

30 år siden Alma Ata

– men 45 år siden Grisjin brøt lydmuren

AV GISLE ROKSUND

Gutter på min alder forbinder nok helst Alma Ata med januar 1963, da den legendariske russiske skøyteløperen Jevgenij Grisjin som førstemann i verden gikk 500 meter under 40 sekunder. Det skjedde på medeobanen i Alma Ata.



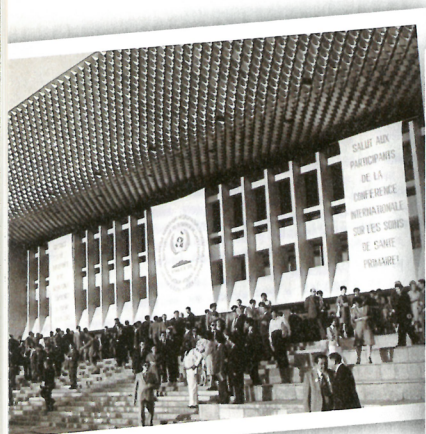
Gisle Roksund

f 1951.

Cand med 1976.

Spes allmennmedisin og samfunnsmedisin
Leder Norsk forening for Allmennmedisin.

Tiden var 39,6. At det var mulig å gå så fort på skøyter! Og for en jubel det var rundt radioapparatet! Bare tre år etter OL i Squaw Valley, da Kupper'n gikk 10 000 på 15.46.6 – hele 46 sekunder fortere enn Hjallis! Det var tider for rekorder og optimisme. 15 år senere ble en viktig internasjonal konferanse om primærhelsetjeneste avholdt samme sted, også en hendelse preget av stor entusiasme og optimisme.



FRA WHO-KONFERANSEN I ALMA ATA, 1978



Verdens helseorganisasjon (WHO) hadde allerede i 1948 definert helse som «en tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom». Definisjonen har vært harselert med, men jeg sier meg enig med det Steinar Westin formulerte på Eyr 21. september 2007:

La oss ikke fortape oss i hets mot WHO-definisjonen av helse, som blir latterliggjort over uttrykket fullstendig eller fullkommen (tilstand). Det avgjørende var ikke dette, men at definisjonen fikk tre komponenter – legemlig, psykisk og sosial. Hvis man vil lese den med velvilje.

Styrket primærhelsetjeneste

I 1977 formulerte WHO's hovedforsamling sitt ambisiøse mål om «Helse for alle i år 2000». Året etter fulgte organisasjonen opp ved å arrangere en stor konferanse i hovedstaden i Kazakhstan, Alma Ata, sammen med FNs barnefond. Delegasjoner fra 134 land og 67 internasjonale organisasjoner møttes. Fra Norge stilte fire representanter, tre fra helsemyndighetene under ledelse av daværende medisinalråd i Helsedepartementet, Egil Willumsen. De andre som var med, var Asbjørn Elvik og Øyvind Årflot (E. Willumsen, personlig

deklarasjonen



En fremtidig satsing på primærmedisin er kanskje det viktigste vi kan tilby disse barna på Madagaskar for at de skal fortsette å holde seg friske.

meddelelse). I tillegg stilte Sigurd Humerfelt som representant for International Hospital Federation (1). Primærhelsetjenesten ble gjennom den berømte deklarasjonen definert som hovedmiddelet til å nå målet om «Helse for alle i år 2000» (2).

Deklarasjonen henvendte seg til alle regjeringer og internasjonale organisasjoner, alt helsepersonell og hele verdenssamfunnet, og ba om aktive tiltak for å styrke primærhelsetjenesten. Man uttrykte bekymring for økende ulikhet i helse mellom befolkningen i utviklede og underutviklede land, samt internt i de ulike land: «Økonomisk og sosial utvikling, basert på en ny økonomisk verdensordning, er av avgjørende betydning for å nå målet om helse for alle og for å redusere forskjellene i helse»; «Befolkningens helse er et offentlig ansvar og kan bare forbedres gjennom adekvate helse- og sosiale tiltak.»; «Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice».

Deklarasjonen beskrev primærhelsetjenestens rolle og betydning, men ikke spesifikt allmennlegene eller allmennmedisin. Den inneholdt nok mer samfunnsmedisin enn allmennmedisin – slik disse begrepene vanligvis er brukt – med forslag til lokal helsetjeneste, strukturelle tiltak og tverrfaglig

samarbeid. Manifestet fikk de første årene stor betydning for utviklingen av primærhelsetjenesten i store deler av verden (3), men ble nok også mye oversett i industrialiserte land fordi det ble ansett som et dokument som først og fremst henvendte seg til utviklingsland (4). Det kan være et poeng i denne sammenheng at WHO, til forskjell fra *Wonca* (5), ikke presiserte allmennlegens sentrale rolle. WHO var mer opptatt av lokal helsetjeneste med fokus på forebyggende helsearbeid, gjerne med mindre utdannet helsepersonell (6).

Brytninger

Deklarasjonen inneholdt store ord. Likhet. Sosial rettferdighet. Og primærhelsetjenesten skulle være nøkkelen til suksess. Hvordan har det så gått siden? Bedømt med harde endepunkter, er de sosiale forskjellene neppe blitt redusert mellom rike og fattige. De rike er blitt rikere, og de fattige fattigere. Både land og folk. Visjoner om en ny økonomisk verdensordning har ikke vært noen suksess. Og vår sivilisasjon sliter i dag kanskje med enda større og mer fundamentale problemer hva gjelder bærekraft enn tidligere. Umiddelbart er det nærliggende å konkludere med at deklarasjonen som sådan har vært en naiv fiasko. Men det er bare deler av sannheten.



Er en allmennlege i et område med 10 000 mennesker tilstrekkelig i veiløse områder i Afrika?

Manifestet kom i en tid da vi hadde hatt en utvikling med en stadig voksende og mer spesialisert sykehustjeneste, spesielt i den industrialiserte del av verden. Den industrielle utvikling hadde vært voldsom på hele 1900-tallet, og med den kom en økende spesialisering i helsevesenet. Det var økende erkjennelse både i Norge og i resten av verden om at dette alene ikke kunne gi folk det de hadde behov for av helsetjenester. Og den spesialiserte helsetjeneste viste ingen evne til å utjevne de enorme ulikhetene i helsetilstanden blant folk, især mellom industriland og utviklingsland, men også innenfor nasjonale grenser. Det var nødvendig å ha en sterk primærhelsetjeneste for å løse problemene.

Fra å være Doktor'n med stor D, hadde allmennlegen gjennom mange år tapt anseelse til fordel for det økende antallet sykehusleger. Her på berget opplevde allmennlegene «de harde 1950- og 1960-årene» (7). Men mot slutten av 1960-tallet begynte en fortjenestefull innsats fra en rekke kolleger å føre til resultater. Hos oss ble Fond for legers videre- og etterutdanning etablert i 1967. Det første norske professorat i allmennmedisin ble etablert i 1968 ved UiO.

De nasjonale helsemyndighetene hadde lenge konsentrert seg om sykehusene. *Lov om sykehus mv* kom i 1969. Men de så også at denne loven måtte suppleres med et regelverk eller en lov som sikret og regulerte helsetjenesten utenfor in-

stitusjonene. *Stortingsmelding 85 (1970–71)*. Om helsetjenesten utenfor sykehus var starten på en rekke utredninger, meldinger og «ot.prp» er som beskrev behovet for en sterkere primærhelsetjeneste.

I tråd med deklarasjonen

På 1970-tallet skjedde det mye for faget allmennmedisin. En semispesialitet i allmennmedisin kom i 1973 under tittelen «Almenpraktiker Dnlf». I januar 1978 kom «Almenpraktikernes lille grønne»: *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste!* (8). Her ble begrepet KOPF (kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) lansert, og grunnlaget for allmennmedisinen slik vi har sett den i vårt land, lagt. Jeg må si jeg egentlig er ganske imponert over «tenkekomiteen» og dens arbeid. Mange av de tanker de gjorde seg for 30 år siden, står seg svært godt den dag i dag. Og tankene var i tråd med det som noe senere kom til uttrykk i Alma Ata-deklarasjonen. Da den norske delegasjonen dro til Alma Ata i september samme år, hadde de med seg utkastet til det som senere skulle bli *Lov om helsetjenesten i kommunene*. Men de hadde også hatt kontakt med Legeforeningen, spesielt gjennom OLL (nåværende LSA), og kjente til «den lille grønne» (E. Willumsen, personlig meddelelse).

Norsk selskap for allmennmedisin, NSAM, ble etablert 1983. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* så dagens

lys samme år. Og i 1984 fikk vi omsider *Lov om Helsetjenesten i kommunene*. Med den fikk kommunene ansvaret for primærhelsetjenesten. Formålsparagrafen lød slik:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Altså en formulering som så definitivt var i tråd med Alma Ata-deklarasjonen!

I 1985 fikk vi regelverket for spesialiteten i allmennmedisin, med et femårig utdanningsprogram og krav til resertifisering. Etter dette har vi sett en stadig sterkere faglig besvissthet i allmennmedisinen, med en økende akademisering av faget. Men organisatorisk skjedde lite de neste 15 årene, før vi i 2001 fikk fastlegeordningen, i 2006 etablering av fire allmennmedisinske forskningsenheter og et allmennmedisinsk forskningsfond (9), samt reorganisering av de allmennmedisinske organisasjonene innenfor Legeforeningen i 2007 (10).

Men det ulmer...

Så langt historie. Det foreligger i dag rikelig internasjonal dokumentasjon på at en helsetjeneste bygget på en sterk primærhelsetjeneste er best og billigst. Barbara Starfield sier det slik (11):

There is lots of evidence that a good relationship with a freely chosen primary-care doctor, preferably over several years, is associated with better care, more appropriate care, better health, and much lower health costs. In contrast, little is known about most of the benefits of specialty care, although we do know that the greater the supply of specialists, the greater the rates of visits to specialists. We also know that when specialists care for problems outside their main area of expertise, the results are not as good as with primary care. Since most people with health problems have more than one ailment, it makes sense to have a primary-care practitioner who can help decide when specialist care is appropriate.

Våre nasjonale myndigheters intensjoner kan synes gode. Sosial- og Helsedirektoratet sier det slik (12):

Primærhelsetjenesten er fundamentet for resten av helse- og sosialsektoren. Dens viktigste oppgave er å sikre alle som har behov for det, gode helse- og omsorgstjenester i nærheten av der de bor.

På tross av dette er følgende utvikling en realitet i Norge: Fra 1980 til 2001 økte antall legeårsværk i somatiske sykehus betydelig, fra 8,8 til 16,0 per 10 000 innbyggere, mens antall legeårsværk i primærhelsetjenesten var stabilt. Etter fastlegereformen i 2001 har veksten i antall legeårsværk i spesialisthelsetjenesten frem til 2005 vært 13 prosent – mot 1,6 prosent i allmennlegetjenesten (13).

Steinar Hunskaar oppsummerer situasjonen slik i Aftenposten (14):

Det ulmer blant fastlegene. De opplever at de ikke verdsettes og brukes fornuftig. Mens helseforetakene suger til seg nesten alle nye leger, har fastlegeordningen ikke holdt følge. Hvis man skulle ha like stor andel allmennleger som for ti år siden, mangler det nå mer enn 1500 fastleger. Norge beveger seg stadig nedover i andel primærlegeårsværk i helsetjenesten internasjonalt, fra omkring 30 prosent til at man nå snart når 20.

Hunskaar etterlyser en «fastlegeminister».

Drivende krefter

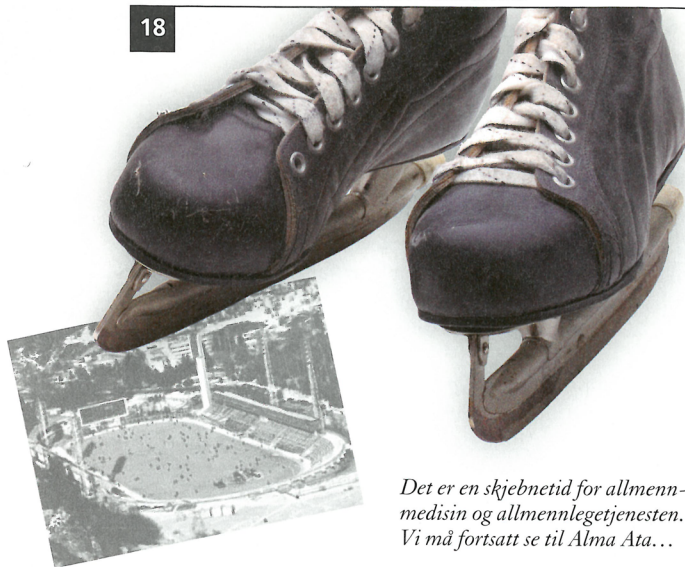
Hva har gått galt? Svaret er komplekst og ikke bare nasjonalt. Vi ser en liknende tendens en rekke steder, også i utviklingsland. Det kom tydelig fram på Wonca World Council-møtet i Singapore sommeren 2007. Representanter fra ulike verdensdeler fortalte om stor og til dels ukontrollert vekst i spesialisthelsetjenesten, og en stagnasjon i primærhelsetjenesten. Også regjeringer i fattige land bygger ut en svulmende spesialisthelsetjeneste uten primærmedisinsk fundament. Det er fristende å anta at prestisje og status er drivende krefter i dette. Vi ser også en økende grad av privatisering av de ulike delene av helsetjenesten.

Medisinen har sterke iboende krefter i retning av økende spesialisering. Medisinens reduktive potensial er uendelig, og dens økende fokus på friske deler av befolkningen er etter min oppfatning formidabel og sykdomsskapende (15). Ivan Illich er fortsatt beklemmende aktuell (16).

I Norge ser vi at over 400 av 440 nye leger hvert år forsvinner til sykehusene. Samtidig er allmennlegens kompetanse i økende grad et etterspurt, både i forhold til ulike pasientgrupper og i forhold til samarbeidspartnere. Det gjelder spesielt de flere eldre og kronisk syke, og viktige pasientgrupper med sammensatte helseproblemer – ofte med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, og med langvarig utfall fra arbeidslivet til følge. Videre er allmennlegene etterspurt på en rekke områder både internt i kommunehelsetjenesten (sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, tverrfaglig samarbeid, lokalt samfunnsmedisinsk arbeid), i samarbeidet med de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, samt i forhold til NAV.

Skjebnetid

Allmennlegetjenesten i Norge vil ikke ha fremtidig bærekraft til å være fundamentet i helsetjenesten dersom det ikke skjer en betydelig vekst i antall yrkesaktive allmennleger de nærmeste årene. Derfor har Legeforeningen etablert prosjektet *Allmennmedisin 2020* (17). Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen vil i 2008 ha ansvar for en bred utredning av faget allmennmedisin, med oppgaver, innhold, dimensjonering og rammevilkår for



Det er en skjebnetid for allmennmedisin og allmennlegetjenesten. Vi må fortsatt se til Alma Ata...

utøvelse i tidsperspektivet fram til år 2020. Vi må samarbeide med myndighetene om å få til en betydelig økning av hoder, hender og finansieringsgrunnlag i allmennlegetjenesten.

Får vi ikke det til, er jeg redd for at vi som allmennleger ikke vil være i stand til å utføre samfunnsoppdraget vårt, nemlig å være lege med ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, og undersøkelse og behandling av våre pasienter. Bryter denne biten av helsetjenesten sammen, vil vi få en ytterligere og uant økning i etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Og det blir det ikke noe bedre helsetjeneste av.

Det er en skjebnetid for allmennmedisin og allmennlegetjenesten. Vi må fortsatt se til Alma Ata. Medeobanen har ingen gjeldende verdensrekorder lenger. Verdensrekorden på 500 meter er nå nede på 34,03. Den ble selvsagt satt i Salt Lake City i USA. Der borte løper også allmennlegene fortere enn fort (18). Vi bør ikke løpe etter dem.

Referanser

1. Sulheim O. Intervju med S. Humerfelt: «Langsomt blir faget vårt eget». Universitetsforlaget 1984, s. 25.
2. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6.–12. september 1978: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
3. Bruusgaard D. Det angår ikke oss? Utposten 1984 nr 3; 81–83.
4. Bruusgaard D. Alma-Ata fem år etter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 600–601.
5. Wonca: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
6. Westin S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure. Family Practice 1995; Vol.12, No.4, 394–401.
7. Bentsen BG, Koksvik T. Artikkel i «Langsomt blir faget vårt eget». Universitetsforlaget 1984.
8. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Fra «Tenkekomiteen» innen Apf og OLL, januar 1978.
9. Frich JC. Allmennmedisinsk forskning styrkes. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 784.
10. Etablering av Fagmedisinske foreninger i Legeforeningen: www.legeforeningen.no/index.gan?id=328&subid=0
11. Barbara Starfield: <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.html>
12. Utviklingstrekk i Helse og sosialsektoren, Sosial- og helsedirektoratet 2007.
13. Roksund G. Legevaktens fremtid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1334.
14. Hunskaar S. Kronikk: Aftenposten 27. desember 2007. www.aftenposten.no/mening/kronikker/article2170404.ece
15. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin: www.legeforeningen.no/index.gan?id=128650&subid=0
16. Illich I. Medisinsk nemesis. Gyldendal Norsk forlag 1975.
17. Sentralstyret Dnlf, sak 336/07. Utredningsprosjekt Norsk allmennmedisin 2020. Faget allmennmedisin – oppgaver, innhold, dimensjonering og rammevilkår for utøvelse i tidsperspektiv frem til år 2020
18. Hunskaar S. Take the money and run. Tidsskr Nor lægeforen 2007; 127: 1404–5.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: gisle.roksund@gmail.com

c Centyl LEO
c Centyl med kaliumklorid LEO
c Centyl mite med kaliumklorid LEO
Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A01 og C03C B01

T TABLETTER 5 mg: Centyl: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, drasjerte: Centyl med kaliumklorid: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), patentblått (E 131), titandioksid (E 171). Sukkerdrasjert. C03A B01.

T TABLETTER, drasjerte: Centyl mite med kaliumklorid: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104), jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Sukkerdrasjert. C03A B01.

Indikasjoner: Ødeme. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residuerende kalsiumholdige nyre-/uretersten. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. **Ødeme:** 2,5–5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. 1–3 av ukens dager. **Hypertensjon:** Centyl: 2,5–5 mg daglig. Centyl med kaliumklorid: Tabletten skal svelges hele. 1,25–2,5 mg 1–2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etterstrebes. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortrinnsvis tas om morgenen. **Profylaktisk ved residuerende nyre-/uretersten:** 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjoner:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifest urinsyreigikt. Anuri, hyponatremi, hyperkalsemi, behandlingsrefrakter hyperkalsemi, Addisons sykdom. Overfømthetighet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føre til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalsemi hos eldre pasienter med hjerte- og leversvikt. Serumkalsium bør kontrolleres jevnlig. Ved urineisobstruksjon kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydrattoleranse kan kreve dosejustering av anti-diabetika. Latent diabetes mellitus kan manifestere under administrering av tiazider. Eksacerbasjon eller aktivering av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes. Centyl: Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. Centyl med kaliumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalsemi hos pasienter med nyresvikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sakkarose. **Interaksjoner:** Potensering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypertensjonsmidler. Samtidig bruk av digitalisglykosider kan gi hyperkalsemi og forsterke digitaliseffekten. Serumkalsium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sorolol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestyramin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetiazid. Midlene bør tas med flere timers mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av tiazider. Centyl med kaliumklorid: Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (I: C03A low-ceiling diuretika, tiazider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preeklampi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmavolum og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstipasjon. Metabolske: Hypokalsemi, hyponatremi, forhøyet serumurinsyreverdier, påvirkning av karbohydrattoleransen. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Utslett, kløe, fotosensibilisering. Metabolske: Hypomagnesemi, hypokloremi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, muskelkramper. Øvrige: Hyperkalsemi, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, bloddysskrasier. Hud: Vaskulitter. Urogenitale: Påvirket nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kaliumklorid: Ved langsomt tarmpassasje og ved vanskeliggjort øsofaguspassasje kan kaliumklorid i «sustained release»-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetiazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Pakninger og priser:** Centyl: 100 stk. kr 103,70. Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 106,30. T 6f), 12b)2, 27a)2. Sist endret: 17.01.2008