

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1993

ÅRGANG 22



ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket.
Etiketten kan tas av

Lever sosialmedisinen likevel?

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Telefonhenvendelser vedrørende

Utposten kan rettes til:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim

Telefon 63 97 32 22

Fax 63 97 16 25

foruten til redaktørene.

Redaksjonen:

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b, 0861 Oslo

Tlf. priv.: 22 95 04 80

Tlf. arb.: 67 06 00 83

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. priv.: 04 42 63 69

Tlf. arb.: 04 56 87 70

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. priv.: 22 14 11 97

Tlf. arb.: 22 25 34 72

Betty Pettersen

Tussan, 8372 Gravdal

Tlf. priv.: 08 88 32 25 / 22 44 49 77

Tlf. arb.: 08 88 32 25 / 22 04 22 00

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. priv.: 08 45 81 18

Tlf. arb.: 08 45 81 04

Eivind Vestbø

4160 Judaberg

Tlf. priv.: 04 51 22 74

Tlf. arb.: 04 51 24 44

Petter Øgar

6790 Hornindal

Tlf. priv.: 05 77 95 76

Tlf. arb.: 05 77 94 86

Annonser:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim

telefon 63 97 32 22

Abonnement:

kr 250,- pr år,

Bankgiro 3838. 07. 68248

Postgiro 0825 0835 397

Layout: Idéfo, Voss

Trykk: Rema/Voss Offset A/S

K J Æ R E L E S A R :

Lever sosialmedisinen likevel?

"Om den gamle sosialmedisinen er død, så lever den likevel videre gjennom en bred samfunnsmedisinsk front", skreiv John Gunnar Mæland i 1990 (1). Etter dette har mykje skjedd med det sosialmedisinske arbeidsfeltet i Noreg.

Kommunane har fått ansvar for fengselshelsetenesta; ei tenestegrein som stiller særleg store krav til sosialmedisinsk kompetanse. Denne ansvars plasseringa har utan tvil medverka til auka kompetanse og kapasitet i denne tenesta. Auka kompetanse fører også til eit behov for å driva intern fagutvikling. Tor Gamman syner i denne utgåva av Utposten eit døme på dette (2). Det er viktig at utanforståande augo ser med kritiske blikk på helsemessige forhold ved eit system som er isolert frå resten av samfunnet. Dette er noko av sosialmedisinen eigenart. Utposten ser gjerne at andre gjer slik som Gamman og søker seg fram til eit forsvarleg fagleg grunnlag for å driva verksemd i allmenn- og samfunnsmedisinen grenseland.

Om ikkje samfunnsmedisinen og allmennmedisinen maktar å vera brukbar mellom fag og samfunn også på litt meir spesielle område som til dømes fengselshelseteneste, trygdemedisin, rusvernarbeid og tiltak for personar med funksjonshemjingar, kan kanskje ein spesialitet innan restkategorimedisin, ("spes. rest. kat.?"), pressa seg fram. Men ønskjer vi ikkje mest av alt at "restkategoriane" skal finna plassen sin innanfor den allmenne helsetenesta? Dersom vi maktar å ivareta samspelet mellom den samfunnsmedisinske og den allmennmedisinske fagutviklinga, kan ein kanskje hinda tilveksten av ytterlegare spesialitetar innan t.d. dei ovannemnde særrområda. I juni vert landsstyret i Den norske lægeforening innbydd til å ta stilling til endra utdanningsreglar til spesialiteten i samfunnsmedisin kor m.a. allmennmedisinsk arbeid inngår i hovud-

utdanninga(3). Dette teiknar bra. No gjeld det å visa at sosialmedisin handlar om samarbeid. Det er viktig å innsjå at sosialmedisinsk verksemd må byggja på spesialkunnskap innan både grupperetta og individretta arbeid. Både samfunnsmedisinen og allmennmedisinen i kommunen må finna plassen sin her.

Mæland skreiv vidare at sosialmedisinen måtte inngå som eitt av mange fag i dei samfunnsmedisinske einingane ved universiteta våre. At det framleis er liv i desse miljøa, viser utgjevinga av ei ny utgåve av Lærebok i sosialmedisin (4). Likevel har mang vanskar med å sjå på desse som kraftsentra i den sosialmedisinske fagutviklinga. Kanskje tida er inne for universitetsmiljøa å revidera synet på kva sosialmedisin er? Vi treng ei truverdig "tredjelineteneste" i samfunnsmedisinen.

Sist men ikkje minst, sosialmedisinen treng også ei "andrelineteneste". Ein bør difor vera noko uroleg for at den fleifaglege sosialmedisinske kompetansen ved fylkeslegekontora vart nedbygd då fylkesnemndene vart nedlagde. Det er viktig at statlege fagorgan på fylkesregionalt nivå som fylkeskontoret for folketrygda og fylkeslegekontoret har tilstrekkeleg fagleg kompetanse. Dette er ein føresetnad for å kunna opptre som truverdige rådgjevarar overfor kommunehelsetenesta. At det enno finst interesse og grunnlag for det ved fylkeslegekontora, viser innsatsen som vert gjort i forhold til spørsmål knytt til arbeidsløyse og helse (5).

1. Mæland JG. Fra sosialmedisin til folkehelsevitenskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1990;110:394-5.

2. Gamman T. Isolasjon i fengsel. Utposten 1993;22:61

3. Intervju med Tore Ytterdal, Utposten 1993;22:71

4. Noreik K, Stang G, red. Lærebok i sosialmedisin. Oslo: adNotam Gyldendal, 1992.

5. Claussen B. Arbeidsledighet og helse. En håndbok for helsepersonell. Skien: Fylkeslegen i Telemark, 1992.

No. 2 1993

INNHOOLD :

Geir Sverre Braut: Lever sosialmedisinen likevel?	50
Tor Gamman: Om fengselshelsetjenesten -sett fra et kretsfengsel	53
Tor Gamman: Om isolasjon i fengsel - en litteraturgjennomgang	56
Tor Gamman: Om isolasjon og fangers helse	61
Solveig Sindre: Tanker om behandling og oppfølging	64
Erik Kreyberg Normann: Hva er naturlig nakenhet	67
Redaksjonen: Vi intervjuer Tore Ytterdal	70
Johnny Mjell: Etterutdanningstilbud for medarbeidere	76
Steffen Steffensrud: Tympanometri i allmennmedisin	80
Hasse Melbye: Astmaklinikken i Aylsham	84
Petter Øgar: Kommunelege I - forum i Sogn og Fjordane	88
T. Fossli, H. Steinfeldt Foss, A. Boon Mundal, E.C. Steen Brukerundersøkelser i kommunehelsetjenesten	90
Helge Worren: Bokmelding: Form og innhold - to sider av samme sak	93





**Her følger 3 artikler om fengsel og helse
skrevet av Tor Gamman**

Om fengsels- helsetjenesten - sett fra et kretsfengsel

Tekst: Tor Gamman
Tegning: Ragnhild Gjerstad

Tor Gamman, spesialist i psykiatri (1986) og allmenmedisin (1990), arbeider ved Kvadraturen legesenter, Kristiansand. Han har vært lege ved Kristiansand kretsfengsel siden 1985. Han er også tilknyttet Institutt for allmenmedisin ved Universitetet i Oslo hvor han arbeider med å bygge opp en kontrollert studie om helseeffekter av isolasjon av varetektsinnsatte. For tida er han kandidat ved det pågående seminaret i psykoterapi.

Før 010189 var legetilsyn med de innsatte i våre kretsfengsel et statslegeansvar og Justisdepartementet hadde ansvaret for sykepleiertjenesten. Ressursene var små. Reformen innebar en samling av ansvarsforhold hos Sosialdepartementet, men først og fremst en betydelig ressursøkning for helsetjenesten. Lege- og sykepleier ble ansatt i deltidstillinger. Man skulle prioritere sykepleiertjenesten, og denne ble oppgradert tidsmessig. Helseteamet skulle forsterkes med fysioterapeut og psykolog. Disse skulle sammen med kriminalomsorgens kuratortjeneste danne et primærhelseteam i fengslene. Annenlinjetjenesten skulle på sin side ha ansvar for de innsatte, som for befolkningen for øvrig.

En annen vesentlig ide bak reformen var å gjøre helsepersonellens ansettelsesforhold uavhengig av Justisdepartementet (som har ansvaret for driften av anstalten). Man tenkte seg at helsearbeiderne skulle komme

utenfra - fra en annen arbeidspost i den kommunale primærhelsetjenesten, og bringe med seg sine faglige synspunkter og krav til standard inn i fengslene. Slik skulle man sikre de innsatte den samme kvalitet på helsetjenestene som kom resten av befolkningen tilgode.

Reform med begrensede ressurser

Dessverre ble reformen innført uten at man hadde utredet hva denne ville koste. Rammebevilgningene fra Sosialdepartementet ble for små og de første årene kunne man ikke ansette fysioterapeut og psykolog. I Kristiansand har man etter hvert fått penger til fysioterapeut 4 timer per uke. Penger fra Vinmonopol-fondet ga engasjement for psykolog i 2 år. Per idag er det ikke budsjettmessig grunnlag for psykologstilling i Kristiansand.

⇒

Situasjonen er nok vesentlig annerledes i de større fengslene og i landsfengslene. Spesielt landsfengslene ble prioritert hva ressurser angår i 1989, ut fra den tankegang at de har det mest belastede klientellet. Men selv om ressursene er større i de store anstaltene, har de andre problemer som de mindre ikke har i samme grad. Jeg tenker for eksempel på tildels betydelige problemer med kontinuitet blant helsepersonell.

Fengsel som arbeidsplass er en krevende oppgave for alle personellgrupper. Jeg vil nevne noen momenter som preger legens arbeide.

Anstalten er en utpost i samfunnet. Fengselspopulasjonen er annerledes enn de vanlige pasientene man møter i praksis, og vi har lite kunnskap om denne. Det dreier seg imidlertid ikke om noen homogen gruppe. Det å drive legearbeid i et fengsel reiser stadig en rekke etiske problemstillinger. Det å hjelpe, lindre og trøste innenfor et straffende system, er spesielt i seg selv. Kan et menneske som blir straffet eller sikret, samtidig hjelpes i retning av rehabilitering?

Anstalten som utpost

Et fengsel er en verden for seg selv med egne regler og lover. Sosialt sett er anstalten hierarkisk oppbygd. Dette gjelder både hva de ansattes status angår, og de innsattes. Adferden i anstalten reguleres gjennom påbud og sanksjoner. Fangene kan kun oppnå goder (permisjoner, ekstra besøk, fremstillinger etc.) dersom anstaltens regelverk følges.

For fangene gjelder dessuten et annet sett regler. Dette er fangesamfunnets regler, uskrevne, men viktige likevel. De innsatte er i fengselet fordi de har brutt storsamfunnets lover, men dette innebærer ikke at de er lovløse. Det kan bety at de i konfliktsituasjoner har valgt å være lojale mot en annen kodex enn den

offisielle. Som lege i fengsel støter man altså på en annen kultur enn den man er vant til. Dette fordreier lett vår tolkning av de enkelte situasjoner og skaper usikkerhet. Man kan lett bli defensiv og irrasjonell. I denne situasjonen har jeg mange ganger følt behov for veiledning og (-ikke minst) mer kunnskap.

Hvem utgjør fengselspopulasjonen?

Jeg tenker meg at fangegruppen består av en solid kjerne av gjengangere. De har det til felles at de - for å si det med Heidegger, tidlig i livet gikk seg vill. Oppvekst i fosterhjem, tilpasningsvansker i skolen, utagering i ungdomsalder og kriminell debut i 13-16 års-alderen er karakteristiske trekk ved denne gruppens anamnese. Det er en historie om tap som gjentar seg oppover i forhold til det etablerte samfunnets tilbud. Etter hvert som grenseløsheten øker på, kommer rus i mange varianter inn i bildet, og de unge finner hverandre i det eneste miljø der de kan fungere uten å tape, - i stoffmiljøet. Misbruket blir en overlevelses-strategi der manipulasjonen står sentralt. Psykiatrisk sett ville man si at disse individene lider under en utviklingssvikt. De fleste vil fylle kriteriene for DSM-III-R sin beskrivelse av anti-sosial personlighetsforstyrrelse. Det er viktig å ta på alvor at denne gruppen har sin egen kultur. For å si det litt unyansert, kan de minne om konsumsamfunnets karrikaturer ved at de har satt misbruk av konsumsamfunnets verdier i fokus. Og de har adaptert en fragmentert konsumentholdning, der man forbruker så og si i annen potens. Forbruket av stoff, medikamenter og alkohol finansieres ved vinningskriminalitet. Men internt i gruppen gjør man opp for seg. I lege-pasient relasjonen får dette den konsekvens at legen sees på en annen måte enn det han er vant til, og han møter andre forventninger. Legen ansees som en som forvalter av goder, en litt avansert ekspeditør. Konsultasjonen blir en

forhandlingssituasjon, - i hvertfall forsøker den innsatte å gjøre den til det. Det er ikke uvanlig at legen konsulteres for å få medikamenter uten at det foreligger noen medisinsk indikasjon for dette. Medikamenter ansees som et gode som kan gjøre soningen lettere, som kan forsterke en rus, eller være et nyttig betalingsmiddel i fengselsituasjonen. Pasienten er den velorienterte konsument. Som regel er han kjent i felleskatalogen, eller han har forhørt seg med sine sjebnefeller om hvilke stoffer som er bra. Man kan ikke regne med at placebo-effekten gjelder for denne gruppen av innsatte.

De øvrige innsatte representerer sosialdemografisk sannsynligvis et tverrsnitt av befolkningen. Mange soner bare en gang. Fengselspopulasjonen utgjøres hovedsakelig at menn. Bare 2 % er kvinner. Det er lite selvmord i norske fengsel, i Kristiansand ingen siden 1982. En del innsatte med alvorlige sinnslidelser utgjør et særskilt problem. Medisinsk sett er varetektsituasjonen mest problemfylt hos oss. Fengselet har pga. høy kriminalitet i området utviklet seg i retning av å bli et varetektsfengsel. Varetekten representerer en spesiell form for påkjenning, og spesielt er de som holdes i isolasjon med brev- og besøksforbud, utsatt for betydelige lidelser (se for øvrig annen artikkel).

Etiske problemstillinger

Det gjentar seg stadig at anstaltledelsen trenger legen som sakkyndig vedrørende medisinske forhold. Man møter som fengselslege flere roller, sakkyndig-rollen og lege-rollen. Det er viktig å være seg dette bevisst. Behovet for sakkyndig-tjenester har økt i betydelig grad. Det sakkyndige arbeidet skjer dels etter formelle kriterier der man uttaler seg skriftlig, dels spontant og uformelt.

Et problemområde er fanger som behandles særskilt restriktivt etter direktiv fra Retten eller Direktøren. Dersom legen er ønsket som sakkyndig for å sikre at fangen medisinsk sett tåler behandlingen han utsettes for, ligger det an til konflikt med Tokyo-konvensjonens legeetiske regler. Dette kan løses ved at man nekter å påta seg sådant sakkyndig-arbeid og kun tilser pasienten etter oppfordring fra pasienten selv, eller fra tredje person (påstående etc.).

Attføring og rehabilitering i et straffende system

Mange har ment at dette er ikke forenlige størrelser. Jeg tror imidlertid det. Jeg tror at det går an å få til attføring og rehabiliteringsopplegg under soning i fengsel, som kan fortsette etter endt soning. Dersom jeg ikke tror på dette, innebærer det å gi opp livet til en stor gruppe unge mennesker som ikke kom seg helskinnet gjennom livets første faser. Erfaringer viser at det nytter. Etter åtte år kjenner jeg flere som har greid å forandre livet sitt vesentlig, som til tross for lang kriminell karriere har greid å komme i jobb, slutte med stoff, finne et nytt miljø og stifte familie. Men det er klart at attføring av denne gruppen ikke er lett. Idag er det vanskelig med arbeid for tydelig mer ressurssterke individer enn dette, og arbeidsmarkedet hardner fortsatt til.

Mye tyder på at man burde prøve hardere. Mange stiller spørsmål ved at personlighetsforstyrrelsene er konsistente over tid. Noen mener at det asosiale er et kulturfenomen som vil bli borte under integreringen i en alternativ kultur.

Endel systemfaktorer vanskeliggjør attføringen. Jeg vil utelate trygdereglene her (disse er et kapittel for seg) og kun se på det som har med anstaltsvesenet å gjøre. Folk påbegynner gjerne sin soning i et mindre fengsel som her i Kristiansand. Etter

dom overføres de til et større fengsel for å fullføre soningen der. De større anstaltene ligger som en arv fra opplysningstiden langt fra fangenes hjemmemiljø. Etter endt soning er det ikke uvanlig at man settes (nesten) blakk på gaten. Lite er gjort i forhold til rusomsorg, psykiatri eller sosialvesen i hjemkommunen, og det er ikke vanskelig å forstå at tilbakefallsprosessen mange ganger blir kort. I dette perspektiv er altså selve den geografiske beliggenheten av anstaltene et attføringsmessig hinder. Anstaltkulturen er ikke-aksepterende når det gjelder de innsattes problemer. Undersøkelser har vist at 70-80 % av de innsatte har rusproblemer. Anstaltene flyter over av stoff, men man godtar ikke bruken av dette. Bli en innsatt tatt for rusing, sanksjoneres dette slik at det blir negative konsekvenser for hans rehabiliteringsmuligheter på et senere tidspunkt under soningen. Han får vansker med å få tillit av ledelsen når han trenger dette. Dette er et eksempel på det Foucault ville kalt en klassisk konflikt mellom anstaltens kontroll-behov og individets ønske om rehabilitering. I denne konflikten tenderer individet fortsatt å tape.

Referanser:

- Bødal og Gundersby:*
Stoffbruk blant innsatte. Justisdpt. 1984.
Bødal og Hammerlin: Selvmord i Norske fengsler 1956-87. Justisdpt. 1988.
Von Clemmegruppens innstilling
"Helsetjenesten i fengselsvesenet" -1979.
Flatmark:
Medikamentbruk i norske fengsel.
Utgitt av Institutt for farmakologi 1980.
M. Foucault:
Überwachen und Strafen. Suhrkamp 1991.
Helsedirektoratets veiledningsserie:
Faglig veileder for fengselshelsetjenesten 3-87.
Lindberg, Paulsrud og Horndalsveen:
Legers tilsyn med innsatte som sitter isolert.
Brev til Justisdpt. av 120187.
Saugstad:
Helsetilstanden blandt langtidssonere.
Lægeforeningens tidsskrift 1980 nr 8-9.



Om isolasjon i fengsel

- en litteraturgjennomgang

Tekst: Tor Gamman

I fengsel er isolasjon en vanlig form for fangebehandling. Sanksjoner blir gjerne utført i form av adskillelse fra fellesskapet. Mange varetektsinnsatte har de samme restriksjoner av etterforskningshensyn. Særlig farlige fanger blir ofte holdt isolert, dette gjelder også for sinnssyke, aggressive innsatte. Endel fanger velger selv isolering. Grunnene til dette kan være mange. Noen er redde for represalier eller mobbing fra andre medinnsatte, noen vil ikke delta i fangemiljøet av andre grunner.

Helsepersonell som har arbeidet i fengsel, har lenge vært skeptisk til denne form for fangebehandling. Man har blant annet observert at dette kan føre til økt sykkelighet hos fangene. Spesielt gjelder dette fanger med sinnslidelse eller alvorlig (ustabil) personlighetsforstyrrelse.

Denne form for fangebehandling har vært debattert i perioder, både her i landet og i utlandet, ikke minst i Danmark. Denne artikkelen er en gjennomgang av endel litteratur om temaet.

Historikk

Behandlingsformen stammer fra begynnelsen av opplysningstiden da de første fengslene ble bygget. På denne tiden trodde man at ved å holde fanger adskilt, ville det gode i mennesket virke av seg selv. De kriminelle ville nærmest automatisk (og ved Guds hjelp) bli rehabilitert. På 1800-tallet ble fengslene også arkitektonisk konstruert ut fra en slik tankegang (Philadelfiamodellen). Luftegårdene ble bygget som stjerneformige stråler hvor den enkelte innsatte kunne luftes - adskilt fra de andre. I det gamle Botsfengslet i Oslo var også kapellet innrettet slik. Fangenes plasser var adskilt i båser slik at alle fikk se presten, men ikke hverandre. Prestens plass var i sentrum, og fangenes plasser var ordnet i en sirkel rundt prestestolen og alter. Dette panopticon-prinsipp tjente to hensikter: Dels å forenkle overvåkingen, dels var det en slags arkitektonisk konsekvens av de ideene om terapi som var fremtredende på denne tiden.

Isolasjon var altså opprinnelig ment å være noe positivt, noe som kunne bidra til å hjelpe et menneske ut fra kriminaliteten. Etter hvert som erfa-



ringene viste at dette ikke var tilfellet, ble arbeidet (- inspirert fra engelske prinsipper om "moral therapy" av avvikere-), introdusert som et tilleggsmoment av behandlingsmessig betydning. Men arbeidet måtte foregå uten kommunikasjon fangene imellom, for "å forhindre smitteeffekt" - som Berggrav skriver i 1928. Han tenkte seg her at "det dyriske hjortinstinkt", som han hadde observert blant de innsatte, var smittsomt. Berggrav er for øvrig inne på at isolasjonen kan ha en negativ kroppslig virkning, ved at den reduserer fangens vitalitet, eller livslyst.

Idag er dette synet stort sett forlatt. Grassian har funnet at man allerede på 1830-tallet begynte å sette spørsmålsteget ved, om det fantes en sammenheng mellom isolasjon og psykoser. Han fant også at Høyesterett i USA allerede i 1890 kom med en fordømmelse av isolasjon, pga. risikoen for alvorlig psykisk sykkelighet.

Det er gjort lite forskning omkring isolasjon, og det som er gjort har preg av kasuistikker, pilotstudier (studier av endel innsatte uten kontrollmuligheter), og debattinnlegg på basis av klinisk erfaring.

Volkart og medarbeidere har gjort noen kontrollerte studier i Sveits, Grassian i USA og Suedfeld i Canada. Det er flere forklaringer på at forskningen har vært begrenset:

1. Fengselsmedisin er en medisinsk utpost. Det dreier seg om helsen til vår aller svakeste gruppe, de vi selv har støtt ut.

2. Rent faglig er det vanskelig å bedrive forskning på denne gruppen. Den er fra tidligere medisinsk og psykiatrisk dårlig kartlagt, og den er slett ikke så homogen. Saugstad fant i 1980 at langtidssonere hadde betydelig oversykkelighet sett i forhold til normalbefolkningen. Han fant sammen med Flatmark og Rugstad, at medikamentforbruket blant langtidssonere var tilsvarende høyt. Bødal har vist at opp til 80 % av fengselsgruppen har problemer med alkohol eller stoffmisbruk.

3. Legen har liten eller ingen innflytelse på fangebehandlingen. Andre setter premissene for fangens situasjon. Legen kan i beste fall bli en deltakende observatør.

4. De fleste vil være enig i at det vil være uetisk å sette opp en eksperimentell situasjon som ligner det isolerte gjennomgår. Dersom man skal forske på de isolertes situasjon, må man skaffe et kontrollgrunnlag av fanger som sannsynligvis er annerledes enn den gruppen de isolerte utgjør. Dette innebærer metodiske vanskeligheter da en kontrollgruppe av fanger i fellesskap sannsynligvis vil fungere som en kvasikontrollgruppe.

5. Ressursmessige vansker. Ressursene i fengselshelsetjenesten er små. Helsepersonell skal bedrive behandling, og det er ikke avsatt tid til forskning. I tillegg har det hittil vært slik at kontinuiteten blant helsepersonellet ikke har vært den beste. Dette gir ikke gode betingelser for forskning.

Men likevel er det skrevet mye om isolasjon. Jeg vil her presentere litteratur som kan bidra til å øke forståelsen for hvordan isolasjon påvirker mennesker, spesielt i fengsel.

Isolasjon som ensomhet

Når et menneske isoleres av andre, settes det i en ikke selvvalgt ensomhetssituasjon. Begrepet ensomhet drøftes av Alv A. Dahl i en artikkel fra 1990 der han poengterer at ensomhet kan være skjebne eller valg. Han definerer ensomhet som en opplevelse av at et tilfredsstillende fellesskap mangler. Han skiller mellom den selvvalgte ensomhet, som alle i perioder kan ha behov for, og som oppleves som god, og den vonde ensomhetsfølelse. Denne er karakterisert som en smertefull angst, eller higen etter noe eller noen. Dahl nevner to forklaringsmodeller for å forstå hvordan vond ensomhetsfølelse oppstår. Den ene teori hevder at mennesket har et sterkt iboende behov for nærhet og intimitet, noe som viser seg allerede i spedbarnets relasjon til sin mor. Dette behovet er medfødt og en sentral egenskap ved menneskets natur som sosialt vesen. Vond ensomhetsfølelse oppstår når barnet blir avvist, slik at det ikke får tilfredsstillt sitt behov. Den andre teorien er basert på sosial læringsteori. Gjennom en rekke erfaringer har vi innlært et passende nivå for mengde og type av nære forhold. Når kontaktene synker under det vi er vant med, oppstår vond ensomhetsfølelse. Ensomhet kan være forbundet med sykdom, og den vonde ensomhetsfølelse er assosiert med avvsningsangst, nedvurdering av selvet og depresjon.

Mange av de innsatte i fengslene som er isolert, lider også. Men selv om de kan lide av ensomhet, er dette neppe nok til å forklare den spesielle sjelelige tilstand som de befinner seg i. Deres situasjon kan forstås ut fra flere andre synsvinkler som jeg her vil omtale nærmere.



Isolasjon som sansedeprivasjon

Ved at fangen holdes borte fra et fellesskap nektes han sanseintrykk. En teori om hjernenes funksjon (Gate-theory), tar som utgangspunkt at hjernen er avhengig av et minimum av inntrykk eller stimuli for å fungere normalt. Under langvarig isolasjon kan det tenkes at en situasjon oppstår der hjernen over tid får litt for få inntrykk. Noe som kan støtte denne betraktningmåten, er at det finnes mye erfaring for at ustabile personlighetsforstyrrelser tåler isolasjon spesielt dårlig. Det samme gjelder for schizofrene av paranoid type. Disse skiller seg fra andre schizofrene ved at de er såkalt "feltaktive" - de er avhengige av inntrykk for å kunne fungere bra. Ved sansedeprivasjon av ekstrem grad rammes først biorytmen og etter hvert evnen til å få adekvat søvn. Dette er et vanlig fenomen blant de isolerte, men også andre innsatte kan ha søvnvansker. Gendau og medarbeidere undersøkte EEG hos fanger etter en ukes isolasjon og fant en redusert EEG-frekvens hos disse (EEG alfa-bølgen i våken tilstand) sammenlignet med fanger i fellesskap. Det er forsket lite på dette og resultatene så langt viser at dette er et vanskelig område å nå rent metodisk.

Isolasjon som stressor

Isolasjonen i fengsel rammer mennesker som på forhånd har mistet sin frihet. Man vet at det å bli fengslet er en betydelig stressor i seg selv. En studie fra varetektsavdelinger i et større sveitsisk fengsel (Harding og Zimmermann), har vist at mange som gjennomgikk varetektsfengsling, fikk psykiske problemer, spesielt i begynnelsen av oppholdet. De vanligste symptomene var søvnvansker, angst og sykdomsfølelse" (feeling sick). De fleste av fangene var opptatt av sine nærmeste og hvordan det skulle gå med dem. Symptomene avtok imidlertid etter to - tre måneder i fengsel. Forfatter-

ne konkluderte med at de var et uttrykk for en tilpasningsreaksjon, og derfor av forbigående karakter. I følge Törnquist (1967) er vanligste reaksjoner under fengsling depressive reaksjoner, hysteriske aggresjonsutbrudd og "overspill" samt paranoid reaksjoner. Iblandt kan det komme til akutte forvirringstilstander.

Grunberger og Sluga (1968) mener at den isolering og immobilisering som finner sted i fengsel kan føre til atrofiert følelsesliv, som kan føre til selvmordstilbøyeligheter, som kan utarte seg til en "åndelig dystrofi".

Tanay (1973) tenker seg at en førstegangsinnsett gjennomlever et "økologisk sjokk" når han må forholde seg til fengselsmiljøet.

Andre har nevnt at den tilstand isolerte etter hvert havner i, kan ligne en posttraumatisk stresstilstand slik det er beskrevet hos krigsfanger (Tyson, 1983).

Det er også rapportert at uttalt stress kan føre til vekttap (Suttger et al. 1990) og at det kan føre til visuelle hallusinasjoner (Siegel).

Hurley fant (1989) i et materiale av selvmord blant innsatte at faren for dette i varetekt var mye større enn etter at de innsatte hadde fått dom. De to første månedene var mest utsatt (ca. halvparten av pasientene begikk selvmord i denne perioden).

Isolasjon som tilpasning

Ut fra studiene til Harding og Zimmermann, der 208 mannlige fanger deltok, kan man anta at mennesker etter fengsling gjennomgår en tilpasningsreaksjon som gir psykiske symptomer. Disse vil for de fleste være forbigående, dersom det ikke foreligger spesielle sykdomsdisponerende momenter som kan bidra til et unormalt forløp. Under isolasjonen settes det imidlertid enda større krav til tilpasning. Den isolerte får ikke besøk, selv av sine nær-

meste. Han eller hun er avskåret fra brev- og telefonkontakt med familien. Cellen er det permanente oppholdssted. Her i landet er dette et rom på gjennomsnittlig 6,5 kvadratmeter. Den innsatte får lov til å lufte seg en time i døgnet, eller trene (dette er kun gjennomført i enkelte fengsler). All aktivitet foregår som en hovedregel i ensomhet. På cella kan han lese og se TV. I helt spesielle tilfeller kan den innsatte også være avskåret fra TV og aviser. Kontakten med andre mennesker er institusjonalisert prest. Under langvarig isolering kan Røde Kors sin visitortjeneste benyttes.

Det må antas at denne situasjonen stiller store krav til den enkeltes tilpasningsdyktighet og evne til å finne mestringsmekanismer innenfor de snevre rammene som er gitt.

I en annen sveitsisk studie (Volkart et al.) påviste man at varetekt (Einzelhaft) betyr mye som risikofaktor for psykisk lidelse, og at varetektsinnsette hadde betydelig risiko for hospitalisering i psykiatrisk sykehus. 10 % av de som ble innlagt på sykehus var psykotiske, 26 % reagerte pga. alkohol- eller stoffavhengighet og 64 % hadde nevrotiske reaksjoner. Sammenlignet med psykiatriske (ikke-kriminelle) pasienter, var varetektsinnsette som blant de andre hospitaliserte pasientene.

Psykologiske aspekter ved isolasjon

Isolasjon har et element av straff og avvísning ved seg. Benyttes isolasjon i forbindelse med varetekt, øker den utrygghetsfølelse som allerede oppstår under fengsling. Den isolerte har en sak hengende over seg som i mange tilfeller kan virke uklare. Han kan føle press fra to sider, påtalemyndigheten som krever tilståelse og medtaltale fra "miljøet" som krever taushet. Dersom flere er involverte og fengslet i saken, oppstår det ofte usikkerhetsmomenter om hva andre har forklart. (Sier man "for

mye", melder angsten for represalier seg. Har andre sagt for meget, risikerer man mer i retten enn det man kan stå for). At det kan oppstå konflikter av psykisk karakter her, er lett å tenke seg. Flere forfattere er inne på at den innsattes premorbide personlighet blir avgjørende for hvordan denne type konflikter kan løses. Grassian undersøkte 15 isolerte fanger i et amerikansk fengsel på begynnelsen av 80-tallet. Han fant at de innsatte mobiliserte ulike former for forsvarsmekanismer og mest vanlig var rasjonalisering, tilbaketrukkethet, benekting og fortrengning. Et vanlig utsagn var: "Solitary doesn't bother me". Dette overrasket ham. Han hadde forventet å finne at fangene ville aggraverer. Han fant et betydelig grad av selvmutilasjoner, og konfusjoner av lengere eller kortere varighet hos mange av de isolerte. En vanlig klage var også hukommelsesvansker. Han nevner at han etter hvert forsto at de fleste innsatte ikke var helt klar over hva som skjedde med dem.

Et annet psykologisk tema er selve skyldproblematikken. Her i landet har Leer Salvesen (1991) vært spesielt opptatt av skyldproblematikken hos personer som har begått alvorlige handlinger. Mens vinningskriminelle ikke føler noe skyld ovenfor et offer, men kan kjenne seg skyldig ovenfor sin familie pga. at det liv han har levd, beretter den som er skyldig i en voldshandling om en skyld som sprenger rettsalens begreper om straffeskyld. Han har et offer og bærer på en skyld i forhold til dette medmennesket. Dette kan ikke gjøres opp av den straffen som domstolen tilmåler ham. Han føler anger, han gjenopplever det øyeblikk da forbrytelsen skjedde. Den egentlige straff er å leve med at han har gjort dette forferdelige. Leer Salvesen tenker seg at visse forbrytelser er av en slik natur at de bærer straffen i seg.



Isolasjon og psykiatri

Det er enighet om at de fleste individer med en alvorlig sinnslidelse vil tåle denne situasjonen dårlig, men ikke alle vil være i stand til å vise dette like godt. Har fangen en psykisk tilstand preget hovedsakelig av negative symptomer (tilbaketrykthet, autisme etc.), kan en forverring av tilstanden være vanskelig å oppdage. Ser man derimot på de psykiatriske symptomene som oppstår hos mer jeg-sterke individer under isolasjon, er disse av en annen karakter. Det er sjelden at evnen til realitetstesting rammes. Der er det andre plager som dominerer.

I en pilotstudie (Gamman 1993) fant jeg i et materiale på 63 kun to tilfeller av psykose (men de med kjent sinnslidelse ble utelukket av studien). Noen rapporterte om hallusinatoriske opplevelser om natten. Det dreide seg da oftest om stemmer som kom og gikk, men det kunne en sjelden gang også være visuelle hallusinasjoner. Fangene forsto imidlertid hva dette var. Stemmene eller bildene førte sjelden til kontrolltap. De vanligste klagen av psykisk karakter var søvnløshet, konsentrasjonsvansker, angst og depresjon. Smerter var også en utbredt klage. Noe av dette kan forklares som psykalgi (low back pain og hodepine), noe som somatisering av psykiske konflikter, men på langt nær ikke alt.

Noen mistet kontrollen i korte øyeblikk og kunne da forsøke å skade seg. Det vanligste som skjedde var at man kuttet seg i håndleddet. Etterpå var det vanskelig å få frem en detaljert forklaring på hendelsesforløpet, de fleste ga uttrykk for at de ikke helt kunne forstå hva som hadde skjedd.

Psykosomatiske aspekter ved isolasjon

I den ovenfor nevnte pilotstudie (Gamman 1993) klaget mange over smerter fra øvre del av gastrointestinalltraktus, nakke, hode og thoraxmuskulatur (både bryst og rygg). Noen av fangene reagerte med høyt blodtrykk, og det ble observert tilfelle av anginoid besvær, hjertebank, TIA og syncope. Innsatte som hadde en kjent psykosomatisk lidelse fikk ofte forverring av denne under isoleringen. Det kunne se ut som om psykosomatiske symptomer økte med tiden i isolasjon, og at de økte på tross av medikamentell, symptomatisk behandling.

Isolasjon og kronisk stress

Triaden søvnforstyrrelser, smerter og depresjon er forenlig med de funn som er rapportert ved det såkalte "kroniske stress-syndrom". En teoretisk forklaring er at søvnevanskene over tid fører til forstyrrelser i hjernens serotoninmetabolisme. Når dette er etablert, kommer flere ulike reguleringsystemer i ubalanse. Psykosomatiske prosesser, nedstemthet og depresjon kan oppstå. Om dette er en gangbar tankemodell er om diskutert. Mange innsatte som har fellesskap er også nedstemte. Spesielt kommer dette til uttrykk når en samtaler med dem om fremtiden. Mange har også søvnevansker. Dette ble diskutert i studien fra Geneve (Harding et al. 1989) der man prøvde å differensiere mellom nedstemthet som tilstand og depresjon som sykdom. Det som her må være avgjørende er graden av nedstemthet. Påfallende mange av de som utvik-

⇒

ler depresjon under isolasjon, blir så dårlige at de blir behandlings-trengende. Kronisk stress er fra tidligere assosiert med utbrenthetssyndrom, fibromyalgi og diverse somatoforme lidelser. Man vet lite om senvirkningene av denne type tilstander. Noen forfattere later til å mene at det vil inntre en bedring etter ca. seks måneder, mens andre er inne på at senvirkningene kan bli varige. Når det gjelder eventuelt se-neffekter av isolasjon, finnes per i dag ingen forskningsresultater. De forfattere som har skrevet om dette, baserer seg mest på erfaringer med pasienter med posttraumatisk stress-syndrom, men det er neppe riktig å sette likhetstegn mellom det man opplever som isolert i fengsel og det man kan oppleve som krigsfange i en konsentrasjonsleir.

Men isolasjon har ulike konsekvenser avhengig av grad og varighet av isoleringen, premorbid personlighet samt den enkeltes evne til å mestre situasjonen. En rekke undersøkelser og observasjoner gir holdepunkter for både fysiske og psykiske effekter, og disse kan forklares som resultat av et samspill av flere uheldige faktorer. Selvom man foreløpig vet lite om isolasjon kan gi varige skader, er det etter min mening viktig å spørre om dette er en fangebehandling som er et moderne, humant samfunnsverdig.

I og med at leger kan risikere å måtte hjelpe til med behandling av lidelser som har oppstått som følge av psykisk belastende etterforsknings- og forhørsmetoder, mener han at leger i fengsel kan komme opp i etisk svært delikate situasjoner. Han viser til Tokyo-deklarasjonen av 1978, der det fremgår at leger ikke må delta i tortur eller andre former for brutal, inhuman eller nedverdiggende fangebehandling. Dette gjelder absolutt, uansett hva den enkelte kan ha gjort eller hvordan den ytre situasjonen er. Jørgensen mener at en lege som søker å lindre de lidelser som fanger blir påført som følge av strafferetts-

pleien - i dette tilfelle isolasjon - forbryter seg mot Tokyo-deklarasjonen. Hans løsning er å overse pasientens plager, og - slik jeg forstår han - , distansere seg fra problemstillingen ved ikke å gjøre noe. Dermed sikrer han seg nok i forhold til deklarasjonen, men han kommer i et underlig forhold til det å være lege (som den som har lovt å hjelpe, lindre og trøste). Sett i dette perspektiv risikerer fengselslegen av og til å komme opp i situasjoner der det å gjøre noe kan være galt, samtidig som passivitet også vil kunne få destruktive konsekvenser.

På Ullersmo hadde man for en tid siden denne konflikten "satt på spissen". Her løste man dette ved å nekte å kontrollere de isolertes helsetilstand rutinemessig. Derimot sa man seg villig til å gi behandling på anmodning fra tjenestemann eller fra den innsatte selv (Lindberg, skriv til Justisdepartementet). Jeg er selv av den mening at dette er en praksis som fungerer greit. Men jeg mener også at de etiske implikasjonene vedrørende isolasjon som fangebehandling går langt ut over det medisinske feltet. De rører ved selve rettsstatens grunnvoll.

Litteratur

- Amerikan Psychiatric Association*
DSM III Revised. Washington 1987.
- Eivind Berggrav:*
Fangens sjel- og vår egen. Forlaget land og kirke, Oslo 1928.
- Nils Christie:*
Pinens begrensning. Universitetsforlaget 1982.
- Alv A. Dahl:*
Enslige og ensomhet, - sosiale og medisinske aspekter. Medisinsk Årbok 1990.
- Michel Foucault:*
Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp 1991.
- Tor Gamman:*
Isolasjon og fangers helse. En pilotstudie, Utposten 1993.
- S. Grassian:*
Psychopathological Effekts of Solitary. American Journal of Psychiatry 1983 vol 140 nr. 11 s. 1450-54.
- Grunberger und Sluga:*
Funktionelles Psychosyndrom bei Freiheitsentzug. Wiener med. Wochenschrift 1968 nr. 45 s. 962-6.
- Harding and Zimmermann:*
Psychiatric symptoms, Cognitive Stress and

- Vulnerability Factors. A Study in a Remand Prison. British Journal of Psychiatry 1989.
- F.H. Hocking:*
Stress and Psychiatry. Medical Journal of Australia 1971 vol 2 nr. 17 s. 837-40. Human Reactions to extreme environmental Stress. Med. J. o Australia 1965, vol 12 nr. 12 s. 477-83.
- Mardi Horowitz:*
Stress-Response Syndromes: A review of Posttraumatic an Adjustment Disorders. Journal of Hospital and Community Psychiatry, 1986, vol. 37 s. 241-49.
- Hurley:*
Suicides by Prisoners. Medical Journal of Australia 1989 aug. 21 vol 151 s. 188-90.
- Last:*
Schlafstörungen in einer Asylierungs-situation. Zeitschrift für Gerontologi 1979 vol 12 nr. 3 s. 235-47.
- Lindberg, Paulsrud og Horndalsveen:*
Legers tilsyn med innsatte som sitter isolert. Brev til Justisdepartementet av 120187. Finn Jørgensen: Isolationssyndromer, ugeskrift for læger 1990 vol. 152 nr. 24 s. 1755-7.
- Haakon Lærum:*
Ulvens ansikt - isolasjonsfængsling. Ugeskrift for læger, 1990 vol 152, nr. 24 s. 1755-7.
- N. Pålsson:*
Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study. Acta Psych. Scand. 1988.
- Stein Opjordsmoen:*
Somatisering og hypokonderi. Medisinsk Årbok 1990.
- Paul Leer Salvesen:*
Menneske og straff. Universitetsforlaget 1991.
- Saugstad:*
Helsetilstanden blant norske langtidssonere. Tidsskr for Nor Lægeforening nr. 8-9 1980.
- Scott and Gendreau:*
Psychiatric Implications Of Sensory Deprivation In a Maximum Security Prison. The Canadian Journal of Psychiatry - 1978.
- R. Siegel:*
Hostage hallucinations - visual Imaginary induces by Isolation and Stress. Chicago Journal of Nervous and Mental Diseases 1984 vol. 172 s. 264-72.
- Tanay:*
Psychiatric Morbidity and treatment of Prison Inmates. Journ. of forensic sciences. 1973 vol 118 nr. 1 s. 53-9.
- G.A. Tyson:*
Stress and detention, South Africa Medical Journal 1984, vol 64 nr. 22 s. 858-9.
- Karl Erik Törnquist:*
Reaktionssatt i hакten og fangelser. Läkartidningen 1967 vol 64 nr. 3151-61.
- Venzlaff:* Akute und chronische psychiatrische Syndrome nach Extrembelastungen. Medizinische Klinik 1967 nr. 18 s. 701-6.
- Volkart, Rothenfluh, Kobelt, Dittrich und Ernst:*
Einzelhaft als Risikofaktor für psychiatrische Hospitalisierung. Psychiatria clin. 1983.



Tekst: Tor Gamman

Om isolasjon og fangers helse

Jeg har siden 1985 arbeidet som tilsynslege i en bistilling ved Kristiansand kretsfengsel. I løpet av denne tiden har anstalten i økende grad blitt et varetektsfengsel der en del av de innsatte holdes isolert i sosial forstand ved at de ikke kan ha kontakt med andre. Den vanligste formen for isolasjon i norske fengsler i dag er den såkalte "forbudsisolasjonen", eller varetekt med brev- og besøksforbud eller kontroll. Dette er en administrasjonsform som ilegges av Retten for å sikre at den siktede ikke skal kunne påvirke politiets etterforskning. Tidsrammen for denne type isolasjon kan erfaringsmessig variere betydelig. Rettsikkerheten for den siktede ivaretas ved at en eventuell forlengelse av isoleringen må behandles av en domstol før tiltaket kan iverksettes.

Som lege i fengsel ble det for meg tidlig klart at de varetektsinnsatte utgjorde en spesielt utsatt gruppe hva helserisiko angikk. Dette er også kjent i fengselsmiljøene fra tidligere. Varetektsperioden er preget av stor grad av usikkerhet, stress pga. etterforskning, siktelse, omstilling fra frihet til fengsel, inaktivitet etc. I tillegg så det ut som om de som fikk "brev- og besøksforbud", var helse-

messig sett mer utsatt enn de andre, og det var nærliggende å anta at dette ihvertfall delvis var forårsaket av isolasjonen.

For å kartlegge dette bedre hadde jeg fra 1988 til 1991 kontakt med de fleste av de varetektsinnsatte som i en kortere eller lengre periode var isolerte. Dette skjedde parallelt med den kliniske hverdag. Samtidig som jeg prøvde å registrere hva som skjedde med disse innsatte relativt objektivt og systematisk, var jeg også lege for dem.

Materiale og metode

Før registreringen tok til orienterte jeg meg i eksisterende litteratur om isolasjon. Det jeg var spesielt observant på, var konsentrasjonsevne, døgnrytme, evne til realitetstesting og søvnforstyrrelser. Det ble ikke foretatt noe systematisk utvalg da det etter min mening var viktig å få kontakt med så mange som mulig. Det var imidlertid ikke alle fangene som ønsket kontakt med helsetjenesten, og det har også vært visse problemer med oppfølgingen da endel av de varetektsinnsatte ble flyttet til andre anstalter pga. etterforskningen.



Undersøkelsen fant sted i et krets-fengsel i Søndre fengselsdistrikt. Jeg antar at den populasjonen som varetektfengsles i denne anstalten, er representativ for en norsk varetektspopulasjon. Praksis er jo at varetektsinnsatte i hovedregelen fengsles i nærheten av det stedet der de påklagede handlinger blir begått.

63 fanger, 3 kvinner og 60 menn i alderen 19 til 53 år, ble undersøkt klinisk. I tillegg har jeg spurt relativt løst om hvordan de oppfattet sin situasjon. Innsatte med kjent sinnslidelse i anamnesen ble utelukket. Dette gjaldt også fanger som var delirtruet og fanger med svært atypisk fengselsadferd, karakterisert av svær regresjon og ekstreme selvdestruktive handlinger.

Jeg har vært spesielt interessert i å få frem isolasjonstypiske symptomer eller plager, men jeg har ikke hatt måleinstrumenter til rådighet for å kunne gradere intensiteten av et spesielt symptom. Det viste seg snart at de innsatte rapporterte mange ulike plager, og jeg fant det i denne studien tilstrekkelig å telle antall plager hos den enkelte fange.

Resultater

Pasientene satt isolert i perioder fra 3 til 24 uker. Gjennomsnittet for hele populasjonen var ca. 7 uker.

44 pasienter fikk *søvnvansker*, og disse debuterte i regelen i løpet av de første 4 ukene.

18 pasienter rapporterte om *konsentrasjonsvansker* av et slikt format at de fant det vanskelig å lese eller følge logiske resonnementer.

19 av de innsatte klaget over *gastrialgi eller gastritlignende symptomer* og ble behandlet med antacida.

29 av pasientene klaget over *smarter i muskulatur, hode og thorax*.

Åtte av pasientene utviklet symptomer fra *hjerne-kar-systemet*. Det dreide seg om et tilfelle av TIA, et tilfelle av syncope samt 6 tilfeller av BT-økning. 3 av denne gruppen måtte innlegges i sykehus. Gjennomsnittsalderen for de som reagerte med denne type symptomer var 34 år, den yngste 28, den eldste 51 år.

28 pasienter rapporterte om *angstplager*, 18 ble *deprimerte*, 8 foretok seg *selvmutilerende handlinger* (hovedsakelig ved å kutte seg) og to pasienter utviklet psykose, begge etter lang tids isolasjon. Den ene av disse utviklet etter 10 ukers isolasjon *paranoide symptomer* og måtte hospitaliseres. Den andre satt isolert i 24 uker. Han ble på slutten av denne tiden forvirret, men kom seg raskt på Trilafon.

I gjennomsnitt registrerte man 3 klager hos hver fange, 4 fanger var helt uten klager. Tre av fangene klaget over 7 ulike plager. 17 hadde 4 ulike symptomer eller mer. Disse 17 satt i gjennomsnitt isolert i 9,5 uker.

Diskusjon

Ut fra et "cost benefit-synspunkt" har metoden vært gunstig. Men det er mangelfullt at data er blitt samlet inn uten å ha mer strukturerte metoder enn den kliniske "setting". Jeg har ikke hatt noen utgangssituasjon og vet lite om hvilke plager de innsatte på forhånd kan ha hatt. Disse registreringene er gjort parallelt med det daglige kliniske arbeid, og jeg kan her se rolleproblemer eller konflikter mellom den pålagte legerollen og den "selvvalgte" forskerrollen. Jeg mener at problemstillingene her er såpass viktige og ressursene i fengselshelsetjenesten så små, at det likevel har vært riktig å gå i gang med dette. Det kan ikke utelukkes at jeg i iveren etter å samle inn data, kan ha påvirket resultatene, men det dukket opp tendenser i studiene som jeg på forhånd ikke (så tydelig) hadde forventet. Hensikten med undersøkelsen har da også vært

å fremskaffe arbeidshypoteser som jeg kan følge opp i fremtiden under mer kontrollerte former.

Ut fra foreliggende litteratur hadde jeg i hovedsak forventet å finne psykiske forstyrrelser som resultat av isolasjonen. Men mange av funnene må kunne tolkes mer innenfor en psykosomatisk (stressteoretisk) modell. Dette er ikke entydig beskrevet tidligere, såvidt jeg kjenner til. Jeg tenker spesielt på smertene som nesten halvparten av individene har hatt, symptomene fra hjerte-kar-systemet, og de gastrointestinale plagene som later til å ramme nesten en tredjedel. For meg var dette overraskende. Spesielt isolasjonens relasjon til smerter, bør reise viktige spørsmål både av medisinsk, juridisk og humanitær art.

Når det gjelder de psykiske reaksjonene så dominerer søvnforstyrrelsene, men også tendensene til depresjoner er fremtredende ved at en tredjedel av fangene klaget over dette.

Ser man på triaden smerter, søvnforstyrrelser og depresjon, er dette forenlig med de symptomer som er beskrevet ved det "kroniske stress-syndrom". De innsatte er under press fra etterforskere og medskyldige. Noen sliter med samvittighets-kvaler og skyldfølelse, og de har små muligheter for å avreagere i den livssituasjonen de er i. For mange er varetekten en helt ny situasjon, med de krav til omstilling og tilpasning som dette medfører.

De innsatte har også rapportert andre psykiske plager. Ut fra hva jeg hadde forventet, var innslaget av alvorlige psykiske lidelser overraskende lite. Det ble registrert 8 selvmutilasjoner. Disse var imidlertid, slik jeg oppfattet dem, av appellerende karakter og hadde intet suicidalt preg. Tilslutt bør nevnes at det ser ut til at enkelte også tåler isolasjon godt. En av de to som satt lengst isolert av alle, nemlig i 24 uker, hadde

kun en forbigående periode med nedstemthet. Ialt 4 av de som deltok var helt uten helsemessige plager.

På bakgrunn av denne studien vil jeg formulere følgende hypotese:

1. Isolasjon i fengsel later til å ha flere skadelige effekter på de innsatte.
2. De symptomene som de innsatte utvikler er forenlig med et kronisk stress-syndrom der smerter og søvnforstyrrelser dominerer.
3. Skadevirkningene later til å øke med tiden. Jo lenger isolasjonen varer, jo større er risikoen for at helsen påvirkes på en uheldig måte.
4. Toleransen for isolasjonens skadelige virkninger er individuell.

Litteratur

Alv A. Dahl:

Enslige og ensomhet - sosiale og medisinske aspekter. Medisinsk Årbok 1990.

Stein Oppjordsmoen:

Somatisering og hypokonderi. Medisinsk Årbok 1990.

Yngve Hammerlin:

Selv mord i norske fengsel 1956 - okt. 91. Krustrapp nr. 1 1992.

American Psychiatric Association:

DSM III revised. Kapitlene om Adjustments disorders, personal disorders og somatoform disorders. Washington 1987.

Anthony Harding/Erwin Zimmermann:

Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors. A study in a remand prison. British Journal of Psychiatry 1989.

Helen Herrmann, Patrick Macgorry, Jennifer Mills and Bruce Singh:

Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners. American Journal of Psychiatry, feb. 1991.

K. Tomasevski, McGill Center for Medicine, Ethics and Law:

International Standards on Prison Health. Seminar on Prison Health Services, 24-27/09/91, Tampere, Finland.

Utpostens essaykonkurranse 1993

Konkurranseregler :

For 9. gang inviteres UTPOSTENS lesere til å være med i konkurransen om essayprisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artiklene må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptbearbeidelse :

Det vises til UTPOSTENS forfatterveiledning gjengitt i UTPOSTEN 1/93 (s. 47). Kan forøvrig fås ved henvendelse til UTPOSTENS sekretariat (se s. 50 i dette nr.). Se forøvrig neste punkt.

Tidsfrist :

Manuskriptene sendes til UTPOSTEN, RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 JESSHEIM, og skal være redaksjonen i hende senest innen 15. august 1993.

Manuskriptet vil bli behandlet anonymt. Forfatterens navn skal derfor ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet, og vedlagt manuskriptet skal det følge en lukket konvolutt. Konvolutten merkes utvendig med manuskriptets tittel, og inni konvolutten ligger opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer.

Premiering :

Manuskriptet vil bli vurdert av en jury som kårer inntil 2 vinnere av konkurransen. Juryen består av Åsa Rytter Evensen, Inger Marie Steinsholt, Ivar Aaraas og Ola Lilleholt.

Vinneren(e) vil bli tildelt UTPOSTENS diplom og en samlet premiesum på Kr. 10.000. Vinnerbidraget vil bli trykket i UTPOSTEN, og UTPOSTEN forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essayene.

Ytterligere opplysninger om essaykonkurransen 1993 fås ved henvendelse til en av redaktørene eller UTPOSTENS sekretariat (se s. 50 i dette nr.).

Tanker om behandling og oppfølging

Frimodig ytring fra brukersiden

Tekst: Solveig Sindre

Illustrasjon: Finn Egil Eide



Solveig Sindre er født i 1934. Hun kommer fra Lillehammer, men har bodd i Stryn de siste 32 år. Hun er lærer og gårdbruker og har hatt mange vidtspennende verv i ulike lag og organisasjoner. Hun har betydelig erfaring som pasient med ulike, til dels alvorlige sykdommer. På grunnlag av opplevelser etter et hjerneslag ga hun i 1992, sammen med billedkunstneren Finn Egil Eide, ut boka "Kontraster på søk i et rasskadd hjerne-landsskap". Diktet "Behandlere" er hentet derfra. Som et bidrag til den pågående kvalitetssikringsdebatten har Utposten bedt henne komme med en ytring om kvalitet i helsetjenesten slik en bruker ser den.

Med et langt, og etter hvert allsidig synderegister som pasient, har jeg gjort mange erfaringer. Følgende dikt er skrevet i akuttfasen under en alvorlig sykdom.

Behandlere

*Kapasitet
i behandling,
hva er det?
Er det å få unna
pasientkøen
kjølig,
raskt og
effektivt,
eller omfatter det også
evne og vilje
til å formidle
støtte,
trygghet,
tro på pasientens
egne ressurser?
Hva vet jeg?
MEN JEG VET !*

Jeg skriver ikke denne artikkelen for ensidig å kritisere eller belære. Jeg er fullt klar over at legeyrket er krevende og vanskelig. Ikke minst står primærlegene daglig overfor store utfordringer. Hun/han skal gjennom sin arbeidsdag møte en rekke vidt forskjellige mennesker med ulike sykdommer og symptomer, og med store variasjoner i behovet for behandling og menneskelig kontakt.

Jeg skriver fordi jeg ønsker å formidle noen av mine opplevelser og refleksjoner omkring pasienten og legen. "Den vet best hvor skoen trykker som har den på". Jeg vet hvordan det er å være pasient. Legen vet hvordan det er å være lege. Men en viss evne til innlevelse, mer eller mindre utviklet, har de fleste av oss. Mine erfaringer er gjort av meg, men de har mye til felles med det andre har opplevd. Ikke minst gjelder det slagpasienter og deres pårørende som jeg har hatt mye kontakt med siste året.



Pasienter er ulike - det samme er leger

Pasienter som kommer til legen eller med et mangfold av forventninger. Realistiske, så vel som urealistiske. Positive, til liks med negative. "Dette er en bagatell. Legen finner nok en råd". "Ja ja, jeg kan jo gå til legen, men tilfellet mitt er håpløst. Meg kan ingen hjelpe". "Jeg er kanskje alvorlig syk, men legene er så flinke i dag. Det fins så mange gode medisiner, så jeg får nok hjelp".

Noen har alt i utgangspunktet gjort seg opp en bestemt mening om sykdommen. Har stilt diagnosen og bestemt behandlingen. Legen skal bare godkjenne, skrive ut de nødvendige resepter og ordinere videre oppfølging. Kort sagt, strø sand på.

Motstykket er de usikre og redde, med uklare opplevelser av symptomer og årsakssammenhenger. De har vansker med å sette ord på følelser og fornemmelser, er vage og lite konkrete i sine beskrivelser.

"Doktoren skjønner det bære hell du", er deres innstilling. Også i våre dager fins det mange med denne holdningen. Særlig hvis sykdommen har tatt fra dem mye av selvspekten og tiltroen til egen vurderings-evne. De føler seg små og hjelpeløse overfor legen og hans viten og autoritet.

Mens jeg arbeidet med denne artikkelen rant det meg i hu et av Per Aabels glansnumre om piketyper. Jeg falt for fristelsen til å lage en variant over temaet leger.

Sjablong-leger

*Den arrogante lege,
den sjarmane lege,
den ikke så lite bastante lege.*

*Den snille lege,
den milde lege,
den av og til sinte og ville lege.*

*Den kjappe lege,
den knappe lege,
den stilige in-og-jappe-lege.*

*Den tiende lege,
den biende lege,
den trygge, angstbefriende lege.*

*Den bestemte lege,
den forskremte lege,
den "hva-var-det-jeg-nettopp-
glemte-" lege.*

*Den reserverte lege,
den konsentrerte lege,
den temmelig sofistikerte lege.*

*Den svære lege,
den sære lege,
den trå-meg-ikke-for-nære-lege.*

*Den lyttende lege,
den beskyttende lege,
den ofte formanende,
hyttende lege.*

*Den pikante lege,
den militante lege,
den i egne øyne briljante lege.*

Lista kan kompletteres i det uendelige. Heldivis lar det seg ikke gjøre ved hjelp av disse tøvede sjablongene å konstruere sin ønskelege. Virkeligheten ser ganske annerledes ut. Både lege og pasient må forholde seg til den situasjonen som er reell. Likevel er illusjonen en tankevekker. Min påstand er at den ideelle legen er den som får til det mest fruktbare samarbeid med pasienten ut fra de forutsetninger som er tilstede.

⇒

Idealpasienten - fins han?

Ønskepasienten er kanskje den som har sjølinnsikt, har gjort sine observasjoner og kan formidle disse til legen. Samtidig erkjenner han legens kompetanse. Forstår konsekvenser av sykdom og behandling. Han innordner seg deretter, men stiller ikke med urealistiske forventninger. Mange av oss kan fungere på den måten selv under alvorlig sykdom hvis oppfølgingen er god nok. Men den må skje i en trygg atmosfære der pasienten stoler på legen, og legen vet hvor han har pasienten.

Kontinuitet

Et slikt forhold utvikler seg ikke uten at pasient og lege har kontakt over tid. Men da kan legen ved tålmodighet og innsikt bygge bru over avstander og moderere holdninger. Dette er en mulighet allmennpraktikeren/primærlegen har i langt større grad enn sykehus-spesialisten.

Tid

Legen må ha tid til pasienten, noe som kan være mangelvare når venterommet er fullt og oppgavene mange og krevende.

Til stede

Mange pasienter vil ha forståelse for og avfinne seg med at legen enkelte dager har mindre tid for dem enn de kunne ønske. Men er tida knapp, er det desto viktigere at legen "er fullt og helt tilstede". At han er i stand til å konsentrere sin oppmerksomhet om pasienten. Syke mennesker føler seg prisgitt legen. Ofte fører situasjonen til at de blottstiller seg på en måte en ellers ikke gjør. Uoppmerksomhet fra legens side kan da føles som en nedvurdering og avvisning. Selv har jeg opplevd, i en for meg alvorlig situasjon, at legen i øyeblikket var mer opptatt av en fuskende datamaskin enn av mine problemer.

Det vil også bli godtatt av mange at legen kan ha sine dårlige dager og reagere med irritasjon og oppgitthet.

Men signalene som blir utsendt tolker pasienten ut fra sine forutsetninger. Er det allerede etablert et godt tillitsforhold mellom pasient og lege, vil slike "dårlige dager" trolig spille mindre rolle. Er forholdet derimot fjernt, nyetablert eller anstrengt, vil det neppe tåle påkjenningen. Pasienten føler seg avvist og søker om mulig en annen lege. Mange ser kanskje en utvei i en eller annen form for alternativ behandling.

Medmenneske og behandler

Legen har sin faglige kompetanse basert på utdanning og erfaring. Han/hun har også sin personlighet. Kombinasjonen personlighet/faglig bakgrunn utgjør *mennesket legen*. Dette til forskjell fra en elektronisk diagnostiseringsmaskin.

I utgangspunktet går vi til legen for å bli kvitt våre plager. Legens ønsker faller i så måte sammen med våre. Men ikke alt lar seg kurere. Mange må godta et liv med kronisk sykdom. Kanskje med store plager og sterke smerter over lang tid. Faller dette sammen med høy alder, kan døden i mange tilfelle bli betraktet som en befrier. Men ofte skjer det at et yngre menneske får en sykdom der prognosen peker mot døden. Da blir det legens oppgave å formidle det alvorlige budskapet. I tillegg må han følge pasient og familie i den tunge sistefasen og stå dem bi i sorgarbeidet.

Jeg mener at primærlegen, som ofte har kjent de involverte i en årrekke, er den rette til denne oppgaven. Jeg har opplevd leger gjøre det på en så verdig og fin måte at det har grepet meg. Tror også jeg vet litt om hva det har kostet dem.

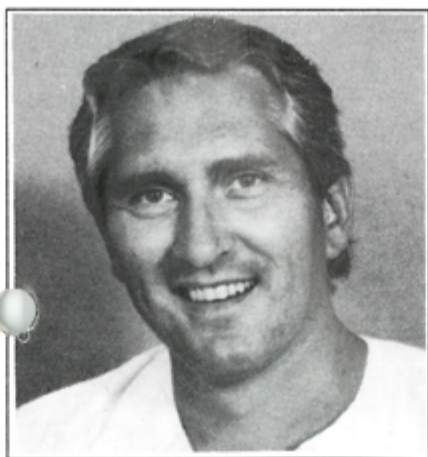
Som nevnt i innledningen har jeg selv hatt alvorlige sykdommer og kommet gjennom dem uten å bli knekt. Livsviljen har hele tiden vært tilstede og er blitt stimulert gjennom leger jeg har møtt. Alvoret i syk-

dommen er jeg blitt informert om, men samtidig er det blitt framholdt hvilke muligheter som ligger i min egen vilje til å bli frisk. Den legen som også i kriser er i stand til å formidle tro på mine ressurser, er den ideelle legen for meg.

○

Hva er naturlig nakenhet?

Tekst: Erik Kreyberg Normann
Illustrasjon: R. Tucker



Erik Kreyberg Normann, f. 1956. Cand.med 1983. Spesialist i pediatri 1991. Seksjonsoverlege ved seksjon for seksuelt misbrukte barn, Barneavdelingen ved Aker sykehus. Han har jobbet med seksuelt misbrukte barn siden 1986, og var med å starte mottaket for seksuelt misbrukte barn, som i 1992 ble egen seksjon. Holder på å skrive en lærebok for lærere og førskolelærere/barnehageansatte om temaet seksuelle overgrep mot barn, som skal komme ut i år. Det pågår forskingssamarbeid med Odontologiklinikkene og Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo, samt Seksjon for epidemiologi ved Statens institutt for folkehelse.

Det siste 10-året har det blitt en voldsomt økt oppmerksomhet mot seksuelle overgrep mot barn. I det hele tatt har det skjedd betydelig fokusering på overgrep generelt. Først snakket man om barnemishandling deretter seksualisert vold mot kvinner og nå etterhvert seksualisert vold mot barn.

For ikke lenge siden sendte Helsedirektøren ut et rundskriv der man kontant slår fast at inspeksjon av genitalia skal avsluttes ved 1 års alder. Etter dette skal genitalia kun undersøkes på indikasjon. Dette betyr at det ikke er lov til å gjøre en full kroppsundersøkelse av barn på helsestasjonen ut over 1 års alder. Hvor er det egentlig helsevesenet er i ferd med å bevege seg?

Gjennom de siste 20 årene har samfunnet utviklet seg betydelig med tanke på seksualitet, nakenhet, spørsmålsstilling til kjærlig osv. Det er ikke mere enn en generasjon siden at det var uanstendig og helt uhørt for kvinner å sole seg toppløs. I dag er dette for mange fullt ut akseptert og moderne kvinner ser det som et krav at de skal få lov til å vise en bar overkropp. Når det gjelder nakne barn så har imidlertid samfunnet stort sett alltid sett en na-

ken barnekropp som noe helt naturlig og selv i de mest bluferdige miljøene har ikke en naken barnekropp vekket anstøt.

Også på helsestasjonen har man vært opptatt av at barna skal få et så naturlig forhold til kroppen sin som mulig. Det er dessverre slik at enkelte barn fødes med misdannelser og selv disse bør ha et så naturlig forhold til sin kropp som mulig. At barna springer rundt mer eller mindre avkledd på helsestasjonen er det ingen som har reagert på, tvert imot har helsepersonell oppfordret til at barna skal oppfatte det å komme på helsestasjonen som noe positivt. enkelte steder har man til og med tøyd helsestasjonsgrensene opp i tenårerne, der man har ungdomshelsestasjoner. Noe av hele poenget med slike ungdomshelsestasjoner er nettopp at det å komme på helsestasjon skal være et sted man trygt kan bevege seg, diskutere problemer med fagfolk, få råd og veiledning i forhold til kroppen og helsen sin.

Med det nye rundskrivet fra Helsedirektoratet er det altså ikke lenger tillatt å undersøke barn rutinemessig i anogenitalområdet. Det er dessverre enkelte barn som har unormale funn i genitalia uten at dette har noe

med seksuelle overgrep å gjøre. Disse funnene kan være forholdsvis symptomatiske og vil derfor ikke bli oppdaget dersom genitalia ikke undersøkes rutinemessig. Blant annet vil dette kunne være labial adhesjon. Labial adhesjon er en sammen voksning av de små kjønnsleppene som kan være mer eller mindre fullstendig. Dersom kjønnsleppene har vokst sammen nesten helt fortil vil det medføre at introitus og vagina fylles opp med urin under miksjon. Etter avsluttet miksjon vil deretter urinen piple sakte ut gjennom den lille åpningen, noe som medfører at undertøyet stadig blir fuktig av urin. Mange barn sier lite til foreldrene om dette i den grad de i det hele tatt har registret det selv, noe de sier fordi de synes det er flaut. Ofte medfører dette lukt som kanskje jevnaldrende i barnehage eller på skolen har reagert på. En annen ting er at en slik labial adhesjon kan medføre betydelige problemer ved inntrått menstruasjon og senere samleie. Det vil være langt vanskeligere å rette på slike problemer i en alder av 13-14 år enn i 3-6 års alderen. Ovenfor er kun nevnt et enkelt eksempel. I tillegg kommer alle de barn som er plaget med bleiederma-titt og sårhet forøvrig. Dersom foreldrene ikke spesifikt nevner at dette er et problem finnes det altså ingen indikasjon for å undersøke barna og derved får helsepersonell ikke oppdaget lidelsen og gitt de nødvendige råd og behandling. Adrenogenital-syndrom er ingen hyppig lidelse, imidlertid vil en klitorishypertrofi ofte være det første, og kanskje det eneste symptomet på sykdommen. Sykdommen vil derfor ikke kunne bli oppdaget med mindre det gjøres ved rutinemessige undersøkelser.

Selve anogenitalundersøkelsen gjøres som en del av en hel kroppsundersøkelse. Det vil si at man inspiserer i ører, munnhule hvoretter det lyttes på hjerte, lunger og kjønn på magen, før man inspiserer anogenitalområdet som en naturlig del av kroppen og på vei nedover mot beina. De minste barna, opp til 2 års alderen ligger med fordel i mors fang. De større undersøkes best lig-

gende på benk. Det er ikke nødvendig å ha barna helt nakne og ofte pleier jeg å la dem få på seg t-skjorte eller liknende før genitalområdet undersøkes. Dette fordi noen synes kanskje det er litt ekkelt å ligge totalt avkledd på en benk. Dette må altså vurderes i hvert enkelt tilfelle, og her må hver enkelt lage det som for seg selv er en naturlig rutine.

De barna som ligger i mors fang ligger best på ryggen med optrukne hofter og knær. Det beste er å la mor holde omkring knehasene og trekke bena oppover og til siden. Når det gjelder selv genitalia vises det som anført nedenfor.

Når det gjelder anus kan man også i hovedsak også se nedenfor, men det er viktig å være klar over at når barnet blir liggende i denne stillingen lenger, opptrer et økt intra abdominalt trykk, noe som vil medføre en viss stuvning av venene i distale del av rectum. Dette kan blant annet sees ved økt venetegning omkring anus. Det er viktig å være klar over dette fordi økt venetegning i anus ellers kan være et suspekt funn i forhold til seksuelle overgrep i anus.

De større barna ligger altså på benk og ligger med optrukne hofter og knær. Jeg pleier ofte å be barna om å sette fotsålene mot hverandre for på denne måten kommer ofte knærne helt ned i benken. Dette gir god oversikt over genitalområdet på så vel gutter som jenter. Når det gjelder gutter undersøkes forhuden for arforandringer, spesielt bør man merke seg om preputis er arraktig eller ikke. Ved kraftig onanering kan frenulum preputi ryke. For øvrig sees det etter merker eller hudavskrapning i og omkring penis og scrotum. Det kjønnnes etter om testiklene er nede på begge sider og om forholdene omkring scrotum forøvrig er normal.

Når det gjelder jenter så inspiseres de store kjønnslepper først med tanke på evt. hudforandringer. Ofte kan det være en viss rødhet mellom de store kjønnsleppene, men dette begrenser seg til det området som er mellom kjønnsleppene frem til fri

hud. De store kjønnsleppene trekkes deretter til side for å gi et inntrykk av de små kjønnsleppene. Det er deretter viktig å ta et godt klypetak i de store kjønnsleppene mellom tommel og pekefinger på hver side. Man klyper litt bakenfor midten og trekker mot seg, litt til siden og nedover. På denne måten suges det luft inn i vagina slik at bakre vaginalvegg slipper. På denne måten tegnes konturen av jomfruhinnen relativt tydelig mot den svarte åpningen man får inn i skjeden.

Det er viktig å legge merke til jomfruhinnens tværradius i mm og jomfruhinnens form forøvrig. Jomfruhinnen skal hos jenter i god tid før pubertet være helt jevn og glatt og har oftest en U-form. Det kan godt mangle jomfruhinne eller hyminalvev mellom kl 10 og 02, altså like under bakre del av urethral-åpningen. Det er normalt å se en recess på hver side av urethra, av og til kan disse være relativt dype og det kan se ut som om det er tre urinrørsåpninger. Hos jenter i 3-6 års alderen er det oftest ikke noe utflod annet enn en tynn klar væske, oppover mot pubertet øker denne til mere hvitlig, litt mere tykflytende form. Rutinemessig tas det ikke bakteriologiske prøver.

Når det gjelder anus undersøkes denne ved å trekke seteballene fra hverandre. Man ser da på anus sli-hinnerelieff og spesielt er det viktig å legge merke til furene i slimhinnen. Det foreligger radiære slimhinnefolder og disse er som regel symmetrisk og jevnt fordelt bortsett fra at det ofte er færre kl 12 og kl 06. Fargen på hud og slimhinnen skal være jevn og det er vanligvis ingen økt venetegning. Av og til kan det foreligge en liten slimhinnfold eller marisk i midtlinjen. Når seteballene trekkes fra hverandre skal dette skje ved at tommelen holdes parallell med rima internates. Fingrene skal ikke presses radiært mot anus. Fingrene holdes tvert imot ut på yttersiden av nates slik at altså tommelen ligger parallell. Seteballene kan holdes fra hverandre 15-30 sekunder



for å se om endetarmsåpningen evt. åpner seg. Små fissurer i slimhinnen som er smale og går parallelt med slimhinnefurene er oftest forårsaket av store avføringer og registreres som normalt.

Ovenfor er det endel detaljer anført som ikke hører hjemme i en naturlig uproblematisk inspeksjon av genitalia. De er imidlertid nevnt for at undersøkelsesteknikken skal kunne være rimelig komplett også der man

ønsker å se mer i detalj på genitalia. Personlig mener jeg at det er viktig å danne seg et bilde av utviklingen av genitalia hos så vel gutter som jenter, også utover 1 års alderen. Jeg mener også at det er uheldig at man nå på en måte har kriminalisert undersøkelser ut over 1 års alderen dersom det ikke foreligger indikasjon i form av symptomer. Dette er et betydelig tilbakeskritt for barns ve og vel. Jeg synes det er svært mange ting man bør kunne diskutere av det

som gjøres på helsestasjonen, dersom alt det som der skal gjøres kun skal utføres på indikasjon. Hvor mange ganger finner man egentlig hjertefeil på barn etter nyfødtp perioden eller uten symptomer?

Det er så vidt jeg vet rutine å lytte på hjerte ved samtlige helsestasjonskontroller og ved 1 klasse undersøkelse. Jeg vil være den første til å innrømme at en nøye gjennomgang av hva man bør gjøre på helsestasjonen kan være svært hensiktsmessig. Jeg mener imidlertid at man nå har forkludret hele debatten omkring seksuelle overgrep mot barn. Vi som har jobbet mye med seksuelt misbrukte barn har lenge prøvd å tone ned samfunnets noe aktive engasjement i forhold til problematikken.

Seksuelle overgrep mot barn er dessverre et relativt hyppig forekommende problem, men det er ikke hyppigere enn at de fleste barn som undersøkes på en helsestasjon på ingen måte har vært utsatt for noe overgrep.

Faren for at man derved skulle stigmatisere barn feilaktig er ikke stor dersom barna undersøkes rutinemessig. Faren er imidlertid langt større nå fordi dersom man nå først undersøker et barn, skal det altså være grunn til det. Jeg tror mange foreldre vil bli bekymret om nettopp deres barn er av dem som blir undersøkt uten trusen på.

Helsedirektoratet har altså sendt ut et rundskriv som vi er nødt til å forholde oss til. De har imidlertid valgt å sende ut rundskrivet uten en faglig debatt i forkant. Denne debatten får vi derfor ta i etterkant for så og håpe at vi kan vinne tilbake noe av det vi i mange år har kjempet for å få, men som ved et enkelt slag ble tapt. Jeg tenker da nettopp på barn og foreldres holdning til egen kropp, til å ta vare på den og til å ha et positivt og åpent samarbeid med helsepersonellet på helsestasjonen og skolen.



Politikere og legestand trenger markante samfunns- medisinere!

Mange samfunnsmedisinere har fått mye ut av omstillingene i helsetjenesten. De ser fortsatt en rekke meningsfulle arbeidsoppgaver og er optimistiske med tanke på rolle og tilgang til beslutningsprosessene.

Tore Ytterdahl er født i 1942. Cand.med. fra Tyskland i 1969. Noen år som distriktslege i Namskogan i Nord-Trøndelag, før familien flyttet til Lillesand. Der har han vært distriktslege, helsesjef fra 84 og helse- og miljøvernsjef fra 88. En periode ass. fylkeslege og MHA i Oslo.



Foto: Lillesandposten

Vi fanger en travel Tore Ytterdahl mellom møter i spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin og i redaksjonskomitéen for utdanningshåndboka i samfunnsmedisin. Han forteller om "en høy bunke med Legeforeningskonvolutter", som han i perioder prøver skygge unna, men samtidig forteller han med stor entusiasme om gleden ved å være med i arbeidet om utviklingen av samfunnsmedisinen. Som leder i spesialitetskomitéen er han involvert i mye av dette arbeidet og hans synspunkter veier tungt. Han har vært samfunnsmedisiner i mange år, og fikk i 1991 Folkehelseprisen for sitt arbeid. Fra 1988 troner han som landets første og vel eneste helse- og miljøvern-
 of. Han deler sin tid mellom kura-
 lert arbeid, tilsynslegevirksomhet i sykehjem og samfunnsmedisinsk arbeid.

Medisinsk kunnskap må målbæres.

Han har altså en kombinasjonsstilling som ingen andre, og vi spør om vi trenger leger som er spesialister i samfunnsmedisin?

- I et tidligere intervju i *UTPOSTEN* sa fylkeslege Kolbjørn Øygard at som en konsekvens av legers tilbaketrekking til diagnostisering og behandling av sykdommer i et høyt spesialisert helsevesen er leger kommet for langt bort fra samfunnets styringsystemer. Dette tror jeg er en riktig beskrivelse, og jeg tror det er en uheldig situasjon. Den medisinske kunnskap må være en naturlig del av beslutningsgrunnlaget for politikerne, som er de viktigste beslutningstakerne. Demokratiet har mangeartede og kompliserte styringssystemer med mange aktører og en sammensatt beslutningsprosess. Til denne kunnskapsoverføringen trenges det leger som har særskilt kompetanse til å målbære folkehelseperspektivet og forstå hvordan det kompliserte politiske liv fungerer og beslutninger påvirkes. Derfor trenger vi leger som spesialiserer



seg på dette feltet og blir markante samfunnsmedisinere. Ikke desto mindre må vi huske på at vi leger ikke har monopol på helse, slik vi har på sykdom!

- Er det slik at samfunnsmedisinerne innnyder seg hos politikerne og betrakter dem og den øvrige forvaltning som sin egentlige målgruppe? Det kan jo virke slik at det viktigste har vært å lære seg å "ule med ulvene"?

- Samfunnsmedisineren har ansvar for å bidra med medisinsk kunnskap, analyseevne og erfaring i planlegging, organisering, prioritering, evaluering og utvikling innenfor helsetjenesten. Det gjør vedkommende på bakgrunn av sitt ansvar for befolkningen som helhet og spesielt for svakere grupper av den, og de som kanskje ennå ikke er blitt pasienter. Dette krever at man kan forholde seg på en korrekt og formålstjenlig måte til både politikere og forvaltning. Politikerne styrer uansett, vi må finne ut av hvordan og ut fra hvilken kunnskap og med hvilke holdninger de gjør det. Da kan man påvirke best. Det krever

også at man har et godt og avklart forhold til kolleger og andre helsearbeidere, og kan være i dialog med dem. Effektivering av forvaltningsmessige og politiske vedtak står de for, og det krever god kommunikasjon, gjensidig tillit og nært samarbeid.

Det har ikke gått så galt!

Vi har i flere år nå hørt om frustrerte og mistilpassede samfunnsmedisinere, som ikke er kommet ut av startgropa. På vårt spørsmål om hvorfor det har gått så galt disse årene etter 84, blir Ytterdal ekstra entusiastisk.

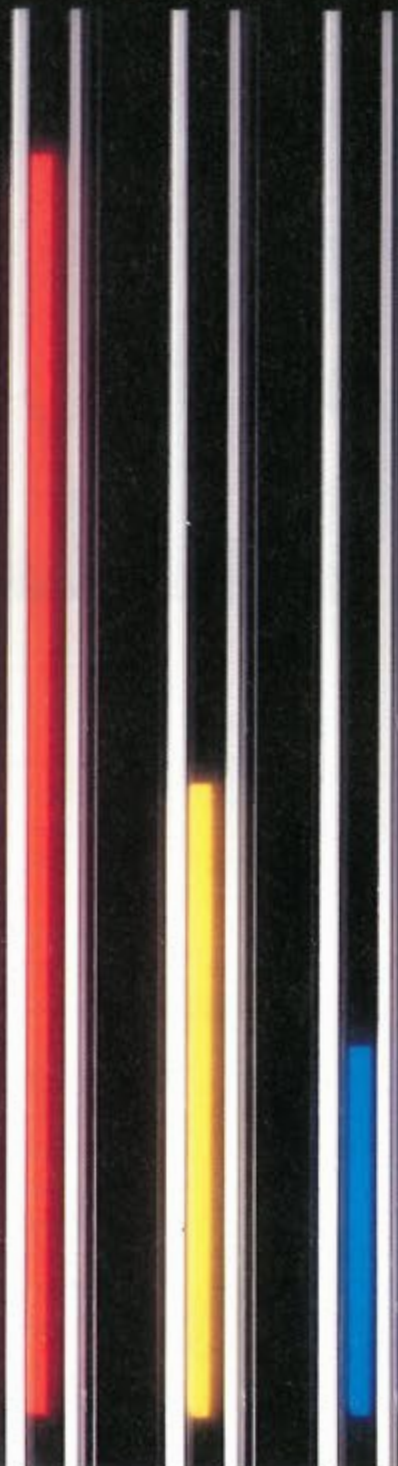
- Jeg tror ikke det har gått så galt. For det første er det stor interesse for spesialiteten, og vi har nå over 400 godkjente spesialister. Dessuten har mange samfunnsmedisinere gjort en god jobb, har trivdes og utviklet både seg selv og den organisasjon de har arbeidet i. De har tatt en periode med store utfordringer for samfunnsmedisinen godt. Ved lov om kommunehelsetjeneste ble samfunnsmedisinerne satt i en ny



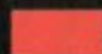
Pulmicort® (budesonid) - det potente lokalsteroidet hvor styrken ligger i sikkerheten ^{1,2}

Relativ Potens
(AUC tid/effekt kurve)

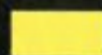
1,0
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0



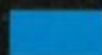
Vasokonstriksjonstest:
n=12



Budesonid
(Pulmicort®)



Flunisolid



Beklometason
dipropionat
(Becotide®)

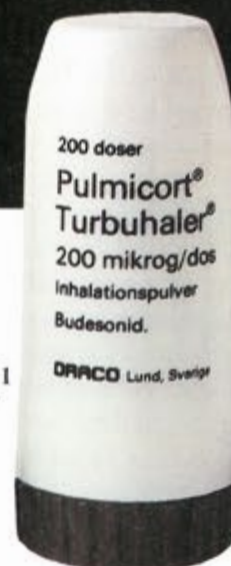


Et steroids anti-inflammatoriske potens kan uttrykkes som substansens evne til å bleke huden i en vasokonstriksjonstest.

Kurven er grafisk fremstilt av Astra Norge AS, Avd. Draco, lunge etter ref. 1.

Konklusjon: Studien viser at Budesonid (Pulmicort®) er 2-3 ganger mer potent enn de øvrige lokalsteroider som ble testet.¹

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®



Pust inn - det er alt

Større fleksibilitet i astmabehandlingen

Pulmicort® Turbuhaler® behandler inflammasjonen



100 µg/dose,
200 doser
rent budesonid.

200 µg/dose,
200 doser
rent budesonid.

400 µg/dose,
200 doser
rent budesonid.

Bricanyl® Turbuhaler® behandler symptomene



0,50 mg/dose,
200 doser
rent terbutalin.

0,25 mg/dose,
200 doser
rent terbutalin.

PULMICORT TURBUHALER - DRACO

Kortikosteroid
ATC-nr.: R03B A02
INHALASJONSPULVER 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid 100 µg resp. 200 µg resp. 400 µg. **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll ved bronkolytika (uten sjenerende bivirkninger) eller med kromoglikat. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en β₂-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candida-infeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon er observert som ved andre glukokortikosteroider. Hos enkelte pasienter på høy dosering er det observert binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan være påkrevet i stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroid tilføres likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes p.g.a. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvungende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **DOSERING:** Voksne: Individuell, initialt og under perioder med alvorlig astma, og ved nedtrapping eller seponering av orale kortikosteroider, bør doseringen være 400-1600 µg pr. døgn fordelt på 2-4 doseringstilfeller. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon i bronkiene bør i tillegg behandles initialt med systemiske steroider en kort periode. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige som gir tilfredsstillende klinisk effekt, vanligvis 400-800 µg pr. døgn. Under vedlikeholdsbehandling er dosering 2 ganger daglig, morgen og kveld, som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i en stabil fase. Pulmicort gis sammen med vedlikeholdsdose av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dose gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsvarende) pr. måned. Mange pasienter kan etter en tid seponere systemisk steroidbehandling, mens noen må kombinere Pulmicort med en redusert oral vedlikeholdsdose. Skal slik kombinasjonsbehandling være berettiget, bør den orale vedlikeholdsdosen kunne reduseres med minst 5 mg prednisolon eller tilsvarende. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene når pasienten inhalerer. Det er derfor viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket. Pasienten trenger verken å føle eller smake noe av pulveret ved inhalasjonen p.g.a. den lille mengde virkestoff som avgis. Pasienten må instrueres i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hvert doseringstilfelle. **PAKNINGER OG PRISER:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 326,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 540,00. 400 µg/dose: 200 doser kr. 936,90, 50 doser kr. 302,70. T: 2, 30.

Referanser:

- Johansson S.-Å., Andersson K.-E., Brattsand R., Gruvstad E., Hedner P. Topical and Systemic Glucocorticoid Potencies of Budesonide and Beclomethasone Dipropionate in Man. *Eur J Clin Pharmacol* 1982;22:523-9.
- Lofdahl C.G., Mellstrand T., Svedmyr N. Glucocorticoids and asthma. Studies of resistance and systemic effects of glucocorticoids. *Eur J Respir Dis* 1984;65 (Suppl 136):69-79.
- Axelsson B., Brattsand R., Andersson PH., Ryrfeldt Å., Thalen A. Relation between the corticosteroid effect of beclomethasone - 17,21 - dipropionate, beclomethasone - 17 - propionate and beclomethasone as studied in human, mouse and rat tissue. *Respiration* 1984;46 (suppl 1):4-5.

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid
ATC-nr.: R03B A02
INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candida-infeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon er observert som ved andre glukokortikosteroider. Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes p.g.a. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvungende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **DOSERING:** Voksne: Individuell, initialt og under perioder med alvorlig astma, og ved nedtrapping eller seponering av orale kortikosteroider, bør doseringen være 400-1600 µg pr. døgn fordelt på 2-4 doseringstilfeller. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon i bronkiene bør i tillegg behandles initialt med systemiske steroider en kort periode. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige som gir tilfredsstillende klinisk effekt, vanligvis 400-800 µg pr. døgn. Under vedlikeholdsbehandling er dosering 2 ganger daglig, dvs. morgen og kveld, som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i en stabil fase. Pulmicort gis sammen med vedlikeholdsdose av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dose gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsvarende) pr. måned. Mange pasienter kan etter en tid seponere systemisk steroidbehandling, mens noen må kombinere Pulmicort med en redusert oral vedlikeholdsdose. Skal slik kombinasjonsbehandling være berettiget, bør den orale vedlikeholdsdosen kunne reduseres med minst 5 mg prednisolon eller tilsvarende. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hver dose tilføres ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hvert doseringstilfelle. **PAKNINGER OG PRISER:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 323,60. 200 µg/dose: 200 doser kr. 532,30. 400 µg/dose: 50 doser kr. 300,40. 200 doser kr. 909,80. (13.01.93) T: 2, 30.

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 90 15 90. Telefax 67 90 08 78

rolle, som de ikke var forberedt på. De manglet tradisjon på å arbeide og være ansatt i kommuneorganisasjonen, som er mere regelstyrt og rigid enn de var vant til. De kjente ikke beslutningsprosedyrene og "spillet" rundt disse. Men mange har funnet ut av dette på en god måte, lært seg spillet, spilt med. De har vært flinke til å forstå hva som er på gang, har ikke gravd seg ned i bitterhet over tapt ære og posisjon. De har prøvd skape noe nytt, påvirket organiseringen og ryddet plass i hierarkiet for medisinsk kunnskap og synspunkter. Konkret kunnskap er absolutt nødvendig, men man kommer langt med entusiasme!!

- Men det er tydelig at en del forandringer er på gang, både med fagutvikling og spesialitet. Kan du si noe om det?

- Ja, det skjer veldig mye innenfor spesialiteten nå. Spesialitetskomiteén har i lengre tid arbeidet med regelendringer for spesialiteten, og har lagt frem et forslag som landsstyret skal ta standpunkt til i juni. Parallellt med dette har vi også arbeidet med endring av veiledningsprogrammet og ny utdanningshåndbok. Legeforeningen har dessuten satset mye midler på opprettelse av vitenskapelige stillinger i praktisk/ anvendt samfunnsmedisin ved i første omgang 2 forskningsmiljøer. Og sist, men ikke minst, er et fagutvalg under etablering i OLL.

- Er det noen spesiell grunn til at alt dette skjer nå?

- De første årene med kommunehelsetjenesten viste at det var behov for kursendringer på noen felter. Kommunelegene var ikke helt fornøyd med utviklingen. Mange følte på faglige svakheter og misnøye med sin situasjon i kommunene, samtidig som politikernes etterlyste helsepolitiske innspill på beslutningsarenaen. Både Regjeringen og Stortinget sa i sin behandling av "Røynslemeld-

inga" at faget samfunnsmedisin måtte styrkes rent akademisk og at samfunnsmedisinen måtte definere sin plass også på de andre forvaltningsnivåene. Dette var helt i tråd med OLLs syn. Det som skjer nå er en konsekvens av disse erfaringene.

Spesialistreglene foreslås forandret.

Forandringer i spesialistreglene avstedkommer gjerne mye diskusjon. Hvilke forandringer foreslår dere i spesialitetsreglene?

- Spesialiteten slik den ble utformet i 1984 var sterkt preget av kommunehelsetjenesten, og anerkjente i hovedsak tjeneste i kommunalt samfunnsmedisinsk arbeid. Vi ønsker å anerkjenne samfunnsmedisinsk tjeneste også på andre nivåer av helsetjenesten, og har derfor foreslått at en større del av hovedutdanningen kan avtjenes på fylkes- og statlig nivå. Vi foreslår også at alle kandidater skal gjennomgå veiledningsprogram, over normalt 3 år. I tillegg foreslår vi at deler av sideutdanningen kan bestå av andre typer tjeneste enn sykehustjeneste. Det vil si at vi vil kreve minst 1/2 år sykehustjeneste, men kandidaten kan få godkjent andre typer tjeneste som inntil 1/2 år sideutdanning.

- Opplæringen i samfunnsmedisin skal altså basere seg på veiledning for alle kandidater. Hvordan fungerer den og hvilke forandringer gjør dere med den?

- Først og fremst blir veiledning obligatorisk for alle kandidater, slik vi kjenner det fra f.eks. allmennmedisin, uansett på hvilket nivå kandidaten måtte få sin hovedutdanning. Veiledningen vil i hovedsak være gruppebasert, men vi ser også behov for individuell veiledning. I veiledningen skal de praktiske erfaringer kandidaten får og de teoretiske kunnskaper kandidaten har eller får gjennom forberedelse, settes i perspektiv og modnes, under hjelp og

bistand fra en erfaren samfunnsmedisiner som veileder. Kandidaten må ha utført en rekke konkrete oppgaver, som f.eks. saker, møte- eller helseopplysningsvirksomhet og inspeksjoner. Dette skal protokollføres og godkjennes. Beslutningsorganene og -prosessene og de samfunnsmedisinske oppgavene er forandret over de siste årene. Vi vil ha kandidater på flere forvaltningsnivåer. Veilederne vil derfor få en viktigere oppgave i å avgjøre hva som anses for gode samfunnsmedisinske oppgaver for kandidatene. De skal i stor grad stå for vurdering av hva samfunnsmedisin er. Dette må de selvsagt få anledning til å trene seg i, gjennom diskusjon med andre veiledere, noe vi håper veilederopplæringen skal gi rom for fremover.

Samfunnsmedisinen er ikke en primærmedisinsk spesialitet.

Det har vært relativt vanlig å ta spesialitet både i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Hvordan går det med muligheten til å kunne gjøre dette med de endringene dere foreslår?

- De fleste samfunnsmedisinere kommer også i fremtiden til å arbeide i kommunehelsetjenesten, og størrelsen på norske kommuner tilsier at mange samfunnsmedisinere vil være kombinasjonsleger. De nye spesialistreglene tar hensyn til dette, og det blir fortsatt fullt mulig å ta begge spesialitetene. Det vil imidlertid bli krevende, for vi kan ikke gå inn på kompromisser som svekker faget. De nye spesialistreglene profilerer samfunnsmedisinsk tjeneste sterkere enn før og forskjellene mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin er nok blitt tydeligere. Begge fagene vil i fremtiden få større betydning: allmennmedisinen vil bli det viktigste faget for utøvende helsetjenester, mens samfunnsmedisinen vil spille en større rolle for administrasjonen og ledelse i helsetjenesten, og for påvirkning av helsepolitikken.



● Så "Knoll og Tott" skal adskilles ytterligere?

- Samfunnsmedisin er ikke en ren primærmedisinsk spesialitet, i det mye viktig samfunnsmedisin utøves på andre forvaltningsnivåer og i andre organisatoriske tilknytninger. Imidlertid vil hoveddelen av samfunnsmedisinerne avtjene sin hovedutdanning i kommuner, og da helst i kombinasjonsstillinger. Vi tror derfor at de fleste vil ha en betydelig mengde allmennmedisin i sin hovedutdanning. Men vi har ønsket å åpne også for dem som arbeider, får erfaring og utøver en viktig funksjon på andre nivåer i helsetjenesten og i forvaltningen.

Akademisering av samfunnsmedisinen.

- Legeforeningen har nå bedt forskningsmiljøene "søke" på midler til opprettelse av vitenskapelige stillinger i anvendt/praktisk samfunnsmedisin. Hvordan går dette, og hvilke forventninger har du til det?

- Dette har jeg store forventninger til. Mye av det som anvendt samfunnsmedisin dreier seg om har man begrenset forskningsmessig belegg for. Dette gjelder alt fra arbeidsområder som helsefremmende og forebyggende arbeid, til resultatevaluering.

Man trenger bedre dokumentasjon for en rekke problemstillinger, og man trenger hjelp til å klassifisere og gjøre både innsats og resultat målbart. Dette forventer vi at anvendt samfunnsmedisinsk forskning skal gjøre noe ved. I øyeblikket arbeider universitetene med å utarbeide sine "søknader", hvor vi forventer at de beskriver hvordan de vil organisere innsatsen, hva de vil forske på og hvordan. En gruppe innenfor Legeforeningen skal så gi anbefaling overfor sentralstyret, som fatter endelig beslutning. Vi regner med at stillingene kan være besatt fra cirka årsskiftet 93/94.

- Kan man forske på generalistfunksjoner som samfunnsmedisin? Hva er det dere forventer det skal forskes på?

- Som et eksempel på hva jeg mener, nevner jeg dette med indikatorer, - eller markører, for en rekke forhold ved befolkningen, tjenestene, utøverne og utøvelsen i helsetjenesten. Vi trenger det for planlegging og evaluering av tjenestene lokalt, og vi trenger det i helsetjenesteutforming og i annet helsepolitisk engasjement. Dersom vi ikke har forskningsmessig basis for vårt valg av indikatorer, blir vårt bidrag for tynt.

- For at satsingen fra Legeforeningen skal gi skikkelig uttelling, forventer jeg for øvrig at Sosialdepartementet følger opp sine antydninger i "Røynslemeldinga" om akademisering av samfunnsmedisinen.

Samfunnsmedisinen om 10 år - allestedsnærværende.

Midt i våronna og midt i en travel prosess med å få nye spesialistregler vedtatt, turistetablissemeter godkjent, få forståelse for hva akademisering av samfunnsmedisinen er, og lage ny utdanningshåndbok, - er det likevel mulig for Tore Ytterdal å løfte øynene og se noen år fremover. På vårt spørsmål om hvordan det er med samfunnsmedisinen om 10 år svarer han klart og presist.

- Samfunnsmedisinen vil være en viktig spesialitet, og utøverne vil i enda større grad være anerkjent og ta del i samfunnsdebatt og beslutningstagen. Den styrking som faget nå får, vil gjøre det klarere og gi det tydeligere profil. Vi vil finne samfunnsmedisinerne som helsesjefer, fylkeshelsesjefer, i Helsedirektoratet (Statens Helsetilsyn) og i departement og andre statlige helseorganer. De vil være i prosjektarbeid på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, innenfor både helsefremmende og forebyggende arbeid, og i administrasjon og ledelse. De fleste av dem vil likevel jobbe i norske kommuner og bydeler, gjerne i kombinasjonsstillinger. De vil være optimistiske, ha tro på seg selv og sitt bidrag, ha et godt forhold til sine kolleger i og utenfor sykehus og kan spillet om beslutninger! Både politikere, forvaltning og andre medisinske spesialister vil se på samfunnsmedisinerne som seriøse medspillere, som sikrer korrekte medisinske vurderinger i spillet i helsepolitikken. Samfunnsmedisinerne vil få en tryggere faglig og akademisk forankring og jeg tror at resultatene av et velfundert samfunnsmedisinsk arbeid på sikt vil gi faget autoritet og prestisje.

Etterutdanningstilbud for medarbeidere snart en realitet!

Tekst: Johnny Mjell



Johnny Mjell er spesialist i allmennmedisin. Han har flere år vært leder av kurskomiteen i Nordland, og nå leder av APLFs fagutvalg. Etter 7 år i Bodø flyttet han i november 1991 til Tønsberg, der han har begynt som rådgivende overlege. Dette er spennende, men han vil helst tilbake til allmennmedisinen med tiden.

Høsten 1993 regner vi med å ha klart et etterutdanningsstilbud for medarbeiderne i allmennpraksis og privat spesialistpraksis. Utdanningsopplegget bygger på modellen med lokale veiledningsgrupper som de fleste kjenner som en del av videreutdanningen i allmennmedisin. Utarbeidelsen av etterutdanningsopplegget er kommet i stand etter initiativ fra Alment Praktiserende Lægers Forening, og er et samarbeidsprosjekt mellom Aplf, Norsk Bioingeniørforbund, Norsk Hjelpepleierforbund og Norske Legesekretærers Forbund. Artikkelen beskriver hvordan dette etterutdanningstilbudet er tenkt organisert.

Historikk

De ulike organisasjonene for primærleger i Norge har i mange år vært opptatt av medarbeidernes etterutdanning. Et utvalg nedsatt av Aplf, OLL og NSAM foreslo blant annet overfor Den norske Lægeforening at de ulike Fonds som Legeforeningen administrerer også burde kunne brukes for etterutdanning av medarbeiderne. Dette lot seg ikke gjøre av rent juridiske grunner; fondene var avsatt som følge av forhandlinger mellom Legeforeningen, Kommunenes Sentralforbund og Staten, og kunne derfor ikke benyttes til etterutdanning for andre yrkesgrupper enn leger.

Aplf har i mange år arrangert kurset "Legen og medarbeideren", et populært kurs som alltid har vært overtegnet. Men det er dyrt å reise på kurs; for arbeidsgiveren er det kostbart å sende medarbeideren på hotellkurs med utgifter til reise, opphold og kursavgift i tillegg til eventuelt tap av inntekt. Det er derfor behov for andre tilbud.

Som modell for dette utdanningsopplegget har vi brukt veiledningsgruppene i allmennmedisin. Evalueringen utført av Legeforeningen, og den internasjonale oppmerksomhet denne modellen har vakt, har til fulle vist at videre- og etterutdanning

etter denne modellen gir svært gode resultater. Utdanningsmodellen er i tillegg "billig". Det forutsettes i stor grad arbeid og møter på fritiden, og det blir lite reise- og oppholdsutgifter.

Det var ut fra en skjønsmessig vurdering av de organisasjonene som representerer medarbeiderne i allmennpraksis at de fire organisasjonene

- Norsk Bioingeniørforbund
- Norsk Hjelpepleierforbund
- Norsk Sykepleierforbund
- Norske Legesekretærers Forbund

ble invitert av Apf til å samarbeide om dette etterutdanningsopplegget.

Det praktiske arbeidet startet våren 1992. De fem organisasjonene har i stor grad bidratt økonomisk til at dette etterutdanningsopplegget ser dagens lys. I tillegg har Fondet for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfondet), bidratt vesentlig til frikjøp av Johnny Mjell slik at han har kunnet lede arbeidet.

Høsten 1992 valgte Norsk Sykepleierforbunds representant av personlige grunner å fratse det videre arbeid. NSF har etter dette ikke funnet å ville sette inn en ny representant i arbeidet, og arbeidet fullføres derfor av de fire representantene for de andre organisasjonene.

Vi har realistisk håp om at veiledningshåndboka skal foreligge i løpet av sommeren/tidlig på høsten 1993.

Medarbeiderne i allmennpraksis er en uensartet gruppe

For å provosere kan vi si at kvalifikasjonene til medarbeiderne varierer fra spesialsykepleiere til "å bare være gift med legen".

Dette at medarbeiderne i allmennpraksis har så ulik faglig og erfaringsmessig bakgrunn har på mange arbeidsplasser gitt opphav til konflikter, andre steder har det gitt grunnlag for læring av hverandre.

Fordelen med nettopp en etterutdanningsmodell i form av lokale veiledningsgrupper er nettopp at de enkelte medarbeidernes faglige og erfaringsmessige bakgrunn vil bli *en ressurs for gruppen*.

Kvalitetsheving av det daglige arbeid

Vi er overbevist om at to års deltakelse i disse veiledningsgruppene medfører en betydelig kvalitetsheving av de deltakende medarbeidernes daglige virke.

Vi tror og håper at både medarbeiderne og arbeidsgiverne vil innse dette. Medarbeiderne må selv vise initiativ til å starte grupper, foreslå veileder og sette i gang. Arbeidsgivernes utfordring blir å betale deltakeravgiften og eventuelle andre kostnader. Legene, enten de er arbeidsgivere eller bare ledere, må være villige til å bidra med utlån av bøker eller være modige nok til for eksempel å ha en medarbeider som observatør en dag på kontoret.

Vi håper også at deltakelse i programmet vil stimulere til ytterligere etterutdanning, slik at det å være medarbeider også blir en slags kontinuerlig læringsprosess. Vi håper at deltakerne kan ta initiativ til at det blir flere kurs og kanskje også andre alternativer til kurs i etterutdanningen av medarbeidere.

Vi kan ikke love lønns- eller ansiennitetsheving

Målet vårt er at gjennomført deltakelse i veiledningsgruppe skal gi ansiennitets- og lønnsheving for medarbeiderne. Vi tror selv at vi har klart å lage et etterutdanningsopplegg som i kvalitet og kvantitet i form av arbeidstimer og deltakelse kvalifiserer for økt lønn og ansiennitet.

Men dette kan vi ikke love. Dette er en sak for medarbeidernes organisasjoner i tiden som kommer.

Møteprogram

Det sentrale pedagogiske prinsipp er at medarbeiderne arbeider systematisk med faget under kontinuerlig kontakt med kolleger i samme læresituasjon, og under veiledning av en eller flere mer erfarne kolleger.

Det blir dessuten lagt vekt på at de emner som tas opp skal ha nær tilknytning til den enkeltes daglige praksis. For flere av temaene er det derfor en forutsetning at deltakerne registrerer elementer av sin egen praksis i en periode, og at dette materialet gjennomgås i fellesskap i gruppen i det aktuelle møtet.

Totalt skal gruppen møtes 120 kurs-timer 45 minutter i løpet av 2 år. Minimum tilstedeværelse for å få godkjent deltakelse i veiledningsgruppen er 100 kurs-timer. Hvert møte skal vare minimum 3 kurs-timer, totalt blir dette altså 20 møter.

Veksle mellom teori og praksis

Veiledningsprogrammet som omtales i utdanningshåndboka inneholder en rekke teoretiske emner og en del praktiske emner. Se figur 1 med den foreløpige innholdsfortegnelse.

Vi har valgt å gjøre noen av temaene obligatoriske, mens andre er valgfrie. I utdanningshåndboka har vi valgt å omtale langt flere temaer enn det som rent praktisk lar seg gjennomføre i løpet av 120 timer. Dette betyr at gruppene selv kan og må velge temaer etter hva som er aktuelt, eller hva som opptar gruppens medlemmer. Gruppene står selvsagt også fritt til å fortsette ut over de 120 timene.

Det forutsettes at temaene på møtene i gruppene *veksler mellom teoretiske og praktiske emner*. Totalt skal gruppen altså gjennomføre:

A. Teoretiske temamøter

Gruppen skal ha 20 møter 45 minutter der emnene dels er obliga-

⇒

Fig. 1 Midlertidig innholdsfortegnelse

**HÅNDBOK I ETTERUTDANNING
AV MEDARBEIDERE I ALLMENNPRAKSIS**

INNHALDSFORTEGNELSE

0 Forord

I Hvorfor et etterutdanningsprogram?

1 Bakgrunn for programmet

2 Hvordan programmet er blitt til

3 Hvilken kompetanse kan programmet gi?

II Organiseringen av et utdanningsprogram

1 Veilederutdanning

2 Møteprogram

3 Møtestruktur

4 Økonomi

III Utdanningsprogrammets innhold

1 TEORETISK DEL

1.1 Hva er allmennmedisin?

1.2 Pasientrettigheter/jus

1.3 Administrasjon og organisering av praksis

1.4 Ansattes rettigheter og plikter

1.5 Samarbeidet i praksisen

1.6 Hygiene

1.7 Medarbeiderne utenfor praksisen

1.8 Etikk/psykologi

1.9 Kommunikasjon

1.10 Medarbeideren som pasientveileder

1.11 Undervisning, prosjektarbeid

1.12 Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

1.13 Sykdomslære

1.14 Medikamentlære

1.15 Pasienter med annen kulturell bakgrunn

1.16 Pasienter i krise

1.17 Den vanskelige pasient

1.18 Hva gjør vi med egen sykdom? Utbrenning

2 PRAKTISK DEL

2.1 Praktiske ferdigheter i undersøkelser

2.2 Laboratoriearbeid

2.3 EDB, tekstbehandling, journalarkivering

2.4 Skadestue, skiftestue

2.5 Akuttmedisin, akuttmottak

2.6 Kommunikasjon

2.7 Telefonbruk, pasientbehandling

2.8 Gjensidig praksisbesøk

2.9 Delta i konsultasjon hos lege (observatør)

IV Evaluering

V Litteratur, vedlegg

VI Stikkordliste

toriske, dels velges av gruppen innenfor rammer gitt i utdanningshåndboka.

B. Praktisk del

Gruppen skal også gjennomføre 20 møter 45 minutter der temaene skal være innenfor rammen av kapitler i håndbokas praktiske del. Her skal deltakerne gjennom et nokså detaljert og strukturert program med øvelse i praktiske ferdigheter.

Egenaktivitet

Det vil fremgå tydelig av utdanningshåndboka at det ikke er nok å møte frem på møtene. Forutsetningen for at veiledningsgruppene skal fungere er høy egenaktivitet, og at alle i gruppen engasjerer seg. Det er veilederens oppgave å påse at alle deltar aktivt, og at oppgavene fordeles noenlunde likt over to-årsperioden. Det innebærer at en av deltakerne i gruppen kan ha mye å forberede en periode, mens en annen kan ha mindre å gjøre. Dette bør også fordeles etter hvor god tid den enkelte har - vi har vel alle andre oppgaver som også tar tid?

En viktig målsetting med arbeidet i veiledningsgruppen er at deltakerne selv skal lære å søke kunnskap. Utdanningshåndboken kommer om få år til å være "gammel" i medisinsk forstand. Holdbarheten på medisinske sannheter blir kortere og kortere så om ganske få år vil det være naturlig for gruppene å lese andre bøker eller søke andre kilder enn dem vi har anbefalt under de ulike kapitlene i boka.

Koordinatorkontor

Norske Legesekretærens Forbund har sagt seg villig til å være koordinator for dette etterutdanningsopplegget. Koordinatoroppgaven går i korte trekk ut på:

1. Dem som er interessert i å begynne i en gruppe melder seg her.
2. Kontoret har ansvar for å ta ut veiledere.

3. Koordinatorkontoret skal innkreve deltakeravgift og utstede kursbevis.
4. Kontoret har ansvar for veilederopplæringen.

Arbeidsgivers ansvar

Etterutdanning er formelt arbeidsgivers ansvar. I Norge er omlag 40% av de allmennpraktiserende legene fastlønnede, resten har driftstilskudd eller driver uten avtale.

I praksis betyr dette at omlag 40% av medarbeiderne i allmennpraksis har en kommune som sin arbeidsgiver, mens resten har en lege som sin arbeidsgiver. Noen få leger har organisert sin praksis som aksjeselskap.

Erfaringen har vist at det har vært vanskelig for medarbeidere som er kommunalt ansatte å få dekket utgifter til kurs. De fleste kommuner har på grunn av vanskelig økonomi skåret ned på budsjettposten til etterut-

danning av sine ansatte. I tillegg er det dyrt å reise på kurs.

For dem som er ansatt hos privatpraktiserende leger har muligheten for å reise på kurs helt og holdent vært avhengig av legen. Mange leger har ivret for at medarbeiderne skal delta på kurs, mens andre har satt seg imot dette.

Dette er et meget rimelig etterutdanningsopplegg

Uavhengig av arbeidsgiverforhold vil dette etterutdanningsopplegget være en rimelig investering for arbeidsgiver.

For å kunne finansiere veilederopplæring må det innkreves kursavgift. Kursavgiften må fastsettes av koordinatorkontoret etter en nøktern beregning av utgiftene til veilederutdanningen. Kursavgiften vil trolig bli noen få tusen kroner pr. år, og det bør alle arbeidsgivere kunne bevilge til sine ansatte.

Forøvrig vil utgiftene for deltakerne være utdanningshåndboka, reiseutgifter og "litt å bite i" under møtene. Møtene må nødvendigvis avholdes på kveldstid eller i helgene, så arbeidsgiver vil ikke tape noe på fravær.

Reisefordeling?

Noen steder i landet kan reiseutgiftene bli et problem for gruppen. Det finnes mange steder i landet der det kan være mange kilometer til et naturlig samlingspunkt for en passe stor gruppe medarbeidere.

Koordinatorkontoret må sammen med medarbeiderorganisasjonene diskutere om det skal innkreves en litt høyere kursavgift for å subsidiere de gruppene eller deltakerne med høye reiseutgifter, eller om hver gruppe må ordne dette internt. ○

Programvare- leverandøren til helsesektoren

PROFDOC®

3600 KONGSBERG • TELEFON (03) 73 11 33

Tympanometri i allmennmedisin



Hva er det?
Hvilken nytte kan
vi ha av det?

Tekst: Steffen Steffensrud



Forfatteren er 4 barns far, blek, spesialist og veileder i allmennmedisin. Driver praksis på Vik ved Hønefoss. Gift med en jordmor. Han tror ikke hun vil lage flere barn.

Tympanometri gir et vederheftig bilde av forholdene i mellomøret ved hjelp av lydbølger som sendes inn i øret ved forskjellig lufttrykk. I allmennmedisin vil vi få en skriftlig dokumentasjon på otitis media, tympanumdefekter, benabnormaliteter og tubar stenoseproblematikk.

I hovedsak vil tympanometri være mest anvendelig i allmennpraksis ved negativt trykk i mellomøret. Dette sees ved otitis media. Undersøkelsen er ikke invasiv, tar kort tid; 30-40 sek. og aksepteres lett av barn og voksne. I Norge har det de siste fire årene blitt solgt ca. 500 tympanometere av bærbar type.

Tabell 1 viser de tre mest anvendte tympanometre i Norge.

I litteraturen vil man ofte støte på tympanometri med små bærbare apparater som mikro-, hurtig- eller autotympanometri. Snarere opphavsrett til navnet enn kvalitative fors-

kjeller ligger antagelig til grunn for dette.

Tympanometri er en sensitiv undersøkelse for å diagnostisere otitis media hos barn (1). Mellomøredagnostikk kan ofte være vanskelig i allmennpraksis, og man vil ofte gjerne dokumentere de funn man eventuelt gjør (2). Mellomøresykdom forekommer ofte i allmennpraksis, den kumulative incidensen av bilateral otitis media er 50-60% i aldersgruppen 2-6 år (3).

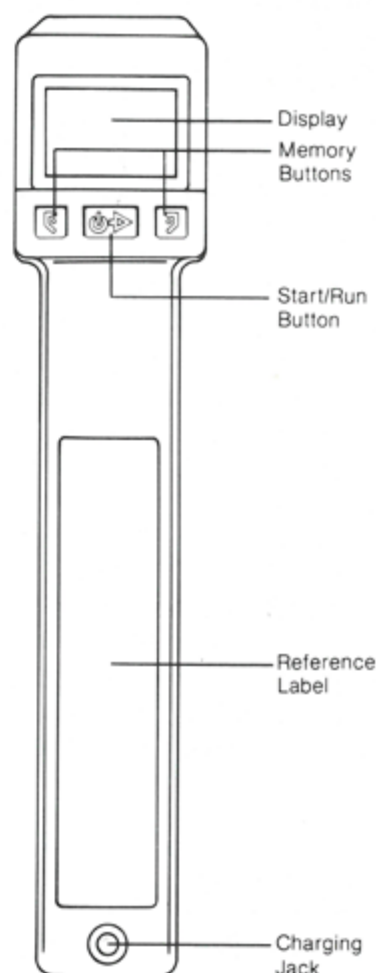
Kan man få et bærbart tympanometer som kvalitativt holder mål og er lett å bruke, vil dette bety en kvalitetsheving for ØNH-problematikk i allmennmedisin.

Undersøkelsen gjøres ved å sette apparatets tynne øresondedel inn i øret. Ørestykket må eventuelt tilpasses øregangen for ikke å få lekkasje som kan gi falske positive funn. En lyd sendes inn ved positivt, atmos-

Tabell 1.

Type tympanometer	Forhandler	Pris
Lucas Grason-Stadler, Inc GSI 37 AUTO TYMP	Medisan Heyerdahlsgate 1 0105 Oslo Tlf. 22 41 29 27	Kr 14500,-
Siemens Håndtympanometer Mod 3002	E. Stephensen Akersgate 8 0105 Oslo Tlf. 22 41 66 30	Kr 15795,-
Welch Allyn Microtym	Scandinavian Mobility Postboks 6227 Etterstad 0603 Oslo Tlf. 22 67 15 90	Kr 18410,-

Alle priser er fra forhandlerne uten moms. Alle er inkludert skriver. Dette er nødvendig for dokumentasjon av funn.



færisk og negativt lufttrykk. Målingen av resultatet kommer opp på en skjerm på tympanometeret. Ønskes utskrift for dokumentasjon av tiltak, får man dette på et lite papirstrimmelark. Med tiden bør dette kunne overføres på data. Undersøkelsen gjøres med pasienten sittende vedrivebordet, eller ute på vaktkjøring. Det er ingen bevegelige deler. Jeg har hatt mitt apparat i fire år løst i veska og på kontoret uten skade.

Kvalitetsvurdering

For å se på Welch Allyn's apparat i forhold til store tunge sykehusapparater, har vi sammenliknet vårt med et A2 Assens tympanometer fra Danmark. 21 pasienter ble undersøkt. Syv hadde serøs otitt, seks tubar dysfunksjon og åtte med forskjellige lidelser. Skriftlige tympanogrammer ble gjennomgått av spesialist i ØNH-sykdommer og spesialist i allmennmedisin (4). I et senere større materiale har en sykepleier, en ØNH-spesialist og en allmennprakti-

ker kommet til samme resultat vedrørende akseptabel likhet. (5). I dette materialet har man regnet matematisk på kurveoverenstemmelse og fortolkninger, og konkludert med en anbefaling på grunnlag av sammenfallende resultater.

Nytte

I en travel praksis vil nytten av tympanometriteknikken være størst hos:

- Barn med/uten væske i øret
- Forløpskontroll etter diagnose av mellomørebetennelse
- Helsestasjon-skole-screening
- Vaktarbeid

De mest aktuelle funn vil være

- Akutt/kronisk otitt
- Serøs væske
- Dysfunksjon Eustachis tube
- Mellomøreoppfylling.
Cholesteatom. (Bør også sees etter)
- Oto-tympanosklerose
- Perforert tympanum
- Ossiculært brudd

Tyding av diagrammet er artig. Som en tommelfingerregel skal man få kurven inn i øvre kvadrant hos barn og i øvre kvadrant hos voksne. Fåes ikke dette er en hyppig feilkilde lekkasje mellom ytre øregansvegg og sonden som må tette helt til.

Imidlertid vil man i noen tilfelle ha et negativt trykk i mellomøret hvor man får en flat kurve. Man får da en falsk positiv prøve. Jeg har fulgt to skoleklasser i mars og juni med 43 elever for å se om man ved en presumtiv normalpopulasjon vil avdekke slike kurver. I dette materialet, mars/juni 92, Vik Barneskole, Røyse, kom ikke denne problemstillingen opp. Et av tympanometrene har utvidet sin kapasitet til måling under lavt trykk ned med 30% og dekker denne eventuelle feilkilden (6).



Til hjelp ved tyding av tympanogrammer vil produsentene levere "atlas". Videre er de medfølgende bruksanvisninger jeg har sett informative. En viss investering i tid ved tillæringen må man regne med. Antakelig kan man profitere mest på et opphold på en lokal ØNH-avdeling og kanskje samtidig praktisere bakre og øvre scopiteknikk for å heve sitt eget behandlingstilbud ved ØNH-problematikk.

I vurdering av nytte av tympanometri i allmennpraksis har jeg brukt metoden ved skoleundersøkelser, helsestasjonsundersøkelser, kurativ praksis og legevakt. Spontan tilheling av øresykdom er meget bra i egen og andres praksis (1).

Man skal nok på grunnlag av dette se forløpet an før man bestemmer seg for henvisning og eventuell kirurgi. Et problem for ØNH-kolleagaene kunne bli en hyppig henvisningspraksis på funn som senere egentlig vil spontanhelbredes.

Våre gamle hjelpemidler med otoscopi, Siegle's trakt, Rinne-Weber med stemmegaffel bør vi holde i hevd. Tympanometrien vil være et supplement for den interesserte allmennpraktiker og gi et faglig puff i praksiskvaliteten.

Arbeidet er støttet av Kvalitetskringsfondet i Dnlf. Forfatteren hører gjerne fra interesserte kollegaer.

Referanseliste

1. Cantekin EI, Blestone Ch D, Fria TJ, Stool SE, Beery QJ. Identification of otitis media with effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980;89:190-5.
2. Reves R, Budgett R, Miller D, Wadsworth J. Study of middle ear disease using tympanometry in general practice. *BMJ* 1985; 290:1953-56.
3. Burke P. Otitis media with effusion in children: Is medical management an option? *R Coll Gen Pract* 1989;39:377-82.
4. Steffensrud S, Jensen S. Tympanometri i allmennpraksis. *Nidaros Kongressen 1990 Utposten* 1990;10:6 seksjon 3.
5. Melker R. Diagnostic value of microtympanometry in primary care *BMJ* 1992;304:96-98.
6. Møller H, Tos M. *Jour Laryngology and otology*, 1990;104:937-41.
7. Smith IM, Maw AR. Secretary otitis media; A review of management by consultant otolar. *Clin Otolaryngol* 1991;16:266-70

Steffen Steffensrud
3530 Røyse
Tlf: 067-39 722

OLLs samfunnsmedisinske prisoppgave 1993

Offentlige legers landsforening har gleden av å lyse ut OLLs samfunnsmedisinske prisoppgave 1993 med premie på kr 15.000,- Tittelen er:

Samfunnsmedisin mot århundreskiftet

Gi ein beskrivelse med utgangspunkt i en eller flere av emnene:

- Scenarier av samfunnsutviklingen
- Samfunnsmedisinsk arbeid på de tre forvaltningsnivåer
- Pasientrettigheter og legeplikter
- Samfunnsøkonomi og legearbeidsmarked
- Pasientforventninger contra legeetiske og faglige utfordringer
- Kvalitetssikring og standardsetting
- Trygdeøkonomi, hvem betaler og hvem forbruker
- Miljømedisinske utfordringer

Praktiske opplysninger:

Oppgavebeskrivelsen skrives på manusark som for Dnlf's Tidsskrift på inntil 20 sider. Den skrives anonymt og merkes med et selvvalgt kode-tegn. Det vedlegges en forseglet konvolutt som er merket med samme kode, og som inneholder forfatters navn, adresse og telefonnummer. Oppgaven sendes til Offentlige legers landsforening, Lagåsen, Fjellvn.5, 1324 Lysaker, innen 1. juli 1993

Oppgavebesvarelsene bedømmes av en komite bestående av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, supplert med en representant fra OLLs styre. Prisen utdeles i tilslutning til OLLs årsmøte 1993.

Forum for helsetjenesteforskning

Program for helsetjenesteforskning under Norges Forskningsråd (avd. NAVF og NORAS), i samarbeid med Instituttgruppe for samfunnsmedisin under Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Seksjon for helsetjenesteforskning, Folkehelse, inviterer til årets *Forum for Helsetjenesteforskning* på

Holmenkollen Park Hotell
30. september - 1. oktober
1993

Aktuelle temaer innen helsetjenesteforskning blir belyst ved inviterede og frie foredrag og diskusjoner i plenum og i tematiserte

parallellsesjoner. Program med påmeldingssjema sendes ut i april.

Påmeldingsfrist til FORUM er 30. august 1993.

Abstracts (i A4-format) av frie bidrag (foredrag eller plansjedemonstrasjon) må meldes innen 10. juni 1993.

Kontaktperson:

Forum for helsetjenesteforskning
v/Klara Lie
SAHT, Folkehelse
Geitemyrsv. 75, 0462 OSLO
Tlf.: 22 04 24 06 / 22 04 22 00
Fax: 22 35 36 05

NSAMs Fond for allmennmedisinsk forskning

Årets utdeling er på kr. 10 000,-. Det kan søkes om støtte til forskningsprosjekter, idéutvikling, utredningsarbeid eller reisestipend i tilknytning til slike oppgaver.

Begrunnet søknad sendes *NSAMs sekretariat*,
Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo
innen 1. september 1993.

Løvetannprisen 1993

Anmeld en kollega

Norsk selskap for allmennmedisin skal under Nidarskongressen i oktober dele ut Løvetannprisen for 8. 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 har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene. Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.

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



Organisering av praksis

Ting kan gjøres på så mange måter. Den organisatoriske ramme omkring allmennpraksis varierer. Når kreativitet og kritikk går hånd i hånd, blir ofte resultatet best. Det bør være lavt under taket for oppfinnsomme utspill - send innlegg til denne spalten om din eller andres måte å organisere arbeidet på!

Tekst: og foto: Hasse Melbye



Hasse Melbye (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin og har arbeidet i Tromsø siden 1979. De siste årene har han drevet forskning rundt temaet "nedre luftveisinfeksjoner" og vært stipendiat i NAVF's program for allmennmedisinsk forskning. Medisinsk doktorgrad om pneumonidiagnostikk i allmennpraksis høsten '92. Han er nå post-doktorstipendiat i NAVF, tilknyttet Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Astma- klinikken i Aylsham

Sist sommer besøkte jeg en gruppepraksis i den lille byen Aylsham i Norfolk, England. Ved denne praksisen har de forsøkt å forbedre omsorgen for pasienter med astma. Jeg hadde lest om forsøket og evalueringen av det (1,2). Færre akutte hendelser pga. astma og en reduksjon i antall prednisolonkurer ble oppnådd. Her var det noe å lære.

Astmaklinikk og andre "klinikker".

Nyskapningen i Aylsham er en "astmaklinikk" drevet av sykepleier (practice nurse) to ettermiddager i uka. Klinikken er en av flere typer "klinikker" ved senteret, rettet mot forebyggende arbeid og omsorg for kronisk syke. De har også diabetesklinikk, hypertensjonsklinikk og klinikker for forebyggende helsearbeid og tidligdiagnostikk (bl.a. "well woman clinic" og "well elderly clinic"). Klinikkene blir drevet av sykepleier, og legene deltar i varierende grad. Både egenomsorg og god informa-

sjon om sykdom vektlegges, og sykepleierne gjør de oppgavene som ikke nødvendigvis må utføres av lege. Det offentlige har stimulert til denne form for organisering, ved å refundere mesteparten av lønnsutgiftene til sykepleierne. Denne finansieringen er nå under revisjon.

Hvorfor astmaklinikk?

Den første astmaklinikken i England ble startet opp midt på 80-tallet i Stratford-upon-Avon (3). Et par år seinere tok australieren Ian Charlton, som da arbeidet i Aylsham, initiativ til å starte astmaklinikk der. Klinikken ble opprettet samtidig som den nye "revolusjonen" i astmabehandlingen vokste fram, som bygger på forståelsen av astma som en inflammatorisk sykdom. Klinikken representerte derfor ikke bare en rasjonalisering av eksisterende praksis. Den ble også et verktøy for å utbre nye behandlingsprinsipper. Og dette skulle skje der de fleste pasienter med astma og kronisk obstruktiv



Judy Broomfield og en av pasientene.

lungesykdom (COPD) blir behandlet, nemlig i allmennpraksis.

Mitt møte med astma-klinikken.

Jeg hadde spurt om å få være tilstede, for å se og høre på. Jeg ble bedt om å komme kl. 2, det vil si et lunsj. Judy Broomfield, sykepleieren som driver klinikken, tok meg imot. Jeg fikk en stol i det lille rommet der hun tar i mot pasientene. I hjørnet sto et belgspirometer med computer, på veggen hang plakater mot røyking, og på bordet hadde hun billige PEF-målere av plast og et rikt utvalg av sprayer og pulverapparat for inhalasjon av astma-medisin. I de 3 timene som fulgte tok hun i mot 9 pasienter. Sykepleieren gjennomførte alle konsultasjonene uten at noen av legene ved sentret ble tatt med på råd. Ingen av pasientene ga uttrykk for at de mislikte at jeg satt der.

Diagnostikk ved klinikken.

Legene henviser pasienter til klinikken, for det meste pasienter med kjent astma eller COPD. Men også pasienter med usikker diagnose blir henvist for supplerende undersøkelse og eventuell behandling. Sykepleieren gjør spirometri og reversibilitetstest (spirometri før og etter inhalasjon av beta2-stimulator). Anstrengelsesutsløst astma ble diagnostisert ved å sende pasienten på løpetur rundt den gamle kirka. Pasientene fikk da beskjed om å stille i joggesko. Sykepleieren slo følge når barna skulle løpe. Sykepleieren hadde fullmakt til å justere medikasjonen, og kunne også starte med ny medisin, hvis legen i journalen hadde gitt åpning for det.

Instruksjon og tett oppfølging.

Sykepleieren instruerer omhyggelig i inhalasjonsteknikk. (Fortsatt var inhalasjonsaerosoler mest brukt).

Ved senere konsultasjoner må pasientene vise at de behersker teknikken. De fleste lærer også å måle PEF, og blir utstyrt med PEF-måler. Pasientene blir bedt om å måle sin PEF morgen og kveld, særlig i et par uker før neste kontroll. De får også beskjed om å registrere symptomer på et skjema. Det blir avtalt hyppige kontroller inntil pasienten har lært seg å styre mye av behandlingen selv.

Pasienten skal være sin egen behandler.

Ved gjentatte PEF-målinger i god/symptomfri fase av sykdommen eller under optimal behandling, prøver man å finne fram til pasientens best mulige PEF-verdi. Med utgangspunkt i denne verdien kan pasienten beregne avvik fra det "normale". Slik kan pasienten ut fra PEF-verdien se om medikasjonen skal trappes opp eller ned, eller om han bør starte med peroral steroidkur.



Disse retningslinjene skal følges:

- Dersom PEF er > 80 % av normal (pasientens beste) verdi, skal basisbehandling (eller vedlikeholdsbehandling) brukes. (Som regel består den av inhalasjonssteroider 2 g. dgl. og beta2-agonist ved behov).
- Ved PEF < 80 % av normal verdi skal dobbel dose med inhalasjonssteroider tas i det antall dager det tar å oppnå normal PEF. Denne doseringen skal pasientene fortsette med i det samme antall dager, så gjenopptas vedlikeholdsbehandlingen. Behandlingen med beta2-agonist trappes også opp forbigående.
- Ved PEF < 50 % av normal verdi skal pasienten ta en prednisolonkur som begynner med 40 mg dgl.
- Ved PEF < 150-200 l/min skal lege kontaktes.

Pasienter som ikke blir fortrolig med PEF-måleren, lærer å justere medikasjonen på grunnlag av symptomer (2).

Katta ut av soverommet!

En av pasientene var en 25 år gammel kvinne som den siste tid hadde vært plaget med hoste og tung pust ved anstrengelser. Spirometri og anstrengelsestest var normal. Hun hadde fått katt like før hun fikk symptomene. Inntil videre skulle hun prøve beta2-agonist ved behov, men hun fikk også det råd å ikke la katta ligge på soverommet. Jeg sa at vi i Norge ville ha anbefalt henne å kvitte seg med katta. Men det ville være uhørt i England. Det strengeste råd sykepleieren kunne gi var: "*når katta en gang av naturlige årsaker ikke lenger er der, bør du ikke anskaffe deg ny katt*".

Vegg til vegg-tepper er det også upopulært å gå til krig mot. I dårlig isolerte engelske hus, som kan være bra kalde om vinteren, anses "fitted

carpets" som en velsignelse. Så de allergenene som kanskje har størst betydning for utvikling av astma, katt og husstøvmidd, får stort sett være i fred. Allergentesting blir i liten grad utført, og hovedsakelig etter initiativ fra spesialist.

Ambisiøs medikamentell behandling.

Målsettingen er å gjøre pasienten symptomfri, i alle fall å holde sykdommen så mye i sjakk som mulig. Inhalasjonssteroider står sentralt i behandlingen og blir gitt til de fleste med astma og COPD. Når man har funnet fram til en kombinasjon av medisiner som fungerer optimalt, står pasienten på denne medikasjonen noen uker før den trappes forsiktig ned. En av pasientene var en 48 år gammel ex-røyker, som nettopp hadde fått symptomer på anstrengelsesutløst astma. Han var også satt på inhalasjonssteroider, riktignok i lav dose.

Sykepleierens kompetanse.

Sykepleieren var tydelig senterets astmaspesialist, og mye av behandlingen ble delegert til henne. Hun hadde jobbet sammen med Ian Charlton i noen år og har hatt en nøkkelrolle i hans forskningsprosjekt (1,2). Hun hadde også fulgt kurs for praksissykepleiere ved "Asthma training centre". Hun la selv vekt på at hun kunne gi pasientene tid, tid til å instruere i inhalasjonsteknikk, til å forklare om sykdommen og medikamentene, og til å diskutere med pasienten hvordan ta hensyn til sykdommen i dagliglivet. Hun la ikke skjul på at dette med astmaklinikker er et kontroversielt tema i England. Mange leger er i mot å overlate så mye "legearbeid" til sykepleiere.

Astmaklinikk i norsk allmennpraksis?

Det er opplagt at mange astmatikere og pasienter med COPD ville ha nytte av en mer intens medikamentell

behandling, tettere oppfølging fra primærhelsetjenesten og opplæring i egenbehandling. Mange trenger bedre instruksjon i inhalasjonsteknikk og bruk av PEF-måler. Jeg tror få norske allmennpraktikere har gode nok rutiner på dette området. En sykepleier eller legesekretær kan få viktige arbeidsoppgaver når rutinene skal forbedres, og mottak av pasienter med astma og COPD til faste tider er ingen umulig ide. En så selvstendig pasientbehandling som sykepleieren i Aylsham sto for, tror jeg bare unntaksvis bør forekomme. Jeg tror det går bra i Aylsham siden Judy Broomfield er spesielt kunnskapsrik. Men jeg synes at behandlingen av astmatikere er en så viktig del av allmennpraksis at legen bør ta aktiv del. Dette gjelder ikke minst medisineringsen, der det stadig dukker opp nye synspunkter. Arbeidsdelingen mellom lege og sykepleier varierer også sterkt fra en engelsk astmaklinikk til en annen (3).

Dersom et norsk legekantor vil starte astmaklinikk etter mønster fra England og engasjere en sykepleier i arbeidet, ville det kanskje være en ide at sykepleieren tok kurset ved Asthma Training Center i England? De har et brevkurs som avsluttes med en 2-dagers samling i Stratford-upon-Avon. Adressen er: *Asthma Training Centre, Winton House, Church Street, Stratford upon Avon CV37 6HB, United Kingdom. Telephone 0789 296974.*

Litteratur:

1. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mulee MA. Audit of the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in a general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 227-31.
2. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mulee MA. Evaluation of peak flow and symptom only self management plans for control of asthma in general practice. *Br Med J* 1990; 301: 1355-9.
3. Pearson R. Nurses in the management of asthma. *Practitioner* 1991; 235: 947-51.

Av Hasse Melbye
Inst. for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Nasjonal konferanse 15. 16. juni 1993:

Alvorlige psykiske lidelser

Behandlingen og omsorgen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er problematisk. Mange lider. De det gjelder må få bedre, eller annen type hjelp. Problematikken tas opp på en nasjonal konferanse i Oslo i juni.

Som oppfølging av foredrag og diskusjoner, vil et ekspertpanel konkludere med råd til helseforvaltning og politikere om hvordan tjenestene kan organiseres.

- Fakta må på bordet. Virksomheten skal baseres på forskning og underbygget klinisk erfaring, med andre ord konkret kunnskap og viten, sier professor Ragnhild Husby ved Dikemark sykehus. Husby leder planleggingen av den nasjonale konferansen om alvorlige psykiske lidelser. Konferansen arrangeres av Norges forskningsråd, på oppdrag fra Sosialdepartementet.

Hva vet vi; hva vet vi *ikke* om årsaker, utbredelse og forløp av alvorlige psykiske lidelser? Hva er vi enige om, hva er vi uenige om?

Effekten av de ulike behandlingsmetoder, organiseringen av behandlings- og omsorgstilbudene, og ikke minst økonomiske konsekvenser av de ulike måter å organisere tjenestene på, skal vurderes.

Konferansen arrangeres på Soria Moria konferansesenter, Voksenkollen i Oslo, 15. og 16 juni 1993.

**Kontaktperson: Hanne B J Børresen, informasjonskonsulent
Norges forskningsråd avd NAVF, telefon 02 15 70 12.**



En av mine pasienter spurte om jeg visste hvilke 3 ting som kjennetegnet gode doktorer. Jeg hadde ikke rede svar, og ba ham fortelle meg. Jo, sa han, den gode doktor har briller, stor mage og hemorroider (hvordan kunne han vite det?). Jeg ble ganske nysgjerrig og ba ham begrunne dette. Brillene, sa han, trenger doktoren for å se sånn passe klok ut, den store magen for å gi passe pondus, og hemorroidene for å se sånn passe bekymret ut. Nå mangler jeg bare brillene.

Vi venter spent på bidrag fra leserne til denne spalten !



Brev fra
periferien

Spalten "Brev fra periferien" er til for deg som arbeider perifert. Det gjelder deg som strever i geografisk utkant, men også deg som i ditt praksismiljø, eller i dine praksismetoder, befinner deg et godt stykke fra sentrum. Har du noe på hjertet, men ikke anledning til å skrive en artikkel - send brev til denne spalten!

Tekst: Petter Øgar



Petter Øgar er cand. med. fra Oslo 78. Ass. lege med. avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Ene- og alene kommunelege/helsesjef i Hornindal fra 1983. Dobbeltspesialist og veileder i allmenntilleggsmedisin. Medlem av NSAM's diabetesgruppe og leiar av kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane.

Kommunelege I- forum i Sogn og Fjordane

- et forsøk på å løse primærhelsetjenestens avmaktspørsmål

Politiske målsettinger og virkelighetens verden.

Helseminister Werner Christie sier i et intervju med Utposten i nr. 1/93:

Primærhelsetjenesten har det grunnleggende ansvar for helheten og kontinuiteten i den behandlingen pasienten får. Det er primærlegene som har de beste forutsetningene til å vurdere kvaliteten på sykehusenes tjenester. Primærhelsetjenesten bør derfor stille samordnede krav til 2.linjetjenesten og delta mer aktivt og pågående i debatten om denne tjenestens funksjon og utforming.

Utsagnet føyer seg pent inn i den erklærte nasjonale helsepolitiske målsetting om at primærhelsetjenesten skal være den grunnleggende helsetjenesten og derfor bør være en viktig premissleverandør for den øvrige helsetjeneste. Alle vet at maktforholdene i helsetjenesten er ganske annerledes og at primærhelsetjenestens innflytelse på den spesialiserte hel-

setjeneste er helt marginal. Hvorfor er det slik og hva kan vi gjøre for å endre dette forholdet?

Hva bestemmer de reelle maktforhold?

Dagens situasjon er en følge av særlig tre forhold:

1. Det vitenskapelige fundament for anvendt allmenn- og samfunnsmedisin er gjennomgående mye svakere enn for sykehusmedisinen og de klassiske kliniske spesialiteter.
2. De klassiske kliniske spesialiteter har tradisjonelt *mye* høyere status i den medisinske verden enn de primærmedisinske disipliner.
3. Sykehusspesialitetene er strukturelt samlet i store enheter som kan uttale seg med stor og representativ tyngde. De tusen primærmedisinske blomster i landets over 400 kommuner mang

ler organer som kan stå imot denne overmakten. Det er sant at enhet gir styrke, men enheten må ha et strukturelt talerør for å løses i rettmessig innflytelse.

Kommunelege I forum i Sogn og Fjordane.

I utgangspunktet kunne både Kommunenes Sentralforbund (KS) og helse- og sosialsjeflaget ha tatt på seg denne oppgaven. Kanskje har de også prøvd, men de har i alle fall ikke lyktes i sjenerende synlig grad. Mot denne bakgrunn og erkjennelse ble kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane dannet i januar 1991.

Formålsparagrafen er todelt. Dels ønsker vi å være et tradisjonelt forum for utvikling og styrking av samfunnsmedisinen i kommunene i Sogn og Fjordane, slik det finnes tilsvarende av i mange andre fylker. Men i tillegg vil vi være en høringsinstans og komme med uttalelser i medisinsk faglige saker som vedkommer helsa og helsetjenestetilbudet til befolkningen i kommunene i fylket. Og det er ganske mye! Alle kommunelege I i fylket er medlemmer med sin stedfortreder som varamedlem. Forumets statutter er nærmere omtalt i Tidsskriftet (1).

Fylkeskommunal tenning og spiren til makt.

Det har ikke bydd på problemer å markedsføre oss som gode faglige rådgivere for fylkeshelseadministrasjonen og fylkespolitikkerne. Vi er eksperter på å se ting i et helhetlig perspektiv. De aller fleste spesialiserte helsetjenestebehov kanaliseres gjennom oss. Vi har grasrotas panoramautsikt og god oversikt over hvor den fylkeskommunale helse-skoen trykker mest. Sist, men ikke minst, har vi ikke egne behov og interesser å ivareta i nevneverdig grad i denne vurderingen. Vi har ingen syk mor å be for (*les: egne sykehusavdelinger*).

I Sogn og Fjordane har vi på 2 år opparbeidet en betydelig posisjon

som høringsorgan og ved oppnevning av representanter til ulike fylkeskommunale utvalg og nemnder. I et nyoppnevnt fagråd for fylkes-helsesjefen er kommunelege I-forum representert sammen med fylkeslege, en lege fra fylkets sentralsykehus og en lege valgt felles fra lokal-sykehusene i fylket.

Er vi misfornøyd med rutiner ved en sykehusavdeling kan vi garantere en ganske annerledes respons om et brev med påpeking av forholdet underskrives av lederen i kommunelege I-forum enn av kommunelegen i Hornindal.

Forsiktighetsregler.

Når vi markedsfører oss på denne måten, er det et viktig poeng at vi uttaler oss som kommunale tjenestemenn og talsmenn for kommunene. Vi er talsmenn for den samlede kommunehelsetjeneste og ikke et talerør for legene. Jeg tror det er svært viktig å markere og være bevisst på forskjellen mellom denne rollen og

den rollen en eventuelt spiller i regi av Oll og Legeforeningen.

Det er viktig og riktig å ha god kontakt med de andre yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten og være villige til også å målbære deres synspunkter. Troverdighet er noe som både må opparbeides og vedlikeholdes. Makt skal også utøves med ansvar og klokskap.

Kommunal goodwill.

En positiv bivirkning kan være verdt å nevne. Det å markere seg som kommunens talsmann overfor en ytre "motpart" har ofte en positiv effekt på egen posisjon og aksept innad i kommunen. Det kan desverre virke som en del kollegaer har god bruk for en slik goodwill i disse dager.

**Kommunelege I
Petter Øgar
6790 Hornindal**

1. Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1172.

"Solstrandfondet"

Forskningsfond for allmennpraktiserende leger på Vestlandet

Fondet ble etablert 6/2-92 ved en avtale mellom APLF og Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Fondet kan yte støtte til allmennmedisinsk forskning på Vestlandet. Støtten gis som refusjon av konkrete utgifter i forbindelse med forskningsprosjektet, og som ikke er dekket på annen måte.

Det gis ikke generell prosjektstøtte, heller ikke støtte til studieopphold eller kongressreiser.

Fondsstyret gjør oppmerksom på at forskningsfondets midler er begrensede. For tiden kan totalt utdeles ca. 6 000 - 7 000 kr per år.

Søknad om tilskott sendes:

Fondsstyret, Seksjon for allmennmedisin,
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen,

sammen med en kort prosjektbeskrivelse og angivelse av utgiftens art og bakgrunn. Det er ingen søknadsfrist. Søknaden skal være på én side.

**For fondsstyret
Hogne Sandvik**

Brukerundersøkelser i kommunehelsetjenesten

Forekomst og resultater

Tekst: Tellef Fosli, Henrik Steinfeldt Foss, Astrid Boon Mundal, Ellen Catrine Steen

Tellef Fosli.

Cand.med. Oslo 1983. Primært arbeidet i allmenn praksis, avbrutt av 3 års forskning ved patologisk avd. Rikshospitalet. Nå komm.lege II Nissedal, i permisjon for å ta sykehustjeneste ved Rjukan Sykehus.

Henrik Steinfeldt-Foss.

Cand.med Oslo 1987. Tidl. ass.lege kir.avd. Arendal og kom.lege i Nordal kommune. Nå bydelslege II Uranienborg/Majorstuen legesenter, Oslo.

Astrid Boon Mundal.

Cand.med. Oslo 1981. Spesialist i allmennmedisin 1991. Nå kommunelege ved Legesenteret Bærum gamle sykehus.

Ellen Catrine Steen.

Cand.med Oslo 1988. Turnus Hamar/Vadsø. Kom. lege II fra 1990 i Vadsø. I spes. utd. for både allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Introduksjon

En gruppe på fire kommuneleger hadde, som del av kommunelegerkurset høsten 1992, som hovedoppgave: "*Brukerundersøkelser i kommunehelsetjenesten*". Litteratursøk på Medline ga oss færre artikler enn forventet om det aktuelle tema. Vi antok derfor at endel brukerundersøkelser (BUS) var forblitt upubliserte i fagtidsskrift. Var de kun publisert i lokalpressen, brukt internt eller formidlet på lokal "temakveld"? Vi fant det interessant å gjøre en spørreskjemaundersøkelse vedrørende BUS i kommunehelsetjenesten.

Metode

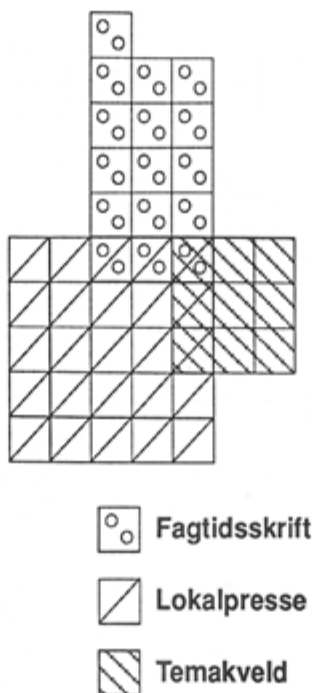
Et spørreskjema med 6 spørsmål ble sendt ut til alle landets kommuner (og bydeler i Oslo/Bergen), ved medisinsk faglig ansvarlig lege. Man skulle krysse av på ferdigstilte problemstillinger. Det ble ikke purret pga. tidsnød. Svarene ble registrert og bearbeidet på NSD-stat. Målsettingen var å få vite om det var

gjort BUS lokalt. Videre ønsket vi informasjon om hvorvidt resultatene var publisert eller kun brukt lokalt. Hvis det var gjort BUS, ville vi gjerne vite om undersøkelsen hadde vært nyttig, og i så fall for hvem og om den hadde ført til endringer.

Resultat

Det ble sendt ut 473 spørreskjemaer. Svarprosenten var 72%. 26% av de som svarte, oppga at kommunehelsetjenesten i deres kommune hadde gjort BUS. Hver niende hadde gjort BUS mer enn en gang. Det er gjort rede for hvem som var hovedansvarlig for BUS i 86 av de 89 kommunene der dette hadde vært utført. 48% var utført av fastlønnslege, 12% var utført av avtalelege og 36% av annet helsepersonell. 50% av de som hadde gjort BUS, publiserte resultatet. Av de 39 svarerne som hadde publisert, hadde 51% publisert i lokalpressen, 41% i fagtidsskrift og 23%

Figur 1. De 39 som publiserte eksternt fordeler seg slik i publikasjonsmåter:



på bygdekvalder/temamøter. Bare fem av de 39 som hadde publisert BUS eksternt, gjorde det på flere måter. Av de 16 som hadde publisert i fagtidsskrift, hadde tre også publisert i lokalpressen (en av disse hadde også tatt opp temaet fra BUS på bygdekvald/temamøte). Tilsvarende hadde tre av 20 som hadde publisert BUS-resultatet i lokalpressen også publisert i fagtidsskrift. Av de ni som hadde lagt frem temaet fra BUS på bygdemøte/temakvald, hadde tre også publisert i lokalpressen. (Se figur 1).

Av de 89 som oppga at det hadde vært gjort BUS i deres kommune, sa 58% at resultatet hadde ført til endringer i helsetjenesten. 44% av de som hadde gjort BUS, oppga at BUS hadde ført til organisasjonsmessige endringer. 22% sa at BUS hadde gitt grunnlag for endringer i ressurstildeling. 15% oppga at BUS hadde ført til forandringer i kommunehelsetjenestens prioritering mellom pasient-

grupper, og 10% opplyste at den hadde ført til faglige forbedringer. I 67% av tilfellene der BUS hadde ført til ekstern publikasjon, hadde BUS også ført til konkrete endringer. I gruppen som hadde publisert i fagtidsskrift hadde kun 8 av 50% undersøkelser ført til endringer, mens det i gruppen som hadde publisert lokalt hadde 20 av 26 (78%) ført til endringer.

Av de 37 som hadde gjort BUS, men ikke gjennomført konkrete endringer etterpå, anga 54% at BUS hadde vært nyttig eller svært nyttig (for pasientene, legekantoret eller begge parter). Av de 52 som hadde gjort BUS og gjennomført konkrete endringer etterpå, anga 90% at BUS var nyttig eller svært nyttig.

Hvem var BUS nyttig for? Av de 89 som hadde gjort BUS, oppga 69% at BUS hadde vært svært nyttig eller nyttig for legekantoret. Mens 56% mente undersøkelsen hadde vært svært nyttig eller nyttig for pasientene.

Av de 52 som hadde gjort BUS som førte til konkrete endringer, anga 44% at de hadde registrert endringer i tilfredshet etterpå.

Av de 26 som har gjort BUS og registrert endringer i tilfredshet, hadde 88% sett konkrete endringer, eksempelvis endringer i organisasjon, ressurstildeling og/eller pasientprioritering (se figur 2).

42% oppga at det var gjort BUS i deres kommune som ikke hadde ført til endringer i helsetjenesten. 3 (8%) av disse oppga at BUS allikevel hadde gitt tilfredshetsendringer.

I kommuner der BUS førte til endringer, anga 33% av medisinsk faglige ansvarlige leger at pasientene var mer tilfredse enn før BUS, og 35% at helsepersonellet var mer tilfredse enn før.

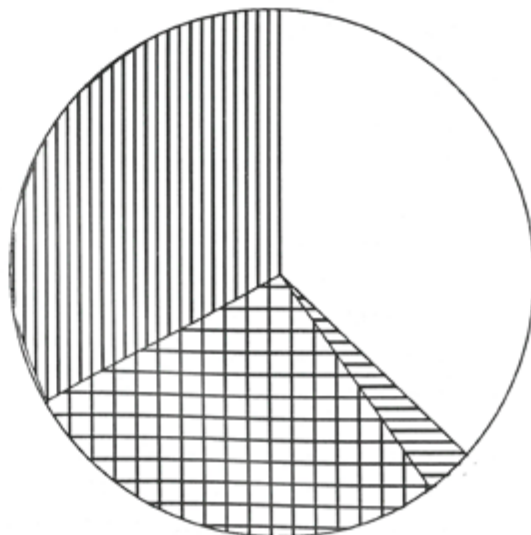
I 12 av de 23 kommunene der BUS hadde gitt endringer, ble det oppgitt at både pasienter og personell ble mer tilfredse.

I fem kommuner var det bare pasientene, og i seks kommuner bare de ansatte i kommunehelsetjenesten, som ble oppgitt å være mer tilfredse etter BUS.

17% av alle svarerne vurderte BUS som svært viktig for planleggingen av helsetjenesten i kommunen. 60% fant BUS viktig, 21% svarte "ikke så viktig", mens bare 1% fant BUS helt uvesentlig for planleggingen. Skiller vi mellom svarere etter om de jobbet i kommuner som hadde gjort BUS eller ikke, var tallene som følger: "svært viktig": 22% mot 14%; "viktig": 66% mot 55%; "ikke så viktig": 9% mot 25%; "helt uvesentlig": 0% mot 4%, manglende svar 2% mot 4%.

⇒

Fig. 2: Diagram for de 89 kommuner hvor BUS har ført til reform



▧ Kommuner hvor BUS har ført til konkrete endringer.

▨ Kommuner hvor BUS har ført til tilfredshetsendringer.

▩ Kommuner hvor BUS har ført til både konkrete endringer og tilfredshetsendringer.

Diskusjon

Halvparten av de BUS som er gjort i kommunehelsetjenesten har ført til publikasjon. Det er vanligst å publisere i lokalpressen. Stort sett publiserer man enten lokalt eller i fagtidsskrift, sjeldent begge steder. Litteraturstudier basert på fagtidsskrift vil således ikke gi hele det sanne bildet av BUS i kommunehelsetjenesten.

Det var overraskende at kun 9 av de som hadde gjort BUS, hadde offentliggjort resultatet på bygdekveld/temamøte. Vi trodde at dette var et egnet fora. En mulig forklaring kan være at ordet "publisert" i vår spørreundersøkelse er tolket som "lagt frem skriftlig på bygdemøte".

Det er påfallende at BUS oftere har ført til endringer i kommunehelsetjenesten hos de som har publisert lokalt (78%) enn hos de som har publisert i fagtidsskrift (50%). Har vi kanskje med to publiseringskulturer å gjøre - en som først og fremst er interessert i det lokale miljø og dets potensiale for tilrettelegging av for-

holdene der, mens en annen gruppe er mer faglig orientert mot andre kollegaer? Resultatene fra vår undersøkelse kan tyde på dette, men tallene er små og en bør derfor være forsiktig med å dra konklusjoner. Undersøkelsen vår viser at tilfredshetsendringer etter BUS synes å være avhengig av at undersøkelsen medførte konkrete endringer. (Se figur 2). Kun 8% av de kommuner som hadde gjort BUS uten at denne la grunnlag for endringer i helsetjenesten, oppga tilfredshetsendring hos helsepersonell eller pasienter etter undersøkelsen.

En har således adskillig større sjanse for å oppnå nytteverdi og endret tilfredshet på grunnlag av en BUS når den først har gitt konkrete endringer i helsetjenesten.

Svarerne i vår undersøkelse var ofte av den oppfatning at BUS var mer nyttig for legekantoret (69%) enn for pasientene (56%). Et nærliggende spørsmål var derfor om BUS kanskje bare er noe som gir helsepersonell bedre samvittighet, eventuelt forbedrer deres situasjon, mens

pasientene forblir uberørte. En slik bekymring er trolig ugrunnet, idet svarerne mente at tilfredshetsendringer var likelig fordelt mellom pasienter og helsepersonell etter gjennomførte BUS. Det kan se ut som om det som kommer helsepersonell til gode også har gunstige konsekvenser for pasientene, - og vice versa.

Oppsummering

BUS har vært vanligere i kommunehelsetjenesten enn litteratursøk i fagtidsskrift kan få en til å tro. Halvparten av BUS var utført til internt bruk, og mange av disse er ikke publisert. Halvparten av undersøkelsene har ført til konkrete endringer i kommunehelsetjenesten, for eksempel i organisasjon, i budsjett, i prioritering mellom pasientgrupper eller i prosedyre.

De som har publisert BUS fordeler seg grovt sett i to grupper: En som har publisert lokalt og en som har publisert i fagtidsskrift. De som er publisert lokalt har i større grad ført til konkrete endringer i helsetjenesten, enn de som er publisert i fagtidsskrift.

Halvparten av de kommunene som rapporterte konkrete endringer etter BUS, har også opplevd endringer i tilfredshet etterpå. Tilfredshetsendringer er nokså likelig fordelt på pasienter og helsepersonell.

Et flertall av de medisinske faglige ansvarlige leger som svarte anser BUS for nyttig eller svært nyttig, både for pasientene og helsetjenesten.

BUS seiler i ideologisk medvind. Langt de fleste svarere, enten de har gjort BUS eller ikke, antar at BUS er viktig, eller endog svært viktig, for den videre planlegging og utvikling av kommunehelsetjenesten.

Vi takker Dr. philos Dag Hofoss ved Folkehelse for hjelp og støtte både med undersøkelsen og frembringelsen av denne artikkelen.





Form og innhold

- to sider av samme sak

Om praktisk presentasjonsteknikk.

Anmeldt av: Helge Worren

Nylenna, Magne.
Klar Tale - Tydelig Tekst.
Praktiske presentasjonsteknikker for leger og andre.
Universitetsforlaget 1992.
152 sider. Pris: kr. 175,-

Når redaktør Magne Nylenna allerede i forordet til sin bok "Klar tale - Tydelig tekst" slår fast at formidling og kommunikasjon er noe av det viktigste vi foretar oss i dagens samfunn, er det å med undring at ikke leger gir presentasjonsteknikk høyere innhold. Kommunikasjon preger vår hverdag, som han sier. Det er lett å møte noen av følgende argument fra leger (og andre) :

- "Innholdet er det viktigste...."
- "Det dreier seg om talent, enten har du det eller så har du det ikke...."
- "Det der med presentasjonsteknikk er noe for foredragsholdere"
- "Slike gimmicks kan jeg være foruten, jeg vil være meg sjøl..."

Med bl.a. Nylennas bok som inspirasjon, er det fristende å komme med følgende påstander som motargumenter :

- *Det er umulig å skille form og innhold fra hverandre. Hvis det er viktig å nå frem med budskapet, må man ikke bare tenke på hva man skal si, men også hvordan.*
- *Noen har nok mer talent enn andre for å kommunisere og presentere et budskap, men alle kan bli bedre og alle kan vi lære en rekke praktiske forholdsregler.*
- *Presentasjonsteknikk er aktuell helt fra den muntlige samtalen til den vitenskapelige artikkelen. Det er aktuelt for alle, ikke minst leger for hvem kommunikasjon og presentasjon av budskap går som en rød tråd gjennom hele hverdagen.*
- *Muligens burde presentasjonsteknikk heller hete presentasjonsferdighet. Da ville man muligens unngå å få assosiasjoner i retning av tricks, gimmicks, manipulering. Det er nemlig opptrening i ferdigheter og gode vaner det i stor grad dreier seg om. Din personlige stil skal ikke nødvendigvis endres, men hvordan du*



bruker den i ulike former for presentasjon kan vel forbedres?

Nylennas bok er et kjærkomment redskap til å forbedre vår kommunikasjon overfor omverdenen. Den føres i et lett språk, er lett å få oversikt i og gir et vell av praktiske råd. Den består av 4 hoveddeler, nemlig

- 1) "Budskapet er viktigst" (om kommunikasjon generelt og informasjonsformidling i medisinen),
- 2) "Muntlig formidling"
- 3) "Skriftlig formidling", og
- 4) "Møte pressen".

Gjennom sine utallige eksempler alminneliggjør boka behovet for presentasjonsteknikk. Treffende sitater og velklingende stikkord i marginen, gjør at man raskt får tak i essensen. Inge Morilds illustrasjoner er både morsomme og velplasserte. Nylenna fremhever betydningen av god forberedelse, noe som understreker at det ikke uten videre er lett å bli god i formidling. Kurs i praktisk presentasjonsteknikk burde bli langt vanligere i medisinske miljøer, ikke minst for primærmedisinere. Det bør dessuten inngå som en obligatorisk del av veiledningen i allmenntilmedisin og samfunnsmedisin, noe den ikke gjør i dag. Det er å håpe at denne boka er et viktig steg i retning av at emnet i større grad blir fokusert på.

Boka er såvidt fullspekket med detaljer at den må fordøyas noe over tid. Selv om noen av kapitlene bør leses sammenhengende (f.eks. den første delen om kommunikasjon), kan andre biter tas etterhvert og slås opp i etter behov. Litteraturlisten er omfattende, noe som vitner om omfattende kunnskap om emnet og gir spesielt interesserte anledning til å gå videre i andre kilder. Ved senere revisjoner, kunne man tenke seg en mer oppmerksomhetsskapende layout (bl.a. farger?), men dette har vel med pris å gjøre.

Helge Worren ○

Referanser:

- 1) Norsk Farm Tidsskr 1992;nr.11:4-8.
- 2) Jama 1982;248:2139-2142.
- 3) Pharmacotherapy 1983;3:47-54.
- 4) Pharmacotherapy 1982;8:201-209.

- 5) Management of pain: A practical guide IASP Publication 1992.
- 6) Pharmacotherapy 1983;3:61-64.
- 7) Pharmacotherapy 1983;3:65-69.
- 8) Eur J Rheumatol Inflamm 1980;3:175-179.
- 9) Drugs 1980;19:84-106.

Diflonid "Dumex"

Analgetikum

ATC-nr.: N02B A11

TABLETTER 250 mg og 500 mg: Hver tablett inneh.: Diflunisal 250 mg, resp. 500 mg, hjelpestoffer q.s. Film-drasjert. Fargestoff: Titandioksyd (E171). Med delestrek på 500 mg tablett.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk effekt. Virkningsmekanisme: Hemmer prostaglandinsyntesen. Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt. Absorpsjon: Tilnærmet fullstendig. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 2 timer. Preparatet har langvarig virkning, effekten etter en enkeltdose kan vedvare i 12 timer eller mer. Proteinbinding: Ca. 98%. Halveringstid: 10-12 timer ved terapeutiske doser. Kinetikken er doseavhengig. Metabolisme: Det er ikke identifisert noen metabolitter i plasma, fluoratommet frigjøres ikke fra molekylet. Metaboliseres ikke til salisylsyre. Utskillelse: Ca. 95% via nyrene. Overgang i morsmelk: Ca. 2-7% av plasmakonsentrasjonen gjenfinnes i morsmelk (se Forsiktighetsregler).

Indikasjoner: Reumatoid artritt. Artrose. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-/skjelettsystemet. Postoperative smerter. Dysmenoré.

Kontraindikasjoner: Akutt gastrointestinal blødning. Aktiv ulcus pepticum. Alvorlig nyresvikt. Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene i preparatet, acetyl-salisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler.

Bivirkninger: Vanligst rapportert er: Kvalme, dyspepsi, gastrointestinale smerter, diaré, hodepine, utslett. Øvrige: Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, flatulens, anoreksi. Noen få tilfeller av ulcus pepticum og gastrointestinal blødning, inkl. perforasjon (dødsfall er rapportert). Ikterus, kolestase, hepatitt. Sentralnervøse/psykiske: Tretthet, somnolens, insomni, svimmelhet, tinnitus, forbigående synsforstyrrelser, ørhet, parestesier, nervøsitet, depresjon, hallusinasjoner, forvirring, asteni. Dermatologiske: Kløe, svette, tørre slimhinner, stomatitt, fotosensibilitet, urticaria. Noen få tilfeller av erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom. Toksik epidermal nekrolyse. Eksfoliativ dermatitt. Urogenitale: Dysuri, nedsatt nyrefunksjon, interstitiell nefritt. Hematuri. Hypersensitivitet: Akutt anafylaksi-lignende reaksjon med bronkospasme. Andre: Angioneurotisk ødem (Quincke). Vaskulitt. Hypersensitivitets-syndrom (se Forsiktighetsregler). Ødem, tretthet, trombocytopeni, agranulocytose. Hemolytisk anemi. Patologiske leverfunksjonsprøver.

Forsiktighetsregler: Anvendes med forsiktighet til pasienter med gastrointestinal blødning eller ulcus i anamnesen. Kan affisere platefunksjon og blødningstid. Diflunisal bør brukes med forsiktighet hos pasienter med nedsatt

renal blod-gjennomstrømning hvor renale prostaglandiner spiller en rolle i opprettholdelsen av nyreperfusjonen. Ved nedsatt nyrefunksjon kan dosereduksjon bli nødvendig da diflunisal hovedsaklig utskilles via nyrene. Perifere ødemer er beskrevet. I likhet med andre beslektede medikamenter bør diflunisal brukes med forsiktighet hos pasienter med redusert hjertefunksjon, hypertensjon eller andre tilstander som disponerer for væskeretensjon. Kan forlenge protombintid hos pasienter med antikoagulasjonsbehandling. Skal ikke gis ved graviditet, amming eller til barn, da sikkerheten for en slik bruk ikke er fastslått. Fordi diflunisal er beslektet med acetylsalisylsyre kan muligheten av en assosiasjon med Reyes syndrom ikke utelukkes. Hos et fåtall pasienter er det rapportert et hypersensitivitetssyndrom bestående av noen eller alle av de følgende symptomer: Feber, frysninger, hudreaksjoner (sammenlign ovenfor), symptomer fra indre organer, unormale leverfunksjonsprøver, gulsott, pankreatitt, pneumonitt, leukopeni, eosinofili, dissimilert intravaskulær koagulasjon, anemi, nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt og andre mer uspesifikke symptomer.

Interaksjoner: Samtidig bruk av diflunisal og acetylsalisylsyre og andre NSAID anbefales ikke pga. interaksjoner. Diflunisal og indometacin skal ikke brukes samtidig, da plasmakonsentrasjonen av indometacin øker med ca. 30-35% samtidig som den renale utskillelsen minsker. Gastrointestinal blødning med fatal utgang har inntruffet ved samtidig bruk. Ved samtidig bruk av diflunisal og sulindak, reduseres plasma-nivået av sulindaks aktive sulfidmetabolitt. Diflunisal kombinert med gullsaltregimer resulterer vanligvis i en symptomatisk tilleggseffekt. Forsiktighet anbefales ved samtidig behandling med metotrexat. NSAID er rapportert å kunne nedsette tubulær sekresjon av metotrexat og derved potensere toksisk effekt (1:50e antireumatika).

Dosering: Initialdose: 1000 mg. Vanlig vedlikeholdsdose: 1000 mg daglig gitt som 1 eller 2 doser. Maks. døgndose: 1500 mg. Dosen er avhengig av respons og sykdommens alvorlighetsgrad. Ved langtidsbehandling kan vedlikeholdsdosen ev. reduseres. Dysmenoré: Ved begynnende smerte eller blødning: 1000 mg, deretter 500 mg hver 12. time. Maks. behandlingstid: Vanligvis 5 dager. Tablettene bør ikke tygges (bitter smak).

Overdosering/forgiftning: Pga. høy proteinbinding kan hemodialyse være ineffektivt. Behandling: Symptomatisk. (F: 5d).

Pakninger og priser: 250 mg: 20 stk. kr 46,10, 100 stk. kr 172,20, 500 mg: 20 stk. kr 73,30, 100 stk. kr 290,40. T: 3, 17, 35

Vurder
Diflonid®
neste gang
du ordinerer
et analgetikum

I 1992 skrev norske leger disse ordene 800 000 ganger:⁽¹⁾

Paralyin
Forte

Kanskje det er en idé
å prøve noe nytt i 1993?

Diflonid®(diflunisal) er et effektivt ikke-opioid analgetikum med langtidseffekt ved akutte og kroniske smerter.

Diflonid® har i placebokontrollerte dobbeltblinde studier vist like god analgetisk effekt som kombinasjonspreparatene med paracetamol og kodein eller deks-tropropoksyfen^(2, 3, 4). Den analgetiske virketiden for Diflonid® var signifikant lengre enn for kombinasjonspreparatene^(2, 3, 4).

Diflonid® gir konstant smertelindring i 12 timer^(2, 4) noe som tillater en morgen- og kveldsdosering. Sammenliknet med paracetamol + kodein kombina-

sjonen som doseres fra 4 til 6 ganger daglig, har Diflonid® en langt bedre pasientcompliance. Det er ikke rapportert tilvenning eller misbrukspotensiale ved bruk av Diflonid®⁽⁵⁾.

Diflonid® tolereres vel av pasientene^(6, 7, 8), og det gir sjelden anledning til seponering⁽⁹⁾.



DOSERING

For å oppnå hurtig innsettende analgetisk effekt, skal startdosen være 2 tabletter à 500 mg og deretter 1 tablett à 500 mg hver 12. time. Analgetisk effekt inntreffer etter ca. 1 time og maksimal analgetisk effekt nås etter ca. 2 timer.

DUMEX

Nye Vakåsvei 8
Postboks 93, 1364 Hvalstad
Tlf. 66 84 63 63. Fax 66 98 14 07

ENVU NON CLOS
Peut être contrôlé
par le service postal.
Soulever l'étiquette
et la replacer.

To ganger daglig ...
- enkel dosering for pasientens skyld



For ytterligere informasjon, se FK-tekst



Fucithalmic®

fusidin øyedråper/engangspipetter 1%
- kun 2 ganger daglig