

– Sats mer på primærhelsetjenesten!

AV TOM SUNDAR

I sitt innlegg ved PMU fremholdt den amerikanske helsetjenesteforskeren Barbara Starfield at flere ressurser bør tilflyte primærhelsetjenesten.

– Internasjonalt har vi entydig dokumentasjon på at satsing på primærhelsetjenesten er av vital betydning for både enkeltpasienter og samfunnet, sa Starfield til en lydhør forsamling. Hun holdt hovedforedraget ved Primærmedisinsk uke, under tittelen «Why is General Practice of vital importance to both individuals and society?».

Barbara Starfield er lege og professor ved Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health i Maryland, USA. Hun er ledende innen primærhelsetjenesteforskning og kjent for sitt mantra «put doctors where they count», som henspiller på viktigheten av å styrke primærmedisinen og tilføre primærhelsetjenesten nok ressurser. Hun grunngir sitt budskap med en rekke eksempler fra internasjonal helsetjenesteforskning:

- Beregninger fra 18 OPEC-land i perioden 1970–2000 avdekker færre potensielt tapte leveår (PYLL) i land som har en bærekraftig primærhelsetjeneste. I disse landene er det lavere spedbarnsdødelighet, færre barn med lav fødselsvekt, færre tapte leveår pga. selvmord og høyere forventet levetid sammenliknet med land som ikke har en definert primærhelsetjeneste.
- I Indonesia falt spedbarnsdødeligheten i årene 1990–96, for så å stige igjen i 1997–2000. Det skjedde parallelt med at myndighetene henholdsvis økte og reduserte ressurstilførselen til primærhelsetjenesten.
- I Thailand sank barnedødeligheten i 1990–2000 da myndighetene iverksatte en rekke tiltak for å styrke primærhelsefunksjonene i landets distrikter. Særlig markant var reduksjonen blant fattige befolkningsgrupper.
- Tall fra USA har vist at en økning med én primærlege per 10000 innbyggere er assosiert med 1,44 færre dødsfall. Sammenhengen mellom bedre primærhelsetjeneste og lavere dødelighet er sterkest i den afroamerikanske befolkningen.



FOTO: TOM SUNDAR

Barbara Starfield

Til felts mot spesialistveldet

– Studier fra industrialiserte land så vel som utviklingsland viser at bedre primærhelsetjeneste gir bedre kvalitet i helse-tilbudet til befolkningen. Det fører til redusert totalmortalitet, mortalitet ved hjerte-kar-sykdommer og spedbarnsmortalitet. Likeledes ser vi at bedre primærhelsetjeneste er assosiert med tidligere påvisning av en rekke kreftformer. På den annen side er helseindikatorne gjennomgående dårligere i regioner med ensidig satsing på spesialisttjenester, sier Barbara Starfield.

Hun understreker at en altfor stor grad av spesialisering innen medisin og helsestell kan virke mot sin hensikt.

– «Ikke bare er spesialistveldet kostnadsdrivende, det ser også ut til å være helsefarlig», sier den frittalende forskeren.

Starfield viser til at 28 av 35 regionale helseundersøkelser i USA har påvist en reduksjon i fem hovedtyper av mortalitetsrater (total-, hjerte-, kreft-, hjerneslag- og barnemortalitet) i områder der befolkningen har økt tilgjengelighet til primærmedisinske tjenester. Omvendt stiger de samme mortalitetsratene i 25 av de 35 undersøkelsene i regioner med høyt forbruk av spesialiserte helsetjenester.

– Når man kommer over et visst nivå, ser det ut til at økt spesialisttilgjengelighet ikke gir noen ekstra helsegevinster, heller tvert imot, sier den amerikanske legen. Hun tar til orde for å styrke og koordinere primærhelsefunksjoner. Dette er mer kostnadseffektivt og gir større helsegevinster enn om ressursene ensidig kanaliseres inn i økt medisinsk spesialisering, er hennes konklusjon.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
tsundar@online.no

Priser utdelt på PMU 2008



Løvetannprisen for 2008

ble tildelt Jannike Reymert.

NFAs begrunnelse sier blant annet; Årets LTP-vinner er ingen allmennmedisinsk kjendis. Vedkommende er heller en av dem som i det stille gjør en kjempeinnsats i sin daglige jobb som fastlege og for utvikling av faget vårt.

Videre kan vi trekke frem et engasjement for de unge legene. Som veileder for studenter på eget kontor, sensor ved universitetet og veileder i spesialistutdanningen i allmennmedisin kan man nok si at få viktige oppgaver er møtt med et nei. Og det er ikke fordi vår kollega ikke kan begrenselsens kunst, eller ikke tør å si i fra. Her er det snarere meninger mot i mengder!

I Utpostens snart 37 år gamle dugnadsblad har vår kvinne gjort en enestående innsats. Hun har som den eneste noen gang, sittet i redaksjonen i to hele perioder, i til sammen ti år. Den nåværende redaksjon bøyer seg i støvet for hennes store innsats og gratulerer Jannike Reymert med årets Løvetannpris!

Jannike Reymert fikk
Løvetannprisen for 2008.



Linda Vinje fikk årets medarbeiderpris..

Hun arbeidet mange år på Skjetten legesenter og fikk tidlig verv i lokalavdelingen i Akershus i Norsk helsesekretær forbund. Hun var med på å få legesekretærene offentlig godkjent i forhold til helsepersonelloven, som «autorisert helsesekretær», og har også arbeidet med å få godkjent de med «gammel utdanning». Hun er fremdeles levende opp-tatt av videre- og etterutdanning av medarbeidere ved legekontor, og har lagt ned mye arbeid i medarbeidernes etterutdanning; medarbeidernes veiledningsgrupper.

Hun ble valgt som leder i forbundet til NHSF i 1998, og har jobbet der frem til i dag, men går i disse dager over i ny stilling ved Ullevål sykehus.

Gratulasjoner til Linda Vinje!

Forskningsprisen for 2008 gikk til: Jan Robert Grøndahl, fra Tranby legesenter for prosjektet: «Hypnose som behandlingsform ved kroniske utbredte muskelsmerter i allmennpraksis – en pilotstudie.» Det ble lagt vekt på at han har liten forskningserfaring, og det er et lite prosjekt som utmerker seg med nytenkning og originalitet. Prosjektet omhandler en vanlig og vanskelig problemstilling, og bygger på erfaring fra egen praksis. Han har prøvd ut en krevende og spennende metode og har klart å gjennomføre et prosjekt fra idé til publikasjon. Jan Robert Grøndahl var dessverre ikke tilstede under utdelingen av årets Forskningspris, men vi gratulerer.



Tove Rutle fikk **PMUs ærespris**, med begrunnelse: Primærmedisinsk uke ble arrangert for tiende gang i år. Ideen har vært å lage en nasjonal møtarena for allmennleger og medarbeidere. Tove Rutle var med på å etablere PMU sammen med sin mann, Olav Rutle i 1989. Og hun har vært helt sentral i hvert eneste PMU arrangement siden. Hun har lagt ned en enorm innsats gjennom mange år. Ingen over og ingen ved siden! For dette ble hun tildelt PMUs ærespris for 2008. Redaksjonen i Utposten slutter seg til gratulantene og er strålende glade for å ha Tove i vår midte.

PMU 2008

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: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residerende kalsiumholdige nyre-/uretersten. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. **Ødemer:** 2,5-5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. i 3-5 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 residerende nyre-/uretersten:** 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjoner:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifest urinsyreigkitt. Anuri, hyponatremi, hyperkalsemi, behandlingsrefraktær hypokalemi, Addisons sykdom. Oversømfintlighet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føre til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemi hos eldre pasienter med hjerte- og leversvikt. Serumkalium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinveisobstruksjon 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 antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan manifestere seg 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 arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. **Centyl med kaliumklorid:** Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalemi 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 hypokalemi og forsterke digitaleffekten. Serumkalium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sotalol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestiramin 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: 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: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske, residerende, kalsiumholdige nyre-/uretersten. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne anker/ødem, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesykdom, K86 Hypertensjon ukomplisert, K87 Hypertensjon med komplikasjoner, T99 Diabetes insipidus, U95 Sten i urinveier, U99 Renal diabetes insipidus, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, E23.2 Diabetes insipidus, I10 Essensiell (primer) hypertensjon, I11 Hypertensiv hjertesykdom, I12 Hypertensiv nyresykdom, I13 Hypertensiv hjerte- og nyresykdom, I15 Sekundær hypertensjon, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, N20 Sten i nyre og urinleder, N21 Sten i nedre urinveier, N25 Forstyrrelser som skyldes svekket tubulær funksjon i nyre, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted