

Etterspurt samfunnsmedisin?

AV FRODE FORLAND

I Seljord etterspør dei samfunnsmedisinsk kompetanse. Dei er endå til interesserte i kva eg syns, kunne Elisabeth Swensen fortelje mot slutten av den samfunnsmedisinske høyringa i Sosial- og helsedirektoratet nyleg. Og ho hadde ikkje før sett seg før vi fekk eit nytt vitnemål. Denne gongen frå Endre Sandvik; også i Stovner bydel i drabantbyoslo etterspør dei samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgjeving. Tidlegare på dagen hadde vi høyrte fleire vitneprov; frå nabobydelen Romsås kunne Anne Karen Jenum fortelje at dei hadde snudd mismot og forfall til livsmot og helse ved hjelp av samfunnsmedisinsk tenking og handling. Og Folke Sundelin meinte at også dei regionale helseforetaka hadde behov for samfunnsmedisinarar for å få til gode prioriteringar, samhandling og leining av spesialisthelsetenesta!

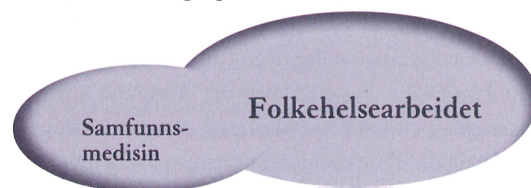
Bakgrunnen for denne opne høyringa som sosial- og helsedirektoratet arrangerte, (med simultan videokonferanse til fire «utekontor», Bergen, Surnadal, Trondheim og Tromsø), er at det nyleg er utgitt to utredningar frå Direktoratet som vurderer forhold knytta til det samfunnsmedisinske fagområdet og den samfunnsmedisinske legespesialiteten. Magne Nylenna har leia arbeidet med den eine, som har fått tittelen: Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? Den handlar om utfordringar og problem knytta til det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet i Noreg. Den andre er ei utredning for Nasjonalt Råd for leger og legefördeling og gjev forslag til ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Begge utredningane har vore ute på formell høyring, og det er kome inn mange høyringssvar.

Kva er forslaga i dei to utredningane?

Avdelingsdirektør i direktoratet Harald Hauge fortalde at bakgrunnen for dei to utredningane var at Stortinget hadde uttrykt bekymring i forhold til det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet i Noreg, både i form av rekrutteringssvikt til samfunnsmedisinske stillingar i stat og kommune og svikt i rekruttering til spesialiteten. Nasjonalt råd har gått inn for at ein opprettheld ein samfunnsmedisinsk legespesialitet, og at hovudinnhaldet i denne vert ei praksisnær utdanning der ein som basis skal ha klinisk arbeid både i kommunal helseteneste og i sjukehus, samt samfunnsmedisinsk praksis både frå kommunal og statleg sektor, under vegleiing. Det er utgreia to alternativ, eitt med fem års utdanningstid, eitt med seks år. Både rådet og høyringsuttalene har gått inn for femårs modellen. Denne inneber eitt år klinisk arbeid i

sjukehus og kommunal helseteneste og fire års samfunnsmedisinsk teneste med minst eitt år på kvart nivå (stat og kommune) samt ei fordjupingsoppgåve. Eitt år av tenestekravet kan dekkast av ein mastergrad i public health eller liknande. Det vart altså ikkje oppslutnad om å gjere den samfunnsmedisinske spesialiteten til ei meir rein akademisk utdanning.

I Nylenna-rapporten har ein prøvd denne gong å ikkje drøfte omgrepet samfunnsmedisin på nytt, men ein har støtta seg til det som står i Folkehelsemeldinga om dette, nemleg at samfunnsmedisin er den legespesifikke delen av det større folkehelseomgrepet.



Det er i dag 482 yrkesaktive spesialistar i samfunnsmedisin. Spesialiteten er den sjette største, og det er langt fleire samfunnsmedisinarar i Noreg enn i våre naboland. Men talet på spesialistar har gått jamt ned dei seinare åra og gjennomsnittsalderen har gått opp med om lag eitt år pr år! Grunnen til dette relativt store talet på spesialistar, er den sterke tilknyttinga spesialiteten har hatt til kommunal teneste. Vi ser likevel at ein ikkje får legar med slik utdanning til å søkje dei samfunnsmedisinske stillingane i stat og kommune og ein ser at rekrutteringa til spesialiteten har stoppa opp. I fjor vart det godkjent seks nye spesialistar, og året før

fire! I Sosial- og helsedirektoratet som er ein stor samfunnsmedisinsk institusjon er det til dømes i underkant av ti prosent av legane som har samfunnsmedisinsk spesialitet.

«Vi treng legar som ikkje berre brukar mikroskopet, men som og brukar makroskopet. I dag er det slik at helse for den eine får meir vekt enn helse for dei mange», uttalte Nylenna. «Samfunnsmedisinen skal ikkje fjernast frå, men må frigjerast frå den kommunale sektor. Fortidas samfunnsmedisin handla mykje om hygiene og kontroll, framtidens handlar om informasjon og leing», heldt han fram.

Utredninga drøftar oppgåver og set søkelyset på betre stilingskildringar og bruk av medisinalmeldingar i det samfunnsmedisinske arbeidet. På kompetanseområdet er det eit ønske at ein byggjer bru mellom akademiet og praksis, at samfunnsmedisinen vert internasjonalsert og at universiteta får ei viktigare rolle. Utvalet tilrår at ein opprettar fleire heil- og halvtidsstillingar og at Sosial- og helsedirektoratet får ei leiande rolle som samlande fagmiljø på nasjonalt nivå.

Helsebibliotek og medisinalmeldingar

Det er samfunnsmedisinaren si rolle å hjelpe samfunnet til å treffe kloke og kunnskapsbaserte beslutningar om liv og helse. Kunnskap reddar liv, og vi må ta den i bruk, sa Arild Bjørndal frå Kunnskapssenteret. Saman med Sosial- og helsedirektoratet arbeider Kunnskapssenteret med å tilrettelegge eit nasjonalt elektronisk helsebibliotek (som snart vert lansert), der det og vil inngå eit samfunnsmedisinsk emnebibliotek.

Kommuneoverlege Anne Helen Hansen frå Tromsø snakka om gammaldagse medisinalmeldingar i ny form. Som legen har sin journal, må samfunnsmedisinaren dokumentere, analysere og informere om sitt arbeid i medisinalmeldinga – til befolkninga, media, politikarar og samarbeidspartnarar. Vi må definere vår praksis og kommunisere om denne og til denne med jamne mellomrom, variert og med lokal forankring. Her skal vi kaste lys over dei viktigaste sidene ved helseteneste og sjukdomsutvikling, få fram utviklingstrekk og foreslå tiltak. Slike meldingar trengs på alle nivå, i kommunen, på regionalt nivå og på nasjonalt nivå. Identiteten til vårt fag og vår stand vert skapt av dei produkta vi leverer, sa ho.

Kva meiner så Sosial- og helsedirektoratet?

Ikkje mindre enn fem direktørar på ulike nivå frå direktoratet var involverte i å arrangere og halde innlegg gjennom dagen. Det er eit uttrykk for at seminaret blei sett på som svært viktig i organisasjonen. Bjørn-Inge Larsen starta med ein marknadsanalyse av samfunnsmedisinen, han kalte det eit døydande fag og ein døydande spesialitet. Men samstundes med dette etterspør samfunnet den samfunnsmedisinske tenkinga under andre overskrifter og tema som folkehelse,

helsekonsekvensutredningar, helse- og sikkerhet, kvalitetsutvikling og prioritering. Men samfunnet etterspør ikkje samfunnsmedisinaren til å løyse desse oppgåvene.

Direktoratet vil legge fram eit handlingsprogram for Helse- og omsorgsdepartementet på dette området som inneheld tre element:

1. **Auke kompetansen.** Under dette vil det kome forslag om eit eige forskingsprogram og fagutviklingstiltak. Det vil bli ei endring av spesialistreglane, og vi må få fleire definerte utdanningsstillingar i kommune, foretak og statleg forvaltning. Vi må finne overgangsordningar for å få kliniske spesialistar til å kunne bli samfunnsmedisinarar etter eit kortare utdanningsløp enn for dei som startar rett frå turnustenesta.
2. **Organisere arbeidet betre.** Sosial- og helsedirektoratet vil ta rolla som samfunnsmedisinsk ressurs- og kompetansemiljø på nasjonalt nivå og vi må styrke rolla til fylkeslegane som samfunnsmedisinsk kompetansemiljø på regionalt nivå. Vi må styrke kommunane si rolle til å gjennomføre samfunnsmedisinsk arbeid på kommunalt nivå, bl.a. ønskjer vi å bevare lovkravet om ein medisinsk fagleg rådgjevar i kvar kommune (i motsetnad til det Bernt-utvalet har gått inn for). Vi vil oppdatere ein veileder i samfunnsmedisinsk arbeid i kommunal sektor og vi vil styrke det samfunnsmedisinske arbeidet med kvalitetsutvikling, samhandling og internkontroll. På nasjonalt nivå vil direktoratet gi ut si årlege medisinalmelding: Rikets tilstand.
3. **Auka ressursar.** Direktoratet vil for budsjettåret 2006 fremje eit forslag om ein opptrappingsplan for det samfunnsmedisinske arbeidet i norsk helseteneste.

Bjørn Guldvog brukte tsunamien som døme på kor viktig det er å ha personell med medisinsk fagleg bakgrunn på alle nivå når ein krisesituasjon oppstår. Det er den normale organiseringa som skal fungere også i slike høve, men behovet for oversikt, analyse og handlekraft vert mykje større i ein krisesituasjon. Det har vore mange store «nesten-pandemiar» dei siste åra, og vi må vere budde på fleire, aids, fugleinfluensa, sars, terrorisme og naturkatastrofer er berre nokre døme. I den kommunale kvardagen er beredskap for større og mindre ulukker i lokalsamfunnet ein del av dei samfunnsmedisinske kjerneoppgåvene.

Og kva meinte dei mange frammøtte?

Det var universiteta som kasta seg inn i debatten først: Frå ulike institutt både i Trondheim og Oslo var det stor vilje til å vere med å styrke utdanninga for samfunnsmedisinarar: Valfrie modular, arbeid med veiledningsbok og akademiske stillingar kunne NTNU tilby. Frå Universitetet i Oslo vart det tatt til orde for dei mange små forskingspro-

sjekta, og gjerne kople dette opp mot dei store forskningssatsingane mot RHF-sektoren. Bjørgulf Claussen meinte at det er begeistring som må til, direktoratet må ta si rolle, dei regionale helsefortaka må vere ressursenter på regionalt nivå og arbeid i den tredje verda må krediterast og gjerne inngå i samfunnsmedisinsk spesialistutdanning. Spesialistutdanninga kan gjerne vere eit fellesprosjekt mellom universitet, folkehelseinstitutt og direktorat meinte Marit Rognerud. Anders Grimsmo på link frå Surnadal etterlyste teoribygging rundt faget samfunnsmedisin og helseinformatikken si rolle for teori og praksis. Steinar Westin på linje frå Trondheim fann det rett å minne om den tradisjonelle samfunnsmedisinen, smittevern, miljøretta helsevern m.m. Det står framleis utfordringar i kø også på desse områda. Frå ein alliert i Norsk arbeidsmedisinsk forening, Ørn Terje Foss, fekk vi ei påminning om at det er pengemedisinen som rår. Det offentlege må ta ansvar for dei som fell utanfor. Det må sikrast lønsvilkår og stipendordningar for at samfunnsmedisinen skal kunne konkurrere i den interne legemarknaden. Gratis tilgang til helsenett for alle i offentlege stillingar kunne vere eit nyttig tiltak. Fleire uttrykte støtte til behovet for å sikre eit godt lovgrunnlag for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane. Det kom forslag om å få meir samfunnsmedisin inn i grunnutdanninga, arbeide for ei breiare metodisk forankring for faget og å setje helse og ulikhet på dagsorden. Legen er ein del av det samfunnet han/ho bur i, og som ein lærer om lege/ pasientforholdet i studiet, må ein og lære om lege/ samfunnsforholdet sa Bjørn-Inge Larsen mot slutten av debatten.

Og kva skjer etter dette?

Gunn-Elin Bjørneboe oppsummerte dagen med å slå fast at Sosial- og helsedirektoratet vil lage ein felles plan for det vidare arbeidet saman med universiteta. Vi må slutte å klage og heller arbeide for å få norske legar til å ville bli samfunnsmedisinarar. Den merksemda som fagområdet no har fått gjennom desse to utredningane gir kraft i det vidare arbeidet. Det må gje både prestisje, kompetanse og lønn å bli ein spesialist som ser heilheten og som er med og set dagsorden for den faglege debatten og utviklinga i forholdet mellom medisin og samfunn.

Det trengs ei merkevarebygging for samfunnsmedisin der menneske står i fokus. Arbeidet vil motivere og fordre mange alliansar på ulike nivå slo Bjørneboe fast til slutt. Så la oss andre som var der håpe at dette skjer, og det helst litt fort!

Referert slik Frode Forland hørte noko av det som blei sagt:

Ref: Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin, <http://www.shdir.no/assets/13345/SamfmedRapport.doc>

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Ebixa®

memantine

– Verdt å huske på!

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

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

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 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 legemiddelintak. 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 deksametofan 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 vegetarkost, 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 deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortizid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizid er mulig.

Graviditet/Amming: 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, kramppe, 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. Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.
2. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341.

H. Lundbeck A/S

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.