

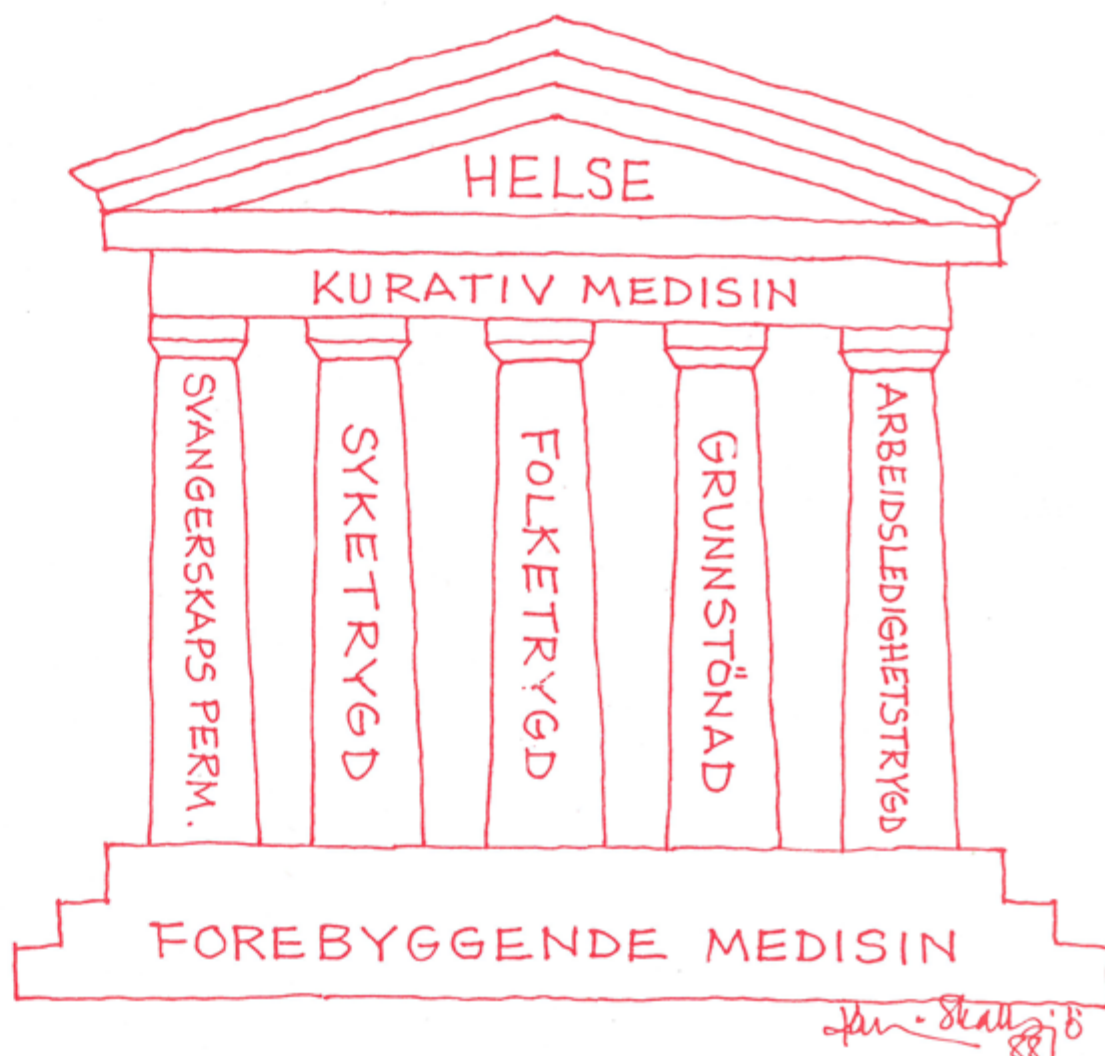
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1988

ÅRGANG 17



Hovedtema: Prioriteringer i helsevesenet

VALGETS KVAL

Dette nummer av **UTPOSTEN** har som hovedtema prioriteringer i helsevesenet. I skrivende stund ligger Stortingsmeldinga om helsepolitikken mot år 2000 - resultatet av arbeidet med en nasjonal helseplan - til behandling i Stortinget.

Det er vanskelig å vedta en Nasjonal helseplan på sentralt nivå, når avgjørelsesmyndigheten ligger hos 470 enkeltaktører.

Vi må imidlertid erkjenne at *noen* taper på at det ikke lenger nødvendigvis er slik at vi har felles nasjonale mål for helsetjenestetilbudene. Disse noen er enkeltmennesker, svake grupper, og til en viss grad: hele utkantbefolkninger. Og spørsmålet om hvordan vi kan sikre rettsvernet for disse gruppene må stå sentralt i den videre debatten, uansett

nåværende eller framtidige organisasjonsmodeller i helsevesenet.

Vi kan ikke overlate til markedsmechanismene og "decibeldemokratiet" å sikre enkeltmenneskets fundamentale helserettigheter.

Hvordan vi kan bruke helsevesenets ressurser mer hensiktsmessig og målretta blir behandla i flere artikler i dette nummeret. At det fortsatt er noe å hente her, er utvilsomt. Noe kan vi kanskje oppnå ved å satse sterkere på forebyggende arbeid på mange plan. Men om framtidige omdisponeringer vil være tilstrekkelig til å forhindre den utarming og til dels forslumming, som vi observerer innafor enkelte deler av helsetjenesten, - det gjelder ikke minst tilbudene til våre gamle, - se det er en annen sak.

Mette Brekke/Berit Olsen

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD

Mette Brekke
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL
K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år. Trykkeri: Rema Voss Offset. Lay-Out og sats på Desktop Publishing: Breivik Design NGD, Bergen.

PRIORITERINGER I HELSETJENESTEN

Vi har i løpet av 1987 fått to viktige utredninger som angår helsetjenestens framtid; NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste og NOU 1987:25 Sykehus-tjenester i Norge - organisering og finansiering. Ingen av disse tar opp forvaltningen av helsetjenestens viktigste ressurs: - personellet. Det lå da heller ikke inne i mandatet til de to arbeidsgruppene. Ikke desto mindre er det åpenbart at distribusjonen av helsepersonell ut over landet og til de enkelte fagområdene, vil være den avgjørende faktor for hvorvidt vi vil makte å gjennomføre en rasjonell og helhetlig helsepolitikk i framtida.

Vi ser tydelige tegn på at distriktene taper bosetning. Framtida vil bli en alles kamp mot alle, hvor mange strøk av landet risikerer å bli mer eller mindre avfolka. De som flytter først er de unge og friske; de gamle og uføre blir igjen, samtidig som distriktene tappes for omsorgsressurser. Til mange av disse utkantene vil det bli uhyre vanskelig å rekruttere kvalifisert fagpersonell. Og fram mot år 2000 vil dette sannsynligvis bli en av de største utfordringene for vårt nasjonale helsevesen. Hvordan vi skal angripe dette problemet er det ikke

umiddelbart enkelt å angi, men vi trenger analyser og utredninger på dette feltet raskt.

Problemet forsterkes ytterligere av at spesialutdanningene blir stadig mer spesialiserte og "smale". Dette vil særlig ramme de små to og tredelte lokalsykehusene, som alt idag har betydelige rekrutteringsvansker. Det blir stadig vanskeligere å opprettholde en sterkt desentralisert og samtidig kvalitativt god helsetjeneste.

Når f.eks kirurgene erklærer seg inkompetente til å gi fødselshjelp, får dette alt i dag konsekvenser for de tilbud lokalsykehusene kan gi. Det er lett å se en skjerpet konflikt mellom erklærte politiske målsettinger for den lokale helsetjenesten og en faglig forsvarlig praksis, som naturligvis alltid vil være en funksjon av den allmenne og anerkjente oppfatning innen fagområdet.

I denne sammenheng: hva betyr forpliktelsen til å holde seg ajour i faget? Hvordan skal vi best mulig kunne sikre bredden i spesialistutdanningene?

Vårt kommunale selvstyre og vårt lovpriste lokaldemokrati kan lett fortone

seg som hindre for effektivitet, kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten, fordi kommunegrensene blir uoverstigelige hindre for en rasjonell planlegging og disposisjon av de tilgjengelige ressurser.

Her i "finnes hovedstad i Norge" kan en ikke unngå å bli slått av hvor mye mer styring Finland synes å ha med helseressursene. Dette har sikkert mange årsaker. Men noen forskjeller er det verdt å merke seg; planleggingsfunksjonen står sterkt, med en gjennomført **sammenheng** mellom plan og budsjett. Det stilles krav om et minimums innbyggertall for hvert helsevårdsdistrikt. Kommuner med et lavere innbyggertall må slå seg sammen i "kommunalforbund". - I tillegg kan det vel hende at det hjelper på at man har ett forvaltningsnivå mindre.

Hvis målet fortsatt skal være mest mulig likeverdighet i kvaliteten på helsetjenestetilbud uansett hvor en bor i landet, må statlige myndigheter ta ansvar og legge begrensninger på det lokale sjølstyret. I dette har vi noe å lære av den finske modellen, - også om prioriteringer.

Berit Olsen

FOREBYGGENDE ARBEID, KURATIV MEDISIN OG SOSIALE TRYGDER

Prioriteringer mellom forebyggende arbeid, kurativ medisin og sosiale trygder er et aktuelt emne i dagens debatt. Spørsmålet er om de stadig økende trygdeutgiftene kan reduseres gjennom en effektivisering av kurativ medisin, og ved satsing på helse fremmende og forebyggende arbeid for å redusere rekrutteringen til køene av alvorlig syke. Hensikten med innlegget er ikke å gi en uttømmende beskrivelse av emnet, men heller å peke på noen sider av problemet for å initiere til videre debatt.

En rekke publikasjoner som handler om prioriteringer innen helse/sosial og trygdesektoren er nylig offentliggjort eller ventes å komme i nær fremtid. Disse tre sektorer finansieres over sosialdepartementets budsjett hvor det for 1988 ble foreslått 93,5 milliarder kroner. Dette utgjør 33,7% av hele statsbudsjettet. Det er derfor naturlig at helsepersonell rent faglig vurderer hva man gjør i forhold til hva man burde gjøre.

FOREBYGGENDE ARBEID

Forebyggende arbeid er kommet mer i fokus, og da særlig etter at NOU 1984: 28 om Helserådsetjenesten ble publisert (1). Denne NOU kan på mange måter betraktes som en praktisk lærebok i samfunnsmedisin og forebyggende arbeid. Utredningen er fulgt opp av Ot. prp. nr.40 (1986-87) Miljørettet helsevern i kommunene (2). Tidligere

fylkes-lege Johannes Wiik skal ha mye av æren for dette arbeidet. WHO har dess-uten fremmet det såkalte Ottawa Charteret som skisserer rammen for helsefremmende arbeid med sikte på å oppnå "Helse for alle innen år 2000 og fremover" (3).

Til sammen skulle disse publikasjoner danne et solid grunnlag for fornyet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid bl.a. i kommunehelsetjenesten. Det gjenstår å se om de som arbeider i primærhelsetjenesten viser interesse for å gå nye veier i dette arbeidet. Spørsmålet er da om slik satsing kan redusere køene for kurativ medisin.

KURATIV MEDISIN

To publikasjoner har særlig tatt for seg prioritering og finansiering innen kurativ medisin. Det er NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste og NOU 1987: 25 Sykehustjenester i Norge (4,5).

Lønningsutvalgets innstilling om prioriteringer er blitt rost for det grunnleggende arbeid som er nedlagt med hensyn til begrepsavklaringer og definisjoner. Denne utredningen er på den annen side blitt kritisert for manglende prioritering av forebyggende arbeid, og da særlig miljørettet helsevern (6,7). Etterlyst er også en prioriteringsvurdering av helsetjenestens særlige forpliktelser til å systematisere sine erfaringer fra kurativ medisin og formidle resultatene til de øvrige sektorer i samfunnet.

Behovet, etterspørselen og forventningen til kurativ medisin bare øker samtidig som vi har fått en rekke nye behandlingstilbud. Det er derfor ikke lenger snakk om behandling eller ikke, men mer om hvem vi har råd til å behandle.

SOSIALE TRYGDER

Dagens sosialomsorg er nylig belyst gjennom NOU 1985: 18 Lov om sosiale tjenester m.v. (8). Både sosialomsorgen og trygdens utgifter øker kraftig og dette er blitt et stort problem for politikere. Trygdens inntekter er derfor grundig utredet i NOU 1984: 10 Trygdefinansiering (9). En påfølgende stortingsmelding om folketrygdens finansiering ventes fremlagt i løpet av våren 1988.

Grenselandet mellom helse- og sosialtjenesten samt folketrygden er dessuten vurdert i tre andre utredninger (10-12). Utgiftene til sosial omsorg øker særlig i storbyene, og en stadig større andel av befolkningen har nå trygden eller sosialkontoret som sin "arbeidsgiver". Samtidig vet vi at sosialkontorene er overbelastet og mangler faglig kvalifisert personell. Trygdebudsjettet strir dessuten årlig med betydelige underskudd som krever milliardoverføringer fra statskassen.

HVA BØR PRIORITERES?

Det er til nå hovedsakelig foretatt utredninger om prioriteringer innen de tre

sektorene forebyggende arbeid, kurativ medisin og sosiale trygder. Teoretisk sett kan man tenke seg at en rekke sykdommer kan forebygges primært eller sekundært (13). Mange har talt varmt for dette mens andre har etterlyst, både sentralt og lokalt, vilje til å prioritere forebyggende arbeid i praktisk politikk. Problemet er som fremhevet i Lønning-utvalgets innstilling at når noe skal prioriteres opp, må nødvendigvis noe annet prioriteres ned. Det er likevel ikke lett å gå i bresjen for å prioritere ned kurativ medisin og sosiale trygder til fordel for økt forebyggende arbeid. Hvis individet selv eller samfunnet ikke makter å forebygge sykdom, blir det straks spørsmål om kurativ medisin og eventuelt kødannelse. Her er mulighetene mange, men moderne teknologi er dyr og streng prioritering har blitt en nødvendighet (4). Hvis kurativ medisin ikke hjelper eller får den nødvendige prioritet, blir det behov for sosiale trygder. Dette blir en slags endestasjon som hjelper pasienter med sykdommer som hverken lot seg forebygge eller effektivt behandle. Utgiftene til sykepenger, attføringspenger og uførepensjon er ført opp med 28 milliarder på statsbudsjettet for 1988. Prioriteringsdebatten har vi imidlertid hørt mindre til i trygdesektoren sammenlignet med helsevesenet. Bør f.eks. staten bruke 1,8 milliarder kroner til refusjon av legemidler som f.eks. psykofarmaka og blodtryks-

midler foreskrevet på marginale indiksjoner? Burde en del av disse pengene i stedet vært brukt til profylakse?

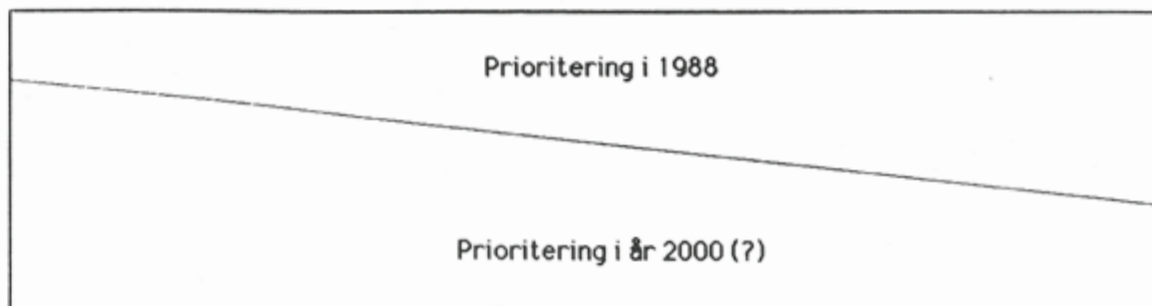
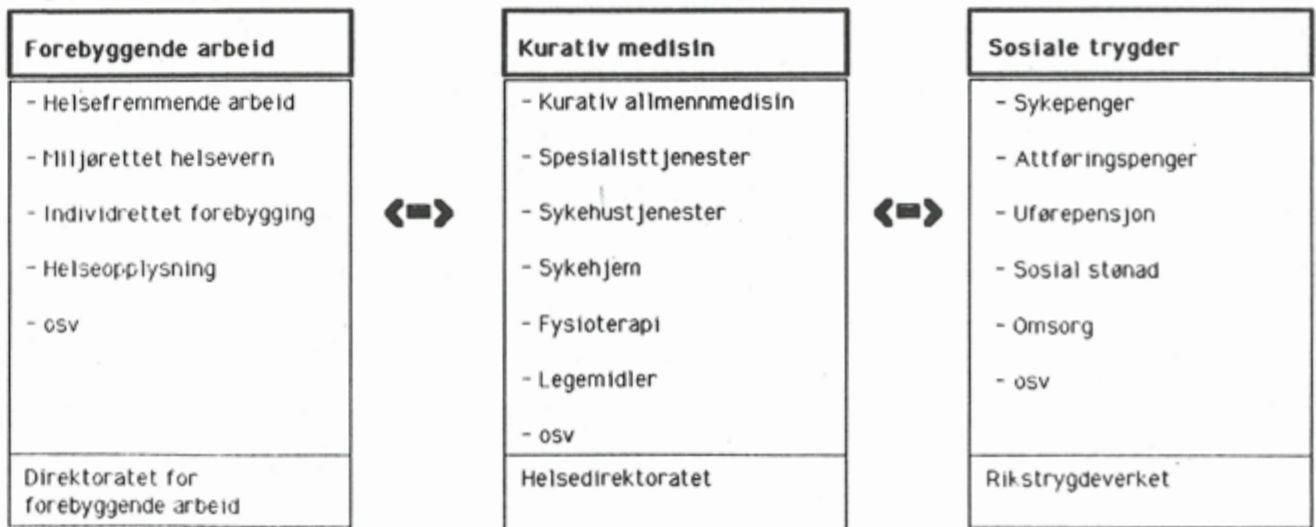
Kan helsepersonell i ressursknappe tider la være å engasjere seg i den faglige delen av debatten om prioriteringer mellom forebyggende arbeid, kurativ medisin og sosiale trygder? Burde kommunelegene i sterkere grad stimulere til bygging av "friskvernsentraler" slik det er gjort i Rauland? Kommunehelsetjenesten kan da bl.a. gi tilbud om positive trimaktiviteter uten sterke konkurransemotiv.

ORGANISERING AV FOREBYGGENDE ARBEID

Som figuren viser, kommer kurativ medisin i klemme mellom forebyggende arbeid og sosiale trygder. Hvis det forebyggende arbeid ikke er effektivt nok, vil presset på kurativ medisin øke. Hvis behandlingen ikke er god nok, vil pasientene få økt behov for sosiale trygder. En venstreforskyvning på figuren kan tvinge seg frem som en nødvendighet dersom vi skal få en større helsegevinst i fremtiden.

Organiseringen av det tverrfaglige forebyggende arbeid blir da viktig både lokalt og sentralt. I kommunehelsetjenesten tror jeg det er avgjørende at de som arbeider med forebyggende arbeid ikke til samme tid og på samme sted driver kurativ medisin fordi det forebyggende arbeid da alltid vil tape i forhold til behovet for akutte tjenester. Det har historien vist. Distriktslegene var primært ansatt for å drive offentlig helsearbeid. Erfaringene de siste 50 år tilsier imidlertid at det forebyggende arbeid i stor grad har blitt nedprioritert. Dette har naturligvis sammenheng med at etterspørselen for kurativ medisin har vært større enn tilgangen på nye primærleger.

Men forebyggende arbeid og kurativ medisin må ikke bare være adskilt på lokalplanet. Sentralt kan det være formålstjenlig å opprette et nytt "Direktorat for forebyggende arbeid". Da vil ikke forebygging komme i så nær konkurranse med kurativ medisin og sosiale trygder som i dag. Det vil gi bedre mulighet for å prioritere profylakse, ikke bare i planer og utredninger, men også i praktisk politikk. Helsepersonellet i Norge har fått en stor utfordring frem mot år 2000 (14). Den nettopp fremlagte "nasjonale helseplan" har også mange innslag av helsefremmende og forebyggende arbeid. Det gjenstår å se om disse forslag blir reali-



sert på en slik måte at det fører til en økt helsegevinst i fremtiden.

LITTERATUR

1. Sosialdepartementet. NOU 1984: 28 Helserrådstjenesten. Universitetsforlaget, 1984.
2. Sosialdepartementet. Ot.prp. nr.40 (1986-87) Om lov om endring i lov 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene m.m. Oslo, 1987.
3. WHO. Ottawa charteret om helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1987.
4. Sosialdepartementet. NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Universitetsforlaget, 1987.
5. Sosialdepartementet. NOU 1987: 25 Sykehustjenester i Norge, Organisering og finansiering. Universitetsforlaget, 1987.
6. Bjerkedal T, Botten G. Prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107:2773-4.
7. Offentlige legers landsforening. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108:436-7.
8. Sosialdepartementet. NOU 1985: 18 Lov om sosiale tjenester m.v. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.
9. Finans- og tolldepartementet. NOU 1984: 10 Trygdefinansiering. Universitetsforlaget, 1984.
10. Sosialdepartementet. NOU 1986: 4 Samordning i helse- og sosialtjenesten. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.
11. Sosialdepartementet. NOU 1986: 11 Folketrygdens forhold til helsetjenestene og andre ordninger. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
12. Sosialdepartementet. NOU 1986: 22 Oppfølging av langtidssykmeldte. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
13. Natvig H, Bjerkedal T, Høstmark AT, Vellar OD. Forebyggende medisin 1. Oslo: Gyldendal 1982.
14. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Oslo: Kommuneforlaget, 1987.

**Forsker Gunnar Tellnes, Institutt for allmennmedisin
Universitetet i Oslo**

TRINORDIOL

gir en meget god cycluskontroll (1,2)
gir minimal vektendring (2,3)
gir liten påvirkning på metabolismen (4,5)

TRINORDIOL «KabiVitrum»
Antikonsepsjonsmiddel.

ATC nr. G 03 A B 03

Tabletter: Hver brun tablett inneh.: Levonorgestrel 50 ug, ethinyløstradiol. 30 ug, const. q.s. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver liten hvit tablett** inneh.: Levonorgestrel. 75 ug, ethinyløstradiol. 40 ug, const. q.s. Hver gul tablett inneh.: Levonorgestrel. 125 ug, ethinyløstradiol. 30 ug. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver stor hvit tablett** inneh.: Const. q.s. (placebo).

***genskaper:** Klassifisering: Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjons p-pille. Redusert total hormondose gjennom cyclustilpasset hormontilførsel. **Bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert.** God cycluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. **Pearl indeks 0.03, inklusive pasientfeil 0,21.**

Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. Endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maksimal serumkonsentrasjon, levonorgestrel: 1 til 2 timer, ethinyløstradiol: Ca. 1 time etter inngift.

Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 24 timer, ethinyløstradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Både ethinyløstradiol og levonorgestrel metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Overgang i morsmelk: Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelken.

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Kontraindikasjoner: Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Organisk hjertefeil. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson-syndrom, Rotorsyndrom, graviditetsikterus i anamnesen. Verifisert eller mistenkt cancer mammae eller østrogenavhengige tumorer. Udiagnostisert genital blødning. Graviditet, hypertensjon, sigdcellleanemi, porfyri. Herpes gestationis i anamnesen. Forverring av otosklerose under tidligere p-pillebruk eller graviditet. Hyperlipoproteinemi.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, depresjon og synsforstyrrelser. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi). Forandringene kan ytre seg som akutte buksmerter eller tegn på intraabdominell blødning.

Forsiktighetsregler: For behandling institueres foretas grundig generell og gynekologisk undersøkelse inklusive mammaeundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kontrollen gjentas regelmessig. Cytologiske prøver tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år.

Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Opptretter tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes ved tegn på ikterus.

Hvis mulig seponeres 14 dager før kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt trombose-risiko. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke stabilisert cyclus, samt kvinner med oligomenore eller sekundær amenore bør helst anvende annen for prevensjon. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning to på hverandre følgende cykler skal graviditetstest utføres. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon brukes i tillegg resten av cyclus. Effekten kan reduseres ved oppkast og diare. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: (I:6 e, I:68 e antikonsepsjonsmidler).

Dosering: 21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntrener en menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding). Med dette doseringsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablett.

28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag. Den første tablett tas fra rødt felt utfor den aktuelle ukedag. De følgende tabletter tas i pilenes retning på samme tidspunkt hver dag inntil alle tablette er oppbrukt.

De første 14 dagene av 1. behandlingscyclus skal man supplere med annet, ikke-hormonelt antikonsepsjonsmiddel. Fortsett behandling: Man går direkte over på neste brett og begynner på nytt i det røde feltet (på samme ukedag som man startet opp med det første brettet). Behandlingen fortsetter således kontinuerlig også under den menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding) som vanligvis vil inntre mens man tar tablettene i rødt felt. Da den siste tablett med hormoner alltid vil komme på en fredag vil den påfølgende helg som regel være blødningsfri.

Pakninger og priser:

3 x 21 tabl.	70,00	3 x 28 tabl.	70,00
6 x 21 tabl.	134,60	6 x 28 tabl.	134,60
13 x 21 tabl.	269,40	13 x 28 tabl.	269,40

1. Upton G.V.: Int. J. Fertil 28: 121-140 (1983).

2. Ulstein M. et al.: Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 63: 233-236 (1984).

3. Cullberg G. et al.: Contraception 26 (3): 229-243 (1982).

4. Fotherby K.: Contraception 31 (4): 367-394 (1985).

5. Skouby S. O. et al.: Am. J. Obstet. Gynecol. 153 (6): 495-500 (1985).

Bruksanvisning følger hver pakning.

KabiVitrum



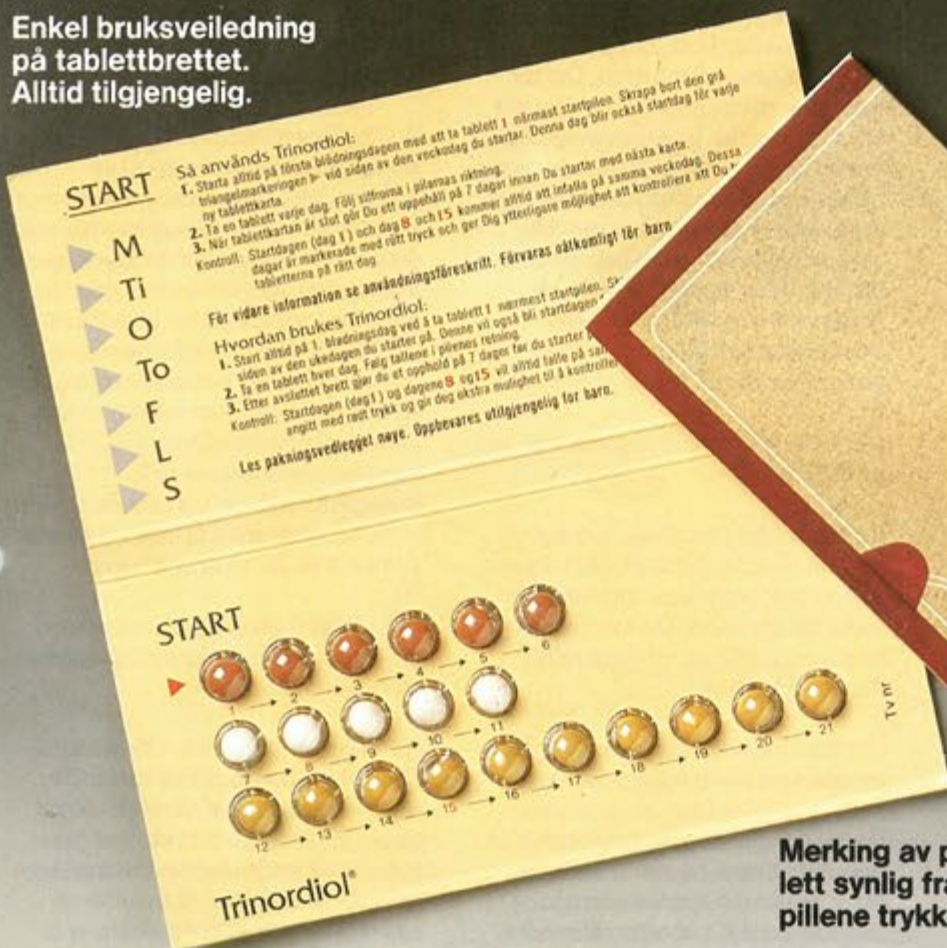
Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 06 01.



TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

Enkel bruksveiledning
på tablettbrettet.
Alltid tilgjengelig.



Foldepakning:
beskytter pillene.
Diskret pakning.

Merking av pillene er
lett synlig fra den siden
pillene trykkes ut.

Enkel bruksveiledning på brettet sikrer riktig bruk av p-pillen

KabiVitrum



Å PRIORITERE BETYR Å SI NEI TIL NOE

UP: Inge Lønning - du har vært formann i det såkalte prioriteringsutvalget, som leverte sin enstemmige innstilling 30.6.87. Er det første gang et slikt utvalg har vært nedsatt her i landet?

IL: Ja. Og heller ikke i andre land har man gjort dette før. Det vil si at vi praktisk talt var uten forbilder, hvilket var både stimulerende og frustrerende. Vi måtte bruke tid på etiske, filosofiske og politiske diskusjoner før vi kunne bli konkrete.

UP: Hva var bakgrunnen for at utvalget ble oppnevnt i mai 85?

IL: Daværende regjering følte et sterkt press på to fronter innen helsesektoren: For det første presset på stadig økte bevilgninger. For det andre presset fra sterke grupper om en fordeling i samsvar med deres ønsker. For å kunne styre dette følte man behov for en viss enighet om hva som var viktig og mindre viktig. Utvalgets oppgave var å bringe klarhet i dette, eller i hvert fall å skaffe fram et grunnlag for å diskutere det.

UP: Hva skal utredningen brukes til?

IL: Den er tenkt å være en veileder for politiske beslutningstakere på alle nivåer og for administratorer og fagpersonell innen helsetjenesten. Den samme virkeligheten oppleves ofte så forskjellig av en politiker og en fagperson "på gulvet" at det blir vanskelig å kommunisere. Det er lettere å skylda på hverandre.

UP: I utredningen heter det at utvalget har lagt stor vekt på å klargjøre prioriteringsbegrepet. Hvorfor? Er det et ord det går an å misforstå?

IL: Ja, det kan nok misforstås. "Prioritering" er et ord det har gått inflasjon i i den politiske debatten de seinere åra. Den hurtige økonomiske veksten i 50-60-70-åra ga oss inntrykk av at der ingen grenser var for veksten, ikke på noe område. Nå har vi sett at det ikke er slik, og politikerne snakker om å prioritere.

Men begrepet brukes ofte upresist. Det er bare den politisk salgbare, positive siden som synliggjøres. Dermed blir prioriteringsbegrepet halvert. Det har nemlig en annen, negativ side som blir liggende i mørke, men som uvegerlig er knyttet til den positive. Hvis f.eks. politikerne lover å øke kapasiteten for hjerteoperasjoner, så må de samtidig opplyse om hvilke andre helsetjenestetiltak pengene skal tas fra. Bare når begge sider av prioriteringsbegrepet flombelyses, kan velgerne ta standpunkt til hva de faktisk vil prioritere.

UP: Dette må da være upopulært og farlig for politikerne?

IL: Det er både brennbart og farlig når det skal omsettes i praksis. Men det er en oppdragsprosess som hele vår kultur må igjennom. Og hvis politikerne går inn i dette nå, vil deres rolle i framtida bli lettere.

UP: Ser du optimistisk på at utvalgets anbefalinger vil bli fulgt?

IL: Jeg tror det vil tvinge seg fram. Kanskje ikke akkurat i denne formen, og det er også av underordnet betydning. Den kan kanskje forbedres. Men selve valgmomentet kommer man ikke utenom.

UP: Det blir snakket om en "tillitskrise" innen helsesektoren. Hva bunner den i?

IL: Totalt sett har aldri innsatsen vært større, og likevel har vi krisefornemmelser. Ikke bare i helsetjenesten, men i skole, næringsliv osv. Noe i våre grunnleggende verdiproporsjoner er blitt forrykket. Forventningsnivået er blitt løftet i akselererende tempo. "Det blir aldri nok." Helseidealet er blitt blåst opp til urealistiske dimensjoner, og forventningene til helsetjenesten likeså, til de nå ikke lenger er mulig å innfri.

UP: Hva er det som har ført til dette?

IL: Populær-markedsføringen av medisinske framskritt må ta en del av ansvaret. Men fenomenet er en del av et større syndrom: "hvis man bare har nok penger". D.v.s. man tror det kan kjøpes løsninger på alle problemer. Dette blir en tvangsløkk, også for helsetjenesten. Man ser det på forskningen som sentreres omkring avansert teknologi, og man ser det på framveksten av kompliserte reparasjonstilbud: transplantasjonskirurgi, IVF, kosmetikkirurgi. Og kravene øker: "det er en menneskerett å få barn", "det er en skam at folk dør i hjertekø" osv.

UP: Mener du at det ikke bare er snakk om penger, men at prioritering også har en moralsk/etisk side?

IL: Vi har all grunn til å stille selvkritiske spørsmål om hvorvidt vår bruk av ressurser er meningsfullt. Moralsk sett mener jeg det er ytterst betenkelig at vi i vår del av verden legger oss til et økende antall luksusvaner, så lenge menneskehetens største problem er at de elementære behov ikke dekkes.

UP: Men er det ikke en falitterklæring å godta at ressursene er knappe og at i og for seg nyttige tiltak må nedprioriteres? Må man ikke heller kjempe for økte bevilgninger til helsetjenesten?



IL: Det er av de uekte enten/eller. Prioritering kommer man ikke utenom i noe tilfelle, hva enten helseandelen av BNP i framtida minker, øker eller blir stående stille.

UP: Det har vært kritisert at utredningen fokuserer for lite på forebyggende kontra kurativ medisin. Kommentar?

IL: Vi kunne kanskje ha lagt mer vekt på forebyggende helsearbeid. Men å komme med en analyse av hva som

fremmer sunnheten krever et større mandat og en større utredning. Her er også kunnskapsgrunnlaget spinkelt: hva vet vi f.eks. om effekten av informasjonskampanjer på folks helse? Dessuten ville en slik fokusering ha økt faren for å kortslutte til at det er og blir helsevesenet som skal løse samfunnets problemer.

UP: Hvilke reaksjoner har dere ellers fått?

IL: Reaksjonene har vært overveiende positive. Det har vært en del diskusjon vedrørende in vitro fertilisering. Men egentlig hadde jeg ventet en sterkere offentlig debatt og flere kontroverser. For her ligger det sprengstoff! Det vil bli betydelige omkalfatringar i forhold til det vi er vant til. Store og sterke grupper vil måtte finne seg i ikke å bli prioritert, fordi man ikke har noen å ta penger fra.

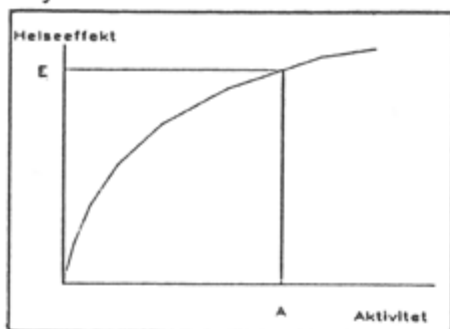
ALTERNATIV MODELL FOR PRIORITERINGER I HELSESEKTOREN .

At prioritering (ressursfordeling) er et problem henger sammen med det enkle faktum at ressursene er begrenset. I de fleste markeder vil prisene gi signaler til produsentene om deres "beste" aktiviteter. I det prisløse helsemarked uten prissignaler må fordelingen skje annerledes. Man må mer eller mindre indirekte regne seg fram til de optimale løsninger. Det er dette som gjør ressursfordelingen (=prioriteringen) til et "problem" i helsetjenesten.

Vi mener at følgende modell hentet fra elementær økonomisk teori vil være en logisk tilnæringsmåte.

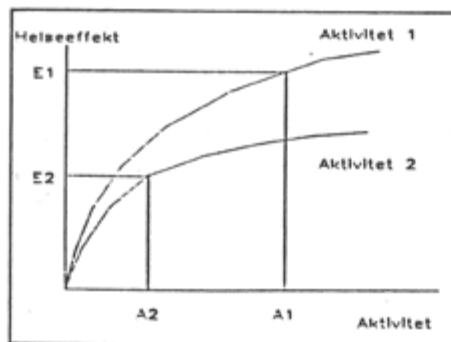
Utgangspunktet må være valg mellom aktiviteter. Disse kan være: koronare by-passoperasjoner, røykeavvenning, diabetikerkontroll, blodtrycksbehandling etc. For å velge en aktivitet og dens omfang må man vite noe om sammenhengen mellom aktivitetsnivået og den derav følgende helseeffekt (produktfunksjonen). Helseeffekten kan være mortalitetsreduksjon, morbiditetsreduksjon, velferdøkning (trygghet, smertelindring etc.) eller kombinasjoner av disse.

Det er grunn til å anta at de aller fleste av disse sammenhenger vil ha en generell form med avtagende marginalutbytte :



Den første pasienten som opereres er en pasient der forventet resultat er størst : god virkning, få komplikasjoner , mange leveår foran seg osv. Etterhvert vil man operere de marginale pasienter hvor forventet effekt er mindre og komplikasjonsfaren er større.

La oss si at vi har følgende situasjon for Aktivitet 1 med aktivitetsnivå A1 og effekt E1. Det sees at økt innsats fremdeles vil øke effekten. Men siden ressursene er begrenset, må alternative aktiviteter konkurrere om disse. Vi forutsetter at målet er størst mulig helseeffekt og at begrensede ressurser er den eneste bibetingelse. Vi ser altså, foreløpig bort fra krav til likhet, minstenivå osv. Alternativet kan dreie seg om Aktivitet 2 :



I dette fordelingsproblem er valget Aktivitet 2 fordi effekten marginalt på det aktuelle nivået (A2,E2) her er større enn for A1 (A1,E1). Det er klart at en omfordeling av ressursene vil gi økt totaleffekt inntil tangentene er parallelle! Når de er det, er ressursfordelingen (eller prioriteringen om man vil) optimal ut fra målsettingen ovenfor.

En bratt tangent betyr at gevinsten for en tilleggsressurs er stor. Generelt: For alle aktiviteter i helsetjenesten skal tangentene være parallelle målt i helseeffekt av en økning i aktivitetsnivået.

Eventuelle innskrenkninger i budsjettet bør ramme de aktiviteter der man befinner seg på den flateste tangenten. Eventuelt nye ressurser bør settes inn der tangenten er brattest. Dette fordrer en løpende kostnads-nytte-analyse der det er tvil om tangenthellingen. Konkurransen om ressursene blir da et spørsmål om evnen til å dokumentere den bratteste hellning, dvs. størst forventet helseutbytte av de marginale ressursene.



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:

Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk.

kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60.

30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til

barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakolinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

● Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).

● Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til

kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

b) Bronkiitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)

c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)

d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis* in Genital and Related Infections, *Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 3, May 14–16, 1981.* (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid.* *Chemothrapy* 31:261–65, 1985. (3) A. Pines et al.: *Antiviot. Regimes in Severe and Acute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal* 1968, 2, 735–738. (4) Carefelt & Lundberg: *Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis Supply* 9 78–81, 1976. (5) L. Forslin & Danielson et al.: *Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn, Scand.* 61 s. 59–64 1982.

HELSEKØENE - ER DE ALLTID HELSEVESENETS PROBLEM?

Sosialkonsulent hos Fylkeslegen i Finnmark fra 1973, hvor hun i hovedsak har vært beskjeftiget med planarbeid for svake grupper; psykisk sterkt bevegelsehemmede og psykiatriske pasienter.



I NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste finnes et eget kapittel om ventelistenes magi.

Utvalget hevder at ikke alle ventelister har samme status. Dette slutter jeg meg til, men er det noen grunn til at det alltid skal være slik? Videre hevdes det at det heller ikke er mening i å lage ventelister til tilbud som ikke finnes. Hvorfor ikke? Hvordan skal utbyggingen av ikke-eksisterende tilbud kunne prioriteres dersom behovet ikke er dokumentert?

En av helsevesenets viktigste oppgaver i prioriteringssammenheng må være å lage ventelister og an vise hvilke tilbud som skal bygges opp f.eks. for de vi kaller

svake grupper. De har ingen andre sterke som øver press for seg.

KØER FOR Å KOMME INN I HELSEVESENET

I dag er det mange som står på venteliste til de tilbud som eksisterer. Andre står ikke på venteliste fordi tilbudene ikke finnes; så som rehabilitering av personer med alvorlige kroniske lidelser, skadde av mange slag, og psykiatriske pasienter (1). Det burde finnes ventelister for behandling av psykiske lidelser hos barn og hos voksne. Det hevdes at det i Norge i dag står 15.000 barn i kø for å få barnepsykiatrisk behandling. Her er ikke utarbeidet ventelister (2). Med den dekningsgrad

vi har innen voksenpsykiatrien vil jeg anta at tallet her ikke er mindre.

Ventelister finnes også sjelden til tilbud innen HVPU og for personer med multi-handicap. Eksemplene kunne vært flere. Mitt poeng er imidlertid at dette ikke bare er en stor utfordring for helsevesenet, men også en lovpålagt plikt, konferer paragraf 1-4 i Lov om helsetjenesten i kommunene: "Kommunenes helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen" (3).

Prioriteringene skal ikke bare overlates til de sterke pressgrupper.

KØER FOR Å KOMME UT AV HELSEVESENET

En type venteliste som er viet altfor lite oppmerksomhet er ventelister ut av helsevesenet. Jeg tenker da på psykiatriske pasienter. I 1984 fastslo Øgard i en undersøkelse at minst 850 psykiatriske pasienter var "feilplassert" på for høyt omsorgsnivå i psykiatriske sykehus. Det pasientene hadde behov for var et annet bo- og behandlingstilbud (4).

Samme år ble det i Finnmark gjennomført en behovsanalyse av fylkesteamet i HVPU. Undersøkelsen omfattet registrerte HVPU-klienter i og utenfor

institusjon (5). 44 personer i institusjon og 50 personer som bodde hos pårørende hadde behov for egen bolig, mer eller mindre vernet. Førstnevnte gruppe er på venteliste ut av det spesialiserte helsevesenet, mens de øvrige vil være på venteliste inn i dette dersom de ikke skaffes bolig.

Ventelistene må analyseres. Vi må få orden i køene, delvis snudd dem og få dem i bevegelse. Hovedansvaret må klargjøres. Vi må vite i hvilken retning køene skal gå.

BOLIGKØENE

Ventelister i HVPU og i psykiatrien er ikke helsevesenets køer alene. I visse tilfelle er de ikke helsevesenets problem i det hele tatt. Helsevesenet må være med å klargjøre ansvarsforholdet og finne løsningmodeller.

Stikkordet i mange tilfelle er bolig-mangel. Det må bygges flere og mere hensiktsmessige boliger. Mye av den behandling/trening deler av helsevesenet driver i dag er fånyttet fordi klientellet ikke skaffes bolig når dette er avsluttet.

Nå kan jeg komme i skade for å overfo-renkle. De personer som er nevnt er klienter også av helsevesenet, men det er ikke helsevesenets problem alene å skaffe egnede boligtilbud.

Hvem har så ansvaret? I utgangspunktet er det klientene selv fordi det i Norge i dag er en privatsak å skaffe seg bolig. Klientene kan kalles vanskelig-stillet, og da er det sosialtjenestens problem å skaffe dem tak over hodet. Men er det hensiktsmessig at de nevnte klienter skal stå bakerst i køen blant boligsøkende på sosialkontoret? Dette vil de gjøre fordi de har seng, mat og klær i i dag, enten hjemme eller i institusjon.

I små kommuner som vårt land i vesentlig grad er bygget opp av, finnes lite ekspertise til å løse disse problem raskt. Hvor er arkitekten, ingeniøren og byggelederen? Jeg vil stille spørsmålet frekt: Når ble sosionomer på sosialkontoret ekspert på å bygge hus? Det er her snakk om å dekke opp klientenes funksjonssvikt. I denne sammenheng består funksjonssvikten i å utforme og å skaffe seg bolig. Denne

funksjonssvikt blir dårlig dekket av fag-folk fra helse- og sosialtjenesten.

Helse- og sosialvesenet kan si hvilke støtte- og hjelpetiltak som må etableres i tilknytning til boligen. Det er hva vi kan og har faglige forutsetninger for å mene noe om.

Helse- og sosialtjenesten må få knyttet til seg fagekspertise som kan tegne, ber-egne og løse praktiske byggesaker for klientene. Klientenes funksjonssvikt på området skal erstattes av folk som kan.

På denne måten kan vi kanskje få køene i bevegelse i riktig retning. Nå står de stille. I dag forteller helse- og sosialarbeidere i fylkeskommunen og kommunen hverandre hva som er nødvendig, mens intet skjer og køene vokser til uhåndterlige dimensjoner.

KONKLUSJON

Forutsetningen for bevegelse i køene er imidlertid at helsevesenet lager gode ventelister også til tilbud som ennå ikke eksisterer. Ventelistene må analyseres og ansvar fordeles. De svake grupper kan da kanskje ha sjansen til å bli mer hensiktsmessig prioritert. Ventelistene vil muligens etterhvert få status fordi de tar mål av seg å høyne tilbudet til klientene, samtidig som de frigjør de plasser klientene nå opptar.

LITTERATUR

1. Rehabiliteringsutvalget for Nord-Norge. Innstilling 1987.
2. "Den glemte barnekøen", artikkel av Turid Øverbø og Bernt Eide. Tidsskriftet Liv 1/88.
3. Den nye kommunehelsesloven med endring 1/1 -88.
4. NIS rapport 5/86. Øgar, Kolstad og Kindseth. Pasienter i psykiatriske institusjoner november 1984.
5. Behovsanalyse i HVPU 1984. Fylkesteamet i Finnmark.

Sosialkonsulent
Brith Louise Øen
Fylkeslegekontoret
9800 Vadsø

NÆRMILJØBASERT FOREBYGGENDE HELSEARBEID



Aune Johanne Sjøgaard.
Cand odont 1971, samfunnsodontologi,
Postdoctoral study, Health
Education and Behavioral Sciences,
University of California 83/84.
Distriktstannlege/ass. fylkestannlege
Troms 71-80, NAVF-stipendiat 81-83.
For tida førsteamanuensis ved Institutt
for samfunnsmedisin ved Universitetet i
Tromsø.



Dag Thelle
Professor i forebyggende medisin ved
Institutt for samfunnsmedisin ved Uni-
versitetet i Tromsø fra 1984, p.t. ved
Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göte-
borg. Forskningsmessig hoved-
interessefelt: risikofaktorer ved hjerte-
kar-sykdom.

BAKGRUNN

Forebyggende medisin er blitt et slags trylleord i våre dager. Både penger og lidelse kan spares, tror vi, og anklager hverandre for ikke å gjøre noe. Men hva er det vi kan gjøre? Hvilke muligheter foreligger egentlig? Og hvilke forutsetninger må oppfylles for at forebyggende tiltak skal ha noen effekt? I denne oversikten vil vi diskutere en del av disse forutsetningene, og gi eksempler som kanskje kan være til hjelp for planleggere og utøvere i primærhelsetjenesten.

Forebyggende helsearbeid kan enten være rettet mot hele befolkningen eller mot utvalgte deler. Man opererer gjerne med begrepene **høy-risiko strategi** og **befolkningsstrategi**. Ved **høyrisiko** strategi har man definert visse grenser for en eller flere risikofaktorer. Dersom en person overstiger disse grensene fører dette f.eks. til råd om omlegging av kostvaner eller tilbud om antihypertensiv behandling. For personer **under** grensene gis det ikke noe tilbud, selv om risiko-økningen kan være lineær også for denne delen av befolkningen. Høy-risiko strategien er kostbar. Den forutsetter en siling av befolkningen for å kunne identifisere dem som har høyest risiko. Den gir dermed de som ikke følges opp en noe ubegrunnet trygghetsfølelse. I tillegg er den behandling eller de råd vi gir til enkeltindivider innenfor høy-risikogruppen, palliative i befolkningsmessig sammenheng. De bakenforliggende årsaker til f.eks. høyt blodtrykk, sigarettøyking og uheldige alkoholvaner gjøres det ikke noe med. Et slikt tiltak vil dermed bare kunne ha en begrenset effekt. En slik tilnærming

er heller ikke hensiktsmessig hvis vi ser sykdomsforløpet som en biologisk prosess. Alle har vi et snev av sykdommen eller en viss risiko for sykdom, og alle har vi patologiske forandringer i våre organer.

På den annen side er denne tilnærmingen ofte effektiv overfor det enkelt-individ som blir identifisert. Situasjonen er dessuten så lik en vanlig klinisk situasjon, at det er lett å mobilisere helsepersonell til å gå inn i slikt arbeid. Dermed er dette en strategi som man må benytte seg av i visse situasjoner, men begrensningene er gitt i og med risikofordelingen i befolkningen.

Alternativet til høy-risiko-strategien, befolkningsstrategien, kan virke noe mer passiv. Den minner mer om de klassiske folkehelseiltakene. Alle ansees å være under risiko, og alle utsettes for de samme tiltakene. Norsk ernæringspolitikk er et eksempel på et befolknings-rettet forebyggende tiltak. Fordi befolkningsstrategien ofte forutsetter politiske tiltak, vil det ofte oppstå motkrefter både av ideologisk og økonomisk karakter. Et eksempel er tobakksindustriens kamp mot ytterligere restriksjoner når det gjelder vår tids

største epidemi - røyking og passiv røyking.

Fordelene med en befolkningsstrategi er først og fremst at den når alle. Dermed gir den et større forebyggende potensiale. For de fleste oppleves slike tiltak som lite problematiske, og endringene vil relativt lett bli sosialt akseptert. Men gevinsten for enkeltindivid vil være liten. Disse to strategiene beskriver forebyggende medisins innbygde paradoks:

Et tiltak som har stor gevinst for hele befolkningen, har liten betydning for individet. Etter vårt syn er det imidlertid ikke en motsetning mellom disse to måtene å sette i verk forebyggende tiltak på - de er komplementære. Iverksettelsen av begge typer strategi vil øke deres samlede effekt betydelig.

FORUTSETNINGER FOR FOREBYGGENDE HELSEARBEID

I dag kjenner vi de viktigste dødsårsakene, og vi vet hvilke sykdomsgrupper

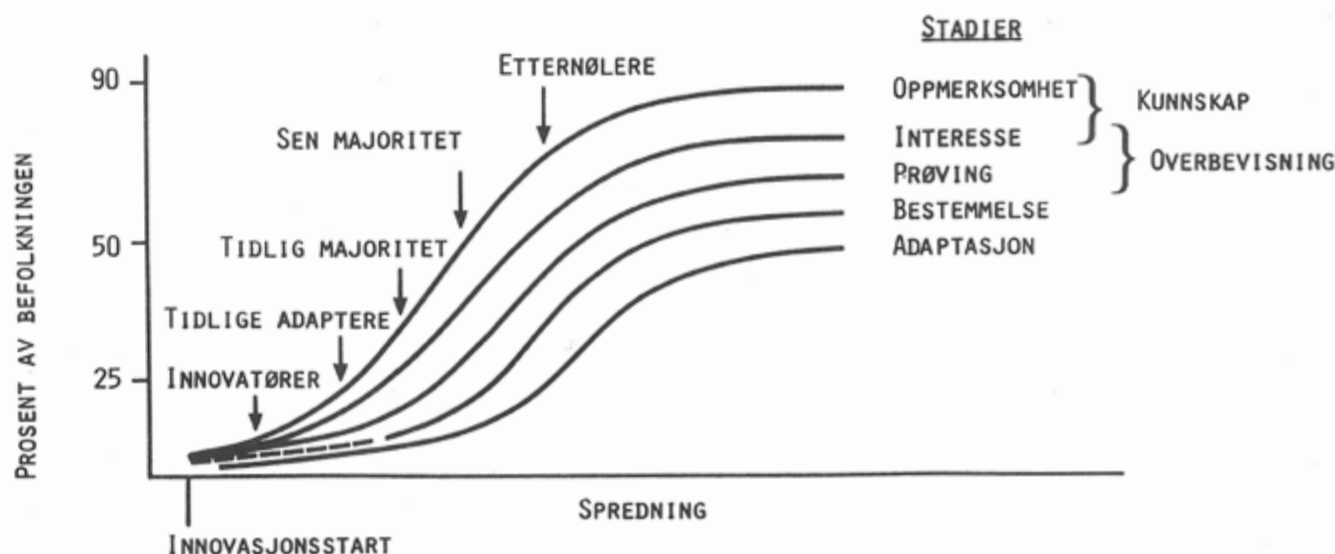
som leder til invaliditet og nedsatt arbeidskapasitet. Slik kunnskap er den første forutsetningen for å kunne drive forebyggende arbeid. Vi vet også at disse sykdommene ofte er endestasjoner i en patologisk prosess som på det nærmeste er irreversibel. Det klinikerne i dag møter er ikke akutte utbrudd av infeksjonssykdom, men kliniske manifestasjoner av kroniske sykdommer som går sitt endelige, forutbestemte løp. Det er mulig å gripe inn i prosessen og forhindre eller utsette enderesultatet. Men mulighetene er der bare dersom vi virkelig ønsker å benytte oss av dem.

Den andre viktige forutsetningen for ethvert forebyggende tiltak er kjennskap til en del av årsaksammenhengen. En må vite tilstrekkelig til å kunne gripe inn i et ledd i kjeden og forandre forløpet. Prinsipielt kan årsaker til sykdom enten være nedarvede anlegg, ytre faktorer i miljø eller levevaner - eller en kombinasjon av disse tre. Årsak til sykdom kan dermed defineres som enhver faktor som forårsaker sykdom. Men samtidig vet vi at bare en liten del av dem som utsettes for disse faktorene blir syke. For eksempel får bare en av ti

Figur 1

Figuren illustrerer en kumulativ kurve over hvordan et budskap spres i befolkningen. For innovatørene er avstanden mellom de 5 stadiene relativt kort, for etterløperne er avstanden meget lang.

FEM STADIER AV INFORMASJONSOPPTAK OG FEM GRUPPER AV MOTTAKERE



storrøykere lungekreft. Dermed er denne definisjonen for vid.

En bedre definisjon ville være: Årsak til sykdom er alt som øker sannsynligheten for sykdom. Dersom storrøykerne la om sine vaner, ville forekomsten av lungekreft gå tilbake og vi ville kunne påvise en årsak til lungekreft. Det vi fjerner eller reduserer med den følge at forekomsten av sykdommen går tilbake, kaller vi ÅRSAKEN. Dersom vi alle var storrøykere ville vi ikke ha klart å knytte røyking til lungekreft. Variasjonen i sykdomsforekomst måtte dermed forklares på annen måte. Årsaken behøver ikke nødvendigvis være en biologisk faktor, men vil f.eks. også omfatte holdninger til bilkjøring og alkohol, manglende sikkerhetsstyr ombord på båter eller en prispolitikk som øker forbruket av uheldige matvarer.

Sykdomsforekomsten i befolkningen er m.a.o. et speilbilde av hvordan vi organiserer oss, hva slags politikk vi fører, hvilket varetilbud som er tilgjengelig, hvordan vi anlegger våre veier, bygger våre hus, og hva vi er lært opp til via kultur og tradisjon. En slik tenkemåte er en tredje forutsetning for forebyggende tiltak. Helse er dermed ikke bare sosialministerens ansvar, men kanskje vel så mye en konsekvens av de andre departementenes beslutninger og handlinger. I Finland har man opprettet et helsepolitisk råd med representanter på høyt nivå fra alle de departementene som har størst innvirkning på helsen. Burde Norge gjøre noe lignende? Helsepersonellens oppgave i denne forbindelse må være å ta initiativ og bevisstgjøre de politiske myndigheter, samt være deres årvåkne, sorte samvittighet i helse-spørsmål.

NYE METODER I FOREBYGGENDE VIRKSOMHET

Helsepersonell har også en annen stor oppgave - nemlig å bevisstgjøre befolkningen om hva som påvirker helsen. En tilbakeføring av kunnskap om hvordan hver enkelt kan fremme sin egen og andres helse, fra ekspertene til befolkningen, er helt nødvendig. Til dette trenges nye metoder og nye samarbeidspartnere. Å ha kunnskap om hvordan enkeltindivider og grupper endrer hold-

ninger og adferd er den fjerde forutsetning for å drive forebyggende arbeid.

Behovet for andre fremgangsmåter ser vi kanskje best ved at sykdom og risiko for sykdom er så skjevt fordelt i befolkningen. For eksempel øker andelen røykere klart med synkende utdanningslengde (1), og risikoen for å dø av hjerte-karsykdom er flere ganger så høy i lavere sosiale lag, sammenlignet med akademiker-gruppen (2). Det virker som vi har nådd frem til høystatus-gruppene med den form for forebyggende virksomhet og helseopplysning vi hittil har drevet. Vi har nådd dem som i figur 1 er kalt **innovatører, tidlige adaptere og tidlig majoritet** (3). De utgjør rundt halvparten av befolkningen - og for dem er det relativt kort vei fra det å bli oppmerksom på en ting - f.eks. å spise mer fiber, til de interesserer seg aktivt for fiber, prøver det, bestemmer seg for å bruke det - og til det blir en vane. Denne veien (den horisontale avstand mellom kurvene) er mye lengre for dem som her kalles **sen majoritet og etternølere**. Mange av dem er nok oppmerksom på fiber - har kanskje noe kunnskap om virkningen, men har ikke prøvd. Mange av disse vil sannsynligvis heller aldri prøve uten at de blir påvirket på andre måter enn gjennom tradisjonelle holdningskampanjer via massemedia. Det skal helt andre strategier til for å få en innovatør til å endre en helsevane enn å nå frem til en etternøler. Mens de første kan plukke opp et budskap fra massemedia og handle ut fra det, må de siste også ha påvirkning gjennom personlig kontakt, gjennom veiledning, gjennom gruppepress og gjennom støtte fra omgivelsene. En av grunnene til at de tradisjonelle metodene i liten grad har nådd frem til lavere sosiale lag av befolkningen, er trolig at folk i større utstrekning enn man har vært klar over, lærer sine vaner og livsstil fra venner, kolleger og familie. Det ser også ut til at personer fra lavere sosiale lag stoler mer på råd fra sitt nærmiljø når de skal ta en beslutning, enn tilfelle er for høystatusgruppene.

Andre forhold som indikerer at vi må satse annerledes, er de holdningene vi finner i befolkningen. Ved en større intervjuundersøkelse i 1980 ble et representativt utvalg forelagt følgende utsagn: "Det er ingen vits i å følge kostholdseksperternes råd, det som regnes som skadelig idag, kan like godt regnes som sunt i morgen". 52% var helt eller noe enig i dette utsagnet. Til-

svarende var 56% noe eller helt enig i følgende: "Folk flest har problemer nok uten at en skal lage flere ved å mase om alt som kan være skadelig for helsa" (4).

Den forebyggende strategi som vi har basert oss på de siste årene har ikke greid å utligne de sosiale forskjellene vi har beskrevet ovenfor. Når det også viser seg at vi har skapt holdninger i befolkningen som faktisk virker som barrierer i helseopplysningsarbeidet, tilsier det at vi må prøve andre fremgangsmåter.

Forebyggende helsearbeid med befolkningen - istedenfor til befolkningen, kan være nøkkelen til større suksess. Medvirkning og aktivitet er anerkjente læringsprinsipper, som først i de senere årene er blitt tatt i bruk innenfor forebyggende helsearbeid. Nærmiljøbaserte programmer er blant de strategier WHO anbefaler for å nå målet Helse for alle mot år 2000. Ved at folk er med på å definere problemene, sette opp målene, foreslå tiltakene, osv. unngår man også en rekke etiske problemer. Faren for å drive manipulering og indoktrinering blir mindre. Gjennom engasjement, deltakelse, aktivitet og diskusjoner skapes dessuten samhold, vennskap og trivsel. Flere og flere undersøkelser viser at dette er forhold som har helt klare sammenhenger med sykdom og død (5).

Nærmiljøbaserte programmer har m.a.o. en todelt målsetning:

- 1) Å redusere den andre store sykdomsbølgen (Fig.2) livsstilssykdommene.
- 2) Å forebygge den tredje - som Peter Hjort har kalt "samlivssykdommene" eller "sam-problemene" - sykdommer eller problemer som oppstår p.g.a mangel på samhold, solidaritet, samarbeid og støtte (6).

Forutsetningen for å starte opp slike brede helseutviklingsprogrammer er imidlertid at det finnes kunnskap om årsaksforholdene. Faglige råd om sammenhengen mellom livsstil og helse, mellom miljø og helse osv. må skaffes gjennom systematisk forskning og formidles til befolkningen. Uten at en slik viten finnes, vil ikke folk ha noen mulighet for å velge.

EKSEMPLER PÅ NÆRMILJØBASERTE PROGRAMMER

Vest-Tyskland har startet forebyggende arbeid på utradisjonelt vis. De har bevilget midler til et 8-års forskningsprosjekt som skal foregå i flere ulike byer og med forskjellige typer tiltak. Denne sterke satsingen har sitt utspring i et prosjekt, som har gått over noen år i byen Eberbach utenfor Heidelberg. Det startet med en overvektig og misfornøyd prestefru, som begynte på et slankekurs - en ekvivalent til Grete Rohde. Hun oppdaget snart at hun ikke var alene om sine vektproblemer, og tok initiativ til en aksjonsgruppe som i dag består av interesserte og innflytelsesrike mennesker innenfor organisasjons- og samfunnsliv. Dette er ikke noen demokratisk eller politisk valgt gruppe. Den består av entusiaster. Det er mulig at dette er grunnen til at prosjektet i det hele tatt har klart å markedsføre seg så effektivt som det har, og fått befolkningen til å endre endel av sine levevaner. Arbeidsgruppens ideologi er: Din helse er ditt eget ansvar,

sykdom er helsevesenets oppgave. Gruppen legger vekt på at enkeltindividene trenger støtte fra omgivelsene for å ta vare på sin egen helse, og at folk må få tilgang på mer informasjon for å kunne gjøre fornuftige valg. De har også arbeidet for å bedre tilgjengeligheten av hensiktsmessige matvarer, joggestier, steder hvor eldre mennesker kan få lov til å spasere i fred og steder hvor ungdommer kan være sammen uten at de trenger å drikke seg fulle. Gruppen har kontakt med ernæringseksperter, med restauranteiere, slaktere og bakere. Det siste for å forsøke å endre sammensetningen av matvarene som blir solgt i forretningene, f.eks. mindre salt i brødet, mindre fett i pølser og opplaget kjøttmat. Restaurantene angir på menyen om kaloriinnholdet i de enkelte rettene er høyt, middels eller lavt. Alt dette for å gi innbyggerne en mulighet for å velge ut fra egne forutsetninger og behov.

I tillegg til dette har arbeidsgruppen kontakt med barnehager, skoler, karnevalskomiteer og fagforeninger. I skolene og idrettsorganisasjonene har de lært å måle blodtrykket på hverandre, slik at de om nødvendig kan ta

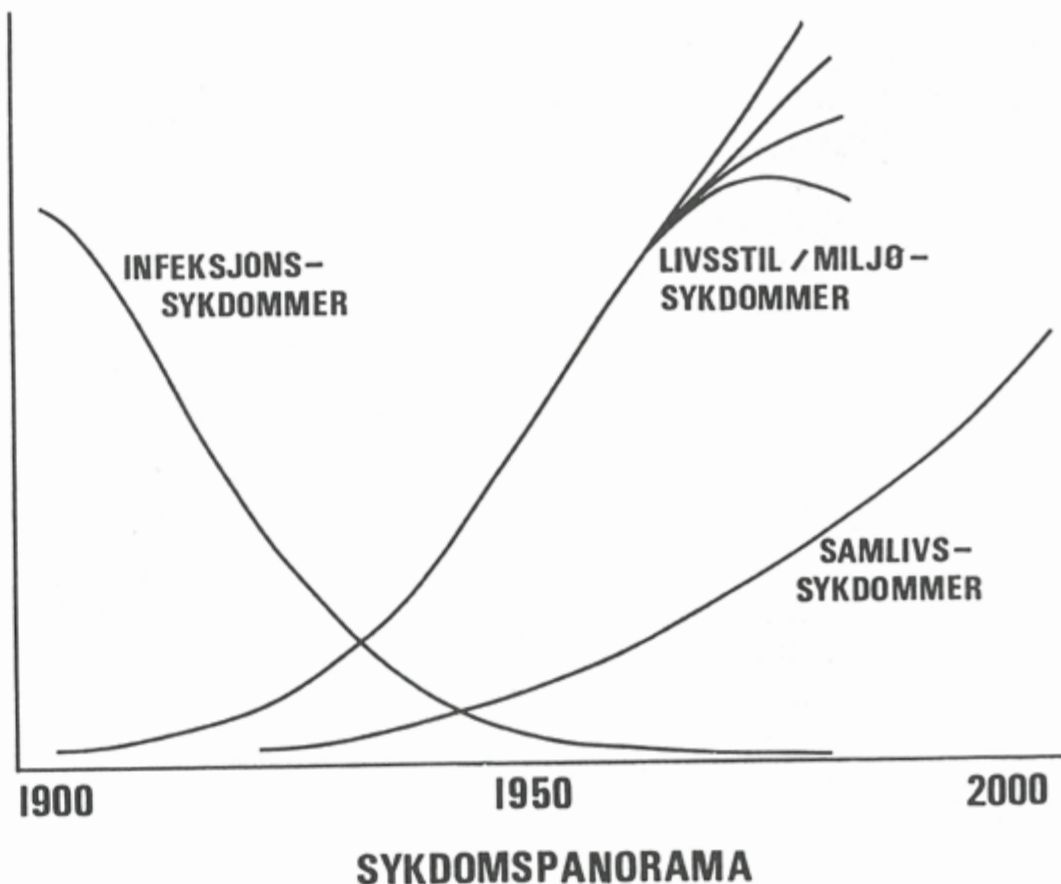
kontakt med en lege. I barnehagene brukes dukketeater og leker til å innøve hensiktsmessige helsevaner, i skolene brukes helseopplysning som del av den alminnelige undervisning, f.eks. i biologi og kroppsøving. Og politikerne er involvert - ikke som underskrivere på store bevilgninger til forebyggende helsearbeid, men som gallionsfigurer - som symboler på at dette også er et offentlig ansvar. På borgermesterens kontor henger ikke oversikter over budsjettsituasjonen, men grafiske kurver som viser endring i blodtrykk, kolesterol og innbyggernes gjennomsnittlige kroppsvekt og høyde. Vi gadd se den ordfører i Norge som har en slik innsikt i helsesituasjonen i sin kommune.

I Malangen (en del av Balsfjord kommune i Troms) er det nylig startet et lignende, men adskillig mindre prosjekt. Målet er å heve befolkningens livskvalitet - og å styrke den mellommenneskelige kontakten og det sosiale nettverket i området.

Vi (forfatterne) syntes det var viktig å starte med det folk selv opplevde som problemer og behov. På det første møtet med representanter for 6 av Nasjonalfo-

Figur 2

Figuren viser hvordan sykdomspanoramaet i befolkningen har utviklet og endret seg i løpet av de siste hundre år.



N · Y · H · E · T

Nå kan Bayer tilby en ny og raskere soppbehandling!



Aune, Dahl & Koland

Kun en applikasjon pr. dag fordi Mycospor absorberes hurtig.

ANTIMYKOTIKUM

KREM 1%: 1 g inneh.: Bifonazol 10 mg, sorb. monostear., polysorbat. 60, cetac. artific., ceto-stearyl alcohol, 2-octyldodecanol et alcohol. benzylic. q.s., aq. purif. ad 1 g.

EGENSKAPER: Klassifisering: Imidazolderivat til dermatologisk bruk med bredt antimykotisk virkningsspekter. Virksomt mot dermatofytter, gjær-, mugg- og andre sopparter. Ved angitt dosering har bifonazol fungicid effekt. **Virkningsmekanisme:** Bifonazol bevirker en hemming av ergosterolsyntesen, og griper inn på to forskjellige trinn. Ergosterol er en essensiell bestanddel i soppenes cellemembran. Idet tilstrekkelig høye konsentrasjoner av bifonazol i huden kan gjenfinnes mer enn 24 timer etter applikasjon, kan bifonazol doseres en gang daglig. **Absorpsjon:** Kremen penetrerer lett huden, men absorberes i meget

liten grad over i blodbanen.

INDIKASJONER: Alle dermatomykoser forårsaket av dermatofytter (Trichophyton-, Epidermophyton- og Microsporumarter), gjær- (Candida-), mugg- og andre sopparter. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Dermatoser med sekundærinfeksjon av sopp.

KONTRAINDIKASJONER: Overfømtilighet overfor bifonazol.

BIVIRKNINGER: Tolereres vanligvis godt. I sjeldne tilfeller kan en se hudreaksjoner.

FORSIKTIGHETSREGLER: Krem skal ikke komme i berøring med øynene.

DOSERING: Påsmøres tynt på de aktuelle hudområder en gang daglig, fortrinnsvis før sengetid, gnis godt inn. Som regel vil en liten mengde (1/2 cm fra tuben) være nok til å dekke en flate tilsvarende en håndflate. Behandlingen fortsettes selv

om de subjektive plagene forsvinner. Vanlig behandlingstid: Mykoser på kropp, hender og hudfolder: 2-3 uker. Fotmykoser, mykoser mellom tærne: 3 uker. Overflatiske candidamykoser på huden: 2-4 uker. Pityriasis versicolor og erythrasma: 2 uker.

ANDRE OPPLYSNINGER: Av hygieniske grunner bør huden vaskes og tørres godt før behandlingen.

PAKNINGER OG PRISER: Krem: 15 g kr. 59,30.

Bayer



reningens helselag i kommunen, ble disse spurt om hvilke faktorer som ville øke deres livskvalitet mest.

De forslagene som kom frem under diskusjonen på det første møtet, ble satt opp i et spørreskjema med avkryssingsmuligheter og distribuert rundt i nærmiljøet ved at hvert helselagsmedlem besøkte 5 familier. De avkryssede skjemaene ble sendt anonymt til Universitetet i Tromsø. Det kom inn 57 svar. Svarfordelingen er vist i tabell 1.

FAKTORER SOM KAN BIDRA TIL Å HEVE LIVSKVALITETEN - SVARFORDELING

(Det var mulig å krysse av inntil 3 faktorer)

Bedre tilbud om fysikalsk behandling (fysioterapeut i Malangen)	24
Slippe å engste seg for at ungdommen skal komme bort i narkotika	23
Bedre vei (f.eks. fast veidekke)	22
Bedre kommunikasjonsforbindelser (buss, ferge, etc.)	17
Fast arbeid/bedre mulighet til arbeid	15
Flere/bedre venner, familie, naboer	15
Mer mosjon/fysisk aktivitet	13
Følelse av å strekke bedre til i det daglige liv	11
Kortere "arbeidsdag" for barn og ungdom/at de kan slippe lang og anstrengende skyll til og fra skolen	10
Mindre stress og mas	10
Slutte å røyke/røyke mindre	10
Bedre tid til seg selv, familie og naboer	7
Flere/bedre fritidstilbud	7
Andre svar (tryggere alderdom, barnehagetilbud m.m.)	6
Vektreduksjon	5
Drikke mindre alkohol	3
Endret kosthold	2
Endret arbeidssituasjon	2

Noe uventet var det "tilbud om fysikalsk behandling" og "det å kunne slippe å engste seg for at ungdommen skulle komme bort i narkotika", som fikk flest stemmer. Denne svarfordelingen gjenspeiler antakelig en noe skjev alderssammensetning blant respondene. Trolig er besteforeldregenerasjonen i overvekt. Nærheten i Tromsø's "beryktede" ungdomsmiljø virker åpenbart truende på befolkningen i Malangen, som p.g.a. manglende arbeids- og utdanningstilbud må sende fra seg ungdommen når de er ferdig med ungdomsskolen. Også den høye andel svar som ble avgitt for bedre vei og kommunikasjoner, er interessant med hensyn til hva folk flest definerer som livskvalitets- og helserelevante problemer.

Denne lille pilotundersøkelsen er belastet med vesentlige metodiske svakheter, og må ikke oppfattes som noe representativt uttrykk for malangs-

væringenes meninger. Men svarene er forbausende samsvarende med dem kommunelege Helge Worren fant ved en større undersøkelse i Sør-Aurdal (7).

Med bakgrunn i resultatene fra undersøkelsen i Malangen, ble det arrangert et nytt diskusjonsmøte med de samme deltakerne. Representantene for de ulike helselagene ble enige om å innkalle til lokale medlemsmøter for å komme frem til ett problemområde som det enkelte helselag skulle arbeide videre

med. Tanken var at det lokale helsepersonell, representanter for fylkeslegens kontor og Institutt for samfunnsmedisin skulle fungere som konsulenter og rådgivere. Hele tiden var det imidlertid befolkningens egne definerte problemer som skulle stå i fokus og deres forslag til tiltak som skulle iverksettes.

Det er verd å nevne at uventede faktorer og interessante sammenhenger kan avdekkes når man går frem på denne måten. Da en del av helselagene gikk sammen om å arrangere et folkemøte med ordfører m.fl. tilstede, var det formannen i jordstyret som kom mest i fokus. Dette styrets restriktive holdning mht. fradeling av tomter førte til at bygdas unge måtte bygge sentralt i kommunen eller rett og slett flyttet ut av kommunen. De konsekvenser dette hadde for servicetilbud, ny næringsvirksomhet og bygdas fremtid, er åpenbare. Men raskt så man også forbindelsene til trivsel, livskvalitet og

behov for mer offentlig innsats på eldresektoren, når bygdas unge etablerte seg andre steder. At jordstyret åpenbart hadde mer innflytelse på totalhelsen enn helsepersonellet hadde, kom nok som en overraskelse på mange.

TEORETISK MODELL

Flere prosjekter som bygger på prinsippene om engasjement og medinnflytelse, er blitt gjennomført de senere årene (8-16). De bygger på en modell som er vist i figur 3, (neste side) der man starter med konsekvensene - altså økt livskvalitet - og arbeider seg bakover til årsakene - f.eks. manglende tilbud mht. fysisk aktivitet for middelaldrende kvinner.

Som nevnt begynner prosessen ved at befolkningen - eller en del av befolkningen, prioriterer ting som de mener det er viktig å gjøre noe med for å øke egen livskvalitet. Folks subjektive oppfatning danner - sammen med tilgjengelige levekårsstatistikker og kunnskap om sammenhengen mellom samfunnsforhold, livsstil og helse, utgangspunktet for det befolkningen velger å arbeide med.

Neste fase i denne prosessen (figur 3) er å velge det helseproblem som har sammenheng med det livskvalitetsproblem som er valgt. Til dette brukes tilgjengelige data fra rutinerapportering i tillegg til epidemiologiske data. Man lager en prioritert liste basert på en rekke vurderinger - f.eks. hvilket helseproblem som har størst betydning (målt ved ulike parametre), hvilket problem det er mulig å gjøre noe med, om spesielle befolkningsgrupper rammes, eller om det er spesiell nød som må avhjelpes.

Fase 3 (figur 3) består i å identifisere helserelevante adferd som er knyttet til det helseproblem befolkningen velger å prioritere høyest.

For å identifisere den vanen som er av størst betydning, må man bl.a. vurdere hvor viktig vanen er for helseproblemet, og hvor lett/vanskelig det er å endre den aktuelle vane/livsstil.

Neste fase i prosessen er å identifisere de faktorer som påvirker denne vanen. Disse deles i figur 3 inn i disponerende faktorer (kunnskap, holdning, mening),

forsterkende faktorer (belønning/straff gitt av jevnaldrende, foreldre, øvrig sosialt nettverk) og faktorer som gjør adferdsendring mulig (tilgjengelige resurser, tilgang på service, ferdigheter). Når disse faktorene er vurdert, bestemmer man seg for hvilke man vil arbeide for å endre. Slike vurderinger gjøres bl.a på basis av tilgjengelige resurser og utfra hvor stor betydning man anser den enkelte faktor å ha.

Først nå er man ferdig til å starte utviklingen av selve prosjektet - og sette det ut i livet. På dette stadium må man vurdere ulike måter å intervensere på (massemedia, gruppediskusjon, brosjyrer, en-til-en samtale, osv.). Administrative og ressursmessige forhold må taes med i betraktning i denne fasen. Det er dessuten viktig å ha planlagt hva slags evaluering man ønsker, og hvordan denne skal gjennomføres.

For at det programmet man har kommet frem til skal virke, bør befolkningen involveres tidlig i planleggingsprosessen. De må "eie" prosjektet. Men like nødvendig for å få effekt av et helseutviklingsprogram er selvfølgelig at

Figur 3

det faglige innhold er basert på kunnskap om problemets/sykdomens årsak.

WHO's strategi i de kommende år er nettopp å få folk til å medvirke i planleggingen av tiltak som kan fremme helsen (17,18,19). I denne forbindelse kan helsepersonellet bidra på flere måter, bl.a:

- ved å stimulere, aktivisere og vekke den latente viljen som finnes i folk til å medvirke til å få kontroll over sin helse.
- ved å organisere tiltak som kan skape aktivitet og medvirkning fra befolkningens side - samt hjelpe til med opplæring og praktisk assistanse.
- ved å sørge for informasjon og tilbagemelding som kan forsterke og støtte vellykkede endringer, og fremme utvikling av en sunn livsstil.

LITTERATUR

1. Folgerø S, et al. Smoking habits among registered nurses, auxilliary nurses and nurse aides. Foredrag ved den 5. Verdenskonferansen om røyking

og helse, Winnipeg 1983. Oslo: Statens Tobakksskaderåd, 1983.

2. Holme I, et al. Coronary risk factors and socioeconomic status. Lancet Dec. 25 1976: 1396-1398.

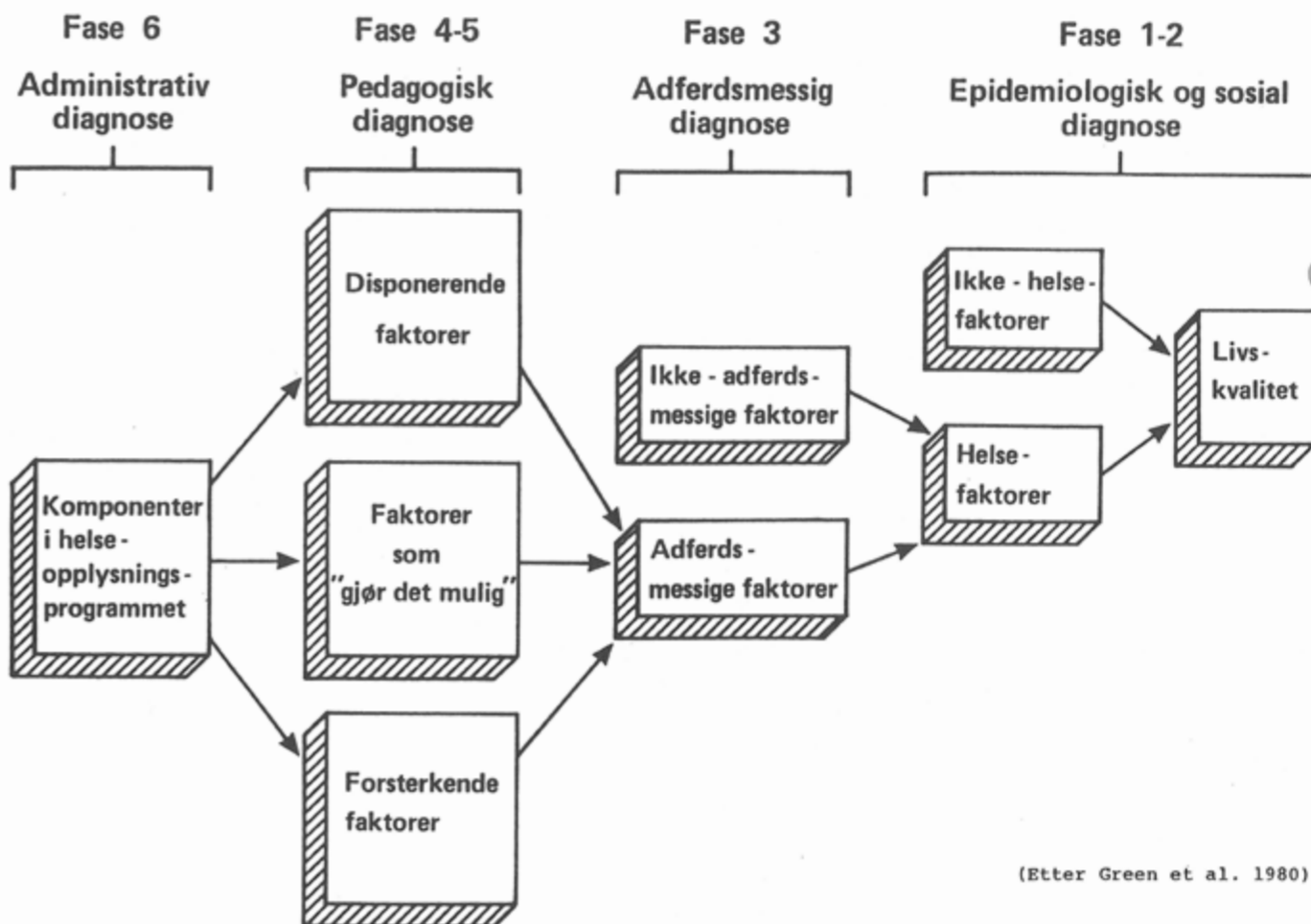
3. Green LW, et al. Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Palo Alto: Mayfield Publishing Company, 1980.

4. Aarø LE, Helø LA, Sjøgaard AJ. Tannhelsetjenestens plass i helseopplysningen. Betrakninger med utgangspunkt i en survey i den norske befolkning 1979-80. I: Rapport fra Skandinavisk Tannlegeforenings kongress i Oslo 1981. Oslo: Den norske tannlegeforening 1982: 168-83.

5. Berkman LF, Breslow L. Health and ways of living. The Alameda County Study. New York: Oxford University Press, 1983.

6. Hjort PF. Health: Personal and political responsibilities. Introductory paper for the symposium "Promotion of self care in oral health". Lysebu, Norway, 10-12. september 1986. Oslo: Institutt for samfunnsodontologi, 1986.

Figuren illustrerer gangen i planleggingsprosessen for et forebyggende helseprogram - fra høyre mot venstre.



(Etter Green et al. 1980)

7. Helse og trivsel i Sør-Aurdal. Forsøksvirksomhet i helseopplysning. Rapport nr. 1,2 & 3. Sør-Aurdal kommune, Helse-og sosialetaten, 2930 Bagn.
8. Jensen K. Sundhedspædagogisk utviklingsarbeide. Aarhus: Aarhus Odontologiske Boghandel, 1981.
9. Pioner-prosjekt. En undersøkelse om helsemessig opplysning i Holmestrand. Komite for helseopplysning i fagbevegelsen. Oslo: Norsk Folkehjelp, 1981.
10. Ross HS, Mico PR. Theory and Practice in Health Education. Palo Alto: Mayfield Publishing Company, 1980.
11. Carlaw RW. Perspectives on Community Health Education. A Series of Case Studies. Volume One: United States. Oakland: Third Party Publishing Company 1982.
12. Maccoby,N. et al. Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. J Comm Health 2: 100-111.
13. Matarazzo JD, et al. (Eds.): Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York, John Wiley and Sons, 1984.
14. Kaplan NM, Stamler J. Prevention of Coronary Heart Disease. Practical Management of the Risk Factors. London: W.B Saunders Company, 1983.
15. Blackburn H, et al. The Minnesota Heart Health Program.
A research and demonstration project in cardiovascular disease prevention. In JD Matarazzo et al. (Eds.) Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York: John Wiley and Sons, 1984.
16. Puska P, et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the Ten Years of North Karelia Project. Ann Rev Public health 6: 147-93, 1985.
17. Mahler H. Health for all - everyone's concern. World Health. April/May 1983: 2-4.
18. WHO Expert Committee on Health Education in Primary Health Care. Hygie 1983: 1: 7-10.
19. Green LW. New policies in education for health. World Health. April/May 1983: 13-17.

Førsteamanuensis
Anne Johanne Sjøgaard
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
Professor Dag Thelle
Nordiska Hälsovårdshögsko-

DEN KVINNELIGE FISKER

Jeg vil starte med å introdusere meg selv. Min bakgrunn og mitt kjennskap til fiskerimiljøet skriver seg for det første fra min praksis som kommunelege og distriktslege i Båtsfjord i 13 år. Min ektefelle har drevet fiske vel 10 av disse årene. Selv har jeg også vært med på sjøen i kortere perioder.

Det viser seg at det finnes få opplysninger om kvinnelige fiskere. Og det som finnes, er det tildels vanskelig å få tak i. Jeg vil derfor i hovedsak diskutere holdninger og se på hvilke barrierer som finnes i fiskerimiljøet, trekke noen linjer bakover og samtidig se på dagens erfaringer.

KVINNENS TRADISJONELLE STILLING I FISKERINÆRINGA

I det samfunnsvitenskapelige miljøet i Tromsø og Alta har det i de siste 10-15 år vært gjort en relativt stor innsats når det gjelder kvinnens stilling som gift med fisker og som arbeider i fiskeindustrien. En rekke forhold som går på holdninger og tradisjoner i dette miljøet har vært kartlagt.

Fiske og fisketilvirke er og har vært, svært kjønnsbundet. Hele arbeidsprosessen med utrusting, forberedelse til fiske, selve fangsten og tilvirkingen på land er omhyggelig oppdelt i manns- og kvinnejobber. Fiskeindustrien var den siste industri i landet som opererte med manns- og kvinnelønninger. Dette ble avvirket så sent som i begynnelsen av 70-tallet. Fortsatt er de typiske mannsjobber adskillig bedre betalt enn de typiske kvinnejobber i fiskeindustrien.

Fiskerkvinnene har vært fiskeflåten bakkemannskap, som tildels har utført lønnet, men også i stor grad ulønnet arbeid for fiskeflåten. Kvinnene har deltatt i vedlikehold av bruk, de har skutt garn, de har egnet, de har satt opp line. De har også reparert klær, strikket, servert mat til alle døgnets tider, fungert som forretningsbestyrer av fiskebåten, ført regnskap, gått i banken osv. (se figur 1)

Disse typer jobber har i stor grad vært drevet ved siden av husmorarbeid, omsorg for hus og barn. Husmødrene har funnet seg i sesongarbeid og stilt opp når det har trengtes. I stillere tider har de da tatt igjen annet husarbeid. I landbruket har man i de senere år klart å få igjennom tanken om at bondekona ikke bare var en husmor, men en viktig arbeider på gården. Det er nå anledning til inntektsdeling for bondefamilien. For fiskerkvinnene er dette kun noe å drømme om. Det som man vanligst har betalt for, nemlig lineegninga, har vært svært dårlig avlønnet, og er det fortsatt. Da det ble tilskudd til egning gikk dette ofte til fiskeren i sin helhet, uten at lønnsomheten gikk opp for egerne.

I egnarbua finnes det imidlertid en arbeider til; nemlig landmannen, - han har lott og skal gjøre klar agn og bruk for egerne. Han har straks muligheten til bedre utkomme enn disse. Som lott-taker regnes han som fisker. Fiskerkvinnene som er fiskernes store koordinator, som ordner med administrasjonen, som står opp i grålysningen og eger til mannen sin, har liten sjanse for å bli medregnet som fisker. Hvis ikke "fiskerhusmorens" status blir oppvurdert i nær fremtid, er det grunn til å regne med at dette er en person som vil forsvinne som institusjon. Fiskerbåten har nærmest utelukkende vært mannens domene.

Kona har fått lov å komme ombord for å vaske rundt, men ellers var det ulykke å ha med kvinnfolk ombord. Hun kunne til nød brukes til båtpuss eller som

kaffekoker, hvis hun ble med en tur på sjøen.

Som han sa - Vardø-mannen - om kona: "Ho styre med giftinga til ungan og slikt, båtan får ho holde seg klar".

Når fangsten så ble bragt på land igjen har kvinnen igjen spilt en betydelig rolle i mottaksapparatet. Også på denne delen er arbeidsoppgavene delt svært strengt i manns- og kvinnejobber. Mannfolkene jobber på kaia, mannfolkene står ved sløyemaskinen, kvinnfolkene pakker og renskjerer filét. Kvinnfolk kan også til nød være kontrollører, men det er svært langt mellom kvinnelige kaiarbeidere eller kvinnelige formenn.

HVA SIER SÅ HISTORIEN OM DE MYTER OG USYNLIGE GRENSER SOM HER ER TRUKKET OPP?

Hva gjorde våre formødre!?

Det var visse ting som var tabu og som sjelden ble overtrådt. En del av disse reglene er fremdeles virksomme. Forskjellige kilder fra forrige århundre gir korte bilder: For det første var kvinnfolk på havet en ulykke. Ellers måtte man ikke møte et kvinnfolk på vei til sjøen, og hun måtte for all del ikke skrive over bruket. Da ville man miste fiskelykken.

Kvinnenes domene, nemlig gardsdriften ble sett på som mindreverdige og måtte ikke blandes med fiskeriene. Man måtte ikke få gjødsel ombord. Videre var det forbudt å bruke husdymavn på sjøen. Emner som handlet om jordbruk måtte ikke nevnes.

Det var havet som gav status i Nord-Norge. Jordbruket var noe som karfolk ikke skulle drive med. Hvis man hjalp

til var det i onnene om sommeren, og da hjalp man kona med hennes arbeid. Menn som drev jordbruk i Nord-Norge for 100 år siden var ikke videre vel ansett.

Når det var mangel på mannfolk kunne imidlertid kvinnfolk brukes på sjøen. En kilde fra 1817 forteller om at det var vanlig for døtre og tauser å være med på seinotfiske. Det var også vanlig at de

(nestkommanderende). Hun hadde fullt samisk mannskap. Felles for disse tre var deres samiske bakgrunn. I samiske miljøer var det mer vanlig at kvinnfolk var med på sjøen. Allerede "Speculum Borale" fra 1600-tallets Finnmark, forteller om at samiske kvinner rodde for 1/2 lott.

Buks-Berit og Trollfjord-Ane visste kanskje ikke hvilken oppstand det ble

1936 sto det at kvinnene kunne antas til filøtarbeid, kosting, tørrfiskstabling, fiskesperring og annet lettere arbeid. Når man vet at fiskesperring den gang foregikk ute på kaia i all slags vær, og at filetering foregikk med hånd, kan man fort bli enige om at særlig lett var dette arbeidet ikke.

Nei, det er nok tradisjonen og ikke arbeidsfysiologisk aspekter som har



ble med på Lofoten etter tørrfisk om sommeren. Kvinner kunne også godt være med å ro heimefiske. Mange enker gikk ofte i båten når mannen ikke lenger kunne brødfø familien.

Det var imidlertid uhørt å dra bort på fiske. Det finnes allikevel sterke kvinner som gjorde nettopp dette. Fra Hadsel kom ho Skall-Ane som drev "nett som en kar". I Tana rodde Trollfjord-Ane loddefiske i 1860. Hun var høvedsmann på egen båt i vanlig mansdrakt. Fra Tysfjord kom ho Buks-Berit som rodde som høvedsmann på egen båt med mannen som halskar

da de kom og deltok i fiske, på lik linje med mannfolkene. Dette var nærmest uhørt i norske miljøer.

FOR TUNGT FOR KVINNFOLK?

Som vi har sett var den viktigste grunnen til at kvinnfolkene ikke deltok mere aktiv i fiskeriene enn de gjorde, tradisjon og overtro. Samtidig hadde man også en klar formening om at arbeidet var for tungt for kvinnfolk. I en arbeidsavtale ved Brødrene Aarsether i Vardø i

diktert hva som var tungt og hva som var lett arbeid både i fiske og i fisketilvirkning for 100 år siden. Det ser vi i dag nesten enda tydeligere nå som arbeidet i økende grad er blitt mekanisert. Dette gjelder både oppgavene ombord og i den landbaserte industrien. I dag synes det nærmest komisk når det påstås at det må en mann til for å stå ved filøtmaskinen mens man må være kvinne for å finskjære filéen.

HVA ER SÅ DAGENS ERFARINGER?

Jeg gikk først til fiskarlaget som antok at de hadde ca 10-15 kvinnelige medlemmer, men kunne ikke si noe sikkert om det. Deres medlemsmasse var ikke registrert på kjønn. Jeg henvendte meg så til fiskermantallet i Fiskeridirektoratet. Det viste seg da til min store overraskelse at utav totalt 22.622 var 502 kvinner registrert som fulltids fiskere dvs. minst 20 aktive fiskeuker pr. år (B-manntallet).

Av deltidsfiskere (A-manntallet) var det registrert 103. Uten at vi vet så mye om hvem disse 502 aktive fiskere er, er det mye som tyder på at en del av dem fortsatt er i typiske kvinnejobber på fabrikkskipene eller som filøtarbeidere og rekearbeidere. Det er imidlertid også nå en ny generasjon unge jenter som går ombord i båtene som fiskere, og særlig på autolinebåter og rekebåter. Til slutt er det imidlertid en del kvinnelige fiskere som har blitt med mannen sin på sjøen etter at de i årevis har egnet for han, ordnet alle ting for han, og tildels vært landmenn. Landmannsjobben har ofte vært porten til fiskeryrket.

Hvordan disse fordeler seg tallmessig er det ingen som vet. Det har vært svært vanskelig å få tak i opplysninger om de kvinnene som nå finnes ombord i båtene. Jeg har intervjuet noen få som jeg har kommet i kontakt med via personlig kjennskap og tips. Fiskerkvinnen er også svært aktiv og sjelden å få tak i på telefonen! Mine samtaler her er kun som en smaksprøve på et arbeid som bør gjøres i fremtiden. Jeg har også vært i en 9.klasse i Båtsfjord for å høre om deres mening om fremtiden i fiskeryrket.

HVA KAN DE FORTELLE - MINE TRE KVINNELIGE FISKERE:

1. 40 år gammel kvinne, vært fiskarkjerring i 20 år.

Har 3 barn, den yngste nå 11 år. Rodd med garn på Lofoten i 2 sesonger sammen med ektefellen, samt noen sesonger på Finnmarka. Har vært landmann i flere år. Omsorgen for barna er hovedgrunnen til at hun ikke er med på

sjøen fast. De få gangene hun har gjort dette, måtte moren passe ungene.

Da hun startet opp på sjøen kom det mange spydige bemerkninger om at hun bare var med som kaffekoker og sengehygge. Hun måtte bevise at hun kunne arbeide med bruk og fisk, men da det var gjort ble hun fullt ut akseptert. Hun måtte også passe på at mannfolkene ikke tok arbeids-

Rodd sammen med ektefellen. Ingen barn. Vært registrert i B-mantallet og nå også medlem av fiskarlaget. Fiskarlaget har drevet overtalingskunst i flere år, og hun har nå motvillig blitt medlem.

Denne kvinnen hadde nå ny 35 fots båt. Hun har imidlertid rodd mesteparten av tiden på en gammel 50-års båt. Hun sørget for at sanitæranlegg med toalett og dusj, varmt og kaldt vann ble en realitet



oppgavene fra henne. Da de imidlertid skjønnte at hun kunne regnes som en av de andre gikk det bedre. Den båten de hadde, hadde brukbare sanitære anlegg og godt med mekaniske hjelpemidler slik at dette ikke ble et problem. Hun antar imidlertid at for mange kvinner vil det være problematisk når toalettet er en pøs i egnarhuset, som hun skal dele med 2-3 mannfolk.

2. 41 år gammel kvinne vært fisker i 13 år.

på den nye båten. Hun har rodd med alle brukssorter, garn på Lofoten, juksa på Finnmark, sildefiske og linefiske. Hun ror for tiden hjemmefiske med lina 12-16 stamper. Ekteparet eger selv annen hver dag. Det mest slitsomme er sløyving og det blir mye press på føttene i lange arbeidsdager.

Hovedproblemet er ikke at arbeidet er tungt, men at arbeidstiden er så lang. Den dagen jeg snakket med henne hadde hun stått opp klokken 05.00 på lørdags morgen for å ta husvasken. Såvidt jeg kjenner fiskermiljøet i Båts-

fjord, er ikke det spesielt vanlig for mannlige fiskere når de har kommet på land fredagskvelden. Også hun møtte en del motstand da hun begynte å ro, på samme måte som vår forrige fisker. Også hun måtte bevise at hun kunne jobben, måtte avfeie ryktene om at det var ulykke å ha kvinner med på sjøen.

3. 67 år gammel fisker.

Hatt egen båt i 20 år. Begynte å ro i 1962 da hun måtte skifte arbeid pga. astma og allergi. Var tidligere kokk og stuert, både på land og i utenriks. Helt fra 1962 har hun rodd med samboer som mannskap i alle år. Han omkom dessverre under et tragisk forlis for 5 år siden. Hun har rodd juksa, line, garn, vært på trålfiske både som fisker og stuert. Har dessuten vært landmann et par år. Dette syntes hun nesten var den tyngste jobben, nest etter rundvasking som hun drev på med etter at mannen døde. Hun feirer nå pensjonistilværelsen som stuert på en småtråler.

Hun har aldri vært sjikanert pga. sitt kjønn ombord, men kranglet med fiskarlaget i 2 år før hun fikk bli medlem. Første året ville de ikke sitte ved siden av henne på møter, men da hun ble valgt inn i styret og viste seg å være en ressursperson som kunne brukes av organisasjonen, ble hun godtatt. Hun hadde nettopp mottatt diplom for lang og tro tjeneste i fiskarlaget da jeg var på besøk. Dette varmet hennes hjerte, spesielt når hun tenkte tilbake på den kjølige starten hun fikk. Hun tror absolutt at kvinnfolk har en fremtid på sjøen. Hun presiserer imidlertid at sikkerheten må ivaretas, kurs og øvelser må være obligatoriske.

Alle disse tre påpeker at det positive ved livet på sjøen er friheten, spenningen og kameratskapet. Det veier tildels opp for problemene med usikker inntekt, uvær og sviaktende råstoffgrunnlag. Det siste er vel den største bekymringen for dem alle. De kan også berette om ungjenter som jobber på rekebåter og på autolinefiske og at det blir flere og flere jenter på fabrikkskipene.

"To jenter i rommet gjør tre manns arbeid" sier en skipper til meg.

Jentene på autoline er flinke til å bøte-, seige og utholdene er andre utsagn. De er stabile ombord, - mer stabile enn guttene." Når det er så vanskelig med mannskap, er det jo ikke så rart om

fiskeren tar med seg kona på sjøen", sa en av mine kvinnelige fiskere.

HVA MENTE SÅ TJUE 9.KLASSINGER I BÅTSFJORD (12 GUTTER OG 8 JENTER)?

Det var 1 jente og 3 gutter som kunne tenke seg å jobbe som fisker, altså 20% av klassen. Dette synes positivt for fremtidig rekruttering. Det var bare én av jentene som trudde det var for tungt arbeid for jenter ombord, men 7 av 8 mente at det var vanskelig å kombinere med hus og hjem. Bare én av guttene syntes det var problematisk med hus og hjem. Det viste seg at 12 elever hadde fiskere i nær familie eller omgangskrets. Alle disse hadde vært med på sjøen, alle andre hadde vært ombord i fiskebåt som lå ved kaia. Det var også en positiv overraskelse da man ofte har følelsen av at den delen av befolkningen som jobber i tertiærnæringene, og da særlig svinger, lever veldig adskilt fra hele fiskerinæringa i Båtsfjord.

Fiskerikulturen begynner ofte på kai-kanten. Det som ble oppfattet som positivt ved yrke var: muligheten for høy inntekt, fritt yrke, godt kameratskap og tildels spenning.

Vi vet fra store undersøkelser at fiskerne er mer utsatt for ulykker og skader enn befolkningen forøvrig. Det er god grunn til å hevde at fiskeryrket er et av de farligste yrker i vårt land. I en større undersøkelse foretatt av fiskarlaget i samarbeid med fiskeriteknologisk forskningsinstitutt, var det bare 6 kvinner med. Det gjenstår å se om kvinner på sjøen får de samme plager som mennene.

Hvis det stemmer at kvinnfolkene er for "svake" til arbeidet ombord, bør de ha flere plager. Jeg har hørt fra våre 3 informanter at de ikke syntes det var for tungt, og at det største problemet heller var den lange arbeidstiden.

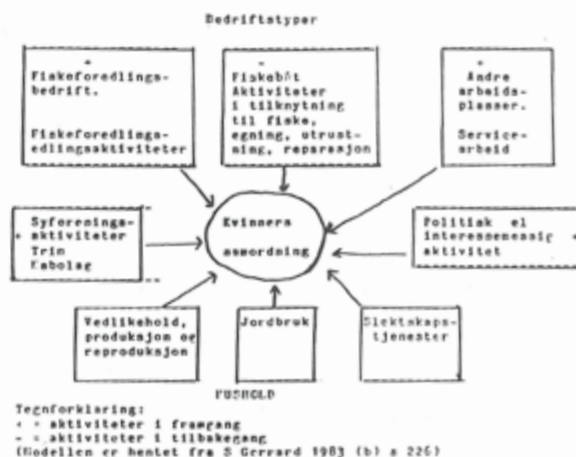
Når vi ser fremover, skal vi ikke se bort fra at kvinnfolkene kanskje klarer bedre enn mannfolk å styre unna de verste risikofaktorene. Det kan tenkes at kvinnfolk ikke er så uvørne som mannfolk og derfor ikke er så utsatt for skader og dødsfall. Det har ikke vært dødsfall blant kvinnelige fiskere fra 1981 til 1985, en kunne ha forventet ca 2. Så små tall sier naturligvis ikke så mye. Det kan også godt tenkes at kostholdet ombord blir bedre med kvinnfolk på sjøen, slik at fordøyelsesplagene blir mindre. Det kan tenkes at kvinnfolk er mer opptatt av hygienisk standard ombord og vil være en pressgruppe som får fortgang i moderniseringa av båter når det gjelder dette.

Det kan meget vel tenkes at med flere kvinnfolk på havet vil vi kunne få forandringer med arbeidstiden, slik at den kan bli litt mer rimelig. Kanskje den største ulykka med kvinnfolk på havet er at de ikke har vært med før, og at det er på tide at kvinneerfaringer og synspunkter får begynne å gjøre seg gjeldende både ombord og som bakke-mannskap på land.

(Foredrag avholdt på fiskerimedisinsk seminar i Svolvær 2. - 3.mars 1988)

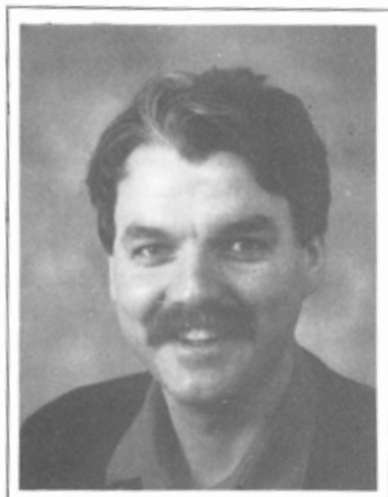
Kommunelege I/helsesjef Beate Lupton Båtsfjord

FIG. 1: Oversikt over kvinners handlingsområder (hushold, bedrift, lag osv.), kvinneoppgaver, samordning og fleksibilitet.



JEG - EN VEILEDET ALMENNPRAKTIKER

Johnny Mjell er bergenser, cand.med. fra Bergen 1981. Etter turnus i Gravdal i Lofoten og Vinje i Telemark har han fra 1985 vært kommunelege II i gruppepraksis i Bodø. For ytterligere personalia henvises leseren til artikkelen.



Vi har dein største lægemangelen og dein simplaste hælsetjænesten, mæn e mæst sjuk. Vi har dein bleikaste huden, det tyinnaste hårfæste, dein mæst ustabile hjærnemassen, de svakaste auan, dein hardaste ørevoksen, de værste ørebeteinnelsen, de råtnaste teinnern, de tættaste bihulan og de hovnaste mandlan.

Vi har de svakaste hjærtan, de sjetnaste longan, dein grovaste nyregrusen, de djupaste magesdran, de skjøraste blindtarmen, de veikaste veikryggen i en rygggrad åtgådd av dein skeivaste isjassen og dein ðlskaste gikta.

*Vi har de gruinnaste hofteskålan, de største bråkkkan, dein mest kroniske prostata, de jævligste og innerste hærmorideran, de svakaste knehasan, dein dårligste hoildninga, og de plattaste plattføttern.
Mæn vi står han av!*

Arthur Arntzen.

I januar/februar 1986 startet de 38 første veiledningsgrupper i allmennmedisin med i alt 285 utdanningskandidater. Jeg har tatt utgangspunkt i min subjektive opplevelse av hva disse hittil 96 timers veiledning har tilført meg som allmennpraktiker. Dette er min bakgrunn for å konkludere med at veiledningsgrupper er det viktigste som har skjedd i norsk allmennmedisin.

SPESIALITETEN ALLMENNMEDISIN

Prosessen fram for å få etablert allmennmedisin som egen spesialitet i Norge har vært både langvarig og vanskelig (1). Via "pseudospesialiteten" Allmennpraktiker Dnlf ble allmennmedisin omsider egen spesialitet fra 1. januar

1985. Men fortsatt er det kritiske røster, fortsatt er det dem som mener at allmennmedisin er en pseudospesialitet.

De fleste synes å være enige om at allmennmedisin i hovedsak læres ved å praktisere nettopp allmennmedisin. Uenigheten gjelder hvilken "påbygging" vi må ha for å kunne titulere oss som spesialister i allmennmedisin. Mange mener at særlig det gjeldende kravet til sideutdannelse er for lite spesifisert og for kortvarig.

Veiledningsgruppene i allmennmedisin er på mange måter en nyskaping innen medisinsk spesialisering i Norge. Prytzutvalget foreslo i sin innstilling at utdanningskandidatene skulle ha individuell veiledning (2). Dette er en utdanningsmodell som benyttes i psykiatrien. I allmennmedisin ble likevel veiledergrupper valgt som modell ut fra argumentet om at det kunne bli vanskelig å finne nok veiledere i utkantene dersom alle utdanningskandidatene skulle få individuell veiledning.

De første veiledergrupper i Norge startet i januar 1986. I alt var det 38 grupper som begynte i første kull med tilsammen 285 utdanningskandidater. Vi er "ferdige" med veiledningen i desember 1987.

Jeg vil her prøve å gi en helt personlig beskrivelse av mine motiver, forventninger og mitt utbytte etter å ha blitt "veiledet" i 18 måneder (eller 96 timer).

HVA SKAL JEG BLI NÅR JEG BLIR STOR?

Det er min erfaring at de fleste av oss ikke har klart for oss hvilken type legearbeide/spesialitet vi ønsker etter endt studium/turnustjeneste/militærtjeneste.

Vi havner nok ikke i en jobb i ikke ønskes, men mange av oss har flere spesialiteter å "velge mellom" når vi ser oss om etter en jobb vi kan tenke oss. Likevel vet vi at over halvparten av legene begynner i allmennmedisin etter pliktjenesten.

Våre valg er påvirket av mange faktorer. Gjennom studiet oppdras vi i stor grad til å tro at sykehus-spesialitetene faglig sett er "toppen". Det er et beklagelig faktum at allmennmedisin som fagområde har stått svært svakt ved flere av de medisinske fakultetene i Norge.

Eventuell familie, ektefelles yrke og arbeid er også vesentlige faktorer. Vaktbelastning og eventuelle flyttinger for å bli spesialist kan også telle med i valg av jobb. Mange velger derfor faglig sett "mindre ambisjøs" spesialiteter som bedriftslege, psykiatri eller allmennmedisin.

Turnustjenesten er i stor grad med på å opprettholde vår "rangering" av spesialitetenes faglige betydning. Under sykehusturnus passes vi på av både bakvakt og overlegebakvakt. I kommunehelsetjenesten overlates mange til seg selv. Vi kan bli stående bokstavelig talt helt alene, ikke bare i vanskelige akutte situasjoner, men også i de daglige tildels vanskelige vurderinger og avgjørelser.

Dersom allmennmedisin på sikt skal oppnå den posisjon den bør ha blant spesialitetene, må vi straks begynne å gi turnustjenesten i kommunehelsetjenesten en helt annen struktur og veiledning. Det er min påstand at nyutdannede leger har like stort behov for bakvakt i distriktturnus som i sykehusturnus kanskje endatil større: i studiet lærer vi jo mye mer sykehusmedisin enn allmennmedisin!

TILFELDIGHETER

Det var tilfeldigheter som gjorde at jeg etter avsluttet militærtjeneste havnet i et vikariat som allmennpraktiker. Allmennmedisin var riktignok et fagfelt jeg godt kunne tenke meg etter turnustjeneste i en kommune med en særdeles velordnet primærhelsetjeneste.

Det var også tilfeldig at jeg fant utlysningen av veiledergruppene i allmennmedisin i Tidsskriftet (3). Jeg

var begynt å trives godt som allmennpraktiker, men jeg visste svært lite om den nye spesialiteten. Jeg forsto likevel såpass at dersom jeg ville fortsette som allmennpraktiker burde jeg før eller siden "gjennom" dette. Jeg meldte meg derfor på en veiledergruppe...

HVA ER EN VEILEDERGRUPPE?

En veiledergruppe består av en veileder og 2-10 utdanningskandidater som møtes 1-2 ganger pr måned i to år, altså tilsammen 120 timer.

Halvparten av møtetiden brukes til å gå gjennom 20 forskjellige tema som omhandler allmennmedisin som fag (4):

- tema 1-5: allmennmedisinens egenart, teoretisk og praktisk
- tema 6-7: forholdet til medarbeidere i og utenfor praksisen
- tema 8-12: konsultasjonen som arbeidsform og lege-pasientforholdet
- tema 13-16: bredden i det allmennmedisinske arbeidet med alle de mange deltids arbeidsoppgaver en primærlege kan ha
- tema 17-18: faglig selvransakelse og balansegang mot eget privatliv og familie
- tema 19-20: forskning og undervisning

Den andre halvdel av møtetiden har vi kasus- eller emnemøter. Her belyses den allmennmedisinske klinikk gjennom egne kasuistikker eller en større fordypelse i ett enkelt klinisk emne. Her legges det vekt på hva som er hensiktsmessig og faglig riktig diagnostikk, behandling og oppfølging av vanlige tilstander i almenpraksis.

Den konkrete arbeidsformen under møtene varierer fra gruppe til gruppe, og også fra gang til gang innen gruppen, avhengig av tema eller emne. I vår gruppe har vi alternert på å være innleder både ved temamøter og emnemøter. I den grad vi har benyttet egne kasuistikker, har disse vært innen samme kliniske emneområde. På forhånd har vi bestemt innleder og tema/emne for et halvt år om gangen. Derved har vi hatt relativt god tid til å skaffe litteratur, finne kasuistikker eller gjøre egne praksisregistreringer.

Arbeidsbyrden har nok i perioder vært stor, særlig har det vært svært ressurskrevende å være innleder. Det har dessuten periodevis vært svært vanskelig å skaffe tilveie kopier av de tidsskriftartikler som i Utdanningshåndboka anbefales som referanse ved temamøtene (4). I vår gruppe har vi etterhvert frigjort oss en del fra referanselisten. Dette skyldes dels de nevnte vanskelighetene, men kan nok i like stor grad skyldes at innlede har hatt spesiell interesse i temaet, og gjerne har hatt annen og ofte nyere litteratur å bruke som referanse. Det er vel heller ikke til å komme forbi at det de heller årene har kommet mye aktuell litteratur innen enkelte av temaene, og som derfor ikke står omtalt i håndboka.

Vår gruppe er sammensatt av leger som praktiserer langt fra hverandre geografisk. Vi har derfor av økonomiske grunner kun ett møte hver måned, og på grunn av kommunikasjonene må dette møtet legges til mandager i arbeidstiden. Tre av møtene har vært lagt til helger, og vi har da hatt med våre familier.

Det har vært en stor fordel for vår gruppe at vi har vårt daglige legearbeide under svært ulike betingelser. Noen er fastlønnede, og noen har privat praksis med driftstilskudd. Vi har dessuten variasjon i kommunestørrelse fra småkommune med udelte vakt til bykommune med 20-delt vakt.

FORVANDLING

Forberedelsene til møtene, og selve møtene i veiledningsgruppen våren 1986, forvandlet radikalt mitt forhold til faget allmennmedisin.

Gjennom litteraturen fikk jeg opp øynene for at allmennmedisin er den viktigste spesialitet og at kolleger i de andre spesialitetene bare er "generalistens assistenter" (5). Dette revolusjonerte mitt forhold til det daglige virke og nok også mitt forhold til sykehuskollegene. Fra å ha følt meg som sykehus-spesialistenes assistent var det ganske berusende å være "pasientens administrerende direktør" (5). Men ingen rus varer evig og bakom lurer bakrusen?

FORVENTNINGER

De første møtene var så revolusjonerende at jeg raskt opparbeidet mange forventninger til hva disse to årene kunne gi meg. Tiden etter embetseksamen ble for meg en solid faglig bakrus. Jeg hadde nærmest "allergi" mot fagbøker og tidsskriftartikler. I veiledningsgruppen opplever jeg en faglig inspirasjon jeg tror jeg aldri ville fått uten å delta i dette forum. Det motiverer meg også til faglig oppdatering på andre felt enn de vi diskuterer i gruppen. Inspirasjonen til egeninnsats har vært så stor at jeg i en periode nesten hadde lyst til å lese alt, og til å delta på alle de kurs for allmennpraktikere jeg fant i kurskatalogen. Nåvel, også denne besettelse har etter hvert antatt mer normale dimensjoner, for egentlig er jeg jo litt lat av natur.

Den faglige inspirasjon ga også i noen grad støtet til en mer faglig-politisk interesse, og jeg meldte meg i tur og orden inn i APLF, OLL og NSAM.

Jeg hadde ganske høye forventninger om at deltagelse i veiledergruppen skulle belyse allmennmedisinens egenart. De første temaene ga meg nettopp svaret på dette, og jeg begynner å ane konturene av en grenseoppgang til andre spesialiteter. Som tidligere nevnt var dette kanskje noe av det mest spennende den første tiden. Jeg ble "helfrelst" allmennpraktikere. Hver gang jeg snakket med en kollega som også var i allmennpraksis "måtte" jeg prøve å frelse ham/henne til også å melde seg på en veiledergruppe. Den "mest frelste" er vel nettopp den som er nyfrelst?

En hyggelig bivirkning av at vi i vår gruppe var så positive til veiledergruppen, var at kolleger under utdanning i andre spesialiteter, og endog ferdige spesialister, faktisk uttrykte nærmest misunnelse overfor oss allmennpraktikere som hadde slike flotte veiledergrupper. Og vi mennesker er jo ikke bedre enn at når noen misunner oss noe, ja da blir det enda mer verdifullt!

Vi leger trenger, som alle andre, litt tid på oss før vi føler oss helt trygge på hverandre. Slik er det også i veiledergruppen. Jeg føler at det store gjennombruddet kom da vi hadde vår første helgesamling i juni 1986. De fleste av oss hadde da også med ektefeller og barn. I løpet av en lang reise og en helg ble vi kjente på det personlige plan

på en helt annen måte enn bare møter alene hadde kunnet gjøre. Det falt derfor naturlig at vi akkurat denne helgen hadde "bekjennelsesmøte" som ett av emnene: vi fortalte om feil eller tabber vi hadde gjort.

Først etter at jeg kjenner folk godt synes jeg at jeg kan våge å gi konstruktiv kritikk eller korreksjon til dem. Den nevnte helgesamlingen var derfor innledningen til at veiledergruppen kunne fungere også på det personlige plan. Derfor kan vi nå åpent ta og gi kritikk, feed-back eller korreksjon til hverandre. Derigjennom kan vi også utvikle oss til å utøve selvkritikk.

Utbrenthet er "moderne". Alle kjenner vi kolleger, venner eller samarbeidspartnere som er utbrent. Vi kommer også selv til å bli utbrent hvis vi ikke allerede er eller har vært det. Kunnskap om hvordan vi kan motarbeide denne utviklingen er blitt mer og mer kjent. I vår gruppe har vi stor tro på at veiledergruppene kan bidra til å motvirke en utvikling mot utbrenthet. Nettopp det at vi i gruppen kan være personlige, kan gi hverandre korreksjon, og kan "blåse ut" frustrasjoner i et fellesskap er kan-

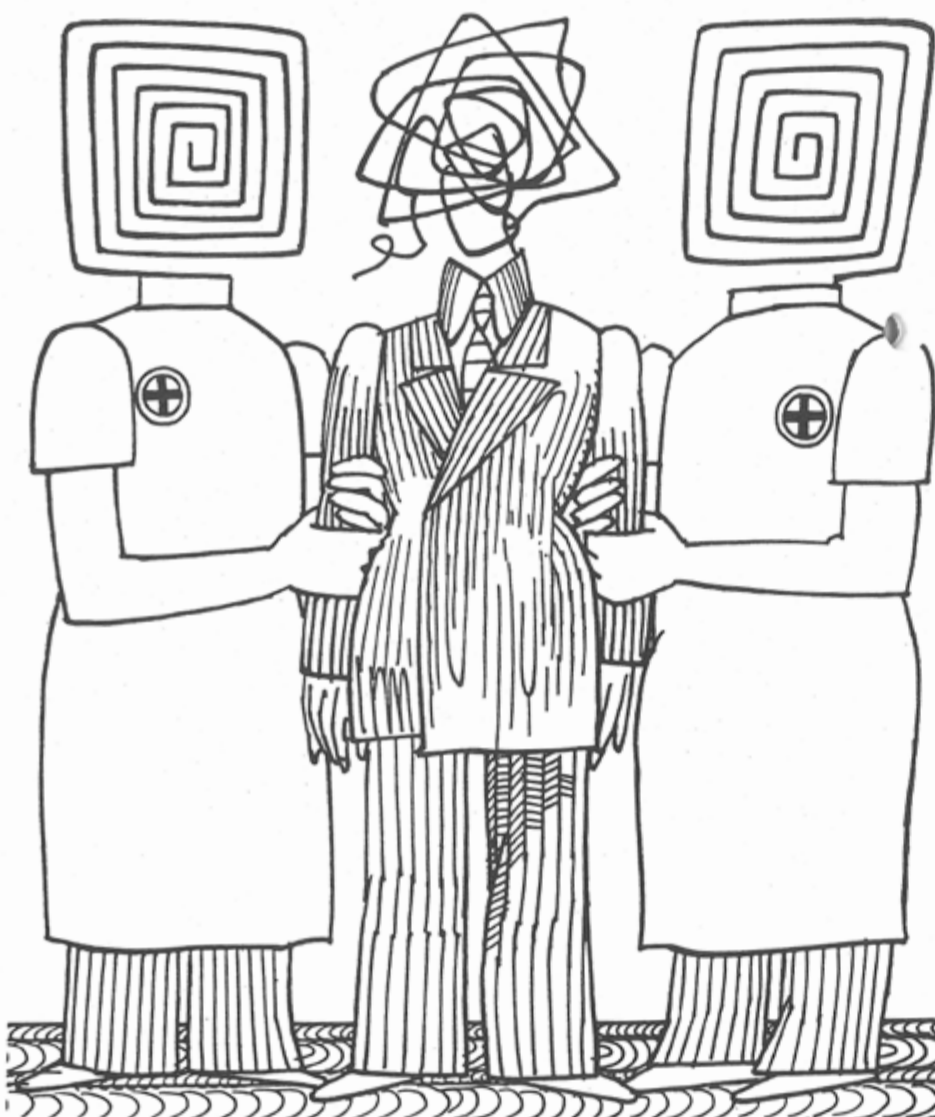
skje noe av det mest betydningsfulle for hver enkelt deltager.

Sist, men ikke minst; jeg har naturligvis forventet at veiledergruppen skulle gi meg faglig oppdatering. Også på dette område er mine forventninger innfridd, og jeg føler meg nå oftere trygg på at det jeg gjør kan være god allmennmedisin. Dette gir igjen økt faglig selvspekt.

VEILEDEREN

Hva skal en forlange eller forvente av en veileder? Innen det engelske videreutdanningssystemet er det utarbeidet spesifikke kriterier for utvelgelse av veileder (4):

1. Lyst til å undervise
2. Evne til å undervise
3. Tid til å undervise
4. Klinisk dyktighet
5. Tilfredsstillende relasjoner til kolleger og pasienter
6. Erfaring og alder
7. Tilfredsstillende praksis hva gjelder organisasjon og lokaler



De norske veilederne velges kanskje ikke ut etter disse kriteriene. De norske veilederne skal ikke undervise, men bortsett fra dette er vel de øvrige krav slik vi gjerne ser at veilederne er? I vår gruppe har vi i hvertfall vært heldige i så måte, men jeg tror likevel at vår veileders viktigste bidrag til at gruppen fungerer godt er at hun har strukturert gruppemøtene både på tid og innhold helt fra starten. Lang erfaring innen allmennpraksis er nok også vesentlig, og selv om hun i liten grad har deltatt i diskusjonene, har hennes meninger, erfaringer og kunnskaper gitt oss verdi-full innsikt.

ØKONOMI

Slik veiledergruppene i dag organiseres faller utdanningen urimelig dyr for leger i utkant-Norge. I vår gruppe har 4 av utdanningskandidatene årlige reiseutgifter på kr 10000-14000. I tillegg kommer at disse selvsamme kolleger har en reisetid T/R på opptil 25 timer til hvert møte. Når vi så vet hvor vanskelig det kan være med vikar/bytting av vakt i fådelte distrikter, må vi være enige i at dette gir en urimelig forskjellsbehandling. Dette er jo samtidig de kolleger som kanskje har størst behov for et slikt forum for kontakt med andre allmennpraktikere.

Ut fra formålsparagrafen (paragraf 2) i vedtektene for Fond II skulle jeg tro at reise- og oppholdsutgifter til deltagelse i veiledergrupper kunne dekkes over dette fondet. Etter min mening er deltagelse i en slik gruppe langt viktigere for en allmennpraktiker enn mange av de kurs som i dag dekkes over dette fond. Denne politikken bør snarest endres. Enkelte av medlemmene i vår gruppe, samt vår veileder, har ved forskjellige anledninger framsatt muntlig et subsidiært forslag; nemlig at kursavgiften økes og at dette økte beløp så kan brukes som en reisefordelingskasse for kolleger med store reiseutgifter.

Om noen år vil den første store gruppen av utdanningskandidater være ferdige med veiledningen. I distrikts-Norge vil det da på ny bli langt mellom hver utdanningskandidat, slik at det kan bli mange grupper som har deltakere med reiseutgifter av samme størrelsesorden som enkelte av deltakerne i min gruppe. Veiledningsprogrammet ser også ut til å kunne bidra til å holde en del leger leng-

er i sitt distrikt enn de ellers ville vært. Økonomiske bidrag gjennom Fond II ville slik være et bidrag for å opprettholde legedekningen i distrikts-Norge. Vi ser allerede i dag at tilbud om veiledergruppe brukes som "lokkemiddel" ved stillingsutlysninger.

KVALITETS-KONTROLL?

Jeg har ved enkelte anledninger fått kjennskap til at andre veiledergrupper ikke fungerer godt, en gruppe endatil dårlig. Dette opplever jeg meget frustrerende, og det bringer tanken hen på om det er nødvendig med en overordnet kvalitetskontroll. Jeg tror at kursene for veiledere gjør dette til et relativt lite problem. Sammenlignet med utdannelsen i andre spesialiteter må det være et svært lite problem. Vi har likevel i vår gruppe tatt initiativ til en diskusjon om dette tema i "Utposten" (6).

VEILEDNINGSGRUPPER OG/ELLER INDIVIDUELL VEILEDNING?

Jeg håper jeg har klart å formidle hvorfor jeg mener vi må beholde veiledergruppene som en del av spesialiseringen i allmennmedisin. Jeg tror faktisk at veiledergruppene er det viktigste som er skjedd med norsk allmennmedisin.

Det er likevel grunner til ikke å slippe helt taket på den individuelle veiledning som Prytz-utvalget foreslo (2). Innen allmennmedisin er vi i økende grad blitt oppmerksomme på kommunikasjon som redskap. Både i veiledergruppene, på grunnkurs og emnekurs i allmennmedisin er kommunikasjon eget tema. For å kunne forbedre vår egen konsultasjon må vi kunne drøfte den med andre, gjerne med video- eller lydbandopptak som diskusjonsgrunnlag.

Den spesialitet som kanskje i størst grad benytter verbal og non-verbal kommunikasjon i terapien - psykiatrien - har individuell veiledning som en naturlig del av utdanningen. Jeg tror at også i allmennmedisin må vi ha individuell veiledning over tid dersom vi ønsker å

videreutvikle kommunikasjon som redskap ved konsultasjonen. Den nyeste spesialitet, samfunnsmedisin, har også valgt individuell veiledning. Dette er et tankekors etter som det blant argumentene for veiledningsgrupper framfor individuell veiledning var anført vansker med å finne tilstrekkelig antall veiledere.

Jeg tror det vil følge som en naturlig utvikling at vi får individuell veiledning i tillegg til veiledningsgruppene.

2 ÅRS VEILEDNING HVA SÅ?

De første 285 "veiledede allmennpraktikere" er om få måneder ferdige med sin veiledning. Hva så?

I min gruppe har vi allerede løselig begynt å snakke om at vi må fortsette å møtes. Dette vil nok møte en del både økonomiske og praktiske hindringer, men ønsket er absolutt til stede.

Jeg møter en unik entusiasme for allmennmedisin blant nesten alle kolleger som deltar i veiledergrupper. Den samme entusiasme møter jeg også hos veilederne, som nesten unisont uttaler at de kanskje har mer igjen for dette enn utdanningskandidatene. Veiledningsgruppene har brakt inn en ny tro på faget. De har fått oss til å se fagets særpreg, og har brakt inn en unik lagånd og et sjeldent fellesskap i norsk allmennmedisin. Et fellesskap vi må bygge videre på, og som vil styrke fagets stilling som spesialitet.

LITTERATUR

1. Fugelli P, Johnsen K (red). Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, Allmennpraktikerbiblioteket, 1984.
2. Prytz-komiteen. Innstilling om spesialitet i allmennmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1982.
3. Forum for stands og foreningsinteresser, Veiledning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105; 2342-3.
4. Westin S. Utdanningshåndbok for allmennpraktikere. Oslo: Gyldendal og Den norske lægeforening, 1985.
5. Fugelli P. Tilbake til huslegen. Oslo: Gyldendal, 1975.

6. Veiledningsgruppen i Bodø. Veiledningsprogrammet i allmennmedisin. Utposten 1987; 16; 145-6.

(Artikkelen ble skrevet til Utpostens Essaykonkurranse 1987.)

**Allmennpraktiker Johnny
Mjell**
Legegruppen, Torvg. 1
8000 Bodø

PRESSEMELDING

HJELPEMIDLER FOR DIABETIKERE

Det er stor mangel på kunnskap om hjelpemidler som kan gjøre hverdagen lettere for diabetikere. For å møte behovet for slik kunnskap har Norge

Diabetikerforbund utgitt en samlet oversikt over alle hjelpemidler for diabetikere som kan skaffes i Norge. Oversikten omfatter legemidler, tekniske hjelpemidler som injeksjonsutstyr og testmateriell, godkjente diabetikerverar og opplæringsmateriell. Den vil være til stor nytte for alle som har kontakt med diabetikere i sitt arbeid.

"Hjelpemidler for diabetikere" kan bestilles fra

Norges Diabetikerforbund,
Østensjøveien 29, 0661 Oslo 6.

Sobril® "KabiVitrum"

Oxazepam

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Oxazepam. 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angst-dempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisering uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døg. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

Indikasjoner: Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterede depresjoner.

Kontraindikasjoner: Sjøkktilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

Bivirkninger: Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av eksitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, sløvhed og uklart tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av kramper kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid ($T_{1/2}$ hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (I:55E hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).

Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering for operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

Overdosering/Forgiftning: Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet. LD_{50} for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikelømming. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 10 mg: 25 stk. 18,30, 100 stk. 53,30. 15 mg: 25 stk. 23,80, 100 stk. 71,20, 250 stk. 156,00. 25 mg: 25 stk. 27,10, 100 stk. 83,70, 250 stk. 168,30. (Pr. 1/3 88)

KabiVitrum



Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Sobril®
Oxazepam

fjerner angst, uro og spenning



HORNBERG & OTTERLEI AS

Sobril®

- Enkel metabolisering.
- Ingen aktive metabolitter.
- Kort biologisk halveringstid.



CARDIOTOCOGRAFI I UTKANTSTRØK

Bjarne Jøssang Født 1957. Cand.med. 1985 Trondheim. Etter fullendt turnustjeneste (Arendal og Bygland i Setesdal), vikariat som kommunelege I/helsesjef i Valle kommune i Setesdal.



Cardiotocografi er blitt et verdifullt supplement til andre metoder ved bedømmelse av risikosvangerskap. Hører imidlertid ikke slik registrering kun hjemme på spesialavdelinger? Hva med verdien i hendene på "amatører"? I Valle kommune har vi hatt CTG service i ca. ett år. Jeg vil her kort meddele leserne våre erfaringer så langt.

SVANGERSKAPS- OMSORG OG JORDMORTJENESTE

Valle og Bykle kommuner ligger øverst i Setesdal og må betegnes som utkantkommuner i Sør-Norge. Det er mellom 16 og 26 mil til Arendal hvor Sentralsykehuset med fødeavdelingen ligger. I begge kommunene var det i 1987 26 fødsler til sammen. Det er tilsatt jordmor i halv stilling. Jordmor deltar i

svangerskapskontrollene og følger de fødende den 2-3 timer lange reisa til fødeavdelingen. Med så lang reisetid er det viktig at en på forhånd har en så riktig vurdering som mulig av den fødende. Praktisk er det også en fordel å unngå hyppige polikliniske kontroller/vurderinger p.g.a lang og slitsom reise. Det er her cardiotocografisk registrering kommer inn.

CTG

Apparatet er vel kjent for de fleste. Det består av en "cardio-del" som registrerer fosterhjerterefrekvensen, og en "toco-del" som registrerer uterinaktiviteten. Disse registreringene, sammen med indikator for fosterliv som moren selv utløser, skrives ut på registreringspapiret. Vi har i Valle benyttet "toco-delen" svært lite, da fødende med rier fortrinnsvis forlengst er på veg til fødeavdelingen. Indikasjonene for slik ante-partum registreringer kan være mange. Viktigste i denne sammenheng er vurdering av svangerskap hvor man er redd for utvikling av placentainsufficiens, spesielt overtidige svangerskap og små mål (etter 30. uke).

PRAKTISK GJENNOMFØRING

Når det er funnet indikasjon for CTG, utfører jordmor registreringen. Det tas en registrering over 20-30 min, en såkalt "non-stress-test". Oftest uten registrering av uterinkontraksjoner. Ved tolkningen ser man på variasjonen i hjerterefrekvensen over tid i forhold til fosterliv og uterinkontraksjoner (variasjonsbredde, reaktivitet, decelerasjoner,...). Tolkningen er imidlertid van-

skelig og er klart en spesialistoppgave. Her er vi ved det springende punktet.

SPELIALIST- VURDERING

CTG og kliniske opplysninger (evt. hele svangerskapsjournalen) blir forelagt obstetriker ved fødeavdelingen som tolker registreringen og kommer med en konklusjon. Ved de fleste indikasjonsstillinger bør imidlertid resultatet foreligge relativt raskt dersom en skal oppnå noen terapeutisk gevinst. Postgang er i så måte for langsom, selv kombinert med telefonisk svar. Etter nærmere avtale sendes registreringen sammen med kliniske opplysninger over telefax til fødeavdelingen. Vakhavende obstetriker gir etter kort tid beskjed tilbake om terapeutiske tiltak (innleggelse, tid for ny registrering, normale funn, ..). Dette systemet krever imidlertid svært godt samarbeid med fødeavdelingen og mye velvilje med hensyn til den ekstrabelastningen dette representerer. Slik har Aust-Agder Sentralsykehus vært svært imøtekommende. En må imidlertid huske på at de aktuelle pasientene i mange tilfeller ville blitt gjenstand for poliklinisk vurdering eller innleggelse på avdeling på uklart grunnlag. En slik CTG-registrering kan derfor føre til avlastning på dette området.

KLINISKE EKSEMPLER

I 1987 ble det gjort CTG-registrering på til sammen 11 svangerskap (40%). Bare få har ført til terapeutiske konsekvenser. Som eksempler på hvilke konsekvenser registreringen kan føre til, vil jeg kort presentere to kasuistikker.



Til Fødeavdel

Termin 27.09.87

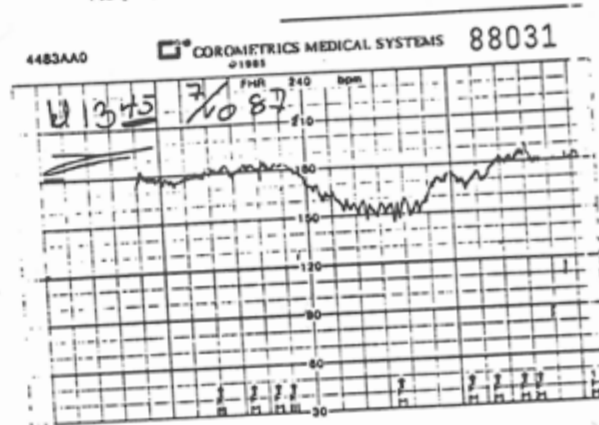
-32 år, para 1, gravida 2.
Normalt svangerskapsforløp. Overtidig 10 dg. (Ultralydtermin). Ingen veer. CTG-registrering viste deselerasjoner etter fosteraktivitet (se ill.). Innlagt på bakgrunn av dette. Forløst (stimulert) neste dag. Født fin jente 3630 g. CTG-registreringen viste her faresignaler som tilsier nøyere observasjon og evt. fremskyndet forløsning.

-27 år, para 1, gravida 2.
Normalt svangerskap fram til uke 20. Deretter SF-mål i underkant. Stigende Hgb til 13,5. Uke 32 SF-mål 3 cm under gjennomsnitt. I samarbeid med fødeavd. gjennomført CTG-registrering ved hver videre kontroll fram til fødsel. Alle registreringene normale. Født fin pike 2910 g. Poliklinisk vurdering ved fødeavdeling og lange reiser ble her unngått. Det blir imidlertid hver gang en individuell vurdering om man anser poliklinisk kontroll som indisert.

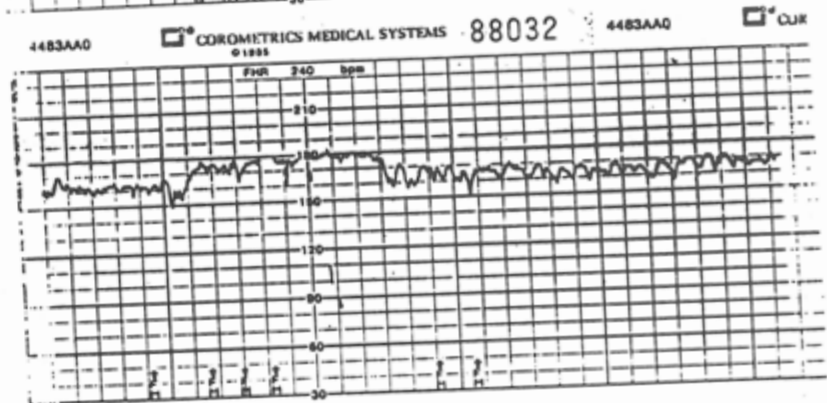
KONKLUSJON - SAMMENDRAG

CTG er et viktig hjelpemiddel ved vurdering av overtidige svangerskap, små mål eller andre tilstander som gir mistanke om placentainsufficiens. Tolkningen er helt klart en spesialistoppgave. Ekspedering av CTG og kliniske opplysninger over Telefax til fødeavdeling ivaretar både faglig kompetanse for tolkning og hurtighet vedrørende terapeutiske konsekvenser. Dette forutsetter et nært samarbeid med fødeavdelingen. Vi har i det året ordningen har vart i Valle bare hatt gode erfaringer. Fødeavdelingens "forlengede arm" er på denne måten et godt bidrag til en bedre svangerskapsovervåking i utkantstrøk.

Bjarne Jøssang
Valle i Setesdal



Beskjed gjo
til Gunnbjørg Berg
Dato: Hf. med. 094-63266
eller priv 043-36246



1400	11403 07/10/87	1410
POSTADRESSE	TELEFON	BANKGIRO
4691 VALLE	043-37200	2890.20.60199
		POSTGIRO
		5 63 92 08
		1 20 94 02 (skatt)

Eksempel på CTG registrering slik den sendes. Kasuistikken beskrevet i teksten. Vi legger merke til deselerasjon etter fosterspark tidlig i registreringen.

PERORALE NITRATER VED ANGINA PECTORIS

Gjør vi nok for å optimalisere behandlingen?

Fortsatt er coronar hjertesykdom den vanligste dødsårsaken her i landet. Disse pasientene har ofte hatt angina pectoris i flere år forut, og er en gruppe pasienter vi i primærhelsetjenesten oftest er hovedansvarlige for, gjerne eneansvarlige for. Kun et mindre utvalg behandles av internister/cardiologer. Den klassiske sykehistorien vi alle kjenner, er vår viktigste hjelp til å stille sikker diagnose ved typisk angina pectoris.

Den mest brukte funksjonsgradering er den som New York Heart Association har definert: NYHA I-ikke plager, NYHA II-plager ved tyngre arbeid, NYHA III-plager ved lettere arbeid, NYHA IV-plager i hvile. Angina pectoris kan også inndeles etter type: Stabil angina pectoris, ustabil angina pectoris, variant angina pectoris (spasmeangina).

Et av de første spørsmål allmennlegen må besvare er hvilke pasienter som skal innlegges i sykehus, hvilke som skal utredes med tanke på eventuell kateterisering og hvilke som skal gjøre belastnings-EKG. Vi følger regelen om at ustabile skal innlegges straks, mens hovedtyngden som utgjøres av de med mild til moderat angina pectoris, behandles av oss i primærhelsetjenesten.

I slik behandling bør man legge stor vekt på den ikke-medikamentelle del av behandlingen, d.v.s. de generelle tiltak. Disse er:

- tobakksavhold
- vektreduksjon
- fysisk trening
- reduksjon av stressnivå
- behandling av høyt blodtrykk

- unngå store måltider, rask oppstart, tunge løft og store temperaturvariasjoner

Med hensyn til valg av medikamentell behandling, må målsettingen være klar:

- lindre subjektive plager
- nedsette risiko for alvorlig myocardnecrose
- bedre leveutsiktene

Ved valg av nitratbehandling har man en dokumentert sikker bedring av subjektive plager, og således en utmerket symptomatisk behandling. Nitroglycerin sublingualt er fortsatt et naturlig førstevalg for de fleste angina pectoris pasienter. Til profylaktisk nitratbehandling per os har isosorbid-dinitrat vært det mest brukte- forøvrig har det inntil nylig kun vært et annet lignende alternativ - sustained release nitroglycerin.

Det er en kjensgjerning at mange doserer isosorbid-dinitrat for lavt. 10-40 mg x 3-4 har vært den nødvendige doseringen. Det er vanlig å starte lavt og dernest øke til ønsket effekt eller til bivirkninger inntre (som f.eks. hodepine varende mer enn noen dager eller hypotensjon). Titrering til rett dosering krever endel tid, bl.a. på grunn av varierende grad av første passasje metabolisme i leveren. Det er også en intraindividuell variasjon i absorpsjonen av isosorbid-dinitrat. Således er det noe vanskelig å forutsi konsentrasjonen av de aktive metabolittene i isosorbid-2- og isosorbid-5-mononitrat.

Ved manglende effekt har det i utlandet vært vanlig å øke dosen til 60-120 mg x 4. Ved høye doser kan kroppen venne seg til nitrater og effekten blir usikker. Således vet man ofte ikke om det foreligger toleranseutvikling eller annen årsak mangelfull effekt.

For å optimalisere behandlingen har undertegnede god erfaring med registrering av terapieffekter ved fysiske belastninger i dagliglivet. Mange av våre pasienter gjentar de samme strekninger, de samme trapper, bakker etc. daglig. Det er nyttig å bruke disse belastningene som registrering for å titrere dosen. Registreringen kan delvis gjøres av pasienten selv ved bruk av egne pasientskjemaer med avmerking av sublingual-nitro forbruk og anfallshyppighet. Skjemaene medbringes til legen ved neste konsultasjon. Derved får man et mål for behandlingen hos denne pasientgruppen. Et mål på lignende måte som det man har for blodtrykkspasientene.

Pasienteksempel:

Kvinne, f. 1917, mangeårig diabetes mellitus (behandlet med Diabinese). Klinisk angina pectoris i ca 1 1/2 år, god effekt av sublingualt nitro inntil siste måned. Økende anfallshyppighet inntil oppstart av Ismo.

På neste side viser vi et eksempel (Fig.) på slik registrering i forbindelse med oppstart av behandling med isosorbidmononitrat (ISMO).

Isosorbid-mononitrat må betraktes som et farmakologisk fremskritt da det har nær 100% absorpsjon og ikke utsettes for førstepassasje metabolisme i lever. Det er derfor enkelt å dosere optimalt. De fleste pasienter hvor dette medikament er velegnet bør kunne doseres med 20-40 mg x 2. Er det nødvendig med høyere doser bør kveldsdosen fremskyndes til midt på dagen. Derved får man en periode om natten med lav nitratkonsentrasjon, noe som trolig er viktig for å unngå toleranseutvikling.

Ved vellykket nitratprofylakse bør en oppnå en halvering av anfallshyppighet.

	←-----Ismo 1/2x2													
	MA	TI	ON	TO	FR	LØ	SØ	MA	TI	ON	TO	FR	LØ	SØ
ANTALL ANGINAANFALL	1		1		1		1	1		1		1		1
ANTALL TABLETTER NG.	11		11		11		11	1		1		1		1
ANTALL ANGINAANFALL				1					1					
ANTALL TABLETTER				1										

←----- Ismo 1x2

Første uken lett hodepine, deretter ingen bivirkninger

Dersom man ved slik registrering oppnår bedre resultater, må man ha i mente at det ved all medikamentell angina pectoris behandling oppnås en betydelig placeboeffekt. Særlig gjelder dette ved oppstart av et nytt medikament. Placeboeffekten vises særlig på symptomer og forbruk av sublingualt nitro, og er mindre uttalt på ytevne og arbeidsbelastning. Med bakgrunn i dette må ovenstående pasienteksempel

ikke sees på som vitenskapelig arbeid da det er vanskelig å si noe om graden av placeboeffekt. Heller ikke effektregistreringen er god nok. Derimot må det sees som et eksempel på en måte å kvantifisere behandlingseffekt.

Med enkle medikamenter og enkle metoder ser man altså ut til å kunne nå et av de viktigste målene med anginabehandling, å redusere pasientenes

subjektive plager. Klarere målsetting gir mulighet for å optimalisere behandlingen noe som igjen gjør det mulig å "skreddersy" medikamentvalg og dose til den enkelte pasient, og ikke minst er det med på å øke pasientens ansvar for sin egen behandling.

Erik D. Knudsen,
Konnerud legesenter.

LØVETANNPRISEN 1988 ANNMELD EN KOLLEGA

På Norsk selskap for allmennmedisin sitt årsmøte på Lillehammer 20. og 21. oktober skal Løvetannprisen deles ut for 3. gang. Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene. Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.

Fristen for forslag på gode kandidater er 1. september. Forslaget sendes til NSAM, Institutt for allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2.



PRISLAPP PÅ KOMMUNE- LEGESTILLINGAR?

Avtroppande redaktør Ola L. reiser dette spørsmålet på ledarplass i Utposten nr. 6 1987. Den konkrete saka han refererer til, illustrerer ein faseitt av eit stort og viktig problemområde: Bli kommunelegane sin faglige arbeidsinnsats på uheldig vis styrt av økonomiske, sosiale og avtalemessige rammevilkår? Dette er spørsmål Oll gjentatte gonger har debattert, og som vi gjerne ser at Utposten setter sitt kritiske søkjelys på.

Ledarartikkelen i nr. 6 1987 var kritisk, men neppe særleg klargjerande. Når det gjeld dei formelle sidene ved den konkrete saka, viser eg til innlegget frå legeforeninga si forhandlingsavdeling i nr. 8 1987. Eg vil spesielt påpeika det uheldige ved å bruka uttrykket "kombinert stilling" slik Ola L. gjer. I Oll har me brukt uttrykket "kombinasjonsdoktor" ved omtale av primærlegar som både har allmennmedisinske og samfunnsmedisinske arbeidsoppgåver. Desse kan i denne samanhengen delast i to hovudgrupper:

I. Fastlønna kommunelegar med kombinert arbeidsfelt, - slik fleirtalet av kommunelegar I og mange kommunelegar II har det i sin kvardag. Desse innehar dei eigentlege kombinerte stillingane.

II. Legar som kombinerer ei samfunnsmedisinsk deltidstilling med privat praksis. Tidlegare distriktslegar på såkalla overgangsordning tilhøyrrer denne gruppa. Ein del kommunar har også etter 1984 utlyst deltidstillingar for kommunelegar og forutsatt at denne blir kombinert med privat allmennpraksis.

Mindiab[®] gir
type 2 diabetikeren
mer normal insulinføl-
somhet - med mindre
mulighet for langvarig
hypoglykemi.

Den saka Ola L. tek opp, er eit slikt eksempel.

Kor står så Oll i denne samanhengen? Utposten - redaktøren etterlyser ansvar og initiativ. Eg vil kort nemne enkelte døme på organisasjonen sitt engasjement i så måte.

Da det utvida lønns- og tariffrådet i legeföreningen i desember 1983 behandla forslag til avtaleverk for legar i kommunchelsetenesta, stemte fleirtallet i Oll-styret mot sjølve prinsippet om godtgjering for opparbeidd praksis ved overdraging av avtale-heimel.

Den konkrete saka Ola L. nemner, har vore forelagt Oll-styret, som gav uttrykk for sitt syn, men som ikkje kan overprøva forhandlingsavdelinga si tolking av avtaleverket. Ved fyrste ordinære revisjon av den aktuelle avtalen mellom NKS og legeföreninga, vil Oll gå inn for å sjå på formuleringane som gjeld godtgjering for opparbeidd praksis, for å unngå urimelige og uheldige utslag i framtida.

Oll har påpeika at kommunar som utlyser deltidstilling for kommunelege

ikkje kan setja som vilkår at denne blir kombinert med ledig avtaleheimel for privat praksis. Det har vore uheldige eksempel på slike "pakke-utlysingar". I prinsippet skal dei to komponentane utlysast separat, men evt. med høve til å søkja begge. Dette er omtalt i Tidsskriftet sin Forum-del, samt teke opp i brev frå Oll til Tidsskriftet si annonseavdeling så vel som til forhandlingsavdelinga.

Oll har ellers som ei klar målsetjing at dei økonomiske vilkåra både for legar og kommunar skal vera mest mogleg likeverdige for avtalepraksis og fastlønnsstillingar. Oll har teke opp eksempel på at så ikkje har vore tilfelle og medført vridningseffektar til fordel for privat praksis. Blir denne målsetjinga oppfylt, er det mi tru (og mitt håp) at kommunane i framtida i aukande grad vil satsa på heiltidsstillingar framfor deltidansette kommunelegar. Dermed forsvinn grunnlaget for den problematikken Ola L. forteneestefullt har sett søkjelyset på.

Kristian Hagestad
ledar i OLL

Mindiabetes[®] 2

Mindiab er et nytt tablettalternativ med virkestoffet glipizid. Mindiab gir mer normal insulinproduksjon, -følsomhet og blodsukker Verdi. Og med en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.

C Mindiab: Tablett 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg resp. 5 mg, const. q.s.

Indikasjoner: Diabetes mellitus type II (ikke-insulin-avhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

T Kontraindikasjoner: Diabetes mellitus type I (insulin-avhengig), og ved følgetilstander som ketoacidose, særlig prekoma og coma diabeticum. Graviditet og amming. Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon. Ved alkoholisme, dårlig ernæringsstilstand eller ved spesielle belastninger (større traumer, operative inngrep, febrile tilstander) kan omstilling til insulin være indisert.

Bivirkninger: Gastrointestinale besvær som diaré, gastralg og nauzea. Allergiske hudreaksjoner. Blodbildeforandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonylurea-preparater, og bivirkninger av denne type kan ikke utelukkes med glipizid.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi og følger kan opptrø som følge av interaksjoner, overdosering, dårlig ernæringsstilstand, nedsatt leverfunksjon og nyreinsuffisiens. Ved alvorlige infeksjonssykdommer og større kirurgiske inngrep kan, i likhet med andre perorale antidiabetika, effekten være noe usikker. I slike tilfeller bør insulinterapi overveies.

Interaksjoner: Spesiell forsiktighet bør iakttas når glipizid administreres samtidig med visse andre legemidler som kan tenkes å potensere den blodsukkersenkende effekten. Dette gjelder fenybutazon og oxyfenbutazon, probenicid, salicylpreparater, sulfonamider, kloramfenikol, kumarinderivater samt beta-reseptorblokkere.

Dosering: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne i minst 4-6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettene bør tas ca. 30 min. før måltid.

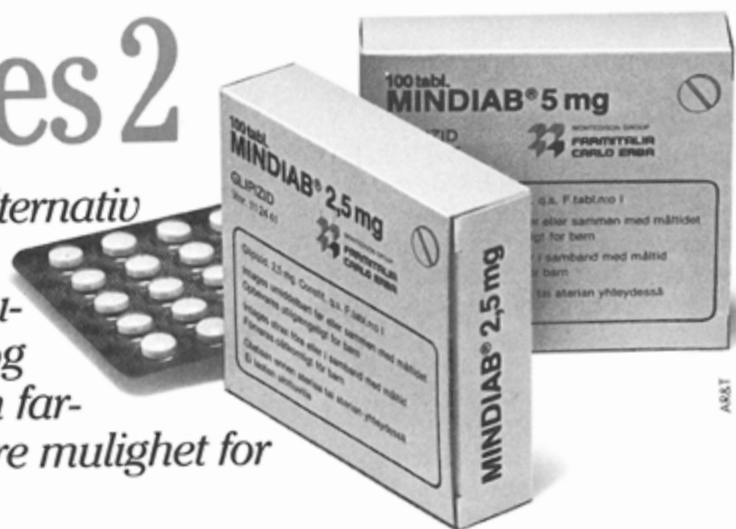
1) Nyinnstilling: Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret, økes dosen etappevis med 7-10 dagers mellomrom.

Pakninger og priser: Tablett 2,5 mg: (hvite, uten delestrek): 100 stk. (trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk. (glass) kr. 229,65. 5 mg: (hvite, med delestrek) 100 stk. (trykkpakning) kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.

T:5

FARMITALIA CARLO ERBA
Postboks 53 - 1371 Asker
Telefon (02) 79 07 60



ÅRSMØTE I DANSK SELSKAB FOR ALMENN MEDICIN (DSAM)

BRÆDSTRUP, JYLLAND, 6-8 nov. 1987.

Som kanskje mange av Utposten's lesere alt vet, er DSAM både eldre og større enn NSAM. Av ca 3000 danske allmennpraktikere er ca 1700 medlemmer av DSAM. De har heltidsansatt sekretær, gir ut bladet "Practicus" til sine medlemmer, og er medeier i "Tidsskrift for praktisk legegerning." DSAM ble stiftet i 1970. Selskapet har 3 hovedformål - å styrke utdannelsen i allmennmedisin, styrke forskning i og omkring allmennpraksis, og å utvikle internasjonale kontakter mellom praktiserende leger. Til forskjell fra vårt norske selskap har DSAM mer direkte ansvar i studentutdannelsen. Selskapet har to forskningskonsulenter som reiser rundt og gir støtte og råd til praksisleger med forskningsideer.

DSAM har årsmøte også for ektefeller, og man legger vekt på å velge tema av allmenn interesse. Med 5 timers forsinkelse p.g.a tåke på Fornebu fikk jeg bare med meg slutten av første kvelds tema, "Handicappedes rettigheter." "Århus krykensemble", en gruppe handicappede, gav først en forestilling, deretter var det diskusjon. Man kom bl.a. inn på fostervannsprøver som jo i Danmark er mer utbredt enn hos oss, og med mer tilfeldig veiledning. Etske problemer rundt såvidt sen abort fordi fosteret ikke blir "godkjent" ble berørt. Diskusjonen fortsatte utover kvelden, bl.a. sammen med Ole Hector, DSAM's representant ved NSAM's årsmøte i Stavanger i høst, og Erling Kjærulff, formann i DSAM.

Lørdagens tema var "alkohol", kort og godt. Jeg regnet med at dette temaet - i Danmark - måtte bli både teori og praksis. Og ved frokosten fikk også de ca 100 møtedeltakerne utlevert hvert sitt skjema hvor eget alkoholforbruk siste uke skulle oppgis! Innledningsvis ble det pekt på hvilket enormt alkoholproblem Danmark har. Forbruket pr innbygger er mer enn det dobbelte av i Norge. Det er 1 vertshus pr 500 danske, hver 4 sykehusinnleggelse skyldes alkohol, 30% av dødsulykkene, og man regner med at mellom 250 000 og 400 000 dansker er alkoholikere. Så fulgte filmen "På druk." Personer med alkoholproblem og skader ble intervjuet, og man fikk virkelig demonstrert ensomheten, forfallet, håpløsheten og selvmedlidenheten. Panelet ble så presentert, det bestod av overlege Finn Hardt, psykiater Joachim Knop, sosialrådgiver Ida Olesen og sosialpedagog Gunvor Durhus Hector. Man savnet vel en allmennpraktiker i panelet, men det ble sterk deltakelse fra salen. Mange sider ble berørt. Hvem skal behandle de alkoholskadede? Jeg fikk inntrykk av at det er mye som hos oss, alle vil helst slippe å påta seg ansvaret for denne gruppe, ingen føler de har kompetanse og ressurser nok. Dessuten kan det jo virke som om resultatene er elendige, uansett hva man gjør. Antabus ble brukt i stor utstrekning. Private tilbud som Minnesota og Naganonmodellen ble tatt opp, noen meget skeptisk, andre det motsatte. Alle alkoholikere sprekker i løpet av behandlingen, man må ikke gi opp for det! Det betyr slett ikke nødven-

digvis at pasienten er uimottakelig for behandling på lengre sikt.

CAGE og MAST testene ble presentert, disse kan i stor utstrekning identifisere problemet ved hjelp av spørsmål. Pas. med ryggsmertener er i faresonen, alkohol har ofte en veldig god effekt på disse smertene. Blodprøver kan brukes til oppsporing av problemet, foruten gamma GT ble nevnt høye Triglycerider og transferrin. Noen mente alkoholisme tildels var arvelig, det ble referert til adopsjonsstudier, men som det ble sagt: "Det som arves er vel det følsomme sinn." Misbruksproblem hos behandlergruppen, en vanskelig sak.

Deretter fulgte halvannen times seanse om alkoholindustriens markedsføring. Forbud mot alkoholreklame diskuteres nå seriøst i Danmark, og det sier vel litt om problemets omfang. Det skal mye til før danskene løser problemer med forbud! Og så fikk vi resultatene av frokostens lille spørreundersøkelse. Det viste seg at 100% av deltakerne hadde inntatt alkohol i løpet av siste uke. ("Vi kan glede forsamlingen med at ingen her går på antabus.") Selv hadde jeg i egne øyne hatt en forholdsvis "fuktig uke", men lå langt under gjennomsnittsinntak i forsamlingen.....

Til tross for dagens tema ble kveldens festmiddag storlagen. Prisoverrekkelser, taler og stemning. Stor jubel vakte det da den norske representant avslørte at Utposten i 5 år framover skal styres av kvinner! Det bør bli mange nye danske abonnenter.

Den siste dagen var viet DSAM's årsmøte. Dessverre måtte jeg stå over av praktiske grunner (flytider), men av et fyldig tilsendt referat framgår det at diskusjonen dreide seg om ting som også er aktuelle for oss: Skal etterutdannelsen for allmennpraktikere være obligatorisk eller ikke? Konflikten mellom pasientarbeid og forskning, hvordan få tid til begge deler? Nedskjæringer i videreutdannelseskapasiteten fra det offentlige. Hvem skal ta seg av den syke lege?

Jeg tror det er viktig å huske at våre problem ofte går ut på de samme ting, og at vi kan høste lærdom og erfaring hos hverandre. Takk til DSAM for en berikende opplevelse, og (emnet til tross) skål for fortsatt godt samarbeid mellom våre to selskap!

NORSK SELSKAP FOR ALLMENN- MEDISINS FOND FOR ALLMENNMEDISINSK FORSKNING

Årets utdeling er på kr 10.000,-

Det kan søkes om støtte til forskningsprosjekter, idéutvikling, utredningsarbeid eller reisestipend til slike oppgaver.

Begrunnet søknad sendes NSAM's sekretariat,

Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2,

innen 1. oktober 1988.

BOKMELDING

Kjell Aas: Goddag, mann! - hostesaft.

Kjell Aas er spesiallege, og arbeider til dagleg med allergi og astma hjå barn. Han har skrive ei bok om kommunikasjon mellom menneske i helse- og sosialvesenet. Han legg til grunn ei vid tolkning av kommunikasjonsgrepet, og omhandlar både kommunikasjonen mellom fagfolk og pasientar. Boka er ikkje ei vitenskapleg avhandling. Tvert om er det lagt vinn på å vera enkel og lettfatteleg. Forfattaren vil med vilje ikkje unngå å komme med sjølvsegte sanningar, og det han meiner er viktig, gjentar han ofte, sjølv om det er aldri så banalt. Han skriv for alle som arbeider i helsevesenet, og har som erklært målsetting å bidra til auka bevisstgjerung.



Du kan ikke alltid tolke ikke-verbal kommunikasjon slik det passer deg best

Boka ber preg av at forfattaren har oppdaga noko vesentleg, og at han mistenkjer mange medarbeidarar og kollegaer for ikkje å ha oppdaga det same. I så måte er boka i form meir å likne med ei slags medisinsk andaktsbok enn ei lærebok i emnet.

Og det er ikkje noko dårleg utgangspunkt for god pedagogikk. For Kjell Aas har utan tvil rett i at det er viktig å minna om det banale, dersom det ofte blir gløymt i praksis. Og det er lite hjelp i den avanserte kommunikasjonsteori dersom brukarane ikkje forstår han.

Ingen kan skulde på at dei ikkje forstår Kjell Aas. Bokas styrke er at den er svært konkret i formen. Personleg finn eg igjen konkrete råd frå hans førelesningar i studietida. Eit slikt nyttig råd var at vi skulle unngå å bruke negasjonar av typen "det gjer ikkje vondt", "det er ufarleg" osv, fordi pasienten i ein stressa situasjon ikkje oppfattar negasjonen, men tvert om oppfattar det motsette av det som blir sagt. Når ungen er stressa og redd stetoskopet, oppfattar han gjerne berre det siste ordet, "vondt", og ein får motsett effekt av det ein ønsker.

Kjell Aas sin presentasjon av oppgåva vår er usentimental og tiltalende: Vi skal produsere helse og velferd. Målet med vårt arbeid skal vere den same som for resten av industrien: God produktivitet, gode produkt og nøgde kundar. For eigen del vil eg leggje til at eg synest det er nyttig å tenkje som ein marknadsfører: Kunden har alltid rett. Det betyr ikkje at vi skal leggje oss flate for pasienten, men det betyr at det er nyttig å hugse på at frå pasientens synsstad, med hans føresetnader og referanserammer er det alltid forståeleg at han oppfattar situasjonen slik han gjer det.

Forfattaren er ikkje redd for å eksponere seg sjølv i det han skriv. Vi blir kjent med han, hans humor, hans sympatiar og verdinormer. Boka er prega av eit heilhjarta ønske om ei sosialt rettferdig helseteneste, og han viser med enkelte eksempel at helsevesenet ikkje alltid fungerer slik.

Men om han har ein sosial rettferdsans, avslører han ingen medviten sosial teori, ingen teori om korleis samfunnskraftene verkar, og ingen forklaring på kvifor vi ikkje oppnår dei endringane vi ønsker. Sterkast kjem dette til uttrykk i kapitelet om rådgivande samtalar. Forfattaren konstaterer at "det å forandre menneskers adferd er vanskeleg". Men kvifor det er slik, og korleis vi skal møte problemet gjer ikkje boka svar på. Aas nøyer seg med å sitere sjølvsegte påstandar som at "hvis

en skal lykkes i å forandre andre, må de ville det selv". Eigentleg er dette ein slags omvendt moralisering. I staden for å gi helsearbeidaren skulda for at ein ikkje får til ei endring, lesar ein ansvaret over på pasienten. Men det kan jo tenkjast at problemet er for stort til å løysast sjølv om både helsearbeidaren og pasienten svært gjerne "vil" ha ei endring.

Eg har få motførestillingar mot bokas innhald. Men ein motførestilling vil eg likevel presentere. Boka er prega av ein slags "ta deg saman" ideologi. Bodskapen er retta mot ei yrkesgruppe som frå før er hardt pressa, og der det er klare teikn på at mange brenn ut. Eg er einig med Kjell Aas i at god kommunikasjon er svært viktig. Eg er også einig i at vi har mykje å lære. Men i tillegg til at skikkeleg kommunikasjon er noko pasienten har krav på og helsearbeidaren "plikt" til, er det også viktig å marknadsføre kommunikasjonsteori som eit framifrå middel til å skaffe seg innsikt i kva vi egentleg driv på med. Burnout syndromet trur eg for ein stor del handlar om at vi opplever mykje som vi ikkje begrip noko som helst av, og som vi ikkje kan sette inn i ei fagleg referanseramme. Den ramma som ofte manglar, er kunnskap om kommunikasjon mellom menneske.

Boka er ikkje skriven for primærlegar, men det meste av innhaldet er likevel nyttig for oss. Boka er liten og letlesen, og skriven i ei uhøgtideleg form. Ho bør bli eit fast inventar på alle dei små fagbiblioteka eg vonar veks fram på helse- og sosialsentra i landet vårt. Det er god bruk av tid å lytte til Kjell Aas. Og du treng berre ofre tre-fire episodar av Falcon Crest for å bli ferdig med denne boka.

John Nessa
Hjelmeland

SEKSUELLE OVERGREP

ET TVERRFAGLIG UNDERVISNINGSPROSJEKT

Dette er en undervisningspakke laget av Norsk Fjernundervisning som er en statlig undervisningsinstitusjon. Undervisningspakken er beregnet til bruk i lokalmiljøet. Den består av følgende:

- a) 2 videofilmer:
 - Ingvild- en film om voldtekt
 - Ane- en film om incest
- b) 2 studiehefter som utdyper problemstillingene, gir arbeidsoppgaver og henviser til annet stoff om emnene.
- c) lærerveiledning for kursleder

Videogram, studiehefter og veileder distribueres samlet.

I tillegg finnes:

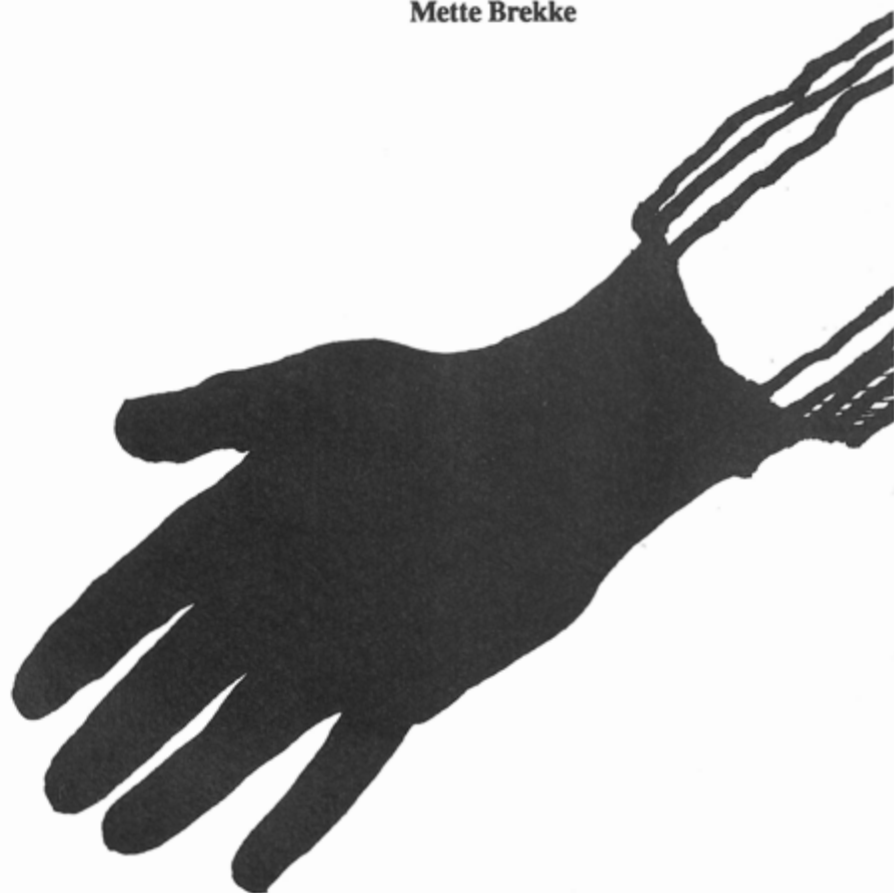
- d) boka "seksuelle overgrep mot barn" som egner seg som utdyping og støttelitteratur. Den kan også fås i bokhandelen (skrevet av journalist Kristin Høiland, forlaget LIV.)
- e) en lysbildeserie om den medisinske og rettsmedisinske undersøkelsen ved seksuelle overgrep laget av lege Lisbeth Bang.
- f) en bok om emnet ovenfor av Lisbeth Bang og Helle Nesvold. Den fås også i bokhandelen og heter: "Medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse av ofre for seksuelle overgrep - voksne og barn".

Materiellet vil kunne lånes fra fylkeslegekontorene og det kan selvsagt kjøpes fra NFU.

Materiellet er av ypperlig kvalitet, både faglig og pedagogisk. Det gjør det mulig for interesserte å arrangere kurs i disse emnene uten selv å være eksperter på området og uten å måtte hente dyre forelesere langveis fra.

Det vil egne seg f.eks. for lokale legegrupper, for helsesøstre, sosialarbeidere, lærere, politifolk osv. Men først og fremst egner det seg for lokale tverrfaglige grupper. For det oppfordrer sterkt til å bygge opp et hjelpeapparat lokalt for ofrene, og det må nødvendigvis skje på tverrfaglig og tverretattlig plan.

Mette Brekke



Sorbangil®

isosorbiddinitrat

NYHET

Sorbangil® kan nå gies 2 ganger pr. døgn ved angina pectoris profylakse

Nitropreparat

TABLETTER: 5 mg, 10 mg, 20 mg og 40 mg.

Hver tablett inneh.: Isosorbidi dinitras 5 mg resp. 10 mg, 20 mg og 40 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Organisk nitratester med virkning på brystmerter forårsaket av koronar hjertesykdom. Sannsynlig virkningsmekanisme: Sulphydrylgrupper i den glatte muskulaturs «nitratreseptorer» reduserer organiske nitratester, og dette gir relaksasjon av glatt muskulatur. Den tonusnedsettende effekten reduserer således den venese tilbakestrømmingen til hjertet og hjertets arbeid minskes. Dette bedrer det misforhold som foreligger mellom hjertets oksygen-behov og -tilførsel. Dermed reduseres eller forsvinner anginoide smerter. Hjertets arbeid under svikt blir mer effektivt når trykningen minskes. Ved oppstart av behandlingen senkes også det arterielle trykk. Effekten er forbigående og gir liten vedvarende reduksjon av det arterielle trykk.

Absorpsjon: Effekten inntreffer like hurtig som etter tilførsel av nitroglysering dersom man tygger tablettene, og effekten opprettholdes i 2-3 timer. Ved profylaktisk bruk skal tablettene svelges hele, da effekten på denne måten varer lenger enn når tablettene tygges.

Metabolisme: Denitreres raskt ved hjelp av glutathion - organiske nitrat reductase - i leveren.

Utskillelse: Hovedsaklig i urin av de aktive metabolittene.

Indikasjoner: Angina pectoris. Hjertesvikt.

Kontraindikasjoner: Hypotensjon. Alvorlig anemi. Øket intrakranielt trykk. Nitratintoleranse. Cerebral arteriosklerose.

Bivirkninger: Blodtrykksfall, «flushing» og hodepine minsker vanligvis etter få dagers bruk eller etter dosereduksjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises hos pasienter med mekanisk obstruksjon av blodstrømmen, spesielt ved aorta- eller subaortastenose. Pasienter med akutt sviktende høyre ventrikel kan få kraftig blodtrykksfall av nitrater. Både start og seponering av behandling med høyere doser bør skje over noen dager.

Kortvarig nedsatt effekt/toleranse kan utvikles ved hyppig eller høy dosering. Mekanismen er trolig forbruk av sulphydrylgrupper i nitratreseptorene.

Interaksjoner: Nitropreparat i kombinasjon med alkohol kan gi utisiktet hypotensjon som følge av vasodilatasjon. Barbituratmedikasjon kan øke metaboliseringshastigheten pga. enzyminduksjon. Metaboliseringen er glutathionavhengig - og inntak av større mengder organisk nitrat kan tømme leverens glutathionlagre og derved forsinke inaktiveringen i betydelig grad.

Dosering: Angina pectoris: Individuell.
Som Profylakse: 10-40 mg 2-3 ganger daglig. Dosen bør fordeles slik at en symptomfri del av døgnet får et nitratfritt inter-

vall, for eksempel ved at siste dose tas før kl. 17. Hvis nattlig angina er et problem, kan det nitratfrie intervall legges til ettermiddagen. Tablettene svelges hele i forbindelse med måltid. Kupering av anfali: 5-10 mg (tablettene tygges istykker og beholdes i munnen). Hjertesvikt: Individuell. Vanligvis 20-40 mg 3 ganger daglig.

Tablettene svelges hele i forbindelse med måltid. Høyere dosering kan av og til være nødvendig for å oppnå ønsket effekt. For å unngå nitrohodepine kan det være nødvendig å begynne med noe lavere startdose og siden øke dosen gradvis til ønsket effekt.

Pakninger og priser:	5 mg	100 tabl.	kr. 35,40
		250 tabl.	kr. 64,40
	20 mg	100 tabl.	kr. 123,70
		250 tabl.	kr. 256,50

T: 12

688 E-Trykka s

KabiVitrum



NESTE ÅR I JERUSALEM ?

12. WONCA World Conference on family medicine Jerusalem 28.5 -2.6.1989.

Tema for kongressen er så vidtfaende som : "Universal Issues on Family Medicine". Man vil ta for seg fire sentrale emner, ett for hver dag, som vil bli belyst i plenum, ved symposier, gjennom "work shops" og "poster sessions".

Emnene er følgende:

Dag 1: The Patient

Plenum: The outcome for the patient, how much do we help?

Symposiene:

- Quality of life & status indicators
- Bridging the cultural gap between doctors and patients
- Alternative medicine: threat or challenge?
- Inequality of care
- Ethical issues

Dag 2: The doctor

Plenum: Symptom interpretation: the crux of clinical competence

Symposiene:

- how should we maintain competence?
- does surveillance of chronic disease pay off?
- teamwork - who cares?
- does the computer improve our care?
- vocational training for family practice: what methods?

Dag 3: The family

Plenum: Is the family a unit of care?

Symposiene:

- practical methods of family assessments
- family dimensions in the care of the elderly
- the doctor's family
- family thinking in mental health
- family counselling & therapy: by whom & how much?

Dag 4: The practice & the community
Plenum: What should we know about our practice population?

Symposiene:

- at the level of a single doctor practice, what is the meaning of "health for all by the year 2000"?
- consumer participation: how is it best exploited?
- does encouraging healthier life style pay?
- community oriented family practice: words or deeds?
- screening & medical check-up, for what & for whom?

Påmeldingsfrist er ikke før 28.2.1989. Men frist for innsending av "abstracts", dvs presentasjon av små innlegg, er allerede 1.september i år.

Nærmere informasjon fås hos:

Dr. G. Almagor
WONCA 1989
P.O.B. 50006, Tel Aviv 61500
Israel

WONCA 1989



JERUSALEM

12th WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

JERUSALEM, ISRAEL, 28 MAY - 2 JUNE, 1989

'UNIVERSAL ISSUES IN FAMILY MEDICINE'

KASUISTIKKSPALTEN

EN UVANLIG TENDINITT

En 63 år gammel uføretrygdet mann kom til konsultasjon en sommerdag med en hissig og smertefull tendinitt i høyre hånd. Smertene var lokalisert radially ved tommelfingerens strekkesener. Det er tydelig krepitasjon å palpere langs senen og distinkt ømhet. Han fikk forklaring om lidelsens art og forløp, fikk støttebandasje og noen tabletter antiinflammatorisk med seg hjem.

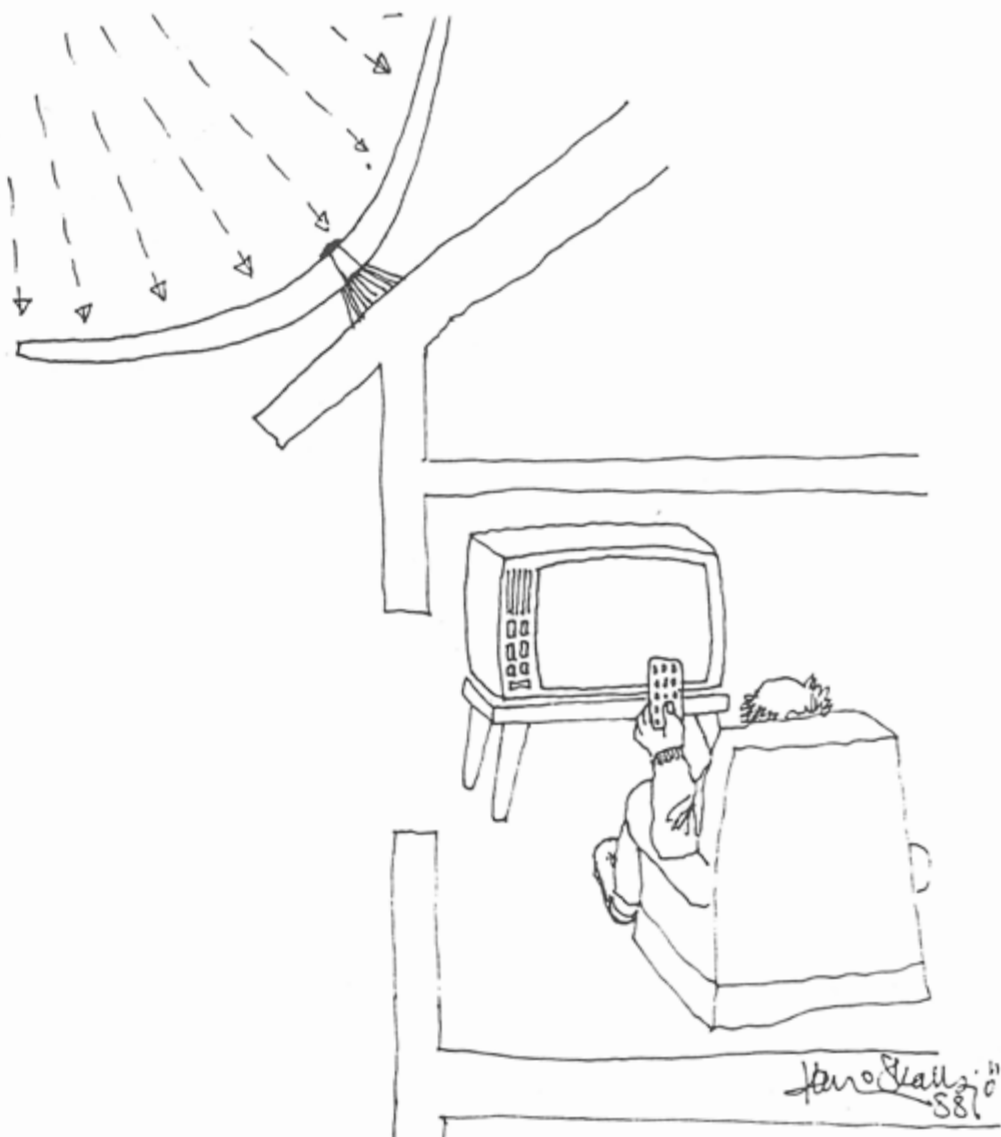
Men hva i all verden kunne årsaken være? Han var helt invalidisert av kro-

nisk astma, kunne knapt gå utendørs og maktet ikke bruke hverken hammer, sag eller skrutrekker. Der i huset gjorde kona alt manuelt arbeid under mannens kommando fra godstolen. På spørsmål om uvanlig fysisk aktivitet måtte han bare le, - han hev jo etter pusten bare han snudde seg i sengen. Nei, han forsikret meg at det ikke kunne være snakk om noen ny eller uvant belastning. Men å være doktor i lokalsamfunnet kan ha sine fordeler. Denne mannens hus lå like ved treningsløypa for legens joggeturer. Og hva hadde man ikke observert noen dager tidligere? På husgavlen var det montert en parabolantenne. Mannen hadde ganske riktig

sittet i godstolen flere dager i strekk med sin fjernkontroll og prøvet ut en helt ny TV-verden. I sin entusiasme over de mange kanaler å velge mellom hadde han ganske enkelt overanstrengt tommelen.

Han lovet meg å skifte mellom høyre og venstre hånd i sin videre bruk av fjernkontrollen. "Men parabolantenne er en velsignelse for oss uføre i utkant-Norge" var hans sluttreplikk.

Jo Telje
2640 VINSTRA



POSTALE ETTERUTDANNINGS- PROGRAM I ALLMENN MEDISIN

CASE-SERIEN

Scottish Council of The Royal College of General Practitioners har sammen med Centre for Medical Education ved universitetet i Dundee utviklet et utdanningstilbud som tar sikte på å gi allmennpraktikere mulighet for kontinuerlig utdanning. Dette utdannings-tilbudet baserer seg på temahefter som kan brukes både til selvstudium og som er velegnet som grunnlag for gruppe-diskusjoner i allmennpraktikergrupper.

Det er tanken å gi ut 10 slike temahefter i året, og problematikken det fokuseres på baserer seg på et gruppearbeid blant 8-10 allmennpraktikere som har definert sitt behov for videre utdanning ut fra praktisk-klinisk erfaring. Gruppene har knyttet til seg en såkalt "resource specialist", som også kan være allmennpraktiker. De læremessige behovene som på denne måten er blitt definert, danner så utgangspunktet for temaheftenes kasuistikker.

Hvert hefte er på ca 20 A5-sider, og de fleste er sydd over samme lest :

1) Kasuistikker med forslag til problemløsninger som leseren skal ta stilling til og rangere etter en skala etter grad av enighet.

2) Svarfordelingen blant 50-75 allmennpraktikere og 1 spesialist på det aktuelle problem presenteres så på neste side i form av små histogrammer, sammen med en kort kommentar eller begrunnel-

se fra allmennpraktikergruppen og fra spesialisten.

3) Hovedpoeng. På noen få sider får en så nærmest i stikkordsform korte, oversiktlige notater med såkalte "key points".

4) Referanseliste. Både kasuistikkene og "key points" gir hele tiden henvisninger til hvor en kan finne dokumentasjon vedrørende den problemstilling som drøftes.

5) Selv-evalueringstest innen det aktuelle område. Disse kan en enten sende inn til Centre for Medical Education i Dundee, eller en kan vente på svar i neste hefte.

Kasuistikkene - med sine konkrete, jordnære problemstillinger - utgjør sammen med notatene med hovedpoeng, en enkel og didaktisk god måte å få fram en del "trafikkfyr" å forholde seg til i sin praksis. Ved å se på svarfordelingen for de ulike spørsmål blant de allmennpraktikerne som har testet materialet får en et godt visuelt inntrykk av hvor uenigheten mellom kollegene er stor. Såvidt jeg forstår er det bare én spesialist som har deltatt i utformingen og testingen av materialet. Det er vel sannsynlig at mye av spredningen av svarene fra allmennpraktikerne har sammenheng med manglende konsensus blant spesialistene innenfor fagområdene, - og at man derfor kanskje ville fått tilnærmet lik spredning av sva-

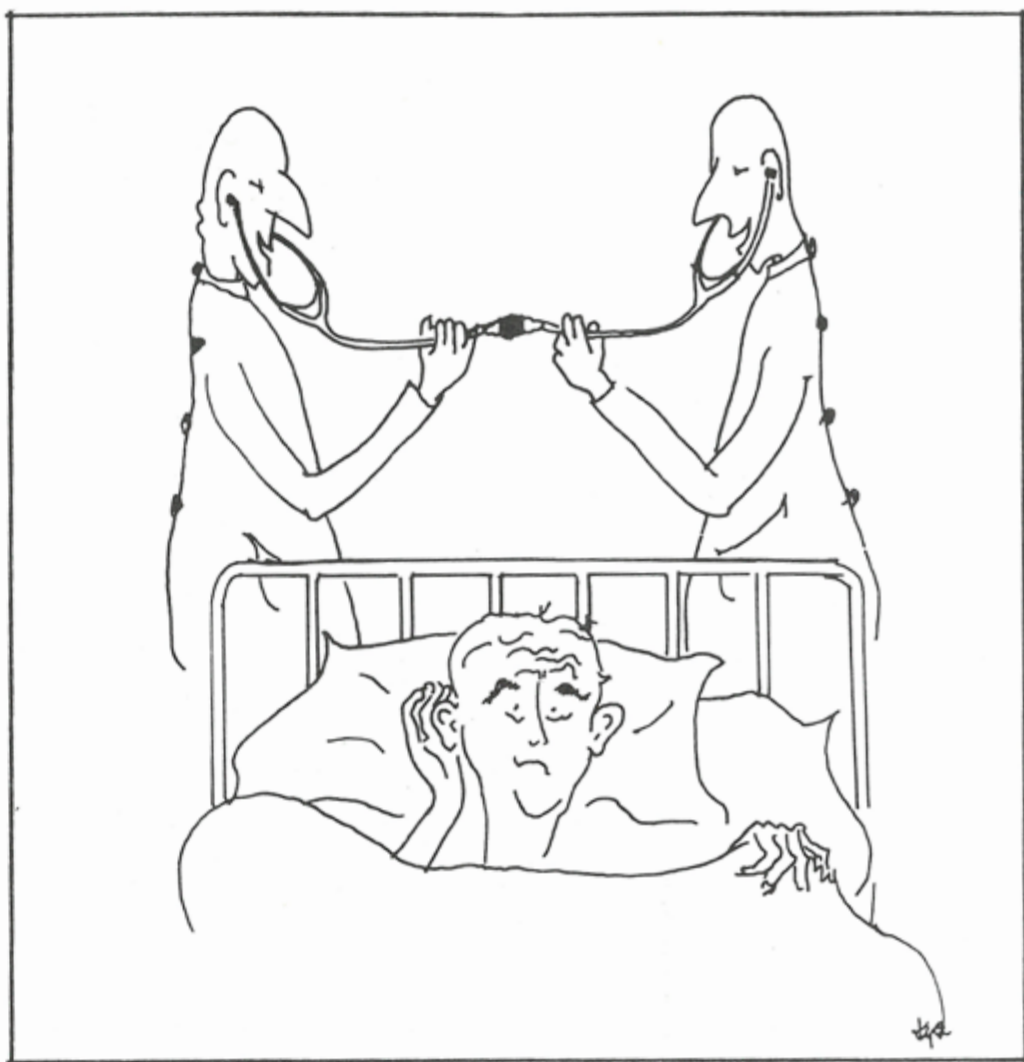
ralternativene om en gruppe spesialist-ble satt i testsituasjonen.

Ikke desto mindre, det er nødvendig med "trafikkfyr", - det er nødvendig å diskutere fram konsensus, eller der hvor det ikke er mulig : å bli tvunget til å ta stilling og dokumentere sitt syn.

En viktig generell innvending mot anvendelsen av slike "flow-chart" i allmennmedisinsk problemløsning er at de ikke tar tilstrekkelig hensyntil lokale og geografiske forhold. F.eks vil mange erfarne allmennpraktikere i Nord-Norge, med lang reisetid til sykehus, være snare til å ta blodkulturer og ikke nøle med å starte opp antibiotikabehandling før innleggelse ved mistanke om meningokokkmeningitt, -noe temaheftet stiller seg negativ til .

Disse temaheftene formidles gratis til alle allmennpraktikere i Storbritannia. Norske kolleger må betale 70 p pr hefte, eller 14 pund for hele serien. Adressen er:

CASE, 2 Roseangle, The university, Dundee DD1 4HN.



Illustrasjon Kjell Aas

Fra boken:

-Goddag, mann!

-Hostesaft!

C**Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal**

Nr. 3, 1988

INNHOLD:

LEDER	side 99
Berit Olsen	
FOREBYGGENDE ARBEID	side 100
Gunnar Tellnes	
PRIORITERING BETYR Å SI NEI TIL NOE	side 104
Inge Lønning	
ALTERNATIVE PRIORITERINGER	side 106
Gruppe for helsetjenesteforskning/SIFF	
HELSEKEØNE OG ANSVAR	side 108
Brith Louise Øen	
NÆRMILJØBASERT FOREBYGGENDE HELSEARBEID	side 110
Anne Johanne Sjøgaard og Dag Thelle	
DEN KVINNELIGE FISKER	side 118
Beate Lupton	
JEG - EN VEILEDET ALLMENNPRAKTIKER	side 122
Johnny Mjell	
CTG I UTKANTSRØK	side 128
Bjarne Jøssang	
PERORALE NITRATER VED ANGINA PECTORIS	side 130
Erik D. Knudsen	
REFERAT DSAM	side 134
BOKMELDING	side 136
SEKSUELLE OVERGREP	side 137
Mette Brekke	
NESTE ÅR I JERUSALEM	side 140
KASUISTIKKSPALTEN	side 141
POSTALE ETTERUTDANNINGSPROGRAM	side 142