



Innhold:

Leder: Tullvær i vinter – nå vil vi ha vår!	s 3
Av HELEN BRANDSTORP	
«Dobbeltime» med Per Einar Jahr mars '03	s 4
Av HELEN BRANDSTORP	
Arbeidsplassbeskrivelse – et nyttig hjelpemiddel ved funksjonsvurdering	s 7
Av INGER GUDDING OG ARVE LIE	
● 1 vi fremme helse i Norge? Av ODD BJØRNSTAD	s 9
«Ingen landsbylege akkurat»	s 11
Av ANNE KVALHEIM	
Akutt iskemi i beina Av ERIC WAHLBERG	s 13
En manuellterapeuts erfaringer med henvisningsprosjektet Av SVEN ERIK FREDRIKSEN	s 16
Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer	s 20
Av IVAR SKEIE	
24-timers blodtrykksmåling eller hyperrisikisme	s 23
Av EIVIND MELAND	
Utposten 30-års jubileum/Løvetannprisen	s 24
From Bø til London – a doctor's tale	s 26
Av ANDERS HELMERSON	
Hvorfor Vesterålen ikke har interkommunal legevaktsentral Av SVEN ERIK FREDRIKSEN	s 29
Faste spalter	s 32

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

Sigbj. Obstfelders vei 8, 0782 Oslo

Tlf. priv.: 22 60 60 92

Mobil: 481 26 688

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: 416 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: ingvmenes@online.no

Forsidefoto: Her ble Utposten født for 31 år siden. Finnøy på Mørkysten 29. mars 2003 under Utpostens 30-årsjubileum. Foto: Ivar Skeie

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen

Tullvær i vinter – NÅ VIL VI HA VÅR!

Utposten feirer
30-års jubileum
og oppfordrer våre
lesere til å verve en
ny abonnent hver!

Det er fantastisk og unikt i alle sammenhenger at Utposten gjennom 30 år har klart å produsere åtte utgaver i året på dugnad. Vi «lever av» abonnements- og annonseinntekter og vi synes vi har en rimelig god balanse og reflektert forhold til dette. Vi ser imidlertid at økte produksjonskostnader og svakt synkende abonnementsstall ikke gir den trygghet vi ønsker oss. I tillegg har vi annonsesvikt fra de firmaer som på grunn av usikker økonomi velger å ikke annonsere fra 1. april til 1. oktober. Vi har derfor i denne utgaven av Utposten måttet redusere på sideantallet og papirkvaliteten. Vi har også måttet vedta en liten økning i abonnementsavgiften, og håper på støtte fra våre lesere på disse tiltakene.

Men, vi ser frem til å kunne levere Utposten i mange år fremover og vi tillater oss med dette å oppfordre alle våre trofaste lesere om å verve nye abonnenter!

Tove Rutle

Vi nord for polarsirkelen har hatt mild vinter med mye regn og vind. Det har blåst og vært varmt, regn og sludd om hverandre; – det kalles «tullvær». Her oppe har en prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord nettopp lagt frem en rapport som konkluderte med at det ikke er behov for akutt kirurgisk beredskap på alle de sykehusene i Nordland. Hvilket sykehus som skulle legge ned deler av sin aktivitet ble opp til de lokale helseforetakene. I tillegg skulle noen fødeavdelinger gjøres om til stuer. Konkurransen mellom sykehusene er villet fra statens side allerede i flere år, nå ble det helt bensin på det ulmende bålet... Det har vært hett her nord. For sykehusene handlet det i grunnen om kampen om å overleve, på sikt.

Helse Nord har snudd i dagene etter at lederen til dette nummerert ble skrevet! De tar selvkritikk, akuttberedskapen skal beholdes ved alle sykehusene i en eller annen form. Styreleder Olav Helge Førde sier de burde koplet inn primærhelsetjenesten langt tidligere. Flott Førde!

Hva var saken egentlig slik Utposten «primærlege – representant» ved anestesivdelingen på UNN har engasjert seg i den? Hvordan var lederartikkelen før retretten til Helse Nord? Les selv. For vi må fortsette å bry oss. Det er fremdeles muligheter for sne her nord.

Primærlegene er i villrede. Hva vil Helse Nord at vi skal klare? Reisetid for pasienter med akutt abdomen, med hodeskader eller blødninger, fødende og trafikkofre økes betraktelig enkelte steder. Styreleder i Helse Nord, samfunnsmedisineren Olav Helge Førde, avfeier usikkerheten med å sammenlikne med Finnmarkstandene. Er det Finnmarkstandard vi vil ha? Hva sier Østfoldingen til å reise til Drammen for en akutt kirurgisk problemstilling? Sykehuslegene på Stokmarknes sykehus har skrevet motmelding til rapporten. Styreleder i Helse Nord sier offentlig at han ikke vil ikke ha noe av hvitfrakk-politikere.

Det er interkommunale distriktsmedisinske sentre og interkommunale legevaktsentraler som seiler opp som løsningen for primærlegene, etter føringer fra direktoratets side. Dette kan minke arbeidsbelastningen for en sliten primærlege og være stimulerende samtidig. Men arbeidet må jo gjøres uansett. Presset kommer fra de sykeste pasientene og de mest engstelige, og de skal ambulansetjenesten ta seg av i større grad enn før... Når ble de rustet til det? Har anbudssystemet med nye eiere og kanskje skifte av ambulans personell hvert femte år gitt oss godt utdannet ambulans personell? Tallene viser noe ganske annet.

Hvis trenden er slik over hele landet, at akuttberedskapen skal bygges ned og ambulansetjenesten yte oftere og bedre helsetjeneste, hvem kan da gi retningslinjer? Hvem kan fortelle oss hvor lenge det er forsvarlig at ambulanspersonellet tar seg av pasientene før de må sees på av lege? Hvordan kan vi organisere oss slik at kvaliteten blir god nok? Hvem har ansvar for tilstrekkelig opplæring av ikke bare ambulans personell, men også legevaktspersonell og legevaktsleger? Det er fremdeles bare legen som kan diagnostisere og bestemme behandling. Vi er og blir medisinsk faglige ansvarlige. Helsearbeiderne ellers er våre hjelpere. Slik er loven.

Samhandling er altså et nøkkelord. Les om erfaringer fra Valdres og Vesterålen.

Samarbeid og samhandling står sterkt også i direktoratets distrikts medisinske senter, DMS. Her er spesialistpoliklinikker i samme bygg som allmennlegekontor.

Hvordan får vi spesialister til å bruke tid hos oss lokalt, når de har fulle avtalebøker og mye å ta unna? «Lunchen er viktig», svarer ildsjelen fra Nord Aurdal, Per Einar Jahr, i Utposten «Dobbelt time». Hva slags meny kan vi forvente? – nærrende, variert kost eller smuler? De har veiledningsplikt, 2. linjetjensten, men det er vel grenser for den også. Hvordan skal ressursene styres slik at også veiledningsarbeidet når ut til alle? Det er ikke alle som kan samles i DMS. Mindre enheter som kommunal sykestue med akutt plasser og legevaktsentral er viktige alternativ i mindre legevaktsdistrikt. Her er det ikke så attraktivt for helseforetaket å etablere spesialist poliklinikker. Er veiledning via telematikk løsningen? Magert næringsgrunnlag i forhold til DMS sine fete menyer. Taper de geografisk vanskeligstilte, små kommunene igjen?

Været er blitt godt her oppe nå. Vårens deilige, lyse, grønne håp og forelskelser er tilbake etter mørketid. Tullværet har lagt seg. Det nyter vi, – feirer det som feires kan! Men mørke skyer, is på veien og høy sjø vil komme igjen. Da må vi ha både båt og bil som klarer av det. Sånn er det her oppe. Vi er vant til å ha en god beredskap, det har berga oss. Det vil vi fortsette med og det kommer ikke gratis.

Helen Brandstorp

«DOBBELTIME»

med Per Einar Jahr mars '03

Per Einar Jahr er en markert akuttmedisinsk interessert lege på Fagernes, men det er langt mellom det akuttmedisinske miljøet sørpå og nordpå. Intervjuer i Tromsø vet derfor ikke så mye om Dr. Jahr. Nysgjerrigheten er desto større. Vi begynner rett og slett med en fyldig presentasjon.

«Kem e du?»

Jeg er kommunelege i Nord Aurdal, 47 år og har fire barn som etter hvert er begynt å bli voksne. Født i Oslo, bodd flere steder under oppveksten. Studert i Tromsø, kull '78. Kom til Valdres ganske rett etter turnus og har vært der mer eller mindre hele tiden. Hadde et opphold i Østfold, men lengtet tilbake til naturen og vintrene i Valdres. Jobbet som ambulansesjåfør i Oslo et år for å samle poeng til å komme inn på legestudiet. Det var ikke poenggivende da. Arbeidet som ambulansesjåfør ble ikke verdsatt som medisinsk virksomhet, men via mange omveier fikk jeg det gjennom som tellende. (Var egentlig på nippet til å fortsette i den jobben for så fascinerende var det!) Jobbet så senere på ambulansen i ferier gjennom studietiden. Ellers så er jeg med i styret for NAKOS (Norsk akuttmedisinsk kompetanse senter) og Norsk førstehjelps fagråd. Jeg har også vært med i en av utredningsgruppene som bl.a. Helse Øst og Helse Innland har brukt i forbindelse med omstilling av akutfunksjonene.

«NAKOS er lite kjent nordpå... Fortell!»

Norsk akuttmedisinsk kompetanse senter startet som et samarbeide mellom akuttmedisinsk orienterte kolleger, som Peter Andreas Steen, Jan Erik Nilsen, Lars Wik. Samt Stiftelsen Norsk Luftambulanse. Departementet har besluttet at NAKOS i fremtiden skal være et offentlig etablert kompetansesenter som er ment å fungere som en node i et nettverk mellom regionale og lokale kompetansesentre rundt om i hele landet.



Rask kikk på netter: NAKOS har i følge hjemmesiden deres eksistert siden 2000-2001 og så langt hatt tre store akuttmedisinske seminar. Adr: www.NAKOS.org. (- men sidene er foreløpig litt uferdige og delvis på latin...)

I likhet med mange allmennleger i distriktene er Per Einar Jahr nå opptatt av Distriktmedisinske sentre, DMS.

Vi var i februar i Alta, møtte Daniel Haga og så hva de har fått til der. Vi har fått prosjektmidler og er også i ferd med å etablere et distriktmedisinsk senter i Valdres. Vi vil lage en interkommunalt DMS med seks kommuner, og det skal ligge i Nord Aurdal kommune, på Fagernes. Fagernes er regionsenteret og ligger fint til midt i regionen geografisk. Vi er kommet så lang at det i disse dager installeres digitalt røntgen utstyr hos oss som skal sende bilder ned til Gjøvik sykehus via bredbånd. Slik kan vi ta bilder i Fagernes og se på dem sammen med radiologene på sykehuset mens pasienten venter. Dette er faglig spennende for oss og det er samtidig samfunns økonomisk gunstig.

«Men kvaliteten på røntgen bildene...?»

Det blir bra kvalitet pga teknisk avansert utstyr.

«Jeg mener, får dere volum nok til å bli gode?»

Vi regner med å ta mye skjelett røntgen og lunge røntgen. Det vil en radiograf få volum nok til å bli god på. Dessuten vil vi raskt få tilbakemelding fra radiologene på sykehuset om kvaliteten på bildene ikke er god nok. De vil jo ikke godta dårlige bilder.

Jahr forteller videre at også de, som Altaværingene, vil ha dialysetilbud på sitt DMS og de vil ha spesialister i annet enn allmennmedisin.

Vi håper å få spesialisthelsetjeneste litt gradvis, ikke for fort. Vi vil knytte til oss spesialister som ikke bare vil tjene raske penger samtidig som de er på hytta si i nærområdet. Vi vil gjerne at de skal ha en tilknytning til senteret og at vi skal kunne dra veksler på hverandre. Felles spisepauser er for eksempel viktig. Vi må møtes og føle at vi har et eierskap til samme sted. Det som er en av utfordringene er at dette vil kreve betydelig bygningsmasse. Det koster penger...

«Det hadde vært spennende å høre litt mer om akuttmedisinen hos dere, om legevakt og ambulansetjenesten.»

Vårt distrikt var en av de aller første som opprettet en bemannet interkommunal legevaktsentral i Norge. Myndighetene ville dette for at legene skulle ha sjeldnere vakt, da spesielt nattevakt og også kunne gi et bedre tilbud til pasientene pga bedre utstyr. Dette har vært ellers i landet i tilknytning til sykehus eller sykestue. Hos oss har vi et vakt-samarbeid om nettene fra kl 22.00-08.00, samt i helgene. Legevaktsentralen (LV sentr.) er bemannet med sykepleiere for det meste, men også noe ambulanse personell går



i turnus. De fleste pasientene bor innenfor en radius av tre–fire mil. De pasientene som er lengst unna, i den ytterste avkrok, har sju–åtte mil til sentralen. Men det gjelder ikke mange. Vi har ikke en formalisert bakvaksordning for disse pasientene. Det er jo anbefalt å ha en lege tilgjengelig som bakvakt der ute i periferien ved mer en 1 times kjøring inn til legevakt. Vi føler at vi er akkurat i grenseland.

Jahr er fornøyd med at de i tillegg har en uniformert legevaktsbil med blålys dersom de skulle trenge å rykke ut fort. Men oftest reiser de sammen med ambulansen som er lokalisert rett i nærheten av legevakten.

Det vi kunne ønske på sikt var å integrere ambulansesentralen i legevaktsentralen. Da kan vi jobbe enda tettere, vi kan bli enda bedre kjent, vi kan utvikle flere felles prosedyrer og trene sammen. Foreløpig har vi et godt samarbeidsforhold, men ikke noe formalisert. Vi har felles øvelser som vi prøver å gjennomføre to ganger i året. Da er det gjerne en litt større øvelse og en litt mindre øvelse vi har, kanskje en papirøvelse.

Ellers er legevaktsentralen døgnåpen, så der drikker vi kaffe sammen. Legene har lav terskel for å bli med ut i ambulansen og det er klart en stor fordel med stabile leger for teamarbeidet. Det er lenge mellom hver gang en lege slutter her hos oss!. Dessverre har det vært noe mer gjennomtrekk på ambulansesiden. Det ble nye folk i tjenesten her etter anbudsrunder for tre år siden, så de er relativt nyetablert, men de fungerer godt faglig sett og har stort potensial til å bli riktig gode ved at de etablerer en stabil stamme igjen.

Videre vil Fagerneslegen gjerne fortelle om kriseteamet som de kaller POSOM, psykososial omsorgsgruppe.

Den har akkurat vært i aksjon i forbindelse med det tragiske drapet på en bussjåfør på jobb. I løpet av en halv time var hele gruppen etablert og i sving. Dette er en gruppe som har vært på kurs på Starum på Sivilforsvaret treningssenter og gått igjennom POSOM-kurset. Det var veldig nyttig. Kurset munnet ut i en større øvelse som vi kjenner at vi kan dra nytte av i arbeidet her, vi kjenner oss igjen i forskjellige situasjoner.

Mange steder kan ambulanse tjenesten være de som er mest stabile i kjeden som redder liv. Nå planlegges det å legge ned kirurgisk akuttberedskap flere steder. Nye utfordringer er følgen for beredskapen i kommunen. Utposten vil lufte med Per Einar Jahr litt om hvem som har ansvar for at ambulansetjenesten er bra nok til å møte disse utfordringene.

Nå er det helseforetakene (HF) som har ansvaret. Hos oss er det primært også et samarbeid med kommunehelsetjenesten.

«Hva når dette samarbeidet ikke eksisterer, når legene i kommunene mener at en tjeneste ikke er bra nok? Det er jo legene i kommunen som har det medisinskfaglige ansvaret for pasientene innen for kommunegrensen.»

Det er HF man må jobbe mot dersom ambulanse tjenesten ikke fungerer. Det vil komme en forskrift i løpet av året og den vil på en måte sette en standard som vil gjelde i hele landet. Jeg tror ambulansen er på full fart til å få ordnede former når det gjelder faglighet.



Jahr mener imidlertid også at det er uheldig at allmennleger på bygda ikke prioriterer akuttmedisin høyt nok. I tillegg trekker han frem at det dessverre ikke er spesielle krav til dette i spesialistutdannelsen i allmennmedisin.

De som blir spesialister skal ofte ut på landsbygda og ha ansvaret for den akutt medisinske tjenesten. De kan ikke lene seg tilbake og regne med at ambulansen alltid skal rydde opp!

Det kan allikevel synes som at trenden er at ambulansen skal gjøre mer og mer av jobben ute. Utposten synes det er spennende med Jahr sitt doble engasjement i både DMS og akuttmedisin. Med større interkommunale løsninger vil lege-pasient avstanden ofte øke. Hva mener han om hvor lenge er det forsvarlig at en pasient bare taes hånd om av ambulanses personell?

Det er intet enkelt svar. Når ambulansetjenesten får formelle krav, så er i alle fall den forutsigbart. De kan en del grunnleggende medisin for å opprettholde de vitale funksjoner. Jeg er ikke så bekymret for om de må ta hånd om pasienter i 1\2-1 time før de kommer til lege evt. sykehus. Etter hvert

får vi overføring av hjerterytme, EKG osv. og opererer med vaktleger på radio. Men når leger blir og skal bli involvert så må de ha kompetanse! Man må vite hva man skal gjøre. Kommer man først kan man ikke stå og vente på ambulansen fordi man forventer at de skal gjøre en bedre jobb.

«Hvordan kan vi vite at kompetansen til ambulansespersonellet er god nok når pasientene presenterer problemer som ikke er 'helt etter boka'?»

De er langt fra leger. Men de har mye erfaring i akuttmedisin. Det er en viktig grunnpilar for å vite når man skal reagere! Jeg har stor tillit til ambulansespersonellet. Vi er med ut når vi føler oss utrygge, når vi trengs, men i de aller fleste tilfelle er jeg trygg på ambulansespersonellet.

«Vil DMS med interkommunal LV-sentral føre til at lege sjeldnere reiser ut til pasientene?»

Det er den interkommunale LV-sentralen som evt gjør at leger sjeldnere reiser ut. Vi reiser sjeldnere i besøk nå. Det er ikke bare negativt. Vi er nå stort sett lokalisert ved sentralen som ligger midt i distriktet. Beredskapen er bedre. Publikum kommer nå til oss der de kan få gjort en helt annen vurdering enn før, i gode lokaler med mye utstyr. Vi går glipp av en del info fra hjemmemiljøet, men rent medisinsk teknisk og faglig er jeg mye tryggere når jeg har pasienten på et senter. Det tror jeg pasientene også føler. Vi kan også legge pasienter til observasjon og slipper å ta en avgjørelse der og da, som man må gjøre når man er hjemme hos pasientene. På vår LV-sentral bruker vi legekantorene til observasjonsplasser. På et DMS vil vi få dedikerte observasjonssenger.

Avslutningsvis lar vi legen som nesten valgte å bli ambulansespersonell i stedet, slå et slag for den yrkesgruppen. «De er en gruppe i stor utvikling. Kan vi gjøre noe for å støtte dem?»

Jeg helt enig med ambulansespersonellet i at de tjener for dårlig i forhold til arbeidet de gjør og ansvaret de tar, – så absolutt! Dette gjelder over hele Norge. De er underbetalt og er ikke blitt verdsatt i forhold sitt ansvar og den etter hvert store kompetanse de har greid å få gjennom utdanning og kursing. Ambulansespersonellet har jo fått en helt annen status nå som helsearbeidere. Før var de transportarbeidere. Folk skjønner at de har en både viktig og vanskelig jobb. Når de er i en situasjon sammen med oss, må vi derfor ta i mot dem på en ordentlig måte. Deres opplysninger fra transport og observasjonstiden er veldig viktige for oss. Jeg synes også de bør få være med i de prosedyrene vi utfører før transport videre. Da vet de hva jeg har gjort og hvordan jeg tenker før de skal transportere. Jeg synes de ofte har sin plass i den behandlingen. Utgangspunktet må være at pasienten har det tryggest mulig under transporten videre. Vi må være oss bevisst at vi jobber i team.

Helen Brandstorp

Arbeidsplassbeskrivelse

– et nyttig hjelpemiddel ved funksjonsvurdering¹

AV INGER GUDDING OG ARVE LIE



Begrepet funksjonsvurdering har fått ny fokus, både gjennom Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv og utformingen av den nye sykemeldingsblanketten (1). Fastlegen som nå er pålagt å utføre en forenklet funksjonsvurdering, vil merke at oppgaven blir vanskelig uten mer kunnskap om pasientens arbeidsplass. Den informasjonen han har tilgang på, er den ansattes beskrivelse av et arbeidsmiljø som preges av stort mangfold og der sammenhengene mellom arbeidsmiljø og helse er kompliserte. Når en samtidig vet at konsultasjonstiden er knapp og pasienten ofte usikker på hva legen har behov for, kan vurderingsgrunnlaget bli mangelfullt og misforståelser oppstå. Verken ansatt, arbeidsgiver eller fastlege er tjent med dette.

En arbeidsplassbeskrivelse er et verktøy til formidling av mer relevant kunnskap. Her er det arbeidsgiver som tar initiativet og har medansvar for å supplere fastlegen med informasjon. Arbeidsgiver tilbyr legen og den ansatte et felles utgangspunkt som grunnlag for vurdering og diskusjon.

Beskrivelsen er todelt. Første del inneholder en oversikt over de arbeidsoppgavene som utføres mens andre del er en vurdering av de arbeidsmiljøforholdene som særpreger arbeidsplassen (2)

Arbeidsplassbeskrivelsens første del – oppgavebeskrivelsen

Oppgavebeskrivelsen inneholder en kortfattet oversikt over arbeidsoppgaver beskrevet i den rekkefølgen som de vanligvis utføres. Hvis arbeidsplassen er en del av et rotasjonsprogram, skal hele programmet beskrives. Oppgavebeskrivelsen utformes av leder av avdelingen der arbeidsplassen hører til. Han kjenner til forventninger og krav som stilles og har samtidig oversikt over oppgavene på den enkelte arbeidsplass. «Interne» ord og uttrykk skal ikke forekomme. Uttrykksformer som er velkjente og selvfølgelig for alle med lokal bransjekunnskap, kan være tildels uforståelige for andre.

Arbeidsplassbeskrivelsens andre del – miljødelen

Denne delen gir en oversikt over miljøforhold som særpreger arbeidsplassen. Den skal bidra til at faktorer som kan være av betydning for ansattes helse, settes på dagsorden. Hvilke forhold som skal omtales skal være faglig begrunnet og basert på kunnskap om lokale arbeidsforhold. Mulige årsaker til muskel- og skjelettplager som er den diagnosegruppen som bidrar til flest sykemeldinger, skal vektlegges spesielt. Særlig viktig er kunnskap om fraværskompasjoner som tar utgangspunkt i hvordan arbeidet er organisert (3,4,5). Utformingen av miljødelen krever spisskompetanse, og er

¹ Artikkelen bygger på en mer detaljert presentasjon publisert i RAMAZZINI, Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin 2002: 3.

en oppgave for ansatte i bedriftshelsetjenesten. Virksomheter som ikke har bedriftshelsetjeneste, kan engasjere fagpersoner med tilsvarende kompetanse til å utføre oppgaven.

Hensikten med miljødelen er å gi fastlegen tilstrekkelig kunnskap om arbeidsrelaterte forhold som enten direkte eller indirekte kan bidra til sykefravær. Forholdene er mange og sammensatte, og det er fagpersonenes oppgave å utforme beskrivelsen slik at den blir lettlest og fungerer etter formålet.

I omtalen av de mellommenneskelige forholdene er det viktig at avdelingsleder og bedriftshelsetjenesten samarbeider slik at negative stressfaktorer som er «allment kjent» i miljøet kommer med i beskrivelsen. Det er deretter opp til arbeidstaker å supplere med personlige synspunkter når beskrivelsen diskuteres med fastlegen. Det forutsettes at legen fortsatt lytter til ansattes arbeidsmiljøbeskrivelser og erfaringer. Utrygge mellommenneskelige forhold og åpenbare konflikter er sentrale fraværsfaktorer og hører med i funksjonsvurderingen (5).

Bruksområder

Arbeidsplassbeskrivelsen er først og fremst et hjelpemiddel for fastlegen når arbeidstakerens funksjonsevne vurderes. Hvilke arbeidsoppgaver som legen mener den ansatte kan utføre eller ikke, kan konkretiseres og eventuelle tilretteleggingstiltak settes i verk. Fastlegen bør etterspørre arbeidsplassbeskrivelser fra virksomheter som ikke har den som en del av rutinen ved oppfølging av sykmeldte. Hvis det er aktuelt å overføre en yrkeshemmet til annet arbeid i virksomheten, bør fastlegen motta beskrivelser av alle aktu-

elle arbeidsplasser til vurdering. Arbeidsplassbeskrivelsen hører også med som sakspapirer i den rutinemessige kontakten med trygdeetaten og til trygdeetatens basismøter (2).

En systematisk bruk av arbeidsplassbeskrivelser vil bidra til et mer målrettet samspill mellom arbeidsgiver, fastlegen og den ansatte. Den bør også gjøre intetsigende legeerklæringer med setninger som: "N. N. trenger lettere arbeid", til historie.

Litteratur:

1. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001. (<http://odin.dep.no/aad/arbeidsliv/p30000972/002001-990393/index-dok000-b-f-a.html>. 15.08.02.)
2. Haugen S. Sykefraværprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen: Et samarbeidsprosjekt mellom trygdeetaten og Ringnes Gjelleråsen [S.I.]: Trygdeetaten: 1998.
3. Gudding IH, Musesyken: ny sykdom eller «keiserens nye klær»? Fysioterapeuten 1995; 10: 12-14.
4. Gudding IH. Økt mestring gjør kroniske muskelskjelettplager lettere å bære Fysioterapeuten 1995; 8: 18-23.
5. Høverstad T, Koefoed G, Gudding IH. Intervensjon mot sykefravær i en industribedrift. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1317-20.

Arbeidsplassbeskrivelse – et nyttig hjelpemiddel ved funksjonsvurdering.

Inger Helene Gudding Statens arbeidsmiljøinstitutt
Pb. 8149 Dep. 0033 Oslo. **Kontaktperson:** Inger Helene Gudding/
Arve Lie 396 Statens arbeidsmiljøinstitutt Pb. 8149 Dep. 0033 Oslo
Tlf.: 23 19 51 73 Faks 23 19 52 02 E-post inger.h.gudding@stami.no
Nøkkelord: Fastlege, arbeidsmedisin, kommunikasjon, sykmelding, attføring.

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. 425,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Skal vi fremme helse i NORGE?

AV ODD BJØRNSTAD

Innledning

Helse er viktig og helse får stor oppmerksomhet. Dette ser vi blant folk flest og i media. «Fedon»-oppslag i avisene og utsolgt cottage cheese i butikken er situasjonen i dagens Norge. Myndighetene er bekymret over en stadig dyrere helsetjeneste og strammer inn på tilbud og godtgjørelser.

Så hvem påvirker folks helse? Hvordan påvirkes den? Dette er grunnleggende spørsmål. Jeg vil hevde at påvirkningen skjer fragmentert – og lite helhetlig. De som skal påvirke sitter på sine profesjons-tuer/byråkrat-tuer og klarer i liten grad å samvirke for å fremme helse i Norge. Vi må bygge noen bruere og skape noen dialoger. Vi må også se at arbeidsplassen er en viktig arena for å fremme helse i Norge.

Arbeidsplassen – en viktig helsepåvirker

Den norske arbeidsstyrken omfatter vel 2,4 mill personer eller vel halvparten av den totale befolkning. Gjennom hele sitt yrkesaktive liv tilbringes 30–40 timer i uka på jobben. Arbeidsplassen er et sted hvor vi tilbringer mange og viktige år av vårt liv

Arbeidet representerer en arena for blant annet:

- bygging av sosiale nettverk
- faglig utvikling
- personlig utvikling
- ros og ris
- gleder og sorger
- samvirke og konflikter



Odd Bjørnstad

er utdannet sivilingeniør og fysioterapeut. Arbeidet i bedriftshelsetjenesten i 15 år og har siden 1998 vært tilsatt i Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten på Statens arbeidsmiljøinstitutt. Sitter som norsk representant i EU nettverket European Network Workplace Health Promotion.

Dette er elementer og prosesser som vi vet har stor betydning for helseutvikling. Så vet vi at virksomheter er organisasjoner som i sin form og struktur og i sitt virke skal skape endringer og utvikle systemer, prosesser – og mennesker. Dette er grunnleggende for en virksomhet som skal skape produkter og tjenester for et marked.

La oss ta dette endringspotensialet og ferdigheten i bruk for å utvikle arenaer som kan skape en god helseutvikling.

Dagens situasjon

Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) drives i dag i norske virksomheter ut fra gjeldende lov og forskrift med en målsetting om å forbygge mulige helseskader og arbeidsulykker. Dette har vært fokus hos ledere i virksomhetene og hos Arbeidstilsynet som har hatt tilsyn de siste 100 år.

Gjennom erfaring og forskning samt innsats fra myndigheter og partene i arbeidslivet har systemer og metoder og anbefalinger blitt utviklet og iverksatt i virksomhetene. Mye er oppnådd. Vi har fått kunnskap om yrkesrelaterte sykdommer og iverksatt nødvendige tiltak innenfor det fysiske/kjemiske arbeidsmiljøet som gjør arbeidet sikrere og senker risiko for sykdom og skader. Dette er viktig og riktig men det skulle være mulig ikke bare å søke etter riskfaktorer men også frisk-faktorer.

Intensjonsavtalen

På tross av et godt og langsiktig forebyggende arbeidsmiljøarbeid går det ikke riktig vei. 20% av arbeidsstyrken er ute i sykemelding, attføring eller er uføretrygdet. Dette representerer kostnader på 40–45 milliarder for Norge. I år 2000 var 30 000 personer trygdet og prognoser sier at dette vil øke med 26 000 i kommende år. Fortsetter utviklingen vil 1/3 av arbeidsstyrken være ute i 2010.

Myndighetene og arbeidslivets parter opplever denne tendensen i arbeidslivet som urovekkende både ut fra virksomhetenes hverdag men også ut fra nasjonaløkonomiske og menneskelige vurderinger. Derfor ble Intensjonsavtalen

om et mer inkluderende arbeidsliv underskrevet av partene i arbeidslivet og myndighetene i 2001 hvor en ble enig om at sykefraværet skulle senkes med 20% i løpet av fem år – og at eldre arbeidstakere og personer med nedsatt arbeidsevne i større grad skulle inkluderes i arbeidslivet.

For å nå disse målene etablerte myndighetene gjennom Trygdeetaten såkalte Arbeidslivssentre over hele landet som skulle invitere virksomheter til en avtale om et gjensidig forpliktende samarbeid. De skulle gjennomføre nødvendige tiltak i sin organisasjon – og Arbeidslivssenteret skulle bistå med faglig og økonomisk hjelp. Virksomhetene som tegnet avtale ble såkalt IA-bedrifter. Bedriftshelsetjenestene skulle bistå virksomhetene som tidligere med råd og faglig ekspertise – samt at det ble mulig å få refusjon fra Trygden i individuelle attføringssaker. I dag har vel 3000 virksomheter tegnet avtale og disse sysselsetter 650000 ansatte – dvs vel 34% av arbeidsstokken.

Intensjonsavtalen er et viktig fremstøt i norsk arbeidsmiljøarbeid. Den setter et nasjonalt og lokalt fokus på virksomhetene og hvordan de arbeider med sitt arbeidsmiljø – og hvordan eldre og ansatte med nedsatt arbeidsevne kan bli ivaretatt. Men vi må videre – og gi begrepet «Inkluderende arbeidsliv» et kvalitativt innhold. Vi må si at dette også handler om å skape de gode prosesser og dialoger som fremmer god helse – i utvidet betydning av ordet. Helse som et uttrykk for den enkeltes opplevelse av sitt liv og sin arbeidsdag hvor faglig og personlig utvikling, tilfredshet og glede blir viktige stikkord.

Strategisk burde det ikke handle om å unngå høyt sykefravær men om å skape nærvær. Det må handle om å skape arbeidsplasser som blir viktige i menneskers liv og utvikling. Som gir rom og plass for ulike mennesker og ulike prioriteringer. Inkluderende arbeidsliv må derfor handle om å skape helsefremmende arbeidsplasser i virksomhetene.

Helsefremmende arbeidsplasser

I 1986 ble den første verdenskonferansen om «Health Promotion» (HP) avholdt i Ottawa i Canada. HP hadde da utviklet seg fra en individ relatert tilnærming som vektla den enkeltes ansvar for egen helse ved å leve «sunt» til en erkjennelse av at helse påvirkes i hovedsak av andre aktører og systemer. Politiske og byråkratiske bestemmelser medfører livsforhold som har stor betydning for den enkeltes helse – og for folkehelsen.

Konferansen utarbeidet og vedtok det såkalte Ottawa-charteret: «Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.» Dette innebærer at endringer må skapes gjennom prosesser hvor

de berørte menneskene deltar aktivt og får innsyn og makt til å påvirke og gjennomføre forandringer de mener er viktig. Da vil vi bevege oss mot målet god helse.

HP utviklet strategien om «setting approach» som fokuserer på arenaene hvor folk tilbringer sine liv – i faser av livet eller i løpet av døgnet. Dette avstedkom ulike nettverk. Helsefremmende skoler (Health promoting schools), Helsefremmende sykehus (Healthy Hospitals) – og det europeiske nettverk for Helsefremmende arbeidsplasser (European Network Workplace Health Promotion).

European Network Workplace Health Promotion (ENWHP – nettsiden: www.enwhp.org) har nasjonale kontaktkontor (NCO) i alle EU – og EØS landene. Disse er i stor grad offentlige institusjoner og vel halvparten arbeider med arbeidsmiljø (occupational health and safety) slik som Statens arbeidsmiljøinstitutt i Norge og Arbeidslivsinstituttet i Sverige. De andre kontaktkontorene er institutter for «health promotion» slik som i Irland og Portugal.

Nettverket så tidlig behovet for en felles forståelse av begrepet «workplace health promotion» (WHP) og utarbeidet i 1997 konsensusdokumentet «Luxembourg declaration» (www.stami.no/fagsek/whp) som påpeker at forbedring av det fysiske og organisatoriske arbeidsmiljøet samt styrking av faglig og personlig utvikling er viktige elementer. Aktiv deltakelse i prosesser av berørte arbeidstakere er også satt opp som en viktig forutsetning.

Oppmerksomheten og nysgjerrigheten rundt begrepet «helsefremmende arbeidsplasser» (HEFA) vokste frem etter at Norge ble aktivt med i nettverket i 1998 og behovet for en nasjonal forståelse av HEFA ble etter hvert åpenbar. Partene bak intensjonsavtalen (arbeidsgiverorganisasjonene i Norge og myndighetene ved Sosialdepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet) samt Helsedepartementet gikk sammen og arrangerte den første nasjonale konferanse om helsefremmende arbeidsplasser i november 2002 på Lillestrøm. Der ble det utarbeidet en nasjonal erklæring om helsefremmende arbeidsplasser – kjent som Lillestrøm-erklæringen (www.hefa.no). Den uttrykker en norsk forståelse av hva HEFA handler om – og hvilke strategier som må vektlegges når virksomhetene skal utvikle slike arbeidsplasser.

HEFA kan innebære et paradigmeskifte i arbeidet med å legge til rette for menneskers liv på arbeidsplassen – men også i forhold til livet utenfor jobben og virksomheten. Lillestrøm-erklæringen framholder at det er viktig å ta mennesker på alvor og legge opp forholdene ut fra deres virkelighet og deres behov. Dette innebærer at forhold uten-

«Ingen landsbylege akkurat»

– *noen tanker om hvorfor jeg som ung kvinnelig lege har valgt privat almenpraksis i en by –*

AV ANNE KVALHEIM

Jeg har flere ganger kjent mindreverdighetsfølelse fordi jeg ikke er en onnipotent distriktlege i Hattfjelldal eller Kjøllefjord. En «vellykket» almenpraktiker er han som i tillegg til tre-delt vakt, har ansvar for alt fra akuttberedskap til data og smittevern. Jeg smakte på dette i distriktsturnus på Nordkinn, 400 kilometer til nærmeste sykehus. Verste vinter på 50 år. Stengte veier. Fly og helikopter som ikke kunne lande. Dette passet ikke for meg.

Er det kjedelig og feigt å være almenpraktiker i en by, med private spesialister vegg i vegg og sykehuste bare fem minutter unna? Er det mindre utfordrende? Nei!

Det er mange måter å jobbe i almenpraksis på. Og det har for meg vært en viktig erkjennelse at det ikke er noe mindreverdig, verken mindre krevende eller mindre spennende, å ha en bypraksis.

Jeg har opplevd å bli møtt med beskyldninger om å kun tenke på penger fordi jeg jobber privat. Skillet mellom kommunale og privatpraktiserende leger er heldigvis i ferd med å bli mindre. Gamle fordommer hjelper i alle fall ikke på nyrekruteringen til almenmedisin.



Anne Kvalheim

født i 1969,
flere år i Sudan som barn.
Studerte i Bergen.
Gift med Klaus og har to små gutter
samt egen praksis i Haugesund.

Teamwork, kvalitet og service er stikkord for noe av det som er viktig i min praksis. Dette innebærer bl.a at jeg samarbeider tett med ulike yrkesgrupper. Jeg jobber på et senter sammen med øyelege, ønh-lege, gynekolog og seks fysioterapeuter. Fellesskapet gir i seg selv økt trivsel.

for jobben kan være viktig når forholdene på jobben og arbeidsbetingelser utformes. Da må systemene og fagpersonene i virksomheten og på samfunnsiden (kommunen) også snakke sammen, og over kløften mellom «arbeids-helse» og «folke-helse» må det bygges broer og dialoger.

Hvordan fremmer vi helse i Norge?

Skal vi bygge og fremme helse i Norge blir arbeidsplassen en svært viktig arena. Vi må fortsette det tradisjonelle forebyggende miljøarbeidet som skjer i dag – og utvide fokuset til også å omfatte og fremme «frisk-faktorer». Vi må skape et arbeidsliv som gir rom for menneskene og plass til deres behov og ønsker om utvikling og livskvalitet. Vi må ta de på

alvor og ha en helhetlig tilnærming til deres liv og virke. Da må det inkluderende arbeidslivet også inkludere et helhetlig perspektiv og en målsetting om at virksomhetene og arbeidsplassene må være helsefremmende som beskrevet i Lillestrøm-erklæringen. Da må det bygges broer og skapes dialoger mellom «arbeids-helse» systemene/menneskene og «helse/folkehelse» systemene/menneskene. Da må utvalget som arbeider med den nye Arbeidslivsloven forstå at dette må komme tilsyne i det framtidige lov og regelverk. Kanskje vi burde lage en nasjonal konferanse hvor aktørene fra arbeidsmiljøside og folkehelse-side kunne konferere sammen om brubygging og dialoger som det første lille viktige skritt for å fremme helse i Norge?

I tillegg innebærer det at en second opinion eller planlegging av fysikalsk behandling bare er to dører unna. Raske avklaringer og tilbakemeldinger fører til fornøyde pasienter og en fornøyd almenlege som opplever «å få ting unna». Ikke minst er det nyttig og lærerikt å få konstruktive tilbakemeldinger på egen undersøkelsesteknikk og diagnoseforslag. For å overleve og ikke minste trives i almenpraksis er det for meg viktig å ikke bli sittende alene og gro fast i gammel kunnskap. Daglige innspill og diskusjoner mellom de ulike profesjoner er en god profylakse mot nettopp dette.

God service er viktig. Men må ikke gå på bekostning av grunntankene i almenmedisin. Når alt (les: private spesialister og røntgen institutt) er lett tilgjengelig, er det av og til mer fristende å gi etter for pasientens krav og ønsker enn å ta seg tid til å høre hva hun egentlig sier. Og det er jo akkurat dette som er så spennende med å jobbe i almenpraksis. Å ha tid (?) og anledning til å være tilstede for noen som trenger det. Kunne observere, reflektere og undre seg sammen med pasienten gjennom ulike livsfaser. Og i neste øyeblikk «fikse» en hals eller sy noen sting. Spennvidden fra 1.linjedetektiv til terapeut er stort og krevende. Likevel er det nettopp variasjonen i arbeidsdagen som gjør almenmedisin så attraktiv for meg.

Frihetsfølelsen ved å være selvstendignæringsdrivende er ofte større på papiret enn i virkeligheten. Pliktoppfyllende

som jeg er, skal det mye til før jeg rydder plass til en fridag når jeg er sliten. Eller holder meg hjemme p.g.a sykdom, det være seg egen eller mine barns sykdom. Har en ambisjon om å redusere listestørrelsen slik at det blir flere pusterom, for å trene, slappe av med en god bok eller kanskje lese litt fag?

Privatpraksis innebærer en del stressmoment som jeg gjerne skulle vært foruten. Arbeidsgiveransvaret med lønnsforhandlinger og personalkonflikter kommer på toppen av travle dager med fulle pasientlister. Det er begrenset hvor mye tid det blir til slike «pliktoppgaver» før jeg løper av gårde til barnehagen og to sultne og trøtte småbarn.

Apropos småbarn; egen praksis og svangerskapspermisjon er et kapittel for seg. For hvor blir det av alle vikarene når jeg trenger dem? Fire annonser i Tidsskriftet uten ett eneste svar hjelper ikke på nattesøvnen til en høygravid almenpraktiker. Flere runder med aetat og telefonintervjuer med tyske leger uten avsluttet norsk kurs, gav heller ikke resultat. Det er mange grunner til at jeg synes to barn er nok. Vikarmangel er en av dem!

For meg var det tilfeldigheter (les; kjærligheten) som gjorde at jeg startet i privatpraksis i Haugesund rett etter turnus. Det stod mellom øyelege og almenpraktiker. God på noe lite – eller god på alt. Jeg valgte det siste – og angrer ikke!

– fordi du fortjener den

– primærmedisin
er ikke den samme uten

AKUTT ISKEMI I BEINA

AV ERIC WAHLBERG

Bakgrunn

Akutt iskemi i beina forårsakes av en plutselig obstruksjon av en større arterie. Årsaken til obstruksjonen er enten emboli eller trombose. Akutt iskemi medfører ofte stor risiko for amputasjon og død. Til tross for at tilstanden ikke er vanlig på de fleste legekontorer, så er det gode grunner til å ha kunnskap om hvordan diagnosen stilles og hvordan man skal håndtere en slik tilstand. Symptomene og funnene ved iskemi i beina er skiftende og i bruset av pasienter med diffuse problemer fra beina kan det være vanskelig å identifisere de pasienter som krever rask og effektive tiltak for å minske risikoen for amputasjon.

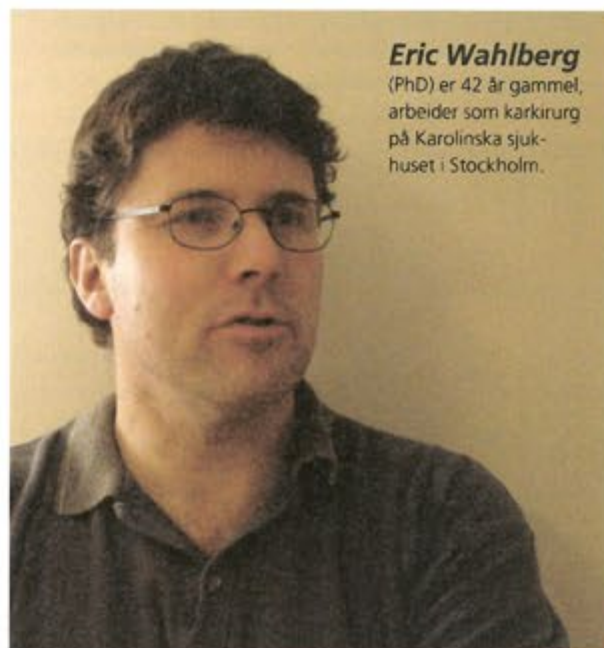
Aktuell prevalens og insidens for akutt iskemi i beina savnes, men 150 personer av 100 000 > 70 år har sykdommen og krever invasiv behandling. Som fastlege med en liste på 1500 pasienter kan man forvente å møte to pasienter per år dersom listen har mange eldre pasienter. På sykehjem er insidens og prevalens mye høyere enn i normalpopulasjonen. Denne artikkel beskriver diagnostikk og handling av pasienter med akutt iskemi i beina.

Klinisk bilde

Den klassiske pasienten med akutt iskemi i beina er en person i 70–80-års alderen, som nylig har hatt et hjerteinfarkt og som søker lege grunnet plutselig innsettende smerter i foten. Pasienten beskriver også kuldefølelse, doving av foten og har vanskelig for å bevege tærne. Beklageligvis er det sjelden pasienten har en så tydelig sykehistorie og beskrivelse av sine symptomer. Som tidligere nevnt er tilstanden variabel, og det er vanskelig å få en klar og tydelig oppfatning av grad, varighet og utbredelse av pasientens plager.

Anamnese

Legen må prøve å finne ut varighet, intensitet og endring over tid, men det er også viktig å spørre pasienten og pårørende om tidligere symptomer på sykdom i arteriene i beina, det vil si claudicatio, hvilesmerter og fotsår. Kompliserende sykdommer kan utløse eller forverre pasientens symptomer, for eksempel koagulopati, hjertesvikt og andre hjertesykdommer. Dehydrering er vanlig i forbindelse med akutt iskemi i beina.



Eric Wahlberg
(PhD) er 42 år gammel, arbeider som karkirurg på Karolinska sjukhuset i Stockholm.

Status

Legen må naturligvis undersøke beinet, men også søke etter tegn til hjertesykdom, arytmier og hjertesvikt. Det er viktig å prøve å verifisere en mistenkt dehydrering. Undersøkningen av beinet har to mål: å stille diagnosen og vurdere graden av iskemi. I karkirurgisk og annen medisinsk litteratur nevnes ofte de fem P:ene som huskeregel for å underlette fastsetting av diagnose ved akutt iskemi i beina. Disse beskriver funn i anamnese og status og finnes i tabell 1. Det er viktig å huske at pasienten kan ha akutt iskemi til tross for at bare en eller et par av P:ene foreligger. De fem P:ene skal ses som en huskeliste for funn som er vanlig ved sykdommen.

Men bør først undersøke fotens farge, sensibilitet og motorikk, samt palpere pulsen nøye. Dersom det er mulig bør også et ankeltrykk måles. Figur 1 på neste side viser et eksempel på hvordan en fot med akutt iskemi kan se ut.



Figur 1. Akutt beiniskemi med ikke målbart ankelblodtrykk (marginalt truet). Legg merke til at høyre fot er noe blekere enn venstre, men forskjellen er liten. Undersøkelse av sensibilitet pågår.

P	Kommentar
Smerte (Pain)	Er ofte svær, kontinuerlig og lokalisert til fot og tær. Intensiteten er ikke relatert til graden av iskemi.
Blekhhet (Pallor)	Den iskemiske foten er hvit initialt, men ved mer alvorlig iskemi blir foten blålig.
Puls	Tydelig puls i foten utelukker vanligvis iskemi.
Sensibilitet (Paresthesia)	Iskemi medfører ofte initielt tap av berøringssans. Smertefibrene ødelegges seinere i iskeutviklingen. Mangel på smerter innebærer veldig grav iskemi (figur 1). Diabetikere har ofte neuropati og nedsatt følelse for berøring og smerte.
Motorikk (Paralysis)	Motorikkforstyrrelsen er viktigst for gradering av iskeforstyrrelsen. Akutt iskemi i beina kan likevel foreligge med normal motorikk.

Tabell 1. De fem P:ene

Diagnose

Av ovenstående framgår at anamnese og status, inklusive ankeltrykk, nesten alltid er nok for å stille diagnosen. Ingen ytterligere diagnostisk – eller røntgen undersøkelse er påkrevd. Palpasjon av puls er av største betydning. Det er veldig viktig at den gjøres korrekt og at legen virkelig stoler på sine funn. Puls palperes på fotryggen (arteria dorsalis pedis) og bak mediale malleolen (arteria tibialis posterior). Det er viktig å ikke trykke for hardt så karene ikke komprimeres og eventuell puls forsvinner. Dersom man ikke føler puls, er pasientens arterier med stor sannsynlighet obstruert proksimalt. En pasient med smerte og verk i en fot, men som mangler pulser i begge, har mest sannsynlig ikke akutt iskemi. Dersom anamnese og funn ikke stemmer med akutt iskemi og pasienten savner puls, bør iskemi utelukkes med måling av ankeltrykket (fig. 2). På en pasient med alvorlig iskemi finner man oftest ingen puls med Doppler, mens pasienter med mildere iskemi oftere har et målbart ankeltrykk over 20–30 mm Hg. Om kontoret ikke har

Doppler-penn, så kan ankeltrykket vurderes gjennom et så kalt elevasjonstest (Ratschov's test). Pasienten skal ligge flatt på en benk. Pasientens føtter løftes fra helene til en nivå 30–40 cm over hjertehøyde. Føttene holdes i cirka 1 minutt, hvorpå fotsålene sammenliknes. Den iskemiske foten blir ofte hvit og venene kollaberer, men den ikke iskemiske foten er fortsatt perfundert, rød med velfylte vener. En fot og tær som blekner har med stor sannsynlighet et lavere ankeltrykk enn 20–30 mm Hg og har sannsynligvis akutt iskemi.

Differensialdiagnostikk

Med disse undersøkelser og de fem P:ene i tanke kan diagnosen akutt iskemi i beina stilles forholdsvis lett. En av de vanligste differensialdiagnosene er slag. Slagpasienter har oftest normal puls og et ankeltrykk på mer enn 90 mm Hg. Det samme gjelder for dyp venetrombose som ved enkelte anledninger kan være vanskelig å skille fra akutt iskemi. Differensialdiagnostikken mot kronisk iskemi er betydelig vanskeligere. Størst hjelp får man av anamnesen. Pasienter med kronisk iskemi i beina har ofte hatt andre manifestasjoner av arteriesklerose, røyker ofte og forteller om claudicatio eller iskemiske sår. Ved undersøkelsen savner disse pasientene som regel puls i begge føttene og ikke bare den symptomgivende.

Tre spesielle tilstander som forveksles med akutt iskemi i beina er blå-tå syndromet, embolisering fra popliteaanevrisme og akutt aortaokklusjon. Blå-tå syndromet kjenne-tegnes av at en tå plutselig blir blåcyantotisk og smertefull. Dette forårsakes av embolisering fra et anevrisme eller stenose proksimalt. Popliteaanevrisme kan forårsake akutt iskemi gjennom embolisering og skal mistenkes dersom der er lett palpable pulsasjoner i knehasen. Akutt aorta okklusjon kan være vanskelig å mistenke, men er viktig å huske på. Symptomene er iblant ryggsmerte, men ofte alvorlig motorisk forstyrrelse. Pasienten forteller at beina svikter når han prøver å gå. Diagnosen er lett å stille gjennom å palperer lyskepulser. Pasienter man mistenker har noen av disse tilstander skal utredes så fort som mulig.

Figur 2 Ankel blodtrykksmåling.



	<i>Sensibilitet</i>	<i>Motorikk</i>	<i>Doppler signal</i>	<i>Tiltak</i>
Viabel	Normal	Normal	hørbar (> 30 mm Hg i ankeltrykk)	Henvvisning til sykehus, haster ikke.
Marginalt truet	Nedsatt i tær eller normal	Normal	ikke hørbar	Henvvisning til sykehus snarest.
Umiddelbart truet	Nedsatt ikke bare i tærne	Noe nedsatt bevegelse i tær	ikke hørbar	Henvvisning til sykehus innen 6–8 timer
Irreversibelt skadet	Utbredt anestesi	Paralyse og stiv	ikke hørbar	Amputasjon snarest

Tabell 2. Klassifisering og tiltak ved akutt iskemi i fot

Handlegging

Når diagnosen er stilt bør man bestemme graden av iskemi for å ha mulighet til å vurdere hastegrad. I tabell 2 finnes et forenklet skjema for hvordan iskemi tas hånd om. Alle pasienter med akutt iskemi bør henvises til sykehuset for videre utredning. Et unntak er muligens eldre pasienter som bor på sykehjem med en fot som er viabel. Pasienten skal ha normal følelse og motorikk. Slike pasienter bør likevel henvises ved forverring. De øvrige klassene i tabell 2 beskriver egentlig behandling og utredning på sykehus, men kan likevel være bra å kjenne til for fastlegen.

De aller fleste pasienter innlegges på avdeling uansett grad av iskemi. Fremfor alt bestemmer grad av motorikkforstyrrelse om pasienten opereres akutt samme natt eller kveld. Som tabellen viser illustreres dette av gruppene med marginalt truet og umiddelbart truet ekstremitet. Pasienter med umiddelbart truet fot bør revaskulariseres raskt, oftest gjennom kirurgi. Pasienter med marginalt truet ekstremitet gjennomgår oftest angiografi og trombolyse på dagtid. En pasient med nytilkommet motorisk forstyrrelse, som for eksempel ikke kan bevege tær eller fot, har trolig en umiddelbart truet fot og bør raskt til sykehus. En pasient med tegn på akutt iskemi i anamnese og status – som for eksempel ikke har puls og ikke målbar ankeltrykk, men bevart motorikk – skal også sendes til sykehus, men det haster ikke like mye.

Behandling

Behandling består av allmenn behandling som rehydrering, antikoagulering (lavmolekylært heparin), og bedring av pasientens allmenntilstand samt søkning etter embolisk kilde eller årsaken til en trombose (EKG og kardial ekkokardiografi). Benet må revaskulariseres gjennom operasjon eller trombolyse. Vanligvis utføres embolektomi, hvilket innebærer at man frilegger arteria femoralis med et lyskesnitt og fører inn en såkalt Fogarty kateter. Med denne drar man ut eventuelle propper. Inngrepet er enkelt og kan utføres i lokalbedøvelse og er derfor mulig å gjennomføre også hos gamle og svært syke pasienter. Dersom embolektomi ikke har effekt, må man av og til bruke en karkirurgisk bypass for å bedre sirkulasjonen i foten.

Trombolyse brukes fremfor alt til pasienter med ikke umiddelbart truet ekstremitet. Bare dersom pasienten har tydelig akutt iskemi, men inntakt motorikk, utføres angiografi for å kartlegge og identifisere hvor sirkulasjonsforstyrrelsen er. Direkte etter angiografien plasseres en såkalt pulsspraykateter inne i tromben. Gjennom kateter sprøytes rekombinant tissue plasminogen aktivator eller urokinase inn i tromben. Dette etterfølges av langsom infusjon over flere timer. Gjennom kateter kan man følge forløpet og gjøre flere angiografikontroller.

Behandlingsresultat

For de pasienter som kommer til behandling er resultatene relativt gode. Pasienter med akutt truet ekstremitet bør behandles innen seks til åtte timer etter debut. Ellers er risikoen stor for at man er nødt til å amputere foten. Mortaliteten er 10–25% innen 30 dager. Like mange amputeres til tross for adekvat behandling.

Tidsforløpet før behandling påvirker resultatet, men også årsaken til sirkulasjonsforstyrrelse er viktig for prognosen. Pasienter med emboli til arterie i ben har ofte en høy postoperativ mortalitet, men har lavere risiko for amputasjon. Motsatt gjelder for de pasienter som allerede har arteriosklerotiske endringer med påfølgende trombose.

Sammenfatning

Akutt iskemi i bein er ikke altfor uvanlig og de fleste fastleger ser noen pasienter hvert år. Det er derfor godt å vite at diagnosen er relativt lett med hjelp av de så kalt fem P'ene og måling av ankeltrykk. Videre tiltak avgjøres av graden av iskemi gjennom vurdering av motorikk forstyrrelser. En pasient med svær smerte, ingen puls i foten og vanskeligheter med å bevege tærne har trolig en akutt truet ekstremitet og bør innlegges akutt. Behandling på sykehus er enten umiddelbar operasjon eller angiografi og trombolyse.

Referanser

- Chart ADB, Barros D'SA AAB. Emergency Vascular Practice. Arnold, London 1997
- Olofsson P, Wahlberg E. Akut kärlkirurgi. Studentlitteratur, Lund 1999
- McGee SR, Boyko EJ. Physical examination and chronic lower extremity ischemia. A critical review. Arch Intern Med 1998 (158); 1357–64

En manuellterapeuts erfaringer med HENVISNINGSPROSJEKTET

Kort om henvisningsprosjektet (heretter kalt: Hvp)

Stortinget gjorde 9. juni 1999 et vedtak som innebar at kiropraktorer og manuellterapeuter i noen forsøksfylker skulle få virke som primærkontakt. Prosjektet omfatter pasienter med sykdom eller skade i muskel- og skjelettsystemet.

1. Henvisningskravet fra lege til manuellterapeut og kiropraktor falt bort.
2. Manuellterapeut og kiropraktor kan sykemelde inntil 8 uker.
3. Manuellterapeut og kiropraktor kan henvise til legespesialist.
4. Manuellterapeut og kiropraktor kan henvise til fysioterapeut.

Manuellterapeut og kiropraktor ble likestilt med hensyn til rekvirering av radiologisk undersøkelse.

Hovedformålene som ligger til grunn for vedtaket er:

1. Mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell.
2. Raskere igangsetting av behandling og kortere sykemeldingsperiode.
3. Samfunnsøkonomiske besparelser.
4. Bedre samarbeid mellom manuellterapeut/kiropraktor og annet helsepersonell.
5. Mer fornøyde pasienter p.g.a. bedre behandlingstilbud og lettere tilgang.

Hvp startet opp 1. september 2001 i Nordland, Vestfold og Hordaland fylker. Det er til sammen 41 manuellterapeuter, 55 kiropraktorer og 788 allmennleger i disse fylkene. I Vesterålen med ca 30 000 innbyggere finnes tre manuellterapeuter, en kiropraktor og 36 leger. Prosjektet er nå inne i slutfasen, og evalueringen vil bli avsluttet p.r. 1.9. i år.

AV SVEN ERIK FREDRIKSEN



44 år, spesialist i manuell terapi, BSc fysioterapi Northwestern University, Chicago, 1981, eksamen manuell terapi fra daværende Bislet Høgskolesenter 1993. Fra januar 1994 jobbet fulltid som manuellterapeut i privat praksis i Vesterålen, siste fem år ved Institutt for manuell terapi, Sortland. Fram til 1.9.01 kom alle pasienter til meg etter henvisning fra lege. Faglig interesse: smertemekanismer i sammenheng med belastningslidelser/skader, helsepolitikk (leder i Faggruppen for manuell terapi 1994–2000).

Manuellterapeuter og kiropraktorer gikk inn i Henvisningsprosjektet med spenning, forventning og undring. Hvordan ville vår nye hverdag bli? Etter halvannet års virke vil jeg forsøke å dele mine erfaringer så langt med Utpostens lesere. Noen resultater fra SINTEF-Unimed's rapport etter første år vil bli trukket fram og kommentert.

Forberedelser

Lenge før oppstart av Hvp var det klart at manuellterapeutene i prøvefylkene ville få nye roller, som bl.a. innebar nytt og mer omfattende ansvar og nye utfordringer. Legeforeningen var imot prosjektet, og de fleste lokale leger hadde en skeptisk grunnholdning. Det var derfor med en blanding av ydmykhet og pågangsmot vi gikk i gang.

Rikstrygdeverket foresto en grundig skolering i trygdemedisin tilsvarende hva leger får i sin utdanning. Naturligvis ble lover og regler for sykemelding, samt utfylling av sykemeldingsblanketten viet spesiell oppmerksomhet.

Like viktig var det store engasjementet i NFFs Faggruppe for manuell terapi (FFMT). Henvisningsprosjektet representerer en formidabel omveltning av flere arbeidsmessige rutiner og må ses på som en svær omstilling. FFMT gjennomførte «bevisstgjørings-seminar» med vektlegging på egne holdninger og nødvendigheten av forandring for å klare tilpasningen til en ny hverdag.

Hva er manuell terapi?

Manuell terapi (MT) er en 2 årig offentlig videreutdanning (40 vt) for fysioterapeuter i undersøkelse og behandling av lidelser i nerve- muskel- og skjelettsystemet. Videreutdanningen skal dyktiggjøre fysioterapeuten i analyse og vurdering av den nevro-muskulære- og biomekaniske funksjon i bevegelsesapparatet. Gjennom en generell, lokal og spesifikk undersøkelse vurderes kroppens ledd med tilhørende vevsstrukturer med tanke på mobilitet, stabilitet og smerte. MT omfatter spesifikke og generelle behandlingsmetoder for å bedre eller vedlikeholde funksjon, eller forsinke en progredierende funksjonssvikt. Behandlingen kan innbefatte manipulasjonsteknikker på ledd, det vil si hurtig mekaniske håndgrep.

Mål for videreutdanning av fysioterapeuter i manuell terapi (VFMT):

VFMT er en utdanning som skal gjøre studenten i stand til å undersøke og behandle pasienter med lidelser i muskel- og skjelettsystemet på et høyt nivå. Studenten skal også videreutvikle sin basis for kritisk tenkning og sitt forhold til fagutvikling etter vitenskapsmetodiske kriterier. Studiet er tilrettelagt for fysioterapeuter som allerede har klinisk erfaring bak seg og som vil videreutvikle sin formelle og reelle kompetanse gjennom å heve sine teoretiske kunnskaper, utvide sine praktiske ferdigheter, og lære seg til å anvende vitenskapelig basert kunnskap som grunnlag for sin fagutøvelse.

Det faglige ansvaret for studiet har Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen.

For mer info: www.manuellterapi.com
klikk lenken Utdanning/UiB

I forbindelse med oppstarten av prosjektet startet Faggruppen også et ambisiøst fagutviklingsprosjekt. Manuellterapeutene i prøvefylkene har utviklet i alt seks retningslinjer. Disse er: Faglig avgrensning, undersøkelse (screening og utredning), henvisning til spesialist, henvisning til fysioterapi, sykemelding, og rekvirering av radiologiske undersøkelser. Retningslinjene er på det nærmeste ferdige, og skal kvalitetssikres bl.a. ved Universitetet i Bergen (UiB) før de blir allment tilgjengelige.

Videreutdanningen i manuell terapi foregår ved UiB i nært samarbeid med FFMT.

Det gode samarbeidet ble nå videreutviklet og man etablerte oppdateringskurs innen radiologi, differensial-diagnose og laboratorieprøver. Fritidsproblem har det neimen ikke vært mye av de siste årene!

Jeg mente at egen sekretær ville bli nødvendig, og ansatte en helsesekretær i deltidstilling. Dataprogrammet jeg og mine kolleger benytter måtte også gjennomgå en radikal videreutvikling for å håndtere alle nye skjema elektronisk, forenklet oppgjørssystem m.m.

Mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell

Gode forberedelser har gjort at jeg nå bruker mer av min tid på jobb til å utøve manuell terapi enn tidligere. Min sek-

retær ivaretar det meste av administrasjon på kontoret, tar i mot pasienter, osv.

Utviklingen til nå har vist en økning av antall akutt-pasienter, særlig rygg og nakkekasus. Timelista har to timer ledig hver dag avsatt til akutttilfeller. Disse får generell undersøkelse første gang, for å få en oversikt over hva det kan dreie seg om, alvorlighetsgrad, m.m.

Det er flere som bestiller time bare for en vurdering med forslag til problemløsende tiltak. Generelt sett synes det å ha blitt en mer variert aldersspredning enn tidligere, og mer varierte problemstillinger. De faglige utfordringene jeg daglig stilles overfor er uten tvil mer sammensatte men også mer interessante.

Undersøkelsesmetodene brukt i manuell terapi gir meg et solid grunnlag for klinisk undersøkelse av pasienten med tanke både på diagnose og funksjonsvurdering.

Som manuellterapeut må jeg også vurdere andre forhold av betydning for pasientens situasjon, framtidsutsikter og muligheter for behandling. Mange sykdommer med symptomer fra muskel og skjelett må naturligvis behandles og utredes av fastlegen.

Noe av det mest positive for meg er muligheten til å ivareta pasientens behov for behandling eller andre tiltak fra første

konsultasjon. Det er god tid til pasientinformasjon og veiledning, og aktuelle tiltak blir alltid drøftet med pasienten. Funksjon er et vesentlig element i manuellterapeutens tilnærming, og ligger til grunn for det meste vi gjør og foreslår. Det gjelder også når vi vurderer behovet for sykemelding.

Undersøkellesmetodikken innen manuell terapi er også et svært godt redskap for å vurdere nødvendigheten av viderehenvisning av pasienten. Det kan dreie seg om henvisning til vurdering hos legespesialist eller fastlege. Behovet for radiologiske undersøkelser vil også kunne vurderes gjennom vår undersøkelse. En god klinisk undersøkelse kan langt på vei brukes til å avslå pasientens ønske om røntgen når jeg mener det er unødvendig. Den umiddelbare tilbagemeldingen fra pasientene har så langt vært veldig positive, enten jeg kan gi svar på deres problem eller ikke. Som hovedregel sendes alltid en skriftlig epikrise som informasjon til vedkommendes fastlege eventuelt henvisende lege.

Raskere igangsetting av behandling og kortere sykemeldingsperiode

Spesielt når det gjelder gruppen rygg- og nakkepasienter har det vært en markert økning i pasienter som kommer akutt og direkte uten henvisning fra lege. Nylig fikk jeg en akutt nakkepasient etter et traume. Vedkommende hadde store smerter med funksjonsforstyrrelser i nakken og smertestråling til venstre arm. Nødvendig resept til smertestillende i akutt fase fikk han hos fastlegen. Progredierende nevrologiske tegn tilsvarende venstre C6 rot fra fredag til mandag. MR ble rekvirert, og et skiveprolaps med affeksjon av nevnte rot ble verifisert.

Pasienten fikk en grundig gjennomgang av aktuell patologi, konsekvenser for arbeid og daglig virke for øvrig, naturlig forløp, sykemelding og manuell terapi behandling for å normalisere funksjon snarest mulig. For ordens skyld: Manipulasjonsbehandling inngikk ikke i tiltakene. Det er nyttig å kunne verifisere kliniske funn med MR så raskt som i dette tilfellet. Etter ei uke sykemelding var pasienten i stand til å gjenoppta sitt arbeide, og er etter fire uker i gang med trening. Prognosen videre anses god, og sjansen for kronifisering liten.

Jeg mener at informasjon, avdramatisering og fokus på funksjoner nøkkelementene for et forløp som i dette eksempelet. To timer daglig til akuttmottak har så langt vist seg tilstrekkelig. Pasienter som bestiller time får en undersøkelsestid innen rimelig tid, dvs maksimalt en til to uker, ofte kortere.

På bakgrunn av undersøkelse og funksjonsvurdering drøfter jeg nødvendigheten for sykemelding med pasienten. Til

dags dato har jeg ikke opplevd noe negativt ved å avslå «ønske» om sykemelding. Slik mener jeg manuellterapeuter kan bidra både til færre og kortere sykemeldinger.

Samfunnsøkonomiske besparelser

Ennå opplever jeg at mange pasienter kommer med henvisning. Dette kan bero på flere forhold. For det første tar det tid å forandre gamle vaner. Det har alltid vært nødvendig med rekvisisjonen til oss, mens pasienten alltid har hatt direkte tilgang til kiropraktorene, dog uten refusjon fra trygden. Først etter innføring av Helsepersonelloven kunne pasienter på lovlig vis oppsøke manuellterapeut direkte, mot å betale alle kostnader selv. P.r. i dag kommer ca 47% av pasientene via legen.

Det andre momentet er geografien i Vesterålen, med lange avstander. For en akutt ryggpasient vil det derfor mange ganger være smartere å kontakte legen sin i stedet for å sette seg i bilen og kjøre ni mil til Sortland. Ofte tåles transporten også bedre etter noen dager.

Et tredje moment er forholdet mellom antall fastleger og manuellterapeuter/kiropraktorer. Det sier seg selv at vi fire i Vesterålen umulig kan ta imot alle pasienter i vårt område alene. Mange kommer derfor til lege først, og noen av disse havner senere på mitt kontor med henvisning fra legen på undersøkelse eventuelt behandling.

I følge SINTEF Unimeds beregninger har pasientene i prøvetylkene spart ca kr 800 000 i egenandel til lege. Ut i fra en leges synspunkt høres dette kanskje ille ut. Mitt og pasientens inntrykk er likevel at timelista hos legene uansett er fulle. Pasientene tjener altså på denne ordningen uten at legene taper noe. Kanskje gir dette legene bedre tid til andre saker som ellers ville fått et dårligere tilbud?

Muligheten vi nå har til selv å henvise til legespesialist og rekvirere radiologiske undersøkelser medfører også besparelser på flere plan. Jeg slipper å bruke tid på å få tak i fastlegen for å foreslå rekvisisjon/henvisning til ulike tiltak, og legen slipper å bruke tid på utfylling av skjema osv. I tillegg går det raskere for pasienten, som også bare trenger å forholde seg til en person. Legen blir likevel alltid underrettet både om rekvisisjon og resultat.

I tillegg til besparelser på individnivå, er det allerede tegn som indikerer besparelser også på samfunnsnivå. SINTEF-Unimed's rapport for første år av Hvp viser signifikante forskjeller når det gjelder sykemelding. Prøvetilkene har lavere vekst i det totale sykefraværet sammenlignet med landet for øvrig. Veksten i sykepengene (SM mer enn 16 dager) viser en enda mer markert forskjell: 7,4% økning i

forsøksfylkene mot 10,2% i landet for øvrig (gjelder sykefravær knyttet til muskel-skjelettlidelser).

Naturligvis er dette tall etter halvgått løp. Tendensen er likevel interessant, og har kanskje sammenheng med manuellterapeuters fokus på funksjon, funksjonsforbedrende tiltak, og vår holdning til sykemelding som ett av flere behandlingstiltak?

Bedre samarbeid mellom manuellterapeut/kiropraktor og annet helsepersonell

Gjennomgående har jeg hatt et relativt godt samarbeid med henvisende lege i alle mine år som manuellterapeut. Epikriser etter undersøkelse og ofte etter endt behandling har bidratt til det, i tillegg til personlig bekjentskap. Nå kan pasientene velge å oppsøke manuellterapeut direkte. Forutsatt samtykke sendes i de fleste tilfeller en orientering om dette til fastlegen. Det opplyses om diagnose og eventuelle tiltak. Noen ganger er det nødvendig å diskutere pasienten med legen før behandling iverksettes, og enes om et felles opplegg for det videre forløp.

I Hvp har jeg inntrykk av at de utvidete rettighetene pasientene har fått har bidratt til større grad av samarbeid enn tidligere. Mer likestilt ansvar kan også være av betydning i denne sammenheng? Kanskje tar jeg feil. Samarbeid vil uansett til en viss grad alltid være avhengig av både person og interessefelt, og noen leger er riktig flinke til å bruke oss som ressurspersoner.

Når det gjelder 2. linjetjenesten har jeg så langt benyttet meg av muligheten til å henvise pasienten til vurdering hos nevrokirurg, nevrolog, ortoped og revmatolog. Tilbakemeldingene fra legespesialistene indikerer at henvisningene var relevante. I enkelte tilfeller ble problemstillingen også diskutert med legespesialisten på forhånd. Vårt fagfelt kan i mange tilfeller ha mye å bidra med i utredningssammenheng.

Det hevdes at om Hvp blir landsdekkende vil det undergrave fastlegeordningen. Denne kritikken er etter min mening forunderlig. Mange pasienter har pr. i dag aldri vært hos sin fastlege. Mange får ikke time der og går til et variert antall andre leger, eller de oppsøker legevakta for akutte tilstander. Ingen har betenkeligheter med dette, heller ikke legene. Jeg formoder at fastlegen holdes informert om slikt på linje med den informasjonen manuellterapeuter/kiropraktorer sender om våre pasienter. Da blir det bemerkelsesverdig at det bare er manuellterapeuter/kiropraktorer som i følge legeforeningen kommer til å undergrave fastlegeordningen. Det eneste skillet mellom de ulike primærkontaktene utenom fastlegen er yrkestittelen: Vi er ikke leger. Tittelen i seg selv kan ikke være noe argument.

Mer fornøyde pasienter

Pasientene er så langt udelte positive til ordningen. Det er et inntrykk jeg har hatt siden ordningen kom i gang. Veldig mange pasienter hadde sogar etterlyst en slik ordning lenge før den ble aktuell. De fleste pasienter er bevisste på at det er sammenheng mellom smerter i muskel-skjelettapparatet og grad av funksjon. Manuell terapi undersøkelse vil som regel kunne avdekke eventuelle sammenhenger. Veiledning og informasjon vil klargjøre hva pasienten bør foreta seg om noe. Behandling er ikke alltid løsningen, men innsikt i et problem kan gjøre «selvhjelp» lettere og mer akseptabelt.

En forklaring på pasientens tilfredshet kan være at de blir fornøyd av å gjennomgå en grundig fysisk undersøkelse. Tilgjengelighet er et annet viktig element. Til nå har det ikke vært ventetid ved mitt kontor, og jeg håper det skal kunne fortsette slik. I vår skal SINTEF-Unimed foreta en brukerundersøkelse, og jeg vil bli overrasket hvis den ikke underbygger mitt og mine kollegers inntrykk.

Konklusjon

Henvisningsprosjektet har bidratt til mer målrettet og effektivt bruk av min kompetanse som manuellterapeut. Utviklingen for sykemeldinger synes også positive så langt.

SINTEF-Unimed har i sine beregninger vist at det ligger an til gode besparelser både på individ- og samfunnsnivå. Samarbeidet mellom meg og andre profesjoner, særlig legene, synes mer positivt nå enn tidligere. Spesielt gledelig er det at legene jeg samarbeider med synes å ha fått en mer positiv holdning til Henvisningsprosjektet.

Manuellterapeuters kompetanse innenfor muskel-skjelett-tilstander anser jeg å være fullt forsvarlig til å ivareta alle sider ved ordningen.

Jeg tror alle parter i primærhelsetjenesten bør bestrebe seg på å utvikle bedre og enklere samarbeidsrutiner. Kanskje kan elektronisk kommunikasjon via for eksempel Nordnorsk Helsenett og lignende system være en katalysator for nettopp dette.

For pasientenes skyld fortjener ordningen å bli varig og landsdekkende. Leger og manuellterapeuter/kiropraktorer må ta utfordringen det er å utvikle et smidig og godt samarbeid til pasientens beste!

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Behandling av stoffmisbrukere

– TVERRFAGLIGHET OG ETISKE DILEMMAER

AV IVAR SKEIE

Fastlegesystemet og legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av opiatavhengige stoffmisbrukere vil føre til at fastlegene i årene framover vil få en mer sentral rolle i behandlingen av stoffmisbruk og -misbrukere.¹ Det er viktig at legenes rolle i dette fagfeltet diskuteres, både fordi vi ikke kan velge oss bort fra det, men også fordi det her ligger mange faglige, fagetske og organisatoriske utfordringer. Det ligger også store muligheter her til å utføre viktig og meningsfullt legearbeid overfor en pasientgruppe med særlig stor sykkelighet. Alment Praktiserende Lægers forening (Aplf) presenterte noen synspunkter på en del av disse spørsmålene i fjor², men denne debatten er langt fra ferdig. I det følgende skal jeg drøfte noen fagetske problemstillinger som jeg ser som sentrale i dette fagfeltet, og se dem fra allmennlegens ståsted.

Behandling og omsorg for stoffmisbrukere har tradisjonelt i hovedsak vært organisert utenfor helsetjenesten, og er forankret i sosiallovgivningen. Men det er samtidig brei enighet om at slik behandling må være tverrfaglig, og omfatte både medisinske, miljøterapeutiske og sosiale tiltak. Derfor vil fagfolk med ulik utdanningsbakgrunn og fra ulike behandlingstradisjoner måtte samarbeide med «pasienten/klienten/brukeren» og med hverandre. Allerede den ulike

benevnningen av personen i sentrum indikerer ulike fag- og behandlingstradisjoner. Dette møtet mellom legene og andre behandlere er inspirerende og utviklende, men kan også innebære spenninger og konflikter.

Legens rolle i tverrfaglig samarbeid

I et slikt tverrfaglig samarbeid blir legenes suverene behandlingsansvar utfordret. Tradisjonelt har legene vært tilagt det endelige ansvar for oppstart og avslutning av medisinsk behandling, selv om legen samarbeider med andre fagfolk. Men på dette fagfeltet går gjerne tverrfagligheten lenger. I ansvarsgruppene rundt den enkelte LAR-pasient samarbeider lege, sosialarbeider og gjerne en terapeut fra rusbehandlingstjenesten. Ansvarsgruppene må ta stilling til mange spørsmål som til dels kan være vanskelige og innebære viktige etiske avveininger, og må evt. i siste instans ta stilling til om en person skal utskrives fra LAR ved vesentlige brudd på kontrakten. Dette kan ikke legen avgjøre på egenhånd, og et vedtak om avslutning av behandlingen skal til slutt fattes av regionsenteret for LAR.

Dette tverrfaglige samarbeidet er etter mitt syn helt nødvendig for at en brei rehabilitering av stoffmisbrukeren der substitusjonsbehandling inngår som ett av flere tiltak, skal kunne bli vellykket. Enkelte misbrukere kan nok klare å gjennomføre substitusjonsbehandling uten et større tiltaksapparat rundt, men dette vil heller være unntaket enn regelen. De fleste, og særlig de mest forkomne og «kaotiske», trenger et tverrfaglig oppfølgingsapparat dersom rehabilitering skal ha noen mening ut over å gi dem metadon/buprenorfin som erstatning for heroin. Dessuten mener jeg at legene ikke bør gå inn i substitusjonsbehandling alene uten et tett samarbeid med behandlere i sosialtjenesten og rusmiddelomsorgen. Gjør man det, blir man lett offer for manipulering fra misbrukernes side, og man setter seg i en posisjon der misbrukerens livskaos og krise kan slå over på legen, med svært negative konsekvenser. Det finnes ikke få eksempler på at leger som i utgangspunktet har hatt et vel-

¹ Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen, Ivar Skeie Utposten nr. 1/2003

² Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering, Aplf august 2002 (hefte)

ment, men kanskje noe naivt ønske om å hjelpe misbrukere i en fortvilt livssituasjon, har havnet i bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig forskrivning av narkotika som har virket ødeleggende for begge parter. Sett i dette perspektivet bør vi som leger ikke overdramatisere at noe av vårt suverene behandlingsansvar må begrenses til fordel for tverrfaglige overveieleser og beslutninger. Tvert om, det at ulike fagfolk er inne på arenaen vil heller bety at det er flere støttespillere og færre ensomme, vanskelige valg.

Hippokrates kontra «atferdsterapi»

Etter å ha arbeidet med misbrukere som allmennlege gjennom mange år, synes jeg kanskje andre grunnleggende fagspørsmål er vanskeligere og mer kontroversielle. Er det slik at det kan være mer grunnleggende forskjeller i behandlingsfilosofi mellom de ulike faggruppene som samarbeider rundt misbrukerne? Er det en konflikt mellom en «lege-etisk» medisinsk tradisjon blant leger kontra en «atferdsterapeutisk» tradisjon i rusmiddelomsorgen? Legens etiske forpliktelse er å hjelpe, helbrede hvis mulig, lindre, begrense lidelse, smerte og skade og å gi lindrende hjelp ved alvorlige sykdommer som ikke kan helbredes (palliasjon). En «atferdsterapeutisk» tilnærming legger vekt på «straff/belønning», behandlingskontrakter og konsekvenser av brudd på kontrakter og avtaler som virkemidler for å korrigere uønsket atferd. Et slikt «atferdsterapeutisk» tiltak kan være utskrivning fra behandlingsinstitusjon ved brudd på kontrakt, for eksempel narkotikautslag på urinprøver, selv om det innebærer at pasienten sendes tilbake til et liv i større elendighet. Jeg sier ikke at dette nødvendigvis alltid er galt, men det er etter mitt syn i alle fall etisk problematisk.

«Skadebegrensning» kontra «full rehabilitering»

Innen rusmiddelbehandlingen, og spesielt innen LAR, foregår en debatt om skadebegrensning kontra full rehabilitering. I utgangspunktet har målet for LAR i Norge vært å se på medikamentell substitusjon som et utgangspunkt for en mest mulig helhetlig rehabilitering av misbrukeren. Skikkelig bolig, ordnet økonomi på legalt anskaffede midler, arbeid eller annen organisert virksomhet og bedret psykisk og somatisk helse og et liv uten misbruk av rusmidler har vært målet for den enkelte. Dessuten har man hatt en høy terskel for å komme inn i LAR, mest fordi man i utgangspunktet har ønsket å satse på medikamentfri behandling. «Skadebegrensning» – å gi substitusjonsbehandling for å minske misbrukerens somatiske, psykiske og sosiale problemer uten at «full rehabilitering» er målet, og uten at LAR-pasienten gir avkall på alle andre rusmidler, har ikke vært godtatt etter retningslinjene for LAR. I praksis er nok skillet mellom rehabilitering og skadebegrensning mindre skarpt.



Forfatteren (nr. to f.v.) på ansvarsgruppemøte.

Etter mitt syn bør forholdet mellom skadebegrensning og rehabilitering vurderes ganske nyansert. Skadebegrensning kan være to forskjellige ting (med nyanser i mellom). Dersom man velger å gi substitusjon til heroinavhengige uten sosiale hjelpe- og rehabiliteringstiltak – som et billig behandlingsprogram, og med reduksjon av kriminalitet og sjenanse for storsamfunnet, «oss andre», som hovedmålsetting – da er jeg enig i kritikken av «skadebegrensningslinja». Dette er det som pga. for små ressurser til sosial rehabilitering i betydelig grad nå skjer i Oslo, der LAR-pasienter f. eks. blir boende i hybelhus sammen med aktive misbrukere med liten annen oppfølging. Problemet er imidlertid her ikke at disse pasientene får substitusjonsbehandling, men at den sosiale rehabiliteringen ikke blir prioritert og fulgt opp. Og å ta metadonet eller Subutexen fra disse pasientene bedrer neppe livsbetingelsene deres! Og dersom samfunnet ikke ser seg råd til å satse på rehabilitering for disse LAR-pasientene, er kanskje substitusjon uten sosial rehabilitering bedre enn heroin uten sosial rehabilitering. Dette er et spørsmål om organisering og ressurser, og i siste instans et politisk spørsmål.

Men dersom skadebegrensning er å gi substitusjonsbehandling til misbrukere, som trass i et rimelig støtte- og rehabiliteringsapparat ikke klarer å oppfylle sine tiltaksplaner, men som likevel får et klart bedre liv i LAR, da er jeg tilhenger av skadebegrensning. For meg er det ganske innlysende at en heroinmisbruker som slutter å injisere – og dermed unngår de helsekader som direkte er knyttet til injiseringen, som økt overdoserisiko og infeksjoner – får bedret livskvalitet. Det å frata en slik pasient metadon eller buprenorfin fordi hun innimellom røyker hasj eller tar en pille hun ikke skulle ta, blir for meg absurd og helt feil og uetisk.



Metadon på allmennlegekontoret

Vi må ikke la «det beste bli det godes fiende», det må være mulig å stå på mer enn ett bein, ha flere tanker i hodet samtidig, og alle misbrukere kan ikke behandles etter samme mal og med samme mål for rehabilitering.

«Palliasjon» – kontra «helbredelse»

For mange heroinmisbrukere vil opiattmisbruket være en «uhelbredelig sykdom», i den forstand at de ikke vil kunne klare å oppnå et «normalisert» liv selv om de mottar substitusjonsbehandling og i tillegg får sosialfaglig og miljømessig oppfølging. Men med metadon eller Subutex vil livet kunne bli noe bedre, og helseskadene noe mindre. Og de negative konsekvensene for andre (de nære: familien) og for samfunnet (bl.a. kriminalitet) vil bli noe, kanskje ganske mye mindre. I en slik setting blir substitusjonsbehandling mer å anse som «palliasjon» ved en uhelbredelig sykdom, og det å gi god palliativ behandling er i tråd med de beste medisinske og fagetsiske prinsipper. Å straffe pasienter som bryter målene i rehabiliteringsplanen med å ta fra dem substitusjonsmedikamentet, blir for meg i mange tilfeller uetisk. Rett nok finnes det tilfeller der kontraktsbruddene er så grove at utskrivning blir naturlig, for eksempel ved omsetting av metadon og annen narkotika, men da er det mer de sikkerhetsmessige avveininger som gjør det rett med utskrivning. Det samme kan være tilfelle ved massivt sidemisbruk, da er det også de sikkerhetsmessige årsaker som gjør det rett å ta vekk substitusjonsmedikamentet, slik at det ikke skal komme på toppen av et kaotisk misbruk av andre stoffer. I denne sammenhengen er det ikke «straff» som er det sentrale, men å ikke «skade» pasienten med vår behandling, altså i tråd med Hippokrates' imperativ om «aldri å skade pasienten».

«Det generalpreventive hensyn»

Det kan være et problem at omfattende brudd på behandlingskontraktene kan undergrave den generelle respekten for behandlingsprogrammet blant misbrukerne og spesielt LAR-pasientene. Dette kan være et argument for at det kan være rett å skrive noen ut av programmet for å «statuere et eksempel». Jeg er imidlertid skeptisk til å tenke på denne måten. Tendenser til slik utglidning i LAR-programmene

bør takles på andre måter, med tettere oppfølging, innleggelse i institusjon for stabilisering med mer. Utskrivning kan bli aktuelt, men da må det være vurderingen av den enkelte som ligger til grunn og ikke «avskrekkings»-perspektivet.

Det kreves en helhetsvurdering av hva som tjener den enkelte pasient og samfunnet best. Her skiller ikke misbrukerbehandling seg prinsipielt fra behandling av andre sykdommer med samfunnsmedisinske konsekvenser, som allmennfarlige infeksjonssykdommer. Men ideer av typen å «ofre den enkelte, for å redde de mange» virker mer «veterinærmedisinske» enn forankret i en humanistisk medisinsk tradisjon.

«Oss» og «de andre»

Det har vært vanlig å se på stoffmisbrukere som moralske avvikere, og derfor mindreverdige. Men i medisinsk behandling vil de fleste imidlertid ikke tolerere en slik moralistisk og utstøtende tilnærming. Vi kan ikke ha noen regler for «oss normale» og andre regler for «dem, avvikerne». Kan vi tolerere at misbrukere kan fratas mulig livreddende behandling som «straff»? Vil vi behandle andre pasientgrupper på en slik måte, med straff og belønning? Ville vi for eksempel tolerere at folk som spiser for mye junkfood eller er for feite, og som ikke klarer å følge legenes råd, skulle nektes medisinsk behandling for hjertesykdom eller diabetes? Eller at KOLS-pasienter som fortsetter å røyke skulle nektes «palliativ» medikamentell behandling? Neppe, de aller fleste ville finne det etisk uakseptabelt. Og da er det kanskje like uakseptabelt å bruke ja eller nei til substitusjonsbehandling som belønning/straff for misbrukerne? For det skal vel ikke gjelde andre regler for misbrukerne, de «moralsk forkastelige», enn for «oss andre»?

Pasienten i sentrum i de fagetsiske vurderingene

Jeg har prøvd å problematisere en del valg som vi som leger og behandlere stilles overfor i møtet med stoffmisbrukerne som pasienter. De medisinske og etiske avveiningene i behandlingen av disse pasientene, ikke minst i LAR-sammenheng, er ofte vanskelige og her som ellers finnes det sjelden enkle svar på vanskelige spørsmål. Det er ikke min mening at legene alltid skal være «snille» og godta alt fra misbrukerne uten at det skal få konsekvenser for behandlingen, like lite som jeg mener at behandlere med annen fagbakgrunn gjennomgående er «slemme». Mitt poeng er at vi bør tenke gjennom hvordan behandlingsapparatet møter misbrukerne som pasienter, sett i lys av de allmenne etiske grunnprinsipper som vi mener helsevesen og legetjeneste skal bygge på. Og når valg av behandlingsopplegg og evt. skifte i behandlingsstrategi bestemmes, må det være det helhetlige hensynet til den enkelte pasientens beste som legges til grunn.

24-timers blodtrykksmåling eller hyperrisikisme

– om diagnostisk validitet og forebygging av hjerte- og karsykdom

AV EIVIND MELAND

Apparatur for ambulatorisk måling av 24-timers blodtrykk er i økende grad tatt i bruk i norsk klinisk medisin, også allmennmedisin. Normaltariffen gir takst for slik måling, og viktige aktører har anbefalt slik teknologi tatt i bruk (1–3). Andre, f.eks. Senter for medisinsk metodevurdering, har vært mer skeptiske til å anbefale bruken (4).

Jeg hører til dem som har en betinget skepsis til bruken av 24-timers blodtrykksmåling. Min begrunnelse er todelt: – For det første mener jeg at når blodtrykk er etablert som risikofaktor for hjerte- og karsykdom og –død, er det med bakgrunn i store prospektive langtidsstudier med bruk av kontormålt trykk.

– For det andre mener jeg at interessen for 24-timers trykk flytter fokus til feil arena. Vi bør istedet interessere oss for pasientenes totale risiko for hjerte- og karsykdom, og ikke legge for stor vekt på blodtrykket, enten dette er målt med kontormetoden, selvmåling hjemme eller med automatisk metode over et døgn.

Ambulatorisk trykk og studier

Blant annet Bergensstudien, som fulgte pasienter i ulike aldersgrupper i 20 år, har etablert en klar sammenheng mellom kontormålt blodtrykk og hjerte- kardødelighet (5). Sammenliknet med kolesterol(ratio) har blodtrykket en lavere prediktiv verdi som instrument til å identifisere personer under risiko. Slike langtidsstudier viser imidlertid at i den øverste tertilen av blodtrykksfordelingen befinner ca halvparten av de som senere dør av hjerte- og karsykdom i befolkningen. Den prediktive evne er *ikke* dårlig.



Eivind Meland

Førsteamanuensis og fastlege
Seksjon for allmennmedisin og Olsvik
legesenter
Bergen

Meg bekjent er det to større studier der ambulatorisk måling er bedømt prospektivt (6, 7). Den førstnevnte var gjennomført som en del av Syst-Eur-studien. Her var eldre hypertensikere (over 60 år) fulgt i fem år. Det viste seg at ambulatorisk måling var en bedre prediktor for kardiovaskulær sykdom og død enn konvensjonelt målt trykk (6). I den sistnevnte studien blant personer over 60 i Ohasama ble det funnet at ambulatorisk blodtrykk er en valid prediktor for kardiovaskulær sykdom med en oppfølgings-tid på seks år. Studien har ikke sammenliknet validiteten med kontormålt trykk. Et ambulatorisk trykk lik eller over 135/80 mmHg ble definert som hypertensjon. Grensen ble valgt på basis av statistiske overveielser. Folk med blodtrykk over dette trykket innbefatter 20% av den undersøkte populasjonen. Vi kan konkludere med at korttidsstudier viser at 24-timers blodtrykk er en valid risikofaktor for kardiovaskulær sykdom. Hos eldre pasienter med systolisk hypertensjon synes prognosen i større grad bestemt av ambulatorisk blodtrykk enn konvensjonelt kontortrykk.

Hvitfrakkehypertensjon også en risikofaktor

Fra tverrsnittstudier vet vi at såkalt kontorhypertensjon (hvitfrakk) er en risikofaktor som er assosiert med venstre ventrikkel hypertrofi (8). Det er viktig å tilstrebe en høyere spesifisitet i vår diagnostikk av risiko for framtidig sykdom. Det er imidlertid en fare for at vi i vår streben etter å unngå falsk positive feil frikjenner personer som har høy risiko for framtidig sykdom. Hvis prognosen er bedømt på

grunnlag av total risiko, der det er flere risikofaktorer til stede, er det en fare for at et normalt ambulatorisk trykk allikevel innebærer risiko personen.

Totalrisiko

Den absolutt mest valide måte å bedømme risiko for framtidig sykdom på, er ved bedømmelse av totalrisiko. Norske oppfølgingsstudier viser at den øverste tertil i totalrisikofordelingen utgjør ca 70% av senere kardiovaskulær dødelighet (9). Norsk selskap for allmennmedisin og andre har publisert retningslinjer hvor dette er et hovedpoeng (10). Diagnosen hyperkolesterolemie må vektlegges framfor hypertensjon.

Konklusjon

Som konklusjon på denne gjennomgang vil jeg hevde at 24-timers blodtrykksmåling i de fleste situasjoner ikke er nødvendig. Dersom diagnosestrykket etableres etter gjeldende retningslinjer, kan dette brukes med tanke på avgjørelser om terapi eller ikke forutsatt at man samtidig vurderer totalrisiko. I situasjoner der totalrisiko er lav, og det er påvist et høyt kontortrykk, kan ambulatorisk måling anvendes. Andre metoder for å beskytte seg mot overdiagnostikk er å la hjelpepersonell måle trykket eller la pasienten måle trykket selv hjemme. Slike metoder kan også anvendes for bedre å monitorere effekt av igangsatt behandling. Dette er i overensstemmelse med råd også fra andre (1).

Litteratur

1. Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram L, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and day-time ambulatory blood pressure. *BMJ* 2002;325:254-9.
2. Soma J, Dahl KJ, Widerøe T-E. Kontorhypertensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119:667-70.
3. Dyrdaal A, Lindbæk M. Diagnostikk av hypertensjon i allmennpraksis - er kontorblodtrykk tilstrekkelig? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:147-51.
4. Norderhaug IN, Mørland B. Ambulatorisk blodtrykksmåling og hjemmeblodtrykksmåling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1812-5.
5. Selmer R. Blood pressure and twenty-year mortality in the city of Bergen, Norway. *Am J Epidemiol* 1992;136:428-40.
6. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien ET, Clement D, deLeeuw PW, et al. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *JAMA* 1999;282:539-46.
7. Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Ito S, Satoh H, et al. Reference values for 24-hour ambulatory blood pressure monitoring based on a prognostic criterion. *Hypertension* 1998;32:255-9.
8. Muscholl MW, Hense HW, Bröckel U, Riegger GAJ, Schunkert H. Changes in left ventricular structure and function in patients with white coat hypertension: cross sectional survey. *BMJ* 1998;317:565-60.
9. Tverdal A. A mortality follow-up of persons invited to a cardiovascular disease study in five areas in Norway. University of Oslo; 1989.
10. Meland E, Ellekjer H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og kar-sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:2643-7.

Utposten har feiret 30-års jubileum – lenge leve Utposten!

29. mars 2003 var tidligere og nåværende redaktører samt spesielt inviterte gjester samlet på Finnøy i Sandøy kommune langt ute i havgapet utenfor Ålesund for å feire jubilenten. Stedsvalget var ikke tilfeldig, det var nettopp her *Utposten* så dagens lys for første gang i 1972! Tre framsynte distriktsleger banet vei for et tidsskrift der sykehusmedisinens dominans i det medisinske faget ble utfordret. Redskapene var skrivemaskin med kulehode, saks og lim, men bak disse enkle hjelpemidlene er det tydelige spor av modige, visjonære mennesker som så hva allmennmedisin kunne bli til dersom de rette ideene fikk grobunn. Vi våger å påstå at *Utposten* i disse 30 årene har levert mange gode bidrag til primærhelsetjenestens framdrift og er stolte av å være «foreldre» til en så oppegående 30-åring! Måtte de nye 30 årene være like gode for jubilenten!

Festtale ved jubileets dronning – Eliabeth Swensen med tidligere redaktør Torgeir Gilje Lid som aktivt lyttende.



FOTO: JOHN LER



Løvetannprisen 2003

Under feiringen av NSAMs 20-årsjubileum i Ålesund 28. mars ble Anette Fosse tildelt Løvetannprisen. Prisutdelingen er en årlig tradisjon i NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) der en allmennlege som har utmerket seg i faget får påskjønnelse i form av et bilde, kr 3000,- og ikke minst æren av å vinne denne prisen. Utposten gratulerer prisvinneren og stiller seg med glede bak forslagsstillernes begrunnelse for at nettopp Anette Fosse i år skulle få prisen:

Det er mange måter å ferdes på, i verden og i dens organisasjoner. Noen mennesker er for eksempel med på alle bilder, gjerne i nærheten av hovedpersonen, uten at vi i ettertid husker hvorfor. Andre navigerer etter posisjoner og titler. Årets løvetann er det stikk motsatte av en posør. Det betyr ikke at den er usynlig, tvert om er den blitt svært godt synlig i løpet av de siste årene. Men det skyldes utelukkende iherdig arbeid og evne til å holde fast ved et engasjement.

Årets løvetann ble i utgangspunktet omplantet fra en ganske solrik og beskyttet vinduskarm på beste Oslo Vest til et på alle måter mer værhardt klima. Den tok seg nordover via studietid i Trondheim og turnus i Bodø, og har etter hvert stått tydelig frem som en forsvarer av et helsevesen basert på at folk er like mye verdt enten de bor på Frogner eller i Hattfjelldal.

Det er noen man alltid kan stole på, som leverer. Årets løvetann er en sånn som alltid leverer: tekst, tall, dokumentasjon, argumenter. Som holder frister og svarer på mail. Usynlige arbeidskrevende jobber, av mange kalt drittjobber, finnes også i NSAM og Legeforeningen forøvrig. Noen må gjøre dem, og vi vil hevde at vår kandidat har gjort dem med stil. Vedkommende har sittet i NSAMs styre gjennom mange år og nå nylig vært representant fra allmennmedisin til sentralstyret. Medlemskap i redaksjonskomiteen som reviderer læreboken i allmennmedisin bør også fremheves. Å skrive et fag er viktig for fagets eksistens og utvikling. Det er hardt arbeid som krever en kombinasjon av ideologisk tenkning og praktisk kunnskap. Årets løvetann har begge kvalifikasjoner.



Det er mange måter å være modig på. Noen får mange medaljer, noen få, og noen får mest motbør. Vi vet ikke om årets løvetann egentlig regner seg selv som spesielt modig. Men den som i kraft av sin overbevisning havner i opposisjon – igjen og igjen – får i beste fall mot i kraft av mengdetrening. Vi tror det gjelder her. Stikkord: Den ideologiske kampen om den såkalte «nyfødtkohorten», to grundige motmeldinger – en mot nedlegging av akutfunksjoner ved lokalsykehus og en mot markedsreformen i sykehus, og nylig et historisk oppgjør med ukultur og losjementaltet innad i vår egen fagforening. Kanskje kan man si at årets løvetann er beskjeden på en modig måte. Eller modig på en beskjeden måte.

Vi er stolte av å foreslå Løvetannprisen 2003 til:
Anette Fosse!

*Jo Telje, Steinar Westin, Janecke Thesen,
Irene Hetlevik og Elisabeth Swensen*

From Bø til London

– a doctor's tale

NAVN: **Anders Helmersen**

ALDER: 44 • FAVORITTBIL: Ja

FAMILIE: Samboer med Alzira (PhD i business communication – riktig doctor...)

BOR: I Londons koseligste treromsleilighet med altan mot vest, nabo med Abbey Road Studios.

ARBEIDER: St Georges Medical Center, London. • FAVORITMAT: Nei

INTERESSER: Foto, video, musikk, polo, filosofi.

SENESTE LESTE BOK: Engelsk-norsk ordbok.



Det var kjærligheten som fikk meg til å ta steget fra Bø i Vesterålen til London. Etter å ha arbeidet som vaktslave i Nordland i fire år, er det noe helt annerledes å være i en storby som London, Europas kulturelle hovedstad.

Da jeg begynte i Bø i 1997 var det et sted gud hadde glemt, med fem legestillinger, men bare to leger på plass i flere år. Det er en time med ambulanse til sykehus og med en populasjon på 3500 mennesker spredt på et område der infrastruktur er et fremmed ord. I hvert fall under ullevinteren (når det var som verst) da verken helseradio eller mobiltelefon fungerte og ikke den hardeste firehjulstrekket kunne ta seg frem.

Så etter å ha vært nordnorsk kommunelege i fire år var det på tide å skape variasjon i tilværelsen. Vi lever i en tid med fri arbeidskraftforflytting, så hvorfor ikke ta sjansen? Dra ut i Europa, ut i det frie EU! – men hvor? Til Storbritannia så klart. Da har man jo språket gratis og en sjanse til å oppleve den takknemlighet fra pasienter og arbeidsgivere som man opplevde på den tiden det var 2000 pasienter på en lege i Norge, og ikke 2000 leger på en pasient.

Uansett, etter åtte måneder som British GP har jeg gjort visse interessante iakttagelser. Er du interessert å prøve lykken i England skal du lese dette. Men du skal vite at verdens sentrum fortsatt er i Bø, i vika bak Kjartans hus, dit jeg pleide å gå for å fotografere nordlys.

Når jeg ser bildene, føler jeg fortsatt den bitende kulden, husker den svake frasende fra nordlyset som innimellom brytes av den eksplosive lyden av ismassenes bevegelse.

I UK er hver femte allmennlege stilling vakant. Dette er et problem over hele landet fra Skottland til sør England, fra storby til bygd. Myndighetene har gjort kraftanstrengelser for å rekruttere leger fra utlandet. Forrige år klarte man å rekruttere 8000 leger, men bare sykehusleger. I primærhelsetjenesten er det fortsatt stor mangel på leger. Det er derfor lett å få arbeid i hele landet, men naturlig nok lettere i visse områder, for eksempel i Nordre Essex og i Wales.

Før man drar må man kontrollere at man har alle nødvendige papirer. Man må være registrert på GMC (general medical council). Som GP må man også vise en attest fra Fylkeslegen som bekrefter at man har erfaring fra allmennmedisin. Alle attester må selvsagt være på engelsk. I tillegg må man ha tre referanser (engelskmenn elsker referanser). Det er lurt å begynne i et vikarbyrå som har spesialisert seg på GP. Der kan man få hjelp med all papirarbeid. Man må også ha bil. Å dra på sykebesøk i taxi er ikke aktuelt!

Dersom man ikke har nok erfaring fra allmennpraksis til å få arbeide selvstendig, finnes det muligheter til å få en «assistent post» som gir den nødvendige treningen (vocational training)

Skandinaviske leger har lett for å få arbeid i England, de har godt rykte og snakker engelsk godt. En allmennpraktiker trenger ikke være spesialist i allmennmedisin for å kunne arbeide selvstendig og man trenger heller ikke noen sykehuspraksis. Man kan spesialisere seg og resultatet er et diplom som henger på veggen og litt ekstra årlige avgifter.

Arbeidet i seg selv er annerledes. Legen har ingen vakter kveldstid og netter. Man har et formiddagsskift og et ettermiddagsskift som til sammen ikke blir mer enn fire timer, og man har bare avsatt ti minutter per pasient så det blir oftest opp mot 2x3 timer, i tillegg kommer papirarbeid og sykebesøk. Man har normalt en lang siesta midt på dagen. Da kan man gå til helsestudio, løpe en halvtime på tredemøllen, lese aviser og diskutere verdensproblemer med guttene i badstua. Helt OK.

Sykebesøk på dagtid er noe man finner vanskelig om man kommer fra nordre delen av vår verdensdel (vanskeligere enn badstue i hvertfall). Og som svensk blir det ikke lettere. Merkelig nok virker det som allmennpraktikere i England ønsker å dra på sykebesøk. Jeg antar at man ikke er vant med det effektive transportsystemene som finnes i Norge (= drosje rekvisisjoner). Noe som er en del av det ikke ubetydelige kultursjokket.

Vesterålen 23. mai

En annen del av kultursjokket er at engelskmenn er negative til hurtigtester som CRP, Streptest og Hb. Dette er noe som jeg fortsatt ikke kan skjønne. Jeg bestemte meg tidlig for at dette skal jeg kjempe for. Men jeg besluttet å vente litt for å ikke trampe noen på tærne. Etter et halvt år begynte



jeg på en fintfølede måte å forklare dette for en parlamentspolitikker som tilfeldigvis kom på besøk til kontoret. Jeg forklarte om fordelene med hurtigtester som minsket utskrivelse av antibiotika, gav økt diagnostisk kvalitet og i tillegg forsikring for den behandlende legen. Det var fullstendig mangel på forståelse. Antibiotika forskrivingen er rigorøs og resistentutviklingen et stort problem. Man kvier seg ikke for å skrive ut bredspektrum antibiotika ved den minste forkjølelse. Men jeg har ikke gitt opp kampen. Pass deg Tony Blair! Nå kommer Bøfjæringene!

Mer positivt er at det fungerer med bruk av generiske navn på legemiddel (til legemiddelfirmaenes store fortvilelse). Man har et datasystem som effektivt gir beskjed om interaksjoner og dobbelforskrivelse. Utskrivelse av p-piller gir automatisk time om 6 måneder for BT kontroll og BMI registreres i datasystemet. En og annen bivirkning fastner i nettet. Generelt er legen mer helhetstenkende og ved blodtrykkbehandling, for eksempel, er risikovurdering viktigere enn blodtrykket i seg selv.

Men finnes det noe større kulturforskjell enn klesdrakten? Nesten alle Gp arbeider i svart dress (veldig upraktisk når man skal legge kateter). Min afghanske kollega kommer alltid til arbeid, pryddlig kledd med slips og nypussete sko med turbanen surret tjue ganger rundt hodet. Av og til lur jeg på hva som ville skje dersom jeg møtte opp i lusekofte og fjellsko for å understreke min lokale særart. Jeg skulle nok blitt innkalt til en liten samtale. Men man er jo nødt til å akseptere at tjenestemenn i England er kledd på en spesiell måte. Det er åpenbart en stor kontrast mellom Vesterålen og London. London er ikke bare Englands hovedstad, men også Europas kanskje mest kosmopolitiske by. Kanskje er det lettere å føle seg alene i storbyen? I Bø, der alle kjenner alle, føler man seg aldri alene til tross for at man kanskje er det. I London er anonymiteten og de sterke inntrykkene på en måte skremmende. Men tilbudet er enormt. Man kan botanisere i restaurantverdenen, gå på forelesninger og konserter. Utlivet har mye å by på.

Mennesker i London har mye større sprik i sine holdinger og verdier. Der er en utrolig forskjell i menneskers perspektiv på livet og hva som er ondt og godt, hva som er rett og feil. Mennesker kommer ikke bare fra forskjellige deler av verden, som Sør-Afrika, Calcutta og Kina (og Vesterålen), men er også i sitt sinn på forskjellige plasser. Forventningene og de kulturelle utgangspunktene er forskjellige. Dette er en variasjon som jeg tror er helsebringende og stimulerende. Til tross for forskjellene er man nødt til å lære seg leve sammen.

Der er store muligheter å arbeide privat, fremfor alt for spesialister men også for allmennpraktikere. Privatprakti-

serende leger får ikke bruke refunderte resepter, og undersøkelser som blodprøver og røntgen. Derfor er det vanskelig å arbeide effektivt. Markedet er likevel stort på grunn av lange ventetider i offentlig helsevesen. Jeg fulgte min kjæreste til en privatpraktiserende allmennlege (inkognito selvsagt) på den fashionable Harley street der alle de private legekantorene ligger. For sin forkjølelse fikk hun en halvtimes forelesning om væskeinntak, innneklima, og et kopiert kompendium med alle reseptfrie legemidler som er tilgjengelig. Hun betalte £80. I det offentlige helsevesen, NHS (National Health System) hadde hun fått en ti minutter lang gratis konsultasjon som neppe hadde gjort noen forskjell. Den normale lønnen for en allmennpraktiserende lege i NHS er £60 000 per år. Privatpraktiserende leger tjener betydelig mer. Ikke ille når man ikke har vakter og skatten er <40%. (Yrkesforsikringen koster £3000 per år.)

Der er en del likheter. London likner på en måte villmarken i Nordland. Et område tre-fire ganger så stort som Vesterålen med uendelige landskap av hus og gater, stjerner øverst, asfalt nederst. Det gir en følelse av å være alene med naturkreftene å kjøre hjem fra arbeid. En kald januar dag falt det tre cm snø og hele byen ble lammet. Det tok fem timer å kjøre hjem, noe som normalt sett tar 15 minutter. Terrorberedskapen er hypereffektiv. Innen 12 timer etter en potensiell terrortrussel blir man varslet per faks om hvordan man individuelt som lege skal agere ved trussel mot nasjonen. Men tre centimeter snø det klarer man ikke!

Kanskje kommer jeg tilbake en dag, til «the great white North» og om jeg da skal gå vakt, må det bli i turban. Alt for å gjøre livet litt artigere. Men trolig blir det hvalsafari eller for å fotografere nordlys og for å lytte til den magiske lyden fra den magantablå himmelen. Tilbake til viken bak Kjartans hus, en gudsforlatt plass som faktisk er verdens sentrum. Hvem kunne tro det?



For informasjon om arbeid i Storbritannia, skriv en mail til coopers@clara.net

Hvorfor Vesterålen ikke har interkommunal legevaktsentral

AV ANDERS SVENSSON

På sluttet av 90-tallet var rekrutteringssituasjonen til primærhelsetjenesten dårlig i Vesterålen. Der var mange ledige stillinger og det var en utbredt misnøye blant de leger som arbeidet i kommunene. Vaktbelastningen var vurdert som den viktigste årsaken. Kommunelegene prøvde derfor å organisere en interkommunal legevakt i 1999. Det viste seg å være vanskelig, ja umulig. Denne artikkel er et forsøk på å forklare hvorfor.



Alle de fem kommunene i Vesterålen har sin egen kommunale legevakt. Vaktbelastningen varierer fra firedelt vakt i Bø til åtte-ni delt vakt i Sortland og Hadsel ved full legedekning uten fritak fra vakt (noe som er sjelden kost). Vertskommunen for sykehuset, Hadsel, er tilkoblet AMK sentralen, de andre fire er tilknyttet en vaktentral med ufaglært personell uten siling av henvendelser.

Vaktbelastningen er sett på som en av de viktigste årsakene til manglende rekruttering og stabilisering av leges-tjenesten i Vesterålen.

Etter initiativ fra kommunelege i forum i Vesterålen startet Vesterålen regionråd å utrede for å se på mulighetene for, og konsekvensene av en interkommunal legevaktsentral i Vesterålen. Utredningen fikk støtte fra Helsedirektoratet og en ekstern prosjektleder ble ansatt.

Utredningen foreslo en interkommunal legevaktsentral på Sortland med fast medhjelper. Sentralen skulle være åpen alle dager (fra 23.00–08.00) og være bemannet av sykepleier og legevaktslege. Utredningen foreslo en bakvaksordning i alle kommunene. Denne var tenkt å avvikles etter kort tid da den sannsynligvis ikke skulle blitt brukt noe særlig. Forslaget medførte økte kostnader (fra 100 000 til 800 000 kr) for legevakttjenesten i alle kommuner.

Saken ble behandlet i alle kommuner. To kommuner avsto forslaget og de andre kommunene ble ikke enig om organisering.

Vi har fortsatt ikke interkommunal legevakt, og til tross for kortvarig bedring i forbindelse med fastlegeordningen er rekrutteringssituasjonen like dårlig som før. Legevaktsbelastningen er fortsatt vurdert som den viktigste årsaken til dette.

Vesterålen er en avgrenset region med et naturlig senter; Sortland. En interkommunal legevaktsentral er et naturlig tiltak for å bedre rekrutteringskrisen i regionen.

Hvorfor fikk vi det da ikke til i Vesterålen?

Legene var uenige

Legene i Vesterålen hadde forskjellig syn på interkommunal legevaktsentral. Legene i de to sentrale kommunene Sortland og Hadsel var overveiende positive. De så for seg muligheter med minsket vaktbelastning og ordnede forhold på vakt. I utkantskommunene Bø og Andenes var holdningen mer skeptisk. Med en bakvaksordning i hver kommune ble vaktbelastningen de facto større med en legevaktsentral på Sortland eller Stokmarknes. Legene så derfor liten gevinst i en legevaktsentral slik den ble planlagt i utredningen. Man så også mørkt på å kjøre 60 km om kvelden for å møte opp på legevakta i Sortland.

Legenes privatøkonomi var en ikke uvesentlig faktor ved legenes vurdering av legevaktsentral. Fastlegeordningen har nok endret noe på dette, men det er likevel en faktor man er nødt til å ta hensyn til. Legene ønsket derfor en ordning der man kunde arbeide med legevakt en liten periode etter normalarbeidstidens slutt, for å opprettholde inntekten.

Innbyggerne var skeptiske

Det går en sentraliseringsbølge over Norge. A-etat, ligningskontoret, lensmannskontorene og fiskerikontorene er bare noen statlige arbeidsplasser som regionaliseres og taper utkantskommuner for arbeidsplasser. Forsvarets nedbygging på Andenes har for eksempel medført et vesentlig tap av arbeidsplasser.

Når i tillegg fiskeindustrien går dårlig og kystfiskeriene sulter, er kommunepolitikerne og innbyggerne i Vesterålen svært skeptiske til nye tiltak som kan oppfattes som en utarming av distriktsnorge. Organisering av legevaksarbeidet i legevaktsentraler var noe som ble oppfattet som en trussel mot desentralisert bosetting.

I Vesterålen skjer også en regional sentralisering der Sortland vokser på bekostning av utkantene. Som hos alle gode naboer er krangel og rivalisering en viktig del av regionens indre liv. Forslaget om en legevaktsentral ble sett på av innbyggerne i utkantskommunene som ytterligere et tegn på Sortlands grådighet og mangel på respekt for behovene til de andre kommunene.

Rivalisering mellom Sortland og Stokmarknes skapte også store problemer. Sortland (med Vinmonopol) er regionens økonomiske senter men Stokmarknes (med Kulturhus) ønsker være regionens kulturelle senter. Det er en utbredt oppfatning i Vesterålen at Sortland prøver å sikre alle fremtidige tilbud til sin kommune og dermed utarmer utkantskommunene.

Der er ikke store avstander i Vesterålen. Fra Bø til Sortland er det ca 60 km og fra Andenes til Sortland er det 110 km. Innbyggerne følte likevel at en nedbygging av den kommunale legevakten i hver enkelt kommune ikke gav et tilbud som var trygt. Innbyggerne er godt vant til et letttilgjengelig tilbud på kveld og nattetid. Det er enkelt og lettvinnt å bare være et par tastetrykk på telefon unna legen. Å ha en lege på vakt i kommunen har stor betydning for befolkningens følelse av trygghet. En endring av dette systemet ble oppfattet som en fullstendig uakseptabel endring i et veletablert velferdsgode og skapte stor utrygghet.

Fremfor alt ble varet som på Andøya til tider er svært dårlig brukt som et viktig argument mot en interkommunal legevakt. At 2/5 leger i Andøya bor på Risøyhamn, 55 km fra Andenes sentrum og at innbyggerne likevel er helt avhengig av en fungerende ambulansetjeneste for å sikre akuttmedisinsk behandling var ikke mulig å få innbyggerne å forstå.

I Stokmarknes ligger lokalsykehuset. I mange år har det blitt stilt spørsmål til sykehusets fremtid. Tidlig var det forslag om en sentralisering av AMK sentralene i regionen. Politikerne i Stokmarknes så en interkommunal legevaktsentral som en måte å sikre en fremtid for sykehuset. Man ønsket legevakta samordnet med sykehuset. Alle forslag som medførte en plassering av legevakta på Sortland ble derfor avvist.

Legevakt formidles til fire av Vesterålskommunene av et interkommunalt selskap; Vesterålen vaktssentral. Vaktssentralen ligger i Bø og er en viktig arbeidsplass i kommunen. En interkommunal legevaktsentral medfører med stor sannsynlighet at behovet for legevaksformidling minker. Dette truer Vaktssentralens økonomi og Bø kommune var naturlig nok skeptisk til forslaget.

Kommuneøkonomien gjorde ikke saken bedre

Kommunenes dårlige økonomi er velkjent. Alle tiltak som øker kostnadene for helsetjenesten er vanskelige å få gjennomført. Den akutt medisinske tjenesten i kommunene finansieres av kommunene (legevaktsgodtgjørelse, legevaktsformidling og kommunikasjon), daværende fylkeskommunen (ambulansetjenesten) og av Rikstrygdeverket (trygderefusjoner + drosje). En interkommunal legevakt medfører sannsynligvis lavere forbruk av legevakstjenester og dermed lavere kostnader for RTV.

En legevaktsentral i Vesterålen ville innebære kraftig økning i kostnader for kommunene og sannsynligvis også for fylkeskommunen på grunn av økt bruk av ambulansen. En interkommunal legevaktsentral må godkjennes av alle kommunestyrer i regionen og når kommunene opplever å betale mer for en dårligere tjeneste som befolkningen opplever som utrygg, er det ikke vanskelig å forstå at kommunene var skeptiske.

Det er ikke umulig at man kunne klart dette dersom alle legene brukte felles krefter for å påvirke politikere og innbyggerne. Men legene valgte å ikke stikke frem hodet og bruke sin betydelige innflytelse i et lite lokalsamfunn for en sak de i utgangspunktet hadde et lunket forhold til.

Og nå da?

Behovet for en interkommunale legevaktsentral like stor som før. Kommunelegene i Vesterålen bestemte i januar å ta opp saken igjen. Nå med mer kraft og samlet innsats. Vi lagde en strategi og jeg satte i gang med arbeidet. Men i

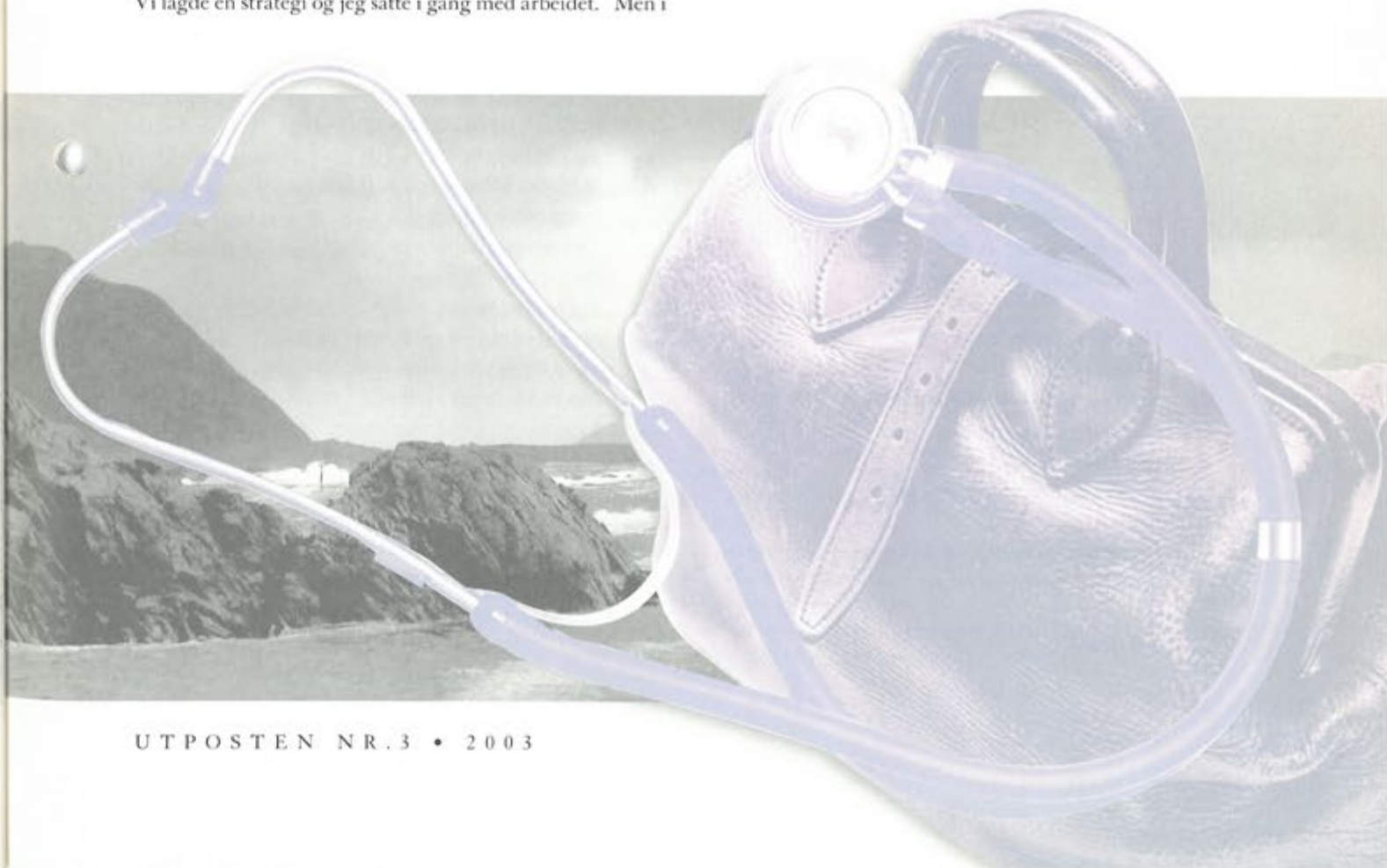
februar kom Helse Nords utredning om akutt-kirurgisk beredskap og fødselomsorg som foreslår en nedleggelse av akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehuset. Forslaget har skapt den største folkebevegelsen i Vesterålen historie. Over 17000 mennesker (dvs >50% av innbyggerne) har skrevet under en navneliste for bevaring av sykehuset.

En interkommunal legevakt er en umulighet i en slik atmosfære. Men en nedbygging av det akuttkirurgiske tilbudet på lokalsykehuset gjør en legevaktsentral enda mer aktuell, kanskje en forutsetning for å sikre innbyggerne et høykvalitativt akutttilbud.

Konklusjon

Denne fortelling er påminnelse om at Helsetjenesten er en del av samfunnet. Det betyr at man ved planlegging av helsetilbudet må ta hensyn ikke bare til medisinske forhold, men også til konsekvensene for samfunnet og publikums følelser og reaksjoner. Altfor mange helseplanleggere glemmer dette. (jfr helseforetakenes forslag om endring i akuttkirurgi og fødselomsorg).

Den akuttmedisinske kjeden må sees i sammenheng; medisinsk faglig og samfunnsøkonomisk. Endring i kostnader må fordeles mellom de som er involvert, dvs legene, kommunene, helseforetakene og Rikstrygdeverket. Men dersom vi som leger i Vesterålen mener at en interkommunal legevakt er nødvendig og bør gjennomføres, krever det enighet, politisk vilje og en ikke ubetydelig stahet.



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

En av mine føringsoffiserer, Tove, har overrasket meg ved å utfordre meg i lyrikkstafetten – kanskje for å uteske deler av en tilknapet ugles indre liv?

Jeg er ingen pasjonert lyrikkleser, men leser dikt nå og da, og det kan gi meg mye. For meg er dikt, som musikk og annen kunst, et hjelpemiddel og en katalysator for å sette ord på, billedliggjøre og levendegjøre viktige dimensjoner, hendelser, verdier og følelser i livet. Det gode dikt er fortettet iakttagelse og livsvisdom, en zipfil som unzippes i møtet med leseren, leserens livserfaringer og livssituasjon. Dikt og annen kunst er i stor grad relasjonell til leseren og den aktuelle situasjonen. Derfor har jeg ikke ett, men flere gode dikt, og valget blir litt tilfeldig, slik det er litt tilfeldig hvor jeg er i livet akkurat i dag.

Pusteøvelse

Hvis du kommer langt nok ut
får du se solen som en gnist
i et sluknende bål
hvis du kommer langt nok ut.

Hvis du kommer langt nok ut
får du se hele Melkeveiens hjul
rulle bort på veier av natt
hvis du kommer langt nok ut.

Hvis du kommer langt nok ut
får du se Universet selv,
alle lysår-millardenes summer av tid,
bare som et lysglimt, like ensomt, like fjernt
som juninattens stjerner
hvis du kommer langt nok ut.

Og ennu, min venn, hvis du kommer langt nok ut
er du bare ved begynnelsen

– til deg selv.

Spør igjen

Tallrekken ler av oss
og vil forklare alt.
Den har kjeve av jern og tenner
som det klirrer i.

Vi spør og vi spør
og tallene svarer
men ikke om fiolinene
eller om lykken mellom to armer.
Da hoster det på skjermen:
– uklart spørsmål.
Spør igjen.

Rolf Jacobsen

Min egen verden – TPT

Jeg slikker meg stadig på fingeren
og stikker den godt ned i jorda
for å slippe å finne ut
hvilken vei vinden blåser.
Jeg har bestemt
at vinden oftest kommer fra sørøst
Fingeren er skitten.
Den er vond å slikke på
Men, det handler om å velge
Jeg har tatt valget,
det er bedre med en skitten finger
og en trygg visshet om vindretningen,
enn en våt finger i lufta
hvor vinden veksler i et eneste virvar.

Hilsen Petter Øgar

Utfordringen fra Siri Brelvi til Rolf Gilhus fra
forrige nummer «lever» og presenteres i neste nummer.

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

«Gjemmeside»

«Alle» skal ha hjemmeside.

Listen over norske allmennlegekontor med egen hjemmeside blir lengre for hver dag. Disse sidene annonserer stor variasjon – fra ren informasjon om åpningstider til omfattende rådgivning og service med mulighet for timebestilling og reseptfornyelse.

Tankekorset er klienten som ikke har it-kunnskap eller tilgang. De unge friske og de ressurssterke klarer seg og finner fram, mens de svakt fungerende, gamle og de sykeste ofte ikke kan nytte seg teknologien. Hvis vi fortsetter it-utviklingen uten å ta hensyn til dette kan hjemmesiden ende opp som en gjemmeside: de som trenger fastlegen mest finner ikke fram.

Hvordan?

Utvalget av verktøy for å lage hjemmesider er bra. Man kan lære html-kode og skrive kode direkte i tekstbehandler. Det er for tungvint for de fleste. Tekstbehandlere slik som Word har mulighet for å lagre dokument i html eller xml-format. Det er for de «late» – og gir ikke alltid ønsket resultat når siden leses på web.

FrontPage, DreamWeaver og GoLive er eksempler på program som er utviklet spesielt med tanke på å produsere web-presentasjoner.

EWAT og Gloria er eksempler på sideproduksjon via nettleser; –krever ikke forkunnskaper – men god råd!

De fleste legekontor har først bruk for en enkel web-side som gir den nødvendige informasjon til internetbrukere. Den kan lages og vedlikeholdes med gratisverktøy eller et av de nevnte programmene av den edb-ansvarlige på kontoret.

De som ønsker en avansert eller fancy web-løsning setter kanskje hele oppdraget bort til et profesjonelt web-publiseringssfirma.

Når «det nasjonale Helsennett» blir en realitet kan kanskje hjemmeside-maler bli en del av tilbudet til legene. Stavanger kommune har vist vei og tilbyr alle kommunens legekontor web-publisering i kommunens nett.

BRA!

Askøy i april 2003

John Leer

<http://home.broadpark.no/~jleer/>



Referanser:

Legekontor på nett:

<http://www.uib.no/isf/guide/norm.htm>

DreamWeaver:

<http://www.macromedia.com/support/dreamweaver/>

FrontPage:

<http://www.microsoft.com/norge/products/office/frontpage/>

EWAT:

<http://www.ewat.no/default.asp?menu=0&page=6&article=0&product=0>

Gan: <http://www.gan.no>

Gloria: <http://www.gan.no/index.db2?id=33>

Stavanger: <http://www.stavanger.kommune.no/>

*Historier fra
virkeligheten*

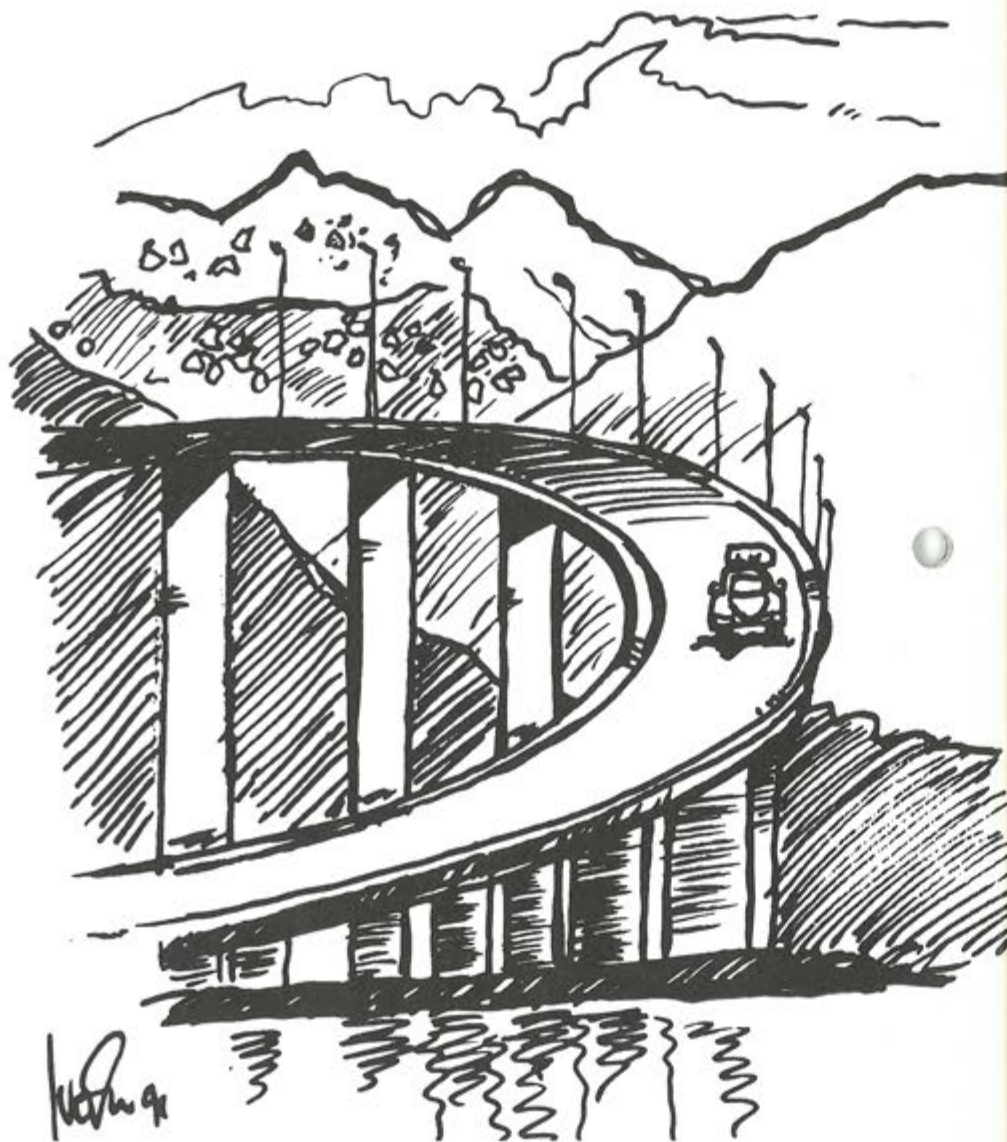
– Over brua

Min svenske kollega, han med sodavannet og problemer med å tolke de nordnorske dialekter, er tilsynslege på sykehjemmet. Idag var han på besøk hos en pasient på sykeavdelingen. En liten tynn og angstfylt KOLS dame, som ligger som en mus i senga. Hun fortalte med tynn stemme at dersom hun ble noe dårligere var han nødt til å hjelpe henne over brua. Legen såg på henne med medfølelse hundøyne og sa: «det skal nok gå bra dette skal du se», så la han hånden sin på armen hennes.

Et nordnorsk uttrykk for broen over floden til dødsriket, tenkte han. Men det hun mente var naturligvis den store brua til sykehuset på Hadseløya.

Slik kan det gå. Av og til er det greit å ikke si for mye.

Anders Svensson



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!*

Plastperle i nesa

Ny elegant behandling

PROBLEM:

Velkjent. Lite barn, gjerne 2-3 år, har dytta ei plastperle eller et annet fremmedlegeme opp i et nesebor.

GAMMEL METODE:

Mor eller far holder barnet fast på fanget. Legen prøver med sitt sinnrike instrumentarium å fiske perla ut. Noen ganger går det greit, men altfor ofte ender det med blødning, null oversikt, perla dytta lenger inn, hylende unge, stressa foreldre, lang transport til sykehus, narkose og intubasjon før ØNH-legen endelig får perla ut.

NY METODE:

Jeg har lest om metoden ett eller annet sted, men husker ikke hvor. Jeg har prøvd metoden i praksis med glimrende resultater.

Terapeuten, gjerne mor eller far, setter barnet sidelengs på fanget. Det åpne neseboret klemmes igjen med en finger. Jeg syns man får best tak hvis ungen sitter slik at det tette neseboret er nærmest terapeutens bryst. Terapeuten trekker pusten dypt, dekker barnets munn med sin munn og blåser kraftig ut. Barnet lukker epiglottis reflekto-risk, så all lufta går til nesa. Plopp! Fremmedlegemet spretter ut.

Raskt, effektivt, forbløffende og elegant! Anbefales.

Gunnar Strøno



ANETTE FOSSE

FORBIFARTEN

STILLING FASTLEGE OG SYKEHJEMSLEGE ARBEIDSSTED ØVERMO LEGESENTER, GRUBEN SYKEHJEM OG YTTEREN SYKEHJEM, MO I RANA



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født i Oslo, studert i Bergen og Trondheim, turnus i Bodø, bofast i Mo i Rana med mann og barn siden 1991, styremedlem i NSAM 1994–1999. Sentralstyremedlem i Legeforeningen jan-2000 til jeg trakk meg i protest 31/1-03.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Jeg husker ikke når jeg skjønte at jeg *var* blitt lege, men jeg husker veldig godt når jeg skjønte at jeg *skulle bli* lege: Jeg var fem år gammel, og hørte den voksne sønnen til dagmamman min fortelle om sitt arbeid som nyutdannet lege i Afrika – det høstes spennende ut! Siden da var jeg fast bestemt på at det var lege jeg skulle bli, bare avbrutt av et kort sidesprang i ungdomsskolen da jeg mente at jeg måtte bli lærer for å vise dem hvordan det burde gjøres. Det var nok bra for både skoleverket og meg selv at jeg fant tilbake til mitt opprinnelige yrkesvalg...

Hva gir deg mest glede i jobben?

Kontakten med pasientene over tid, og privilegiet det er å få innblikk i så mange sider av livet på godt og vondt.

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

Jeg prøver å finne en passe balanse mellom pasientrettet arbeid og faglig, politisk engasjement. Som det framkommer av svaret på siste spørsmål i dette intervjuet, har jeg kanskje ikke helt funnet den balansen enda, men jeg tror jeg er på rett spor... kanskje?

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Jeg opplever at den jobben jeg og andre allmennleger gjør er viktig i smått og stort, fra å sy sår til å delta i den altomfattende følgeprosessen rundt en kreftpasient som ønsker å dø hjemme.

Når lo du på jobben sist?

Jeg ler hver dag, tror jeg, både med pasientene og med medarbeidere og kolleger.

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

Produksjon. Og det er ikke engang et medisinsk uttrykk! Men det har invadert vår medisinske hverdag som et sterkt og tydelig uttrykk for en fremmedgjørende språkbruk, og symboliserer en tenkemåte og en organisering som bryter ned våre legeetiske normer til fordel for økonomisk tankegang. Det er farlig!

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

En mer nærværende og systematisk oppfølging av medarbeidere og drift av legesenteret enn det jeg greier i dag kunne nok vært på sin plass. Og mer tid til faglig oppdatering for oss alle. Men jeg trenger ikke (og ønsker ikke) å starte ny praksis for å ville dette!

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

For et spørsmål!? Det er jo mangfoldet blant pasientene som er spenningen. Jeg har ingen favorittpasient!

Hva gjør du om fem år?

Jobber – som nå – på Øvermo Legesenter og er sykehjemslege, driver sikkert med diverse helsepolitiske greier, eller kanskje jeg har gitt meg i kast med et ørlite prosjekt av et eller annet slag på si?

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

Her kunne jeg selvsagt ha svart for eksempel Olav Helge Førde, styreleder i Helse Nord. Han er i utgangspunktet samfunnsmedisiner, men trenger nå å få et spark eller to på

leggen for å minnes om at ryddige omstillingsprosesser trenger tid, og at knefall for sykehusspesialistenes behov for kvistspesialisering med dramatiske følger for lokalsykehusene ikke er god samfunnsmedisin. Men jeg vil heller svare at jeg ønsker å bli sittende fast i skiheisen sammen med min gode kollega på Øvermo Legesenter, Irene Fosheim. Da skulle vi delt den flasken med vin som vi hadde med i sekken, og snakket om alt vi ikke rekker å snakke om i en travel hverdag. Håper heisstansen varer riktig lenge!

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

Jeg ville ha sikret forskning og videre-/etterutdanning i helsevesenet slik at ikke legemiddelindustrien fikk være premissleverandør for hvilken kunnskap vi finner og bruker. Og jeg ville straks ha redusert stykkprisfinansiering av helsevesenet til et minimum. Stykkprissystemet bidrar til en gradvis ødeleggelse av legeetiske normer til fordel for økonomisk inntjening, det virker sterkt medikaliserende og er dermed farlig for folkehelsen.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Utposten er et flott tidsskrift!

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Forutsetningen for at noe skal bli bedre, er at vi baserer vår yrkesutøvelse på faglighet og samfunnsbevissthet. Da kan det fortsatt være interessant å være allmennlege.

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

Jeg håper at jeg rekker å bli gammel! Jeg håper å se barna mine vokse opp til harmoniske, deltakende mennesker. Og jeg håper det går an å jobbe som allmennpraktiker lenge, lenge uten å bli lei. Og så vil jeg reise til Cap Verde sammen med mannen min for å danse til musikken der!

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

Spørsmålet ble forelagt mannen min, og han svarte prompte: Vi ønsker at du skal være mer hjemme!

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!

Lærerike kasuistikker

«Kunden har alltid rett»????

Travel dag ikke lang tid etter at jeg hadde startet i min nåværende praksis. En for meg ny pasient møter som ø. hjelp. Han er ca. 60 år gammel, overvektig og uførepensjonert pga KOLS.

Med selvbevisst mine og konkrete forslag om Teofyllin, forverring av sin «astma» etter hjemkomst fra et lengre opphold i Spania. Som nevnt var han adipøs, moderat dyspnøisk og i journal fra tidligere lege sto beskrevet tidligere vellykkede behandlinger med Teofyllin. Ved siden av lett forhøyet BT, puls på 84 og moderate, obstruktive fysikalia over lungene, fant jeg intet spesielt ved klinisk status.

300 mg Aminofyllin ble gitt under stille avsynging av to vers «Ja vi elsker», ingen komplikasjoner oppsto – fem til ti minutter senere anga pasienten betydelig bedring – doktoren syntes også at han virket mindre obstruktiv. Vi skiltes i optimistsikk ånd med ellers gode råd fra «nydoktoren».

Dagen etter ringer han igjen – ønsker mer Teofyllin, den forrige injeksjonen hadde bare hjulpet forbigående. Jeg reiser hjem til han på ettermiddagen – finner han da betydelig verre; økt dyspné, leppecyanose, halsvenestuvning, tachycard og kraftige, obstruktive lungefysikalia – i tillegg til lett, høyresidig dempning og bilaterale, betydelige crurale ødem. Nå ble «nydoktoren» mer betenkt – og la pasienten, tross protester og forsøk på overtalelser om mer Teofyllin, inn ved medisinsk avdeling.

Diagnosen har dere vel alle klar (særlig med anamnesetiske tilleggsopplysninger om fire døgns bilreise fra Spania til Norge forut for plagene (a propos dagens fokus på lange flyreiser): bilateral lungeembolisme. Pasienten fortsatte å embolisere til tross for den tids antikoagulasjon med Heparin / Marevan og døde dessverre etter fire døgn på sykehuset.

Konklusjoner/ettertanke:

Dette var en av mine tristeste historier, som muligens – selv med raskere respons, hadde hatt det samme forløpet.

Likevel kan jeg ikke helt fri meg fra tanken om at forløpet kunne ha vært annerledes:

- 1) om «nydoktoren» hadde vært litt mer kritisk, stilt litt mer spørsmål, fått med seg flere opplysninger bl.a. om forutgående lange bilreiser etc.
- 2) om pasienten hadde vært mindre selvsikker om egen diagnose og terapi.

Lærdom: Lytt til pasienten, kjenn dine «Pappenheimere», la deg ikke overkjøre av pasienter med fasitsvar, og vær våken overfor nye forløp i sykdom/ symptomer.

Tore Mellbye



Tore Mellbye, 53 år

Utdannet 1980, i Mainz, Tyskland.

4 år i Finnmark som distriktslege,

3 år indremedisin

14 år allmennpraktiker/ fastlege i gruppepraksis – med fire kolleger ved Gjøvik Legesenter.

Spes. i allmennmedisin og universitetslektor.

Næsning, bosatt på Gjøvik. Gift, 3 barn.

Øvrige interesser: surfing, snowboard og Alfa-mekking

Nesespray 0,9 mg/ml: 1 ml inneholder: Azelastin. hydrochlorid. aeqv. azelastin 0,13 mg/dose, natr.edet. (0,5 mg), hypromellos., acid. citric. anhydr., dinatr. phosph. dodecahydr. natr. chlor., aqua pur. Inneholder ikke konserveringsmiddel.

Indikasjoner: Allergisk rhinitt.

Dosering: Voksne og barn over 12 år: 1 spraydose i hvert nesebor 2 ganger daglig (tilsvarende en døgndose på 0,5 mg azelastin). Etter anbefaling fra lege kan dosen økes til 2 spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (tilsvarende en døgndose på 1 mg azelastin). Nesespray kan brukes over lengre tid.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Effekt og sikkerhet hos barn under 12 år er ikke dokumentert.

Interaksjoner: Cimetidin kan gi forhøyet plasmakonsentrasjon av azelastin etter oral administrasjon p.g.a. hemming av cytokrom P450.

Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter etter oral administrasjon av azelastin i høye doser, men ettersom det kun gis lave doser azelastin anses den systemiske eksponeringen å være liten. Preparatet bør likevel bare brukes dersom fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk. Systemisk eksponering av mor er liten, og det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Irritasjon av neseslimhinnen, bitter smak. Sjeldne (< 1/1000): Neseblødning. Det kan forekomme bitter smak etter administrasjon grunnet feil bruk, dvs at hodet er bøyd for langt bakover. Med riktig teknikk kan dette unngås.

Overdosering/Forgiftning: Gitt gjennom nesen vil det normalt ikke forekomme reaksjoner på overdosering.

Egenskaper: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Ftalazinonderivat. H1-reseptorantagonist med lang virketid. Høye konsentrasjoner hemmer syntese eller frigjøring av mediatorsubstanser som f.eks. leukotriener, histamin og serotonin. Azelastin passerer over i CNS.

Absorpsjon: Gjentatt nasal applikasjon av en daglig dose på 0,5 mg azelastin (1 spray i hvert nesebor 2 ganger daglig) gir en maksimal plasmakonsentrasjon på 0,27 ng/ml hos friske forsøkspersoner, 0,65 ng/ml hos pasienter. Gjentatt bruk i nese hos pasienter med allergisk rhinitt fører til forhøyet plasmakonsentrasjon av azelastin sammenliknet med friske individer (høyst sannsynlig på grunn av bedre penetrasjon gjennom den betente neseslimhinnen). Steady state plasmakonsentrasjon etter en daglig dose på 0,5 mg azelastin, 2 timer etter applikasjonen er ca. 0,65 ng/ml, ved dobbelt dose er tilsvarende plasmakonsentrasjon 1,09 ng/ml. Fordeling: Distribusjonsvolum ca 15 l/kg.

Proteinbinding: Ca. 80-90%. Halveringstid: Ca. 25 timer for azelastin og ca. 60 timer for den aktive metabolitten N-desmetylazelastin.

Utskillelse: Azelastin utskilles hovedsakelig i metabolisert form via fæces, ca. 25% utskilles gjennom urin.

Andre opplysninger: Skal ikke oppbevares i kjøleskap.

Pakninger og priser: Spray m/dosepumpe: 10 ml: 89.20 kr.

Øyedråper 0,5 mg/ml: 1 ml inneholder: Azelastin. hydrochlorid. 0,5 mg aeqv. azelastin 0,46 mg, benzalkon. chlorid. 0,125 mg/ml, dinatr. edet., hypromellos., sorbitol, natr. hydroxid., aqua steril. 1 dråpe inneholder: Azelastin. hydrochlorid 0,015 mg

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av sesongbundet allergisk konjunktivitt.

Dosering: Voksne og barn over 4 år: Normaldosering er 1 dråpe i hvert øye 2 ganger daglig. Ved behov kan doseringen økes til 4 ganger daglig.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes samtidig med bruk av kontaktlinser. Azelastin er ikke indisert til behandling av øyeinfeksjoner. Benzalkonklorid som brukes som konserveringsmiddel kan forårsake punktuell keratopati og/eller toksisk ulcerøs keratopati. Pasienter med sesongbundet allergisk konjunktivitt får ofte rennende og kløende øyne, noe som kan påvirke synet.

Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter etter oral administrasjon av azelastin i høye doser, men ettersom det kun gis lave doser azelastin anses den systemiske eksponeringen å være liten. Preparatet bør likevel bare brukes dersom fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk. Det er ukjent hvor mye av azelastin som går over i morsmelk. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter.

Azelastin bør derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Forbigående mild irritasjon i øynene. Bitter smak er rapportert i sjeldne tilfeller.

Overdosering/Forgiftning: Ingen spesielle reaksjoner etter okular overdosering er kjent.

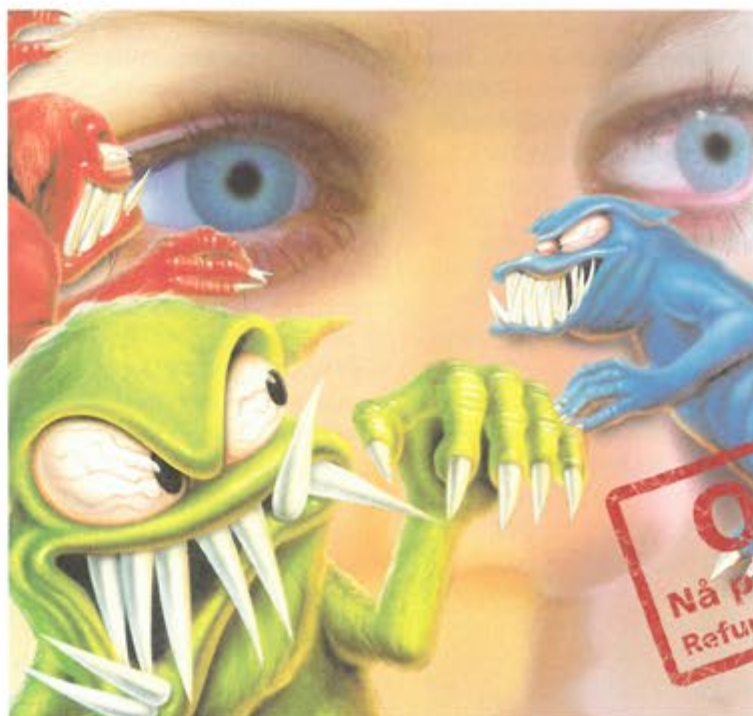
Ingen erfaring med toksiske doser azelastin til mennesker. Basert på resultat fra dyrestudier kan forstyrrelser i det sentrale nervesystemet ventes etter overdosering eller forgiftning. Behandling: Symptomatisk behandling. Det finnes ingen kjent antidot.

Egenskaper: Farmakoterapeutisk gruppe/Virkningsmekanisme: Ftalazinonderivat. Potent, langtidsvirkende og selektiv H1-antagonist. Anti-inflammatorisk. Inhiberer syntesen eller frisettingen av mediatorsubstanser som f.eks. leukotriener, histamin, PAF og serotonin, involvert i tidlig og sen fase av den allergiske reaksjonen. Ingen klinisk signifikant effekt på det korrigerte QT (QTc) intervallet. Ingen påvist forbindelse mellom azelastin og ventrikkelarytmi eller torsade de pointes etter behandling med oral azelastin. Absorpsjon: Plasmakonsentrasjonen ved steady state etter doser opp til 1 dråpe i hvert øye 4 ganger daglig var ved eller under deteksjonsgrensen.

Pakninger og priser: 6 ml: 89.90 kr



Lokal behandling med nesespray og øyedråper
Rask, effektiv behandling av
allergisk rhinitt og konjunktivitt ⁽¹⁾



OBS!
Nå på blå resept
Refundert etter \$9.33

Lastin øyedråper 0,5 mg/ml, normaldosering: Én dråpe 2 ganger daglig. Er tilgjengelig som dryppeflaske med innhold 6 ml.

Lastin nesespray 0,13 mg/dose, normaldosering: Én spray 2 ganger daglig. Er tilgjengelig i flaske med spraypumpe 10 ml.

Produkttekst (spc).

Santen Norge • Postboks 43 • 3166 TOLVSRØD
Tel 33 32 98 02 • Faks 33 32 98 03 • info@santen.no • www.santen.no