

De viktige maidagene på Soria Moria ble avsluttet med en festmiddag. Professor ved Institutt for samfunnsmedisin i Bergen og forfatter av læreboka i allmennmedisin, Steinar Hunskaar, holdt en festtale som var festdagene verdig. Utposten har fått hans tillatelse til å trykke talen i sin helhet slik at enda flere kan få muligheten til lese og glede seg over den.

Festtale 5.5.2006 på Soria Moria

for Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin

AV PROFESSOR STEINAR HUNSKÅR

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Kjære vener i og av allmennmedisin!

Å ha festmiddag hører generalforsamlingar og årsmøter til. Å behandle saker med prosaiske overskrifter som Organisasjonssaka og Ny struktur i legeforeningen likeså. Men sakslistene inneheld denne gang også ord som overføring av ansvar, lovendring og endatil oppløysing. Om ikkje vi kan kalle det allmennmedisinens Soria Moria erklæring, så er det i allefall like ved der Oddvar Brå brakk staven! Da vert det spesielt, ja så spesielt at dei fleste av oss for all framtid vil minne kvarandre om, skryte av eller litt nedlatande kommentere til andre; Eg var på Soria Moria 5. mai 2006, da det skjedde.

Og for å karakterisere kva dette handlar om, må eg gjere noko så politisk ukorrekt som å sitere president George Bush, rett nok senior, som etter å ha vunne presidentvalet første gong starta talen sin med:

«Fellow Americans, the rules have been changed!»

Allmennlegar, vi har starta på ein ny æra!

Det finst ei historie, det finst ei utvikling, det finst ein kontekst. Dette vil andre ta seg av, både skapryddarar og museumsvaktarar. Eg vil *berre* sjå framover. Og for igjen å gå til Amerika, denne gong til buksefabrikanten Levis: «Quality never goes out of style!»

Fag og kvalitet i alle ledd er eit vinnarkonsept. Og vi må starte umiddelbart medan vi enno er i rusen. Camilla Collett seier det så treffande; «Den som er lukkeleg, kan ikkje stå tidleg nok opp om morgonen.» Vi skal vidareføre dei kollektive visjonane våre om allmennmedisinen som basis i helsetenesta, med høgt servicenivå, med tenester som er godt fagleg funderte og som gjev helsegevinst for pasientane. Og med kompetente yrkesutøvarar, stolte av sin profesjon.

Skal dette lukkast må vi ha ein annan spydspiss. Yrkesforeninga. Vi treng ei like kompetent og oppegående yrkesforening som arbeider for rammene for allmennmedisinsk praksis og økonomi, som arbeider med rekruttering og som ivaretek interessene våre på mange viktige arenaer. Begge foreningane bør vere interessante og spennande organisasjonar å arbeide i for allmennlegar med lyst og overskot til å



gjere ein innsats for fellesskapet. Eg oppfordrar særskilt våre yngste kollegaer av begge kjønn om å vere positive til verv. Det er ein flott måte å komme inn i faget på og å treffe fagfeller.

Eg ser at utfordringane står i kø i åra som kjem. Det vert frisk bris enkelte gongar, men vi er ikkje i ein situasjon med motvind frå alle kantar. Tvert om er det av og til mistenkeleg vindstille, *det* er ikkje ein god situasjon for den som vil segle mot målbøya.

Regjeringa si Soria Moria erklæring er kjemisk fri for fastlegeordning og allmennmedisin, eit sensitivt teikn på at eigaren er fornøgd. Men diverre eit spesifikt teikn på at ein da heller ikkje treng interessere seg.

Fastlegeordninga med lege-pasientkontrakt og portnarrolle er ein postmoderne anomali. Ei ordning i utakt med tidsånda. Den vil berre overleve så lenge vår visjon om at dette er ei god fagleg ordning både for oss, for pasientane og samfunnet, er i samsvar med dei andre sine oppfatningar.

Eg tillet meg difor å presentere tre dikotomiar vi må arbeide innanfor spennvidda av, i tida framover. Noko av dette krev manøvreringskunst av ypperste klasse.

Den første er mainstream versus avantgarde.

Vi kan ikkje ha ein allmennmedisin som fagleg sett er på sida av eller heng etter resten av helsetenesta. Vi må vere oppdaterte, endre oss, og tilfredsstillte krava om auka tilgjengelighet, og mindre faglege forskjellar. Det er naturlege krav til oss. Men vi er også eit fag som har sett nye trendar *før* mange andre, enten det gjeld verdiar som kontinuitet og pasientsentrert metode, klinisk epidemiologi og EBM, helsetenesta sine begrensingar eller medikaliseringa sin pris. Vi må framleis halde oss med medisinske fortoppar og fanebærarar.

Størst vekt og påverknad får også dei når vi elles skyttar vårt faglege ansvar tilfredsstillande. Vi må med stor styrke hevde våre meiningar, delta i viktige diskusjonar og forlange plass der beslutningar om oss blir tatt, og dermed bidra til gode svar på faget sine eigne premissar. Vi skal vere syn-

 **Levonova®**
levonorgestrel 20µg/24 timer

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A C03

Intrauterint innlegg 20µg/24 timer Hvert intrauterine innlegg inneh.: Levonorgestrel. 52 mg, jernoksid (E172), const. q.s.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometrie-hyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen. **Dosering:** Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med aborttøynep i 1. trimester.

Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/byttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Konstatert eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende underlivsinfeksjon. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inklusive myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker faren for infeksjoner. Levertumorer. Overfølsomhet for noen av komponentene i preparatet.

Forsiktighetsregler: Før innsetting foretas en grundig generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll.

Hos pasienter med hjerteklaffdefekter må ev. antibiotikaprofylakse gis ved innsetting for å hindre endokarditt. Livmorinnlegget må fjernes hvis kvinnen får tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon ikke lar seg behandle innen 4 dager. Pasienter bør overvåkes ved pågående leversykdom, epilepsi eller konstatert eller mistenkt hormonavhengig neoplasia inklusive brystkreft. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart (se Graviditet/Amning). Livmorinnlegget kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: (I: = steroider)

Graviditet/Amning: Se kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Innlegget skal ikke brukes under pågående eller mistenkt graviditet.

Innlegget bør tas ut hvis en kvinne blir gravid, da intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og eventuelle konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Overgang i morsmelk: Passerer i små mengder over i morsmelk, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig ved doser som frigjøres fra livmorinnlegget. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Mastalgi, brystspenninger, ødem. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Akne.

Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, tretthet. Urogenitale: Blødninger (frekvent eller forlenget blødning og spotting; avtar ofte etterhvert), amenoré, dysmenoré, oligomenoré, vaginal utflod, vaginit, reversible ovarialcyster. **Øvrige:** Vektforandringer, underlivssmerter, buksmerter, ryggsmarter. **Mindre hyppige:** Endokrine: Hirsutisme, svette, hårfall, fett hår.

Sentralnervesystemet: Redusert libido. Sjeldne (<1/1000): Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Muskel-skjelettsystemet: Det er rapportert muskelsmerter når preparatet blir brukt i kombinasjon med østrogenbehandling.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylskjelett med en sylinder rundt vertikalarmen som inneholder en blanding av polydimetylsiloxan og levonorgestrel. Sylindren er dekket med en polydimetylsiloxanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregnert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinneår. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinneår. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsaklig lokale gestagene effekter i livmorhulen.

De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen-reseptorene. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan ses. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermieabiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ova-lasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjons-terapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater.

Absorpsjon: Stabile serumkonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1220,90 (april 2006)

Schering Norge AS, Postboks 331, 1326 Lysaker.
Tlf.: 67 59 20 00 - Fax: 67 59 20 01.

www.femalelife.no

SCHERING

lege i den offentlege debatt og vere ein uredd aktør for oss sjølve og pasientane.

Den andre dikotomien er konformitet versus mikroautonomi. Ein av dei største verdiane i faget vårt, er den autonome rolla kvar av oss har i praksisorganisering, i interessefelt og klinisk stil. Vi skal ha eit stort rom for individuelt klinisk skjønn og respekt for ulike tilnærmingar og terapeutisk praksis. Men individuelle «outliers» er problematisk både for faget og for dei pasientane som vert utsett for dei. Og vi brenner kvar gong ei lita bru til den store oppdragsgjeveren vår når vi høyrer om allmennlegar som ikkje held sin sti heilt rein i høve til pasientar, trygdestaten, kommunale samarbeidspartar eller andre.

Eg høyrer fleire meiner fastlegane sine roller vert undergrave fordi stadig fleire gjer fastlegane sin jobb og eg høyrer syt om at vi snart berre er ryddehjelp for andre. Slik er det da ikkje! Eg er så glad kvar gong staten eller andre styresmakter faktisk vil bruke oss til noko spesifikt! Det er ikkje alltid like velbegrunna eller gjennomtenkt, som grøn resept eller kontakt med tsunamiofre. Men det er tanken som tel, folkens! Dei må få øve seg - og øving gjer som kjent meister, etter kvart.

Vi er derimot på eiga hand og kollektivt i ferd med å gje frå oss ansvaret for pasientane våre sine akutte medisinske behov på ettermiddag og natt i form av manglande ansvar for legevakt, og paradoksalt nok mest der vilkåra er best. Skjebnetimen på dette området er nær, sterke krefter i foretak og forvaltning seier meg at den er passert, og alternativ må derfor etablerast. Dette er både ei symbolsak og ei ytterst viktig dominobrikke, om den fell. Vi må reise visjonen om å ta legevakta tilbake!

Den siste dikotomien er Helseforetak NORGE versus makroautonomi for allmennlegekorpset.

Det er ikkje slik at alle foretak er like viktige og at kvar har ei stemme. Det finst fem regionale helseforetak og tre-fire-tusen enkeltmannsforetak i form av fastlegar, men stemmetala blir oftast fem mot null, ikkje 4000 mot fem. Kjøtvekta og definisjonsmakta er ulikt fordelt. Veksten i helseforetaka tilsvarar totalkostnaden med fastlegeordninga, – kvart år. Det er ikkje berre gryande, men sterkt aukande frustrasjon over at allmennmedisinen ikkje kan opptre som fagleg, samla samarbeidspart. Dette trur eg er vår aller største faglege utfordring i tida som kjem.

Det handlar om å bevare faget si sjel og vår autonomi, samtidig som andrelinetenesta får ein motpart som følgjer opp og gjennomfører avtalar med tilnærma ei stemme, slik dei er vant at andre samarbeidspartar gjer.

Eg har tidlegare argumentert for 1000 nye fastlegar, både for å bøte på kjøtvektubalansen og for å gje plass til nye oppgåver. Etter å ha høyrte debatten etterpå, trur eg no at 1000 faktisk er i minste laget for den tidsperioden det uansett vil ta å realisere det.

Skal den nye faglegeforeninga lukkast i den store debatten om faget sin plass og sikre utvikling og kvalitet på våre premisser, krevs grunnlagsarbeid i form av forskning, oppsummeringar, forskingsformidling og fagutvikling i eit omfang vi til no ikkje har sett i norsk allmennmedisin. Oppgåvene er store, pengane kjem, vi må difor brette opp armene og gå laus. Og vi må sjå på dette som eit felles prosjekt; heiltidsklinikaren, allmennpraktikar-stipendiaten, prosjektleiaren og fulltidsforskarar bidrar på sitt vis likeverdig til faget si framtid.

Vi må altså møte utfordringane, ikkje eingong nødvendigvis alltid verte einige, men mange gongar sjå eigenverdien av faglege diskusjonar, usemje og utviklingsprosessar. Min visjon er ei fagleg forening prega av *uro*.

Og til dei som no brått vart *urolege*, eg meiner *uro* i positiv forstand. Og her bruker eg ordboka:

Uro – av u-ikkje og ro-stille.

1. Rørsle eller fart

Tarjei Vesaas skriv så klokt om dette:

«Det *må* eksperimenterast, det er *det* som er rørsle og livskim og fornying. Det *blir* forstått av nokon – og det er *slike* som ber fornyinga over mørke skar og stillestående daudvatn, og blir *sjølve* ein grobotn for det som heiter framtid. Der det ikkje er rørsle framover lurar døden.»

2. Skipling av fred og ro, slik vi må hindre at regjeringa gløymer oss fleire gonger og tek oss for gitt. Vi må synast og merkast.

3. Mild verk, murring i kropp eller lemer. Slik vi kjenner det etter organisasjonsprosessen, men også verker etter å komme i gang.

4. Otte, ank og spenning, slik det er å starte noko nytt og ukjent.

Og tilslutt;

Men ikkje som

5. Opphengt pynt, som svingar tilfeldig i luftdraget.

Leve allmennmedisinen!

Leve Allmennlegeforeninga. Leve Norsk forening for allmennmedisin