



Innhold:

Leder: Let us «Walk in Beauty»

Av HELEN BRANDSTORP

s 3

NAKMI – Ny Nasjonal kompetanse-
enhet for minoritetshelse

Av NORA AHLBERG OG HAMMAD RAZA SYED

s 4

Utpostens dobbelttime.

Intervju med Ester Fjellheim

Av HELEN BRANDSTORP

s 6

Distriktsmedisin – medisin i distriktene,
eller medisin for distriktene?

Av ANDERS SVENSSON

s 10

Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse

Av IVAR SKEIE

s 12

Kvantesprang i kvalitet i primær-
helsetjenesten i Storbritannia

Av KJELL MALDE

s 17

10 år med fastlegen

Av ANNE HELSEN HANSEN

s 20

Bruk oss mer! Hilsen RELIS

Av OLA NORDVISTE

s 26

PROSEDYRER: Nødvendig onde eller grobunn for
faglig og personlig utvikling i pasientrettet arbeid?

Av BERIT FORSGREN

s 28

Take my advice, I am not using it.

Synspunkter på samfunnsmedisinsk rådgjeving

Av GEIR SVERRE BRAUT

s 34

Faste spalter

s 36

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

Lyngveien 11, 9845 Tana

Tlf. priv.: 79 82 82 91

Tlf. jobb.: 78 92 55 00

Mobil: 991 52 115

E-mail: helenbra@hotmail.com

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

Hegdehougsveien 20, 0167 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 Straumsgjøl

Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 10

Faks jobb.: 76 11 42 46, 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: Lapin Painotuote Oy 1990**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Let us «Walk in Beauty»

Vi nærmer oss det i siste året av Urfolkstiåret (1994–2004), og det kan passe å se på vårt fagområde i forhold til urfolk og andre minoriteter. Mange steder i verden blir urfolk sett på, og brukt, som fargeklatter i turistbrosjyrer, som skapere av spennende kultur, musikk og håndverk. Ofte stopper vi der. Kanskje tenker vi at de lever nærmere naturen og det er fint. Mye er imidlertid ikke fint i urfolkssammenheng i verden som helhet. Urfolk er i de fleste tilfeller de fattigste, de mest marginaliserte og diskriminerte befolkninger. Det er ingen liten gruppe. Urfolk utgjør 300 millioner mennesker og representerer 4000–5000 språk av verdens omkring 6000. Det sier seg selv at fattigdommen gir helseproblemer. Men roten til miseren er selvfølgelig den som må endres. Hva kan vi med vår helsepolitikk, samfunnsmedisin, sosialmedisin og allmennmedisin bidra med?

Urfolksmedisin eller «indigenous health» er et eget fagområde i Canada. Der kan man velge ett år fordypning i det på veien til å bli spesialist i allmennmedisin, eller «family health». Hva har vi i Norge? Urfolksmedisin er et nytt ord for de fleste av oss, om man bor i et urfolksområde eller ei. Men Senter for Samisk Helseforskning har eksistert i to år allerede. Ester Fjellheim forteller i dobbelttimen om veien dit og om hennes egen vei. Hun må ha gått høyt og luftig slik reinen liker det om sommeren. Slik er det mindre plagsomme insekter og færre stikk. Utsikt har hun i alle fall hatt, og gått fremover med syn for mye. På samisk vis har det vært lite skryt og bråk når hun har beveget seg i terrenget.

Minoritetshelsearbeid er et annet nytt ord som vi nok vil bruke mer og mer. På Ullevål universitetssykehus har Kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) åpnet i løpet av sommeren. De vil jobbe med folk som ikke var her før nasjonalstaten ble opprettet, altså andre minoriteter enn urfolk. De forteller i en artikkel i dette bladet om sitt eksistensgrunnlag. Beitene er nok litt større og mer varierte enn de i nord. For å bevege seg i disse litt ukjente områdene trenger vi også begrep, vi trenger språk for det. Utposten forsøker å hjelpe. I senere numre av Utposten vil vi presentere urfolksmedisin i Canada, samt mer fra de to nasjonale sentrene som nevnes ovenfor.

I dette nummeret blir det mer om en annen svak gruppe stoffmisbrukere. Samfunnsmedisinen får god plass til å vise hvor levedyktig den er, – eller hva slags liv den lever.



Men tilbake til samene. For både samfunnsnyttig og praktisk initiativ finner vi i regjeringens handlingsplan for perioden 2002–2005: Mangfold og likeverd. Det er vakker lesning. Skulle tro at millioner av olje-\$ fra Melkeøya i Finnmark skulle pumpes rett inn i Sameetinget. Det er en del vilje og kunnskap i rike Norge. Forslaget til ny Finnmarkslov viser imidlertid også praksis. Etter 17 år med utredninger av rettigheter til land og vann i Finnmark (Ja, de begynte rett etter Alta-aksjonene), legger regjeringen frem et forslag som samepolitikere kaller respektløst, et lovforslag som de mener faktisk fratar samene rettigheter. FNs rasediskrimineringskomité er kritisk til loven i sin ferske rapport.

Ikke vet jeg, – og det er vel problemet!

Manglende kunnskap, «ikke tema», historieløshet, ...det skaper den destruktive diskrimineringen og respektløsheten, som en har sett kan bli en del av urfolks eget «Selv».

Fra Canada fikk jeg med begrepet Walking in Beauty. Ved siden av et par myke samiske komager henger nå to like myke mokasiner. «They are to remind you to walk softly on earth», sa min venn Stan. – Jo da, jeg skal forsøke å ikke trampe, på folk og natur, men helst vil jeg «walk in beauty» sammen med fargerike folk i mangfoldig natur.

Helen Brandstorp

Ny Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse



Nora Ahlberg

FORSKNINGSDIREKTØR/PROFESSOR

Tilknyttet medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo Senter for flerkulturelle og internasjonale studier, og Helsingfors universitet. Har vært professor/instituttleder ved Universitetet i Tromsø og NTNU, og leder ved Psykososialt senter for flyktninger. Kompetansen dekker sammenlignende kultur- og religionskunnskap samt klinisk psykologi. Lang tverrfaglig erfaring fra forskning og undervisning om innvandrere, flyktninger og andre minoriteter, også fra humanistiske og samfunnsvitenskapelige fakulteter.



Hammad Raza Syed

PROSJEKTMEDARBEIDER/LEGE

Faglig grunnutdanning og erfaringsbakgrunn fra Pakistan. Mastergrad i internasjonal helse ved Universitetet i Oslo. Har vært tilknyttet HUBRO-prosjektet (Helseundersøkelsen i Oslo). Kompetansen dekker et bredt spekter av livsstilsrelatert somatisk sykdom og psykososiale belastninger i tilknytning til migrasjon. Særlig interesse for forebygging.

FORSKNINGSDIREKTØR/PROFESSOR NORA AHLBERG
OG PROSJEKTMEDARBEIDER/LEGE HAMMAD RAZA SYED

Migrasjon berører sentrale sider av velferdssamfunnet – også spørsmål om sykdom og helse. Migranter er i risikozonen for livsstilrelaterte sykdommer og psykososiale problemer samtidig som sykdomsmønstre i hjemland og helsetilbud i mottakerland påvirker både diagnostikk, behandling og pasientkontakt. For å fremme/koordinere nasjonal/internasjonal kunnskap og krysskulturell dialog på dette feltet, er det åpnet en tverrfaglig enhet lokalisert til Ullevål Universitetssykehus.

Et alvorlig spørsmål i tilknytning til hva slags samfunn vi har og ønsker oss gjelder integreringen av nykommere. Bare i Oslo snakkes det i dag over hundre språk, og i global sammenheng medfører tvungen og frivillig migrasjon omveltninger av betydning for velstandsutviklingen i flere deler av verden. Den berører både personer som på forskjellig vis har fordeler av utviklingen (for eksempel innen for næringsvirksomhet og kultur) og dem som blir fordrevet av nød og fattigdom. Det kan gjelde de som forblir fastboende mens de mister stadig mer kontroll over sitt nærmiljø, innvandrere så vel som ressurssvake deler av majoritetsbefolkningen. For arbeidsmigranter vil det også kunne innebære å plutselig befinne seg i en situasjon hvor man, med eller mot sin vilje, blir oppfattet som minoritet, selv om man tidligere tilhørte majoriteten. Nasjonale minoriteter (eks. kvæner, Romanifolket), urfolk (samer) og forfulgte flyktninger er kanskje mer forberedt på slike sider av tilværelsen.

Men migrasjon rommer også sider som berører sykdom og helse. I den anledning åpnet Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI) den 2. juni i år. Enhetens mandat er å drive tverrfaglig koordinerende og formidlende forsknings- og utviklingsarbeid i forhold til somatisk og psykisk helse og omsorg for innvandrere. Hittil har slike spørsmål inngått i aktiviteter med tildels andre primærhensyn, slik som det såkalte IMER (Internasjonal migrasjon og etniske relasjoner), på det flerkulturelle traumatologiske feltet. NAKMI må nå søke en mer selvstendig rolle i skjæringspunktet mellom ulike samfunnshensyn. De kan være et bredt spekter av minoritetsinteresser, behov og erfaringer av helse- og omsorgsmessig art, tverrfaglige profesjonsinteresser og forskningspolitikk, samt myndighetenes behov for overordnet og kostnadseffektiv innsikt med tanke på den til enhver tid erklærte minoritetspolitikk. Med andre ord, det ville det være alt for lett å søke å begrunne en slik enhets eksistens ensidig ved udekkede behov som krever økte ressurser, uten at disse ble avvendt mot andre hensyn. Slike hensyn kan eksempelvis være unødig sykeliggjøring av kulturproblematikk eller det Berthold Grünfeld har kaldt å «rope på mer psykiatri»-fellen.

På den annen side er det et klart behov for en konsoliderende og variert kunnskap om «medisinens blikk». Dette gjelder ikke bare i forhold til kvinner, men også «nyere» minoriteter.

De har krav på et bedre tilpasset og kultursensitivt behandlingstilbud. Og det er viktig hvis vi skal unngå unødige utgifter og konflikter. Det er ikke minst viktig hvis vi vil oppfylle våre samfunnsforpliktelser og likestillingsidealer overfor hele befolkningen. NAKMI vil bidra til utviklingen av en slik drøftelse, som bør være tverrfaglig og dekke både somatiske og psykososiale faktorer i tillegg til sosiokulturell variasjon. Et primært siktemål er å fremskaffe grunnleggende – og i forlengelsen anvendt – kunnskap om norske, og på sikt, sammenlignbare europeiske forhold når det gjelder minoriteter og helse. Det trengs tverrfaglig kunnskap som går lenger enn til å gjenta målinger av ulikegruppers sykdomsmønstre og som belyser helsestelletts kvalitet og rolle. Til tross for mørketall og kunnskapsmessige hull, som skyldes akademiske forsømmelser på dette viktige området, finnes det mye «taus erfaring» blant praktikerne i felten.

Flere studier har vist at innvandrerbefolkningen er mer utsatt for livsstilsrelaterte sykdommer, psykosomatiske – og mentalhelseplager enn majoritetsbefolkninger i Europa. Men en har også vist at det er stor intern variasjon. Vi kan altså også hos innvandrere se en forskyving fra smittsomme sykdommer mot de kroniske. Enkelte ting tyder på at denne økningen er relativt dramatisk når det gjelder hjerte og karsykdom, diabetes II og slag. Det er for eksempel, rapportert høyere risiko for diabetes II blant norsk-pakistanere enn hos nordmenn. I tillegg kommer mer spesifikke plager som kan skyldes både sykdomsmønstre i opprinnelsesland og klasserelaterte miljøfaktorer som går på tvers av etnisitet. I følge smittevernoverlege i Oslo, Tore W. Steen, er tuberkulosen blant somaliske kvinner i Gamle Oslo/Tøyen området på linje med hva den var for arbeidsfolk i samme bydeler for hundre år siden («Helse for mange» seminar i Oslo 7. april '03). Men bildet er ikke entydig fordi de få studier som finnes peker i ulike retninger. Således rapportere innvandrere og asylsøkere selv, ifølge en FAFO undersøkelse (1995), ikke flere helseplager enn majoritetsbefolkningen. Når det gjelder mentalhelse og såkalte «diffuse smertetilstander» er bildet dertil mer komplisert. Dette fordi både forfølgelse i hjemlandene og krysskulturelt kommunikative faktorer i større grad kan spille inn.

Den offentlige debatt har rettet søkelyset mot sensitive sider av generasjons- og kjønnsrolle dynamikken. Også forestillinger og holdninger hos vestlig utdannede helsearbeidere er i visse henseender i uttakt med nykommernes behov. Migranter fra den tredje verden er utsatt for marginalisering og manges kontakt med majoriteten blir derfor i rollen som hjelpetrengende. Som en motvekt mot dette har forskere og behandlere kritisert problemorienteringen på dette feltet. Fokus på den andre ytterligheten vil imidlertid

ikke alene få de mangeartede problemer som mange strever med, til å forsvinne, men snarere gjøre dem til et privat anliggende og ansvar. Velferdstatistikken forblir tankevekkende og kan legge stein til byrden i forhold til manglende anerkjennelse i omgivelsene.

En grunn til at minoriteter er særlig utsatte i forhold til helse og omsorg er at det ofte dreier seg om den mest private og intime sfære i møte med intervensjoner som er lokalisert i det offentlige rom. Det stiller økte krav til kultursensitivitet. Selv om ikke alle innvandrere føler behov for særbehandling, er de veier minoriteter tar i behandlingssystemet egnet til å blottlegge også mer generelle sider av den rolle helse spiller i velferdsstaten (helse er blitt betegnet som vår tids religion). Et eksempel på dette vil være eksisterende spenninger mellom behov for å beskytte enkeltindivider i krise og sykdom versus tvungen inngripen i deres liv. Her i skjæringspunktet mellom det offentlige og private rom blir viktige samfunnssetiske utfordringer synliggjort. Det har den følge at innvandrerhelseforskningen kan fungere som et speil for å øke forståelsen av samfunnet i sin alminnelighet. Beveger vi oss bortenfor et strengt biomedisinsk perspektiv mot et mer pasientorientert, blir det tydelig hvor uløselig helse er knyttet til evnen til å fungere i sosiale roller. Dette blir ekstra viktig når det dreier seg om innvandrere som per definisjon nettopp er personer som beveger seg inn og ut av fellesskap.

Helse og omsorg er, med andre ord, et høyst personlig spørsmål av største betydning for fellesskapet og omvendt. Pasienter som blir oppfattet som fremmede kan på den ene siden bli utelukket fra likeverdig tilgang til offentlige tjenesteytelser og på den andre side møte offentlig inngripen i personlige aktiviteter som vil øke eller minske deres autonomi.

Gjennom sin virksomhet vil NAKMI tilstrebe økt krysskulturell forståelse i helsesammenheng, identifisere viktige problemstillinger og initiere dialog for gjensidig læring, med tanke på en bedre ivaretagelse av utsatte minoriteter. Vi vil gjøre helsearbeidere og andre profesjoner oppmerksomme på den mellommenneskelige side av krysskulturell kommunikasjon. Vårt kliniske siktemål er å finne fram til sosiokulturelt følsomme måter å innhente informasjon fra minoritetspasienter og deres pårørende, forhandle frem fellesforståelse og enes om behandlingsplaner som er mer i samsvar med deres overbevisninger og aktuelle situasjon. Mange av disse tiltakene kan vise seg å være relativt enkle, mens andre kan være både følelseladete og kreve mer helhetlige og langsiktige løsninger. Dette gir samtidig mange muligheter for dialog til fordel for gjensidig selvinnsikt og tilpassing.

Utpostens
dobbeltime

Ester Fjellheim

INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

«Jeg husker min første samiske pasient som hadde et klart samisk utseende og kom fra en av de samiske bygdene i fjordstrøkene. Hun hadde gått ut og inn av Åsgård med overdosser og selvmordforsøk osv. og hadde nok en multifaktoriell problematikk bak seg, men vi begynte etter hvert å ta opp det med det samiske. Hun fortalte at hun fikk ubehag når hun så forhold rundt det samiske på TV. Hun måtte slå av. Hun snakket

selvfølgelig om 'saman', som 'de som kom ned fra fjellet.'»

«...men det var – for mange, konfliktfylt at legen i bygda samtidig satt på sametinget, det var ikke helt akseptabelt i et slikt område.»

Ester Fjellheim og Utpostens intervjuer møttes første gang på samefolkets dag, 6. februar i år. Hun var kledd meget stilig og litt uvant i sin sørsamiske kofte. Den er en del annerledes enn de nordsamiske, som en ser langt oftere. Hennes kofte har lengre skjørt, er uten silkesjal men har heller en liten krage og et pyntet stykke med tinnbroderier opp mot halsen. Tromsø-allmennpraktikeren var annerledes og bar det på en sofistikert og spennende måte. Hun måtte intervjues!

Så en deilig dag i juni treffes vi. Både av nysgjerrighet og som doktor spør jeg om hennes historie, om hennes vei dit hun er i dag.

Jeg kommer fra et sørsamisk område nær Røros, et reindriftsområde. Som du kanskje vet har sørsaman hatt en politisk kamp for å overleve. Allerede min oldefar og bestefar skrev brev til departementer om sine beiteproblemer i den tiden da sæterdriften ekspanderte. På den måten er jeg på et vis født inn i en samepolitisk vugge. Sørsaman var før ute enn nordsaman til å organisere seg, og det kommer av at presset kom på dem først.

Nå tenker intervjueren på den kjente, sterke samepolitikeren Elsa Renberg. Navnene likner litt... Elsa var pioneren på begynnelsen av 1900-tallet blant samepolitikere og fikk arrangert den første rikspolitiske samlingen i Trondheim 6. februar i 1917. Hun var også med da nordsamene samlet seg til møte i Tana i 1919.

Elsa er nok en fjern slektning av meg, men hun kom litt lenger nordfra. Grensene og samhörigheten samene i mellom går jo øst-vest og ikke nord-syd. Slik at felles språk og felles slektskap går i denne retningen. For eksempel går Røros området over til Jemtland i Herjedalen på svensk side. Det er en øst-vest relasjon. Renberg var en svensk-same, men like fullt en sørsame.

Videre på Esters historie etter dette sidespranget til Elsa

Jeg giftet meg og kom til Nord Norge ganske tidlig, allerede i 1962. Vi sørsamer har alltid hatt en sterk samisk identitet. Det var alltid «vi» og «dem» slik at det på en måte var en selvsagt ting at vi beholdt vår samiske identitet.

Det var lett å bli kjent med folk da vi kom hit til Tromsø, bla med kollegaer av min mann. I den tiden begynte man å danne sami searvi (samisk forening). Vi kom i kontakt med folk fra fjordsamiske områder, og i kontakt med disse, i private sammenhenger, diskuterte vi dette med samiskhet. Jeg ble veldig slått av hvor lite de fra kommuner med fjordsamisk tilhørighet kommuniserte sin samiskhet, selv om det var helt opplagt at de kom fra, i alle fall historisk sett, samiske områder. Da vi diskuterte samepolitikk, var mange mot det. Dette forundret meg mer og mer, slik at jeg ble veldig interessert i å lese historien om Nord Norge. Fjord- og kyst samiske områder var ukjente for meg. Født inn i reindriften var jeg godt kjent med reindriften også nordover. Vi fra sørsamiske områder, en minoritet blant minoriteter, møtte fornorskningsspresset tidligere enn våre reindriftssamiske frender nordpå og mistet mye av språket vårt (sørsamisk). Jeg oppdaget at de

fra fjordsamiske områder hadde samme språklige erfaringer som oss sørsamer; at vi hadde mistet språket i de yngre generasjoner. Samtidig som jeg begynte å interessere meg for dette, begynte jeg også å studere medisin. Jeg jobbet først i flere år som legesekretær på Åsgård psykiatriske sykehus, først på «Brakka» deretter på det nye Åsgård. Allerede i den tiden så jeg at det samiske ikke var tema i det hele tatt på disse institusjonene.

Da jeg bestemte meg for å utdanne meg som lege, var det også med interesse for å se mer på det etniske aspektet eller rettere sagt fraværet av dette. Denne interessen var til stede allerede da jeg søkte medisin.

Men så er det jo travelt å studere medisin, og alt lå jo litt på is da. Riktignok reiste jeg i studietiden frem og tilbake til Karasjok da jeg satt i styret til samisk VGS i flere år. Jeg var med fra starten av i sami searvi her i Tromsø og deltok på det første landsmøtet til NSR i Kautokeino (red.anm.: Det største samepolitiske partiet i Norge, Norske Samers Riksforbund) og hadde kontaktnett innad i det samepolitiske miljø. Da jeg var ferdig med medisinutdanninga i 1981, hadde jeg turnustjeneste i Balsfjord og så ett år i Bardu. Også i Balsfjord så jeg det skjulte samiske uten at det var tematisert på noen som helst måte. Jeg begynte så som fast kommunelege her i Tromsø og raskt deretter spesialiserte jeg meg i allmennmedisin. Da valgte jeg bevisst å ta ett år på Åsgård. Syntes det ville være morsomt å komme tilbake som lege der jeg hadde jobbet som legesekretær.

Ester forteller levende om sine erfaringer fra starten av legekarrieren for over 20 år siden og hennes engasjement på mange fronter kommer frem i fortellingene.

Jeg husker min første samiske pasient. Hun hadde et klart samisk utseende og kom fra en av de samiske bygdene i fjordstrøkene. Hun hadde gått ut og inn av Åsgård med overdoser og selvmordforsøk osv. Hun hadde nok en multifaktoriell problematikk bak seg, men vi begynte etter hvert å ta opp det med det samiske. Hun fortalte at hun fikk ubehag når hun så forhold rundt det samiske på TV. Hun måtte slå av. Hun snakket selvfølgelig om «saman», som «de som kom ned fra fjellet». Det er jo et kjent tema fra politikken. Fornorskningspolitikken har gjort samisk til en yrkesbetegnelse. «Det å være same er å drive med rein». Det er forhåpentligvis, og heldigvis, i ferd med å forandre seg.

Det som er interessant med denne kasuistikken og andre liknende kasuistikker, er at gjennom at pasientene ble gitt anledning til å snakke om disse temaene så viste de at det betydde noe for dem.

På Åsgård oppdaget jeg at personalet, inklusive legene, ikke så det samiske eller forhold rundt



etnisitetsforvaltning i det hele tatt. De betegnet gjerne pasienter fra slike områder som litt «spesielle», uten at de kunne si hva som var så spesielt.

Da jeg var ferdig på Åsgård og var tilbake som kommunelege bestemte jeg meg for å påta meg et utekontor i disse fjordområdene. Vi hadde utekontorer i Ullsfjord som tilhører Tromsø kommune. Dette er opprinnelig sett et samisk område, med fra 70–100% samisk talende for bare to generasjoner siden. Der har jeg fortsatt som allmennlege. Det interessante er at folk begynte å melde seg inn i samemantallet etter hvert. Men det var for mange konfliktylft at legen i bygda samtidig satt på sametinget, det var ikke helt akseptabelt i et slikt område.

Det er lett å se at Ester ikke har valgt minste motstandsvei, men valgt sin retning ut fra et sterkt engasjement. Hvor kommer det fra?

Det er ikke enkelt å gi et godt svar på det, men det kan ha sammenheng med traumatiske opplevelser som same i mitt eget distrikt. Det å komme til bygda... Bygda snakket om «finnan» som var slik og slik. De drakk seg fulle og alt mulig galt sånn. Ikke minst ble vi vel preget av rein-drifts-beite konflikten der vi stadig ble bøtelagt urettferdig, over helt inhabile takstmenn. Dette førte til økonomiske vansker for oss fordi vi stadig måtte betale bøter for reinen som angivelig skulle ha beitet på bondens beiter. Beiten var ikke gjerdet inn og det kunne like godt vært sau som rein. Selvfølgelig var det rein på jordene av og til når bøndene ikke ville gjerde inn jordene. Dette var smertefulle opplevelser for oss som barn, samtidig som vi var relativt sett ressurssterke på mange måter; at vi sør-saman har «overlevd» viser i grunnen det. Vi har ønsket å fortsette med både å være same og å drive vårt eget yrke.

Så jeg har ikke noen annen forklaring på at jeg skulle være engasjert. Men det har også vært fantastisk interessant og jo mer jeg lærte, jo mer interessant ble faget. Syntes det var viktig å jobbe parallelt både faglig, fagpolitisk og politisk med dette.

Ester Fjellheims syn for det samiske har gjort henne til en av pionerene innen det som kan kalles samisk etniskmedisin eller urfolksmedisin. Vi har i dag en forskningsinstitusjon i Karasjok og egne samiske helseinstitusjoner. Veien dit har vært lang. Ester forteller om den.

Vi var en gjeng med samiske leger som studerte her i Tromsø eller i Bergen...

Hvorfor Bergen ????

Den første kvoten for samiske studenter, to stykker, var i den byen! Det var øyeprofessor Bertelsen fra Harstad som i forbindelse med samekomiteens innstilling på 50-tallet så hvor viktig det var å få utdannet samiske leger. Han klarte å få til to kvoteplasser Bergen. Det er jo litt spesielt for et urfolk. I sameland er det utdannet langt flere leger

enn i andre urfolks områder på grunn av dette. Denne kvoteordningen kom også når universitetet i Tromsø ble dannet, og vi har jobbet kontinuerlig med gode kvoteordninger her på universitetet.

Vi startet samisk legeforening og på midten av 80-tallet, i 1986 ble den første store samepolitiske helsekonferansen avholdt i Karasjok. Kardiolog Egil Utsi, utdannet i Bergen, var primus motor sammen med indremedisiner Knut Johnsen. De var flinke aktører og fikk til spesialistlegesenteret i Karasjok. Barnepsykiater Cecilie Javo og Siv Kvernmo har vært aktive i forhold til oppbyggingen av den barne-psykiatriske poliklinikken i Karasjok.

Da dette var på plass, ble vi enige om å sette fokus på institusjonene her i Tromsø. Vi hadde jo allerede et engasjement i forhold til at vi ønsket etnisk medisin som fagfelt på universitetet. Så etter at disse ildsjelene i Karasjok hadde vært i sving, overtok jeg som leder her i Tromsø. Det var på slutten av 80-tallet. Det var også da jeg tok ett år på Åsgård sykehus.

Den ferske lederen i samisk legeforening viste seg å være handlingsdyktig og fikk først i stand et seminar på Åsgård, der hun så tydelig hadde sett at det samiske ikke hadde noen plass.

Jeg tenkte at vi i alle fall må få til et seminar for bedre behandling for den samiske pasienten. Det gledelige var å se at når folk fikk litt kunnskap, så kunne de også se viktigheten av dette. Det førte til skilting på samisk på Åsgård. Det var før Regionsykehuset og Universitetet, som kom etterpå.

Et annet interessant poeng med det seminaret var at personalet som selv hadde samisk bakgrunn ble veldig engasjert. De kom bort til meg og var glade for at jeg hadde laget et slikt seminar og satt i gang prosessen der borte. De turte da mer å ta opp sin egen samiskhet. To av dem gikk videre og tok utdanning innen dette, en endte med doktortograd. Så det var det lille som skulle til for at folk så sine egne interesser og ønsket å kjøre de frem på en konstruktiv måte. Det synes jeg var veldig morsomt!

Kontaktflaten var stor og det dukket opp større konferanser...

På den tiden skulle vi også arrangere «World Council of Indigenous People», en stor urfolkskonferanse her i Tromsø. Da bestemte vi at vi skulle ha en workshop for urfolks helse, for jeg var klar over at i andre urfolksområder var en svært opptatt av helse. I forbindelse med denne konferansen reiste jeg året i forveien til Canada hvor International Union for Circumpolar Health skulle arrangere en helse-konferanse. Hensikten var å få tak i urfolkspersoner med helsefaglig bakgrunn til å komme til workshop i Tromsø. Det var en interessant opplevelse for meg. Jeg var på talerstolen og ønsket velkommen til konferansen i Tromsø, og jeg snakket litt om hvorfor det var viktig. Det var mange sykepleiere som var deltakere der,

inuit sykepleiere. De ble så engasjert av at en lege fra et annet urfolksområde kom og snakket om nødvendigheten av å sette urfolkshelse på dagsordenen, så de startet lobbyvirksomhet der og da. Og de sørget for at jeg siste dagen ble valgt inn i styret fra «grasrota». Det var meget uventet for meg, jeg kunne ikke helt skjønne det. Jeg hadde jo ikke forskerbakgrunn. Denne organisasjonen var først og fremst dannet for og med forskere fra de forskjellige universitetene i nordområdene. Men jeg ønsket jo å utnytte det til det fulle, for å snakke om urfolkshelse. Snakke om nødvendigheten av å få grasrota selv med i en dialog om viktige forskningsfelt, om hvordan det skulle skje. Og ikke minst med å hjelpe med til å stimulere til utdanning, bla av flere leger. Vi hadde møter med universitets folk om kvoteordninger vi hadde her i Norge og om hvordan vi har klart å frembringe leger her. Tror at det hadde mye for seg.

Samarbeid mellom forskjellige urfolk vil Ester slå et slag for. Hun mener det er mye lettere å høre om hvordan andre har det, og så trekke paralleller selv til hjemlige forhold. Det skaper ikke så mye aggresjon og forsvar i tilhørerne.

Akkurat det forholdet der klarte jeg ikke å skjønne til fulle før jeg tilbrakte fem måneder ved Maori Health Unit i New Zealand. De snakket mye om «The Guilty Syndrome» hos den hvite befolkningen. Det har jeg i ettertid skjønnet er ganske selvfølgelig. Vi som urfolk vil identifisere oss med våre forfedre og deres historie, og det er like naturlig at Ola Nordmann identifiserer seg med sine forfedre. Det er klart at det er ganske smertefullt å akseptere og ta innover seg at deres forfedre har drevet den type undertrykking med loven i hånd som det egentlig er snakk om. Hvis du for eksempel kjenner historien, om lærerne som fikk lønn etter hvor flinke de var til å fornorske ungene og hvor det også førte til en del voldelighet mot ungene som snakket samisk, så er det en smertefull historie å akseptere. Etter det skjønner jeg mer denne motstanden som blir mot denne type arbeid. Og motstanden mot det at vi fokuserer på historien om det som har skjedd som en årsak til identitetsfraskrivelse og vanskeligheter med egen samisk identitet og til slutt patologi som naturlig følger av det. Det er internasjonalt kjent og forstått at et undertrykt folk tenderer til å fortsette med en selv-undertrykkende holdning.

Som sametingsrepresentant jobbet Ester Fjellheim også politisk for samisk helse. Hun var med å foreslå en utredning; NOU 95/6; Plan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge. På universitetsnivå i Tromsø jobbet hun for å få til en etnisk medisinsk seksjon.

Daværende rektor, Ole D Mjøs, snakket varmt om dette ved en hver anledning, men det førte ikke direkte til noe resultat der og da. Men veien blir til mens man går, og det er ikke gjort i enn håndvending å bygge opp noe nytt, særlig ikke innenfor et etablert universitetssystem. Men mao-

riene lærte meg mer tålmodighet; - skjer det ikke i denne generasjonen, så kanskje neste...

I 1998 arrangerte Sosial- og Helsedepartementet i samarbeid med andre aktører en konferanse i Alta som oppfølging av NOU 95/6.

Det som stod klart for meg var at en samisk helseplan uten at den er basert på forskning ikke vil holde i det lange løp. Medisin er per definisjon forskningsbasert. Det fikk jeg sagt klart fra om på denne konferansen. Den tverrfaglige konferansen var en suksess, det forelå allerede en politisk vilje og vedtak om oppfølging av helseplanen. Dette var et paradigmeskifte. Det løftet saken opp fra det private engasjement og initiativ til det offentlige ansvar. Det var et kjempeløft!

På Altamøtet var avdelingsdirektør i Helsedepartementet, Kjell Rønnesdal. Han har forresten også hatt med fastlegeordningen å gjøre. Han var en lydhør mann som tok initiativ til et møte mellom Departementet, Samisk Legeforening og Institutt for samfunnsmedisin (ISM) i Tromsø. Vi fikk de nødvendige penger både for utredning og oppstart av en forskningsenhet, noe som igjen førte til en positiv vilje fra ISM. Seksjonen for etnisk medisin ble virkelighet, etablert i 2001. Den er godt fungerende på plass i dag, med en geografisk delt modell og nytt navn: Senter for Samisk Helseforskning. Vi ville knytte den nært til de samiske helseinstitusjonene i Karasjok og samtidig ønsket vi en nær tilknytning til et universitetsmiljø som i Tromsø, så forskerne pendler mellom de to stedene.

Ester Fjellheim snakker om forskningen som bør være tverrfaglig og skjele til både sosiologi, ha med de historiske perspektivene og kompetanse på det samiske språket. Dette er kjente tanker fra det helt nye kompetansesenteret for minoritets helse i Oslo. Ester kommenterer:

I forbindelse med utredningen av etnisk medisin lå det også et mandat til å utrede om vi ville være et nasjonalt senter for etnisk medisin. Og vi kunne blitt et slikt nasjonalt senter med vår erfaring. Men grunnen til at vi ikke ville fokusere på dette nå, var at vi ikke ville miste det samiske inn i innvandringsproblematikken. Men veldig mye av det som har med det samiske og denne tverrkulturelle forståelsen å gjøre er absolutt overførbart til innvandringsproblematikken.

Jeg er nå tilbake i min spesialitet allmennmedisin og på min fastlegeliste har jeg mange innvandrere. Det har kanskje ryktes at jeg har jobbet med tverrkulturell forståelse. Jeg ser jo ofte hvordan jeg i møte med pasienter fra andre kulturer kan profitere på å ha tenkt over og jobbet med denne kompetanseoppbyggingen innen det medisinske fagfeltet.

Ester sier hun trives med å «bare» være allmennpraktiker nå, men intervjuer hører og tenker at det aldri kan bli «bare» i Esters liv...

DISTRIKTSMEDISIN

— *medisin i distriktene, eller medisin for distriktene?*

AV ANDERS SVENSSON

Det er ikke det samme å drive allmennmedisin på Bryggen i Bergen som å være kommunelege på Finnøy på Mørkekysten. Det tror jeg alle kan være enige i. Hva er det som er spesielt med allmennpraksis langt ute i havgapet? Er det pasientene som gjør forskjellen, — som driver røft fiske på Finnøy og som driver med arbeid der paraply og småsko er antrekket, som i Bergen?

Kanskje er det avstanden til sykehus som gjør forskjellen. Kanskje er det legene som er annerledes?

I mai samlet det seg noen utvalgte fagpersoner på Sommarøy for å diskutere begrepet distriktsmedisin. Der var kommuneleger, fastleger, forskere, fylkesleger, en sosiolog og en filosof. Fremtiden var representert av en student fra Tromsø med distriktsmedisinske fremtidsplaner. Utposten var selv sagt tilstede. Således en gruppe med usedvanlig bred kompetanse og lang erfaring fra allmennmedisin, noe som naturlig nok skapte livlig debatt. Noen enighet kom man ikke frem til og det var heller ikke hensikten med seminaret.

Utpostens lesere presenteres her for noen av de tanker som ble luftet. Arbeidet med å utdype begrepet Distriktsmedisin fortsetter, og under Nidaroskongressen i høst arrangeres workshop om temaet.

Om hensikten med Distriktsmedisin

ELISABETH SWENSEN, *kommunelege I, Seljord/ISM, Tromsø*

«Hensikten er å lage et nettverk for distriktsmedisin, et akademisk senter på ISM i Tromsø.»

JOHN NESSA, *kommunelege i Hjelmeland*

«Distriktsmedisin må ikke bli en medikalisering av allmennpraksis akkompagnert av trombolytisk behandling av landsbygda.»

PETTER ØGAR, *fylkeslege i Sogn og Fjordane*

«Distriktsmedisin er å sørge for at der er doktor der folk bor. Vi må sette folk i stand til å gjøre en god jobb i distriktene.»

HELGE GARAASEN, *kommuneoverlege i Trondheim*

«Vi må skrive faget på nytt gjennom distriktsmedisin.»

HELGE LUND, *kommunelege i Os i Østerdalen*

«Jeg har behov for en distriktsmedisinsk 'verktøykasse', alt fra Rapilysin til sosiokulturell kunnskap. Vi må vokte oss for å bli en tungetalende pinsemenighet som går gåsegang gjennom landet.»

HASSE MELBY, *professor på ISM Tromsø og fastlege i Tromsø*

«Vi må lage leger til distriktene.»

FRED ANDERSEN, *kommunelege i Steigen*

«Det er viktig å fremheve prinsippet om likeverdig behandling for å unngå innsparinger. Distriktsmedisin kan bidra til rekruttering og stabilisering.»

PER BAARDSEN, *avd.leder ISM Tromsø*

«Mitt mål er å få en ny avdeling til ISM Tromsø»

Om hva distriktsmedisin er

ÅGE WIFSTAD, *filosof, ISM, Tromsø*

«Det sentrale begrepet er en geografisk dimensjon; stedet, der legen på godt og ondt konfronteres med sin egen adferd 24 timer i døgnet»

EIVIND VESTBØ, *kommuneoverlege i Finnøy*

«Den distriktsmedisinske klinikk styres av avstand til 2.linje-tjenesten og sosiokulturelle forskjeller som gir et annet landskap.»

HELGE LUND, *kommunelege i Finnøy*

«Dette har intet med politikk å gjøre, dette er fagarbeid.»

IVAR AARAAS, *førsteamanuensis, ISM Tromsø*

«Distriktsmedisin er et faglig perspektiv i spenningsfeltet mellom EBM og det individuelle.»

ANETTE FOSSE, *fastlege Mo i Rana*

«Samfunnet vil kaste vrak på distriktsmedisin, mens vi er en gjeng nostalgikere? Nå gjelder stykkpris og profit. Kanskje pendelen dog vil svinge tilbake.»

ELISABETH SWENSEN,

kommunelege i Seljord, prosjektleder ISM Tromsø

«Som kommunelege er jeg mitt faglige verktøy.»



Fire av deltakerne diskuterer distriktsmedisinens fremtid i passende omgivelser.

«Legen i distrikt har en profesjonell nærhet, men privat ensomhet.» «Vi må dyrke the passion of the periphery.»

JOHN NESSA, *kommunelege i Hjelmeland*

«Et vilkår for suksess er samhandling med demokrati og et sjølbevisst fagmiljø.»

HELGE LUND, *kommunelege i Os i Østerdalen*

Distriktsmedisin er å ta det beste fra distriktene og føre det tilbake til byene til fastlegeordningen.

HILDE KAREN OFTE, *medisinerstudent i Tromsø*

«Jeg har gått på en utdanning som gjør meg til sykehuslege, det er sykehuslegen som ruler showet.»

«Distriktsmedisin er ufattelig skummelt.»

«Jeg vil ikke være alene i hele verden.»

«Jeg trenger ikke kaffe latte, det går bra med traktekaffe.»

Deltakerliste

Petter Øgar, fylkeslege i Sogn og Fjordane
Hasse Melby, professor på ISM Tromsø og fastlege i Tromsø
Ivar Aaraas, førsteamanuensis ISM Tromsø,
Elisabeth Swensen, kommunelege i Seljord, prosjektleder ISM Tromsø
Helge Garaasen, kommuneoverlege i Trondheim
Hilde Karen Ofte, medisinerstudent i Tromsø,
Per Baadnes, avd leder ISM Tromsø,
Olaug Lian, sosiolog, ISM Tromsø
John Nessa, kommunelege i Hjelmeland
Anette Fosse, fastlege Mo i Rana
Eivind Vestbø, kommunelege i Finnøy
Eivind Merok, ISM Tromsø, deltidsfastlege i Hasvik
Åge Wifstad, filosof, ISM, Tromsø
Kjell Nysveen, kommunelege i Kvænangen
Helge Lund, kommunelege i Os i Østerdalen
Kjell Joakimsen, Nasjonalt senter for telemedisin
Helen Brandstorp, fastlege i Tana
Fred Andersen, kommunelege i Steigen
Anders Svensson, kommunelege i Bø i Vesterålen

Deltakere på seminaret: Fra venstre: Petter Øgar, Hasse Melby, Ivar Aaraas, Elisabeth Swensen, Helge Garaasen, Hilde Karen Ofte, Per Baadnes, Olaug Lian, John Nessa, Anette Fosse, Eivind Vestbø, Eivind Merok, Åge Wifstad, Kjell Nysveen, Helge Lund, Kjell Joakimsen, Helen Brandstorp og Fred Andersen deltok, men er ikke med på bildet. Anders Svensson tok bildet.



Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse

AV IVAR SKEIE

Jeg har i to artikler i Utposten satt lys på stoffmisbrukerne i fastlegesystemet¹ og etiske problemstillinger i behandlingen av stoffmisbrukere.² Jeg vil i dette nummeret ta opp en del særegne og viktige forhold ved denne gruppas sykелighet. I senere nummer vil jeg konkret gå inn på praktisk gjennomføring av legemiddel-assistert-rehabilitering (LAR) av opiat-avhengige stoffmisbrukere, og fastlegens rolle i LAR, og hvordan fastleger og andre helsearbeidere kan forholde seg til misbrukere for å kunne gi dem nødvendig helsehjelp.

Personer med alvorlig stoffmisbruk har som gruppe en svær oversykелighet og overdødelighet i forhold til totalbefolkningen og nærmest alle andre pasientgrupper. Dette skyldes både somatisk og psykiatrisk sykелighet og bunner i flere forhold. For det første har det sammenheng med de narkotiske stoffenes direkte toksiske egenskaper. For det andre skyldes det helseproblemer som direkte er knyttet til misbruksrelatert atferd, f. eks. injisering av narkotiske stoffer. For det tredje skyldes det sykелighet som har sammenheng med misbrukernes sosiale livsbetingelser og forkommenthet. Og endelig skyldes det at stoffmisbrukerne som gruppe har en overhyppighet av visse andre sykdommer, ikke minst psykiatriske sykdommer. Samtidig har denne

pasientgruppa tradisjonelt hatt et «anstrengt» forhold til helsevesenet, både primærhelsetjenesten og sykehusvesenet. Dette skyldes dels at misbrukernes atferd kan være vanskelig å takle for helsepersonell, særlig fordi det ofte er vanskelig for misbrukerne å forholde seg til den minimum av disiplin som kreves av pasienter i organisert behandling. Men helsevesenet har også vært preget av fordommer og moralisering og har ofte ikke evnet å møte denne gruppa ut fra deres behov. Samtidig fører den høye og alvorlige sykелigheten i denne gruppa til at helsevesenet bruker svære ressurser på behandling av dem, ikke minst i de somatiske sykehusene.

Somatisk sykелighet

Misbrukernes somatiske sykелighet er nær knyttet til de toksiske virkningene av de narkotiske stoffene og den måten stoffene inntas på. Det er viktig for alle allmennleger å kjenne noe til særegne trekk ved gruppas sykелighet, ikke minst i legevaktsituasjoner i områder med betydelig stoffmisbruk. De akutte helseproblemene som rammer misbrukerne er ofte alvorlige og krever rask legereaksjon.

Overdoser. Overdoser av heroin, evt kombinert med benzodiazepiner, særlig flunitrazepam (Rohypnol), eller andre narkotiske stoffer, er hyppige. Disse tar alene om lag like mange liv i Norge hvert år som døde i trafikken, 3–400. Ved undersøkelse av døde etter overdoser, finner man ofte et flertall stoffer, ikke bare heroin. Dødsfallene skyldes derfor en blanding av ulike stoffer med heroin som et hovedelement. Heroin, alkohol, illegal metadon, flunitrazepam med mer kan inngå i en dødelig cocktail. En del av overdosene kan være tilsiktede selvmord, men mange er ikke tilsiktede og skyldes «uhell». Brukeren kan feilvurdere dosene og hvor mye heroin hun tåler. Dette er særlig farlig etter perioder der den narkomane ikke har brukt opiat over en noe lengre periode. Kroppen justerer seg raskt tilbake til normal toleranse for opiat når inntaket opphører, og dersom den narkomane har vært uten opiat 10–14 dager, vil hun ikke tåle større doser enn ikke-misbrukere. En klassisk

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

² Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer, Ivar Skeie Utposten nr. 3/2003

overdosesituasjon er derfor misbrukere som «sprekker» på permisjon fra behandling eller som setter sin første injeksjon etter løslatelse fra fengsel. Dette er nok relativt godt kjent blant erfarne misbrukere, men helsepersonell bør informere misbrukerne om denne spesielle risikoen. Jeg kjenner til ungdom som har dødd av sin første heroindose. Videre bør det være en oppgave å lære folk i misbrukermiljøene akutt hjerte-lunge-redning. Og det er viktig å begrense tilgangen av farlige narkotiske stoffer til misbrukermiljøene, ikke minst gjelder dette flunitrazepam (**skriv aldri ut Rohypnol til opiatmisbrukere**) og metadon (minimaliser «lekkasjen» av metadon fra LAR-behandlingen).

OVERDOSER:

- Tar like mange liv som trafikkdøden
- Heroin alene eller kombinert med andre stoffer som benzodiazepiner (særlig flunitrazepam – Rohypnol) og «illegal» metadon.
- Skriv **ALDRI** ut Rohypnol til heroinmisbrukere!
- Minimaliser «lekkasjen» av metadon fra substitusjonsbehandlingen

Også andre narkotiske stoffer kan gi farlige overdosereaksjoner. Det er velkjent at sentralstimulerende stoffer som amfetamin og extasy kan gi akutte psykoser og hjerterytmeforstyrrelser. Benzodiazepiner kombinert med alkohol og evt. andre stoffer kan være en dødelig blanding. Man skal også være obs. på at ikke-narkotiske stoffer som paracetamol kan inngå i farlige cocktailer pga av kombinasjonspreparater som Paralgin/Pinex Forte.

Opiatantagonist (naloxon/Narcanti) som motgift ved heroinoverdoser bør være et nødvendig akuttmedikament i legeskuffen i distrikter med aktivt opiatmisbruk.

Injiseringsrelatert sykdom

I heroinmiljøet i Norge er det tradisjon for å injisere heroin. Injisering er en farligere administrasjonsform enn å røyke eller sniffe heroin som er vanlige i en del andre land. Dette er sannsynligvis en av de viktigste årsakene til de høye overdosedødstallene i Norge.

Et annet viktig problem som er direkte knyttet til injisering, er **årebetennelser, dype venetromboser og lungeembolier**. Dette er vanlig blant injiserende misbrukere og kan være livstruende, og det er viktige diagnoser å være klar over.

Injiseringen er også viktig i forbindelse med **overrisikoen for alvorlige infeksjoner**. Misbrukerne rammes ofte av hud-

infeksjoner som gir abscesser og flegmoner. Dette skyldes dels uhygienisk bruk og gjenbruk av sprøyter og annet brukerstyr, og dels ekstravasale stikk («bomskudd») og dels at heroin settes intramuskulært hos misbrukere som har «brukt opp» alle årene. Abscessene må ofte inscideres, og de kan dels sitte meget dypt, f.eks. intramuskulært i låret og det kreves skikkelig anestesi for å gå inn på dem. Etter mitt syn bør man derfor være temmelig liberal med innleggelse for adekvat behandling av dypere og større abscesser hos denne gruppa.

Misbrukerne er ofte i dårlig ernærings- og allmenntilstand og har derfor nedsatt motstandskraft mot infeksjoner. De har derfor en overrisiko for at infeksjoner i hud/underhud kan utvikle seg til alvorlige bløtdelsinfeksjoner som nekrotiserende fasciitter og til sepsis. Disse kan få et svært raskt og dramatisk forløp, og det er viktig å være klar over dette hos denne gruppa. Sjekk derfor sirkulasjonsstatus hos dårlige misbrukere, blodtrykk og puls. Vær obs. på lavt BT og høy puls (kommer først!) som uttrykk for sirkulatorisk stress og presjokk ved alvorlige infeksjoner. Slike alvorlige infeksjoner krever rask sykehusinnleggelse.

Alvorlige lungebetennelser som evt. utvikler seg til empyem og lungeabscesser forekommer også hyppigere i denne gruppa, og krever innleggelser. En annen viktig tilstand å være klar over er **bakteriell endocarditt**, som ofte kan ha et snikende forløp med gradvis utvikling av slapphet, feber og hjertesvikt. SR er viktig som ledd utredning her, og lytt etter nyoppstående hjertebilyder. Endocardittene skyldes bakterielle embolier fra hudinfeksjoner relatert til injisering. **Osteomyelitt** kan også være en alvorlig komplikasjon av blodbåren bakteriespredning.

Man skal også være klar over at en del infeksjonsmessige **sjeldenheter** kan forekomme blant dårlige misbrukere, som tetanus og botulisme, og det var faktisk et dødsfall i Oslo for få år siden av miltbrann hos en misbruker.

Rhabdomyolyse/nyresvikt

Rhabdomyolyse er en tilstand som opptrer relativt hyppig i denne gruppa. Den skyldes omfattende nedbrytning av muskelmasse/myoglobin som kan føre til akutt nyreskade.

ALVORLIGE INFEKSJONER:

- **Bløtdelsinfeksjoner:** Erysipel, flegmone, abscesser, nekrotiserende fasciitt
- Lungebetennelse, evt. med lungeabscess/empyem
- Endocarditt

SPESIELL RISIKO:

- Dyp venetrombose/lungeemboli
- Rhabdomyolyse med evt. nyresvikt
- Ulykker/skader/vold
- Tannhelse

Grunnen til at misbrukerne rammes av dette skyldes ofte ikke-dødelige overdoser der pasienten blir liggende i nærkomatøs tilstand i lang tid med avklemming av blodtilførsel til beina som medfører muskeliskemi og evt. nekrose. Samtidig opptrer gjerne lammelser som skyldes nerve-entrapment og evt. større muskulære skader som kan gi sequeler. Det er viktig å være klar over at rhabdomyolyse kan være ganske «snikende» og pasienten behøver ikke nødvendigvis føle seg veldig akutt syk tidlig i forløpet, og man må derfor som lege «aktivt» tenke på denne muligheten der det er opplysninger om slike overdoser og evt. lammelser. Man skal være obs. på svært mørk urin (myoglobinuri, tester negativt på blod på ustix!), og at disse pasientene utvikler meget høye CK-verdier, opp til over 10000. Tilstanden krever sykehusinnleggelse og overvåkning av nyrefunksjonen. Svær rhabdomyolyse kan ved behandling forløpe uten nyreskade, men den kan også gi akutt og varig nyreskade. Denne tilstanden er ikke veldig sjelden i denne gruppa, ved vårt legesenter der vi har 30–40 injiserende opiatmisbrukere, har vi hatt tre like tilfeller de siste to åra.

Ulykker/skader

Misbrukerne rammes ofte av skader som følge av ulykker og vold, ofte alvorlige skader som krever innleggelse.

Tannhelse

Svært mange misbrukere har elendig tannhelse. Dette medfører mye smerter, og kan også være et utgangspunkt for infeksjonsspredning. Det er derfor et prioritert tiltak å sette i verk tannbehandling når misbrukere stabiliseres i LAR.

Blodsmitte

Det er velkjent at injisering av narkotika med usterilt brukerstyr som deles mellom flere, medfører risiko for smit-

teoverføring av blodsmittevirus. Dette gjelder i hovedsak HIV og hepatitt B og C. HIV-forekomsten blant norske misbrukere er relativt lav og det er lite nysmitte i denne gruppa. Det var en betydelig smittespredning tidlig i HIV-epidemien rundt 1984/85/86, siden har spredningen vært beskeden og det er bare 2–3 % av de injiserende misbrukerne i Norge som er HIV-smittet (kumulativt 473 pr 31.12.02/MSIS). Kronisk bærertilstand av hepatitt B er relativt sjelden, og legene bør være aktive i å tilby aktive misbrukere vaksine mot hepatitt A og B (Twinrix), gratis til denne gruppa. Hepatitt C (HCV) er det store blodsmitteproblemet blant de injiserende misbrukerne, 80–90 % er HCV positive, og det viser at sprøytehygiene ikke er så god som vi tidligere trodde. Grunnen til den store forskjellen i forekomst av HIV og HCV er først og fremst at HCV smitter langt lettere ved blod-til-blod kontakt enn HIV. Men dette viser også at det sannsynligvis er et potensiale for at det igjen kan komme en rask og betydelig spredning av HIV i misbrukermiljøet, og det er derfor all grunn til å stresser god sprøytehygiene overfor denne gruppen og sikre lett tilgang til sterilt sprøyteutstyr.

Denne gjennomgangen av de viktigste særtrekk ved gruppas somatiske sykkelighet viser at misbrukerne oftere rammes av alvorlig og livstruende sykdom enn de aller fleste andre grupper. De trenger derfor ofte akutt, livreddende sykehusbehandling. Det er ofte ikke lett å behandle disse pasientene i sykehus, kanskje mest pga. abstinenser. Det er derfor gledelig og helt nødvendig at det nå stadig flere steder innføres rutiner for å gi midlertidig substitusjonsbehandling med metadon når aktive heroinmisbrukere innlegges i sykehus. Dette er helt nødvendig for at de skal kunne/klare å motta livreddende, ofte langvarig sykehusbehandling, som for eksempel ved alvorlige pneumonier og endocarditter. Å nekte å gi substitusjon i slike situasjoner vil ofte bety å reelt frata dem muligheten til å få helt nødvendig medisinsk behandling.

Psykiatrisk sykkelighet

Det er de seinere år satt mer lys på misbrukernes psykiske lidelser, og det foreligger en oversikt over dette feltet i Norge fra 2000.³ Vi står her overfor flere typer psykiatriske problemer. Vi har de akutte problemene knyttet til bruk av narkotika, overdoser og akutte stoffpsykosier. Overdosene er behandlet tidligere. De akutte stoffpsykosier kan utløses av flere typer narkotika, viktigst er sentralstimulerende midler som amfetamin og lignende stoffer, og hallusinogene stoffer som LSD. Cannabis kan også bidra til psykosier. Ofte vil slike akutte psykosier gå raskt over, men de kan

BLODSMITTE:

- HIV (lav forekomst blant sprøytebrukere i Norge)
- Hepatitt B – NB vaksine mot hepatitt A og B
- Hepatitt C – 80–90 % av sprøytebrukerne i Norge smittet
- Sikre tilgang til sterilt sprøyteutstyr

³ Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, Knut Boe Kjelland, Statens helsetilsyn, utredningsserie 10-2000

kreve akuttinnleggelser. I enkelte tilfeller kan slike stoffutløste psykoser få et kronisk forløp.

Videre har vi mer **kroniske problemer** knyttet til bruk av narkotika: utvikling av depresjon og angst og psykisk ustabilitet. Dette er psykiske forstyrrelser som kan ses **som en mer eller mindre direkte følge av narkotikamisbruket**. Dette ser en ved bruk av ulike typer narkotika, og det har sammenheng med de generelle mekanismene man ser ved utvikling av misbruk og avhengighet. I starten gir bruk av narkotiske stoffer gjerne en lystbetont erfaring, men denne går relativt raskt over i en fase med økende abstinens etter bruk og toleranseutvikling, med behov for stadig større doser for å oppnå lysteffer. Etter hvert får brukeren behov for å bruke større mengder av stoffet for å prøve å opprettholde tilnærmet «normal» fungering. Denne utviklingen fører til psykisk ustabilitet og etter hvert en generelt dårligere psykisk fungering enn før bruket/misbruket av stoffet startet. «On/off»-fenomener gir psykisk ustabilitet med utvikling av angst og etter hvert depresjon etter en innledende «high» fase, dette ser en ikke minst ved bruk av sentralstimulerende stoffer. Vedvarende bruk av opiat er gir en varig forstyrrelse i kroppens egen regulering av «belønningsmekanismer» og lystfølelse knyttet til hjernens eget opioidsystem (endorfin/enkelefiner) og dette fører igjen til psykisk ustabilitet og sårbarhet.

En del pasienter med psykiske lidelser som sitt primære problem, misbruker narkotika i perioder, og dette kompliserer deres tilstand. Videre har vi mange misbrukere med misbruket som sitt hovedproblem som har symptomer på angst og depresjon. Det er ofte vanskelig å komme i en behandlingssposisjon til disse pasientene hvis ikke misbruket er under kontroll, og dette kan vel være en hovedårsak til psykiatriens tradisjonelt vegrende holdning til slike pasienter. Når de blir stabile i forhold til sitt misbruk, ikke minst innenfor LAR, er det mulig å behandle disse både psykoterapeutisk og medikamentelt med ikke-avhengighetsskapende midler, framfor alt antidepressiva.

Og endelig har vi de egentlige «**dobbeltdiagnose-pasientene**», de med **samtidig alvorlig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse**. Det dreier seg grovt sett om rus + schizofreni, rus + affektiv lidelse eller rus + alvorlig personlighetsforstyrrelse. Dette er pasienter med store og sammensatte problemer. Noen kan klassifiseres som **sårbare** og noen av disse igjen er psykotiske. Den sårbare gruppa inneholder schizofrene, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive psykoser, bipolare psykoser, alvorlige depresjoner, alvorlige angsttilstander, spiseforstyrrelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser av eksentrisk type (paranoide eller schizoide) eller engstelig type (tvangspregede, unnvikende eller

- «**Dobbeltdiagnose**»-pasientene – de med samtidig alvorlig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse
- De «**sårbare**»: Schizofrene, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive psykoser, bipolare psykoser, alvorlige depresjoner og angsttilstander, spiseforstyrrelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser av eksentrisk eller engstelig type
- De «**utagerende**»: Alvorlige personlighetsforstyrrelser av ustabil eller dyssosial type
- **Kognitiv svikt**: Lettere psykisk utviklingshemming og ADHD

avhengige). Denne gruppe er av Kielland anslått til å være ca 2200 personer i Norge. En annen gruppe er de **utagerende**, det dreier seg om pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser av ustabil eller dyssosial type, og Kielland anslår dette til 1300 personer. En tredje gruppe er de med **kognitiv svikt**, det dreier seg om personer med alvorlig rusmisbruk og lettere psykisk utviklingshemming. Misbrukere med ADHD er også med i denne gruppa, som anslås til å dreie seg om ca. 330 personer, men tallene er her usikre. Tallene er beregnet på grunnlag av registrering fra psykiatrien og rusomsorgen i fylkene. Til sammen anslår Kielland at det er 3900 personer i Norge med dobbeltdiagnose og behov for nye behandlingstiltak. Dette er krevende pasienter som har behov for omfattende støttetiltak som krever tverrfaglig samarbeid, og som er og nok i enda større grad vil bli en betydelig utfordring for det kommunale helse- og sosialapparat i årene som kommer. Kompetansen på behandling av denne gruppa er mangelfull, og psykiatrien har som nevnt hatt en ganske vegrende holdning til disse pasientene. Det er nå i ferd med å bli bygd opp spesialkompetanse på dette feltet, men ytterligere satsing er her helt nødvendig.

Konklusjon

Dette har vært en gjennomgang av en del viktige særtrekk ved stoffmisbrukeres somatiske og psykiske sykdommer. Som det tydelig går fram er dette en sårbar gruppe. Og det er en gruppe som mer enn de aller fleste andre har behov for en stabil og tålmodig helsemessig oppfølging. Dette er en utfordring for helsevesenet, både i sykehusene og ikke minst i fastlegessystemet. Men det er ingen lett oppgave. Mange misbrukere kan ha en atferd som gjør at det kan være vanskelig å gi dem adekvat hjelp. Men det er ikke umulig. I senere artikler vil jeg gå inn på en del særegne trekk ved stoffmisbrukernes atferd som pasienter og legers/helsepersonells atferd som behandlere for misbrukere. Videre vil jeg gå konkret inn på den praktiske gjennomføringen av LAR og fastlegens rolle her.

Veileder i miljørettet helsevern er kommet!

Den lenge bebudede veilederen til ny forskrift om miljørettet helsevern er endelig publisert.

Den har vært tilgjengelig en tid på Sosial og helsedirektoratets hjemmeside (<http://www.shdir.no/index.db2?id=6216&PHPSESSID=ceaa07e849c29b28770f168c6e35137f>), men skal være utgitt i papirform i siste del av august.

Utposten har bare fått kastet et blick på veilederen før deadline for dette nummeret løper ut. Den virker som et godt stykke håndarbeid, men klarer den å plassere miljørettet helsevern og samfunnsmedisinen riktig i bildet? Klarer den å innfri målsettingene om å inspirere aktørene i det miljørettede helsevern og gjøre den det enklere for dem å prioritere?

Vi har bedt Oll mobilisere sine kapasiteter og anmelde veilederen i neste nummer av Utposten. Det ville glede redaksjonen om noen av Utpostens lesere også grep til pennen og ytret seg kort eller langt om sin reaksjon på den nye bibel for norsk miljørettet helsevern.



FORSKNINGSFORUM ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS 12. Ullevål symposium 20. og 21. november 2003

"OBSTETRIKK OG GYNEKOLOGI – FRA FORSKNING TIL PRAKTISK MEDISIN"

Kursledelse: Kvinnesenteret Ullevål universitetssykehus ved Britt-Ingjerd Nesheim, Bjørn Busund, Annetine Staff, Jon Karlsen.

Program: Varierte gynekologiske og obstetriske emner: utredning, behandling og pleie. Cancer, endoskopisk gynekologisk kirurgi, provoserte aborter, hyperemesis, urogynekologi, prenatal diagnostikk og ultralydscreening, svangerskapskomplikasjoner/ preeklampsi, smertelindring under fødsel, intrauterin fosterdød, stamcellebehandling og introduksjon til genterapi.

Målgruppe: Leger: gynekologer, allmennpraktikere, anestesiloger, pediatere, onkologer, sykepleiere og jordmødre.

Godkjennelse: Symposiet er godkjent av *Den norske lægeforening* for videre- og etterutdanning innenfor følgende spesialiteter: Allmennmedisin 14 timer (valgfritt kurs til videre- og etterutdanning), gynekologi/obstetrikk 14 timer, pediatri 14 timer, onkologi 14 timer, anesthesiologi 8 timer og medisinsk genetikk 6 timer. *Norsk Sykepleierforbund* har godkjent symposiet som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med 13 timer og *Den Norske Jordmorforening* har godkjent kurset med 10 timer etter kriterier for DNJs kliniske spesialistprogram for jordmødre.

Fullstendig program med påmeldingsskjema fåes ved henvendelse til:

Ullevål universitetssykehus, Forskningsforum, 1K bygning, Kirkeveien 166, 0407 Oslo

Telefon: 23 01 50 31/22 11 79 64

Telefaks: 22 11 84 79

E-post: eviseveva.faleide@ulleva.no eller elimargrethe.walseth@ulleva.no

Konferansested: Store Auditorium, Ullevål Universitetssykehus

Påmeldingsfrist: 1. november 2003

Kursavgift: kr.1.200.- (inkluderer lunsjer og abstracthefte)

Kvantesprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia?

AV KJELD MALDE

Tredve prosent lønnsøkning over tre år!!

I april 2003 har de britiske allmennlegene stemt over et forslag til ny kontrakt med National Health Service (NHS) og derved det britiske helsedepartementet. Gulroten i forslaget er en formidabel økning i beløpet som går til primærhelsetjenesten bl a med 30 prosent lønnsøkning for legene. I motytelse skal allmennlegene dokumentere at de yter tjenester med forbedret kvalitet. Et overveldende flertall stemte ja til forslaget.

Bakgrunnen for forslaget er et økende problem med rekruttering til primærhelsetjenesten og også et problem med å beholde allmennlegene som allerede er i arbeid. Som i Norge og andre land har ikke minst vaktarbeidet vært mer og mer belastende. I Storbritannia har de kontrakter som til nå er inngått mellom legene og helseadministrasjonen omfattet en forpliktelse til å yte service overfor listepasientene 24 timer i døgnet alle dager i året. Det har noen steder blitt innført ordninger med legevakter slik vi har, men avtalene har dog understreket det totale døgnansvaret. Et særtrekk ved det britiske systemet er også at det ikke er egenbetaling fra pasientene. Egenbetaling blir av legene sett på som skattlegging av folket og skatter får finansministeren hente inn. Men det fører kanskje med seg økt legesøkning?

I det nye systemet vil ikke lenger pasientene stå på en leges liste, men stå på fellesliste i praksisen, dog slik at man hvis ønskelig kan insistere på å se den samme doktoren ved hvert legebesøk. Man ønsker en helhetlig holistisk tankegang i opplegget. Listene i Storbritannia har nok vært større enn i Norge. Nå vil man ha en liste på 1800 innbyggere som normalliste.

I oppbyggingen av nye avtaler er innholdet legene skal bidra med tredelt. Alle skal yte en grunnleggende helse-tjeneste (essential services) som er nærmere definert ved at man skal ta seg av dem som er syke eller tror seg syke og i tillegg spesielt yte helsehjelp til terminalt syke og ikke minst til de kronisk syke. For denne tjenesten vil man få en grunnsum (global sum) som er fastlagt etter et knippe krite-

rier som professor Carr-Hill ved York Universitet har utarbeidet, derfor kalt «the Carr-Hill formula». Her tar man inn listelengde og sammensetning samt hvor praksisen ligger. Det tas hensyn til avsidessliggende områder så vel som «inner city»- problemer i storbyene. Målet er bedre rekruttering til praksiser som kan være vanskelig å fylle.

Utover dette kan kan praksisen gi tilleggssytelser (additional services) som vil gi økt inntekt. For oss i Norge vil noen av disse være en naturlig del av vår praksis, andre vil være utenfor en norsk allmennpraksis. Først og fremst kan legene velge å stå utenfor vaktordningene. Men avtalen innebærer likevel plikt til å holde åpent 45 timer i uken og vaktordningen er mellom 18.30 og 08.00 hverdager, hele helgen og på helligdager. Siden grunnsummen inkluderer vaktene, vil de som velger å stå utenfor vaktordninger få fratrekk i basistilskuddet.

Ekstra tilbud i praksisene vil være vaksiner, mor/barn helsetjeneste, cervix-cytologi og prevensjonsveiledning samt småkirurgi. Disse tjenestene vil hver for seg gi ekstra inntekt til praksisene.

Det tredje nivået av tjenester, såkalt utvidet tjeneste (enhanced services) kan innebære ytterligere kirurgiske tilbud, eller andre ytelser som enkeltleger har spesiell interesse for. Det kan være lokale tilbud og noen steder med lang vei til spesialist og sykehus vil man måtte yte mer spesi-



Kjeld Malde

leder av Kvalitetssikringsfond 1 og medlem i Kvalitetsforbedringsutvalget i DNLF. Tidligere medlem av Fagutvalget og styret i APLF. Har vært aktiv i Legevaksaker og skrev med Odd Kvamme heftet «Legevakt» for APLF. Leder av Aust-Agder Lægeforening i 6 år. Leder i spesialistkomiteen for allmennmedisin

serte tjenester enn i andre mer urbane strøk. Man vil også premiere ytelser som fører til at tjenester overføres fra andrelinjetjenesten til primærhelsetjenesten.

Vaktarbeidet og ytelser overfor pasientene i de praksisene som kun yter de grunnleggende tjenestene skal organiseres gjennom de lokale Primary Care Organisations (PCO) som er avtalepartner overfor legepraksisene. Disse kan inngå avtaler med andre tjenestebydere eller selv opprette stillinger som dekker opp vaktene og de ekstra og utvidete tjenestene som noen praksiser ikke yter overfor sine listepasienter.

Kvalitetsøkning

Man har villet innføre evidence based medicine (EBM) så langt det har vært mulig. De økte utbetalingene til praksisene er avhengig av dokumentert bedring i kvaliteten på tjenestene. Dette går over fire områder. Først og fremst det kliniske hvor man har laget 76 kvalitetsindikatorer, men også hvordan praksisen er organisert er det 56 indikatorer. Dessuten dekkes fire av områdene innen ekstratilbudene (cervix-screening, mor og barn helse og prevensjonsveiledning) med ti indikatorer og til slutt, men kanskje ikke minst, må man foreta undersøkelser hos pasientene om hvordan de føler servicen har vært, med fire indikatorer. Til bruk for det siste området er det utarbeidet to validerte skjemaer som skal brukes. Improving Patient Questionnaire fra Exeter universitet og General Practice Assessment Questionnaire fra National Primary Care Research and Development Centre i Manchester.

Forslaget innebærer et kvantesprang i kvalitetsforbedrings tiltak innen primærhelsetjenesten. Man peker ut ti kroniske tilstander og setter opp indikatorer og standarder innen disse. Her har man satt opp strukturindikatorer (finnes et register for sykdommen?), prosessindikatorer (er indikatoren målt og er nødvendig intervensjon gjort) og resultatindikatorer (er behandlingsmålet oppnådd?). Områdene er hjertesykdom, slag og TIA, hypertensjon, hypothyreose, diabetes, mental helse, kronisk obstruktiv lungesykdom, astma, epilepsi og kreft. Først skal praksisene dokumentere at de har oversikt over pasientene med disse lidelsene. Deretter settes det opp kliniske kriterier som skal oppfylles i minimum 25 prosent av tilfellene, men opp til varierende mål fra 50 til 90 prosent av pasientene.

Alle indikatorene skal ikke implementeres umiddelbart. Men det er klart ønsket at man skal innføre disse så fort som mulig. De ulike indikatorer gir en viss poengsum og hvert poeng vil gi ekstra inntekt til praksisen. Hver praksis skal sette opp et mål for sitt kvalitetsforbedringsarbeide og man vil få en del av summen utbetalt i begynnelsen av året

og resten utbetalt etter hva man har oppnådd i løpet av året.

Det er forsøkt å lage indikatorer som man likevel bør eller skal registrere i sitt journalsystem. Alt dette er avhengig av datamaskiner i praksisen, og det er gjennom en såkalt Gross Investment Guarantee lagt opp til en storstilet satsing ikke bare på datautstyr, men også lokaliteter. Dette datautstyret skal PCO betale og vedlikeholde. Uten økt satsing på data innen praksisene er systemet ikke mulig å gjennomføre.

Man har villet vektlegge en forbedret balanse mellom arbeid og fritid for allmennlegene. Videre ønsker en å øke muligheten for bedre drift av praksisene. Det er vanlig i Storbritannia at man har egen Practice Manager som en slags kontorsjef i legepraksisen. Det er ofte en eldre kollega, men kan også være en yngre kollega som ønsker dette som sitt fagfelt. Det er også lagt inn incentiver for å bedre arbeidsforholdene for hjelpepersonellet, og det er ønskelig å engasjere sykepleiere og annet kvalifisert personell i omsorgen for pasienter med kroniske sykdommer. Mye av tankegangen er vel preget av LEON-prinsippet, lavest effektiv omsorgsnivå.

Enkelte indikatorer på kvalitet

Alle de kroniske sykdommene har som strukturindikator at det finnes et register over pasientene som har sykdommen. Ved hjertesykdom gis det høyest poengsum hvis praksisen kan vise til at 70 prosent av pasientene har et blodtrykk på 150/90 eller mindre. Det gir 19 poeng mens man får 7 poeng for å ha notert blodtrykket innen siste 15 måneder på 90 prosent av hjertepasientene. Hvis 70 prosent av pasientene med hjertesykdom og venstre ventrikel dysfunksjon er satt på ACE-hemmer eller A2 antagonist skårer man 10 poeng. Innenfor hypertensjon skårer man 10 poeng ved å kunne dokumentere at røkere er tilbudt røkesluttråd, og 10 poeng hvis man har journalført røkestatus.

I diabetesomsorgen får man 16 poeng hvis 50 prosent av pasientenes sist målte HbA1c verdi er under 7,4. Hvis 85 prosent av pasienten med diabetes har en siste måling under 10 får man 11 poeng. I god sammenheng med retningslinjer er det 17 poeng å få for at 55 prosent av diabetespasientene har et blodtrykk på 145/85 eller lavere.

Man vil premiere god praksis og innen KOLS-omsorgen ønsker man å gi poeng for å registrere røkevaner og også at diagnosen er verifisert ved spirometri. Hvis 85 prosent av KOLS-pasientene har fått influensavaksine siste året får man 6 poeng. Innen epilepsiomsorgen får man 6 poeng for å ha 70 prosent av pasientene anfallsfrie siste 12 måneder. Hvis man kan dokumentere at man for 90 prosent av pasi-

entene med langvarige mentale sykdommer har gjort en vurdering av somatisk helse, vurdert og kontrollert medikasjon samt har en oversikt over samarbeidspartnerne i omsorgen, får man hele 23 poeng. Tilsvarende har man for de andre nevnte kroniske sykdommene.

Innenfor praksisorganisering har man en lang rekke indikatorer. Det gjelder hvordan pasientene får informasjon, det kan gjelde hvordan man håndterer epikriser, patologiske svar, informasjon vedrørende pasientenes kontakt med andre leger og legevaktsorganisering. 25 poeng får man hvis man har oppdaterte kliniske oversikter over minst 60 prosent av pasientene. Ytterligere 7 poeng hvis 80 prosent av pasientjournalene inneholder slike. Noen av kriteriene går på forebyggende helse, at man har målt blodtrykk og notert røkevaner. Det er også premiering for at alle innen praksisen har gjennomgått hjerte-lungeredningstrening, at man har rutiner for å ta opp pasienters klager og at man diskuterer hendelser av alvorlig karakter. Årlige medarbeidersamtaler og evaluering av ansatte er poeng-givende.

Interessant er at man gir 30 poeng hvis pasient-«timene» er over 10 minutter og 40 poeng for å ha gjennomført en pasientundersøkelse i året. Ytterligere 15 poeng gis hvis man har brukt vurderingene fra pasientene for å endre praksis og iallfall reflektert over resultatet. Det er også ønskelig å ha pasienter med i slike diskusjoner, 15 poeng ekstra.

Man vil basere overvåkingen av at disse målene oppnås på besøk til praksisene, men også på rapporter som en slags «selvangivelse».

Hvordan er økonomien?

Grunnbeløpet vil variere fra praksis til praksis etter den såkalte Carr-Hill formelen. I gjennomsnittspraksis med 1800 innbyggere med middels pasientbehov vil utbetalingen (global sum) være ca £105 900. Hvis man ikke vil gjøre for eksempel vaksinasjon av barn mister man 1 prosent av summen, dvs £1059. Å utelate prevensjonsveiledning fra praksisen gjør at 2,4 prosent av betalingen faller bort (£2658)

Hvert poeng vil i 2004/5 gi £75 og skal stige til £120 i 2005/6. Betalingen for kvalitetsarbeidet vil være tredelt. De første 3 årene får man utbetalt i gjennomsnitt £9000 per praksis som et grunnbeløp uansett poeng, men beløpet her vil også følge Carr-Hill formelen. Deler av pengene for poengene utbetales som en sum når man har bestemt seg for antall poeng man antar å oppnå i året. Dette fordi det kan være nødvendig med investeringer for å få til kvalitetsforbedringene. Fullt beløp utbetales ved årets slutt etter hvor mange poeng man reelt har oppnådd.

Andre momenter

Den nye avtalen vil øke lønnen for leger som har arbeidet lenge i systemet. Man vil se på legens karriere og se på ferdigheter, kunnskap og erfaring. Man øker derfor lønn for eldre leger. Det står intet i avtalen om forskjell på spesialister og ikke-spesialister i avtalen. Det er også innbakt ordninger for foreldre-permisjoner og ikke bare ved egne barns fødsel, men også ved adopsjon. Man legger også inn såkalt beskyttet tid (protected time) slik at legen kan delta i utenforliggende aktiviteter. Avtalen omtaler også økte pensjoner for legene.

Innføring

Som nevnt har legene i Storbritannia stemt ja til dette radikale forslaget i april 2003. Nå satser man på at implementering av opplegget starter allerede i inneværende år og skal være gjennomført innen 3 år. Det er avhengig av en del lovgivning og utarbeidelse av forskrifter. Hvorvidt dette blir gjennomførbart og kan la seg realisere som planlagt blir spennende å følge. Spørsmålet om bedring av kvaliteten i helsevesenet er det flere land som diskuterer. Faktum er jo at det i stor grad har vært fokusert på kvalitetsforbedring i sykehus og ikke så mye i primærhelsetjenesten hvor tross alt størsteparten av pasientbehandlingen foregår. Også derfor er det en spennende reform som nå planlegges gjennomført.



ILLUSTRASJONSFOTO

10 år MED FASTLEGEN

AV ANNE HELEN HANSEN,
KOMMUNEOVERLEGE I TROMSØ

Samtidig som vi i år feirer 400-års jubileum for det offentlige helsevesen i Norge, har vi en litt yngre skapning som runder 10 år, nemlig fastlegeordningen. For 400 år siden fikk den første norske legen lønn fra det offentlige. For 10 år siden ble allmennlegene i Tromsø privatpraktiserende, og ingen var lenger ansatt av det offentlige. Forsøk med fastlegeordning startet 18. mai 1993 i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. Forsøket var tre-årig, men ble forlenget inntil hele landet fikk fastlegeordning for to år siden. Forsøkskommunene er fortsatt pionerer, og har et forsprang i utviklingen. Erfaringene med fastlegeordningen blir tydeligere etter ti år enn etter to. I Tromsø har vi noen tydelige erfaringer som vi gjerne deler med Utpostens lesere.

Formålet med fastlegeordningen var å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten i allmennlegetjenesten gjennom å gi alle innbyggere fast lege. Hva har befolkningen i Tromsø oppnådd med denne satsningen? Hva har skjedd på disse ti årene?

Stabile leger

Det var stort behov for forbedring av legetjenesten i Tromsø på begynnelsen av 90-tallet. Ved de kommunale legekantorene, som det var mange av den gang, var det stor gjennomtrekk av leger. I 1991 var det i de tre stillingene ved



Anne Helen Hansen (f. 1959) er kommuneoverlege i Tromsø. Hun har tidligere blant annet arbeidet som kommunelege i Tromsø, fastlege i Tromsø og assisterende fylkeslege i Troms. Hun er også styremedlem i OLL.

Kroken legekantor 17 forskjellige leger tilsatt i løpet av året. Før forsøket oppga kun halvparten av innbyggerne i Tromsø at de opplevde å ha fast lege¹. Nå har alle som ønsker det fast lege, og forholdene i allmennlegetjenesten er preget av stabilitet og kontinuitet. Dette er et stort fremskritt både hva kvalitet og tilgjengelighet angår. Flere undersøkelser har vist at befolkningen setter pris på å ha en fast lege å forholde seg til^{2,3}.

Redusert ventetid

Før fastlegeordningen var gjennomsnittlig ventetid på vanlig legetime i Tromsø ca 6 uker. Høsten 2002 var ventetiden i Tromsø knapt 10 dager⁴. Dette er betydelige forbedringer. Kort ventetid er en god service til befolkningen, og bidrar til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Tilgangen på øyeblikkelig-hjelp-timer i Tromsø er stort sett god. I en tilfeldig uke høsten 2002 tok fastlegene og turnuslegene i



Bruken av legevakta i Tromsø er redusert med 15 prosent i 10-årsperioden med fastlegeordning.

FOTO: BIRGIT HEIER JOHANSEN, HELSETILSYNET I TROMS.

Tromsø imot nesten 1000 pasienter som øyeblikkelig hjelp. Det tilsvarer 15 pasienter pr 1000 personer på liste.

Bedre telefontilgjengelighet

Mye tyder på at det er lettere å få tak i lege på telefon enn det var for 10 år siden. Den gang hadde legene ikke ansvar for navngitte pasienter, og dårlig telefontilgjengelighet var en effektiv metode for å redusere arbeidsbelastningen. En kartlegging ved Helsetilsynet i Troms høsten 2002 viste at det ble oppnådd telefonkontakt med legekantorene i Tromsø etter knapt tre minutter i snitt. Noen legekantor skilte seg ut ved at det gikk opptil 20 minutter før det ble oppnådd kontakt. Disse legekantorene vil bli fulgt opp fremover. Det er fastlegens ansvar å sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet for sine pasienter⁵.

Mindre bruk av legevakta

Året før fastlegeordningen (1992) var det 27 000 legekonsultasjoner på legevakta i Tromsø, mens det i fjor var 23 000. Det er en nedgang på ca 15 prosent i en periode hvor folketallet har økt med 7500⁶. Redusert bruk av legevakta er et tegn på at legetjenesten på dagtid fungerer bedre.

10-års-jubileet gir oss anledning til å se tilbake og konstatere at veldig mye er blitt bedre. Det er viktig å fremheve

dette, selv om ikke alle forbedringer kan tilskrives fastlegeordningen alene.

Redusert legedekning på sykehjemmene

Er da alt bare fryd og gammen? Nei, ikke helt. Utfordringene står i kø for en legetjeneste med ambisjoner. De sykeste har fått begrensninger i tilbudet til fordel for de friskeste. Etter 10 år med fastlegeordning i Tromsø har sykehjemslegene mindre tid til medisinsk arbeid blant de sykeste gamle. I Tromsø er det nå omkring 175 pasienter pr legestilling i sykehjem, mens det for 10 år siden var ca 135 pasienter⁷. Utviklingen de siste 10 år har gått i feil retning. Tromsø ligger nå omtrent på landsgjennomsnittet som er ca 170 pasienter pr legeårsverk. De siste 10 år har beboerne i sykehjemmene blitt både eldre og betydelig sykere. Legeforeningen mener det bør være et mål å komme ned mot 80 pasienter pr legeårsverk⁸. Norske sykehjemsleger mener selv det er behov for 25 prosent økning av legetimetallet på landsbasis⁹. For Tromsø tilsvarer det en økning på 20 uketimer.

Sykehjemslegen koster penger

Beboerne i sykehjemmene beholdt sykehjemslegen da fastlegeordningen kom, og slik har det vært siden. Når en person flytter på sykehjem i dag, overtar sykehjemslegen fastlegens ansvar. Arbeidet som lege i sykehjem er såkalt

Mange med alvorlig grad av Alzheimers sykdom
Ikke la det bli en av dine



får ikke den medisinen de trenger.
pasienter.



Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.¹

Lundbeck



Ebixa®
memantine

Ebixa®

– medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

For referanser og preparatomtale se side 33

Bruk oss mer!

HILSEN RELIS

AV OLA NORDVISTE

Hva er RELIS? Den observante Utposten-leser har lagt merke til at RELIS har hatt en nesten fast spalte i Utposten. Spalten har i de siste numrene drøftet praksisnære temaer som «Rohypnol og paradoks effekt», «Legemidler for postkoital konsepsjon» og «Bivirkningsmeldinger». Men hva er egentlig RELIS? Hvem er de, hva driver de med og hva kan de gjøre for Utpostens lesere? Med disse spørsmålene i hodet inviterte Utposten seg selv på besøk til RELIS Øst's kontorer på Ullevål sykehus - unnskyld, Ullevål universitetssykehus. Hele den lokale staben møtte vennlig frem og bidro med svar på Utpostens spørsmål.

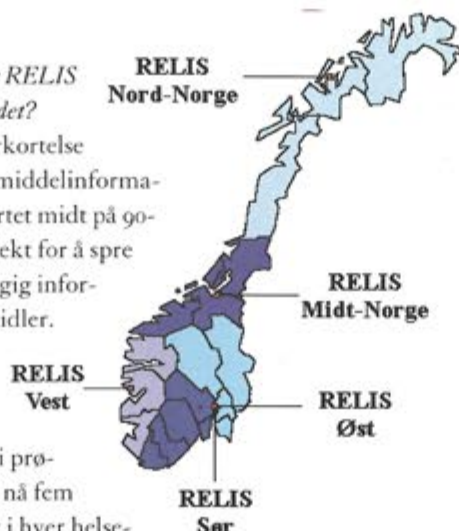
Fra venstre: Kirsten Myhre, Hege Grefslie Ugland og Vigdis Solhaug



UTPOSTEN: Hva er RELIS og hvordan startet det?

– RELIS er en forkortelse for regionalt legemiddelinformasjonssenter og startet midt på 90-tallet som et prosjekt for å spre produsentuavhengig informasjon om legemidler.

Det ble opprinnelig finansiert av apotekavgiften. Fra to sentre i prøveperioden er det nå fem RELIS-sentre, ett i hver helse-region. Tre ligger i henholdsvis Tromsø, Trondheim, Bergen, mens RELIS Sør og RELIS Øst ligger i Oslo. Informasjonssentrene får øremerkede midler over statsbudsjettet. Tjenesten er gratis for brukerne.



UTPOSTEN: Hva driver dere med og hvem er målgruppen deres?

– Våre tre viktigste oppgaver er å

- 1) svare på spørsmål om legemiddelbruk
- 2) spre produsentuavhengig generell legemiddelinformasjon gjennom undervisning og artikler
- 3) ta imot, evaluere og besvare meldinger om mistenkte bivirkninger.

De fleste spørsmål som mottas av RELIS'ene lagres fritt tilgjengelig for helsepersonell i vår database etter besvarelse. Vår målgruppe er alt helsepersonell i og utenfor institusjon, men det er mest leger og farmasøyter som bruker oss.

UTPOSTEN: Har dere noen tall som beskriver aktiviteten nærmere?

– I 2002 mottok RELIS 1088 henvendelser. Hovedtyngden kom fra

• Sykehus/ poliklinikker	34%
• Allmennpraksis	26%
• Apotek utenfor institusjon	18%
• Sykehusapotek/ farmasøyt.avd.	12%

De viktigste temaene var:

- Terapi, farmakologi, farmakokinetikk 23%
- Graviditet og amming 20%
- Dokumentasjon 19%
- Bivirkninger 16%

UTPOSTEN: *Hvem jobber ved RELIS Øst?*

– Hos oss jobber det for tiden tre farmasøytter og en lege.

UTPOSTEN: *Beskriv noen typiske problemstillinger.*

– Den siste tiden har vi fått spørsmål som: «Astmamedisin og tannhelse», «Hva er langtidsbivirkningene av de nye migrenepreparatene?», «Er det farlig å bli gravid når en bruker SSRI-tabletter?» og «Virker Minirin ved Risperdal-indusert enurese?»

UTPOSTEN: *Hvor fort klarer dere å svare?*

– Vi kan klare å presse svartiden ned til en halv time hvis problemstillingen tilsier det, men trenger vanligvis en dag eller mer, avhengig av spørsmålets omfang og hvor fort spørrer ønsker svar.

UTPOSTEN: *Hvordan kan RELIS være til mer nytte for meg som lege?*

– For det første kan vi hjelpe deg med å finne svar på spørsmål om legemiddelbruk, ikke minst i forhold til bivirkninger og interaksjoner. For det andre forsøker vi å gjøre en god jobb med tilbakemelding på meldte mistenkte bivirkninger for derigjennom å bedre pasientsikkerhet og stimulere til økt rapportering.

UTPOSTEN: *Det tar tid å finne meldingsskjemaet og melde bivirkninger og jeg tviler på at RELIS er interessert i mine halv-gjennomtenkte meldinger om mulige bivirkninger...*

– Jo da, det er vi. Det er viktig at legen har lav terskel for å melde på mistanke – eventuelt kan du kontakte oss i forkant. Bivirkninger skal fra 1.1.2003 meldes til din regionale RELIS og ikke til Statens legemiddelverk. En mistanke om bivirkning er nok for å melde. Meldingsskjemaet ligger på vår hjemmeside www.relis.no og kan utfylles ultrakort, gjerne med det aktuelle journalnotatet som vedlegg. Både pasienter og helsepersonell ville ha nytte av flere bivirkningsmeldinger. Dette skrev vi mer om i Utposten nr 1–2003.

UTPOSTEN: *Så jo flere leger som bidrar med bivirkningsmeldinger jo bedre blir informasjon som vi får tilbake?*

– Så enkelt er det. Flere bivirkningsmeldinger gir riktigere og sikrere legemiddelbruk.

UTPOSTEN: *Hvis jeg har et spørsmål, hvordan kommer jeg i kontakt med RELIS?*

– Det enkleste er vel å gå til vår www.relis.no og skrive spørsmålet direkte inn på hjemmesiden, eller en kan ringe eller skrive. Adresser og telefonnumre finnes helt bakerst i Felleskatalogen.

«The proof of the pudding is in the eating», så ved hjemkomst taster jeg www.relis.no, velger «søk i databasen» og havner fort på følgende spørreside:

Jeg taster inn for eksempel «Zyban» og velger «amming». Der spretter det frem fra RELIS' arkiv et spørsmål om temaet med et klart og praktisk svar fra RELIS Sør datert 20.5.03. (Amming frarådet). Jeg taster inn «ginseng» og «bivirkninger»... Databasen er taus om denne kombinasjonen. Men et spørsmål om «Leponex» og «bivirkninger» gir overskriftene på 27 treff.

På startsiden velger jeg «bivirkninger» og får straks tilbud om å printe ut skjemaet for bivirkningsmelding – både på norsk og nynorsk. Velger jeg «spørsmål» på åpningssiden presenterer RELIS et enkelt registreringsskjema for spørsmål som en måtte ønske å stille til RELIS:

OK – de regionale RELISene synes å ha noe å by på og vent på en henvendelse fra DEG.

Prosedyrer:

Nødvendig onde eller grobunn for personlig utvikling i det pasientret

ERFARINGER FRA HELSESEKRETÆRPROSJEKTET VED LEGEKONTOR I TROMSØ KOMMUNE

I denne artikkelen rettes søkelyset på arbeidsoppgavene som helsesekretærene utfører, og hvordan disse kan forbedres, hovedsakelig i ekspedisjonen (skranken). Dette belyses gjennom funn fra en kartleggingsundersøkelse fra 2001 og erfaringer fra Helsesekretærprosjektet som pågikk i 2002.

Innledning

Internkontroll, kvalitetssikring, kvalitetsutvikling, kvalitetsforbedring og fagutvikling. Mange uttrykk brukes om arbeidet for å forbedre de pasientrettede helsetjenestene.

Helsetjenesten er regulert av lover og forskrifter som også legekantoret er forpliktet til å følge i det daglige arbeidet. Myndighetene skal føre tilsyn med at lover og forskrifter følges. Mange gode tiltak er satt i verk, men min påstand er at mye gjenstår for at hver enkelt medarbeider skal oppleve myndighetenes krav som meningsfylte, konkrete og nære i det daglige arbeidet. Toril Martinsen og Håkon Toft sier i sitt kapittel «Kvalitet i kommunehelsetjenesten» i «Kvalitet i helsetjenesten» som ble utgitt på Universitetsforlaget i 1993, at selv om helsetjenesten er regulert av lover og forskrifter, er det en kjent sak at prosessen med kvalitetsforbedrende arbeid ikke kan vedtas, men må skapes, eies og drives av helsearbeiderne selv. Hvordan kan man forene myndighetenes krav og ønsker om forbedring av helsetjenesten med helsearbeidernes ønske om det samme, når hverdagen kan oppleves uoversiktlig og med et stort arbeidspress?

Helsesekretærene har en viktig funksjon på legekantoret. Den fagkompetanse de innehar og den service de utøver overfor pasientene, har stor betydning. Liten oppmerksomhet har vært rettet mot helsesekretærenes samlede rolle, funksjon og ansvarsområde i allmennlegetjenesten. Hva arbeidsoppgavene består i og hvordan hverdagen oppleves og



Berit Forsgren. 53 år gammel. Utdannet legesekretær i 1973 ved Sogn Yrkesskole i Oslo og cand.mag med fagene medisin grunnfag, sosiologi og offentlig politikk og administrasjon fra Universitetet i Tromsø 1993. Har arbeidet ved flere sykehus i forskjellige stillinger, sist som kontoragleder ved Regionsykehuset i Tromsø, nå Universitetssykehuset i Nord-Norge i 10 år.

Deltok aktivt i organisasjonsendringene ved RIT på slutten av åttitallet, og har vært opptatt av tverrfaglig samarbeid, kvalitetsforbedring og faglig utvikling. Var i mange år leder for Styringsgruppen for kontoragleder og kontorledere i sykehus. Fra 2001 fram til februar 2003 har hun vært prosjektleder for Helsesekretærprosjektet ved legekantoret i Tromsø.

takles, har i liten grad vært kartlagt eller beskrevet. Et av de få arbeidene som har synliggjort medarbeiderne er *Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis* fra 1999 av Rutle, Tove et al.

Allmennlegetjenesten i Tromsø ønsket våren 2001 å se nærmere på helsesekretærenes funksjon, rolle og ansvar på legekantoret. Meldinger fra helsesekretærene selv var bl.a. følelse av utilstrekkelighet, stort arbeidspress og manglende rekruttering.

Denne kartleggingsundersøkelsen resulterte i rapporten «Mellom pasient og lege – Helsesekretærenes hverdag på fem legekantorer i Tromsø».

Metode

En kvalitativ tilnærming ble benyttet i undersøkelsen. Jeg hadde samtaler med helsesekretærer og observerte dem i arbeidet gjennom en hel dag ved fem legekantorer. Samtalene og observasjonene ble nedtegnet underveis, og ble deretter renskrrevet. Ved bearbeidelsen ble disse systematisert i hoved- og undertema med bruk av sitater og egne notater som eksempler. Min bakgrunn som legesekretær bidro nok til bedre å forstå hva arbeidet gikk ut på.

Viktige funn fra kartleggingsundersøkelsen

Helsesekretærene trivdes godt i arbeidet. Arbeidet opplevdes meningsfylt, selv om hverdagen var hektisk med mange oppgaver og mange raske vurderinger som må tas. Arbeids-

faglig og tede arbeidet?

byrden opplevdes stor i den travle hverdagen, ofte skiller de på liv og død. Det medfører et stort ansvar å være helsesekretær. En må være årvåken hele tiden for å unngå feil som kan få store konsekvenser. Helsesekretærene var opptatte av å utføre arbeidet best mulig for pasientene. Det ble også uttrykt bekymring for at unge kvinner ikke ønsker å gå inn i et slikt ansvarsfullt yrke med lav lønn. Dert kom også fram at det også kan være vanskelig å fortsette i yrket fram til pensjonsalderen på grunn av arbeidspresstet. Arbeidet i ekspedisjonen opplevdes som det vanskeligste, også for de erfarne helsesekretærene. Det er her prioriteringene skjer. Arbeidsmiljøet opplevdes bra, det kom fram at det var en god tone mellom helsesekretærene og legene. På tross av dette, ble det avdekket at legene nok ikke helt forsto helsesekretærenes store arbeidsmengde. Mange var opptatte av at dette ofte ikke bestemmes av legenes tilstedeværelse. Det kan ofte være mer å gjøre når legene er borte. Det kom også fram at helsesekretærene har flere oppgaver enn legene tenker over i hverdagen. Noen av legene jeg fikk i tale uttrykte

at de var klar over at det var krevende å være helsesekretær. Flere uttrykte at de var helt avhengige av helsesekretærenes innsats.

Helsesekretærenes arbeidsområder og arbeidsfordeling mellom ekspedisjonen (skranken), laboratoriet og skiftetua ble også belyst i undersøkelsen. Alle kontorene i materialet praktiserte jobbrotasjon mellom de ulike funksjonsområdene. At de har samme bakgrunn og tilhører samme yrkesgruppe, opplevdes effektivt og rasjonelt. Dette innebærer bl.a. at de kan bistå hverandre ved behov. Det forelå få nedskrevne prosedyrer for arbeidet. Disse var hovedsakelig oppslagsbøker eller håndbøker som var utarbeidet av andre.

Helsesekretærene ved Sentrum Legekantor (gruppebildet): Fra venstre: helsesekretær Hildegunn Fros, helsesekretær Åshild Lingrasmo, prosjektleder Berit Forsgren, prosjektmedarbeider Lena Mortensen, helsesekretær Frøydis Nilssen og helsesekretær Elli Andreassen



Prosedyrer:

Nødvendig onde eller grobunn for personlig utvikling i det pasientret

ERFARINGER FRA HELSESEKRETÆRPROSJEKTET VED LEGEKONTOR I TROMSØ KOMMUNE

I denne artikkelen rettes søkelyset på arbeidsoppgavene som helsesekretærene utfører, og hvordan disse kan forbedres, hovedsakelig i ekspedisjonen (skranken). Dette belyses gjennom funn fra en kartleggingsundersøkelse fra 2001 og erfaringer fra Helsesekretærprosjektet som pågikk i 2002.

Innledning

Internkontroll, kvalitetssikring, kvalitetsutvikling, kvalitetsforbedring og fagutvikling. Mange uttrykk brukes om arbeidet for å forbedre de pasientrettede helsetjenestene.

Helsetjenesten er regulert av lover og forskrifter som også legekantoret er forpliktet til å følge i det daglige arbeidet. Myndighetene skal føre tilsyn med at lover og forskrifter følges. Mange gode tiltak er satt i verk, men min påstand er at mye gjenstår for at hver enkelt medarbeider skal oppleve myndighetenes krav som meningsfylte, konkrete og nære i det daglige arbeidet. Toril Martinsen og Håkon Toft sier i sitt kapittel «Kvalitet i kommunehelsetjenesten» i «Kvalitet i helsetjenesten» som ble utgitt på Universitetsforlaget i 1993, at selv om helsetjenesten er regulert av lover og forskrifter, er det en kjent sak at prosessen med kvalitetsforbedrende arbeid ikke kan vedtas, men må skapes, eies og drives av helsearbeiderne selv. Hvordan kan man forene myndighetenes krav og ønsker om forbedring av helsetjenesten med helsearbeidernes ønske om det samme, når hverdagen kan oppleves uoversiktlig og med et stort arbeidspress?

Helsesekretærene har en viktig funksjon på legekantoret. Den fagkompetanse de innehar og den service de utøver overfor pasientene, har stor betydning. Liten oppmerksomhet har vært rettet mot helsesekretærenes samlede rolle, funksjon og ansvarsområde i allmennlegetjenesten. Hva arbeidsoppgavene består i og hvordan hverdagen oppleves og



Berit Forsgren. 53 år gammel. Utdannet legesekretær i 1973 ved Sogn Yrkesskole i Oslo og cand.mag med fagene medisin grunnfag, sosiologi og offentlig politikk og administrasjon fra Universitetet i Tromsø 1993. Har arbeidet ved flere sykehus i forskjellige stillinger, sist som kontoragleder ved Regionsykehuset i Tromsø, nå Universitetssykehuset i Nord-Norge i 10 år.

Deltok aktivt i organisasjonsendringene ved RiT på slutten av åttitallet, og har vært opptatt av tverrfaglig samarbeid, kvalitetsforbedring og faglig utvikling. Var i mange år leder for Styringsgruppen for kontoragleder og kontorledere i sykehus. Fra 2001 fram til februar 2003 har hun vært prosjektleder for Helsesekretærprosjektet ved legekantoret i Tromsø.

takles, har i liten grad vært kartlagt eller beskrevet. Et av de få arbeidene som har synliggjort medarbeiderne er *Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis* fra 1999 av Rutle, Tove et al.

Allmennlegetjenesten i Tromsø ønsket våren 2001 å se nærmere på helsesekretærenes funksjon, rolle og ansvar på legekantoret. Meldinger fra helsesekretærene selv var bl.a. følelse av utilstrekkelighet, stort arbeidspress og manglende rekruttering.

Denne kartleggingsundersøkelsen resulterte i rapporten «Mellom pasient og lege – Helsesekretærenes hverdag på fem legekantorer i Tromsø».

Metode

En kvalitativ tilnærming ble benyttet i undersøkelsen. Jeg hadde samtaler med helsesekretærer og observerte dem i arbeidet gjennom en hel dag ved fem legekantorer. Samtalene og observasjonene ble nedtegnet underveis, og ble deretter renskrevet. Ved bearbeidelsen ble disse systematisert i hoved- og undertema med bruk av sitater og egne notater som eksempler. Min bakgrunn som legesekretær bidro nok til bedre å forstå hva arbeidet gikk ut på.

Viktige funn fra kartleggingsundersøkelsen

Helsesekretærene trivdes godt i arbeidet. Arbeidet opplevdes meningsfylt, selv om hverdagen var hektisk med mange oppgaver og mange raske vurderinger som må tas. Arbeids-

faglig og tede arbeidet?

byrden opplevdes stor i den travle hverdagen, ofte skiller de på liv og død. Det medfører et stort ansvar å være helsesekretær. En må være årvåken hele tiden for å unngå feil som kan få store konsekvenser. Helsesekretærene var opptatte av å utføre arbeidet best mulig for pasientene. Det ble også uttrykt bekymring for at unge kvinner ikke ønsker å gå inn i et slikt ansvarsfullt yrke med lav lønn. Dert kom også fram at det også kan være vanskelig å fortsette i yrket fram til pensjonsalderen på grunn av arbeidspresset. Arbeidet i ekspedisjonen opplevdes som det vanskeligste, også for de erfarne helsesekretærene. Det er her prioriteringene skjer. Arbeidsmiljøet opplevdes bra, det kom fram at det var en god tone mellom helsesekretærene og legene. På tross av dette, ble det avdekket at legene nok ikke helt forsto helsesekretærenes store arbeidsmengde. Mange var opptatte av at dette ofte ikke bestemmes av legenes tilstedeværelse. Det kan ofte være mer å gjøre når legene er borte. Det kom også fram at helsesekretærene har flere oppgaver enn legene tenker over i hverdagen. Noen av legene jeg fikk i tale uttrykte

at de var klar over at det var krevende å være helsesekretær. Flere uttrykte at de var helt avhengige av helsesekretærenes innsats.

Helsesekretærenes arbeidsområder og arbeidsfordeling mellom ekspedisjonen (skranken), laboratoriet og skiftetua ble også belyst i undersøkelsen. Alle kontorene i materialet praktiserte jobbrotasjon mellom de ulike funksjonsområdene. At de har samme bakgrunn og tilhører samme yrkesgruppe, opplevdes effektivt og rasjonelt. Dette innebærer bl.a. at de kan bistå hverandre ved behov. Det forelå få nedskrevne prosedyrer for arbeidet. Disse var hovedsakelig oppslagsbøker eller håndbøker som var utarbeidet av andre.

Helsesekretærene ved Sentrum Legekontor (gruppebildet): Fra venstre: helsesekretær Hildegunn Fros, helsesekretær Åshild Lingrasmo, prosjektleder Berit Forsgren, prosjektmedarbeider Lena Mortensen, helsesekretær Frøydis Nilssen og helsesekretær Elli Andreassen





Prosjektmedarbeider Lena Mortensen.

Flere områder ble belyst. Rapporten kan leses i sin helhet på www.tromso.kommune.no/assets/4403/1319/Rapport1.doc

Prosjektbeskrivelse

Hensikten med kartleggingsundersøkelsen var å avdekke hvilke områder som eventuelt kunne forbedres, først og fremst innenfor helsesekretærenes arbeidsfelt. Det ble sendt søknad om midler til Kvalitetsfond I i legeföreningen. *Følgende hovedmål ble formulert:* Gjennom forbedring av kvaliteten på helsesekretærenes arbeid ønsker man å bidra til økt kvalitet på service og tilgjengelighet til befolkningen i Tromsø som benytter seg av allmennlegetjenesten.

Dette skulle bl.a. gjøres ved å

- Utarbeide gode skriftlige arbeidsprosedyrer med felles standard på det enkelte legekontor
- Utarbeide gode rutiner for kontinuerlig søking på forbedringsområder

Noen av delmålene i prosjektet ble formulert slik:

- Å synliggjøre forbedringsområder vil rette fokus på saken
- Gjennom å utarbeide felles standard for utføring av de ulike funksjonene som finnes på legekontoret, vil dette gi

trening i å gå rett på sak, forbedringsområdene vil konkretiseres og personer vil ansvarliggjøres

- Å få oversikt over alle arbeidsområder og beskrivelse av standard for hvordan disse skal utføres. Dette vil øke tryggheten i utførelsen av arbeidet, minske slitasje, øke tilfredshet samt gi faglig og personlig utvikling
- Større trygghet i det pasientrettede arbeidet
- Bedre utnytting av ressurser, bedret organisering og planlegging av arbeidet

Hvorfor er prosedyrer viktige?

Prosedyre er utledet fra det latinske verbet *procedere* som betyr å gå fram. Prosedyrene beskriver altså en framgangsmåte, hvordan vi skal gå fram i arbeidet.

Prosedyrer danner grunnlaget i virksomheten. Gjennom prosessen med utforming av prosedyrer, utvikles både den personlige- og den kollektive kompetansen. Manglende kunnskap avdekkes, som igjen fører til at ny kunnskap søkes. I tillegg oppnås også at selvevaluering foretas ved hver enkelt henvendelse. At hensikten projiseres øyeblikkelig, er et av målene ved kvalitetsforbedrende arbeid. For pasienten skal opplevelsen være bedre enn forventet.

Om prosjektarbeidet

Kvalitetsfond I innvilget midler til prosjektet og to legekontor ønsket å delta. I januar 2002 startet arbeidet ved Sentrum Legekontor med utarbeidelse av prosedyrer for ekspedisjonsarbeidet. Helsesekretær Lena Mortensen har vært prosjektmedarbeider og koordinator innad i dette legekontoret. I tillegg deltok Sørbyen Legesenter. Dette legesenteret var i sin planleggings- og oppstartsperiode, og ønsket å delta med utforming av prosedyrer for skiftestuearbeidet. Helsesekretær Anne Asla Bentzen har vært prosjektmedarbeider. Disse prosedyrene ble ikke ferdigstilte i prosjektperioden. Arbeidet kom godt i gang i løpet av våren og sommeren. Da Sørbyen Legesenter åpnet 1. september 2002 ble det nødvendig å legge dette arbeidet til side. Det ble nødvendig å utarbeide prosedyrer for ekspedisjonsarbeidet som har en sentral plass i legekontoret. Leger og helsesekretærer hadde forskjellig praksis og erfaringer med seg fra tidligere arbeidssteder. Utkastet fra Sentrum Legekontor viste seg å danne et godt grunnlag for utarbeidelse av egne rutiner i ekspedisjonen.

I tillegg til oppstarten av prosjektarbeidet ved disse to legekontorene, ble det opprettet en referansegruppe av helsesekretærer fra fire andre legekontor i Tromsø. Disse fulgte prosessen og ga råd og innspill til prosjektleder underveis. Samarbeidsutvalget i Allmennlegetjenesten skulle i utgangspunktet fungere som styringsgruppe. Dette viste seg vanskelig, da vi måtte finne veien i prosjektet etter hvert

som arbeidet skred fram. Samarbeidsutvalget ble holdt løpende orientert om progresjonen i prosjektet, og kom også med råd og innspill underveis. Forhold som ble synliggjort gjennom prosjektarbeidet og som hadde en allmenngyldig interesse, ble tatt opp i dette organet.

I løpet av høsten ønsket fire andre legekontor å delta i prosjektet. Dette var referansegruppens legekontor. Nødvendige orienteringsmøter om prosjektet ble avholdt på tre av disse legekontorene. På to av disse ble det igangsatt prosjektarbeid med beskrivelse av prosedyrer i ekspedisjonen. På disse to kontorene ble prosjektmedarbeider utpekt med ansvar for prosessen i eget legekontor og med nært samarbeid og oppfølging av meg. Sentrum Legekontor's prosedyreutkast dannet grunnlaget for utarbeidelse av deres arbeid. Ett av disse kontorene kom «i mål» ved prosjektslutt, det andre kom godt i gang. Så tok pengene slutt.

Arbeidsmåte

Vi formulerte en skriftlig avtale mellom prosjektleder og legekontor om ansvar og plikter i prosjektarbeidet. Dette innebar bl.a. tidsperiode, frikjøp av prosjektmedarbeider og deltakelse fra de andre helsesekretærene samt ansvarlig legekontakt ved legekontoret.

Det var vanskelig å komme i gang med beskrivelse av prosedyrene. Jeg veiledet prosjektmedarbeiderne individuelt i deltakende legekontor. Etter mange frustrasjoner, prøving

og feiling, men også under mye latter, fant vi etter hvert en god måte å jobbe på. Den første utfordringen for prosjektmedarbeider var å formulere arbeidsoppgavene skriftlig. Det ble viktig å tenke seg at prosedyrene skulle forstås og brukes av en nyansatt på legekontoret. I denne prosessen var det nødvendig å rette søkelys på pasienten behov. Mange spørsmål ble stilt og observasjoner nedtegnet. «Hva trenger pasienten når han henvender seg?» «Hva må jeg som helsesekretær huske å spørre pasienten om?» «Er det noe som går igjen?» Dette er noen av de mange spørsmål som ble formulert.

Etter hvert som prosedyrene fant sin form, hadde helsesekretærene interne møter hvor prosedyrene ble gått gjennom. Denne delen av prosessen var særs viktig. På disse møtene kom det fram at helsesekretærenes ofte hadde forskjellige måter å utføre arbeidet på, uten å være klar over det. Faglige diskusjoner kom i gang, og enighet (konsensus) om hvordan arbeidet heretter skulle gjøres ble avtalt. Deretter ble prosedyrene lagt fram på fellesmøter med legene og eventuelle innspill og endringer tilføyd. Min rolle var å følge prosessen gjennom veiledning og kontakt med prosjektmedarbeider. Utfordringene var å formulere det praktiske arbeidet slik det utføres på en skriftlig, lettfattelig måte, slik at det kunne forstås og følges av andre.

Alle møter og alt arbeidet med prosedyreutformingen foregikk i arbeidstiden.

Frøydis Nilssen (foran) og Åshild Ligrasmo (bak)



Ut på vårparten 2002 utformet vi en mal for prosedyreutformingen. Denne dannet grunnlaget for det videre arbeidet. Denne så slik ut:

Huskeliste ved prosedyreutforming

- Bruk et enkelt språk. Vær konkret. Beskrivelsen skal forstås umiddelbart; det skal ikke være den minste tvil om hva som menes.
- Beskriv arbeidsoppgavene detaljerte. Forestill deg at du beskriver arbeidsoppgavene til en ny(utdannet) medarbeider.
- Tenk deg inn i pasientens sted, der det er nødvendig og mulig.

Hva skal beskrives?

De 3 V'er:

Prosedyrer som er Vanlige, Viktige, Vanskelige

De 4 H'er:

HVA	Hva handler denne prosedyren om? Overskrift og gjerne en kort beskrivende innledning
HVORFOR	Hensikten med prosedyren? Er det noe som er (spesielt) viktig?
(TIL) HVEM	Retter prosedyre seg mot spesielle pasienter, pasientgrupper? Gi eksempler
HVORDAN	Beskrivelse av hvordan prosedyren skal utføres

Der det er mulig å utarbeide sjekkliste, gjøres dette. Denne skal inneholde hva som er viktig å notere seg av nødvendige opplysninger/beskjeder, slik at prosedyren utføres riktig første gang. Er det noe spesielt pasienten skal få beskjed om – skriftlig/muntlig?

Erfaringer fra prosjektdeltakerne

Prosjektet er under evaluering, men noen tilbakemeldte erfaringer fra helsesekretærer så langt er bl.a.

- vi føler oss mye tryggere i jobben, nå vet vi hvordan vi skal gjøre det hos oss
- ante ikke at vi hadde så mange oppgaver
- nå har jeg prosedyrene i hodet og sjekker hele tiden om jeg følger det vi har skrevet ned
- er blitt mye mer bevisst på hvordan jeg skal gjøre arbeidet mitt
- blir ikke så fort sliten
- mye morsommere å jobbe
- lettere å få gehør hos legene
- stolt av arbeidet mitt

Mine refleksjoner som prosjektleder

Prosjektet har vist at det nytter å ta tak i egne faglige og personlige utfordringer. Ved at deltakerne selv oppdager forbedringsområdene, får mulighet til å diskutere seg fram til den beste løsning, får de et større eierforhold til arbeidet. Ved å ha gode prosedyrer for arbeidet, er det lettere å navigere ved nye utfordringer. Handlingsberedskapen økes, og pasientene vil oppleve en bedre service i de utførte tjenestene.

Terskelen for å komme i gang er høy, virksomhetens travle hverdag har lett for å ta over. Selv om helsetjenesten er regulert av lover og forskrifter som er tydelige på ansvar og forpliktelser, har dette prosjektet synliggjort at kvalitetsforbedrende arbeid må skapes, eies og drives av de menneskene som arbeider i den enkelte virksomhet. Men arbeidet må gjøres synlig og bli en del av de daglige oppgavene.

Min erfaring er at det var nødvendig med veiledning og hjelp utenfra. Som pådriver og tilrettelegger for endringsarbeidet var det også viktig at jeg ikke hadde noen forhistorie i legekantoret. At jeg har samme fagbakgrunn og forstår arbeidssituasjonene, var også avgjørende for en god prosess. Disse faktorene bidro til at det var lett å skape tillit, både i forhold til helsesekretærene, men også til legene. Å etablere trygghet, åpenhet og tillit var viktige rammefaktorer for å få en god prosess. Arbeidet startet med små skritt og avgrensede oppgaver. Da er det enklere å lykkes. Forbedringsarbeidet oppleves mulig og overkommelig.

Forbedringsarbeid har best effekt når arbeidet baseres på det daglige, praktiske arbeidet. Dette er beskrevet av flere. Bl.a. nevnt som et av de viktigste prinsippene når det gjelder kontinuerlig profesjonell utvikling i primærhelsetjenesten og anbefalt av EQUIP og EURAT i punkt 2 i deres Summary of recommendations. Basic principles.

Det er helt nødvendig å sette av tid og midler til å drive og vedlikeholde kvalitetsutviklende arbeid – i arbeidstiden. Det må synliggjøres at kvalitetsutviklingsarbeid er en viktig del av virksomheten. Prosessen har på mange måter vært like viktig som det ferdige produkt – en prosess som jo aldri egentlig blir ferdig...

Takk til legekantorene i Tromsø som deltok i prosjektet og til Kvalitetsfond I i legeforeningen som bevilget midlene som gjorde prosjektet mulig.

Forfatteren kan kontaktes på e-post:
CHAR-FO@ONLINE.NO

AFU: Vurdering av forsøksprotokoll fra farmasøytisk industri

**Effektstudie av Symbicort
brukt både som fast medisin
og ved behov i behandling av
moderat astma. Effekten sam-
menliknes med Oxis og Bricanyl
hos pasienter på Symbicort
vedlikeholdsbehandling.**

Målsetningen med foreliggende studie er å undersøke effekten av steroidkomponent når Symbicort sammenliknet med Oxis og Bricanyl brukes som behovsmedisin hos pasienter på Symbicort vedlikeholdsbehandling. Dette er en internasjonal klinisk randomisert, dobbeltblindet studie som totalt vil inkludere 3000 pasienter i Europa, Sør-Afrika og Asia. Den norske delen av studien vil omfatte 200 inkluderte pasienter. Norske pasienter alder 12 år pluss vil inkluderes av andrelinje-spesialister og i allmennpraksis. Studien er en fase IIIb studie, der et relativt velprøvd basismedikament testes for mulige tilleggseffekter. Studien har kliniske endepunkt, som tid til første alvorlige astmaanfall, systematiserte PEF-målinger og spørreskjema på respiratoriske symptomer. AFU mener studien er interessant og relevant, og kan bidra til forbedringer i behandlingen av astma, og understreker at registreringen av bivirkninger bør bli gjennomført på en grundig måte. AFU kan da anbefale allmennpraktikere å delta i studien.

Ebixa® – Verdt å huske på! memantine

C
Ebixa "Lundbeck"
Middel mot demens
ATC-nr.: N06D X01

Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhidroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 40-60 ml/minutt/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser pr. aug. 2003: Dråper: 50 g kr 945,50, 100 g kr 1856,90. Tabletter: 30 stk. kr 579,60, 50 stk. kr 945,50, 100 stk. kr 1856,90.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:
1. Godkjent SPC.

H. Lundbeck AS
Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com



Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

Take my advice, I am not using it!

SYNSPUNKTER PÅ SAMFUNNSMEDISINSK RÅDGJEVING

I folkehelsearbeidet skal samfunnsmedisinen gje råd om forhold knytt til helse og sjukdom skriv Geir Sverre Braut, ass. direktør Statens helse-tilsyn og førstelektor i helse-og tryggleiksfag ved Høgskolen Stord/Haugesund, spesialist i samfunnsmedisin og tidlegare fylkeslege i Rogaland.

Artikkelen byggjer på eit innlegg halde i Oslo

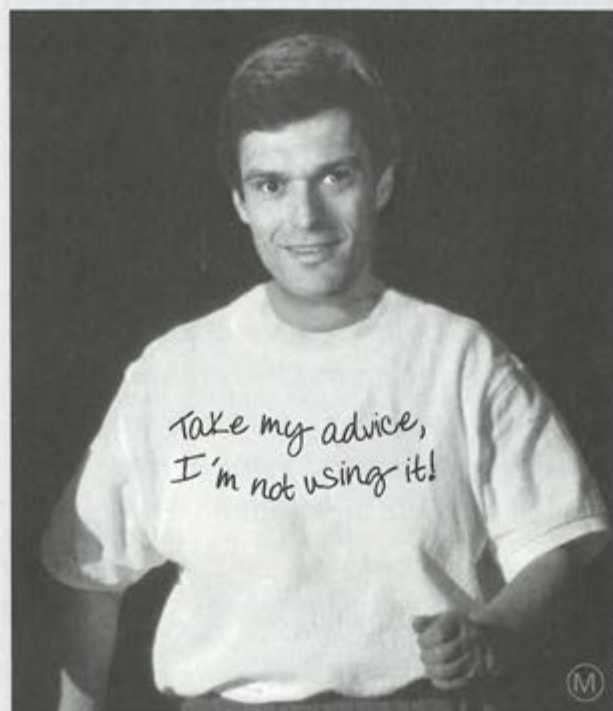
6. mai 2003.

Overskrifta har eg frå ei t-skjorte eg hadde ein gong i tida. Den gongen var det faktisk litt snert i påskrifta, for alle såg den indre inkonsistensen i utsegna. I modernismens ånd skulle det vere konsistens og orden. Slik er det ikkje no. Vi orkar ikkje lenger undre oss over at folk ikkje følgjer det som blir gjort gjeldande som allmenne råd. Det skulle liksom berre mangle at vi ikkje skulle få bestemme over oss sjølv! Utgangspunktet mitt er såleis at individualismen er folkehelsearbeidets utfordring og samfunnsmedisinens problem.

Med individualisme vil eg her meine at kvar einskild menneske sine preferansar blir rekna for å vere av det gode så framt dei ikkje skadar andre menneske. Dette står i motsetnad til det som til dømes sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen kallar kollektivism. Kollektivismen i hennar teoriar tek utgangspunkt i at mennesket alltid står i relasjonar og er avhengige av kvarandre. Kollektivismen legg til grunn at menneskets frie vilje blir modulert av dei relasjonane og banda vi har og er viljuge til å akseptere.

Det tradisjonelle samfunnsmedisinske perspektivet er kollektivistisk. Dette tykkjer eg kjem godt fram både hjå norske forfattarar og internasjonalt; les t.d. Strøms, Schiøtz' og Roses bøker på litteraturlista nedanfor. Den vekta som gjennom 1900-talet blei lagt på massestrategiske intervensjonar kan tene som døme på det.

Utan tvil er denne strategiske tilnærminga under press for tida. Det er ikkje mogeleg å få brei oppslutnad om mange viktige folkehelsesatsingar. Noko så «sjølvsgt» som grup-



peretta førebyggjande tiltak mot tobakkskadar finn sine motspelarar også i samfunnsmedisinen sine rekkjer. Om eg i tillegg tek med rådande trekk innanfor alkoholpolitikken, treng eg ikkje fleire døme på at det kollektivistiske grunnlaget for samfunnsmedisinen ligg på sotteseng.

Den sviktande kollektivismen er sjølvsgt ikkje noko som berre gjeld samfunnsmedisinen. Det handlar om dei store trekka i samfunnsutviklinga i vestverda. Samfunnsforskarane Zygmunt Bauman og Anthony Giddens er mellom dei som har gjort oss ettertrykkeleg merksame på dette.

Bauman peikar på den skjøre balansen mellom ein individut-slettande kollektivism og kollektivnedbrytande individualisme. Han ser sjølv for seg at vi i tida framover må balansere mellom dei tre posisjonane *fridom*, *skilnad* (som så å seie er resultatet av fridomen) og *solidaritet*. Han set opp solidariteten som det nødvendige vilkåret. Interessant nok ser han på solidariteten som det vesentlege kollektivistiske bidraget for i det lange løpet å sikre fridom og høve til å vere ulike!

Men så er problemet at solidaritet ikkje nødvendigvis gagnar kvar einskild av oss, i alle fall ikkje på kort sikt. Nokre av oss

elskar å leve med risiko, også om den går ut over kollektivets interesser. Giddens peikar på at slett ikkje alle av oss er like gode i livsspelet der risktaking er styrkesporten. Den vinn som best maktar å finne ut av kva som er *fateful moments*, lag-nadsstunder der ein står framfor val som kan vere avgjerande for personen si framtid. Dess friare val vi har, også når det gjeld helse, dess større sjanse for tap har dei som vel feil, og dess større sjanse for å vinne har dei som vel rett.

Og då er vi ved slutten av denne analysen: Samfunnsmedisinen og folkehelsearbeidet si normative oppgåve kan då lett synast å vere å hindre alt for mange i å falle alt for djupt. Ulempa ved dette er at samstundes med at vi sikrar nokon, hindrar vi andre i å nå deira livs mål. Det ligg utanfor medisinen oppdrag.

Dette etiske Damokles-sverdet seier meg at samfunnsmedisinen bør fri seg frå sine maktlenkjer. Samfunnsmedisinen må ikkje ta på seg å vere normativ på vegne av samfunnet. Det må vere dei demokratiske styringsorgana som skal ha dei normative oppgåvene.

Kort sagt: samfunnsmedisinen må fri seg frå folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet er ein sak for dei styrande. Men i dette arbeidet treng dei styrande sjølv sagt råd. Det er dei medisinsk-faglege råda inn mot dei styrande organa som samfunnsmedisinen skal ta seg av.

Medisinsk årsaks-verknadstenking og validering av medisinsk kunnskap vil stå sentralt i rådgjevinga. Samfunnsmedisinen må vere klår over at det medisinske perspektivet tradisjonelt er mykje meir mono- og oligokausalt enn dei årsaks-verknadsperspektiva ein finn innanfor samfunnsvitskap og økonomi. Dette medfører at det medisinske perspektivet stundom må finne seg i å kome i bakgrunnen av andre. Likevel er det fascinerande på godt og på vondt å sjå korleis frykta gjer at folk i pressa situasjonar klamrar seg til medisinen monokausalitet både som syndebukk og forløyser. Døme på det så vi under sars-epidemien.

Noko av den same snevre kausaliteten ser vi i forholdet mellom naturvitskap og miljøvern. I den relasjonen har dei etablert eit sett med samhandlingsformer mellom fag og makt under overskrifta konsekvensutgreiingar. Innanfor tekniske fag har dei noko liknande gjennom bruk av risikoanalysar. Konsekvensutgreiingar og risikoanalysar er arbeidsmåtar for å synleggjere fagleg kunnskap og vurderingar overfor dei som til sist skal ha det avgjerande ordet.

Det er difor gledeleg at den nye folkehelsemeldinga har lagt stor vekt på helsefaglege konsekvensutgreiingar som verkmiddel for å byggje alliansar for folkehelse. Dette er ei-

gentleg eit gammalt påfunn. Eg vil hevde at tanken har følgt oss sidan sunnheitsloven frå 1860, men i modernismens ånd var den faglege konsekvensvurderinga tett kopla til avgjerdsmakta.

Vi har, for ein stor del, lovverket for å få dette til. Kommunehelsetenesteloven (§ 1-4 og kapittel 4a), plan- og bygningssloven (kapittel VII-a) og alkoholoven (§ 1-7d) kan tene som døme på relevante lovheimlar for rådgjeving ut frå konsekvens- og risikotenking. Men samfunnsmedisinen som fag har ikkje makta å følgje opp.

For å få fart i dette arbeidet trur eg at samfunnsmedisinen må sikre at alle praktistarar får eit godt grep om å tenkje:

- populasjon
- risiko
- kausalitet.

Her kjem vi ikkje utanom den epidemiologiske tenkinga. Samstundes må vi nytte eit vidare omgreps- og modellapparat enn det tradisjonelt kliniske, som også pregar epidemiologien. Dette må til for å sikre grunnlaget for sakleg samhandling med andre faggrupper som er med på å leggje til rette for dei som fattar vedtak på vegne av kollektivet. Ikkje minst trur eg at fag som økonomi, sosialantropologi og sosiologi kan vere nyttige å få innsikt i for den som skal drive samfunnsmedisinsk praksis.

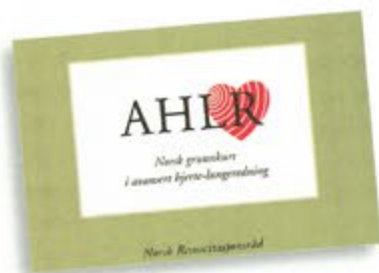
Kort sagt: La samfunnsmedisinen få gje råd til dei som skal nytte seg av dei! Så langt eg har sett, er det knapt noko eller nokon som hindrar den i det. Snarare tvert om, ropet etter samfunnsmedisinske råd er skrikande. Sars-epidemien minna oss om det på ein påtrengjande måte.

Vil ikkje dette vere å fjerne samfunnsmedisinen frå medisinen moralske handlingsimperativ? Nei, eg trur ikkje det. Den moralske utfordringa vil framleis liggje der gjennom makta til å peike på forhold som rammar folk og folkegrupper ulikt og som medisinen ser tydelegare enn andre eller som medisinen kan gjere noko med. Det er i kjernen av dette vi må arbeide dersom vi skal kunne vente oss respekt for faget.

Litteratur

- Alvsvåg Herdis og Eva Gjengedal (red). *Omsorgstenking. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
- Bauman, Zygmunt. *Vi vantrivs i det postmoderne*. Göteborg: Daidalos, 1998.
- Fugelli, Per og Jan Helge Solbakk. *Sunnheitspolitiet umyndiggjør folket*. Aftenposten (morgenutgave). 3.5.2003.
- Giddens, Anthony. *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press, 1991.
- Rose, Geoffrey. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1992.
- Schiøtz, Aina. *Folkets helse – landets styrke, 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Stortingsmelding nr. 16 (2003–2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
- Strøm, Axel. *Velferdsamfunn og helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1980.

Godt hjelpemiddel for AHLR-treningen!



Avansert hjerte-lungeredning (AHLR) bør trenes minimum hver 6. måned i følge Norsk resuscitasjons råd. Dette gjelder alle leger i primær- og ambulansepersonell med videreutdanning. Det finnes et enkelt og spennende kursopplegg som får fart på sakene!

AHLR innbefatter at man kan utføre vanlig hjerte-lungeredning (HLR) og videre kan avgjøre om defibrillator skal tilkobles, koble den til, bedømme rytme, avgjøre om elektrosjokk skal gies eller ikke, etablere venøs tilgang, vite hvilke medikamenter som er aktuelle og hvordan de skal brukes, kunne gjøre de rette tingene til rett tid: Kort sagt: følg algoritmen.

AHLR algoritmen forbedres og forenkles med relativt korte mellomrom. Kursheftet fra Resuscitasjonsrådet bygger på de internasjonale retningslinjene fra 2000 gitt av European Resuscitation Council og American Heart Association. Det bygger på et tilsvarende svensk kurs og det må understrekes at dette er et forslag til kurs. Man er fri til å gjøre sine egne tilpassninger.

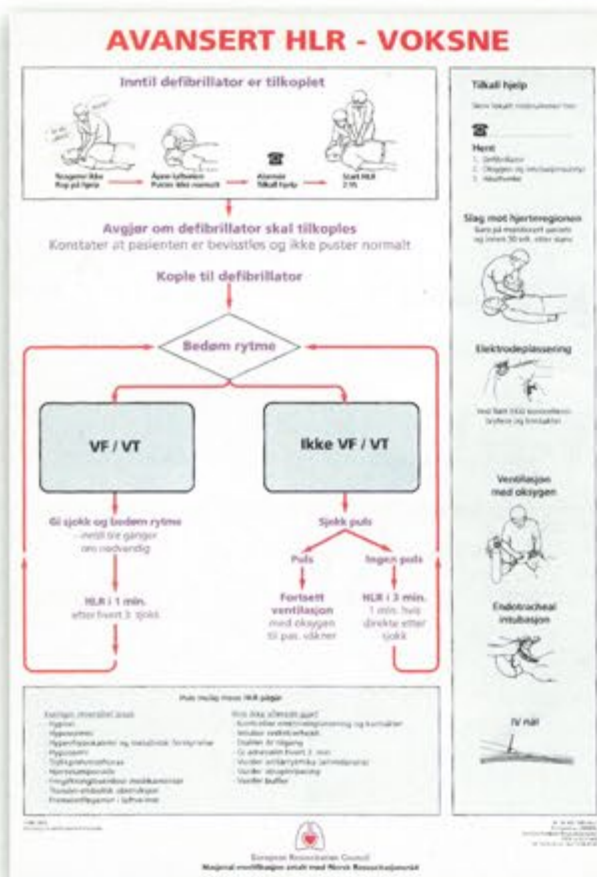
AHLR programmet fra Norsk Resuscitasjonsråd omfatter tre kurshefter, for tre nivåer. Jeg har sett på de to første; den for kursdeltakerne og den for instruktører av kurs. Det finnes også et hefte for hvordan instruktører blir instruktørlærere.

Hefte for vanlige kursdeltagere kalles «Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning». Det skal leses grundig før kursstart. Meningen er altså at man skal møte forberedt og det lønner seg, for kurset åpnes med en skriftlig kursprøve. Kursheftet gir alle svarene og det er lite «selvfølgeligheter». Ved gjennomlesing er det motiverende med en presis og troverdig tekst. Språket er lettfattelig og det er brukt norsk måte å uttrykke seg på. Unødvendige fremmedord er luket vekk og det som er enkelt i teksten kan derfor leses fort. Temaene er presentert slik at man begynner med det helt basale og bygger opp kunnskapen videre fra HLR og «hjerterets anatomi og fysiologi» og helt frem til etiske og juridiske spørsmål. Nysgjerrigheten stimuleres og driver en fremover i heftet.

Hefte for instruktører har påskriften «instruktørens håndbok». Her er hele kursopplegget nøye beskrevet trinn for trinn. Det synes som om ingen detaljer er utelatt. Instruktørjobben er langt på vei allerede gjort! Tema for tema blir tatt opp. Det er satt av rikelig med plass og oppgaver til praktisk trening. Det man trenger er en «Anna-dukke» som kan kobles til en EKG simulator og bli defibrillert. (Spør ambulansepersonellet om hjelp til å låne en slik, eller den lokale AMK-sentralen.) Man må også ha en defibrillator og det er en fordel med utstyr for ventilasjon (pocketmaske, maske/bag, intubasjonsutstyr og lignende.) Alt er beskrevet. Bak i heftet for instruktører er det «formularer til kopiering». Dette innbefatter bl.a. kursprøve, delegeringsbevis, evalueringsskjema. Kan det bli enklere? Det eneste jeg kommer på som kunne vært med i heftet er eksempler på treninger uten alt det tekniske utstyret. Ofte er det nyttig å trene på hverandre, ha rollespill og «ta i mennesker». Det gjelder kanskje spesielt de basale ferdighetene (og de sitter vel ikke alltid heller...?)

Så folkens, nå er det bare å la seg inspirere; – samle sammen ambulansepersonell, lege- kolleger, sykepleiere på legevakt og ha det faglig spennende en dag!

Helen Brandstorp



MED EN VENN I KROPPEN

En samling dikt om Parkinsons sykdom av Per Martin Linnebo

Per Martin Linnebo drev allmennpraksis i Holmestrand da Parkinson banket på hans dør i 1995. Han var da bare 53 år gammel. Det var ingen vei forbi, døra måtte opp når uvennen hadde fått en fot innenfor. Praksisen og legeryrket måtte han gi opp.

Men uvennen har ikke fått has på hans tørrvittighet og slagferdighet. Det siste året (og snaut det) har han veltet ut av seg en del limericks, dikt og prosadikt. Tjue av dem har han nå samlet i et hefte som selges gjennom Norges parkinsonforbund. De beskriver hverdagen for en Parkinsonspasient på en meget slagferdig og realistisk måte. Det er en klar undertone av håpløshet og oppgitthet, men også ispedd en saftig humor som i «Nesten skandale hos frisøren.»

Stor lyrikk? Jeg er ikke den rette til å uttale meg om det. «Forståsegpåere» vil sikkert finne mye å hakke på. La gå med det. Dette er en beskrivelse av en pasients hverdag, så nært og levd som det er få av oss forunt å oppleve det. (Skal vi si heldigvis?...))

Heftet anbefales. Det selges ved henvendelse til Per Martin Linnebo, Nedre Liavn. 66, 3060 Holmestrand, e-post: pm-linne@frisurf.no. Pris kr 100,- som uavkortet går til Norges Parkinsonforbund.

Du får ike mer enn 20 sider, noen av dem er også mindre enn halvfulle av ord, men alle er fulle av tanker.

Halvard Eskeland

MED EN UVENN I KROPPEN



Per Martin Linnebo

NSAM – Allmennmedisinsk forskningsutvalg

lyser ut fem stipendmåneder for 1. halvår 2004 til forskning om Fastlegeordningen. Midlene er stilt til disposisjon for stipender til småskalaforskning om fastlegeordningen.

Søknadsfristen er 1. okt. 2003. Hvert enkelt stipend blir på maksimalt 3 måneders varighet. Det er halvårslige tildelinger av til sammen 30 stipendmåneder à kr 23 000 med kr 3000 i driftsmidler per måned. Søknadsskjema kan hentes på NSAM/AFUs hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10752> NRF peker på noen forskningstema som vil være av

spesiell interesse: Legedekning • Legevakt • By-land perspektivet • Tilgjengelighet på dagtid • Akutthjelp-funksjon på dagtid • Henvsninger og samarbeid med 2. linjetjenesten • Samarbeid med andre kommunale helsearbeidere • Forholdene for kronikergrupper • Endringer av kontaktmønster for ulike grupper.

Andre forskningstema kan være aktuelle, men NFR vil ved evalueringsgruppa vil ha et overordnet ansvar for at prioriterte forskningsemner blir belyst.

Søknad sendes: NSAM, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.



anmeldelser

«Når helse blir en vare»

EI BOK AV OLAUG LIAN, 2003

Det er ein alarmerande rapport – men ikkje utan von – om stoda i den norske helseverda. Boka grunngir og provar på ein klår og lettfatteleg måte sitt eige sluttord:

«Denne boka omhandler utfordringer og utviklingstrekk i dagens norske helsevesen, sett i en historisk, kulturell og internasjonal sammenheng. Blant annet settes det et kritisk søkelys på bruken av markedsanaloge styringssystemer i helsetjenesten. Hovedargumentet mot bruken av slike virkemidler er kort sagt at de ikke er tilpasset den virkeligheten de skal virke i.

Av den grunn kan de føre med seg utilsiktede virkninger som vi ikke ønsker. Noen av farene ved 'varifisering' av helsetjenesten er at samarbeid blir erstattet med konkurranse, altruisme blir erstattet av egoisme, solidaritet blir erstattet av individualisme, og det ekte, uforstilte og umiddelbare blir erstattet av kalkulasjon. (Mi utheving)

Det finnes for tiden mange tegn på en slik utvikling, spesielt i land hvor markedsorienteringen har sterkest rotfeste. Men det finnes minst like mange tegn på det motsatte, nemlig at helseprofesjonenes egne interne standard om rett og galt har vist seg å være relativt motstandsdyktig overfor markedsideologiens inntog i helsevesenet, til tross for at den for tiden er satt under sterkt press. Hva fremtiden vil bringe, er det morgendagens helsearbeidere som avgjør.»



Det er ikkje rett at eit slikt viktig helsepolitisk dokument nesten er borte frå våre media og den norske offentlegheita.

Kjære helseminister Høybråten! Kjøp inn boka «Når helse blir en vare» og send henne til alle leiarane i Helseføretaka Nord, Sør, Vest og Aust.

Kanskje kan innhaldet få leiarane til å venda ryggen til profittmaksimeringas gullkalv og i staden leggja vekt på verdiar som heldigvis endå mange helsearbeidarar byggjer på: tryggleik, omsorg og nestekjærleik.

Björg Holm

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

DEN PLAGETE PASIENT eller ALLMENNMEDISINSK HVERDAGSPOESI?

Hver dag hører vi sykehistorier. Av og til er historiene enkle, av og til vanskelige, noen ganger endeløse, somme tider plagsomme, men de kan også være nærmest poetiske.

En plaget pasient i min praksis hadde så mange lidelser at hun pleide å ha med seg manus for å være sikker på at jeg fikk høre om så mange av dem som mulig. Hennes fremstillinger var ofte vanskelige å fatte. De bar bud om mye ensomhet og lidelse, men var samtidig ofte vakre. Jeg vil dele de vakreste huskelappene – ordrett – med dere, i respekt for de gode sider ved «den plagete pasient».

Bryst, hjerte?
Trykk i brystet
svartner noen
sekunder
Veldig tung pust
smerter av og til
i høyre side
i hoftekammen
Og litt bakover
Risting, stråling?
i hodet, ligner
det i venstre arm
stramming? Over
skallen
ustø og svimmel
unormalt trett
Cetiprin resept
Bivirkninger?
sulten, Thyroxin
Orker ingenting
Omtrent.

Neste gang hun kom var det vanskelig å spore noen bedring, og hadde hun med følgende huskelapp:

Svimmel
Det jeg så på
rørte på seg.
Vondt i brystet
Risting, og doven? stråler
oppover hals og
ansikt,
halvkvalm
Hevelse bein
legger og lår,
litt i ansikt.
Øyne fuktige
Tok temp onsdag
37,5, er kald
om kvelden, svett
om morgenen. Av og til
frostilinger onsdag
torsdag. Litt kløe
hender, armer, hals
og lår, trett og
elendig

Hun har sin lette hjertesvikt, KOLS, hypotyreose og mistenkte «mixed connective tissue disease». Jeg synes ikke jeg får gjort så mye for henne, men hun sier at hun liker våre møter på kontoret. Det gjør jeg òg.

Ola Nordviste

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

Sommeren er over. Hverdagen er tilbake, – og hva dumper opp i mitt fang? En utfordring til Lyrisk stafett i Utposten. Siden jeg først er utfordret som Trubadur (en sterk overdrivelse), kommer jeg ikke bort fra Evert Taubes diktning. Utallige er de stunder jeg har tilbragt, både alene og med gode venner, i visens verden helt fra jeg var ganske ung, og Evert Taube var nok innfallsporten til min interesse for dikt og poesi. De fleste har nok musikk og toner i hodet når man lytter til Evert Taube, men prøv å les hans viser. Glem tonene, og jeg tror mange, som meg, vil oppleve den lyriske

Taube på en annen og intens måte. I en mørk høstkveld glir tankene mot Den Gyldene Freden i Stockholm, (et herlig sted å besøke), og jeg ser for meg den store poet og visekunstner sitte der ved sitt faste bord og skrive og fremføre sine dikt: Min elskling, Nocturne, Fridtjof i Arkadien osv.

Mitt valg nå faller på: Som stjärnor små, en av de mange kjærlighetserklæringer Evert Taube skrev til sin store kjærlighet, drøm og muse Astri, som han etter mange år fikk gifte seg med.

*Som stjärnor små
På himlen blå
De vinka till varann,
Så gör du och jag, min vän, för kärleken
emellan mig och dig*

*Som bäckar små
I jorden gå
igenom djupan dal,
så gå du och jag, min vän, till kärleken
emellan mig och dig.*

*Som skyar små
På himlen blå
de flytta till varann,
så fly du och jag, min vän, till kärleken
emellan mig och dig.*

Utfordringen går videre
til kollega Per Erik Hafstad, Trondheim.

Per Sandbakken

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

Gleder og sorger

Sorgen og gleden de vandrer til hope, lykke og ulykke ganger på rad (KINGO)

Glädien och Sorgen dhe föllias giärna ath (GRUBBS)

Etter den søte kløe kommer den sure svie

«Folkeprosessoren» fyller 25 år i år. Intel 8086 etterfulgt av 8088 betød starten på pc-eventyret. «Alle» trodde at vi skulle dra på ferietur til månen, men ingen forutså it-revolusjonen. Så fulgte 286, 386, 486 og Pentium. Nå er det et mylder av spesialversjoner av prosessorene: raske, strømsparende, superhastigheter, hyperthreading, flerprosessor-maskiner – og utviklingen fortsetter. Om nye 25 år vil itk-samfunnet se ganske annerledes ut.

Sommerens virusepidemi er en sørgelig påminnelse om sårbarheten i edb og kommunikasjonssystemene våre. Behøver det å være slik? Nei sier eksperter. Sikkerheten kunne vært betydelig bedre hvis ønsket om rask profitt ble satt til side.

I Dagens Næringsliv annonserer Telenor i disse dager med at de gir 1 måneds gratis prøve på spam- og antivirusfiltre! Enhver tjenesteleverandør (isp) med respekt burde ha slike tjenester som en selvfølgelig del av abonnementet og ikke slå ekstra mynt på stakkars utsatte brukere.

Et gledesbuskap til sist: Er Utpostens lesere klar over at det er mulig å bedrive kursaktivitet innenfor hjemmets fire vegger? Hørt om LUPIN? Gå til <http://lupin.legeforeningen.no>

Mørke høstkvelder og internett-baserte kurs. Det er tingen!

Askøy, på tampen av august
John Leer

LEDIGE STIPEND

Allmennpraktikerstipend 1. halvår 2004

Med midler fra Den norske lægeforenings fond I til videre- og etterutdannelse av leger, utlyser Institutt for allmenn og samfunnsmedisin i Oslo og Trondheim, Institutt for samfunnsmedisinske fag Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 2004. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning.

Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiat vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin medisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf. 22850655, fax 22850650 eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknadsskjema kan også lastes ned fra flg web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/nsam>. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 1. oktober 2003. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning

Melvin helbreder en schizofren

Sykehus er en velsignelse og en forbannelse. De er institusjoner som er veldig imot den kulturen som jeg har lært meg å forstå fra mitt eget samfunn og fra mitt eget liv. Den medisinske modellen som behandler mennesker er så upersonlig og så ufullstendig. Mennesker blir behandlet som om de var på et mekanisk verksted.

Når jeg jobbet på universitetssykehuset i Winnipeg, syntes jeg det var vanskelig å være på et slikt uvant og krevende sted. På samme tid fikk jeg også se mirakelet det er når et barn fødes, eller når noen dør, ærligheten til en alvorlig ulykke, muligheten til å få frem fokus på emner om liv og død og kapasiteten mennesker har til å holde seg i live.

En foredragsholder på universitetssykehuset gav imidlertid, nesten som en gave, en historie der holistisk helbredelse «æret» disse dypere verdiene. Gjesten var fra South Dakota i USA og han var en glitrende psykiater. Han var ferdig lege som 21-åring og gjennom hele studietiden hadde han som indianer deltatt i tradisjonelle seremonier. Han hadde fulgt noen gamle indianere rundt til forskjellige steder for å lære om og være med på seremoniene. En av disse gamle var Melvin.

Psykiateren fulgte Melvin en sommer til British Columbia i Canada. Der hadde Melvin blitt invitert til en helbredelse-seremoni. Melvin og hans gruppe (så mange som fikk plass i en «truck») kom til byen og de var ute i god tid. Det var vanlig å komme tidlig for å være sammen uformelt før seremonien. Det var tiden for fortellinger og for å roe ned. Mens de stod og hang uten for dagligvarebutikken i den lille byen, hørte de skudd fra gata. Midt i veien var det noen som skjøt i lufta og skrek av full hals: «Jeg vil være en indianer!» Han som ropte var imidlertid ikke en indianer.

Psykiateren, som fortalte historien, gjemte seg bak noen kasser, men Melvin gikk rolig ut i gaten og bort til den unge mannen. Mannen skjøt fremdeles og ropte alt han kunne.



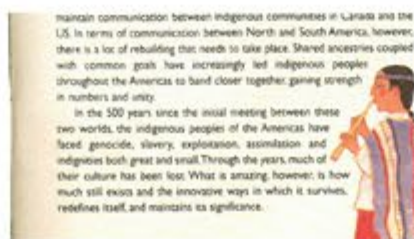
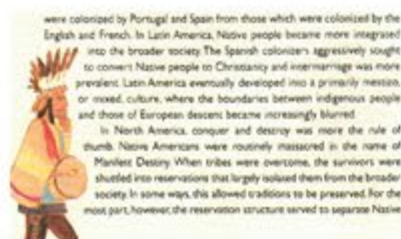
Melvin sa: «Vil du være en indianer? Da må du gi meg våpenet ditt.» Mannen gav Melvin våpenet. «Hvis du vil være en indianer så må du gå og sette deg i bilen min» Og mannen gikk og satte seg i bilen. Melvin gikk inn i butikken og gav eieren våpenet og sa «Selg dette». Så gikk han til bilen og kjørte rolig med den unge mannen sittende bak i, fremdeles ropende. Melvin lente seg mot en annen i bilen og sa «Fortell ham at dersom han vil være en indianer, så må han tie stille».

De dro så til seremonistedet og det første Melvin gjorde var å sørge for at den unge mannen fikk en tromme. Alle de involverte i seremonien skulle nemlig spille «tromme sangen», og Melvin sa «Når de spiller sangen, så må du også spille. Hvis du vil være en indianer så må du lære deg å spille tromme». Og mannen trommet sammen med de andre. Når seremonien var over, ble mannen med Melvin tilbake til South Dakota.

Psykiateren som var vint til alt dette, kom noen år senere på besøk til Melvin. Da kom den unge mannen bort til ham og sa «Husker du meg? Jeg var schizofren før, men nå er jeg en indianer!»

Det viste seg at Melvin hadde vært sammen med ham i to år. Han hadde tatt ham med overalt og lært ham opp. Han var blitt Melvins hjelper i indianer-seremoniene. Han hadde lært seg å snakke indianerspråket Lakota og snakket det bedre enn de fleste unge i lokalsamfunnet. Han kunne alle seremonisangene og visste nøyaktig hva han skulle gjøre.

Fortalt av Stan McKay, Cree indianer fra Fisher River reservatet i Manitoba, Canada. Pensjonert leder for United Church of Canada og nå aktivt innen politisk og kirkelig urfolksarbeid.



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!*



Forslag til behandling av telefontimefobi

Fastlegeordningen pålegger legene å ha åpent 28 timer i uka. Fastlegen skal ha «tilfredstillende telefon tilgjengelighet» heter det i forskriften. (§10.6). Den sier intet om hva det betyr. Det er uansett liten tvil om at følelsen av at fastlegen er å få i tale, er viktig for pasientene.

Der er forskjellige måter å løse dette på.

De fleste legekantor har telefontider der pasienten kan ringe direkte til legen uten å først snakke med legesekretær. Andre har system med lister der pasienten kan sette seg opp så ringer legen pasienten når han/hun får tid.

Der er faktisk også legekantor som ikke har telefontid i det hele tatt.

Der finnes leger som er kaospiloter, og som tillater telefon fra pasienter og samarbeidspartnere hele dagen uten begrensing. De leser e-post fra kollega i Ballangen samtidig som de er inne på nettutgaven på Utposten når pasienten er på laboratoriet og blir bare stimulert av en telefon fra Inger som har ondt i skulder igjen. www.FullAccess.com

Vi hadde tidligere telefontider på vanlig måte. Etter flere år utviklet jeg en markant telefontimefobi. For et par år siden var jeg i Oslo på kurs og diskuterte dette med en kollega. Han foreslo den løsning som vi nå bruker i Bø.

Vi har fem minutters telefontimer (merket med «T») satt opp i avtaleboken. Pasienten bestiller time gjennom legesekretær og legen ringer opp pasienten på avtalt tid.

Kvaliteten på telefonkonsultasjonene er nå bedre. Samtalen blir roligere når man ikke hører tutet av andre som venter og man får tid til å forberede seg for det som venter en [på godt og vondt selvsagt]. Det er også lett å tilpasse antallet telefontimer til det reelle behovet; dersom jeg har få telefonpasienter, kan jeg stjele timen og i stedet se på Inger hvis skulder nå plager livet av henne. Og dersom jeg er borte på møte under telefontiden, kan jeg [dersom jeg ønsker det, selvsagt] legge telefontiden kl. 15 den dagen.

Alle leger hos oss bestemmer selv hvor mange telefontimer de ønsker og når de ønsker dem. Ulempen er naturligvis at det koster: telefonregningen ble doblet. Men det er det faktisk verdt.

Anders Svensson

– et seriøst fagblad
UTPOSTEN med
humoristiske tilbøyeligheter

TROND EGIL HANSEN

FORBIFARTEN

STILLING FASTLEGE

ARBEIDSSTED VED NESTTUN ALLMENNPRAKSIS, HORDALAND

VERV LEDER APLFS FAGUTVALG, STYREMEDLEM NSAM

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Cand med Bergen 1983. Studert matematikk, statistikk og informatikk. Godkjent spesialist i allmennmedisin 1990. Spesielt interessert i sykehjemsmedisin/geriatri, sexologi og medisinsk humor. Gift med kirurg/overlege kir avd, Haukeland sykehus.

Fem barn født 1982, 1983, 1985, 1987 og 1989.



Når skjønte du at du var blitt lege?

I distriktsturnus. Opplevelsen av at mine vurderinger/beslutninger ble stående uten å bli overprøvd av andre leger før de ble gjennomført, var da nokså spesiell. Da først opplevde jeg meg som lege på alvor.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Alle menneskene, livshistoriene som allmennpraksis gir anledning til å komme tett innpå. Jeg synes stadig det er minst like spennende og morsomt, og jeg er sikker på at det kommer jeg til å fortsette med.

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

Å stille meg til rådighet for faglig arbeid i foreningen. Vekselvirkningen mellom dette og praksisen virker gjensidig berikende på begge deler, og oppleves som en god kombinasjon.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

I møte med de pasientene som kan få løst sine problemer hos meg, uten å måtte sendes videre.

Når lo du på jobben sist?

I dag. Jeg ler og morer meg på jobben hver dag. Hvis man er våken for det, vil man oppleve et stort antall småpussige hendelser hver eneste arbeidsdag.

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

Skolemedisin. Det er en feilaktig og nedlatende betegnelse på de vitenskapsbaserte behandlingsmetoder, til fordel for de «alternative», spekulative, ikke vitenskapsbaserte behandlingsmetoder.

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

Bedre lokaler. Vi har ikke tilfredsstillende lokaler i dag. Vi arbeider med saken, men jeg skulle gjerne hatt løsning på dette for lenge siden.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Morsom, inspirerende samtalepartner.

Hva gjør du om fem år?

Jeg er fortsatt fastlege. Hvilke funksjoner jeg har utenom dette, får tiden vise.

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

Ledere for helseforetakene. Jeg ville ha forklart dem at allmennlegene sitter med kunnskap om hva som fungerer og hva som ikke fungerer i sykehusvesenet. At denne kunnskapen ikke blir bedre benyttet, synes jeg er tragisk.

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

Kapasitetsproblemene i omsorgen for de svakeste svake, de skjøpeligste eldre med behov for sykehjemsplass. De som har behov for sykehjemsplass, men ennå ikke har fått det, lider etter min erfaring stor nød. Jeg ville videre fastslått fastlegene som førstelinje legetjeneste for alle typer helseproblemer og for alle typer forebyggende legetjenester. Det vil si at jeg ville ha avviklet satsningen på særomsorger på førstelinjenivå.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Beretninger som viser hvor spennende og mangfoldig arbeidet som allmennlege er.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Fastlegene vil bli stadig dyktigere, med enkel tilgang til kvalitetssikrede kunnskapsdatabaser som grunnlag for sine beslutninger.

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

Reise mer med gode opplevelser av kultur og natur i Norge og verden forøvrig.

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

Det bør du spørre mine venner om, jeg har ikke spurt dem. Selv synes jeg at jeg burde vært mere rampete.



Hvilken kollega utfordrer du til å la seg portrettere «I forbifarten» i neste nummer av Utposten?

Marte Walstad, faglig leder for Nidaroskongressen, medlem av Aplfs fagutvalg og nyvalgt medlem av NSAMs styre.

UTPOSTEN
TETT PÅ!

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. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!»

Lærerike kasuistikker

Høsten da senkningen (SR) fikk sin renessanse

Med 17 år bak meg i allmennmedisin føler jeg at jeg sånn noen lunde behersker faget. Likevel må jeg stadig revurdere min praksis i lys av erfaringer gjort gjennom arbeid med pasientene. I år 2000 jobbet jeg et år ved indremedisinsk avdeling og gjennom arbeidet der ble en del av mine rutiner belyst. Jeg fant ut at mine evner som kommunikator var tilfredsstillende, – men måtte revurdere en del av mine diagnostiske prosedyrer. Spesielt gjaldt dette bruk av en del laboratorianalyser. Blant flere andre ting så jeg at i løpet av 90-årene hadde jeg nesten sluttet å bruke senkning aktivt i diagnostikken. CRP hadde overtatt helt. Dette gjaldt også mine erfarne kolleger på Sola legesenter.

I løpet av høsten 2002 hadde jeg tre pasienter hvor betydningen av senkning som diagnostisk verktøy, var tankevekkende. For å vise dette blir disse kasuistikkene trukket fram:

KASUS 1.

Kvinne født -29. Har gått til meg siden 1992. Har tidligere hatt en del hofteplager, men har vært god av det de siste årene. Operert for vaginaldescens -96.

Aktuelt:

02.10.02: Kommer som Ø.HJ. I 14 dager har hun hatt smerter i hals/hø. side av hals, og vondt i hodet. Natt til 02.10. hadde hun så vondt at hun ikke greide sove. Ikke sykdomsfølelse. Fant intet galt med hals eller øre. God puls i a. temporalis preaurikulært hals, – men kunne ikke følge den stort lenger. På venstre side kunne artien følges til temporalt. Valgte å ta CRP/ SR som Ø.HJ. analyser. Pasienten hadde CRP: 35 og SR: 80. Starter Prednisolonbehandling på mistanke om temporalisarteritt.

03.10.02: Pasienten er nesten symptomfri. Får time til Ø.HJ. temporalisbiopsi.

07.10.02: Pasienten er symptomfri. SR: 44.

07.11.02: Diagnosen verifisert.

KASUS 2.

Mann født -58. Gått ved vårt legesenter siden 1994

Tidligere sykdommer:

-94, salmonellose

-01: tjenestegjorde i fredsbevarende styrker. Rutinekontroll etter dette i februar -02 avdekket ikke sykdom, men pasienten hadde lett leucocytose (12.4) (SR ble ikke kontrollert)

Aktuelt:

04.11.02: Henvist fra bedriftslegen pga forhøyet SR/ leucocytose. Han hadde ikke følt seg helt på topp. Hadde muligens hatt litt vekttap og stivhetsfølelse i skuldre og armer. Fant to lymfeknuter på halsen, – ellers negativ klinisk us.

SR 67 Hv.: 14.6 CRP: 30

I løpet av november og desember ble pasienten sjekket ut i allmennmedisin med tanke på det en her rår over av undersøkelser inklusive:



Anne Korsæth

Cand. med. Oslo 1982. Spes. allmennmed. 1991
Godkjent veileder allmennmed. 2003. Jobbet i allmennmedisin fra 1986, – ved Sola Legesenter, – 4 legepraksis i Sola Sentrum, – 15 km sørvest for Stavanger siden 1988. 1 års pause hvor jeg jobbet ved indremed. avd., Sentralsjukehuset i Rogaland i 2000.

Full serologisk gjennomgang, rtg. thorax, skjelettsintigrafi, UL abdomen og rtg. bihuler. Fant ingen ting som kunne forklare pas. SR. SR: november: 80, desember 90. Pasienten ble fulgt og følte seg bedre initialt, deretter økende trøtt og slapp. Pasienten ble henvist for fjerning av lymfeknute desember-02. Pasienten ble henvist medisinsk poliklinikk februar -03. Fikk diagnosen thymuscancer juli -03.

KASUS 3.

Kvinne født i -40. Har gått til meg siden 1988. Jobbet i kassen i matvarebutikk.

Tidligere sykdommer:

Angstneurose. Medikamenter behandlet til -99.

Røykeindusert KOLS.

Ryggsmerter. Rtg. -95 viste: Skoliose med økt thorakal kyfose.

Aktuelt:

17.09.02: Akutt rygg siden torsdag i uka før. Verst nederst i ryggen, – med utstråling mot nakken. Fant som før en lut holdning, nedsatt bevegelighet og uttalte myalgier i nakken. CRP 29 og SR 30 (SR lå tidligere rundt 10) Innkalt til kontroll pga CRP/SR

30.09.02: Noe bedre, – men ikke mye. Noe vekttap. CRP 87 SR 35.

02.10.02: Innkalt til kontroll for infeksjons og malignitetsutredning.

Uendrede ryggsmarter. Nå også magerelaterte smerter, forstoppelse og økt bukromfang. Vekttap 2–3 kg siste 14 dagene. Fant økt bukromfang, nesten ikke tarmlyder, muligens småknudrete forandringer innerst i vagina. Hemofec neg. Innlagt som Ø.HJ. Obs. malignitet/ subileus.

07.10.02: Diagnostisert ovarialcancer, ascites og svære tumormasser i det lille bekken, carcinomatose. Fått cytostatiskbehandling. Lever fortsatt.

Jeg har altså festet meg på bruk av SR som diagnostikum i disse 3 kasuistikker fordi det i alle disse 3 tilfellene er brukt som en slags screeningsmarkør sammen med CRP. Det er tatt som en Ø.HJ. analyse og det er har i alle tre tilfellene vært med på at alvorlige, behandlingstrengende diagnoser er blitt stilt. I to av de tre tilfellene ganske raskt, – noe som kan ha hatt prognostisk og terapeutisk betydning. I det 3. tilfelle hadde pasienten en meget sjelden kreftsykdom som var vanskelig å diagnostisere selv for onkologen.

Jeg tror at bare å bruke CRP i slike tilfeller ikke ville ha vekket mistanken om noe mer alvorlig bakenforliggende, på samme måte som når en finner en forhøyet SR.

Jeg har etter året på indremedisinsk avdeling og etter disse opplevelsene begynt å bruke senkning på mye mer liberal indikasjon. Det gir meg og pasientene gevinst. Analysen må derfor sies å ha fått sin renessanse.

Anne Korsæth

Tenker du KOLS?
Tenker du røykeavvenning?



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Nå er det en fryd å gjøre spirometri!

*Vi har spirometeret som enkelt og raskt
gir en tilstandsrapport på dine pasienter!*



- Utviklet av lungeleger
- Gir høy kvalitet på resultatet
- Svært gode rapporter
- Ingen vedlikehold
- Verdens minste
- Sikker mot smitte
- Enkelt å manøvrere
- Måler ekspirasjon og inspirasjon og Bronchodillasjon



Ring, fax eller send deres bestilling til:
Eller ta kontakt for mer informasjon om produktet.

Medinor ASA Oslo
Postboks 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 50
Fax: 22 07 65 15

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



B Tramagetic® OD "Nycomed Pharma"

Analgetikum. ATC-nr.: N02A X02

DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 150 mg, resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Moderate smerter.

Dosering: Bør tas med 24 timers intervaller. **Svelges hel og må ikke tygges.** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. Pasienter som allerede behandles med tramadol tabletter eller kapsler med umiddelbar frisetning av tramadol, kan behandles med depottabletten ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagdosis pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres langsomt til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maks. dagdosis er 400 mg. **Voksne og barn >14 år:** Vanlig startdose er 150 mg i dagnet. **Elde (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstiden kan være forlenget slik at dosejustering kan bli nødvendig hos disse pasientene. En startdose på 150 mg anbefales. Dosejustering oppover, til smertekontroll nås, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance <10 ml/min). Preparatet anbefales ikke brukt til barn <14 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke gis til pasienter som får monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste 2 ukene. **Forsiktighetsregler:** Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til krampor skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampetall og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilknyttet ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsfunksjonen eller åndedrettsfunksjonen eller ved samtidig behandling med sentraldepresjon legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iaktas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inkl. alkohol, kan potensierte CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virketiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi krampor og øke risikoen for krampor ved samtidig bruk av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampetærsheten. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetylerede metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparatet gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparatet med opioidvirking gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Mest vanlig: kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Humørsvingninger, forandring i oppfatningsnivå og aktivitetnivå. Sentralnervesystemet: Muskelavfall, krampetall, sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urin-retensjon). Øvrige: Appetittforandring, allergiske reaksjoner (åndet, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjokk. Det er rapportert noen tilfeller av levertoksisitet. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvenningsrisiko foreligger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Misse, brekninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampetillstander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampetillstander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Ventrikeltømming kan benyttes for å fjerne uabsorbert depottablett. **Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på μ - og κ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til μ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekt er inhibering av genopptak av noradrenalin og økning av serotoninfrigjøringen. Absorpsjon: Absorberes nesten fullstendig. Biofarmakologien er ca. 70%. Påvirkes ikke av mat. Maks. serumkonsentrasjon nås etter ca. 6 timer. Depottabletten har lineær kinetikk, mens kapslene har ikke-lineær kinetikk. Depottabletten gir derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosetitering. Proteinbinding: ca. 20%. Halveringstid: Ca. 16 timer. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboliseres ved "first pass"-metabolisme til bl.a. O-demetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dens metabolitter utskilles hovedsakelig renalt.

Pakninger og priser (01.05.03): 150 mg: Epac: 20 stk. kr 221,90, 100 stk. kr 786,60. 200 mg: Epac: 20 stk. kr 234,30, 100 stk. kr 909,60. 300 mg: Epac: 20 stk. kr 322,20.

tramagetic® OD
tramadol hydrochloride ONCE DAILY



Tramagetic® OD

Når paracetamol og NSAID's ikke er nok

- Mindre avhengighet enn kodein^{1,4}
- Mindre obstopasjon enn kodein^{5,6}
- 1 tablett daglig



Tramagetic® OD
Pasientvennlig behandling
ved moderate smerter

NYCOMED

1) Keup W, SAWES 1976-1990: Lambertus forlag 1993 2) Cicero T et al. Drug Alcohol Depend 1999; Nov 1; 57(1):7-22 3) Coasman Met al. Drugs 1997; 53 4) Terapienbefaling: Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander. Statens legemiddelverk, publikasjon 2002:3 5) Chughtai M et al. Anesth Analg 1998; 87: 445-9 6) Budd K. Drugs 1994; 47 Suppl 1: 33-8 7) Wilder-Smith et al. Br J Clin Pharmacol; 1997; 71-75 8) Mullican MD et al. Clin Ther 2001 Sep; 23(9): 1429-45 Suppl 2: 50-62
Nycomed Pharma AS, P.O. Box 205, N-1372 Asker, tlf. 66 76 30 30, telefax 66 76 36 36