatt turnuslege i mange år og under fastlegeforhandlingene tok jeg derfor høyde for turnuslege i listestørrelsen».

Når kommunen ikke blir tildelt turnuslege får Yngvar et kapasitetsproblem. «Når jeg ikke har turnuslege er jeg nødt til å leie inn vikar i perioder og det er ikke ivarettatt i betalingsordningen mot trykkesen».

Så når det nå angivelig er mangel på turnusplasser hvorfor får ikke de kommuner som ønsker det tildelt turnuslege?

Svaret finnes i organiseringen av turnuslegefordelingen som administreres av Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell i Oslo. Fordelingen av turnusplasser fungerer på følgende måte:

1. Legestudenter melder seg på til turnustjeneste ved «sitt» universitet. Påmelding og fordeling av trekningsnummer administreres av studentenes turnuskomité, og kulleturnuskomité. Utenlandsstudenter melder seg på til Universitetet i Oslo
2. Studentene gis trekningsnummer.
3. Valg foretas seks måneder før turnusstart. Turnusleger med barn i skolepliktig alder trekker før de andre. Turnuslegeteamer kan få parplass der de trekker samtidig. (Parplass = dagpendlingsavstand). Sykehusplass og distriktplass er knyttet opp mot hverandre, oftest i samme fylke.
4. Turnuslegene kan søke særplass ved spesielle forhold, for eksempel om turnuslegen er enslig forsørger til barn under 12 år, eller «om det er andre særlige grunner som etter en helhetsvurdering tilsier at vedkommende bør få utføre turnustjenesten på et bestemt sted» (Forskrift om turnustjeneste). Særplass tildeles av Statens autorisasjonskontor (eg SHD).
5. Distrikturnusvalg foretas seks måneder før distrikturnus og administreres av fylkeslegene. Fylkeslegene melder behov til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell som fordeler plassene. Valg skjer etter trekningsnummer som ved sykehusvalg.

Så hvordan kan dette forklare at enkelte kommuner ikke får turnuslege hvert år?

Antallet turnusleger som uteksamineres



på våren er mye større enn på høsten. Høsten (august) 2002 var det 294 turnusleger og alle fikk plass. Våren 2003 blir det 350 turnus-leger og alle kommer sannsynligvis til å få plass. Fra høsten 2003 blir det sannsynligvis 500 turnus-leger, men det er bare 350 kommer til å få plass. Så fra høsten 2003 kommer det til å innføres ventelister for turnus-tjenesten.

Ventelister? Da skulle alt være i orden.
Kanskje ikke likevel.

Fra tidspunktet når turnuslegene velger sykehusturnus til de begynner i distriktsturnus går det 1,5 år. Og på 1,5 år skjer det mye i unge legers liv. De gifter seg, skiller seg, får barn, blir syke og får nye interesser (byliv?). Hvert år er det mellom 10–20 turnusleger som får særplass, og enda flere som søker utsettelse.

De blivende turnuslegene bor som de fleste andre studenter i sentrale strøk og dersom de har behov for særplass er det svært trolig at de søker plass i byer. Dersom de får tildelt særplass, har de rett til plass. Det betyr også at kommuner i sentrale strøk kan pålegges å ta imot turnusleger de ikke har plass til.

Enkelte turnusleger velger av forskjellige grunner å vente med turnustjenesten. De søker utsettelse. Svangerskap er den vanligste årsaken, men enkelte leger velger også å trekke seg for at de ikke er fornøyd med den tildelte plassens/trekningsnummeret. Eller, gud forby, de velger å dra til Sverige for turnustjeneste.

Fylkeslegen får tildelt et antall plasser ved sykehusfordelingen ett år tidligere og der er ikke noe system som erstatter de turnuslegene som faller bort.

I Nordland betyr det at for eksempel Yngvar Vestjords Risøyhamn, som er et lite populært turnussted ikke kan regne med å få turnuslege hvert år.

Olav Thorsen som sitter i Turnusrådet, som representant for OLL, sier at turnuslegefordelingen er diskutert i turnusrådet, uten at man funnet en god løsning på problemet med særplasser som etter hans mening skaper det største problemet. Det er også tatt opp på turnuslegekonferansen uten noen gode forslag.

Hva med avtalen som fastlegen har med Fylkeslegen/kommunen om å ta mot turnuslege – den gjelder jo over tre år?

Kommunene har alltid vært pålagt å ta imot turnuslege, men under Fastlegeforhandlingene ble man tvunget til å lage en mer formell ordning for å ta mot turnusleger i privat praksis. «Meningen med avtalen var at legens økonomi skulle sikres, ikke at praksisen skulle garanteres turnuslege,» sier Arne Norum som er seniorrådgiver i KS og som er medlem i et utvalg som skal vurdere turnuslegetjenesten. Den kommunale avtalen med fastlegene som løper over tre år påvirker ikke fordeling eller tildeling av turnuslege.

Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på problemstillinger knyttet opp til turnustjenesten for leger. Gruppen skal særlig se på problemer knyttet til tre-deling av sykehustjenesten og eventuell innføring av psykiatri som en obligatorisk del av turnustjenesten for leger. I mandatet for gruppen nevnes det ikke noe om fordeling av turnusleger i distrikt. Spørsmålet er således neppe noe som kommer til å prioriteres.

Dersom man ikke gjør noe med selve systemet for fordeling av turnusleger til distriktsturnus, kommer nok distriktskommuner til å oppleve ujevn fordeling uansett hvor mange leger som uteksamineres fra innenlandske og utenlandske universiteter. Kommuner vil også tvinges til å ta imot turnusleger de ikke har plass til.

Og det virker faktisk som om ikke er noen som er særlig interessert i å gjøre noe med det.

Abonnér på
UTPOSTEN

se kupong
s. 37



Det sanne eventyret om – når kroppen går til angrep på seg selv

I bygda var det kommet en ung tjenestemann og en ung kommunelege. Det var en ung mann og en ung dame. Spennende syntes de gamle. Spennende syntes den unge lege-frøknen.

I kaffeselskap en søndagskveld ble mannens røde øye gjort til tema. Lege-frøknen var ikke sen om å tilby sine lege-kunster. Litt Kloramfenikol ville nok hjelpe på øyet. « – om du blir med på kontoret så kan du få medisin med den gang». Han ble med, ble undersøkt og fikk sin forklaring. Det kunne være bakterier som hadde slått seg til i øyet, og de knekkes med antibiotika. Det var veldig spennende å bli undersøkt for vondt i et øye, syntes han... Han fikk dråper og gikk igjen.

Noen dager gikk og øyet ble ikke hvitere. Samvittighetsfull var den gode, unge mannen så han dryppet helt etter oppskriften, men det hjalp ikke. Han ringte til den unge legen som hadde forsøkt å hjelpe ham. « – hvis du kommer bort til kontoret så kan du bli undersøkt med en gang». Han kom, ble undersøkt og fikk sin forklaring. Det kunne være en slags betennelse uten bakterier, regnbuehinnebetennelse. Da går kroppen til angrep på seg selv. Det var litt for spennende med slike skumle antagelser om kroppen, syntes han... Han fikk en henvisning til øyenlege og gikk igjen.

Noen dager gikk og øyet ble ikke hvitere. Samvittighetsfullt dro den gode mannen til øyenlegen. «Hvis du vil, så kan du bli sett på med en gang.» Han gikk inn, ble undersøkt og fikk sin forklaring. Det kunne være en virusbetennelse på øyet. Det kan man behandle med å dryppe et virus-middel på det. Hvis det ikke er virus kan den behandlingen skade øyet. «Her har du resepten», sa legen Det var mer enn spennende med virus-behandlingen, syntes mannen... Han fikk resepten, men denne gangen gikk ikke den unge mannen med en gang. Han tenkte seg godt om først. «Så det er ikke slik at kroppen går til angrep på seg selv?», måtte han vite.

Legen tenkte lenge. «Hmm. Jeg må undersøke en gang til», var svaret. «Oi!» sa legen, «uff», tenkte mannen. «Oi!!», sa legen, «uff og huff», tenkte mannen. «Oi!!!» sa legen, «huff, huff, huff» tenkte mannen.

Slik kom det til at mannen ikke fikk behandling mot virus på øyet, men fikk riktig behandling for den type betennelse der kroppen går til angrep på seg selv. Det var en skummel diagnose, syntes mannen, men han visste at sannheten varer lengst og den må man bare se rett inn i hvitøyet.

Hvordan det gikk med lege-frøknen og den gode unge mannen, se det er en annen historie...

– et seriøst fagblad
UTPOSTEN med
humoristiske tilbøyeligheter

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Dikt?

Nå?

I februar/mars?

Når sørpa surkler inn i skoene, skodda ligger som et vått ullteppe over hele det gråtriste Østfold og tilværelsene er en lite lyrisk miks av jobb og plikter, passer det med dikt da? Jepp, dikt passer.

Dikt kan skynde på våren, fremskynde soloppgangen, gjøre dagene lengre og fylle opp batteriene med forventninger om det som skal komme. Dikt kan fremskynde gleden og holde på minnene.

Jeg liker dikt.

I skrivende stund er det på høy tid å fremskynde våren. Få fart på varmen, la sevjen renne litt fortere, både i planter, trær og mennesker. Vi trenger det nå.

Jeg har funnet et dikt som minner meg om den gleden vi kan se frem i mot. Det er skrevet av Meriette Soll Skridshol og er å finne i boka «Snille piker er jævlige nok!»

Når våren kommer

skal jeg

slange meg

på solsengen

blotte brystene

drikke campari

smilende

til solen og deg

når du

klipper gresset

samler løv

vasker møbler

maler fasaden

Når våren kommer

Jeg drømte en drøm

i natt

om våren

og oss

Ha en god vår. Særlig ønsker jeg Rolf Gilhus en god vår, jeg tror han vil være den rette til å finne et dikt til neste nummer

Siri Brelvi



EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56 15 74 00 Tlf.p.: 56 14 11 33, Fax: 56 15 74 01

E-mail: john.leer@isf.uib.no

Nå løser det... igjen...

Det er stadig nyheter på edb-fronten. Nå er det vårløsning. CeBIT er stedet hvor nyhetene vises. Datamaskinene blir raskere, de små mindre, programmene mer omfattende, og en del faktisk bedre, og videreutviklingen av den elektroniske kommunikasjonen i helsevesenet ser ut til å ha kommet inn i et fruktbart spor.

Først litt om størrelsen

Mobiltelefon og håndholdt pc (pda) har smeltet sammen i P800 fra SonyEricsson. Dette er mobiltelefonen som oppfyller forventninger. Maskinen er smålubbet, men snerten og kan spille musikk og video, sende og motta e-post og sms, sende og motta bilder og video, surfe på nettet, bruke forskjellige konti – vanlig isp-konto, wap – fast pålogget gprs osv, osv.

Fotoapparatet «på ryggen» gir mulighet for snapshots som kan sendes direkte som e-post eller mms. Enkel kobling mot pc – via kabel, Bluetooth eller infrarød forbindelse. Det er innstikkplass til lagringskort – pt 16 Mb, men 128 Mb og etter hvert større er rundt hjørnet. Liten, nett og lett. Bra fargeskjerm. Suveren stereolyd med øretelefoner. Tar opp og spiller vav, midi, mp3, AU. For de som gjerne vil ha musikken med seg over alt, kan spor fra CD overføres til MP3-filer vhja såkalte RIP-program (eks FreeRip) og på et 128 Mb MemoryStick Duo – kort vil det være plass til 40–50 musikkstykker i beste mp3-kvalitet, og/eller bilder, video-snutter, dokumenter og andre filer etter behov.

P800 har selvfølgelig kalender, avtalebok, notatblokk, tegnemuligheter (skisser), håndskriftgjenkjenning og virtuelt tastatur i tillegg til vanlig mobilfontastatur. Dokumenter og presentasjoner kan kopieres fra og til pc.

Opera har utviklet en egen web-leser som gjør sidelasting, søking og surfing rask og effektiv. Med en P800 klarer du deg med bare en duppedit når du er på reise.

Elektronisk samhandling

Si@ la grunnlaget for en satsing på kommunikasjonsløsninger i helsesektoren.

Det er nå etablert helsenett i alle helseregionene. I følge statens talsmenn og kvinner er den overordnede målsetting at vi skal få et landsdekkende nasjonalt helsenett, men for tiden ser det ut til at de forskjellige regionene kjemper om kunder og om hvem som er flinkest i klassen. Det er mange prosjekt i sving og tilkomlingstilbudene til allmennleger / fastleger og privatpraktiserende spesialister er mange. Men konkurransen og oversikten er ikke bedre enn at brukerne skal holde ører og øyne åpne og ikke kaste seg over første og beste tilbud.

Det kan være fornuftig å skjele til utviklingen i ELIN-prosjektet som nå går over i en ny prosjektfase med grundigere utprøving av kommunikasjonsløsninger. Over 50 almenntilbedere har meldt seg som potensielle utprøvere og når resultatene foreligger skal det kunne gi mulighet for bedre veiledning av alle fremtidige brukere av kommunikasjonsløsninger i helsevesenet.

Forklaringer:

Pda = personal digital assistant

Sms = short message service

Mms = multimedia messaging service

Ips = internet service provider

Wap = wireless application protocol

Gprs = general packet radio services

Bluetooth = en type radioforbindelse mellom forskjellig elektronisk utstyr

Wav = et lydformat

Midi = musikal instrument digital interface

Mp3 = MPEG-1 Audio Layer-3 et format for komprimering av lydsekvenser til små filer

Au = lydformat

Referanser:

CeBIT (Hannover 12.–19. mars 2003) <http://www.cebit.de>

P800 Sony Ericsson <http://www.sonyericsson.com/P800/main.htm>

Opera <http://www.opera.com/index.dml>

Bluetooth <http://www.bluetooth.com>

Si@ elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren

<http://www.shdir.no/index.db2?id=330>

ELIN <http://www.legeforenningen.no/index.db2?id=10462>

Askøy den 24. februar 2003.

John Leer

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80 • RELIS Øst (Ullevål US) tlf: 23 01 64 11 • RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60
RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58 • RELIS Nord-Norge (Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

Legemidler for postkoital antikonsepsjon

Spørsmål til RELIS

En allmennpraktiker har tidligere forskrevet Tetragnon til kvinner som ønsker postkoital antikonsepsjon. Han har nå en pasient som har tatt det reseptfrie legemidlet Norlevo på korrekt måte for postkoital antikonsepsjon, men likevel blitt gravid.

Hva er forskjellen mellom Norlevo og Tetragnon med hensyn til bl.a. behandlingseffekt og bivirkninger?

Svar:

Norlevo® inneholder kun levonorgestrel (750 mg) i motsetning til Tetragnon® som inneholder levonorgestrel (250 mg) og etinyløstradiol (50 mg) (1–2). For begge legemidlene skal første dose tas senest 72 timer etter ubeskyttet samleie, med en ny dose etter ytterligere 12 timer for Tetragnon og etter 12–24 timer for Norlevo. En dose av Tetragnon er 2 tabletter mens en dose av Norlevo er 1 tablett.

I forbindelse med at Norlevo ble registrert i Norge som reseptfritt legemiddel i oktober 2000, sammenlignet Statens Legemiddelverk dette med tidligere eksisterende alternativ for postkoital antikonsepsjon, dvs Tetragnon. Konklusjonen var at Norlevo har minst like høy beskyttelseeffekt og lavere bivirkningsfrekvens enn Tetragnon. Forekomsten av bivirkninger som kvalme og brekninger er redusert i forhold til Tetragnon. Dette skyldes at Norlevo ikke inneholder etinyløstradiol. Den økte dosen av levonorgestrel kan være årsak til den forbedrede effekten (3).

Det er ikke foretatt noen kontrollerte undersøkelser av noen av hormonregimene for postkoital antikonsepsjon sammenlignet med placebo eller ingen behandling. Effektiviteten kan derfor bare bli et anslag (4). Studier som ligger til grunn for vurderingen fra Statens Legemiddelverk samt svenske Läkemedelsverket, sammenligner behandling med levonorgestrel (Norlevo) med Yuzperegimet. Det sistnevnte er en betegnelse på kombinasjonsbehandling med 2 doser av 0,1 mg etinyløstradiol og 0,5 mg levonorgestrel (tilsvarer behandling med Tetragnon) (5). I en av studiene, som inkluderte 1955 kvinner, fant man at frekvensen av behandlingssvikt (dvs graviditetsfrekvens) var 3,2 % hos de kvinner som fikk Yuzperegimet og 1,1 prosent for kvinner som fikk kun levonorgestrel (6). Beskyttelseeffekten, dvs andelen graviditeter som var unngått, var i gjennomsnitt 85 prosent for levonorgestrelregimet og 57 prosent for Yuzperegimet. Beskyttelseeffekten var sterkt knyttet til tidspunkt for inntatt legemiddel. For begge regimene var behandlingen mer effektiv jo tidligere etter ubeskyttet samleie som den ble gitt. Hvis første dosen ble tatt etter 0–24 timer var beskyttelseeffekten 95 prosent for levonorgestrelregimet og 77 prosent for Yuzperegimet. Dose tatt etter 25–48 timer gav 85 prosent respektive 36 prosent beskyttelseeffekt og etter 49–72 timer var det kun 58 prosent

respektive 31 prosent av kvinnene som unngikk graviditet. Studien viste også at frekvensen av kvalme (23,1 prosent mot 50,5 prosent), brekninger (5,6 prosent mot 18,8 prosent), svimmelhet og trøtthet var signifikant lavere i levonorgestrelgruppen enn i Yuzpegruppen. (6). En Cochrane-utredning som inkluderer ovenfor nevnte studie samt ytterligere én studie konkluderer også med at levonorgestrel har vist god effektivitet og lite bivirkninger sammenlignet med Yuzperegimet (7).

Det har vært vanlig å hevde at det er for sent å bruke postkoital antikonsepsjon hvis det har gått mer enn 72 timer etter ubeskyttet samleie (4). En nyere studie tyder imidlertid på at Yuzperegimet er relativt effektivt helt opp til fem dager etter samleie. Graviditetsfrekvensen var 0,8 prosent for kvinner som fikk behandling før 72 timer var gått, mens den var 1,8 prosent for kvinner som fikk behandling mellom 72 og 120 timer etter samleie (8). Vi har ikke funnet tilsvarende studier med rene levonorgestrelpreparater, men ut fra teorier om virkningsmekanismen for postkoitale antikonsepsjonsmidler (9), er det trolig at levonorgestrel alene også vil kunne ha effekt når det tas senere enn 72 timer etter samleie.

Både Norlevo og Tetragynon er kontraindisert under svangerskap i følge preparatomtalene (1–2). Dette behøver ikke innebære at det er indikasjon for abort. Inntak av høye doser gestagen eller østrogen kan i sjeldne tilfeller gi økt risiko for maskulinisering av kvinnelige fostre, noe som lar seg korrigere kirurgisk. Det er hittil ikke funnet holdpunkter for at levonorgestrel eller etinyløstradiol øker risiko for andre misdannelser (10).

Konklusjon

Sammenlignende studier viser at Norlevo, som kun inneholder levonorgestrel, er mer effektivt som kriseprevensjon

enn Tetragynon, som inneholder levonorgestrel og etinyløstradiol. Norlevo er også forbundet med færre bivirkninger. Ingen av legemidlene gir fullstendig beskyttelse mot graviditet. Beskyttelsesgraden minsker jo lenger tid etter ubeskyttet samleie som legemidlet inntas.

Sofia Frost

Rådgiver, cand. pharm

RELIS Vest, Haukeland universitetssykehus

Referanser:

1. Statens legemiddelverk. Norlevo (SPC). <http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm> (16.08.2000).
2. Statens legemiddelverk. Tetragynon (SPC). <http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm> (23.03.2001).
3. Statens legemiddelverk. Preparater i fokus-Norlevo. <http://www.legemiddelverket.no/bivirk/prepfok/Norlevo.htm> (08.09.2000).
4. Nesheim BI. Postkoital antikonsepsjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121(23): 2737-8.
5. Läkemedelsmonografi Norlevo. Läkemedelsverket (Sverige). <http://www.mpa.se/mono/norlevo.shtml> (15.08.2002).
6. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet 1998; 352(9126): 428-33.
7. Cheng L et al. Interventions for emergency contraception (Cochrane review) In: The Cochrane library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
8. Rodrigues I et al. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(4): 531-7.
9. Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill – How long after? Am J Obstet Gynecol 1994; 171(6): 1529-34.
10. RELIS database 2001; sp.nr. 301, RELIS Nord-Norge.

MORTEN BREIBY

FORBIFARTEN

STILLING ALLMENNPRAKTISERENDE LEGE ARBEIDSSTED GJØVIK LEGESENTER



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Sjenert og beskjeden oslogutt. (Hæ!/? red. anm.) Utdannet i Tromsø. Valgte tidlig familiekarriere, framfor en lysende yrkeskarriere. Har jobbet flere steder i Gjøvik regionen både med samfunnsmedisin og som allmennpraktiker. Trives fortsatt som fastlege ved Gjøvik legesenter. Synes familie og fritid er like viktig som jobben.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Jeg var sommervikar på Karlsøy før siste studieår. Rett før distriktslegen dro på ferie, ville han bare nevne at en kvinne på Karlsøy nærmet seg termin. Hun ville føde hjemme – så det kunne hende at de ønsket at jeg var til stede ved fødselen, for sikkerhets skyld.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Muligheten til å bli kjent med mange, hyggelige mennesker. Å kunne treffe trivelige kolleger.

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag?

At kona mi og jeg bestemte oss for å skaffe vaskehjelp. Å komme hjem fra jobb fredag ettermiddag, til et nyvasket hus og ferdigstrøkne skjorter er helt ubeskrivelig.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

De få gangene jeg tror jeg har bidratt til at pasientene får et litt bedre liv.

Når lo du på jobben sist?

Det gjør vi nesten hver dag. Spisepausene på Gjøvik legesenter pleier å bli livlige.

Hvilket ord i den medisinske hverdagen er du mest lei? Hvorfor?

«Helseøkonomisk lønnsomt» (Jeg har alltid lurt på om livet er lønnsomt?)

Hva ville du gjøre annerledes hvis du startet en ny praksis/ i en ny jobb?

Da vil jeg finne meg et ungt og dynamisk arbeidsmiljø. Etter hvert har jeg blitt flinkere til å jobbe med det jeg kan noe om. Jeg tror det er viktig å si klart i fra om hvilke problemer vi ikke kan hjelpe pasientene med.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Pasienter som ser mulighetene og de positive sider ved livet, tross sykdom.

Hva gjør du om fem år?

Forhåpentligvis er jeg fortsatt lege ved Gjøvik legesenter.

Hvilken person i norsk helsevesen kunne du tenkt deg å bli stående fast i skiheisen med? Og hvorfor?

Det vil jeg ikke fortelle. — Men en kort heisstopp med Dagfinn Høybråten, bare for å spørre om han synes takstkontrollene foregår etter god forvaltningsskikk, slik vi forventer i et demokratisk samfunn, kunne jo vært artig.

Du er helseminister for én dag – hvilke to oppgaver ville du løse først?

Noen bør vel snart gjøre noe med økningen av uføretrygdte og sykmeldte. (En dag er vel litt snaut?)

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Faglige artikler om vanlige, allmennmedisinske tema.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Bedre legevaksordninger.

Mange arbeidsledige leger, slik at det blir lettere å få vikar.

Hva håper du at du skal gjøre før du blir gammel?

Jeg har ferdige planer for en ukes fottur i Dolomittene. Har bare ikke rukket det enda.

Ønsker dine venner at du skal bli mer rampete eller mer skikkelig?

Jeg tror de ønsker at jeg forblir som jeg er.



I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Kast dere frampå, folkens!



Det subjektive og det objektive

1.

Kvinne, ca. 50, sykepleier. Gift, 3 barn, ingen åpenbare psykososiale påkjenninger, slik jeg har kjent henne i 20 år. Siden -87 gradvis økende hyppighet av sykmeldinger for muskelsmerter/-verk, trass i stillingsprosent fra 50 til 75, i til dels «lette» stillinger som pille-utdeler på dement-avdeling, og dels som dag-aktivitør.

Hun hadde tidlig en positiv reumaprøve, som gjorde at jeg ga henne en leddgikt-diagnose. Prøven har ikke latt seg reprodusere, men har gjort at trygden ikke har vært så pågående ved gjentatte sykmeldinger.

Jeg har aldri oppdaget hovne ledd, og symptomene har i stor grad liknet på fibromyalgi, med de samme hyperømmepunkter og subjektiv følelse av muskelverk, subjektiv – men ikke objektiv hovning m.m. Blodprøver har de siste 10 år vært normale, unntatt lett forhøyet amylase, på 3–400. For 1 år siden begynte den å stige, slik at den ble rundt 1000, og syntes jeg at jeg måtte utrede: urin-amylase innen ref.område, og isoenzym amylase i øvre ref.grense.

Jeg husket fra min studietid at foruten pancreas, inneholder også spyttkjertler amylase: kanskje kunne det være en Sjøgrens sykdom?

Jeg henvist til reumatolog, da pas. på direkte spørsmål også kunne bekrefte at hun var tørr i munnen. Reumatologen

undersøkte og fant ikke at det var beskrevet høy amylase ved Sjøgrens, og avviste først, men aksepterte etter hvert Sjøgren-diagnosen. Spyttkjertelscintigrafi viste nedsatt funksjon i seks av sju kjertler. UL abdomen, gastroskopi m/duodenalbiopsi og MR pancreas/MRCP var neg. Som «endelig» bevis ble det tatt spyttkjertelbiopsi fra munnhuleslimhinne: negativ.

Pasienten begynte å føle at hun endelig hadde fått en diagnose og kunne forholde seg til det – men ikke effekt av Plaquenil. – Både pasient og lege i villrede!

2.

Kvinne, ca. 35, to friske barn, siden videregående jobbet som industriarbeider.

Etter hvert fikk hun både én og to vedvarende epikondylitter, som etter hvert ble operert, uten vedvarende yrkesmessig effekt. Hun fikk også generelt nedsatt arbeidskapasitet, og uttalt stivhet om morgenen. Når hun skulle på jobb kl. 07, måtte hun stå opp kl 4.30 for å ta seg 45 min varm dusj for å komme i gang. Deretter sørge for barn, som hun i praksis var eneforsørger for, da mannen var langtransportsjåfør.

Etter hvert ble de skilt, far og mor ble også skilt, begge skilsmisser opprivende sosiale hendelser for henne og familien.

Det som er **spennende**
og **viktig** for deg – er spennende
og viktig for **Utposten!**

Det var ingen leddhevelser, ingen positive lab-verdier unntatt uspesifikk forandring av ANA. Etter hvert som hun kom til reumatolog, ble Sjøgrens-diagnosen stilt. Brukbar effekt av Plaquenil.

Hun meldte seg på et Sjøgrens-forsknings-prosjekt ved Rikshospitalet, der man fant nesten opphevet tåreproduksjon ved Schirmers prøve, men negativ spyttkjertelbiopsi, etter hvert hoven parotis uten effekt av tetracykliner i tre uker, fra RH bedt henvist til tannlegehøyskolen.

Oppsummering

Mangeårig plagete kvinner med spesielt verk i ledd/muskler, nedsatt arbeidskapasitet generelt. Som mange andre, spesielt kvinner, «uglesett» av behandlingssystemet pga. «laveste rang» av plager à la fibromyalgi.

De opplever seg som «heldige» fordi de har fått en reumatisk diagnose, men føler seg fortsatt vanskelig synlige fordi «objektiverings-undersøkelsen» biopsi er negativ.

Uansett setter det fokus på hvordan vi møter, og respekterer, pasientenes fortelling om sine plager, mennesker som vi skal hjelpe som best vi kan – skjønt vi selv føler at vi kan hjelpe så lite.

Noen får altså en annen diagnose etter hvert. Vi kan ha god samvittighet hvis vi hele tida er ydmyke for det subjektive, samtidig som vi er ærlige med hensyn til det objektive til et hvert tidspunkt.



Einar Zuwaig (50), ex. Oslo -78, spes. i allmennmedisin, 21 år solo-praksis (-01 1/2 kollega til) på Tyristrand, Buskerud. Fast-liste 1400. Også utlært gastroskopør Skien -88, 700 skopier i praksis som en «faglig nisje». Medlem av perinatalkomiteen i Buskerud (til nedlegging -01), medlem av fagråd gastro i Helseregion Sør (til nedlegging -01).

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Fiskekrok i fingeren

Leger i kystkommuner må være forberedt på denne situasjonen, men også de av oss som jobber i innlandskommuner, selv om krokstørrelsen brukt i fiskevann er mindre.

Legen blir kontaktet når kroken er gått så langt inn i fingeren at mothaken også er under hudnivå og således gjør sin funksjon: hindrer at «fisken» forlater kroken!

Legens utfordring blir å fjerne kroken uten for mye vevsødeleggelse og uten smerte. Det siste målet nåes gjennom å sette en effektiv ledningsanestesi (uten adrenalin!) lokalisert ved proksimale fingerende.

Det neste en må ta stilling til er om kroken skal trekkes ut samme vei den gikk inn eller om den skal føres videre gjennom vevet, slik at den kommer ut «på andre siden». Det avgjørende for denne beslutningen er å gjøre seg en oppfatning om hvilket av disse tiltak som medfører minst vevsødeleggelse.

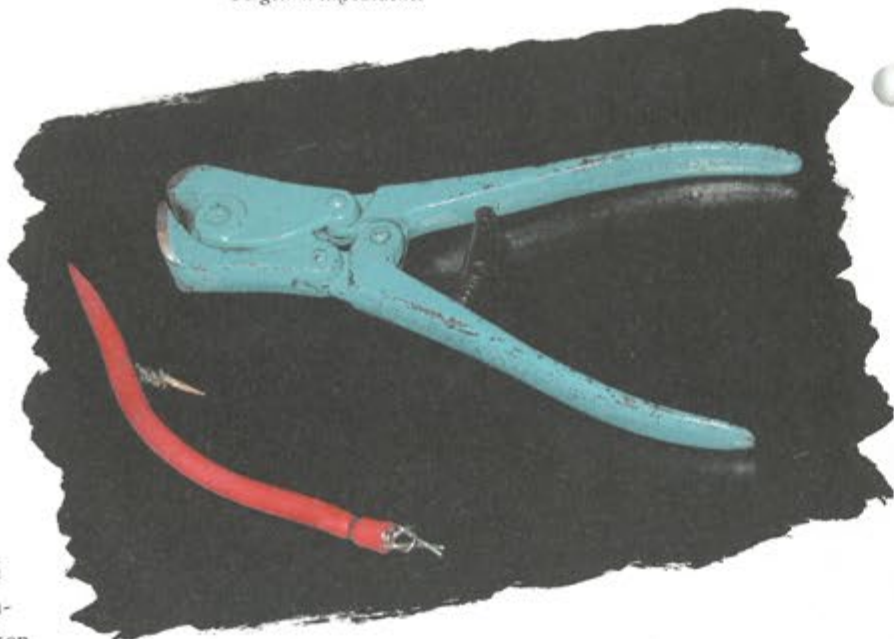
Det er en fordel å skaffe seg blodtomhet. Har en ikke tilgjengelig det spesielle instrumentet for dette så gjør et gummistrikk samme nytten. Vask med desinfeksjonsmiddel.

Gjennom å føre kroken videre går denne gjennom vev som i utgangspunktet var uaffisert. Ved å trekke kroken tilbake samme vei den gikk inn må det skaffes fri passasje for mothaken. Dette gjøres ved bruk av en spiss skalpell som føres inn langs kroken på den siden mothaken befinner seg, helt til skalpellspissen trefte mothaken. En har nå splittet vevet i en «gate» av 2–3 mm bredde. Ved tilbaketrekking av kroken følger mothaken denne gaten.

Under alle omstendigheter må en ha et viktig verktøy tilgjengelig som ikke alltid inngår i standardutrustningen på kontoret: en tang. Denne tangen må ha en god kuttekapasitet. Metallet i kystens «makkångler» som blir brukt på juksa er av meget fast karakter slik at den «avbiteren» som finnes i hjemmets verktøykiste blir for svak. Få tak i en makkångel av åtte cm lengde og test tangen på denne.

Dersom du velger å føre kroken videre gjennom fingeren må da ha tangen klar. Denne er et godt hjelpemiddel under manipuleringen av kroken ved at tangen får bedre «tak» i kroken enn fingrene dine. Når spissen har penetrert huden så mye at den sikrer tangen et godt tak, da er tiden inne for å bruke denne i hudnivå på andre enden for å kutte kroken. Når dette er gjort forflytter du igjen tangen til krokspissen og trekker denne ut, under hensyntaken til krokens buede form. Jeg har aldri sett infeksjoner som følge av dette slik at profylaktisk antibiotikumbruk ikke er nødvendig.

Torgeir Wiik, Andenes





NOBLIGAN® RETARD

Tramadol



Lav risiko for misbruk og avhengighet*



Enklere med depottabletter



Indikasjon: moderat smerte

Nobligan - Grünenthal-
Nobligan Retard - Grünenthal-
Analgetikum

ATC-nr: N02A X02

B DEPOTTABLETTER 100 mg, 150 mg og 200 mg: Nobligan Retard:

Hver depottablett inneholder: Tramadol, hydroklorid, 100 mg, resp. 150 mg og 200 mg, lactos, monohydrat. Fargestoff: 100 mg: Titandioksid (E171), 150 mg og 200 mg: Titandioksid (E171), kinolingult (E104), jernoksider (E172).

KAPSLER 50 mg: Nobligan: Hver kapsel inneholder: Tramadol, Hydroklorid, 50 mg, const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E132), jernoksider (E172), titandioksid (E171).

Indikasjoner: Moderate smerter.

Dosering: **Depottablettene og kapslene svelges hele med tilstrekkelig væske.** Kan tas uavhengig av måltider. Dosen bør justeres i forhold til graden av smerte og følsomheten hos den enkelte pasient. **Depottabletter: Voksne og barn over 14 år:** Vanlig startdose er 100 mg 2 ganger daglig, morgen og kveld. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig, kan dosen justeres opp til 150 mg eller 200 mg 2 ganger daglig. Maksimal døgndose er 400 mg. Depottablettene skal ikke deles eller tygges.

Kapsler: Voksne og barn over 14 år: 50 mg (1 kapsel) 3 ganger daglig. Kan ved behov økes til 100 mg (2 kapsler) 4 ganger daglig. Ved akutt smerte er startdosen 100 mg oftest nødvendig. Nedsatt lever eller nyrefunksjon: Ved lever cirrhose eller svært nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <5 ml/min) kan elimineringen av tramadol og dens aktive metabollitt forlenges, og intervallet mellom dosene bør økes til det doble. **Barn:** Skal ikke brukes til barn under 14 år. Depottabletter: Geriatrike pasienter: Dersom nedsatt lever- eller nyrefunksjon ikke er klinisk påvist, er det vanligvis ikke nødvendig med dosejustering hos eldre pasienter (opptil 75 år). Hos eldre pasienter (over 75 år) kan eliminasjonstiden være forlenget. Doseintervallene skal forlenges individuelt, i samsvar med pasientenes eliminasjonstid og behov, dersom dette er nødvendig. Nedsatt lever og nyrefunksjon: Anbefales ikke til pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon og/eller leverinsuffisiens. For pasienter med moderat nedsatt nyre og/eller leverfunksjon kan en forlengning av doseintervallene overveies.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Akutt forgiftning av alkohol, hypnotika, analgetika, opioider eller psykofarmaka og til pasienter som får monaminoksidasehemmere (MAOI), eller som har tatt slike i løpet av de siste 14 dagene.

Forholdsregler: En skal utvise spesiell forsiktighet ved behandling av pasienter som er avhengige av opioider, pasienter med kranieskader, pasienter som er i sjokktilstand eller som av ukjente årsaker har nedsatt bevissthet, pasienter med forstyrrelser i åndedrettscenteret eller åndedrettsfunksjonen og ved tilstander med forhøyet intrakranielt trykk. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter som er følsomme for opioider. Krampor er rapportert hos pasienter som er behandlet med tramadol innenfor de anbefalte doseringsnivåer. Risikoen kan øke dersom doseringsnivået overskrider den anbefalte daglige dose (400 mg). Tramadol kan også øke risikoen for krampor hos pasienter som tar andre krampettersknedsettende medikamenter. Pasienter med epilepsi eller med risiko for krampetilløp bør kun unntaksvis behandles med preparatet. Tramadol er svært avhengighetsskapende. Toleranse, psykisk og fysisk avhengighet kan utvikles ved langtidsbruk. Ved bruk til pasienter med tendenser til rusmisbruk eller -avhengighet skal preparatet kun administreres i kortere perioder og under nøye medisinsk kontroll. Stor forsiktighet må utvises ved samtidig bruk av MAO-hemmere og i 2 uker etter slik behandling. Tramadol er ikke egnet som erstatningsmiddel for opioidavhengige pasienter. Selv om tramadol er en opioidagonist kan preparatet ikke hemme morfinabstønsens. Legemidlet kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

Interaksjoner: Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig administrering av tramadol og andre sentralt virkende legemidler inkl. alkohol, kan potensere effektene på det sentrale nervesystemet (CNS). Samtidig eller tidligere administrering med amitidin (enzym hemmer) gir sannsynligvis ikke klinisk relevante interaksjoner. Samtidig eller tidligere administrering av karbamazepin (ensyminduser) kan redusere den smertestillende effekten og forlenge virketiden. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har en blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buprenorfin, nalbupin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Ved samtidig administrering av selektive serotoninreopplakshemmere, trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre krampettersknedsettende midler, kan tramadol inducere øke risikoen for krampor. Legemidler som inhiberer enzymet CYP 3A4, som ketokonazol og erytromycin, kan inhibere metabolismen av tramadol og ev. også den aktive metabollitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrer studier viser ikke reproduksjonstoksiske effekter. Siste timene før forventet fødsel skal preparatet bare brukes hvis fordelene oppveier en mulig risiko, fordi det kan gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Overgang i morsmelk: Mengden tramadol som går over i morsmelk er ca. 0,1% av morens dose. Det er mulig at barn som ammes påvirkes. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Mest vanlig er kvalme og svimmelhet (over 10%). Det er rapportert en rekke tilfeller av levertoksitet, hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, desighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Klie hud utslett. Sjeldne (>1/100): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i opplevelsessevne og aktivitetsnivå. Sentralt nervesystemet: Muskelsvakhet, krampetilløp. Sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretarmingsforstyrrelser (urinretensjon). Øvrige: Appetitt forandringer, allergiske reaksjoner (åndet, bronkospasmer, angionevrotisk ødem), anafylaktisk sjokk. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tåvenningsrisiko foreligger.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Mose, brekninger, kardiovaskulær kollaps, bevissthetsforstyrrelser/koma, krampetilløp og respirasjonsdepresjon.

Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, foretas for å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sirkulasjonen. Månen skal temmes ved brekninger (dersom pasienten er ved bevissthet) eller vertikal skylling. Nalokson kan anvendes til bedring av respirasjonsdepresjonen. Krampetilløp kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum ved hemodialyse eller hemofiltrasjon.

Pakninger og priser pr sept 2002:

Nobligan: Kapsler: Enpac: 20 stk. kr. 77,30, 100 stk. kr. 208,90.

Nobligan Retard: Depottabletter:

100 mg: Enpac: 20 stk. kr. 128,60, 100 stk. kr. 442,20.

150 mg: Enpac: 20 stk. kr. 170,70, 100 stk. kr. 628,00.

200 mg: Enpac: 20 stk. kr. 204,30, 100 stk. kr. 812,80.

PHARMACIA

www.pharmacia.no

* Preston et al, Drug and Alcohol Dependence 1991, 27, 7-17

* Richter et al, Arzneimittel-Forschung / Drug Research 1985, 35, 11, 1742-4