

Om samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinerens plass i medisinen og i samfunnet

AV BETTY JOHANNE PETTERSEN

Endringer i finansiering og økonomiske betingelser, mer komplekse helsetjenester med behov for samhandling, og nye helseutfordringer inkludert økende sosial ulikhet i helse representerer store utfordringer, kanskje spesielt for kommunene. Den lokale samfunnsmedisineren har vært og er ansett som viktig for å mestre disse utfordringene (1) og yrkesgruppen er derfor utfordret både i forhold til kapasitet, kompetanse, funksjon og yteevne. Det har samtidig vært beskrevet konflikter, dårligere trivsel, høyere jobbstress, profesjonell usikkerhet og mindre autonomi enn for andre leger. Det har vært stor utskiftning i stillingene (2–6), og flere offentlige utredninger har forsøkt å finne løsninger for den situasjonen kommunene og deres samfunnsmedisinere står i.

I denne artikkelen vil jeg redegjøre ganske kort for noen av funnene i en langsgående spørreundersøkelse blant kommunale samfunnsmedisinere i 1994, 1999 og 2002. Undersøkelsene inkluderte kommunelege I, kommuneoverlege, bydelsoverlege, distriktsoverlege og stedfortreder for disse, helsesjefer som er leger, smittevernleger og ellers alle leger som vi har fått opplyst arbeidet med samfunnsmedisinske oppgaver samt spesialister i samfunnsmedisin som ikke lenger var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 1999 og 2002, men som vi visste hadde vært det i henholdsvis 1994 og 1999.

Jeg vil diskutere måter å forstå funnene på, spesielt hvordan kombinasjonsstillinger og profesjonssosiologiske mekanismer bør vurderes i forhold til de utfordringer samfunnsmedisin har vært i. En mer detaljert gjennomgang av både teori for studien og av funn finnes i mitt doktorgradsarbeid (7).

Noen hovedfunn

På tross av at det ble registrert flere stillinger og at flere leger var involvert i samfunnsmedisinsk arbeid, ble det samfunnsmedisinske arbeidet for hver enkelt redusert fra 1994–1999 og til 2002 (i gjennomsnitt 2,6 timer per uke), mens tid brukt til kurativt arbeid økte (8). Dette ble estimert til en reduksjon på 3,7 prosent i totalt samfunnsmedisinsk arbeid på nasjonalt nivå. Reduksjonene var størst for miljø-



Betty Johanne Pettersen

Cand. med 1986, MPH 1989, spes. i samf. med. 1997, Dr. med. 2008. Privatprakt. og kommunal allmennlege 1988–91/kommunelege I 1990–91 i Hadsel. Prosjektleder/forsker Folkehelse 1991–95. Ass. lege psykiatri 1995–98. Forsker/stipendiat/lektor NTNU/Univ i Tromsø fra 1998. Kommunelege I Vestvågøy kommune fra 2005, p.t. forskningsopphold ved Loma Linda University, California.

rettet helsevern og for administrativt arbeid. Leger i kombinasjonsstillinger (samfunns- og allmennmedisin, rundt 90 prosent alle tre årene) brukte i gjennomsnitt 35 prosent av sin totale arbeidstid på samfunnsmedisinske oppgaver i 1994 og 30 prosent i 1999 og 2002. I tillegg brukte de rundt ti prosent på offentlige allmennmedisinske oppgaver.

Forandringene i arbeidstidsbruk var avhengig av alder og kjønn, spesialitet i samfunnsmedisin, avlønningsform og kommunestørrelse og om samfunnsmedisinsk arbeid var kombinert med klinisk arbeid eller ikke. Dette vil blant annet si at de eldste og menn hadde en høyere andel samfunnsmedisinsk arbeid, på samme måte som de med spesialitet i samfunnsmedisin, de som var på fastlønn for sitt kliniske arbeid og de som arbeidet i større kommuner arbeidet mer samfunnsmedisinsk. Samfunnsmedisinerne reduserte sin tid i administrasjon og ledelse, og andelen som hadde linjeansvar og antall deltjenester de hadde linjeansvar for gikk ned i perioden (9). Det ble færre med spesialitet i samfunnsmedisin i de aktuelle stillinger.

Heller økt arbeidstid i samfunnsmedisin?

De helsemessige utfordringer som man sto ovenfor gjennom nittitallet økte, parallelt med økt bevissthet omkring forebyggende medisin og miljørelaterte faktorer betydning i forhold til helse og trivsel. Dette skulle tilsi en forventet økning i lokalt samfunnsmedisinsk arbeid utført av leger. Nasjonal politikk og internasjonalt og nasjonalt utviklingsarbeid kunne ha inspirert og drevet frem lokalt samfunnsmedisinsk arbeid. Dette skjedde tydeligvis likevel ikke. En viktig grunn kan være at kommunene ikke



hadde en folkehelsepolitikk som omfattet hvordan man kunne bruke samfunnsmedisinen i dette arbeidet. Men andre grunner må også vurderes. En viss utvikling av flerfaglig og tverretattlig folkehelsearbeid foregikk, ved at ingeniører og folkehelsekoordinatorer med ulike profesjonsbakgrunn overtok noen av oppgavene. Den positive utviklingen av arbeidsmetoder og nettverksdannelser som dette bidro med, ville etter min mening ha vært rikere og mer fremtredende med leger som aktive initiativtagere, deltagere og legitimerende kraft.

Teknisk og merkantil støtte

Redusert arbeidstid i samfunnsmedisin kan også ha hatt sammenheng med effektiviserende teknisk utstyr og merkantil bistand. Vi fant imidlertid at det på 90-tallet var en reduksjon i antall samfunnsmedisinere som hadde sekre-

tærbistand, og en økning i antallet som rapporterte at de ikke hadde nok slik bistand. Andre forskere har funnet at norske samfunnsmedisineres opplevde behov for, deres tilgang til, faktiske bruk av og opplevde nytte av vitenskapelige databaser og kunnskapsgrunnlag var lav (10–11). Dette er nedslående i forhold til faglig orientering og involvering, og viser hvor kort man var (og er?) kommet i bruk av teknologi i samfunnsmedisineres arbeid.

Ny rådgivende funksjon

Reduksjonen i arbeidstid kan også ha vært knyttet til den tendensen man har sett i flere andre land til å redefinere samfunnsmedisinen (public health physicians/medical officers) fra *utøvende* til *rådgivende*. Denne utviklingen startet lenge før, men ble kanskje spesielt tydelig på 80-tallet. Studier av politiske og administrative prosesser på

18-1900- tallet viste at den medisinske profesjonen fra å ha en relativt fremtredende plass på nasjonalt helseadministrativt- og politisk nivå, ble kontinuerlig svekket, om enn med betydelig motstand. En sosiologisk studie av helsereformer på 1980- og 1990-tallet konkluderte med at den medisinske profesjonens posisjon også *lokalt* ble nedtonet og svekket, parallelt med økt samordning mellom lokale helsetjenester og de øvrige velferdstjenestene (12). Dette kan ha bidratt til mindre behov for samfunnsmedisinere i administrasjon og ledelse, spesielt i personaladministrasjon. På den annen side så kaller moderne folkehelsearbeid og samfunnsmedisin også i Norge på systemledelse, flerfaglig samarbeid, samhandling, partnerskapsetablering og utvikling av helsepolitikk på lokalt nivå. En rådgivende posisjon, eventuelt i stab, krever formodentlig deltagelse i slike prosesser og oppgaver i like stor grad som en linjeposisjon og det er derfor ingen automatikk i redusert arbeidstid knyttet til endringen til rådgivende funksjon.

Arbeidsmiljø

Problemer i arbeidsmiljøet for samfunnsmedisinere kan ha hatt betydning for arbeidstidsbruk. I en del av studien vår fant vi at konflikter i forholdet til kommunal administrasjon og politikere var viktig for beslutningen om å slutte (13), – noe Romøren også fant tidligere (2). Dette vil jeg redegjøre mer for i en senere artikkel, og her bare kort si at samfunnsmedisinere syntes å oppleve både rollekonflikter og en ubalanse mellom autonomi, kompetanse, ansvarsmengde og tilgjengelige egne og andre ressurser. Under slike forhold er det forståelig at noen fant det vanskelig å prioritere samfunnsmedisin med liv og sjel.

Spenning mellom samfunns- og allmennmedisin?

Alle samfunnsmedisinere har erfaring fra og de fleste må i sitt arbeide forholde seg på noe vis til den kliniske medisin. Gjennom dette erfarer de det som har vært beskrevet som *spenningen* og *antipatien* mellom samfunnsmedisin (public health) og medisin (14). I utgangspunktet er dette beskrevet fra USA, som har en helt annen historie enn Norge hva angår både samfunnsmedisin og medisin, men det kan likevel være viktig å se på hva som ligger i denne beskrivelsen. Kort karakterisert dreier dette seg om forskjeller i makt, prestisje og tilgjengelige ressurser, forskjeller i ideologi, verdensbilde, politikk, arbeidsmetoder og teknologier – og forskjell i tilnærming til *hvor* og *hvordan* man skal takle problemer knyttet til sykdom og dens biologiske og sosiale konsekvenser (14). I USA beskrives *antipatien* gjennom gjensidige krasse karakteristikk: medisinen som et arrogant, egosentrisk og økonomisk fokusert felt og public health feltet som politisert (der fag ikke skal/bør være), med «politi»metoder og med aktører med manglende intellektuell kapasitet til medisin og vitenskap. *Spenningen* dreier seg mer om forskjellen mellom individ- og populasjonsperspektivet; medisinen som «nedstrøms» og samfunnsmedisin mer «oppstrøms», og forskjellen mellom den biomedisinske sykdomsforståelse og en sykdomsforståelse basert på sosiale og miljømessige faktorer. Disse til dels skarpe kontrastene ser selvsagt bort fra den gjensidige avhengighet og interaksjon som finnes mellom feltene. Utfordringene i dette spenningsfeltet er der uansett om man selv arbeider klinisk eller ikke, men de oppleves kanskje spesielt krevende når man selv arbeider klinisk og vil



kunne ha konsekvenser for organisering av arbeidet og tidsplanlegging. Det er også en potensiell belastning at de to fagfeltene representerer forskjellige vitenskapelige fagfelt med ulike målsettinger og arbeidsmetoder, noe som krever anseelig faglig vedlikehold og oppdatering.

I Norge har kombinasjonsstillingene mellom samfunns- og allmennmedisin vært mye diskutert og i hovedsak forsvart av de fleste (15–17). Argumentene har vært legitimitet og synergieffekter i forhold til enkeltpasienter, befolkningen som helhet, allmennleger, andre helseprofesjonelle og andre kommunale aktører; at små kommuner ikke hadde nok samfunnsmedisinske oppgaver til å forsvare en høy andel samfunnsmedisin og at manglende rekruttering og stabilisering både i samfunns- og allmennmedisin tilsa kombinasjonsstillinger. Man har også henvist til at desentraliseringen av helsetjenestene har bidratt til utvikling av sterke, lokale administrasjoner med få forventninger og krav til samfunnsmedisineren i ledelsen, og kanskje også marginalisering og utfrysing. For legene har den umiddelbare kontakt med og belønning fra pasienten også vært inkludert i kombistillingene, noe som er viktig for mange leger.

De faglige, organisatoriske og tidsmessige spenninger, ambivalenser og kanskje antipatier som samfunnsmedisineren derfor gjerne har opplevd, har imidlertid vært mindre fokusert i debatten. Spesielt har man underkommunisert hvor problematisk det har vært fortløpende å prioritere tid og tilstedeværelse både i samfunnsmedisin og i klinisk medisin, noe som også ble beskrevet som bidragende årsak til å slutte i en slik stilling (13).

I dette perspektivet er det lett å forstå at et tungt og økende krav om klinisk legetilbud i primærhelsetjenesten over lang tid (18) kan ha virket inn på balansen mellom samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk arbeid for samfunnsmedisineren. Befolkningens og myndighetenes krav om mer klinisk medisin, sammen med bedre økonomiske insentiver for slikt arbeid, kan ha bidratt til at legene prioriterte klinisk arbeid, på bekostning av samfunnsmedisinsk arbeid.

Sammen med samfunnsmedisinens manglende eller uvanlige arbeidsmetoder og ofte usynlige effekter av arbeidet, kan dette forklare en mindre offensiv og verdsatt profesjonell utvikling i samfunnsmedisin enn i allmennmedisin. Dette representerer en vond sirkel for samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinere, – som sannsynligvis fører til ytterligere redusert profesjonell selvrespekt, motivasjon og engasjement, med ytterligere orientering mot klinisk medisin.

Avlønningsmodell

Legers samfunnsmedisinske arbeid har vært fast, offentlig avlønnnet gjennom svært lang tid, mens det allmennmedisinske arbeidet har vært enten fastlønnnet eller honorert som liberalt erverv. I 1994 var 70 prosent og i 2002 var 33 prosent på fastlønn for allmennmedisinsk arbeid. Samfunnsmedisinere hadde i studieperioden derfor en todelt profesjonell posisjon og også en todelt avlønningsmetode dersom de arbeidet klinisk. Den organisatorisk ubalanse og spenning i forhold til andre kommunale aktører og legekolleger som kan følge av dette er også i liten grad analysert og kommunisert, og kan ha hindret mer omfattende tiltak i forhold til de vansker man har stått overfor.

Frem til 1984 var lønningene for samfunnsmedisinsk arbeid fordelaktig i forhold til lønnen for allmennmedisinsk, men gjennom hele studieperioden forandret dette seg, med stadig bedre økonomiske insentivene for klinisk arbeid sammenlignet med samfunnsmedisin (19). For kommunene fungerte de økonomiske insentivene på samme måte, – klinisk medisin ble betydelig bedre finansiert fra statlig hold, mens samfunnsmedisin måtte betales stort sett i sin helhet av kommunene selv, spesielt fulltidsposisjonene. Man kan kanskje si at den forlokkende kraften i klinisk medisin ble så sterk at det var vanskelig for alle parter å opprettholde fokus på samfunnsmedisinen.

Spesialitet

Samfunnsmedisinere som hadde spesialitet i samfunnsmedisin arbeidet mer samfunnsmedisinsk og reduserte innsatsen mindre, enn de som ikke hadde spesialitet. Spesialisering virket altså mot flere av kreftene for reduksjon av samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan forventes ut fra at spesialisering bør representere en høyere grad av dedikasjon til samfunnsmedisinsk arbeid. Det er på denne bakgrunn betryggende å se at spesialiseringsprogrammer blir revitalisert og at spesialiseringstakten øker etter flere års bekymringsfull stagnasjon.

Administrasjon og ledelse

Mellom 20 og 25 prosent av samfunnsmedisinerens arbeidstid ble brukt til administrasjon og ledelse, noe som viste at kommunene fortsatt brukte samfunnsmedisinerne innenfor dette feltet. Likevel hadde stadig færre budsjett- og personalansvar. De reduserte antall timer innenfor feltet og antall deltjenester de hadde ansvar for, uten at vi fant indikasjoner for mer sekretærbistand eller ny teknologi som kunne forklart mindre tidsbruk.

Dette er totalt sett betydningsfullt. Det kan illustrere et ambivalent forhold til administrasjon og ledelse i samfunnsmedisinen (20–21), men kan også være en konsekvens

av å endre rollen fra «ansvarlig» til «rådgivende», som diskutert tidligere. I et profesjonssosiologisk perspektiv er disse resultatene interessante. «Autonomi» og «dominans» er kjerneverdier for en profesjons utvikling og vedlikehold. Autonomi er i denne sammenhengen profesjonens evne til å kontrollere dens tekniske/kjernekunnskap, mens dominans er kontroll over andres arbeid innenfor det arbeidsmarked en opererer. I Norge har den medisinske profesjonen fortsatt høy grad av autonomi, men samfunnsmedisinere noe mindre enn andre leger (6). Dette kan være relatert til den tverr- og multifaglige karakteren til samfunnsmedisin, og også til de indirekte arbeidsmetodene, der samfunnsmedisineren er mer premissleverandør enn beslutningstager. Med en svakere posisjon som følge av lang tids politiske og administrative prosesser, kan redusert tid og spenn i administrasjon og ledelse ha svekket «dominans» ytterligere. Dette er sannsynligvis verken forstått, intendert eller en ønsket utvikling for profesjonen og bør bearbeides internt.

Det administrative spennet som «ble igjen» til de fleste samfunnsmedisinere var i stor grad klinisk og individrettet (allmennleger, fysioterapeuter, helsesøstre). Dette kan bekrefte det som er sagt internasjonalt om at «public health management» er blitt mer helsetjenesteledelse enn ledelse for helse («public health management or health of the population's management») (22). Dette peker på at man må diskutere hvorfor samfunnsmedisineren skal være leder for hvem, – og hvordan, og det må gjøres ut fra en avklaring med dem som skal ledes. For eksempel er forholdet til lokal allmennmedisin underkommunisert og uavklart.

Andre profesjonssosiologiske forståelsesmåter?

Profesjonssosiologien byr på interessante forståelser av utviklingen i kommunal samfunnsmedisin, men her må omtalen klart begrenses, under henvisning til referansene (7, 20, 23–26). I følge profesjonssosiologien søker profesjoner å stabilisere sine posisjoner og privilegier, gjennom strategier for å beholde eksklusiv rett til arbeidsoppgaver, posisjoner og kontroll over utførelse av oppgaver. Profesjoner er regulert av eksterne krefter, ofte myndigheter, og interne krefter og tiltak. Typen og styrken i slike regulerende mekanismer endres over tid, – gjerne i forhandlinger; med en veksling mellom tilpasnings- og kompensasjonsmekanismer, for å beholde balansen i profesjonen eller mellom profesjonen og dets miljø.

Samfunnsmedisinen kan plasseres i en utsatt posisjon «i utkanten» av den medisinske profesjonen, der myndighetenes og andre aktørers rolle i regulering av profesjonens makt og posisjon kjennes mer enn for de grupper av profesjonen som lever et mer «beskyttet» liv i de indre, mer

avklarte og tradisjonsrike deler av profesjonsfeltet. Samfunnsmedisinerne opplever stadig hvordan deres kunnskap og arbeidsmetoder ikke lenger er «eksklusive» for dem («kunnskapsmonopolet» trues), men må deles med andre aktører, og at de må forholde seg til beslutningsprosesser som ikke ligner det profesjonen har forutsatt. Spillet omkring arbeidstid og ansvar og myndighet for samfunnsmedisinerne kan ut fra en slik forståelse antas å være myndighetene (og andre yrkesgrupper) sitt arbeid for å få kontroll med legeprofesjonens privilegier og makt. Det kan være at resten av profesjonen bør bli mer oppmerksom på hvordan «frontkjemping» samfunnsmedisin(eren) klarer å takle slike utfordringer, ikke bare for samfunnsmedisinen og – medisinerne del, men for stabiliteten også i den øvrige profesjon.

Profesjonene kan også sies å utvikles som en del av statsapparatet, – profesjonene reagerer og tilpasser seg utviklingen av myndighetenes institusjoner, lover, regler og politikk. I forhandlinger og reguleringer kan man identifisere nesten et symbiotisk forhold mellom dem. Slik jeg ser det har de sentrale myndighetene vært mer enn gjennomsnittlig interessert i samfunnsmedisinen, – til og med gått langt inn i eksklusive profesjonsprosesser knyttet til utdanning, sannsynligvis fordi denne delen av den medisinske profesjonen har hatt stort potensial til å gjennomføre en del av myndighetenes målsettinger. Dessverre har det ikke vært knyttet vesentlige ressurser eller «hjelpsomme» avklaringer på de problemer profesjonen påviste som «motsvar» i forhandlingene, for eksempel i forhold til organiseringen i det kommunale apparatet. Dette kan forklares ved at det dialogiske, forhandlingspregede forholdet mellom profesjon og myndighet er punktert i Norge. Man har svært autonome kommuner som ikke forhandler med profesjonene på samme måte som de overordnede myndigheter. Kommunene har kanskje samme oppfatning av hvilke politiske målsettinger som skal prioriteres og hvordan de skal innfris. Dette er en utfordring for både sentrale og lokale myndigheter, men også et forhold profesjonen må vurdere for å finne en strategi som passer profesjonen.

Avslutning

Jeg har i denne artikkelen diskutert en del funn fra undersøkelser fra noen år tilbake. Det er ikke indikasjoner på at situasjonen er annerledes nå, men man må være åpen for det. Jeg har forsøkt å trekke frem faktorer som har betydning for samfunnsmedisinsk utvikling og som peker mot en intern faglig diskusjon og avklaring i legeprofesjonen: hva er det samfunnsmedisinere skal og vil gjøre i fagfeltet samfunnsmedisin? Hvilke konsekvenser har dette i forhold til behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse på ulike nivå i helsetjenesten, og i forhold til faglig aksept og støtte fra og



FOTO: ANN-KRISTIN STOKKE

felles utvikling med den øvrige legeprofesjon? Det er kommet mange gode forslag til tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering, avklare roller og rydde i juridisk rammeverk, men jeg tror at det er viktig intern å bearbeide faglige spenninger og finne fagets komplementære ressurser, for gjennom det å styrke både identitet og funksjon og unngå konkurranse. Vonde sirkler må brytes. Det tror jeg både profesjonen og myndigheter vil vinne på.

Det er nok noen som har mistet troen på samfunnsmedisinen, – både internt i legegruppen og utenfor. Men oppgavene står i kø, myndighetene trenger noen som kan løse dem, faget utvikles i mange leire, det utdannes mange leger som kan rekrutteres inn, og det som nå er på gang i helsepolitikken er lovende. Så jeg er optimistisk, og tror på en ny, spennende balanse mellom samfunn og medisin. Vi må imidlertid være modige og ta noen (flere) vanskelige diskusjoner internt i profesjonen. Det vil mobilisere og frigjøre krefter til både arbeid og glede!

Jeg vil gjerne benytte anledning til å takke alle de legene som i 1994–2002 besvarte lange spørreskjema, til dels flere ganger, og har ventet tålmodig på mitt svar. Det har tatt tid, – jeg måtte gjøre det «på min måte», slik livet gav meg anledning til. Deres svar på spørreskjema har holdt meg på sporet!

Referanser

1. Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. Rapport nr 6/2005. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttene, 2005.
2. Romøren TI. Kommunchelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie Rapport nr. 12, 1989.
3. Kolstrup N, Sønbo Kristiansen I. Trivsel blandt læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481–6.
4. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Nord Med 1995; 110: 65–67.
5. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3059–63.
6. Førde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger - hvor forskjellige er de? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2781–6.
7. Pettersen BJ. Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. Workload, work content, and interaction. A story of everyday life in primary health care. Doktorgradsavhandling. ISM skriftserie nr. 97. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2008.
8. Pettersen BJ, Johnsen R. More physicians in public health: Less public health work? Scand J of Public Health, 2005; 33: 91–98.
9. Pettersen B, Hofoss D. Are public health physicians fading out of management? Eur J Public Health, Advance Access published April 4, 2007.
10. Forsetlund L, Bjørndal A. Har samfunnsmedisinere tilfredsstillende tilgang til viktige informasjonskilder? Tidsskr Nor Lægeforen. 1999; 119 (17): 2456–62.

11. Forsetlund L, Bjørndal A. Identifying barriers to the use of research faced by public health physicians in Norway and developing an intervention to reduce them. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7 (1): 10–8.
12. Erichsen V. Reformer i helsetjenesten: «Profesjonsstatens» sammenbrudd? I: Lian OS red. Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Otta: Tano Aschehoug, 1996.
13. Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinske legetjeneste, offentlig legearbeide og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Oslo: Norges Forskningsråd og Tromsø: Universitetet i Tromsø. 2004.
14. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and Accommodation; Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century. *Am J Public Health* 2000; 90(5): 707–715.
15. Fugelli P, Malterud K. Allmennmedisin – alt-mulig-medisin eller veldefinert spesialitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987;107: 3043–5.
16. Ødegaard T. Om samfunnsmedisinens vilkår. *Utposten* 1997; 26: 8–10.
17. Nylenna M. Samfunnsmedisin og allmennmedisin – tid for unionsoppløsning? *Utposten* 2005;5: 32–34.
18. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1997; 117(10): 1489–92.
19. Bjørndal A, Borchgrevink CF, Johansen A. Legemarkedet i Oslo i forandring. Begrunnelser for og konsekvenser av endringer i avtaleforhold. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995; 115(22): 2794–2797.
20. Evans D. Taking public health out of the ghetto: the policy and practice of multi-disciplinary public health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* September 2003; 57:6: 959–967.
21. Davies HTO, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003; 326: 646–9.
22. Hunter DJ. Public health management. *J Epidemiol Community health* 1998; 52: 342–343.
23. Freidson E. The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human behaviour* 7: 279–290, 1983.
24. Brint S. Eliot Freidson's contribution to the sociology of the professions. *Work and occupations* 1993; 20: 259–278.
25. Haug MR. The deprofessionalization of everyone? *Sociological focus* 8: 197–213, 1975.
26. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of health services*, 15: 161–195, 1985.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: betty@poseidon.no



C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml: 1 ml inneholder: Bumetanid 0,5 mg, dinatriumfosfatdihydrat 0,9 mg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, xylitol 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. C03C A02

T TABLETTER 1 mg, 2 mg og 5 mg: Hver tablett inneholder: Bumetanid 1 mg, resp. 2 mg og 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Tabletter 1 mg og 5 mg: Med delestrek. C03C A02

Indikasjoner: Injeksjonsvæske og tabletter 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. *Tabletter 5 mg:* Sterkt nedsatt nyrefunksjon (glomerulusfiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungeødem, refraktære ødemer med hjertervikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Injeksjonsvæske:** Hvor øyeblikkelig virkning ønskes eller der peroral behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Akutt lungeødem:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10–15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller inntil 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. **Akutt nyreinsuffisiens:** 6,25–12,5 mg (12,5–25 ml) langsomt i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1–2 timer, ev. gjentatt. **Forsert diurese ved urologiske operasjoner:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelforgiftninger:** Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter avpasses dose og intervall etter ønsket timediurese. **Hypertensive kriser:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. **Tabletter: 1 mg og 2 mg:** 0,5–2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2–4 mg daglig. Døgndosen kan med fordel gis som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyreinsuffisiens forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkelt dosering bør begrenses til 10 mg. I litteraturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døg. **Kontraindikasjoner:** Truende eller manifest leversvikt og leverkoma. Anuri som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolemie. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforstyrrelser eller ved hypovolemie. Serumkalium bør bestemmes før behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi sees særlig hos eldre pasienter med hjertervikt, nedsatt leverfunksjon og ensidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinsyreigikt, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinsyreigikt må urinsyrekonentrasjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diuretikabehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinmengden skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinstrømmen krever nøye overvåking, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Burinex kan gi svimmelhet og tretthet, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvereditert laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bumetanid kan forsterke ototoksiteten av aminoglykosider og andre ototoksiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gis samtidig dersom sterke medisinske grunner foreligger. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoksisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller doseøkning med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig seponeres eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **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 påvirkes ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amming. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Hypokalemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolemie, hyperurikemi og hypomagnesemi. *Mindre hyppige:* Muskelkramper. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinalt besvær. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metabolske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, svimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Injeksjonsvæske:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterkt sure. **Rekvisiteringsregel:** *Tabletter 5 mg:* Behandlingen skal være instituert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske:* Amp.: 5 × 4 ml kr 91,80, *Tabletter: 1 mg:* Enpac: 100 stk. kr 146,20, 2 mg: Enpac: 100 stk. kr 265,50, 5 mg: Enpac: 100 stk. kr 506,40. **T:** 12b)2, 27a)2. **Refusjon:** 12b)2: Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyreigikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne ankler/ødem, K77 Hjertervikt, K82 Pulmonal hjertesykdom, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, I50 Hjertervikt, K70 Alkoholisert leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. **Vilkår:** Ingen spesifisert