



Innhold:

LEDER: Full kontroll over medikamentforskrivningen AV JANNIKE REYMERT	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Ragnar Hansen AV GUNHILD FELDE	2
Helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne flyktninger AV REIDUN BRUNVATNE	6
Allmennmedisinske utfordringer. AV IVAR SKEIE	9
Røykeloven. AV ANDERS SVENSSON	12
Maharishi Ayurveda – et supplement til den daglige praksis AV LARS RASMUSSEN	15
Rett på sak om årsakene til livsstilsykdommer BOKANMELDELSE VED IVER MYSTERUD	18
Maten og helsa vår. AV SVEIN O. KOLSET	21
Doktor. På mitt sted. I min tid OLAV RUTLES MINNEFORELESNING 2004. AV ELISABETH SWENSEN	23
Praksisbesøk Russland . AV RISTEN ANNE UTSI	27
Praksislærekurs USA. AV TORALV LURA	31
Risikoreduksjon i praksis – hvem skal tilbys hva og når AV JANNIKE REYMERT	36
Det er sus over praksiskonsulent- ordningen ved SUS. AV OLAV THORSEN	40
Faste spalter	42

Full kontroll over medikamentforskrivningen?

De siste årene har jeg blitt tiltagende usikker på om min forskrivningspraksis gavner mine pasienter. Enda verre er det at jeg er usikker på hvordan jeg skal skaffe meg «sann» informasjon om hva som faktisk er bra for mine pasienter.

Hvem svelget ikke reklamen om den gunstige bivirkningsprofilen til COX 2-hemmerne? Hvem av oss kunne ha etablert alternativ kunnskap om uheldige coronare bivirkninger før industrien selv motvillig offentliggjorde det de hadde visst i flere år før de trakk tilbake medikamentene?

Å stå opp og late vannet om natten har det siste året fått rikelig omtale i media som et stort medisinsk problem. (Når skal journalistene slutte å la seg bruke til å reklamere for legemiddelindustriens produkter med disse oppslagene?) Seks av ti voksne mennesker går visstnok mer eller mindre i en søvntåke år ut og år inn pga grunn av urinblæras imperative trang til å tømme seg gjentatte ganger hver natt! I løpet av kort tid kommer det nå flere nye medikamenter mot akkurat dette «store» folkehelseproblemet. Med enda flere medieoppslag skal vi altså snart sitte ovenfor våre pasienter og «gå god for» disse nye preparatene som sikkert bedrer hverdagen til en del av dem. Men kan vi med hånden på hjertet være sikre på at dette er trygge medisiner som mange av våre pasienter totalt sett vil ha nytte av? Jeg har ingen kunnskap om at disse preparatene er spesielt farlige eller vil bli trukket tilbake i løpet av noen år, men ubehaget mitt er at jeg ikke vet det sikkert og ikke stoler på informasjonen fra industrien.

Også kvinners manglende lyst på sex skal nå bli et medisinsk (les:farmakologisk!) problem. Her kommer det snart nye behandlingsalternativer: testosteron skal være svært så effektivt skal vi tro reklamen. For mange av oss høres akkurat det ut til å være i drøyeste laget, har jeg så mange kvinner på min liste som er villig til å ta i bruk mannlige kjønnshormoner for et problem de med selv den minste grad av egeninnsikt innser at har helt andre årsaker?

Vi leger utsettes for et gedigent krysspress: både pasientene, spesialistene på universitets-sykehusene og legemiddelprodusentene skviser oss opp i et hjørne der vi i vårt eget tidspres lokkes til å velge den lettvinde løsningen: å skrive ut resept på det nye vidundermiddelet som «alle» har hørt om og pasienten spør om å få. Og så sitter vi der da, gang etter gang, når medikamentene eller behandlingsindikasjonene er trukket tilbake og skal forklare pasienten at det vi skrøt av i fjor er blitt farlig i år. Hvis pasienten som i høst måtte slutte med et COX 2-hemmer er en kvinne i 50-åra, husket de nok så alt for godt hvor ufarlig østrogener var for tre år siden og våre fårete forsøk på å forklare hvorfor de plutselig ble «farlige» sommeren 2003. Hvor mange slike medikamentskandaler tåler vi før tiltroen til våre kunnskaper svekkes blant våre pasienter?

Og akkurat her finner vi kanskje en vei ut av uføret: Når det kommer stadig nye farmakologiske behandlingsmuligheter må vi finne vår beste (og nærmeste!) alliansepartner: pasientene selv. Jeg tror ikke alle spørsmål fra mine pasienter om en tilstand eller et medikament som har fått stort pressoppslag nødvendigvis er en bestilling på dette medikamentet. Jeg opplever stadig at pasientene blir glad for at jeg åpner for en samtale om hva de faktisk kan regne med å oppnå og hva de risikerer ved bruk av både nye og gamle medikamenter. Kunsten er å gi en saklig og reflektert informasjon, være ærlig på at det er mye vi faktisk ikke kan vite med sikkerhet og så spille ballen tilbake til pasienten: Hva synes de om mulig effekt og potensiell risiko?

Vår nye legerolle som konsulent og ikke den opphøyde legen som «vet alt» blir svært tydelig her: i stedet for å vite hva som er best for våre pasienter og bestemme hvilke medisiner de skal ha må vi stadig øve oss på å legge frem fordeler, ulemper og usikkerhet ved ulike behandlingsalternativer og så la pasienten selv bestemme om de vil bruke de medikamentene som er på markedet for øyeblikket eller om de heller vil leve videre uten dem.

Jannike Reymert

Utpostens dobbeltime

Organisering av helsetjenesten
for asylsøkere og flyktninger
i en mindre kommune på
Vestlandet

FASTLEGE OG KOMMUNELEGE II I KVAM:

Ragnar Hansen

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Reidun Brunvatne beskriver i dette nummeret av Utposten organisering av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger i tettliggende, store kommuner i sentrale strøk. Mange av mottakene rundt i landet ligger imidlertid ofte i små utkantkommuner der det ligger til rette for en annen organisering av tjenesten. For å belyse mulighetene på dette området i en liten kommune har

Utposten fått en dobbelttime med kommunelege II og fastlege i Kvam herad i Hordaland, Ragnar Hansen. Siden 2001 har han hatt det medisinske ansvaret på Helsestasjon for flyktninger og han er også fastlege for de fleste asylsøkerene og mange av de fastboende flyktningene. I samarbeid med kommunen og en dyktig helsesøster har han engasjert seg i å utforme en stabil og god helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger.



Ragnar Hansen

født 1973, cand.med. 1999
i Bergen, turnus i Førde og Naustdal, militærtjeneste som skipslege på Håkonsvern, kommunelege I og fastlege i Kvam siste tre og et halvt år.

– Kan du gi en beskrivelse av hvordan helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger er organisert i Kvam?

– Kvam Statlege mottak er organisert i to avdelinger i kommunen. Den største avdelingen er lokalisert i Strandebarm og en mindre i Norheimsund. Flyktningekontoret i kommunen har driftsansvar for asylmottaket i tillegg til at de har et ansvar i forhold til de fastboende flyktningene. Kommunen driver også Helsestasjon for flyktninger. Denne helsestasjonen betjenes av en helsesøster i 75 prosent stilling. Hun organiserer driften og er koordinator for helsetjenestene. Stillingen min på helsestasjonen utgjør 20 prosent, altså en dag hver uke. Helsestasjon for flyktninger samarbeider tett med mottaket, og det er også eget helsesøsterkontor og legekantor på mottaket på Strandebarm. Dagen min på helsestasjonen brukes hovedsakelig til å gjennomføre den lovpålagte førstegangsundersøkelsen av alle nyankomne kvoteflyktninger, asylsøkere på mottak og nye fastboende flyktninger. Dette er et viktig kartleggingsarbeid. I tillegg har jeg oppfølgingsarbeid og ordinære helsestasjonskontroller for barn. Det blir også en del papirarbeid i forhold til gjennomgang av tilsendte journaler, utarbeiding av legeuttalelser og ellers kommunikasjon og rådgiving for mottaket i spesielle spørsmål. Stikkord for arbeidet vårt

med asylsøkere og flyktninger er tilgjengelighet og fleksibilitet, og dette er mulig på grunn av kommunens størrelse og kontinuitet på personellsiden. Når det gjelder smittevern, er det for denne gruppen som for den øvrige befolkningen, underlagt smittevernlegen i kommunen.

– *Mange mener at fastlegeordningen ikke innebærer noen fordel for denne gruppen. Det tar ofte tid før asylsøkeren får fastlege og i tillegg kan den første tiden preges av flytting. Hvordan fungerer overgangen fra den første kontakten på Helsestasjonen til at alle får sin fastlege hos dere?*

– Når jeg knytter kontakt med alle asylsøkere og flyktninger ved førstegangsundersøkelsen, er det ofte naturlig at jeg også blir fastlege i etterkant. Etter den første kartleggingen får jeg et kjennskap til alle og det er etablert en kontakt. Ved denne kontinuiteten unngår vi det tomrommet som ofte oppstår der mange kan falle mellom to stoler. Flyktningebarna følges opp videre av helsesøster og lege på helsestasjonen. Det hender ofte at jeg får fastlegeoppgaver for asylsøkerene også før de har vært til første gangs helseundersøkelse og jeg prøver å være fleksibel på dette punktet. Totalt sett er dette et spørsmål om arbeidskapasitet. 90 prosent av listepasientene mine er jo nordmenn og fastlegefunksjonen for asylsøkere og flyktninger er betydelig mer tidkrevende enn for gjennomsnittsbefolkningen.

– *Kommunens ansvar overfor asylsøkere og flyktninger etter kommunehelsetjenesteloven innbefatter helsetjeneste og psykososiale tiltak samt miljørettet helsevern. Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om helsetjenestetilbud for asylsøkere og flyktninger beskriver at det så snart som mulig etter ankomst til mottak i kommunene skal opprettes en kontakt med helsepersonell og gjennomføres en første vurdering av helsetilstand og behov for tjenester. Helseundersøkelsen bør som minimum omfatte samtale med sykepleier og legeundersøkelse der det avdekkes helseproblemer. Hvordan har dere valgt å legge opp førstegangsundersøkelsen?*

– Vi forsøker å gjennomføre den første kontakten innen fire uker etter ankomst til kommunen. Førstegangsundersøkelsen er en kartlegging av både den psykiske og somatiske helsetilstanden. I tillegg er det viktig å gi informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer hos oss og hvor de kan få hjelp ved sykdom. Førstegangsundersøkelsen er delt mellom lege og helsesøster. Hos oss får alle en kartlegging hos lege. Denne delen har vi standardisert gjennom et eget skjema som senere følger pasienten som informasjon til fastlegen. Skjemaet inneholder først en del formaliteter med navn og fødselsdata, hvilken status personen har (overføringsflyktning, asylsøker, innvilget asyl etc), flukttidspunkt, opprinnelsesland, etnisk bakgrunn, språk, sivilstatus, transittland, familie i Norge og hjemlandet og tolkespråk. Deretter følger opplysninger fra transittmottak om pirquet, skjermbilde, BCG, hepatitt, HIV og andre laboratorieprøver. Helsesøster følger senere opp det som eventuelt



mangler her. Hun går også igjennom vaksinasjonsstatus. Videre tar jeg opp en anamnese på tidligere sykdommer, og spesielt smittsomme sykdommer, og deretter nåværende helseproblemer og medikamentbruk. Det gjøres en somatisk status presens og en oppsummering med vurdering av hva som eventuelt må gjøres av utredning.

På den psykososiale siden tar jeg også opp anamnese. Jeg forsøker å kartlegge om personen har symptomer i form av for eksempel søvnproblemer, mareritt, depresjon, økt irritabilitet, håpløshetsfølelse eller nedsatt matlyst. Mange kan være preget av traumatiske hendelser og dersom jeg får mistanke om dette går vi videre med egen psykosomatisk kartlegging etter standardisert skjema. Dette gjøres ofte i samarbeid med helsesøster. Vi spør da om personen har vært vitne til eller selv har vært utsatt for tortur, fysisk vold eller andre ekstreme påkjenninger, vært vitne til drap eller levd i dekning. Dette er generelle spørsmål og vi vil ikke presse pasienten til å konkretisere uten at han selv føler seg klar for det.

Helsesøster følger opp med tilbud om laboratorieprøver i den grad dette ikke allerede er gjort samt vaksinasjon og oppfølging av barn. Helsesøster skal være lavterskeltilbud for helsetjeneste og hun har faste trefftider på mottaket. I likhet med andre mottak siler og løser helsesøster mange av spørsmålene som dukker opp. Vi har hyppig kontakt på telefon gjennom hele uka i forbindelse med ulike problemer og samarbeidet fungerer utmerket. Hun har også oppfølging av bofaste flyktninger.



– *Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet presiserer at det så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet ikke skal innledes langvarig behandling ved mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden. Hvordan avgrenser du arbeidet på helsestasjonen med hensyn til utredning og håndtering av problemstillinger som krever videre oppfølging, også i forhold til hva som skal sendes videre til fastlege?*

– Jeg synes graden av videre utredning ofte gir seg selv. Asylsøknader tar ofte lang tid og i praksis må problemer avklares på vanlig måte og behandles som hos andre pasienter med mindre det er snakk om spesielt langvarig behandling. I forhold til hva vi følger opp på helsestasjonen og hva som føres over til fastlegen, er det ofte en glidende overgang ettersom jeg også ofte fungerer som fastlege for mange. Det er ofte avhengig av hvor stor kapasitet vi har på helsestasjonen. I utgangspunktet har vi ingen begrensninger på hva som kan taes opp på helsestasjonen, men forsøker å avgrense etter hvert. Noe fleksibilitet her er viktig, også for å avlaste den ordinære helsetjenesten i kommunen.



– *Tolketjeneste er ofte en nødvendig forutsetning for en god helsetjeneste. Kommunen skal ved behov sørge for kvalifisert tolkehjelp i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister (Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet). Hvilke tanker har du rundt dette og hvordan organiseres dette hos dere?*

– Jeg er svært opptatt av at vi i hvert enkelt tilfelle må ha **tilstrekkelig** tolkehjelp. For noen kan det være vanskelig med telefontolk og vi har problemer med å få en god nok kommunikasjon. I andre tilfeller ser vi at tilstedetolk ikke er heldig og pasienten føler det ubehagelig med en tredje person tilstede. Som regel vil det bli brukt telefontolk ved første konsultasjon da dette er det rimeligste alternativet. Det må da vurderes om dette er tilstrekkelig eller om det er nødvendig med tilstedetolk ved eventuelle senere konsultasjoner. I så stor grad som mulig unngår vi å bruke familie og venner som tolk. Ansatte på mottaket med fremmedspråklig bakgrunn bør og skal ikke brukes selv om dette økonomisk er rimelig og enkelt å få tak i. Jeg har gått flere runder med kommunen på dette og anser det som en viktig forutsetning for et tilfredsstillende helsetilbud som ivaretar pasienten og dennes følelse av konfidensialitet i møte med lege. Jeg opplever at det generelt er forståelse for dette i kommunen nå.



Hos oss er det flyktningkontoret som koordinerer og tar imot bestillinger på tolk. De kan også samkjøre med andre i kommunen som kan trenge samme tolk slik at ressursene utnyttes best mulig. De har i samarbeid med oss utviklet retningslinjer for bestilling og skjema for dette. Her melder vi inn tolkebehovet og får beskjed tilbake så snart bestillingen er klar

– *En utfordring i møte med denne gruppen kan ofte være mange diffuse symptomer og smerter. Kan du dele noen tanker rundt håndtering av dette?*

– I utgangspunktet forsøker jeg å ta somatiske symptomer på alvor som hos andre pasienter og utelukke en somatisk årsak så langt det er rimelig før en konkluderer med at det er snakk om somatisering av psykiske plager. I tillegg til diffuse kroppssmerter er utmattelse og søvnløshet symptomer vi ofte møter. Dette kan være sammensatte problemer og ha sammenheng med blant annet usikkerhet om framtida, tanker på familien og tidligere traumer. Det er viktig å snakke med dem om søvnløsheten og mulige årsaker til det. Mange er vant til store, tunge måltider på kvelden, noen kan få uheldig døgnrytme på grunn av lite å fylle dagene med.

I tillegg har mange «brakkesyke», det vil si symptomer av å bo tett med ukjente mennesker med til dels store plager kombinert med mangelfullt tilbud på dagtid.

Tidligere hadde asylsøkerne rett til norskundervisning. Denne medførte at alle måtte stå opp til fast tid for å gå på skolen og strukturerte dagene sine deretter. Denne retten har falt bort og mange har av den grunn fått en dårligere døgnrytme. Mottaket her i kommunen har nå startet opp frivillig norskundervisning med frivillige lærerkrefter og egen avis og internettside. Dette er positivt for trivsel og helse.

– *En kan noen ganger få inntrykk av at det for enkelte asylsøkere er vanskelig å stole på at helsepersonell ikke gir opplysninger videre til myndighetene. Hvordan kan vi oppnå en tillit på dette området?*

– Det er viktig å forklare spillereglene rundt taushetsplikt ved første møte og presisere at det ikke er noen kontakt mellom helsetjenesten og myndighetene uten at pasienten ber om eller samtykker til det. Personellet på mottakene kan i en del tilfeller derimot ha rapporteringsplikt hvis de får kjennskap til forhold som kan påvirke søknaden. Det er derfor svært viktig at det avklares med pasienten hvis det i noen tilfeller er tjenlig at vi tar kontakt med mottaket, for eksempel om praktiske forhold som kan påvirke helsestilstanden. Det er også viktig at personell på mottaket som hovedregel ikke brukes som tolk selv om de snakker pasientens språk. Dette er ikke fordi jeg ikke stoler på at miljøarbeiderne overholder taushetsplikten, men fordi rollene blir forvirrende og uklare for asylsøkeren.

– *Bak en velfungerende helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger må det ligge en bevisst vilje og satsing fra kommunen, også økonomisk. Selv om kommunene får overført midler til dette arbeidet, vet vi at kvaliteten på helsetjenesten er sterkt varierende og at midlene ikke er øremerkede. Det å ha en egen legestilling og gjennomføre en legeundersøkelse for alle asylsøkere og flyktninger er ikke noe alle kommuner prioriterer.*

Har du noen tanker om hva som skal til for å bedre denne helsetjenesten generelt?

– Det er viktig at helsepersonell samarbeider med kommunen som driftsoperatør i å utforme innholdet i helsetjenesten. Vi som faggruppe må kunne definere hva en god helsetjeneste må inneholde og ikke gå på akkord med egne premisser. Dette vil for eksempel gi seg utslag i at vi ikke kan gå med på å bruke billige og dårlige tolkemuligheter som kan forringe kommunikasjonen mellom lege og pasient i konsultasjonen. Jeg registrerer at det til tider kan være ekstraavgifter til for eksempel riktig og kvalifisert tolk i forhold til å benytte familie, ansatte på mottak eller ved noen tilfeller telefontolk. Ikke desto mindre er det i slike tilfeller viktig å være klar på hva vi kan vinne på å gjøre en god jobb. Spesielt i kartleggingssituasjonen er dette viktig og jeg har flere ganger opplevd at unøyaktig kommunikasjon har medført at sykdom og tilstander er blitt oversett. Dette kan igjen medføre bruk av ekstraressurser i form av flere konsultasjoner, innleggelse som kunne vært unngått, misforståelse angående medisiner og så videre. Når det gjelder å ha en legestilling på helsestasjonen tror jeg ikke dette er spesielt dyrt for kommunen i forhold til hva det ville koste med kjøp av tilsvarende tjenester hos fastlegen. Jeg vil også nevne at vi i Kvam har en dyktig og engasjert helsesøster.

– *Det kan framkalle irritasjon og slitasje når komplekse problemstillinger, språk- og tolkeproblemer og kulturforskjeller skal inn i vårt knappe tidsskjema. Hva er grunnen til at du har valgt å engasjere deg i dette arbeidet?*

– Faglig er det et utfordrende arbeid. Det er ofte store behov og mye patologi både somatisk og psykisk. En møter infeksjonssykdommer som ikke er vanlig i den norske befolkningen og andre somatiske ubehandlede tilstander som vi sjelden ser ellers. Mange har vært utsatt for overgrep og traumer med de utfordringer dette gir. På den annen side har jeg, som de fleste, erfart de negative sidene ved det å forholde seg til mennesker som ikke kjenner spillereglene i vårt helsesystem. Det er svært viktig å bruke tid på å forklare hvordan systemet fungerer. Allikevel unngår en aldri at det blir noe frustrasjon på begge sider. Det å få kompetanse på et felt som mange vegrer seg for å gå inn i, opplever jeg også inspirerende. Jeg vil fortsette med dette så lenge jeg finner det motiverende og så lenge premissene er til stede for å gjøre en god jobb.

Kilder:

- Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet: «Helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger» 2003.
- Reidun Brunvatne, Kari Hynne og Per Hjortdal: Flyktninger i primærhelsetjenesten (skriftserie for leger, utgitt av DNLF).
- Skjema til bruk ved førstegangsundersøkelse, Statens helse-tilsyn

Helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne flyktninger

Interkommunalt samarbeid i Vestfold

AV REIDUN BRUNVATNE

Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1022 «Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøker», trekker opp retningslinjer for de helsetjenester som skal tilbys flyktninger og asylsøkere. Veilederen gir en kortfattet beskrivelse av de helsemessige problemer som er spesielle for flyktninger og asylsøkere. Den gir også konkrete råd om hvordan primærhelsetjenesten kan møte de utfordringer som disse helseproblemer innebærer.

Asylsøkere og nyankomne flyktninger skal tilbys en somatisk og psykososial første gangs helseundersøkelse og adekvat behandling/intervensjon slik at de får:

- tidlig hjelp med somatiske sykdommer, inklusive smittsomme sykdommer
- tidlig hjelp med psykososiale problemer
- tidlig hjelp med funksjonshemming
- en god start på sitt forhold til norsk helsevesen
- helsemessig hjelp slik at de er best mulig rustet for å få utbytte av kommunene introduksjonsprogram

Flyktninger og asylsøkere har rett på et primærlegetilbud, og enkelte voksne har rett på hepatitt B-vaksine og/eller rubellavaksine. I tillegg har alle barn rett på oppfølging fra lokal helsestasjon.

Psykiske problemer

Psykiske lidelser forekommer oftere hos asylsøkere og flyktninger enn ellers i befolkningen. Hos den enkelte asylsøker og flyktning må helsetilstanden ses i sammenheng med forholdene som førte til flukten og hvilket geografisk område vedkommende kommer fra.

Tortur fører ofte til psykiske problemer. Beregninger av andelen asylsøkere/flyktninger som har vært torturert varierer fra fem prosent til tredve prosent, avhengig av asylsøkerens/flyktningens opprinnelsesland og hvilken definisjon av tortur man bruker.



Reidun Brunvatne, født 1938.

Embetseksamen i Oslo 1969. Spesialist i allmennmedisin og barnepsykiatri.

Har en bred bakgrunn fra blant annet 12 år i allmennpraksis i Stokke, 6 år som seksjons-overlege ved «Senter for internasjonal helse» i Oslo og 2 år som distriktsleder i Botswana for Norad. Jobber nå som primærlege for asylsøkere i Stokke, Nøtterøy og Tønsberg.

En rekke nyere undersøkelser viser at psykiske lidelser i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksil-situasjonen, som innebærer en rekke tap, sosialt og statusmessig.

Ventetiden i mottak, med passivitet og usikkerhet i forhold til søknad om opphold, utgjør en betydelig påkjenning som øker med varigheten av ventetiden.

Mange flyktningfamilier har det vanskelig. På grunn av traumer og tap er det ofte de voksne ikke makter sin rolle som kompetente foreldre. Dette kan føre til rolleforskyvninger i familien og, i verste fall, omsorgssvikt.

Smittsomme sykdommer

Forekomsten av alvorlige smittsomme sykdommer hos asylsøkere/flyktninger gjenspeiler forekomsten i hjemlandet. Det er vesentlig at sykdom raskt identifiseres og behandles. Dette gjelder framfor alt tuberkulose. Det er derfor et betydelig smittevernarbeid som må utføres.

Oppsporing og behandling av smittsomme sykdommer, vil også ha betydning for det samfunnet som asylsøkere/flyktninger skal oppholde seg i, og spare en god del ressurser både i forhold til kommunehelsetjenesten og i forhold til spesialisthelsetjenesten som kan forholde seg til en kjent smittestatus ved f.eks. innleggelse.

Bruk av tolk

Ifølge lovverk og retningslinjer har flyktninger og asylsøkere krav på at konsultasjon hos helsepersonell foregår på et språk de forstår. Det vil oftest medføre at det må brukes tolk. Det er behandlers ansvar å bestille tolk, og utenfor institusjon er det kommunens ansvar å betale for tolk. Det er kvalitetsmessig stor forskjell mellom en konsultasjon med profesjonell tolk og en konsultasjon med en tilfeldig oversetter.

Kommunikasjon og tidsbruk

Når all samtale skal gjennomføres ved bruk av tolk, tar selve konsultasjonen dobbelt så lang tid. I arbeid med flyktninger og asylsøkere går det også med mye tid til å forklare en rekke enkle, og for dem, ukjente forhold slik som egenandelskort/frikort, blå resept/hvit resept, rutiner for henvisning til spesialist og sykehus osv. Mange flyktninger er også fremmede for vestlig medisin. Det kan være nødvendig med tidkrevende kommunikasjon for å komme fram til en felles forståelse, slik at compliance oppnås. Tidkrevende er det også at en nyankomne flyktninger ofte har mange og komplekse sykdomstilstander og gjerne vil ha hjelp med alt på en gang.

Fastlegeordningen og flyktninger/asylsøkere

Det er mulig å gi et godt tilbud innenfor fastlegeordningen, men det krever at legen er spesielt interessert og engasjert. Det er krevende å ha asylsøkere og nyankomne flyktninger i en vanlig fastlegeordning.

Erfaring har vist, spesielt for asylsøkere, at det kan være vanskelig å skaffe legehjelp. Dette har flere årsaker. Asylsøkerne har ikke personnummer, og det kan ta lang tid før de får et såkalt D-nummer, som gjør det mulig for dem å stå på en fastlegeliste.

Selve fastlegeordningens *struktur* passer dårlig for asylsøkere. Asylsøkerne har oftest ikke erfaring med å timebestilling og de kan, av språklige årsaker, ikke ringe for å bestille time. De dukker derfor uanmeldt opp på legekantoret. Bestilling av tolk medfører også arbeid for legens medarbeider. Hvis ikke arbeidet er godt planlagt, er det en risiko for at konsultasjonen foregår på for knapp tid og uten profesjonell tolk. Det kan medføre overfladisk symptombehandling og symmeldinger som får uheldige konsekvenser for flyktningen på lang sikt. I verste fall er både flyktning og lege frustrert etter konsultasjonen.

Spesielt tilrettelagt helsetjeneste

Erfaring fra mange kommuner viser at primærhelsetjeneste til asylsøkere og nybosatte flyktninger best ivaretas ved en egen helsetjeneste for gruppen. Et spesielt tilrettelagt helsetjenestetilbud, med fastlønnet personale, vil i de fleste kommuner være mest hensiktsmessig. Når bosatte flykt-

ninger har vært i landet i noen tid, vil de fleste helsemessige begynnerproblemer være ryddet av veien. Da er tiden kommet for vellykket overføring til den ordinære fastlegeordningen. Selvsagt har flyktninger også på ethvert tidspunkt rett til å velge seg en fastlege framfor det spesielle tilbudet.

Asylsøkere flytter mellom mottak eller blir bosatt. Videre- sending av helseopplysninger ved flytting er vesentlig. At helseopplysningene videresendes er gunstig for asylsøkeren, ressursbesparende for samfunnet og *nødvendig* når det gjelder resultat av tuberkulosescreening og oppfølging. Fastleger har vanligvis ikke rutiner som ivaretar dette. En tilrettelagt helsetjeneste vil se på videresending av helseopplysninger som en meget viktig del av arbeidet.

Det kan imidlertid være vanskelig for hver kommune på egen hånd å etablere et slikt helsetjenestetilbud. *Et interkommunalt samarbeid kan derfor være løsningen.*

Vestfoldmodellen

I innværende år vil noen kommuner sentrert rundt Tønsberg gå sammen om en spesielt tilrettelagt helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne bosatte flyktninger, inklusive familiegjenforente. Utgangspunktet var at Vestfold fylkesting i juni 2003 vedtok en femårs plan med tittel «Respekt og Samspill». Denne planen inneholdt en rekke prosjekter som fylket støttet med prosjektmidler. Et av prosjektene var å utrede muligheten for interkommunalt samarbeid om helsetjeneste til asylsøkere og flyktninger. En oppnevnt ar-



beidsgruppe hadde sin utredning, kalt «Senter for migrasjonshelse», ferdig i februar 2004. I utredningen foreslås det et samarbeid om flyktninghelsetjeneste for noen kommuner i Tønsbergregionen. I utredningen foreslås det at det opprettes et team bestående av primærlege, helsesøster, psykolog og sekretær.

Senteret skal fungere som en utvidet primærhelsetjeneste. Mye kartlegging og forebyggende arbeid av flyktninger i alle aldre kan utføres av helsesøster. Legen kan da konsentrere seg om rene legeoppgaver. Flyktninger med psykososiale problemer kan få rask kartlegging og intervensjon av psykologen. Dermed vil bare personer med de mest alvorlige psykiske plager bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Barn skal i tillegg følge det ordinære opplegg ved den kommunale helsestasjon.

Politisk behandling i kommunene

Utredningen ble i 2004 politisk behandlet i berørte kommuner. Samarbeidet er nå vedtatt av flere av kommunene, slik at det i skrivende stund anses temmelig sikkert at det vil bli etablert et interkommunalt «Senter for migrasjonshelse». Det som nå er gjenstand for politisk behandling er hvorvidt kommunene også skal samarbeide om implementering av introduksjonsloven. Lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere trådte i kraft 1. september 2004. Den innebærer at alle nye voksne bosatte flyktninger skal tilbys et individuelt tilrettelagt introduksjonsprogram i form av språkopplæring og arbeidsintegrering. Flyktningene på sin side har rett og plikt til å delta i programmet. En samlokalisering av de to funksjonene, migrasjonshelse og integrasjonsprogram, er en aktuell mulighet.

Fordeler med interkommunalt samarbeide

Ved et interkommunalt samarbeid vil helsetjenesten bli så stor at de ansatte utgjør et lite team, som kan gi hverandre gjensidig psykologisk støtte. At arbeidet med flyktninger er krevende vet både helsepersonell og flyktningkonsulenter som arbeider alene. Det er ofte tungt å ta del i de mange tragedier som flyktningene lever med, hvis man ikke har kollegaer å snakke med. Som ansatt er de sårbare i krysspresset mellom flyktningene og det øvrige samfunn. Mange som arbeider alene i en slik setting gir opp, og verdifull erfaring går tapt. Kollegial støtte kan være det som skal til for å holde ut.

Bruk av tolk vil rasjonaliseres og brukes mer kostnadseffektivt ved at arbeidsdagen planlegges slik at man fortløpende har flere flyktninger tilhørende samme språkgruppe.

En interkommunal helsetjeneste vil være stor nok til å ha tilgjengelighet på dagtid. Dermed vil belastningen på legevakten bli mindre.

At helsetjenestens personell samarbeider nært sammen med asylsøkmottakets personell og med kommunens flyktningkonsulenter er hensiktsmessig. I dette samarbeidet må man ta hensyn til helsepersonellens taushetsplikt, men ikke la denne bli et hinder for nyttig samarbeid.

På spørsmål om flyktningen ønsker at legen/helsesøster skal informere flyktningkonsulent eller mottaksansatte om konkrete helseproblemer svarer de fleste ja.

Hvor kan interkommunalt samarbeid være hensiktsmessig?

Interkommunalt samarbeid vil være hensiktsmessig der kommuner ligger tett og der det er god tilgang på offentlig kommunikasjon inn mot et naturlig sentrum. Mange kommuner samarbeider allerede om norsksopplæring, tjenester fra Aetat og det nye introduksjonsprogrammet. Da vil samarbeid om helsetjenestetilbud også være en mulighet.

Relevante offentlige dokumenter

- Sosial- og helsedirektoratet: Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. 2003
- Sosial- og helsedirektoratet: Praktisering av ny bestemmelse om avvergeplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse. 2004
- Lov om helsetjenesten i kommunene. 1982
- Lov om pasientrettigheter 1999
- Lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere, 2003. I forskrift til loven påpekes helsetjenestehelsetjenestens rolle i gjennomføring av introduksjonsprogrammet.
- Lov om helsetjenesten i kommunene. 1982
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer. 1995 med Forskrift om «Første gangs undersøkelse» IK-2595 og Forskrift om tuberkulosekontroll I-1077 B 2002
- Lov om barneverntjenester. 1992 og Lov om endringer i Lov om barneverntjenester 1997
- Lov om introduksjon for nyankomne innvandrere m.v. 2003. I forskrift til loven påpekes helsetjenestehelsetjenestens rolle i gjennomføring av introduksjonsprogrammet.
- Statens helsetilsyn: I-23/99 Retningslinjer for tannhelsetjenester til innvandrere og asylsøkere i statlig mottak. Ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger
- Sosial- og helsedepartementet: Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden. 2000
- Sosial- og helsedepartementet: I-27/2000: Rundskriv om endring i «Blåreseptforskriften» og Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden
- IK 27/93 Tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere
- IK 15/93 Helseundersøkelse og vaksinasjon av barn fra land utenfor Vest-Europa
- IK-36/93 Tilbud til voksne kvinner om immunitetstesting og vaksinasjon mot Røde hunder (Rubella)
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: Smittevern 5: Smittevern håndbok for kommunehelsetjenesten
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: Forebygging og kontroll av tuberkulose
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: MRSA

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@senswave.no

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys

på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige,

uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktor-skolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag.

Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

AV IVAR SKEIE

Utposten vil i en serie artikler i de kommende nummer kaste lys på en del temaer som ofte oppfattes som «vanskelige» i allmennmedisinen. Dette kan være temaer som kan virke uklare, diffuse og som vi har lært lite om på doktor-skolen – kanskje noe mer gjennom spesialistutdanningen allmennmedisin – men som vi i vår praktiske arbeidshverdag opplever som vanskelige, ja til og med som ubehagelige. Dette kan være grå – om ikke hvite – flekker på det allmennmedisinske kartet, ting som i utgangspunktet kan virke skjulte, men som det er viktig å grave fram, definere og sette ord på. Dette er ofte fenomener som det er blitt lagt lite vekt på i den klassiske medisinske vitenskapen, men som etter hvert blir gjenstand for (allmenn)medisinsk forskning.

Serien er ikke ferdig planlagt, men redaksjonen har en del ideer og en del prosjekter på beddingen. En del artikler vil vi aktivt bestille, men vi vil også gjerne ha en samhandling med leserne om temaer, og vil oppfordre leserne til å sende inn reaksjoner og synspunkter, og å komme med egne artikler om det som oppfattes som de grå feltene på kartet.

Vi kaller serien «allmennmedisinske utfordringer» og tar utgangspunkt i det allmennmedisinske, og da gjerne til forskjell fra det «spesialistmedisinske». Men hva er forskjellen mellom disse to delene av den medisinske verden?

Kvalitativ forskjell

Mye er sagt og skrevet om hva som er særegent ved allmennmedisinen i forhold til sykehusmedisinen. Allmennpraktikeren er «generalist», skal vite noe (egentlig en god del!) om det meste, mens «spesialisten» skal ha (full?) dybdeoversikt på sitt avgrensede spesialfelt. For lenge siden (før allmennmedisinenes gullalder fra 1970-tallet) ble allmennpraktikeren kanskje nettopp sett på som en som kunne litt om det meste, som en slags annenrangs lege i forhold til spesialisten, og holdningen var at den egentlige medisinen var knyttet til sykehusene.

Dette har forandret seg. Selv om utviklingen de siste 30–40 åra har gjort sykehusmedisinen langt mer teknologisk, diagnostisk og behandlingsmessig avansert, og på den måten

utvidet forskjellen mellom allmennpraktikeren og spesialisten, har samtidig forståelsen for at allmennmedisin er kvalitativt forskjellig fra spesialistmedisin vokst fram. Allmennmedisinsk infeksjonsmedisin eller psykiatri er ikke en blek avspeiling av den spesialiserte infeksjonsmedisin eller psykiatri, den er noe kvalitativt annet. Den infeksjonsmessige eller psykiatriske verden allmennpraktikeren lever i og kjenner, er ikke den samme som spesialistene kjenner, og omvendt. Å planlegge for og å drive akuttmedisin i distrikt er noe annet enn sykehusbasert intensivmedisin. Den primære og den spesialiserte medisinen overlapper hverandre selvsagt i stor grad, men de er like fullt forskjellige. Og poenget i denne sammenheng er at denne forskjellen er kvalitativ mer enn kvantitativ, det er altså ikke slik at allmennmedisinen er «litt av alt» som spesialitetene i sykehusmedisinen er, den er noe «annet», noe «kvalitativt forskjellig» fra spesialistmedisinen. Det er selvsagt ikke slik at den ene er «bedre enn» eller «overordnet» den andre, de er bare forskjellige i den forstand at de forholder seg til ulike sider av den virkelige verden. Og den spesialistbaserte forskningen gir heller ikke et godt nok bilde av det allmennmedisinske landskapet, kartet over dette landskapet må tegnes gjennom oppsummering og foredling av de allmennmedisinske erfaringene, det vil si gjennom særegen allmennmedisinsk forskning. Gjennom forståelsen av dette er de primærmedisinske spesialitetene vokst fram gjennom de siste tretti år, og samfunns- og allmennmedisin er blitt akademiske fag. De primærmedisinske fagene må læres, og har etter hvert fått en sentral plass i medisinstudiet. Det bør også være et mål at mye av videre- og etterutdanningen av allmennleger skal dreie seg om den allmennmedisinske verden.

Hva er særegent ved allmennmedisinen?

Hva er så dette særegne med allmennmedisinen? For meg står et begrep her sentralt: Det «uselekterte», eller kanskje bedre: det «innvevde». Allmennmedisinen forholder seg til sykdom og engstelse for sykdom, slik den framtrer hos pasienten i det miljø hun lever i. Sykdommen, både den somatiske og den psykiatriske, er «innvevd» i livet som pasienten lever, og i miljøet pasienten lever i, både det fysiske/materielle og det psykologisk/sosiale. Sykdommen oppleves av pa-

sienten ut fra den erfaringsbakgrunn hun har opparbeidet gjennom livet, og den presenteres for legen på en måte som er farget av og har fått sitt «språk» – verbalt som kroppslig – gjennom denne livserfaringen. Som oftest vil dette ikke være et «problem», det er rimelig greit for pasienten og legen å komme fram til en felles forståelse for hva som er det medisinske problemet, og hva man skal gjøre med det. Men noen ganger vil det være vanskeligere, helseproblemets «egentlige» natur kan være uklart eller skjult. Mange kjenner sitatet fra Søren Kierkegaard der han sier at «for riktig å kunne hjelpe et annet menneske, må man først ta utgangspunkt der dette menneske er, og forstå hvordan dette mennesket oppfatter sin situasjon» (fritt gjengitt). Og dette rører ved noe av kjernen i «det allmennmedisinske». Allmennlegen vil etter hvert bygge opp en kjennskap til og forståelse av den enkelte pasient og hennes livshistorie, og hennes nære og utvidede miljø og samfunnsmessige livsbetingelser, kort sagt en forståelse for pasientens «utgangspunkt». Denne forståelsen er ofte mer intuitiv enn eksplisitt, men ikke mindre viktig av denne grunn. En slik utgangspunktforståelse vil ofte være viktig for allmennlegens tilnærming til pasient og problem, mens den ofte ikke vil ha samme betydning for spesialisten, som ofte forholder seg til et avgrenset problem i et avgrenset tidsrom.

Og dette – i hvilken form og sammenheng helseproblemet presenteres for legen – er et viktig poeng. Den «innvedde allmennmedisinske sykdomspresentasjon» preges særlig av at «problemet» ofte ikke presenteres som et «avklart» medisinsk problem. Når legen definerer et fenomen som et medisinsk problem, er det et resultat av en analyse av sykehistorie, symptomer og funn. I utgangspunktet er symptomer og plager ikke sortert. Fysiske og psykiske plager er sammenvevd, og lettere blir det ikke hvis pasienten har personlighetsmessige «avvik» som gjør kommunikasjon og samhandling med legen vanskelig. Det er i dette uoversiktlige og «uselekterte» terrenget at allmennlegens ryddearbeid begynner, og dette er mye av allmennmedisinens kjerne. Dette betyr selvsagt ikke at alle eller de fleste møter mellom allmennmedisineren og «allmennpasienten» er diffuse, ubehagelig og uklare, tvert om. De fleste problemstillinger avklarer og behandler vi som allmennleger selv sammen med pasienten og dem rundt, en del sender vi videre til spesialisten, men da skal det følge med en ryddig og oversiktlig problemstilling og oversikt over hva vi har tenkt og gjort, vi serverer problemstillingen videre «på et fat». Og de selekterte pasientene vi sender videre, utgjør spesialistmedisinens verden.

Men en del allmennmedisinske møter mellom lege og pasient kan være problematiske, og det er disse vi gjerne sliter med og som kan gjøre arbeidet som allmennlege vanskelig,

og som gjør at en del allmennleger ikke holder ut i yrket og velger seg bort. *Å kaste lys over og kanskje bidra til å gjøre disse møtene mindre problematiske er noe av målsettingen med denne serien.*

Et eksempel

I den allmennmedisinske virkelighet er ulike symptomer ofte vevd inn i hverandre, og skillett mellom «fysisk» og «psykisk» er ofte uklart, og kanskje er det ikke noe skarpt skille? Sykdom fører gjerne til både fysiske og psykiske plager. Psykisk lidelse vil for pasienten ofte manifestere seg som fysiske plager, det er gjerne smerter og angst for fysisk sykdom som plager pasienten med angst og depresjon. En angstlidelse oppfattes av pasienten kanskje like mye som en «fysisk» som en «psykisk» lidelse. I diagnosesystemene er skillett mellom somatisk og psykisk sykdom skarpt, og de psykosomatiske lidelsene «imellom» har sine diagnoser, definisjoner og kriterier. I den allmennmedisinske virkelighet er det ofte ikke så enkelt. Det er kanskje mer et spørsmål om å se sykdommen som fenomen fra ulike vinkler, de «fysiske» og «psykiske» manifestasjoner av sykdommen gjenspeiler ulike, men ikke gjensidig utelukkende, perspektiver å se fenomenet fra.

La oss ta personlighetsforstyrrelse som eksempel. Dette er et psykiatrisk begrep som kanskje ikke brukes så mye i allmennmedisinen. Men til gjengjeld møter vi *pasientene* med en «*avvikende*» personlighet. Hos noen av dem er gjerne somatiske fenomener og sykdom, egen og omgivelsenes angst, somatoforme symptomer og kommunikasjonmessige vansker mellom pasient og lege vevd sammen i et kaotisk hele. For allmennlegen kan slike pasienter virke overveldende, det er vanskelig å skille ting fra hverandre, det er vanskelig å holde tråden som lett forsvinner i stadig nye innspill fra pasienten. Legen føler seg ofte overkjørt og kanskje manipulert og sitter gjerne igjen med en vag ubehagsfølelse som det er vanskelig å sette ord på når pasienten (endelig) er gått. For legen er dette vanskelig, og det hun nettopp har erfart er en «overføring» av pasientens kaos til seg selv. Den ubehagelige kaotiske følelsen av å ikke ha kontroll er en «gjenspeiling» av hvordan den personlighetsforstyrrede pasienten opplever verden. Hvis man lærer seg å lese denne overføringen, kan man utvikle den til å bli et presist instrument som kan si mye om hvordan pasienten har det og opplever verden. Da kan man vende en vond ting (følelse av avmakt og kaos) til en god ting (lære å lese spillet mellom pasient og lege), og det kan gi et helt nytt grunnlag for å komme videre med «den vanskelige pasienten».

Hvor er de grå feltene på kartet?

Å forholde seg til pasienten med en alvorlig personlighetsforstyrrelse i dennes uselekterte kaos som allmennlege er

noe ganske annet enn å få pasienten og problemstillingen presentert som psykiatrisk problem i annenlinja, og det er et uttrykk for at spesialistens og allmennlegens verden ikke er den samme.

Slik er det på mange felter. Er samtaleterapi det samme i allmennpraksis og i psykiatrien? Fins det er særegen «allmennmedisinsk samtale»? Hvordan forholder allmennlegen og spesialisten seg til usikkerhet og «kalkulert risiko»? Hvordan møter vi de «diffuse» lidelsene, som kanskje har autonom dysfunksjon og «utmattelse» som fellesnevner? Hvordan møter vi «hverdagsmisbruket» blant våre pasienter, er «fast» forskrivning av benzodiazepiner «alltid» feil?

Hva er «vanskelige» pasienter og hva er «vanskelige» relasjoner? Hvordan er forholdet mellom den evidensbaserte medisin og «den allmennmedisinske intuisjon»? Hvor går grensene mellom moral og moralisme i medisinen? Og mellom rasjonalitet, magi og mystikk? Slike og flere problemstillinger vil vi drøfte i denne serien, og vi ønsker som sagt innspill fra leserne!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Røykeloven

AV ANDERS SVENSSON

Ei helg før jul var jeg i likhet med mange andre på julebord. Da jeg våknet dagen etterpå med «pelsmøssa» i kjeften og med den velkjente følelsen av dette skal jeg ikke gjøre igjen, så var det likevel noe som var annerledes. Klærne mine luktet ikke røyk, og jeg var ikke nødt til å hive dem rett i vaskemaskinen. For det var ingen som røykte! Røykeloven fungerer! Til glede for noen av oss og til irritasjon for andre. Kommunehelsetjenesten som har ansvar for tilsyn av puber og restauranter må ha gjort et glimrende arbeid. Utposten har undersøkt hvordan kommunehelsetjenesten i seks kommuner i Nord-Norge har handtert endringen i Tobakkskadeloven.

Hensikten med endringen av Tobakkskadelovens §6 (også kalt Røykeloven) er å beskytte de restaurantansatte og publikum mot passiv røyking. Arbeidstilsynet har ansvar for tilsyn i forhold til de ansatte og den lokale tilsynsmyndigheten – kommunene – har ansvar for tilsyn i forhold til gjestene. Eier, eller den som disponerer lokalet, har ansvar for at bestemmelsene blir fulgt. Tilsynsmyndighetene, det vil si Arbeidstilsynet og kommunene, har sanksjonsmuligheter etter kommunehelsetjenesteloven og arbeidsmiljøloven. Dette innebærer at de blant annet kan pålegge retting og fastsette tvangsmulkt ved manglende retting. Kommunestyret har endelig vedtaksmyndighet, men myndigheten kan delegeres til rådmannen, som i sin tur kan delegerer til egnet stilling/person.

Vesterålen består av fem kommuner; Andøy, Hadsel, Sortland, Øksnes og Bø. Lødingen kan ikke bestemme seg for

om de skal tilhøre Ofoten eller Vesterålen, men de har fått være med i denne uformelle undersøkelsen. Det bor 33 000 mennesker i regionen. Der er ca 80 serveringssteder og puber som omfattes av loven.

Mye støy...

At det ikke lenger var lov å røyke på restauranter og puber fra 1. juni 2004 kom ikke overraskende på noen. Endringen i Tobakkskadeloven ble vedtatt i Stortinget allerede i juni 2003. Sosial- og Helsedirektoratet hadde gjennomført en omfattende informasjonskampanje som startet 22. april.

Røykeforbudet skapte enorm debatt i media våren 2004. Røykerne var i harnisk. Tilhengene av loven ble kalt helsefundamentalister. Restauranteierne mente at dette ville medføre en konkursbølge i næringen og krevde besinnelse.



Media, både tabloidpressen og lokalavisene, hadde utallige artikler om endringen, og det var mange følelseladde leserinnlegg i lokalavisene. Støynivået var høyt, og krisemaksimeringen stor.

Dårlig timing

Den tidligere bestemmelsen i §6 i Tobakkskadeloven var i stor grad basert på skjønn og vanskelig å håndheve. De fleste kommunene i Vesterålen hadde et godt innarbeidet system for å kontrollere bestemmelsene i Tobakkskadeloven. Sentraliseringen av det kommunale næringsmiddeltilsynet (KNT) til Mattilsynet høsten 2003, medførte at kommunen mistet ansatte som hadde ansvar for røykeloven og deler av miljørettet helsevern. Kommunene mistet kompetanse, men også penger da lønnsmidlene til KNT i kommunene i sin helhet ble overført til Mattilsynet, uten at man tok hensyn til at de ansatte også utførte andre kommunale arbeidsoppgaver.

Alle kommuner i Vesterålen har notorisk dårlig økonomi, og tre av kommunene står på ROBEK lista. (Register om betinget godkjenning og kontroll. Det vil si at kommunen er satt under økonomisk administrasjon av Fylkesmannen). Kommunene har hatt vanskeligheter med å finne ressurser til å prioritere miljørettet helsevern. Så endringen i Tobakkskadeloven var en utfordring for en kommunal samfunnsmedisin som allerede lå med brukket rygg.

Kommunehelsetjenesten var satt til å kontrollere at den omstridde loven ble fulgt, og det var stor usikkerhet om hvilke konsekvenser dette skulle få, fremfor alt i små, gjennomslagskraftige samfunn der kommunelegen drikker pils på de puber han er satt til å føre tilsyn med.

Alle kjenner loven men hvem kjenner røykepolitiet?

Alle vet at det ikke er lov å røyke på restauranter. Men kjenner de som møter publikum i kommunene til hvem som er ansvarlig for oppfølging av Tobakkskadeloven? Utposten ringte til de seks kommunene for å melde et fiktivt avvik.

– Det er vel Høybråten som er ansvarlig, sa dama på sentralbordet på Sortland da jeg ringte og spurte etter den som var ansvarlig for Røykeloven. Så lo hun og koblet meg over til kommunelege 1, Arne Vassbotn.

Da jeg ringte Øksnes kommune fikk jeg snakke med rådmannen som bestemt hevdet at det ikke var kommunen, men Arbeidstilsynet som var ansvarlig for oppfølging av loven. Han var mest opptatt av at de nettopp hadde fjernet røykerommet på kommunehuset!

I Bø kommune ble jeg satt over til sosialkontoret som gav beskjed om at jeg var nødt til å ringe kommunelege 1.

– Det er et grått felt hos oss, fortalte en ansatt ved administrasjonen ved Hadsel rådhus. Helsvart er vel en mer korrekt beskrivelse. Næringsmiddelteknologen som arbeidet med miljørettet helsevern i Hadsel flyttet over til Mattilsynet da KNT ble sentralisert. Henning Aanes, som tidligere var kommunelege i Hadsel, er nå Fylkeslege i Nordland, og kommunen har ikke ansatt noen ny kommunelege. Hadsel kommune har gjennomgått en vanskelig omorganisering de siste årene, og arbeidet med miljørettet helsevern og røykeloven har ikke blitt prioritert.

Til forskjell fra Hadsel har Andøy kommune beholdt kommuneveterinæren også etter sentraliseringen av Mattilsynet. Der hersket det ingen usikkerhet om hvem som var ansvarlig for røykeloven. I Lødingen fikk jeg etter noe nøling svar om at det må være kommunelege 1 som er ansvarlig.

Lite kontroller – få lovbrudd

Ingen av kommunene har gjort systematiske kontroller av serveringssteder. I Sortland, Bø og Andøy har det blitt gjennomført et fåtall kontroller.

– Jeg følger opp bygdesladder, sa kommuneveterinær og ansvarlig for oppfølging av Røykeloven i Andøy, Harald Fotstad, men ellers gjør jeg ikke kontroller.

Røykeloven i Vesterålen

Kommune	Ant. innbyggere	Ant. serveringssteder	Vedtaksmyndighet	Saksbehandler	Ant. kontroller	Ant. meldte avvik
Sortland	8 900	34	Kommunelege 1	Kommunelege 1	1	1
Øksnes	4 500	8	Rådmann	Helselder (?)	0	0
Andøy	5 500	10	Kommuneveterinær	Kommuneveterinær	2	1
Lødingen	2 300	5	Kommunelege 1	Kommunelege 1	0	0
Hadsel	8 000	20	Rådmann (?)	?	0	0
Bø	3 000	7	Kommunelege 1	Helsesøster	4	0
Totalt	32 200	84			7	2



En av restaurantene i Andøy har valgt en noe radikal løsning på problemet med vinterkulde og røykesugne gjester. Restauranten har fått pålegg fra kommunen om å fjerne overbygget. Saken har ikke blitt behandlet av kommunehelsetjenesten, men av teknisk avdeling som et brudd på byggeforskriften. Restauranteieren nekter å fjerne overbygget og har sagt at han vil påklage vedtaket. (1) FOTO: JØRN AUNE

I fire av de seks kommunene har det ikke blitt meldt brudd på røykeloven. Sortland kommune har behandlet ett brudd på Røykeloven. Allerede i juni ble det i brev til kommunelagen bemerket at det røykes i et bingolokale på Sortland. Lokalet er delt i en avdeling for røykere og en for ikke-røykere. Der er et enkelt serveringstilbud med kaffe og kaker. Arbeidstilsynet har foretatt tilsynsbesøk og krevde utbedring av ventilasjonsanlegget, men hadde utover det ingen innvendinger til drift og lokaler. Kommunelegen har i sin vurdering gjort klart at driften bryter med Røykeloven og krevd at det enten innføres røykeforbud eller opphør av all servering. Driveren av bingoen har søkt om dispensasjon, noe kommunelege 1 har avslått. Saken blir sannsynligvis anket til Fylkesmannen.

Bø kommune har fått en dispensasjonssøknad. I søknaden bad restauranteieren om å få lov til å bygge et røykerom uten servering i forbindelse med restauranten/hotellet. Søknaden ble avslått.

Det er lov å røyke utendørs. Mange serveringssteder har derfor bygget terrasser og balkonger med varmeelementer i taket for å tilby sine gjester mulighet å røyke i forbindelse med servering. I Oslo har antallet uteserveringer vinterstid økt fra to i 2003 til 98 i 2004. Løsningen har i stor grad også blitt brukt i Vesterålen.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson inn. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nnh.no

Politiet i Andøy var på besøk på en av kafeene i Andenes i slutten av desember, og fant da at flere av gjestene satt med tent røyk. Lokalet var fylt av røyk. Det var også utplassert askebegeer på bordene. Politiet skriver i et brev til Andøy kommune at det gikk tydelig frem at personalet på stedet har skjønt og akseptert at det røykes i lokalene. (2)

Harald Fodstad har tidligere gjort en stikkontroll på kafeen etter å ha hørt «sladder på bygda» om at det ble røyket i lokalene, men da var det ikke noe tegn til røyking, og det var ikke askebegeer på bordene. Kafeen kan vente seg en advarsel.

Lite ull...

Innføringen av røykeforbud på serveringssteder har gått påfallende smertefritt i Vesterålen. Kommunene har taklet utfordringen godt, kanskje mest for at det ikke ble noen utfordring. Det er vel som Harald Fodstad sa:

– Det ville gått på folkemunnet med en gang – det hadde aldri gått for restaurantene å gi blaffen i røykeloven.

Undersøkelsen i Vesterålen bekrefter at samfunnsmedisinen i småkommunene har store problemer, fremfor alt når det gjelder Miljørettet helsevern. En naturlig løsning for Vesterålen er et interkommunalt samarbeid med en felles samfunnsmedisiner for de seks kommunene. Men dette strander på den dårlige kommuneøkonomien som gjør det urealistisk å tro at kommunene kan frigjøre nok midler til å gjøre en slik stilling attraktiv.

Referanser:

1. Vesterålen Online, www.vol.no
2. Jørn Aune, Andøyposten 13. januar 2005

Maharishi Ayurveda

– et supplement til den daglige praksis

AV LARS RASMUSSEN

Utposten 2004-6 brakte en artikkel om Maharishi Vediske Medisin/Maharishi Ayurveda og fibromyalgi. Jeg er blitt kontaktet av kolleger som lurer på om konseptet er enkelt å integrere med den skolemedisinske tenkningen.

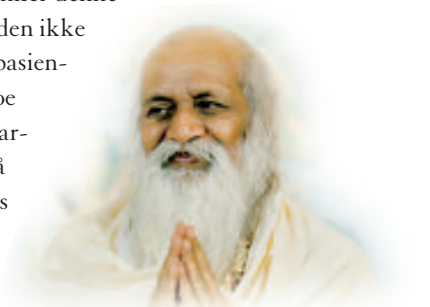
Strategiene innen Maharishi Ayurveda omfatter de vanlig brukte innen skolemedisinen: farmakologi, ernæring, fysisk aktivitet inklusive daglige rutiner og eventuelt klimaforhold. I tillegg kan det gis råd innen stressreduksjon og personlig utvikling. I ayurveda finnes en omfattende kunnskap om urters virkning. Her i landet er en fjerdedel av det som står på apotekerens hyller basert på urter. Effekten innen hjertekarområdet av digitalis og rauwolfia var kjent. Den ayurvediske sykdomslæren var bygd opp på liknende måte som skolemedisinen med indre medisin, kirurgi, pediatri og kvinnesykdommer. Man drev også med hygiene. De ayurvediske tekstene omfatter også medisinsk etikk og lege-pasientforholdet.

Sentralt i ayurveda er de tre doshaene – vata, pitta og kapha. Selv om de relateres til noe abstrakt som fem elementer: rom-luft, ild og vann-jord, kan de brukes som praktisk verktøy. Hver dosha er delt i fem subdoshaer som kan relateres til ulike organsystemer f.eks. hjerte, lunger, lever, hud, øyne og bihuler. Et ayurvedisk behandlingsopplegg baseres på en bestemmelse av pasientens ubalanser enten på grunnlag av dennes symptomatologi, men pulsdiagnose kan også brukes for de som har lært dette. Man kan dog komme langt uten bruk av en slik diagnosemetode, som er fremmed for de fleste. Pasienten får da et integrert, personlig behandlingsopplegg, se tab. 1 i artikkelen i Utposten 2004-6. Ved kapha-relaterte tilstander som diabetes, overvekt og cystisk fibrose, er det naturlig å anbefale mye mosjon på linje med skolemedisinsk tankegang. Ayurvedisk tankegang kan føre til en forståelse av at langdistanseløpere bl.a. kan utvikle os-

teoporose og få menstruasjonsproblemer. Da vata økes med alderen er kroppsslette, eldre personer utsatte for å få osteoporose. Eldre personer fryser også lettere, er stive i kroppen, får lettere problemer med blære og tarm i tillegg til mentale problemer og søvnproblemer. I den refererte artikkelen vises til at symptomkomplekset som ligger bak fibromyalgi kan relateres til ubalanse av vata og eventuell dannelse av ama (slaggstoffer).

Med den ayurvediske tankegangen kan en komme dypere inn under huden på sine pasienter. Er pasienten veldig prat-som eller har mange kroppsbevegelser, er dette en av mange ting som kan peke på dominerende vata i vedkommende. Utålmodighet og kanskje sinne ute på venterommet pga. forsinkelser indikerer pitta. Sitter pasienten rolig og taler langsomt med dyp stemme indikerer dette kapha. Ved slikt å bedømme stemmen, kroppsbyggingen, væremåten etc. kan man danne seg et helhetsbilde av pasienten. Man kan også få en liten pekepinn på mulige, fremtidige medisinske problemer spesielt når det gjelder vata-relaterte problemer. Dette er i samsvar med at en nylig publisert, norsk studie fant betydelig økt komorbiditet ved irriterbar tykktarm.

Pasienter gir uttrykk for at de liker denne helhetlige tankegangen, og at den ikke ligger dem så fjern. Legen og pasienten taler her samme språk – noe som fører til bedre forståelse partene imellom. De som ønsker å delta på et introduserende kurs innen området, kan kontakte lars.rasmussen@ayurveda.no



Maharishi Mahesh Yogi er opphavs mannen til Maharishi Vediske Helse-system.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

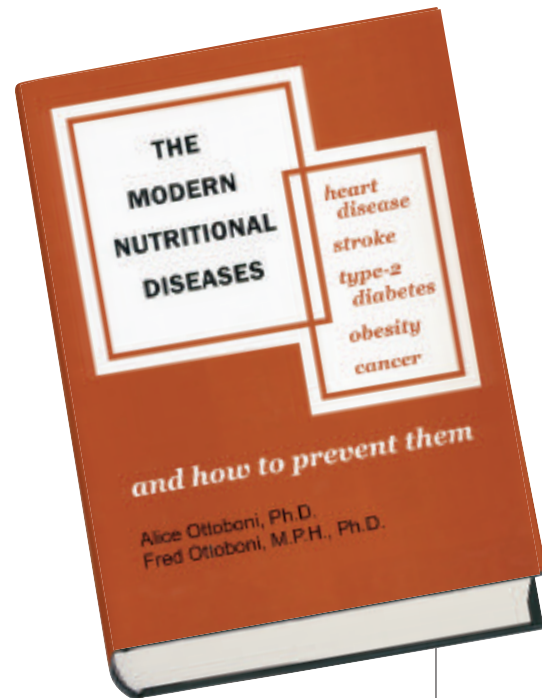
Rett på sak om årsakene til LIVSSTILSSYKDOMMER

ANMELDELSE VED IVER MYSTERUD

Folk er mer opptatt av helse, vekt, livsstil og kosthold enn noen gang før. Like fullt er de ofte forvirret, noe de ikke kan bebreides for. Ernæringsmyndighetene og ledende ernæringsforskere i samtlige vestlige land har i flere tiår predikert det samme budskapet om å hva som er «sunt»: spis mindre fett og kolesterol og mer karbohydrater – og glem ikke å mosjonere mer. Mange har lydig fulgt disse rådene, med etterfølgende inntak av fettfattig mat og mer karbohydrater. At den fettfattige maten inneholder desto mer karbohydrater, har gått de fleste hus forbi. At erstatningen av smør med kunstig framstilte margariner og flerumettede planteoljer fører til et alt for høyt inntak av omega-6-fettsyrer, er det heller ingen som har fortalt dem. Før nå! Dette er selvsagt ikke riktig, da leger som Robert C. Atkins gjennom flere tiår har gjort det som står i sin makt for å fortelle folk at myndighetene tar grundig feil på dette punktet (1, 2). Atkins har etter hvert fått støtte av stadig flere som sier det stikk motsatte av myndighetene og ledende ernæringseksperter (f.eks. biokjemikeren Barry Sears): Spis mindre karbohydrater, særlig de som er lettoptakelige og påvirker blodsukkeret sterkt, og spis mer fett og protein. De siste par årene har denne debatten tatt helt av – i Norge først ved lanseringen av Peter J. D'Adamos «Blodtypedietten» (3) og deretter gjennom legen Fedon Lindberg og hans to bøker om helse, vektreduksjon og et kosthold i balanse (4, 5). Det er på denne bakgrunnen forståelig at folk er forvirret. To ulike fraksjoner står steilt mot hverandre, og begge påstår at de har rett og at motparten tar grundig feil. Det eneste de tilsynelatende er enige om, er at økt aktivitetsnivå er viktig. Etter hvert har det også vokst fram enighet om at transfettsyrene er skadelige, og at fett ikke er et entydig begrep: Faktisk får vi i oss for lite omega-3-fettsyrer.

Det interessante med disse kostholdsdebattene er at de i stor grad dreier seg om et slags folkelig opprør mot de etablerte «sannhetene» om kosthold og helse. Stadig flere mennesker føler på egen kropp hva som fungerer, og det gjør dem kritisk til de utdaterte rådene om å spise mindre fett og proteiner og mer karbohydrater.

Hvem lytter så folk til som en motvekt mot det etablerte? Det er gjerne hardt arbeidende forskere som har brukt store deler av livet og karrieren til å utforske problemstillinger



Fred og Alice Ottoboni.
**The modern nutritional diseases
and how to prevent them.**

Sparks, Nevada: Vinvente Books Inc,
2002 (VBI@775.net).

som går mot det rådende synet på kosthold og helse. Felles er også at disse forskerne har hatt ulike problemer med det etablerte forskermiljøet for sine nye tanker og funn, noen har også vært aktivt motarbeidet og/eller mistet jobben. Disse forskerne har ofte kommet med bøker som oppsummerer sitt syn, gjerne når de selv er nådd godt voksen alder. Bøkene er gjerne skrevet nettopp for et allment publikum, selv om også fagfolk på en rekke områder vil ha stor interesse av dem. La meg nevne tre gode eksempler.

Tre forskere med viktige budskap

Den amerikanske legen Kilmer S. McCully oppdaget allerede i 1969 at det ikke var kolesterol og mettet fett som var hovedproblemet for hjerte- og karsykdommer, men for mye av aminosyren homocystein (6). Dette skyldes igjen for lite inntak av B-vitaminer som B₆, B₁₂ og folsyre, som igjen kan tilbakeføres til at vi spiser feil i forhold til vårt evolusjonære utgangspunkt. McCully har oppsummert sin forskning og sine kunnskaper i boka *The heart revolution* (7).

Den amerikanske biokjemikeren og fettforskeren Mary G. Enig er høyt respektert for sitt arbeid med å avdekke de fysiologiske virkningene av transfettsyrer. Hun har oppsummert sin og andres forskning om fett og hvordan fett påvirker helsa vår i boka *Know your fats* (8).

Skulle man fremdeles være i tvil om at inntak av kolesterol og fett (med unntak av syntetisk transfett og herdet fett) er viktig for menneskets helse – og at det *ikke* fører til hjerte- og karsykdommer – kan man lese den uavhengige danske forskeren Uffe Ravnskovs oppsummering *The cholesterol myths* (9). Her går han gjennom hele det vitenskapelige grunnlaget for hypotesen om at det er kolesterol og mettet fett som gir hjerte- og karsykdommer. Etter å ha lest denne boka har de fleste fått nok faglige argumenter til å være sterkt kritiske til myndighetenes feilinformasjon – for det er det saken dreier seg om. Dette er mer snakk om en medisinsk kampanje enn om faglig basert vitenskap.

The modern nutritional diseases

Fred og Alice Ottoboni har gått grundig til verks og oppsummert den vitenskapelige litteraturen om emnet i boka *The modern nutritional diseases and how to prevent them* (heretter MND)). Ottoboniene ble interessert i kosthold og livsstilsproblemer da en av dem fikk påvist litt forhøyete verdier av kolesterol og triglyserider. De var den gangen midt i femtiåra. Hva skulle de gjøre? De hadde fulgt myndighetenes råd om å spise lite mettet fett og kolesterol og mye karbohydrater. Like fullt ble disse risikofaktorene påvist. Det var da de begynte å sette seg grundig inn i faglitteraturen, til det grunnleggende, nemlig biokjemi. Hvordan påvirker ulike former for næringsstoffer kroppens biokjemiske prosesser? Det de fant, sjokkerte dem. Mye av det de hadde hørt gjennom et langt liv, viste seg å være feilaktig og bryte med grunnleggende prinsipper i biokjemi. Kort og godt for myndighetene og de toneangivende kostholdseksperter med vranglære. Dette var starten på en mangeårig interesse for hva som påvirker helsa, hva mennesket evolusjonært sett er best tilpasset å spise og hva det er i moderne livsstil som gir det forfatterne kaller «de moderne ernærings sykdommene»: hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, fedme og kreft. Svaret deres er altså at det som oftest omtales som «livsstilssykdommer», kan tilbakeføres til ernæringsproblemer i moderne samfunn. Ottoboniene viser hvordan vitenskapelige studier og biokjemiske kjensgjerninger peker på at det er stort inntak av sukker, stivelse og flerumettede planteoljer, ikke mettet fett og kolesterol, som er de viktigste underliggende årsakene til disse sykdommene.

MND starter på en måte der McCully, Enig og Ravnskov slutter. Faglitteraturen viser at et såkalt hjertesunt kosthold med lite kolesterol og mettet fett og mye karbohydrater er

alt annet enn sunt. Men hvorfor er det ikke sunt å spise det kostholdet myndighetene i vestlige land anbefaler? Ottoboniene ønsker å gi leserne denne bakgrunnen, og det gjør de på en overbevisende måte. Utgangspunktet er biokjemi, og der er de begge godt skolert. Alice, født 1921, har doktorgrad i biokjemi og Fred, født 1927, i miljømedisin.

I MND beskriver de endringene som har funnet sted i kostholdet i USA den siste hundreårsperioden og forklarer hvordan disse forandringene ble akselerert etter 1930 gjennom «framskritt» i matteknologi. De presenterer dokumentasjon på at disse forandringene ikke bare ser ut til å forårsake hjerte- og karsykdommer, fedme, type 2-diabetes og kreft, men også Alzheimers sykdom, osteoporose, senil demens og depresjon.

Boka består av en kort innledning og ti kapitler. Hvert kapittel etterfølges av en nummerert litteraturliste. I kapittel en oppsummeres en del statistikk rundt livsstilssykdommene, hva som har skjedd med det amerikanske kostholdet som gir disse sykdommene, og litt om spriket mellom hva vitenskapelig faglitteratur sier og hva myndighetene og deres forskere prediker. Her gis naturlig nok forskningen til McCully, Enig og Ravnskov den kreditten de fortjener, og pionerer som Atkins, Sears og flere som har lagt ned et betydelig arbeid i å spre disse ideene til allmennheten, går heller ikke i glemmeboka.

I kapittel to viser de bakgrunnen for konklusjonen at det er det moderne, vestlige kostholdet med mye karbohydrater og ubalanse av essensielle fettsyrer som er den virkelige årsaken til livsstilsproblemene. Der gir de en utmerket oversikt over fordøyelse og metabolisme av makronæringsstoffene. Til min glede finner jeg at evolusjonære argumenter, inklusive arbeidet til den framsynte tannlegen Weston A. Price (10), står sentralt i deres framstilling for å vise hvorfor det moderne kostholdet er problematisk. Ottoboniene legger også vekt på matens påvirkning på hormoner og eikosanoider – temaer Barry Sears har spredt til det brede lag av folket gjennom sine bøker (11, 12, 13, 14).

I kapittel tre viser forfatterne at det moderne kostholdet ikke bare gir kreft, hjerte- og karsykdommer, fedme og type 2-diabetes, men også Alzheimers sykdom og depresjon. De har også en oversiktlig gjennomgang av problemer med moderne legemidler og gir bl.a. eksempler på hvordan de ofte tapper kroppen for ett eller flere vitale næringsstoffer. Ett av eksemplene er statiner, og kapitlet burde vært obligatorisk lesning for studentene ved medisinstudiet.

I kapittel fire gis en oversikt over grunnleggende ernæringsfysiologi og følges opp med ett kapittel for hver av de

tre makronæringsstoffene: karbohydrater, proteiner og fett (hhv. kap. 5–7). I kapittel åtte diskuteres behovet for kosttilskudd. Kapittel ni kommer med en del kommentarer til forskning, politikk og forholdet mellom de to. MND avsluttes med et kapittel som trekker sammen bokas tråder og gir konkrete råd til hva den enkelte leseren kan og bør gjøre for å ta kontroll over eget liv.

Godkjent

I det store og hele er dette en bok som trygt kan anbefales for enhver som er interessert i debattene som raser om kosthold og helse. Forfatterne kan sin biokjemi og gir en oversikt over (nesten) *hele feltet* om hvordan kosthold og øvrig livsstil påvirker helsa vår. Vurderingene er gjennomtenkte og reflekterer en helhetlig tilnærming til menneskets helse.

Det skal ikke skyves under en stol folk i hovedsporet i dagens medisin vil oppfatte boka som kontroversiell. Dette kan best beskrives ved å trekke inn Thomas Kuhns begrep paradigmer eller grunnleggende verdensanskuelser (15). Fred og Alice Ottoboni kommer med en ny grunnmodell for hva som er sunt å spise. De står sammen med forskere som McCully, Enig og Ravnskov og andre fagfolk som Atkins, Sears og Linus Pauling. Den nye grunnmodellen står i direkte konflikt med og utfordrer den rådende oppfatningen (paradigmet) blant majoriteten av leger og kostholdsforskere. Slike konflikter blir ofte opphetede fordi det står mye prestisje på spill, særlig for dem som har hatt makten i en årrekke. Når det faglige og politiske maktapparatet får høre at de ikke bare tar feil, men at de har hevdet i en årrekke faktisk gir de sykdommene de er ment å motvirke, gjøres alt som er mulig for å motarbeide dem som truer deres hegemoni. I slike debatter viker dessverre ofte det vitenskapelige idealet om å få fram de beste teoriene og hypotesene for så å underkaste dem grundig testing, for herskertechnikker som latterliggjøring, mistenkeligjøring, personangrep eller neglisjering.

Dette er vel den beste oversiktsboka jeg har lest på dette feltet. Kanskje kunne forfatterne utvidet tilnærmingen og skrevet litt om hvordan moderne livsmiljøer (f.eks. forurensninger) også bidrar til livsstilssykdommene? Selv om ernæring og mosjon er viktig, er det også godt dokumentert at fysisk-kjemiske faktorer i vårt ytre miljø påvirker både sykdomsutvikling og atferd – både alene og i samvirke med livsstilen. Men ingen bøker kan få med «alt» uten at det går på bekostning av lesbarhet eller lengden. Ottobonien har gjort en glimrende jobb det står respekt av.

Litteratur

1. Atkins RC. Dr. Atkins' diet revolution. New York, NY: Bantam Books, 1972.
2. Atkins RC. Dr. Atkins' new diet revolution. New York, NY: M. Evans and Company, Inc., 1992.
3. D'Adamo PJ, Whitney C. Blodtypedietten. Oslo: WEM3, 1999.
4. Lindberg FA. Naturlig slank med kost i balanse. Oslo: Gyldendal Fakta, 2001.
5. Lindberg FA. Kokeboken naturlig slank. Oslo: Gyldendal Fakta, 2002.
6. Poleszynski DV. Billig livsforsikring. Mat & Helse 2003; 2(3): 68-71.
7. McCully KS, McCully M. The heart revolution: The extraordinary discovery that finally laid the cholesterol myth to rest. New York, NY: Perennial, 2000.
8. Enig M. Know your fats: The complete primer for understanding the nutrition of fats, oils and cholesterol. Silver Spring, MD: Bethesda Press, 2000.
9. Ravnskov U. The cholesterol myths. Exposing the fallacy that saturated fat and cholesterol cause heart disease. Washington, DC: New Trends Publishing, 2000.
10. Price WA. Nutrition and physical degeneration. Los Angeles, CA: Keats Publishing, 1998.
11. Sears B. The zone: A dietary road map. New York: Regan Books, 1995.
12. Sears B. Mastering the zone: The next step in achieving superhealth and permanent fat loss. New York: Regan Books, 1997.
13. Sears B, Lawren B. Finn din sone. Oslo: Hilt & Hansteen, 2000.
14. Sears B. Hold deg ung i sonen: Forebygg for tidlig aldring. Oslo: Hilt & Hansteen, 2001.
15. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1970.

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

UTPOSTEN
 – en viktig arena for
 utvikling av primærmedisinen

Nytt fra AFU

Pfizers studie «A Global Phase IV. Double Blind, Placebo-Controlled, Randomized Trial to Evaluate the Effectiveness of Detrusitol SR 4 mg on Patient's Perception of Bladder condition (PBBC): AFU har vurdert studien og mener dette er en interessant studie som er relevant for allmennpraksis. AFU kan anbefale allmennpraktikere å delta i studien.



Maten

og helse vår



AV SVEIN O. KOLSET, Avdeling for ernæringsvitenskap, UIO

Undertegnede er blitt bedt om å kommentere Mysteruds betraktninger om mat og helse. De tar utgangspunkt i anmeldelsen av en bok av Fred og Alice Ottoboni med tittelen «The modern nutritional diseases and how to prevent them». Anmeldelsen gir Mysterud anledning til å komme med en del betraktninger og påstander om blant annet ernæringsforskere, kostanbefalinger og sammenheng mellom kost og helse. Mye av det som sies er påstander uten dekning i faktiske forhold, og vinklingen som velges gjør at konklusjonene blir mildt sagt diskutabile. Noen av temaene som presenteres bør kommenteres.

Dagens offisielle råd om hva man skal spise er ifølge Mysterud utdaterte. Dette er et synspunkt som framsettes med jevne mellomrom og spesielt fra grupper som har en annen agenda enn myndighetene, og hvor da anbefalingene derfra blir «hår i suppa». Det som er bemerkelsesverdig med de offisielle kostholdsråd som gis både i Norge og andre land på befolkningsnivå (og ikke på individnivå vel og merke), er at de støttes av så ulike fagmiljøer som de som arbeider med hjerte-karsykdommer, kreft, betennelsesykdommer og sukkersyke. Det skulle i seg selv mane til en viss ettertanke.

Det vil alltid være debatt om anbefalinger og det skal det være. De som gir anbefalinger er forskere, og de må forholde seg til dokumentasjon og publiserte data. Disse er tilgjengelig for alle. De er basert på fakta og helhetlige vurderinger. Anbefalinger er hele tiden gjenstand for debatt og nye vurderinger basert på nye data som framkommer. Som eksempel kan nevnes de felles nordiske anbefalingene som sist kom i 1996. De er nå revidert av en nordisk ekspertgruppe og den nye versjon skal snart publiseres.

Det man skal merke seg er at dette er anbefalinger. I motsetning til hva Mysterud synes å tro er det ikke slik at folk følger anbefalingene slavisk. Dette er og blir anbefalinger,

og det er opp til den enkelte, foreldre, skoler og helsemyndigheter hvor effektivt disse skal følges opp. For å si det slik: Man blir ikke bøtelagt i dette landet for ikke å følge anbefalingene! Fra et faglig synspunkt er det ønskelig at flere følger anbefalingene, men virkemidlene er begrensede. De med innsikt i forebyggende helsepolitikk har fått erfare det.

Karbohydrater er det en del debatt om. Her er det tre hovedgrupper man må skille mellom, sukker, stivelse og fiber. Anbefalingene i alle år har vært at man bør ha et lavt sukkerforbruk (ti prosent av totalt energi-inntak), et høyt inntak av karbohydratrike matvarer som brød, kornvarer, grønnsaker og et økt inntak av fiber som finnes bl.a. i grove brødsorter og grønnsaker. Det er derfor viktig å presisere hvilke typer karbohydrater man snakker om i en «karbodebatt».

Den nye lav-karbo-bølgen kommer fra USA og har fått disipler også i Norge. Den er først og fremst aktuell i slanke-sammenheng. Atkins-dietten er her et eksempel som vektlegger et høyt protein- og fettinntak. Suksesshistorier på slankefronten og sterke kommersielle aktører har gitt denne type dietter stor oppmerksomhet. Det som er slående er den totale mangel på dokumentasjon og da spesielt på langtidseffekter av et så ekstremt kosthold. Det bekymrer selvfølgelig ikke kommersielle aktører. Men her blir det nå gjort flere store undersøkelser for å sammenlikne ulike slankedietter, nettopp av de miljøer som ofte skjelles ut for ikke å følge med eller for å tviholde på «gammeldagse» oppfatninger av prestisjehensyn. Det interessante i denne sammenhengen er at Mysterud og andre fra såkalt «alternative» miljøer priser kommersielle aktører mens de ikke leverner ernæringsforskere uten kommersielle bindinger mye ære.

Fett og kolesterol er fremdeles et meget viktig tema i folkehelsesammenheng. Med den overvektsepidemien vi står overfor i dag, er dette faktorer man ikke kan ignorere. En

suksesshistorie i norske ernæringspolitikk siden begynnelsen av 60-tallet har vært kampen for å få ned dødsfall som skyldes hjerte-karsykdommer. Dette lyktes man med bl.a. fordi man fikk redusert mengden mettet fett i kostholdet samtidig som vi fikk nye margarinsorter med sterkt redusert innhold av transfettsyrer. Begge tiltak kom etter anbefalinger fra de ernæringsfaglige miljøene. Dette har gitt nedgang i det gjennomsnittlige kolesterolnivået og en nedgang i dødsfall fra hjerteinfarkt og hjertesykdom. Endringene måtte kjempes fram, både overfor sterke helsemiljøer som ville prioritere annerledes, og kommersielle interesser, som ikke ville forandre fettinnholdet i sine produkter. I dag er dette annerledes, men forandringene kom ikke av seg selv. Fagmiljøene måtte ha solid dokumentasjon i bunnen for å få politisk gjennomslag for de endringer som fant sted.

Det er også verd å merke seg at det i dag er mange kommersielle aktører som har sterk innflytelse over hva vi spiser. Kommersielle aktører vil her også være slankeaktører og forfattere med ulike typer budskap. Det høye sukkerforbruket og den økende tilgjengeligheten av ferdigmat med høyt fett- og sukkerinnhold og lavt innhold av fiber, frukt og grønt påvirker våre matvaner og dermed også vår helse i betydelig sterkere grad enn de anbefalingene våre myndigheter kommer med.

I visse miljøer er det blitt en sport å anklage forskere og myndigheter for vranglære, feilinformasjon, maktmisbruk og mye annen styggedom. De faktiske forhold for de som arbeider med folkehelsepolitikk er preget av helt andre problemer som lite penger til frukt- og grøntkampanjer i skolene, for mange brusautomater, høye priser på sunn mat, dårlig tilbud på gode fullkorn- og helkornbrød osv. Dette er reelle problemer som er viktige for folkehelse. I møte med slike utfordringer oppleves Mysteruds betraktninger som ganske uinteressante.

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



Doktor.

På mitt sted. I min tid.

Olav Rutles minneforelesning 2004

AV ELISABETH SWENSEN, FLATDAL

Det kom brev om at jeg var utvalgt til å holde Olav Rutles minneforelesning 2004 under Primærmedisinsk Uke. Med brevet fulgte en kort begrunnelse for valget av foreleser («Elisabeth Swensen har klart å kombinere virke i en utkantkommune gjennom mange år med en rekke andre faglige og fagpolitiske aktiviteter...»), diktet «Den draumen» av Olav H Hauge (se ramme) samt utdrag av statuttene for forelesningen: «Olav Rutles minneforelesning ble opprettet for å holde levende de verdier og idéer som Olav Rutle sto for».

Hvordan løser man et slikt oppdrag? Den draumen? Min draum? Hvilke verdier og idéer er det som skal holdes levende?

Olav Rutle, ein danna mann frå Fjærland

Olav Rutle (1945–1996) var allmennlege på Jessheim og førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Han var født i Fjærland i Sogn. Far var snekker, mor hjemmearbeidende. Olav lånte penger av en onkel for å gå framhaldsskolen, før det bar til Voss på lands-gymnas. Han var stolt av bakgrunnen sin. (Da han giftet seg, inviterte han sin urbane elskede med på bryllupsreise – hjem til Fjærland for å hjelpe til i slåttent!) Det er ikke tilfeldig at nettopp Olav Rutle var den som tok mål av seg til å kartlegge det allmennmedisinske terrenget ut fra data innsamlet i

og for praksis. Han ba om hjelp fra 400 kolleger som registrerte til sammen mer enn 45 000 lege/pasientkontakter. Olav Rutles doktorarbeide er fortsatt standard referanseverk for den observerte sykkeligheten i norsk allmennpraksis. Olav Rutle var radikal og lojal, engasjert og generøs, tydelig og lavmælt. Med sin folkelige dannelse beriket og utfordret han akademiet. I en forfengelig verden der alt for mye energi går med til få navnet sitt på trykk (og helst øverst), tok Olav Rutle på seg verv og oppgaver som ikke nødvendigvis ga meritt eller berømmelse. Mange kolleger, kanskje særlig de yngre, vil først og fremst huske Olav for hans vilje til å dele det ingen til da hadde snakket høyt om i faget: angsten for å gjøre feil, nødvendigheten av å tvile, de personlige kostnadene i dette yrket som til syvende og sist handler om liv og død.

Drømmen om å forandre verden

Jeg ville vise tilhørerne – og nå Utpostens lesere – hva det innebærer for meg å være doktor i Olav Rutles ånd i 2004. Sentralt står *stedets betydning*, «å kjenne så det fer i ein kva det er å vere der ein høyrer til» som Tarjei Vesaas uttrykker det. Mitt fag utspiller seg i hjembygda Flatdal i Seljord kommune, og i verden. Fellesnevneren heter noe sånt som «ansvar for fellesskapet», en klar politisk dimensjon. I det ligger også ansvaret for den enkelte, men den enkelte kan verken forstås eller hjelpes uten referanse til og omsorg for fellesskapet. Gjennom WONCA (den faglige verdensorganisasjonen for allmennleger) har jeg fått se på nært hold hva kolleger på bygdene rundt om i verden strever med og får til. Pravara Institute i India (se bilde) er en historie om å ta det politiske imperativet i medisinen – «gi mest til dem med størst behov» – på alvor. Det tvinger oss også til å se med skjerpet blikk på egne prioriteringer og det formatet vi, allmennleger i Norge, har valgt oss arbeider i. Da jeg valgte allmennmedisin den gangen på 70-tallet, var det ut fra en radikal grunnholdning om å forandre verden, gjøre den bedre. Jeg oppfattet allmennmedisin som «den virkelige medisinen», det muliges arena. Arbeidet med Olav Rutles minneforelesning har styrket og revitalisert den erkjennelsen.

Takk til Olav Rutle, takk til Tove (som var gift med Olav og som har delt rundhåndet med meg i forbindelse med dette arbeidet), takk til de som ga meg oppdraget og til Utposten som har presset meg til å forsøke å skriftliggjøre det.

Det er den draumen

Olav H. Hauge

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje -
at tidi skal opna seg,
at hjarta skal opna seg,
at dører skal opna seg,
at berget skal opna seg,
at kjeldor skal springa -
at draumen skal opna seg,
at me ein morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

(fra Dropar i austavind 1966)

«Syn oss åkeren din»

Utposten har bedt meg omarbeide minneforelesningen til artikkel. Det går ikke. Forelesningen var et forsøk på å formidle noe om mitt legeliv, mine vegvalg og mine forbindelseslinjer til Olav Rutle. Olav skravlet ikke i utide, og det ble nødvendig å rasjonere også på mine egne ord for å synlig

gjøre det jeg ville. Jeg har valgt ut noen bilder fra mitt liv som doktor – i Seljord og i verden – supplert med egne stikkord og brokker av lånt visdom. Presentasjonen i Utposten er en slags «digest version» av forelesningen. Jeg kan bare håpe at den – selv i dette formatet – gir assosiasjoner som klinger sammen til en allmenmedisinsk folkemelodi anno 2004.

1

Olav Rutle,
f. i Fjærland 1. mai 1945



**Eit sentralt omgrep er «folke-
danning», den demokratisk-
folkelege tradisjonen, vår norske
gåve til den moderne verda.
Omgrepet bryt ned førestellinga
om eit danna sentrum og ein
udanna periferi.**

Jostein Nerbøvik

3

**Å leve
sin kunst**

**Draumen:
Å skape en
praksis som
tilsvarer
våre faglige
ambisjoner**

*Kunstneren
Kjartan Slettemark
fra Naustdal*



4

Same same but different



- Infrastrukturen
- Vennene
- Forbruk
- Dokumenter
- Presentasjon
- Individet



- Været
- Slekta
- Eiendom
- Fortellinger
- Produksjon
- Fellesskapet

5

Genius loci
(Stedets ånd)

Loena

Alexandria

**Stedskunst forutsetter kunnskap om stedets egenart:
«Det som er intetsted, finnes ikke.»**

Christian Norberg-Schulz



6

Mitt sted I: Flatdal i Telemark

«Doktoren leverer tryggleik der folk er.»



Stedskunst 1:

«Eg elsker å ta ting på sparket!»

Geir Venaas, ambulansesjåfør Seljord



7

Stedskunst 2:

Eg er oppteken av at folk skal leve godt her og kjenne seg trygge, til dømes ved at dei har ei velfungerande helseteneste. Lokalkunnskap er ein viktig del av det faglege beslutningsgrunnlaget mitt. Det at eg oftast kjenner miljøet rundt pasienten, i mange høve kjenner slektshistoria og hendingar av betydning for familien gjer at eg blir sikrere på kva eg har med å gjere når eg skal tolke eit symptom. Iblant skulle eg ynskje at eg ikkje visste det eg veit...»



Tor Reiten, lege Seljord

8

Mitt sted II: Verden



Abra fra Zimbabwe, Ashok fra India, Derek fra Vanuatu, Margareth fra New Zealand, Elisabeth fra Flatdal og Christian fra Bornholm. Fellesnevner: «Utkantleger».

9

WONCA Rural

There is an urgent need to implement strategies to educate, recruit and support a sufficient number of skilled rural family doctors.



10

Et indisk eventyr: Her får fattige barn fra området gratis utdanning til leger og annet helsepersonell. Ideologien er problembasert løsning integrert i det samfunnet de skal tjene. Grunnlegger er Ashoks bestefar.

Pravara Rural Institute of Medical Sciences



- need based
- high quality
- integrated



Dr. Ashok Patil

11

«Å skape en praksis som tilsvarer våre faglige amibasjoner...»

Den som har dårlig tid kan ikke være sivilisert.

Kon Fu Tse



The hidden costs of rewards

Robert E. Lane

12



13

«Når folk av samme profesjon kommer sammen, ender det gjerne med en sammensvergelse mot almuen og et vedtak om å heve prisene.» Adam Smith

LEGER MOT ØKT KOMMERSIALISERING OG KORRUPSJON

Legeforeningens medlemmer er enige om at kommersialiseringen av helsevesenets virksomhet vil føre til økt utnyttelse av pasienter og politikk.

Vær på utkikk etter kommersialisering, helsevesenets utnyttelse og den norske legeforening.

Legeforeningens medlemmer er enige om at kommersialiseringen av helsevesenets virksomhet vil føre til økt utnyttelse av pasienter og politikk.

14

Legeyrkets legitimitet avhenger av at legene tar helsen i forsvar, også når det kalles politikk

Farvel solidaritet?

15

«Legen har i utgangspunktet ein oppdragsgivar: den enkelte pasient, ikkje fellesskapet.»

John Nessa
Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1995

Noen meiner at den praktiserande medisinarer er ein utdøyande rase. For min del synest eg å sjå konturane av ei ny stamme: Frå bygdedoktoren som er nær folk i kvardagen til den kritiske og engasjerte samfunnsmedisinske debattanten som aldri lar ålmenta kvile. Måtte dei få leva lenge i landet!

Professor
Reidar Almås
NTNU

16

Tord (11) øver på trekkspillet. Lett er det ikke.



Å spela i tradisjonen etter...

17

Same same but different



elvis og sivle har det til felles at snur me namna deira bak fram og berre ein hund naturlegvis eller nothin but a hound dog



Per Sivle

Ingvar Nistad

18

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Praksisbesøk Russland

AV RISTEN ANNE UTSI



Risten Anne Utsi, 31 år er oppvokst delvis på vidda og delvis i Kautokeino, studert i Tromsø, hadde turnus i Tana (høsten 2000) og er nå fastlege i Alta. .

Tana kommune og Arkhangelsk er med i et helsesamarbeidsprosjekt i regi av ISM (institutt for samfunnsmedisin) ved Universitetet i Tromsø og helsemyndighetene i Arkhangelsk. Det er ingen andre steder i verden det er så store forskjeller i befolkningenes helsetilstand som det er over den norsk-russiske grensen. Russiske helsemyndigheter arbeider nå for å utvikle primærhelsetjenesten. I dette prosjektet er det valgt ut noen samarbeidskommuner i Norge for å utveksle erfaringer med den russiske primærhelsetjenesten. Målet er å etablere flere samarbeidsavtaler mellom legesentre i Norge og i Russland. Disse skal blant annet kunne kommunisere via mail og gjennomføre årlige gjensidige praksisbesøk.

Aino Snellmann, allmennlege ved Tana legesenter, var i august i år på praksisbesøk hos en russisk allmennpraktiker, Sergei Shukin, i Arkhangelsk regionen. Han har tidligere vært på besøk i Tana kommune, og legene ved Tana helse-senter har også vært i Arkhangelsk. Undertegnede, som til daglig jobber som fastlege i Alta, var så heldig å få lov å bli med på denne turen som et ledd i å skaffe flere norske allmennpraktikere og legekontor som samarbeidspartnere i prosjektet.

Vi reiste med fly fra Tromsø til Arkhangelsk 25. august 2004. Aino var godt forberedt på russisk flystandard med høyt støynivå og delte ut ørepropper før flyet tok av! Etter noen timers flytur, inkludert en mellomlanding med toll-kontroll i Murmansk, var vi framme. Arkhangelsk er en livlig by med 400000 innbyggere ved Dvinaelvens utløp i Kvitsjøen. Vi fikk en varm velkomst der og ble hentet på fly-plassen av en hyggelig representant for Arkhangelsk regio-nale helseadministrasjon. Samme kveld hadde vi et uformelt møte med overlege Valentina Yakimovich, leder for en stor poliklinikk i Arkhangelsk. Valentina er en varm og frodig dame som hadde snakketøyet i orden! Hun snakket dessverre ikke engelsk, så all kommunikasjon mellom oss måtte skje med Aino som tolk. Hun fortalte at den generelle



Aino og Sergei på hjemmebesøksrunden.

Lunsj på kontoret til overlege Valentina på bypolikliniken.





Ø.t.v. Typiske trehus i Kegostrov.

Over: Hovedgata i Kegostrov.

Midten: Lunsj hos Sergei og Nadya.

N.t.v. Ambulansen og ambulansjegasjen

økonomiske situasjonen i regionen er blitt noe bedre. Blant annet hadde hun fått mulighet til å pusse opp og investere i en del nytt utstyr på poliklinikken. Den engasjerte overlegen fortalte også at det er vedtatt at flere legehjemler skal overføres til allmennpraksis, noe som har skapt uro og usikkerhet blant legene.

Neste dag møtte vi Tanas samarbeidslege Sergei Shukin og ble med han på jobb. Han jobber som enslig allmennpraktiker for 3000 innbyggere på øya Kegostrov i elven Dvina. Øya er uten bruforbindelse, 30 minutters båttur fra fastlandet. Den en gang vakre trehusbebyggelsen bærer preg av manglende vedlikehold og forfall. Det fyres med kull og ved. Det elektriske anlegget er dårlig vedlikeholdt og det har vært mange husbranner de siste årene. De fleste henter vann fra brønner med dårlig vannkvalitet, det finnes noen få rene vannkilder. Bygda har mistet mange arbeidsplasser og har et fallende innbyggertall etter at øyas militære flyplass ble nedlagt på 80-tallet og skogsbruket avvirket på begynnelsen av 90-tallet. Det bor forholdsvis mange eldre, hvorav mange syke og hjelpetrengende, på øya. Aldershjemmet på øya har 20–30 plasser, men det skal ta i mot syke og gamle fra hele Arkhangelsk! Hjemmetjeneste eller hjemmesykepleie finnes ikke. De fleste er derfor avhengige av hjelp fra pårørende.



Vi fikk være med Sergei på hjemmebesøk til to eldre damer. Den første bodde sammen med datteren i en ren og pen leilighet og fikk god pleie. Hun hadde vært sengeliggende med magesmerter i en ukes tid og måtte motvillig reise inn til byen for innleggelse. For å komme seg dit ble hun kjørt til båten av den lokale ambulansen, båret over i rutebåten og



Sergei Shukin på legekantoret.

møtt av byens ambulanse på den andre siden av elven. (Her skulle man hatt legebåt!) Om vinteren er elva islagt. Isbrytere sørger for å holde en kanal åpen for båttrafikk langs elva. Kegostrovs innbyggere må gå, evt kjøre bil, de fem kilometerne over elveisen inn til byen.

Den andre dama bodde sammen med sin aldrende ekte-mann. Han var dårlig til bens, men mentalt oppgående. Kona var dement, inkontinent og sengeliggende. Hjemme-forholdene var, etter vår standard, svært dårlige. Men de var veldig glade for å få besøk og gledet seg til at datteren skulle komme på besøk om ikke altfor lenge. Sergei kunne naturlig nok ønske seg en godt utviklet hjemmetjeneste, som den han har sett i Norge, til å ta seg av disse to.

Legekantoret til Sergei er lokalisert i et stort trehus, enkelt og beskjedent, men rent. Feldsher (paramedisiner), fysio-terapeut og jordmor finnes i samme bygg. Selve legekantoret er, som et resultat av samarbeidsprosjektet, relativt nyoppusset og har bra standard med alt utstyr som er nødvendig i vanlig allmennlegepraksis. Legen har datautstyr, med tilgang til internett noen minutter hver morgen! Det føres imidlertid fortsatt kun tidkrevende papirjournaler ved konsultasjonene. Før lunsj denne dagen fikk vi servert te og kaker på skiftestua, som for anledningen var omgjort til pauserom!

På en vanlig dag på kantoret har Sergei omtrent 40 konsultasjoner. Etter pasientmottak har han vanligvis 4–5 hjemmebesøk. Det er noen få biler og motorsykler på øya, og veinettet som for det meste består av grusveier, er sparsomt. Sergei har ikke bil og spaserer derfor når han skal på hjemmebesøk. Om sommeren er det behagelige turer, men om vinteren er det nok en prøvelse med opp mot førti minus grader og mye vind.

Under vårt besøk ringte telefonene med jevne mellomrom uten noen form for siling, og Sergei svarte tålmodig. Kegostrov har fått mobildekning for omtrent et år siden, noe Sergei er fornøyd med selv om det nok fører til flere telefoner fra pasienter og større tilgjengelighet. Han er tilgjengelig døgnet rundt når han er på øya. I ferien må han reise bort fra øya for å kunne slappe av og slå av telefonen.

Praksisbøket vårt ble en lang og spennende dag. Midt på dagen fikk vi også komme hjem til Sergei, til lunsj hjemme hos han og kona, Nadya, som er sykepleier på legekantoret. De bor i en enkel leilighet sammen med sine to barn. Nadya hadde dekket på etter alle kunstens regler og laget en tre retters lunsj: Bortsj (tradisjonell russisk suppe med svinekjøtt, rødbeter, hodekål og potet), salat og russisk hjemmelaget pasta med kjøttfyll, med vin og hjemmelaget tranebærssaft til maten. Måltidet ble avsluttet med russisk svart te, kaker og diverse lokale søtsaker.



Labutstyr på legekontoret.

Neste dag var vi innom barnemottagelsen. Den er både fysisk og organisatorisk helt atskilt fra allmennelevingsvesenheten. Virksomheten styres fra barnepoliklinikken i Arkhangelsk by. Det kommer inn barneleger fra poliklinikken for å gjøre planlagte helsekontroller av barn fra 0 til 18 år. En feldsher har det daglige ansvaret for driften av barnemottagelsen og gjør det man i Norge ser på som helsestasjonsoppgaver. Mesteparten av tiden går med til rutinekontroller. Alle spedbarn skal ha 22 konsultasjoner innen det første leveåret, de fleste hjemmebesøk! Allmennlegen har ikke tilgang til journalene og har ikke anledning til å følge opp barn eller ungdom. Sergei har et ønske om å forbedre samarbeidet med barnemottagelsen. Det er generelt veldig stor avstand mellom allmennlegene og spesialisthelsetjenesten, og det vil i framtiden være viktig å utvikle tverrfaglige samarbeidsarenaer både når det gjelder eldre, barn/ungdom og ikke minst psykiatriske pasienter.

Senere denne dagen reiste vi inn til byen sammen med Sergei. Vi ble hentet på båthavna av overlege Valentina som vi hadde truffet allerede første kveld, og hennes sjåfør. De kjørte noe som så ut som en ombygd ambulans; en gammel militærgrønn varebil med blomstrete gardiner og rødt velurtrekk på setene! Vi ble kjørt til byens staselige administrasjonsbygg der vi hadde et kort møte med lederen for den regionale helseadministrasjonen, Sergei Emmanuilov. Han fortalte blant annet om økonomiske problemer og ressursknapphet i helsetjenesten. Det er mange leger i Russland som forlater helsetjenesten og finner seg andre jobber. Han virket positivt innstilt til utvikling og modernisering av helsevesenet og snakket varmt om tverrfaglig samarbeid.

Salgsbod på russisk landevei.

Vi fikk så en omvisning på bypoliklinikken ved overlege Valentina. Poliklinikken virket velorganisert og hadde relativt god standard både med hensyn til utstyr og bygningsmasse.

Helseadministrasjonens representant hadde videre organisert fritidsprogrammet for oss. Vi ble tatt med til friluftsmuseet Malye Karely, et flott sted som minnet meg litt om norske Maihaugen. Det var bygd et nytt og flott turistsenter med restaurant, hotell og konferanselokaler i tilknytning til museet. Den ene dagen kjørte vi en skranglete minibuss 200 km østover til Pinega der vi besøkte et naturvernområde med noen, i alle fall i følge guiden, fantastiske kalkgrotter. Den andre dagen kjørte vi 160 km sørover til en liten landsby med et kloster, Siniy Monastir. Klosteret var nedslitt, men tydeligvis et satsningsområde med oppussing av hele området. Også her var det bygd et nytt hotell med tanke på turister. Det var noen slitsomme, og til dels angstfylte, timer i minibuss på humpete russiske landeveier. Vi passerte mange idylliske landsbyer, stoppet og kjøpte muldebær hos skoleelever som hadde salgsbod i veikanten og hadde veldig kunnskapsrike guider, så i sum var det vel verd turene!

Etter fem spennede og lærerike dager reiste vi hjem med koffertene fulle av gaver og mange minner om en nedslitt by med stor hjertevarme og gjestfrihet. Det er ingen tvil om at slike samarbeidsprosjektet er svært viktige for utviklingen av helsetjenesten i Russland og ikke minst som inspirasjonskilde for de samvittighetsfulle og arbeidsomme enkeltmenneskene, som imponerte med sine individuelle kunnskaper og offervilje for videre utvikling av helsetjenesten i landet.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com



PRAKSISLÆRERKURS

USA 02.10-11.10.04

AV TORALV LURA

Hvorfor drar 21 praksislærere og allmennpraktikere til USA på kurs arrangert av Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen? I alle fall ikke for å feriere, så krevende kursprogrammet var lagt opp med fellessamlinger, forelesninger, gruppeundervisning, praksisbesøk og reising fra tidlig om morgenen til seint om kvelden en hel uke. En del av oss hadde et praksislærerkurs i London med omtrent samme kurskomité for to år siden i bakhodet da vi meldte oss på. Dette kurset var en formidabel suksess og vi håpet på en gjentakelse kanskje mer på tross av enn på grunn av at reisemålet var USA. Kurskomiteen besto av Per Steinsland, John Nessa og Gunnar Bondevik og særlig førstnevnte hadde lagt ned betydelig arbeid og utnyttet sitt kontaktnett maksimalt for å få til at så godt kursprogram som mulig.

Resultatet ble imponerende. Vi ble vel tatt i mot ved ikke mindre enn tre universitetsmiljøer; Case University, Cleveland, Ohio; University of Rochester, Rochester, New York og til sist University of Boston. I Cleveland møtte vi Kurt



Toralv Lura

f. 1957, primærlege og seinere fastlege Husnes, Kvinnherad siden 1987

Stange som fortalte om sitt forskningsnettverk av primærleger i Clevelandområdet. Kathy Cole-Kelly viste oss elementer av undervisningen av medisinske studenter.

Fagmiljøet i Rochester er kjent for en sterk bio-psykososial orientering og det var derfor naturlig at Thomas Campbell og Susan McDaniel forleste om familieorientert primærhelsetjeneste. Ronald Epstein ga oss en innføring i begrepet «mindfulness» som i hans tolkning innebærer en mental tilstand av kontinuerlig årvåkenhet og selvrefleksjon i det kliniske arbeid. Rick Botello demonstrerte en utfordrende

Gruppebildet tatt i Rochester.





Gruppen hadde også litt tid til å være turister. Her besøker de Niagara Falls.



Brekke og Haavet ved Niagara Falls.

og spennende arbeidsmodell for motivering til endring av helse-relatert adferd. Sist, men ikke minst, fikk vi anledning til praksisbesøk hos primærleger i Rochesterområdet og vi kunne helt uredigert observere møtet mellom den amerikanske pasient og hans primærlege.



Hensikten med Bostonbesøket var å møte Alfred Tauber (bildet). Tauber er professor både innen medisin og filosofi og han er en retoriker av rang som trollbandt oss med sitt foredrag. Hans budskap er imidlertid dystert nok, han påpeker at et sterk positivistisk vitenskapssyn fører til en sterk biologisk orientering av klinisk praksis. Når dette skjer i et samfunn med sterk individualistisk orientering som igjen fører til er kontraktbasert relasjon mellom lege og pasient, er resultatet en avhumanisering av medisinsk praksis. Siste post på programmet var et møte med Edvin Schei, kjent fra Universitetet i Bergen med sin filosofiske poliklinikk. Han har reist et år på stipend til Boston og har gitt seg selv i oppgave å se om han i løpet av dette året klarer å formulere filosofiske spørsmål som vil engasjere hans legekolleger her hjemme. Han klarte i alle fall å engasjere oss med gruppeoppgaver som bl.a. «Er klinisk medisin en moralsk virksomhet» og «Hva er viktige personlige egenskaper som utvikles over år hos en allmennpraktiker?»

Som et bakteppe og kontrast til all denne engasjerende og lærerike undervisning, lå det faktum at det amerikanske helsevesen sliter tungt. 44 millioner amerikanere er uten helseforsikring av noe slag, d.v.s. en av sju. Ekstra tydelig ble dette nå midt i presidentvalgkampen. Vi fikk anledning til å over-

være et satellittsymposium til visepresidentdebatten mellom Cheney og Edwards i Cleveland hvor et bredt sammensatt panel av ressurspersoner innen universitetsmiljø og næringsliv tydelig viste at de erkjente problemet med alt for mye helsetilbud til noen og nærmest ingenting til andre. Men vi europeere i salen kunne ikke se at de presenterte noe som kunne minne om løsninger på dette problemet. Praksisbesøket ga en konkret demonstrasjon av problemene, jeg møtte en allmennpraktiker som tilhørte de 80 prosent som ikke har elektronisk journalsystem. Hans pasienter tilhørte den fattige del av befolkningen og var i tillegg kronisk syke med mange diagnoser og mye av tiden gikk med til å sjonglere med et utall av forskjellige forsikringsordninger for å finne den beste mulige løsning for pasientene. Jeg ble imidlertid dypt imponert over ham da han viste et stort engasjement kombinert med en ufattelig evne til å håndtere mange problemstillinger på en gang. Samtidig holdt han en klar tråd i konsultasjonene på tross av arbeidsforhold enhver norsk allmennpraktiker ville finne håpløse i våre dager.

Det var verdt å reise på kurs til USA. I tillegg til det som her er referert kommer de utallige gode samtaler med erfarne kollegaer i et godt inkluderende sosialt felleskap. Litt turisme fikk vi også med oss, Niagara Falls og nesten to dager fri i Boston.

Siste leksjon i årsaker til uheldig kosthold fikk jeg ved avreise fra Dulles Airport, Washington, her koster på Burger King en «big value» pakke med 1 whopper, chips og 0,5 liter cola \$ 5,85, men dersom du ønsker å få vann i stedet for cola, må du ut med \$ 7,20!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no



Rollespill i Rochester.

John Nessa i Harvard.



Risikoreduksjon i praksis

– hvem skal tilbys hva og når?

AV JANNIKE REYMERT

Utposten har laget en «paneldiskusjon» der vi har bedt tre kolleger fra ulike miljøer foreslå tiltak ovenfor fire tenkte pasienter med ulike risikofaktorer for hjerte/karsykdom. De som ønsker maksimalt utbytte av denne artikkelen anbefales å ta frem penn og papir og notere ned egne forslag til tiltak for hver ny kasuistikk før de leser svarene fra ekspertene. Hver «paneldeltager» ble bedt om å svare på følgende problemstillinger:

- Hvilke retningslinjer bruker du / anbefaler du brukt?
- Hvordan vurderer du disse personenes fremtidige risiko for hjerte/karsykdom?
- Hvilken informasjon vil du gi pasienten og i hvilken rekkefølge vil du prioritere tiltak.
- Hvordan vil du formidle pasienten/risikanten hvilken nytte han/hun har av hvert tiltak du foreslår og forslaget ditt som helhet.
- Hvilke behandlingsmål bør settes for denne risikanten/pasienten?

«Paneldeltagere»

Eivind Meland, allmennlege, ISM, Bergen. F. 1951. Spesialist i allmennmedisin og fastlege for 800 pasienter i Bergen Vest. Førsteamanuensis i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Leder NSAMs Referansegruppe for forebygging av hjerte- og karsykdom.



Følgende henvisninger er aktuelle:

http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_S EKS_ID=173891. Steinar Hunskaar (red): Allmennmedisin. Gyldendal 2003.



Steinar Madsen, Statens legemiddelverk. F. 1956. Avdelingsoverlege ved Avdeling for legemiddelbruk ved Statens legemiddelverk. Han er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer. Arbeidsområdet er informasjon om legemidler, bivirkninger og behandlings-anbefalinger. Han driver deltids hjertespesialistpraksis i Sandvika.

Generelle bemerkninger:

Normalt følger jeg de europeiske retningslinjene – men følger ikke fremskrivningsmodellen. Norge har lavere kardiovaskulær risiko enn tidligere og man kan nå følge tabellene for lavrisikoland.



Gisle Langslet, Lipidklinikken. F. 1946. Med. embetseksamen Bergen, 1974. Spesialitet først i gynekologi, siden i allmennmedisin. Arbeidet 20 år i allmennpraksis ved Solum legesenter i Skien. Fra 2002 stilling som prosjektlege ved Lipidklinikken, Rikshospitalet. Arbeider nå med kliniske legemiddelstudier, utprøving av nye medikamenter til bruk ved familiær hyperkolesterolemi og andre lipidsykdommer. Vi har også en del studier med utprøving av nye diabetesmedikamenter. Arbeider også i poliklinikken ved Lipidklinikken med henviste pasienter med lipidsykdommer.

Jeg anbefaler følgende retningslinjer:

Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project, *European Heart Journal* 2003; 24: 987-1003. Data fra kohort studier i 12 europeiske land, hvorav nesten 25 000 personer fra Norge. Basert på denne studien er det utarbeidet retningslinjer i et samarbeid mellom mange ulike europeiske faglige organisasjoner, bl.a. European Society of General Practice/Family Medicine: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *European Heart Journal* 2003; 24: 1601-1610.

Skåringsystemet i SCORE er basert på alder, total kolesterol, røyking, systolisk blodtrykk og om man tilhører lavrisiko eller høyrisikoland. Tabellene angir ti-års risiko for å dø av kardiovaskulær sykdom i aldersgruppen 40-65 år. Fem prosent ti-års dødsrisiko anses for høyt og er grunn til intensiverte tiltak, livsstil og eller medikamentell behandling.

SLV Terapi anbefaling: Behandling med lipidsenkende legemidler for å forebygge hjerte- og karsykdom. Nytt om legemidler nr. 5, 2003. Nyttig informasjon om risiko kan også hentes fra risikokalkulatorene Smart Heart og PROCAM. Begge beregner 10-års risiko for koronarsykdom hos koronarfriske individer. Smart Heart er basert på Framinghamdata. PROCAM er en risikokalkulator utviklet på basis av en tysk kohort på ca 5000 friske menn fulgt i ti år på 1980-tallet. Her det lagt inn korreksjonsfaktorer for koronarsykkelighet i andre land, bl.a. Danmark som ligner mest på Norge i risikoprofil (*Circulation* 2002;105: 310-315).

Både i Smart Heart og PROCAM regnes de som har over 20 prosent ti-års risiko for kardiovaskulær sykdom som høyri-

sikopersoner, der det er aktuelt med intensiverte profylaktiske tiltak med livsstilsintervensjon, evt. medikamentell behandling.

Kasuistikk nr 1:

Mann 35 år, tidligere frisk, BMI 27, BT 140/90, trener ikke, stillesittende arbeide, røyker, mye hjertekarsykdom i ung alder i familien, mor diabetes type 2. Er generelt lite opptatt av helse og ikke motivert for noen livsstilsendringer. Total-kolesterol 6,8, HDL 1,0, TG 2,85, LDL 4,2. Fastende blod-sukker 5,8.

GISLE LANGSLET:

Her må man foreta en risikovurdering: Han har kombinert hyperlipidemi og antagelig også metabolsk syndrom: BT > 130/85. Triglyserider > 1,7 og sannsynligvis livviddemål > 102 cm. Høyrisikopasient, aktuell risiko er lav pga lav alder, men risikoen øker sterkt med alderen. Ved 40-års alder vil han i SCORE ha to prosent ti-års risiko for fatal kardiovaskulær sykdom og ved 60-års alder hele 14 prosent, dersom han ikke endrer levemåte. Det viktigste er å formidle risikovurderingene ovenfor til pasienten.

Jeg vil foreslå følgende tiltak:

Røykslutt, kostråd og kostomlegging, tilskudd av omega-3 fettsyrer, to til tre g/dg pga høye triglyserider, mosjon og vektreduksjon. Livsstilendring har særlig god effekt ved denne type lipidforstyrrelser. Kontroll om to til tre måneder.

Effekt av tiltakene:

INTERHEART studien sier noe om dette (Lancet 2004;364: 937–52): Røyking alene medfører ca 3x økt risiko. Røykeslutt reduserer den økte risikoen drastisk. Ugunstige lipider gir også ca 3x økt risiko. Ikke-røyking, mosjonering og daglig bruk av frukt og grønnsaker reduserer risiko for hjerteinfarkt til ca 1/5.

Behandlingsmål:

Lipider: kolesterol på 5-tallet. LDL-kolesterol på 3 tallet. Triglyserider under 2. BT: lavere enn 140/90. Vekt: BMI < 25.

EIVIND MELAND:

Jeg vil avklare hvilke forventninger han har til prøvene vi har tatt. Jeg vil bekrefte at han har en fremtidig høy risiko for hjerte- og karsykdom spesielt dersom han fortsetter kombinasjonen av røyking og stillesittende liv. Denne risikoen er ikke påfallende høy med hans unge alder. Hvilken hjelp og støtte tenker han at jeg skal gi? I første omgang vil jeg prøve å få til avtale om årlige kontroller og da vise interesse for hva han gjør for egen helse. Når han blir noe eldre, tilby medikamentell profylakse i følgende prioriterte rek-

kefølge: acetylsalicylsyre (ASA), blodtrykksbehandling hvis blodtrykks-økning og så et statin. Hvilke tanker har han selv om medikamentelle tiltak?

STEINAR MADSEN:

Mannen har høy risiko for hjerte-karsykdom. Flere faktorer trekker i samme retning: Arv, røyking, overvekt og uheldig lipidprofil. I følge SCORE har han risiko på minst en til to prosent for å dø i løpet av ti år. Han bør følges opp med ikke-farmakologisk behandling: Vektreduksjon, trening, kostholdsomlegging og røykestopp. Hvis dette ikke fører frem i løpet av ett år vil jeg gi ham lipidsenkende behandling. Da ville jeg ta sikte på totalkolesterol under fem mmol/l. Han vil ha høy risiko uten livsstilsendringer selv om han får behandling. Det er viktig å informere om det. Forøvrig har han ikke rett til refusjon av statiner etter nåværende kriterier.

Kasuistikk nr 2:

Kvinne 65 år, slank, røyker ikke, BT 140/90, lite hjerte/karsykdom i familien, forøvrig frisk, bruker ingen medikamenter. Trimmer mye. Har hørt at alle med kolesterol over 8,0 bør ha medikamenter og er selv motivert i å få medikamenter «for helsen skyld». Totalkolesterol 8,5, HDL 1,2 TG 2,0, LDL 7,4 Fastende blodsukker 5,0.

GISLE LANGSLET:

Her skal vi vurdere en frisk person som eventuelt skal ha primærprofylakse. Høyt kolesterol og særlig høyt LDL-kolesterol. LDL-kolesterol beregnet etter Friedewalds formel er 6,4, antar at 7,4 er direkte målt LDL. Mistanke om familiær hyperkolesterolemi pga høyt LDL-kolesterol. Det bør tas familieanamnese med tanke på forekomst av høyt kolesterol og hjerte- karsykdom, særlig hos 1. grads slektninger. Blodprøve til gentest med tanke på FH er aktuelt å ta. SCORE: Seks prosent ti-års risiko, dvs. høy risiko. Smart Heart: 18 prosent ti-års risiko for hjerte- karsykdom, nokså høyt. Informere pasienten om at kolesterolnivået er altfor høyt. Kostråd, kostomlegging og kontroll av fastende lipidstatus om tre måneder.

Reduksjon av total kolesterol fra åtte til fem halverer antagelig risikoen hennes for hjerte- karsykdom. Behandlingsmål for denne pasienten vil også være totalkolesterol på fem-tallet og LDL-kol på tre-tallet. Dersom hun fortsetter å ha totalkolesterol på over åtte, evt. LDL-kol. over 6 ville jeg vurdere statinbehandling. Dersom hun har familiær hyperkolesterolemi skal hun statinbehandles. Mål BT: < 140/90.

EIVIND MELAND:

Jeg vil utelukke hypothyreose og nedsatt nyrefunksjon som årsak til hennes dyslipidemi. Hvis dette er utelukket, vil jeg

diskutere med henne at alder og høye kolesteroler representerer en risiko, men at hennes mosjonsvaner og familiære gene-utrustning representerer beskyttelsesfaktorer. Jeg vil fortelle at hun sannsynligvis har en noe forhøyet risiko sammenliknet med gjennomsnittet for hennes alder. Jeg vil informere om at det er forskjellige måter å hindre blodproppdannelser i hjertet og kretsløpet ellers på. Hva tenker hun om dette selv? Fet fisk eller omega-3-produkter, ASA og kolesterolmedisiner er alternativer. De to første tiltakene er kanskje tilstrekkelige?

STEINAR MADSEN:

Dette tilfellet dekkes ikke av retningslinjene. Bortsett fra en uheldig lipidprofil har hun ingen risikofaktorer. Hun er blitt 65 år uten symptomer. Her må en diskutere med pasienten og legge frem argumentene for og i mot slik behandling. Personlig ville jeg vel ende opp med å anbefale statin, slik som pasienten tydelig ønsker. Målsettingen er verre, hun kommer neppe ned i <5 mmol/l uten høydosebehandling som jeg ikke synes er indisert. En reduksjon på 20–30 prosent ville vel være akseptabelt. Utredning med henblikk på begynnende arteriosklerose (ultralyd halskar) kunne eventuelt være til nytte.

Kasuistikk nr 3:

Mann, 73 år, BMI 23, røyker, behandles fra før for artitis urica og hypothyreose. ACB-operert etter lite ukomplisert infarkt for 3 år siden, nå symptomfri. Vil ha så få medikamenter som mulig fordi han nå føler seg frisk og er redd for uheldige bivirkninger av medikamenter og spesielt kombinasjonen av mange medikamenter. BT 140/90. Totalkolesterol 4,5, HDL 1,1, TG 1,8, LDL 2,8. Fastende blodsukker 4,0.

GISLE LANGSLET:

Etablert koronarsykdom, dvs. høyrisikoperson og sekundærprofylakse. Lipidbehandling av personer over 70 år med kardiovaskulær sykdom bør iflg. SLVs terapianbefaling følge samme prinsipper som hos yngre. HPS-studien viste samme nytteverdi av lipidsenkende behandling av eldre koronarsyke som av yngre. HPS studien viste også omtrent samme risikoreduksjon ved kolesterolsenkende beh. med 40 mg simvastatin hos personer med LDL-kolesterol < 3 mmol/l i utgangsverdi som hos personer med høyere LDL-kolesterol. Prove-It studien som er publisert senere tyder også på at det er gunstig å senke LDL-kolesterolet til lave verdier hos koronarsyke. Viktigste tiltak er røykeslutt. Acetylsalisylsyre, 75 mgx1. Kostråd.

Han bør også få kolesterolsenkende behandling. Behandlingsmål for koronarsyke er LDL-kolesterol under 2,5. Nye amerikanske retningslinjer sier at LDL-kolesterolet bør behandles til verdier under 1,8 ved meget høy risiko. (Implica-

tions of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation 2004; 110: 227-239). Behandlingsmål BT: <140/90.

EIVIND MELAND:

Hvilke erfaringer med bivirkninger med medisiner har han? Jeg tenker det er viktig å bekrefte hans erfaringer og skape en allianse og relasjon der han forstår at jeg er interessert i hans framtid og prognose. Vi bør prøve å bli enige om en målsetting: God nok medikamentell og ikke-medikamentell beskyttelse uten å ruinere livskvalitet og livsutfoldelse! Forslag til medikamentelle tiltak: ASA, betablokker (evt kombinert alfa-beta-blokker) og statin. Total- og LDL-kolesterol er så lavt at 4-S-studien ikke kunne dokumentere nytteverdi for denne gruppen, men dokumentasjonen her er antakelig litt motstridende. Et alternativ til statin kunne være ACE-hemmer. Hva er hans egne tanker? Hvor mange medikamenter er det maksimale han kan gå med på? Hva tenker han at han vil gjøre med kostholdet? Mer grønt og frukt? Røyken?

STEINAR MADSEN:

Denne pasienten har koronarsykdom og skal derfor ha medikamentell behandling. Minimumsbehandling er lavdose acetylsalisylsyre. Han har neppe stort behov for betablokker som sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Han har en utmerket lipidprofil, men har likevel fått infarkt. Jeg ville derfor sette ham på statin, i det studiene tyder på at i slike situasjoner er det fordelaktig med lipidsenkende behandling uansett utgangsverdi. 20-30 prosent reduksjon av kolesterolverdiene ville være akseptabelt. Han vil da ligge godt an i forhold til de fleste retningslinjene. I tillegg bør han selvsagt slutte å røyke.

Kasuistikk nr 4:

Kvinne 79 år, kostbehandlet diabetes type 2, ellers frisk, BMI 28, BT 150/95, røyker ikke, en av tre brødre og far coronar hjertesykdom. Vil at legen skal bestemme hvilke medikamenter hun skal ha fordi «hun ikke klarer å forstå noe av slike ting allikevel». Kolesterol 6,3, HDL 0,9, TG 3,0, LDL 4,1. Fastende blodsukker 7,1, HbA1c: 7,9.

GISLE LANGSLET:

Meget høy risiko pga diabetes mellitus. Aterogen lipidprofil med høye TG og lavt HDL. Høye triglyserider tyder på dårlig regulert diabetes. HbA1c 7,9 tyder på nokså dårlig blodsukkerkontroll. Informere om at hun pga diabetes har to til fire ganger økt risiko for hjerte- karsykdom og at behandling reduserer denne risikoen betraktelig. Hun er for gammel til å skåres i tabeller.

Tiltak:

Kostråd/kostomlegging, mosjonering og vektreduksjon. Dersom ikke tilstrekkelig effekt av dette bør hun få metformin. Hun bør statinbehandles, starte med 20 mg simvastatin, evt. øke til 40 mg ut fra toleranse og effekt. Dette er dokumentert i HPS-studien. SLV anfører i sine retningslinjer at det kan være grunn til å behandle lipidene også hos diabetespasienter i høyere aldersgrupper. Blodtrykksbehandling: pga diabetes ville jeg brukt enten en ACE-hemmer eller en AT-2 blokker.

Behandlingsmål:

Lipider: Totalkolesterol under fem og LDL-kol under tre, triglyserider under to. BT: <130/85, men jeg ville nok akseptert høyere trykk for en person på 79 år. Behandlingsmål diabetes: HbA1c under 7,5, helst på seks-tallet.

EIVIND MELAND:

Jeg ville ha berømmet henne for at hun har rimelig god kontroll med blodsukkeret takket være kost og bevegelse. Jeg ville hatt foreslått å kombinere ASA med liten dose metformin da alder og sukkersyken representerer risiko for sykdom på samme måte som hos far og bror. Slike kompli-

kasjoner kan effektivt forebygges med de medikamentelle tilleggs-tiltakene som jeg foreslår. Hva tenker hun selv? Føles det som nederlag? Viktig å opprettholde kost og mosjon som før!

STEINAR MADSEN:

Denne pasienten er høyt oppe i årene, litt overvektig, har diabetes type 2 og litt høyt blodtrykk. Lipidprofilen er litt uheldig, men hennes diabetes er vel rimelig godt regulert. Hun har høy risiko for hjertekarsykdom, noe hun vil ha uansett behandling. Hun bør få et enkelt opplegg som sikrer god effekt uten for mange bivirkninger. Det er nok mulig å oppnå en viss risikoreduksjon med ikke-medikamentelle tiltak. Av medikamenter er BT-senkende, statin og lavdose acetylsalisylsyre er mest aktuelt. Jeg ville vel i første omgang gi henne statin, se på effekten og bivirkningene i et par måneder. En reduksjon på 20-30 prosent vil være bra. Deretter eventuelt legge til AT1-blokker.

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 inn. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Det er sus over praksiskonsulentordningen ved SUS

AV OLAV THORSEN

I 2005 har Stavanger universitetssjukehus (SUS) (tidligere SiR, Sentralsjukehuset i Rogaland) hatt en praksiskonsulentordning (PKO) i sju år. Det var Rogaland legeförening som tok initiativet sammen med fylkeslegen i Rogaland. Dagfinn Karlsen ble den første praksiskoordinatoren. Dette var etter modell fra Danmark, slik det også er bygget opp i Tromsø og Haugesund/Stord (1,2). Forøvrig fungerer ordningen noe forskjellig fra sted til sted. Ved SUS har vi i dag til sammen ti praksiskonsulenter, som i tillegg til praksiskoordinator, kvalitetskoordinator ved sykehuset, leder for pasientflyt og en overlege som er koordinator for PKO i sykehuset, møtes en gang i måneden for oppdatering og diskusjon omkring forholdet mellom første og andrelinjetjenesten. Praksiskoordinator og redaktør for Praksisnytt er ansatt i til sammen 12 timer per måned, mens de andre praksiskonsulentene har åtte timer. Disse timene brukes til både møtene på sykehuset og i møter med kolleger ute.

For tiden er nesten alle avdelingene ved sykehuset dekket: medisinsk, kirurgisk, ortopedisk, kvinne-barn, nevrologisk, kreft, psykiatrisk og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. De mindre avdelingene som hud, ØNH, øye og geriatrisk blir betjent i den grad det er behov for service fra PKO.

Ved SUS har vi spesielt vært opptatt av følgende saker:

Pasientforløp:

Kartlegge og evaluere en del pasientforløp av pasienter med samme diagnose, påvise forbedringsområder, forslå endringer på rutiner for å bedre flyten, delta i endringsprosessen, evaluere flyten etter gjennomførte endringer.

Henvisninger:

Evaluere henvisninger. Delta i utviklingen av maler som sikrer gode henvisninger og gode overføringsrutiner av pasienter fra primærhelsetjenesten til sykehus.

Epikriser:

Evaluere epikriser. Delta i utviklingen av maler som sikrer gode epikriser med gode overføringsrutiner av pasienter fra sykehus til primærhelsetjenesten.



Olav Thorsen,

født 1949, gift med psykiater Gerd-Ragna Bloch Thorsen, 2 voksne barn, 2 barnebarn. Fastlege i Stavanger for 1500 personer. Deltidsstillinger: Overlege i Stavanger kommune, fylkesveileder for turnuslegene i Rogaland + Praksiskoordinator for Stavanger Universitetssjukehus. Leder for turnusrådet i Legeföreningen. Tidligere leder i NSAM.

Kliniske retningslinjer/prosedyrer:

Delta i utviklingen av retningslinjer for store og viktige pasientgrupper med beskrivelse av utredning og behandling i allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten, slik at pasienter sikres lik behandling og at henvisningene blir mest mulig relevante. Når det lages kliniske retningslinjer, skal disse baseres på nasjonale og internasjonale retningslinjer. Arbeidsprosessen skal sikre konsensus og lokalt eierskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ved blant annet at foreslåtte samhandlingsprosedyrer sendes ut på høringsrunder blant erfarne fastleger i området.

Informasjonsspredning:

Dette skjer på ulike måter:

- På møter i sykehuset og i primærhelsetjenesten
- Via PKOs hjemmeside <http://praksis.sir.no>
- e-post
- Utsending av brev/informasjoner
- Web-basert prosedyresamling
(Praksisnytt, se <http://praksis.sir.no>)

Hospitering:

Sykehuset har et strukturert tilbud om hospitering en uke ved en av avdelingene, med tellende timer til spesialiteten i allmennmedisin. Ordningen er nyttig begge veier, både for allmennlegene og for sykehuset, i og med at det utveksles synspunkter på hvordan samarbeidet fungerer, hva som skranter og hvordan ting kan gjøres bedre.

Gode innskrivninger i sykehus (GIPS):

Meningen er å få pasientene på rett plass til rett tid, enten de skal innlegges eller kanaliseres tilbake til primærhelsetje-



Praksiskonsulentgruppen ved SiR: (fra venstre) Jorunn Christiansen, Asgeir Haugedal, Ruth L. Midtgarden, Else Brit Hetland Strassegger, Trond Jørstad, Sidsel Storhaug, Sissel Hauge, Eivind Vestbø, Leiv Balle og Kåre Øygarden. Foran: Ståle Barstad og Olav Thorsen

nesten. En av praksiskonsulentene (erfaren allmennlege, nå sykehuslege) har ansvaret for GIPS-prosjektet.

Gode utskrivninger fra sykehus (GUTS):

Når pasienter utskrives skal det være en samtale med pasientansvarlig lege, som informerer pasienten om hva som er funnet, hva som ble gjort og hvem som har ansvaret for hva etter utskrivningen. Ideelt sett skal epikrisen følge pasienten ut av sykehuset, alternativt skal det sendes en kopi av epikrisen til hver pasient som har vært utredet eller behandlet i sykehuset. Epikrisen skal foreligge når pasienten utskrives, og skal omgående sendes elektronisk til fastlegen.

PKO-SUS

SUS har en stabil og entusiastisk gjeng med erfarne allmennleger, som gjør en kjempejobb for både SUS og primærhelsetjenesten i Rogaland. Samarbeidet med direktør og ledelsen for øvrig er meget god, og vi møter interesse og velvilje overalt hvor vi møtes.

Det er flere grunner til at ordningen har blitt så bra hos oss:

- At vi har faste møter en gang i måneden, hvor alle praksiskonsulentene møter, sammen med praksiskoordinator og representantene fra sykehuset
- At praksiskonsulentene har en rimelig autonom stilling, ikke administrativt underlagt avdelingsoverlegen, men like under direktøren
- At praksiskonsulentene av og til kan bytte avdelinger, slik at ikke noen går lei et sted
- At praksiskonsulentene gis anledning til å møte praksiskonsulenter fra andre sykehus, på nasjonale samlinger og kurs

- At praksiskoordinator opplever støtte for ordningen hos ledelsen i sykehuset

Vi vet at andre steder i landet har det gått tregt å få i gang en velfungerende praksiskonsulentordning. Bergen/Hordaland har blant annet ikke kommet skikkelig i gang, selv om Helse Vest har hatt et sterkt ønske om å få dette til. I Oslo-området er en i gang med å ansette praksiskonsulenter på flere sykehus. Aplf har engasjert seg sterkt i saken, og det er ikke urealistisk å tenke seg at ordningen vil være etablert i de fleste norske sykehus i løpet av de nærmeste årene. På Aplfs hjemmeside finnes en PKO-portal, hvor artikler, kontaktadresser og annen nyttig informasjon om praksiskonsulentordningen kan hentes.

Samarbeidet mellom praksiskonsulenter i de nordiske landene er også i ferd med å ta form. I juni i 2004 var representanter fra praksiskonsulentordningene i hele landet, pluss representanter fra Sverige og Danmark samlet til et seminar om ordningen i Stavanger. Neste samling blir i juni 2005 på Sommerøya utenfor Tromsø.

Alle som kan tenke seg å starte som praksiskonsulent ved sitt lokale sykehus bør reservere datoene 3. og 4. juni.

Vi unner både fastlegene og sykehusene i hele landet en god praksiskonsulentordning!

Referanser:

1. Praksiskonsulenten – en konsulent på sykehus fra allmennpraksis, Unni Ringberg. Utposten nr 6, 2004
2. Tverrfaglig analyse av pasientforløp, Odd Jarle Kvamme. Utposten nr 7, 2004

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt ham på helenbra@hotmail.com

Lyrisk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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 Lyriskspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

For meg er lyrikk også kondenserte følelser og stemninger, som så konsentrert og presist uttrykker, fremhever og forsterker akkurat den sinnsstemningen jeg svever i der og da. Slik sett har lyrikk hatt størst betydning i perioder av mitt liv der det har svinget på sentrale områder som håp, savn og kjærlighet: Karin Boye er her en av mine favoritter. Men så langt som til hennes dikt kom jeg ikke! I min deltids rådgiverstilling i Trondheim kommune jobber jeg i Enhet for legetjenester. Her styrer fire varme og entusiastiske personer, med Sonja Handberg Nielsen i spissen, over 122 Trondhjemfastlegers ve og vel, med alt fra korrekt basis-

tilskudd, deltidsstillinger og ikke minst: menneskelig og praktisk støtte når større eller mindre kriser i livet kan melde seg. Og de kommer jo for noen og enhver av oss!

En slik oppegående enhet abonnerer selvsagt på Utposten. Og da jeg kom på jobb hadde Lisbeth allerede lest at jeg var utfordret, og som det omtentksomme medmennesket hun er, så kom hun også stikkende med et forslag til et passende dikt.

La gå at Andre Bjerke vender tilbake, men han har så mange bra dikt at stafetten kunne ha gått i flere år med bare hans bidrag. Mitt utvalgte dikt uttrykker følelser som helt sikkert har svevet inni enhver allmennpraktikers hode: en skulle nesten tro at Andre Bjerke også skrev trygdeerklæringer!

Underst i bunken

Kan du høre at jeg roper «Au»?
Jeg ligger fastklemt underst i din haug.
En såkalt vanskelig og vrien sak
Er jeg; som stadig dyttes lenger bak.

Her ligger jeg og lager press
Og skaffer deg unødig stress.
For når du ofrer meg et blikk,
Får din samvittighet et stikk

Og desto lenger jeg blir gjemt
Så er det ting som blir glemt,
Og da vil jeg bli særlig
vrien og besværlig.

Så hvis du snudde bunken om
Så jeg igjen på toppen kom,
Og jeg fikk min behandling,
Da ble det stor forvandling.

Du tror du trykker meg
Mot skrivebordet ned,
Men faktisk er det jeg
Som trykker deg og ikke gir deg fred.

For i din tanke vet jeg at jeg murrer
Du må jo en gang ta meg når de purrer!

Stafettpippen leveres videre til
Sigurd Førre ved Saupstad legesen-
ter i Trondheim, operaelskeren,
gourmetkokken og ikke minst,
et tenkende, litterært og
lyrisk medmenneske!

Hilsen Torgeir Fjermestad

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!*

Reisemedisinsk rådgivning

Det skjer stadig oftere. Du sitter med venterommet fullt, sjelen tom og prøver å se om det er tegn til lysning ute i den beksvarte vinterdagen da neste pasient kommer inn med en umiskjennelig glød i øynene. Hun skal ut å reise. Reise langt. Hun trenger vaksiner, medisiner og råd for reisen.

Hun forventer åpenbart at du i detalj kjenner bestemmelsesstedets mikrobiologiske flora, resistensmønster og trusler. Det gjør du ikke. Du har antageligvis aldri hørt om reisemålet som høres ut som om det er tatt rett ut fra en reiseskildring i Donald Duck & Co.

Du trenger hjelp.

Heldigvis er det mye hjelp å få fra mange kilder. De som har et velfungerende vaksinasjonskontor i kommunen, kan med god samvittighet henvise dit. Dermed er saken ute av verden og du kan med et misunnelig « god tur » kaste deg over venterommet ditt igjen. Dersom du gjerne vil ordne dette selv, har du en morsom liten detektivoppgave foran deg. For å løse oppgaven er det et par ting du trenger.

Du må ha et atlas.

Det er ofte ikke nok å vite hvilket land pasienten skal til. Mikrobiologiske agens viser liten respekt for grenser. Dette gjør at det kan være flere sett av anbefalinger innenfor samme land. Pasienten vet ofte ikke om den aktuelle utposten (reisemålet) ligger over eller under en eller annen breddegrad, om det er nær grensen til Myanmar, om det er regnskog eller savanne.

Det finner du ut av med et atlas.

Også må du ha en vaksinasjonsveileder med anbefalinger om malariaproylaksse.

Her kan du i og for seg velge og vrake. Personlig har jeg til enhver tid Medisinsk reisehåndbok ved siden av meg på pulten. Denne boken får du kjøpt fra Rejsemedisinsk forlag i Danmark. (Adresse: Strandvejen 142 DK-8000 Århus, pris ca 300,-). Den er lett å slå opp i og grei å forholde seg til når du er blitt vant til forkortelsene. Den har en del generelle kapitler, samt detaljert oppsatte vaksinasjonsanbefalinger til det enkelte land. Der er det også grei oversikt over malariaproylaksse i samme oversikt. Det er ikke utenkelig

at du allerede har denne boken i hyllen et sted. Det er delt ut over 1000 eksemplarer fra GSK til norske allmennleger.

Norsk Elektronisk Legehåndbok har oppdaterte og gode sider med reisemedisinsk veiledning. Med dette på pc' en din kan du altså lene deg rolig tilbake og gi pasienten det blikket som viser henne at hun er kommet på rett sted.

På nettet finnes det flere sider du kan bruke. Vi bør vel i hovedsak forholde oss til Nasjonalt folkehelseinstitutt sine anbefalinger. De har en lettfattelig og oversiktlig vaksinasjonsveileder liggende på: <http://www.fhi.no> (Du må søke på disse sidene, selve veilederen ligger på en side som har en adresse som er så lang som...) En omfattende, god og detaljert malariaproylaksseveiledning ligger på de samme sidene.

Disse veilederne laster du ned og lar ligge på skrivebordet på maskinen din. Da kan du lett finne frem til anbefalingene for Lesotho, Nepal eller hvor nå pasienten din har tenkt seg. Dersom du trenger å snakke med noen, kan du også ringe folkehelsen for direkte veiledning, tlf: 22 04 22 00.

I tillegg til å fylle opp pasienten med vaksiner og malariamidler er det en del mer prosaiske ting dere bør huske på. Malariaproylaksse er mer enn medisiner. Myggnett, myggolje og lignende er minst like viktig. Hun må ha med seg nok av sine vanlige medisiner slik at det holder under hele turen. Hun bør få generelle råd om hygiene og formaninger om sunn livsførsel (husk evt. tromboseproylaksse ved lange flyturer). Du kan med fordel minne om at kondomer beskytter mot annet enn svangerskap, at det kan være smart å være kritisk med hva man spiser, at solen kan kreve en skikkelig solkrem med høy faktor osv. Dersom hun har til grunnliggende lidelser som kan melde seg på veien som allergier, urinveisinfeksjoner osv, kan hun med fordel utstyres med medisiner som hun kan ta i tilfelle slike ting skulle melde seg. Jeg minner også folk på at de må ha en skikkelig reiseforsikring slik at de kan få hjelp til hjemtransport, sykehusutgifter i utlandet osv. Jeg reklamerer skruppelløst for et medlemskap i Norsk Luftambulansse, med dette medlemskapet får man meget god hjelp når ulykken er ute.

Når du så anser pasienten for gjennomvaksinert og klar for den store verden, kan du lene deg rolig tilbake og vente på postkortet.

Petter Brelvin

Aprilspøk eller akuttmedisin

Følgende historie fant sted i Sør Varanger første april 1995 og gjenfortelles her på oppfordring. Først litt om kommunen; en stor kommune i areal, men i underkant av 10 000 innbyggere. Tidligere dominerte industrien til A/S Sydvaranger, men etter konkursen er det omstillingstider og relativt stor arbeidsledighet. Grensen mot Russland er åpnet, og mange russiske turister og handelsreisende valfarter til Norge for å selge sine produkter i håp om å tjene til livets opphold i et ellers fattig land i øst.

Denne kvelden hadde jeg legevakttjeneste, og vakta gikk sin gang med noen sykebesøk avløst av konsultasjoner på legevaktsentralen på sykehuset. Det var en hustrig kveld, to til tre minusgrader, sludd i lufta og en kald vind kom inn fra nord.

Like før klokka 20.00 kom det inn en melding fra en person som fortalte at naboen som var bussjåfør, hadde virket veldig ustabil når han kom hjem fra ettermiddagsvakta, og vedkommende var veldig bekymret for sin nabo. Jeg ringte vedkommende og fikk da høre at denne bussjåføren var suicidal og veldig deprimerert.

Dette avstedkom et sykebesøk, og i det jeg kommer frem til huset der sjåføren bor er vedkommende i ferd med å gå inn i bussen. Vi blir enige om å ta en prat om problemene og går inn i huset der sjåføren bodde. Han fortalte da, om enn noe motvillig, om sine store problemer, som viste seg å bunne i både familiemessige og økonomiske problemer, og planen var å ta sitt liv ved å kjøre bussen utfor et stup ved Strømmen bru på vei mot Høybuktmoen lufthavn, ca fem km fra der vi befant oss.

Etter en lang samtale var det fortsatt umulig å få vedkommende til å endre på denne suicidal plan, og jeg var så smått begynt å vurdere om det kunne bli aktuelt med tvangsinnleggelse ved psykiatrisk sykehus. Det nærmeste sykehus av denne kategori ligger i Tromsø, og en slik innleggelse er alltid forbundet med mye planlegging da man ikke bare må ordne de rent medisinske formaliteter, men også sørge for transport, som oftest med ambulansedyr, og dette tar som regel mye tid.

Mens jeg sitter slik og funderer på hva jeg skal gjøre, lyder alarmen fra det medbrakte akuttmedisinske vidunder av et håndapparat: «Lege og ambulansalarm, buss med ukjent antall russiske passasjerer har kjørt utenfor veien ved Strømmen bru, ligger helt nede i sjøkanten». Min suicidal bussjåfør ser på meg med store øyne da han har hørt meldingen like klart og tydelig som meg, og han utbryter; «Dette er vel ingen aprilspøk?». Jeg svarer at nei, dette er nok virkelig, og han sier da; «Du skal bare dra, jeg kan vente til en annen dag». Jeg repliserer; «Ja jeg vil jo nødvendigvis ha din buss i hodet når jeg står der nede». Han svarer; «Nei vær trygg, jeg skal ikke kjøre mer buss i dag». Vi blir enige

om at jeg skal ta kontakt med ham neste dag og så drar jeg mot ulykkesstedet.

Når jeg kjører ut mot Strømmen bru merker jeg at det har blitt litt mildere, slik at veibanen er blitt såpeglatt, og jeg har store problemer med å holde bilen på veien i de knappe svingene. Det siste stykket ned mot brua som går over en kraftig tidevannstrøm som deler Langfjorden med Bøkfjorden er en lang relativt bratt bakke som ender i en 90 graders sving inn mot brua. Hele bakken nedover ser jeg spor etter et tungt kjøretøy som har vinglet frem og tilbake i kjørebanelen, sannsynligvis i et forsøk på å bremse farta før svingen. Dette har imidlertid ikke lyktes, for midt i svingen før brua har bussen skrenset tvers over veien, veltet over autovernet og gjort et svelestup ned i ura og ligger på taket helt nede i sjøkanten. Jeg får stoppet slik at lysene fra min egen bil faller ned mot bussen, hopper ut og løper frem på kanten. Synet som møter meg fremkaller mange tanker i hodet: Hvorfor valgte jeg akkurat dette yrket? Hvorfor sa jeg ja til å bytte denne vakten med en kollega for bare noen dager siden? Hvorfor er ikke ambulansen, politiet og alle redningsfolkene kommet? Hvorfor er det så fryktelig kaldt?

Ut av bussen kravler og kryper det en rekke mennesker, alle mer eller mindre skadde, noen roper og hylter, andre er stille, noen går omkring i fjære i sjøkanten og leter etter eiendeler som ligger strødd omkring, og felles for dem alle er at de kun snakker et språk, russisk. Jeg roper det eneste russiske ordet jeg kan – *tavaritsj* – som betyr noe slikt som kamerat, men de ser bare dumt på meg.

Etter rask hoderegning kan jeg se 25–30 personer som kaver omkring i sne og mørke, og jeg tenker fortvilt på alt jeg har lært på ulike kurs om diverse fagledere, operative ledere, skadestedsleder, samleplass, AKP og samvirke på skadested. I det jeg står slik noen sekunder for å prøve å legge en plan for arbeidet på dette skadestedet ser jeg en kolonne med biler som kommer fra motsatt retning inn på brua. Jeg løper opp og ser at det er militære kjøretøyer samt en militær buss. Kolonnen stopper på mitt signal, og jeg spør etter ledende befal. Det viser seg at denne kolonnen utgjør sanitetstroppen ved Garnisonen i Sør Varanger, og at gutta er på vei til dimmefest. Kjøretøyene utgjøres av en buss og tre militære ambulanser, fullt utstyrt med alt av førstehjelpsutstyr forsvaret rår over, samt lysutstyr, tepper, bærer og lignende.

Jeg spør da om troppen som er på ca 20 mann kunne tenke seg å gjøre en innsats på skadestedet før de drar på fest, og de er med en gang klar for innsats. Nå blir det fart i sakene, for dette er gutter som er drillet på store ulykker viser det seg. Sammen med befalshavende ledelse organiserer jeg hjelpen slik at de minst skadde blir plassert i bussen, mens de som er mer skadd får plass i ambulansene som tar fire pasienter

E D B @ S P A L T E N

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

KONTAKTPERSON: John Leer, 5305 Florvåg

TLF. ARBEID: 56 15 74 00 TLF. PRIVAT: 56 14 11 33 FAX: 56 15 74 01

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

OM SIKKERHET:

Hvor sikker kan du bli og hvor sikker skal du være?

Utbyggingen og tilknytningen til Norsk Helsenett AS er nå i sving og alle legekantor som vurderer å knytte seg til helsenettet må gå gjennom sine edb-rutiner og regne med en kritisk vurdering av den fysiske installasjonen, driften og sikkerhetsløsninger. «Trinnvis» har vært omtalt tidligere i Utposten og er et utmerket redskap for en kritisk gjennomgang av egne edb-løsninger.

Rutiner, mulighet for lekkasjer og innbrudd er stikkord når helsenett og datatilsyn skal kikke oss nærmere i kortene. Fra å være selvdrevne og nokså isolerte små edb-øyer skal vi nå bli en intergrert del av et stort helsenettverk.

Sikkerhet er ikke bare teknologiske og programløsninger. Sikkerheten sitter i stor grad også i hodet. Hva gjør jeg, hvordan og med hvem? Hvem skal ha informasjon? Hva og hvem må jeg beskytte meg mot? Hva er mulige trusler ved elektronisk kommunikasjon?

Kontroll og kvalitetskontroll er nyttige, men slitte uttrykk. Vi ser en framvekst av holdninger og meninger om at vi kan sikre oss og beskytte oss mot alt og alle. Vi opplever økende grad av privatisering og persondyrking. Vi trenger beskyttelse mot innvandrere, terrorister, psykisk syke, krig, kata-

strofer, elendighet og alle slags farer. Er dette en sunn og ønsket utvikling?

Nei, vi må tenke og handle i positive baner: Hvem bør jeg samarbeide med og utveksle informasjon med? Hvem kan jeg lære av, og hvem bør jeg stole på? Hva kan bedre kommunikasjon og informasjonsflyt føre til av framgang og større trygghet?

Noen basisråd: Innfør enkle, gode og oversiktlige daglige edb-rutiner. Ta regelmessig sikkerhetskopi og forviss deg om at data kan gjenopprettes fra kopien. Installer antivirusprogram og oppdater virusdefinisjoner minst en gang pr uke. Brannmurer må være riktig konfigurert og vedlikeholdes. Brannmursmaskiner og rutere er for proffer – programbaserte brannmurer kan du klare selv.

Eksempel på (etter min mening bra) program:

BACKUP: BrightStor ARCserve Backup fra Computer Associates. **ANTIVIRUS:** Symmantec – Norton, Normann, E-trust fra CA. **BRANNMUR:** ZoneAlarm Pro fra Zone Labs

Vi snakkes i helsenettet!

Askøy, januar 2005

John Leer

hver. I løpet av 20 minutter er alle pasienter brakt ut av bussen, ingen er fastklemte, og i det første ambulanse fra sykehuset ankommer er kolonnen på vei bort fra skadestedet med alle pasientene om bord, og det er også gitt livreddende førstehjelp til de som trenger det.

Mindre enn 40 minutter etter at ulykken er meldt fra AMK ankommer vi sykehuset med samtlige pasienter. Om dette ikke er nordnorsk rekord, så er det sannsynligvis ikke langt unna. Jeg føler meg nærmest euforisk over denne hurtige redningsaksjonen og har i denne gledesrusen ikke sett for meg hva som nå skjer. I mottagelsesavdelingen på Kirkenes sykehus oppstår nå det rene kaos. På et lite sykehus hvor katastrofealarmen blir utløst ved to til tre hardt skadde pasienter bæres det nå inn 34 russisktalende borgere med alle mulige skader, og dette blir fullstendig uoversiktlig. Jeg trodde i min lykkerus at min jobb var gjort så snart vi hadde fått pasientene til sykehuset, men blir raskt klar over at her må noe gjøres før systemet kollapser fullstendig. Etter litt telefonering blir vi så enige om å transportere de lettest skadde til

Sivilforsvarets anlegg (Fjellhallen) som er dimensjonert for å ta i mot langt mer enn 34, og hvor det er både kjøkken og sanitær anlegg samt soveplass til minst 40 mann i firemanns rom.

En kollega blir skramblet til å bistå i behandling av de skadde, mens en annen overtar den ordinære legevakta så lenge det er behov for det. Det lokale legekantoret blir tømt for sutursett og annet nødvendig utstyr, og så blir 24 pasienter transportert med buss til Fjellhallen. Her tilbringer jeg og min kollega resten av natta, fullt opptatt av å rense og sy sår, bandasjere og plastre, i lys fra to overheadprojektorer som sivilforsvaret kjekt stiller til disposisjon som operasjonslamper.

Alt har sin ende, og denne historien endte tre dager senere da våre russiske pasienter ble transportert hjem til Murmansk med en «ny» russisk buss. Ingen omkom i denne ulykken, mot alle odds kan man vel si. La denne historien være et innspill i debatten om akutt/katastrofemedisinen, hvor budskapet må være; Bruk fantasien, og håp på en passende porsjon flaks, så ordner det meste seg.

Ærbødigt, Bjørn Kvammen. Fortsatt primærlege i Kirkenes



SØLVI RUUD HAGEN

FORBIFARTEN

STILLING SPESIALIST I ALLMENNEMEDISIN
ARBEIDSSTED LÆGENE PÅ KONGENS TORV, GAMLEBYEN I FREDRIKSTAD



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

At jeg føler meg privilegert over å ha den jobben jeg har, og kan glede meg til hver dag.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Etter min første helgevakt i turnus hvor jeg nesten ikke sov fra fredag til mandag (og følte meg opplagt).

Hva gir deg mest glede i jobben?

Møte med menneskene bak sykdommene.

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

Dele fredagene med mine kollegaer så det kan bli langhelger innimellom.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Hele tiden på jobben.

Når lo du på jobben sist?

Nå...

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

Kvalitetssikring...

Hvorfor? Ikke helt sikker.

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

Syns den formen jeg nå har er bra... Ville forresten spandert på meg nytt skrivebord, et stort...!

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

95 år gammel mann, velkledd, sjarmør som tar en sang ved konsultasjonens start, og som tålmodig lar meg hjelpe til med det som er vanskelig og sykdomsrelatert, men som teller det som er friskt, ikke det som er sykt. Avslutter besøket med å gi meg kyss på hånden.

Hva gjør du om fem år?

Da er jeg allmennpraktiker som nå.

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

Å sitte fast i en skiheis ville være så ille at det ikke hadde spilt noen rolle hvem det var.

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

Bedre eldreomsorgen. De eldre skal ha et verdig liv.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Har dessverre ikke abonnert på en stund og kan ikke uttale meg. Skal ordne det nå!!

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Flere leger, mindre arbeidspress.

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

Være hjemmeværende husmor.

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

Det spørres hvem som blir spurt!

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

Kai Jacobsen, Hol Kommune. En kollega i ti år. Imponerende kombinasjon av bonde og allmennlege.

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!



Medikamenter og nyrefunksjon hos eldre kvinne

En kvinne på 93 år ble innlagt sykeheimen etter et apopleksia cerebri med store sequeler. Hun kunne ikke snakke og var sengeliggende, inntak av mat og drikke var vanskelig selv om hun ikke hadde sikker svelgparese. Vi hadde inntrykk av at hun ønsket å dø og ikke maktet å bidra til å komme seg igjen etter slaget. Dette inntrykket hadde også pårørende.

Hun hadde fra før en lett hypertoni og brukte Moduretic mite 1x1 for det. Etter slaget ble hun satt på Albyl-E 160 mg x 1. Siste året hadde hun hatt flere anfall med urinsyregikt og fått Voltaren 25 mg x 3 i perioder med god smertelindrende effekt.

Etter en uke på sykeheimen blir hun kvalm, urolig og enda slappere enn før. Det påvises en urinvegsinfeksjon, hun er afebril og får Trimetoprim 300 mg x 1 i en uke for dette. Etter noen dager får hun et anfall med artitis urica og settes på Voltaren 25 mg x 3 med god effekt.

Hun blir tiltagende kvalm, slapp og mindre kontaktbar. Etter noen dager taes det blodprøver og kreatininverdien er den eneste blodprøven som er klart avvikende: 367. En måned tidligere var den 138. Trimetoprim, Voltaren og Moduretic mite seponeres. Hun settes på Furix 80 mg x 2 iv samt at man prøver å gi henne rikelig drikke. Pårørende sier at de ikke ønsker ytterligere tiltak som for eksempel iv væsketilførsel eller sykehusinnleggelse fordi de har snakket med henne siste året om at hun føler seg mett av dage og ønsket å «få slippe å bli liggende lenge som sykeheimspasient hvis hun skulle få et slag eller liknende». De ønsker at vi kun lindrer plager og gir henne god pleie, og vi sier oss enige i at dette skal være hovedmålet med videre tiltak. Hun dør fredelig to uker seinere. Vi tok en ny kreatinin en uke før hun døde, den viste 524 og vi konkluderte at hun døde av nyresvikt.

Spørsmålet vi sitter igjen med er hvorfor hun utviklet fatal nyresvikt. Hva sier en kreatininverdi på 138 hos en kvinne i denne alderen og hvilke medikamenter burde vært unngått hos henne? Er det kombinasjonen av de tre medikamentene som utløste nyresvikten, og hvordan hadde dette gått hvis hun i utgangspunktet hadde hatt større væskeinntak og dermed hadde større nyreperfusjon? Hva skulle vi gjort annerledes?

Vi har bedt spesialist i nyresykdommer Hans Hallan ved Sykehuset Levanger kommentere denne sykehistorien for å få belyst disse spørsmålene nærmere:

Eldre mennesker har gjennom sin alder en betydelig redusert nyrefunksjon. Vi regner med at fra 30 års alder taper vi ti prosent av nyrefunksjonen for hvert 10. år vi lever. En 90 år gammel kvinne har således en clearance på bare 40 prosent selv med normal kreatinin. At kreatinin ikke stiger skyldes at muskelmassen som kreatinin kommer fra, reduseres med årene.

Den antibakterielle effekten av antibiotika i urinen avhenger av om medikamentet utskilles renalt. Er utskillelsen renal vil akkumulasjon og bivirkninger øke dersom vanlig dose gis til personer med redusert nyrefunksjon. Det skal ikke mye kvalme og brekninger til før den renale perfusjon og dermed nyrefunksjon påvirkes betydelig hos en 90-åring. NSAID kan også redusere den renale filtrasjon betydelig. Spesielt ved hjertesvikt og nedsatt renal perfusjon kan diuresen hos disponerte nesten opphøre i timer etter en tablett. Står pasienten i tillegg på diuretika kan dette bli markert. NSAID er kontraindisert ved clearance < 30 og det hadde nok denne pasienten. Som akuttbehandling ved urinsyregikt hos pasienter med lav clearance bruker vi Kolchisin 0,5 mg x 3 i 3 dager, eventuelt avpasset etter symptomer.

Jannike Reymert