

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1994

ÅRGANG 23



**Kommunehelsetjenesten
er kommet for å bli**

Nr. 7, 1994

- 259** *Betty Pettersen*
Leder: Kommunehelsetjenesten er kommet for å bli!
- 260** *Sturla Gjesdal*
Samfunnsmedisin – «annerledesspesialitet» eller «rygggrad i helsevesenet»
- 264** *Betty Pettersen og Petter Øgar*
10 år med kommunehelsetjenesten – på godt og vondt!
- 269** *Frode Heian*
Forebyggende barnevern hva er det?
- 273** *Kirsti Baardsen*
Utleveringsplikt for pasientjournal til bruk i barnevernet
- 275** *Brev fra periferien*
Barnevern – fiende eller samarbeidspartner for helsearbeidere?
- 277** *Berit Tveit*
Lege og husmor i 38 år – er det noe?
- 279** Bli med i en (eller flere) av NSAMs referansegrupper!
- 280** *Bokmelding*
Sosialt Nettverk teori og praksis
- 281** *Bokmelding*
Helsearbeid og innvandrere
- 282** *Brev fra periferien*
Angående plakat og brosjyre om miljørettet helsevern
- 283** *Geir Sverre Braut*
Den europeiske unionen
- 284** Smil i hverdagen
- 285** *Geir Sverre Braut*
Val mellom verdiar eller strategiar
- 288** *Edb-spalten*
EDB-journal og kobling til statistikkprogram
- 290** Prisutdeling ved Primærmedisinsk uke 1994
- 291** Utpostens illustrasjonspris og tekstpris
- 292** Vi gratulerer også disse
- 293** *Helge Worren*
Festtale ved middagen under Primærmedisinsk uke

Forsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR
Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut
Tuholen 14, 4340 Bryne
Tlf. privat: 51 42 63 69
Tlf. arbeid: 51 56 87 17
Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum
Svenstuvn. 2, 0389 Oslo
Tlf. privat: 22 14 11 97
Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Betty Pettersen
Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad
Tlf. privat: 76 08 32 25
Tlf. arbeid: 76 08 32 25
22 04 24 08
Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume
9550 Øksfjord
Tlf. privat: 78 45 81 18
Tlf. arbeid: 78 45 81 04
Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbo
4160 Finnøy
Tlf. privat: 51 71 22 74
Tlf. arbeid: 51 71 24 44
Fax: 51 71 26 64

Helge Worren
Langmyrgrenda 59b
0861 Oslo
Tlf. privat: 22 95 04 80
Tlf. arbeid: 67 06 00 83
Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar
6790 Hornindal
Tlf. privat: 57 87 95 76
Tlf. arbeid: 57 87 94 86
Fax: 57 87 95 73

Annonser:

RMR
Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.
Tlf.: 63 97 32 22.

Abonnement:

Kr 300,- pr. år.
Bankgiro 3838.07.68248
Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:
Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Kommunehelse- tjenesten er kommet for å bli



Kommunehelsetjenesteloven har nå fungert i 10 år og er blitt feiret med fint bursdagsselskap. Gjennom loven er Norge ett av meget få land som nærmer seg Alma-Ata-konvensjonens krav til primærhelsetjeneste. Det synes vi det er grunn til å være stolt av. At iverksettelsen av loven ikke var en udelte positiv opplevelse og at livet med den ikke har vært bare gode dager var ikke uventet.

Likevel synes det som om vi har funnet hvile i denne organisasjonsformen, – kommunehelsetjenesten er kommet for å bli! Ikke minst tror vi den har lyktes fordi større grupper av befolkningen både har fått et tilbud gjennom den og vært med på diskusjonen om utviklingen av den. Flere er blitt politisk involvert i debatten og flere ser klarere hva prioritering betyr i praksis.

Dette forhindrer ikke kritikk av og diskusjon om kommunehelsetjenesten. De signaler vi får om glemte grupper, flukt fra samfunnsmedisinske stillinger, flukt til avtalehjemler, konflikter, sviktende økonomi og manglende kompetanse og kapasitet må tas alvorlig, og være vesentlige innspill i utviklingsprosessen mot en bedre helse-tjeneste organisert som kommunens ansvar. Vi tror at kommunehelsetjenesten er et formålstjenlig apparat til å løse de problemene vi står overfor, – både de gamle og kjente og de nye og ukjente. Dog ikke alene, men sammen med en bevisst og engasjert stat «i bak-hånda». Dette betyr at kommunene skal få økt ansvar og myndighet,

men at staten har både ideologisk, faglig og økonomisk overordnet ansvar og tilsyn.

Konkret betyr dette blant annet at staten må bidra med en klar og felles visjon for denne tjenesten, en visjon som kan motivere og engasjere både administrasjon, politikere og personell. Visjonen må også bidra til å «holde moralen oppe», – og holde frem og anerkjenne den jobben som personellet gjør. Det er ikke forsvarlig at bare noen kommuner har utarbeidet mål for tjenestene, at kommunene har forskjellige mål for tjenestene og at selv staten har uklare målsettinger og forventninger til kommunehelsetjenestens plass i den totale helsetjeneste.

Dette betyr blant annet at vi ikke ønsker «tause reformer» av den type som psykiatriske pasienter er blitt offer for.

Vi liker heller ikke den andre «tause reformen» som foregår, nemlig privatiseringen av legetjenesten. Her har staten riktignok hatt en overordnet målsetting å beholde fastlønnstilknytning, i alle fall beholde den tidligere ca. 50 – 50 fordeling mellom fastlønnstillinger og avtaletilknytning. Men mange kommuner har i stor grad gjort om fastlønnstillinger til avtalehjemler, øyensynlig uten at staten brydd seg. Her virker det som om ting har skjedd etter innfallsmetoden, det ble slik «mens vi gikk», uten aktiv planlegging og bevisste politiske valg fra statlig side. Hvordan kan dette skje? Legene er sentrale aktører i kommunehelsetjenesten, enten de

arbeider med allmenn- eller samfunnsmedisin, og bør knyttes til samme arbeidsgiver som øvrig personell. At denne arbeidsgiveren bør øke sin kompetanse på forvaltning av høykompetent personell er en forutsetning. Men dette er et område hvor staten burde bidra med en del motforestillinger og konkrete tiltak!

Det betyr også at kommunene samtidig som de får økt lokalt selvstyre og rett til selv å bestemme organisering må få økt veiledning og tilsyn. Dette for å sikre likeverdighet i tilbudet befolkningen får, og for blant annet å sikre at det i administrasjon og personellgruppene for øvrig er en viss kompetanse. Men det også viktig for for eksempel miljørettet helsevern, hvor både faglig og juridisk kompetanse er begrenset lokalt og tilbudet på veiledning innenfor disse feltene er spredt og av varierende kvalitet og intensitet. De sentrale kompetansesentre må sensibiliseres på hva kommunene trenger, og på at de er tjenere for kommunene.

Vi ser frem til felles innsats for kommunehelsetjenesten i nye 10 år!

Betty Petersen

Tanker ved et 10-års jubileum:

Samfunnsmedisin – «annerledespesialitet» eller «rygggrad i helsevesenet»

Tekst: Sturla Gjesdal



Sturla Gjesdal, (42), er assisterende fylkeslege i Hordaland. Tidligere kommunelege i Osterøy kommune. Spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin. M.sc. i Public health medicine fra London School of Hygiene and Tropical Medicine 1991, (stipend fra British Council). Varamedlem i spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin.

Faget samfunnsmedisin har lange tradisjoner (1). Av ulike grunner ble *spesialiteten* samfunnsmedisin imidlertid først opprettet i Norge i 1984. I tillegg til en trang fødsel har den nye spesialiteten hatt en vanskelig barndom, og de siste årene har det vært økende oppmerksam-

het om problemene i norsk samfunnsmedisin og behovet for styrking av faget (2,3).

Mye av det som har vært skrevet om problemene i norsk samfunnsmedisin, og behovet for styrking av faget, har tatt utgangspunkt i at dette er isolerte norske fenomener og i stor grad knyttet til konsekvensene av den nye kommunchelseoven fra 1984.

Det er sikkert rett at koblingen mellom kommunchelse-reformen og faget samfunnsmedisin har skapt problemer.

En tilsvarende krise, tilsvarende diskusjoner og utredninger har imidlertid også foregått innen samfunnsmedisinen i mange andre land, og en kan på mange måter snakke om en *internasjonal revurdering av faget*.

Utfordringene for faget har i stor grad sine røtter i forhold som finnes i samfunnsmedisinen og i helsetjenesten også i andre vestlige land. Både i USA (4), og i Storbritannia (5), ble det i overgangen mellom 1980- og 1990-årene gjort store utredninger om problemer innen samfunnsmedisinen og de framtidige utfordringer. Dette har igjen ført til økt offentlig satsing på faget og spesialiteten.

Storbritannia har siden 2. verdenskrig hatt et sterkt offentlig helsevesen og britisk samfunnsmedisin har tradisjonelt gitt sterke impulser til utviklingen av offentlig helsearbeid i Norge. Den engelske utredningen fra 1988 om samfunnsmedisinenes rolle, «The Acheson's Report» (5), ble framlagt for

Parlamentet tilsvarende en norsk Stortingsmelding.

Denne rapporten førte til en *statlig handlingsplan* for styrking av faget samfunnsmedisin. Revurderingen av faget omfattet også et navneskifte fra *Community medicine* tilbake til det opprinnelige navnet *Public health medicine*.

Bakgrunnen for den internasjonale revurderingen av faget samfunnsmedisin

A) Økt satsing og ny interesse for den tradisjonelle samfunnsmedisin

Det er trukket fram flere grunner til at statlige myndigheter i mange vestlige land har fattet ny interesse for faget samfunnsmedisin (6):

1. Infeksjonssykdommene kommer tilbake

Den utløsende årsak til at faget samfunnsmedisin fikk ny aktualitet i 1980-årene, bl.a. i Storbritannia hevdes å være behovet for bedre kontroll av de nye infeksjonssykdommene som skapte problemer i begynnelsen av dette tiåret. Det dreide seg først og fremst om HIV epidemien, men også andre infeksjonssykdommer som f.eks. Legionella og tuberkulose. Kontroll og forebygging av smittsomme sykdommer var samfunnsmedisinenes første hovedoppgaver, og overraskende nok ble denne oppgaven igjen en betydelig utfordring også i de vestlige land i slutten av det

20. århundre. Mangel på beredskap og samfunnsmedisinsk ekspertise var en vesentlig hindring for effektiv innsats på dette området i første del av 1980-årene.

2. Styringsproblemer i helsetjenesten

Kanskje har «tilbakekomsten» av infeksjonssykdommene i mindre grad preget det norske samfunnet enn mange andre vestlige land.

Men den andre hovedårsaken til aktualiseringen av faget samfunnsmedisin er kanskje mer viktig for Norge enn for mange andre land: Behovet for styring og evaluering av helsetjenestene. Denne oppgaven har i stadig større grad presset seg fram som en «livsnødvendighet» utover i 1980- og 1990-årene.

Gapet mellom på den ene siden forventninger og det teknisk mulige, og på den andre siden det etisk og økonomisk mulige, øker med akselererende hastighet (7). Det er et økende behov for faglige innspill i denne debatten, som ikke er bestemt av politiske, profesjonsbaserte eller andre særinteresser.

Når det gjelder fordeling av ressurser innen helsetjenesten i årene som kommer, kan en få inntrykk av at valget idag står mellom tre ulike varianter av «den sterkeste rett»:

- markedsmodellen (Adam Smiths teori om den magiske usynlige hånd) (8)
- «bukken og havresekken» (klinikerne avgjør)
- «decibelprinsippet» (media m.v.)

Er det i stedet mulig å få etablert et rasjonelt fordelingsystem basert på nøktern evaluering av behov og nytte av ulike tiltak?

PUBLIC HEALTH REPORTS

Journal of the U.S. Public Health Service
Dedicated to Health Professionals Since 1878
Volume 109, Number 4 • July-August 1994 • Published since 1878

Reinventing Public Health— 50th Anniversary of the Public Health Service Act of 1944



Assistant Secretary for Health Philip R. Lee, MD, (second from right) and PHS Emergency Preparedness Director Frank Young (left foreground) confer with local officials following the 1994 southern California earthquake.

Her ligger den andre hovedutfordringen for faget samfunnsmedisin.

Mer enn noen gang vil det i 1990-årene være behov for «helsestrateger» og en «generalstab for helsetjenesten», gamle honnørord som er brukt om samfunnsmedisinen i tidligere tider. For å kunne møte denne utfordringen må en sannsynligvis i større grad inkludere epidemiologi, helsetjenesteforskning og helseøkonomi i faget samfunnsmedisin.

Økt satsing på kvalitetssikring, internkontroll og forbedret *statlig tilsyn* med helsetjenestene er de praktiske konsekvenser av utfor-

dringene for samfunnsmedisinere på dette området.

3. Prevention – better than cure?

Som tredje hovedårsak til den økende interessen for samfunnsmedisin, kommer utfordringene og forventningene omkring forebyggende og helsefremmende arbeid.

På den ene siden har en lenge satt søkelyset på den manglende prioritering av forebyggende arbeid i forhold til reparasjonsvirksomhet (9,10).

Men på den andre siden blir det også reist tvil om grunnlaget for det

forebyggende og helsefremmende arbeidet er godt nok. Det etterlyses dokumentasjon for at forebyggende tiltak virkelig har gitt resultater (11).

Opgaver som offisielt har vært flaggsaker på det forebyggende området er utført halvhjertet og uorganisert. I stedet for å gjøre noe med dette, haster man videre til nye handlingsplaner og nye «satsingsområder».

Det hele vanskeliggjøres av at sykdomsbegrepet er blitt stadig mer uklart, og at det dermed blir vanskelig å vite hva det egentlig er helsetjenestens oppgave å forebygge: hva som er «problemer», sykdom eller «sykdom» (12).

Begrepet «samsykdommer» oppsto i begynnelsen av 1980-årene og har i denne sammenheng spilt en viktig rolle i norsk samfunnsmedisin (13).

Tiden kan nå være inne til å vurdere på nytt om sykdomsbetegnelsen er relevant for å beskrive de fenomener som inkluderes i dette begrepet, og om «samsykdommene» bør ha noen plass i vårt medisinske vokabular. Blir befolkningen i Norge og andre vestlige land virkelig stadig sykere, eller er problemet «doing better and feeling worse» (14)?

Arbeidsledigheten er f.eks. et helt sentralt sosialt og økonomisk problem i Norge og andre vestlige land, men hvor god er egentlig dokumentasjonen for at den fører til sykdom i egentlig forstand? Gjør man både de arbeidsledige og helsearbeiderne en bjørnetjeneste ved å framstille dem som «syke» og dermed medikalisere et viktig samfunnsproblem?

B) «Den nye samfunnsmedisinen»

I tillegg til at det i flere land satses på «tradisjonell samfunnsmedisin», helsetjenesteforskning og kvalitets-sikring, finnes det også andre retninger bl.a. grupper av fagfolk som kaller seg «*The new public health*» (15, 16).

På den ene siden kan denne

bevegelsen oppfattes som en «alternativ» retning: «Den nye samfunnsmedisinen» har en sterk samfunnskritisk tendens med vektlegging av at samfunnet skaper sykdom, og med sterk skepsis til etablert helsetjeneste, «den medisinske modell», tradisjonell samfunnsmedisin og epidemiologi (17).

Men samtidig er den nye samfunnsmedisinen nært knyttet til WHO's «helse for alle»-strategi, og de nye retningslinjene for forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid som er formulert på WHO's store health-promotion konferanser de siste årene: Mobilisering av lokalsamfunnene og andre mer og mindre «politiske» strategier for helsetjenesten (18,19).

Må veien fram i norsk samfunnsmedisin først gå tilbake – hva kan vi lære av «evangtradisjonen?»

Norsk samfunnsmedisin oppsto ikke i 1984. Samfunnsmedisin eller «offentlig helsearbeid» har en lang og interessant historie i vårt land.

Kanskje det kan være noe å lære av samfunnsmedisinere som har gått foran oss, og særlig i perioder der samfunnsmedisinerne har spilt viktige roller i utviklingen av den totale helsetjenesten?

I en vesentlig del av dette århundret, før og etter siste verdenskrig, var samfunnsmedisinen i Norge nært forbundet med Karl Evang og hans medarbeideres praktiske og teoretiske bidrag (20,21). På denne tiden spilte norsk samfunnsmedisin også en viktig rolle internasjonalt. Karl Evang holdt f.eks. et foredrag om faget samfunnsmedisin: «Public Health – social og administrativ medisin» ved åpningen av Nordiska helsevårdshøgskolan i Göteborg i 1953. Foredraget ble samme år trykket i Tidsskrift for Den norske lægeforening (22).

Denne artikkelen gir en klar og omfattende oversikt over fagfeltet og de utfordringene som eksisterte på

den tiden, (og som langt på vei er de samme idag).

En må undre seg over hvorfor samfunnsmedisinen i Norge i denne tilsynelatende glansperioden, (1950-60 årene), i motsetning til f.eks. i Storbritannia, ikke utviklet seg til en fullverdig medisinsk spesialitet og fikk et klarere akademisk fotfeste. Evangtradisjonen kan på mange måter sies å representere en kombinasjon av den tradisjonelle, «administrative» samfunnsmedisinen og en mer kritisk, sosialmedisinsk tendens.

I slutten av 1960-årene kom det ny fart i anstrengelsene for å få opprettet spesialiteten samfunnsmedisin, med «Willumsen-komiteén» og to «Skogland-komiteer» (23). Selv på dette tidspunkt mente mange at «tiden ikke var moden» for en slik spesialitet og sterke motkrefter gjorde at spesialiteten i samfunnsmedisin først ble etablert i tilknytning til innføringen av Kommunehelsesloven i 1984, og da med en «primærmedisinsk» profil.

Resultatet ble altså en særnorsk variant av faget som ble definert som «primærmedisinsk fagområde/spesialitet». I våre medisinske tidsskrifter omtaler fortsatt mange autoriteter allmennmedisin og samfunnsmedisin som «to likestilte spesialiteter i primærhelsetjenesten» (24).

De norske spesialitetsreglene og utdanningsprogrammet har definert kommunehelsetjenesten og allmennmedisin som basis og rekrutteringsgrunnlaget for faget. Spesialistkurset på Bygdøy ble omdøpt fra «kurs for offentlige leger» til «Kommunelegekurset».

Mye er likevel blitt gjort de siste årene for å videreutvikle faget samfunnsmedisin, og for å styrke spesialiteten. Lægeforeningen, de siste styrene i OLL og flere enkeltpersoner har gått i bresjen. Det er utgitt ny lærebok og en ny veiledningshåndbok er på trappene. De siste endringene i spesialitetsreglene kan oppfattes som et skritt bort fra den «særnorske samfunnsmedisinen».

De statlige myndigheter har bare i liten grad fulgt opp «Røynslemeldinga» (25) sine løfter om styrking av faget samfunnsmedisin på «alle nivå». Oppretting av en Avdeling for samfunnsmedisin i Statens Helsetilsyn, som er skilt fra Avdeling for primærhelsetjeneste, kan imidlertid nevnes som et uttrykk for ønsket om styrking og nyorientering av faget.

Avslutning

Hvilken strategi som bør velges i norsk samfunnsmedisin for å sikre stor framgang i det neste 10-året av spesialitetens historie, er det ikke lett å ha noen skråriskre oppfatninger om.

Som en del av akademiseringsprosessen i norsk samfunnsmedisin er vi imidlertid kommet igang med en spennende debatt om veivalg og om hva slags samfunnsmedisin vi trenger (26). Skal samfunnsmedisin konsentrere seg om andre problemer enn de som den øvrige helsetjeneste arbeider med, eller skal den ta mål av seg å bli en «rygggrad i helsetjenesten».

Jeg håper denne artikkelen har belyst at det er mange kilder der man kan gå for å få nødvendige impulser til denne debatten.

*Sturla Gjesdal
5250 Lonevåg*

Litteratur:

- Holland WW, Detels R, Knox G (edit.). Oxford textbook of public health Oxford: Oxford University Press 1984.
- Brekke, D. Faget samfunnsmedisin. Utposten 1989; 18 (7-8): 292-294.
- Hagestad K. Hvor går norsk samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111:2187-8.
- Shannon I.S. Public Health's promise for the future (Presidential Adress) Am.J.Pub.Health 1990; pp 909-912.
- DHSS: Public Health in England. (The Acheson Report). London: HMSO 1988.
- Anon,(edit): Back to the Future – the Reinvention of Public Health. Lancet Jan 23 1988, p 157.
- Grund J. Helsepolitikk i 1990-årene. Oslo: TANO 1990.
- Bakke E. Det mystiske markedet. Legekunsten 1994;4:49.
- Bjørndal A, Hjort PF. Behandling for alle eller helse for alle? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3338-9.
- Hagestad K. Forebyggende helsearbeid Ja, tenke det, ønske det, ville det med; men gjøre det...! Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 316-7.
- Lutnes T. Det er bedre å forebygge enn å behandle, men vet vi hvordan? Tidsskr Nor Lægefor 1993; 113: 3172-4.
- Fylkesnes K. Medikalisering og helse. Forum for helsetjeneste – forskning 1992. Konferanserapport.
- Hjort PF. Helse, miljø og levekår. Oslo: NAVF, 1989.
- Knowles J. (red) Doing better and feeling worse. New York: 1977.
- Martin C, McQueen DV (red). Readings for a New Public Health. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1988.
- Ashton J. Acheson: a missed opportunity for the new public health. BMJ 1988; vol 296: 231-32.
- Vandenbroucke JP. New public health and old rhetoric. BMJ 1994; vol 308: 994-95.
- Kickbusch I. Approaches to an ecological base for public health. Health Promotion 1989; 4: 265-68.
- O'Neill M. What kind of research for what kind of health promotion. Health Promotion 1989; 4: 337-340.
- Nordby T. Karl Evang – en biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.
- Ringen K. Karl Evang – a giant in Public Health. J. Pub. Health Policy 1990, p. 360-6.
- Evang K. «Public health» – social og administrativ medisin. Tidsskr Nor lægeforen 1953; 767-777.
- Robberstad T, Siem H. Hva er samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 1709-10.
- Bjørndal A, Fugelli P, Westin S: Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2954-7.
- Stortingsmelding nr. 36 (1989-1990): Røynsler med lova om helse-tenesta i kommunane. Sosialdepartementet 1990.
- Thelle D. Akademisk eller anvendt samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113:2958.
- «Et ustyrlig helsevesen uten rygggrad». Intervju med F.Mellbye. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111:1874-6.

Betnovat[®] betametason 17 - valeriat



Glaxo AS, Postboks 224, 5001 Bergen
Telefon: 55 31 91 30, Telefax: 55 23 01 56

10 år med kommunehelsetjenesten, – på godt og vondt!

Rapport fra konferanse 12.-13. september 1994
på Soria Moria

Tekst: Betty Pettersen
og Petter Øgar

Jubileumskonferansen for Kommunehelsetjenesteloven (KHTL) ble åpnet med stjerneskudd, bløtkake og bursdagssang, hvilket de fleste av de ca. 250 deltakerne syntes var på sin plass. I «gratulantenes» rekke sto mange leger, helsesøstre og fysioterapeuter, nokså mange helseadministratorene, noen få helsepolitikere og enda færre fra de akademiske miljøer. Sammen med en rekke foredragsholdere bidro disse til at konferansen ble både morsom og interessant.

«Vi er alle blitt rære med årene»

Tidligere sosialminister Leif Arne Heløe holdt et humoristisk kåseri om KHTLs tilblivelse. Forhandlingene om iverksetting av KHTL hadde adskillig kritt. Det var tydelig at diverse besøk i hjemmet fra både legeföreningen og andre, spaserturer med Willoch og hete forhandlingsmøter var godt prentet inn i minnet. At Willoch var arkitekten bak den tredelte finansieringsmodellen var forsåvidt kjent, men det var interessant at den ble lansert og fikk gjennomslag nokså sent i prosessen. Mon tro det er fordi den var såvidt umoden at den har blitt en av de større hode-

pinene ved reformen? Om egenandeler uttalte han at «trolig er vi alle blitt rære med årene», – og det er kanskje sant?

Velferdskommune og fåmannsvelde

Forsker Tor Inge Romøren mente at kommunen gjennom blant annet

KHTL har fått tilbake sin posisjon som leverandør av velferdsgoder, – slik den var fra slutten av forrige århundre til mellomkrigstiden.

Han redegjorde for 5% årlig stillingsvekst i tjenesten, i større kommuner og byene opp til 15%. I hovedsak har dette gått til pleie- og omsorgssektoren (PLO). De



tjenestene som har hatt minst vekst er skolehelsetjenesten, legetjenesten og fysioterapitjenesten. De minste kommunene har det beste tjenestetilbudet. Det er jevn vakans på 5-15%, som det var før 1984, og nå som da rammes de små kommunene mest. PLO tar 80% av ressursene i sektoren, og helse- og sosialtjenesten kan betraktes som et «vedheng» til denne.

En gruppe som mange tok opp underveis i konferansen var de psykiatriske pasienter, som ved en «taus reform» er blitt tilbakeført til kommunene. At helseministeren senere kunne fortelle at dette var varslet i et rundskriv tidlig på 80-tallet gjorde vel ikke saken bedre, – problemet med manglende planlegging og økonomisk oppfølging av «reformen» er ikke løst ved det! Romøren kunne i så måte referere til en undersøkelse blant landets helse- og sosialsjefer. De fleste av disse mener at psykiatriske klienter er de som får dårligst tilbud, mens psykisk utviklingshemmede får det beste.

Romøren mente at det hadde utviklet seg oligarkier (fåmannsvelder) i en del mindre kommuner med økt makt til toppadministrasjonen. Desentralisering sentralt gir sentralisering lokalt. Det er blitt viktigere å være venn med rådmannen, – men hvem vil han (eller hun) være venn med og hvem trenger han (eller hun) være venn med?

Kommunehelsetjenesten – fagstyrt eller folkestyrt?

Tro om den Evangske drøm om et sentralt fagstyre fremdeles er så levende som Hans Ånstad fra Sosial- og Helsedepartementet vil ha det til?

Han mente for øvrig at kommunehelsetjenesten (KHT) ennå ikke på langt nær er blitt kommunenes ansvar. Den tredelte finansieringsmodellen for leger og fysioterapeuter gir ikke kommunene nok ansvar. Helsetjenesten blir derfor ikke tatt på alvor i kommunene. Helsestasjoner, skolehelse-

tjeneste og samfunnsmedisin blir fortsatt assosiert med «stat». Vi har opplevet en kulturkollisjon mellom legekulturen og kommunekulturen, noe som blant annet har resultert i høy turn-over av kommuneleger. Han uttrykte skuffelse over at så mange leger har «priset seg ut» av samfunnsmedisinske stillinger i kommune, helsetilsyn og departement, og over manglende entusiasme fra samfunnsmedisinernes side i forhold til samarbeid i kommunene. Teknisk hygiene har fått dominere for mye, – nå må samfunnsmedisinerne ta fatt!

Politikerne savner samfunnsmedisinsk forskning

Ordfører Rasmus Aarflot, sentral kommunepolitiker, gav mange nyttige signaler. Han mente at kommunene har tatt KHTL på alvor. Den har gitt arbeidsplasser i distriktene, spesielt kvinnearbeidsplasser, og dette har bidratt til større trivsel for befolkningen som helhet. Gjennom en forbedret vaktordning har befolkningen også fått et bedre helsetilbud. KHTL har også bidratt til å regulere tilgangen på helsepersonell i distriktene. Også han uttrykte frykt for at fastlønnslegene er på vei ut.

Allmennmedisinerne og samfunnsmedisinerne er de beste støtte-spillere for KHT og for kommunene. Han savnet sterkt praktisk rettet forskningsarbeid som politikere kunne støtte seg til i arbeidet, og ba om forskningsmidler til disse fagene, spesielt til samfunnsmedisin.

Videre- og etterutdanningen av helsepersonellet er forsømt, og kommunene som arbeidsgivere har her forsømt seg. Dette må det gjøres noe med, for kvalitetssikring og for å mestre de nye utfordringene vi står overfor. I denne sammenheng henstille til myndighetene om å skjerme fondene for leger.

Å være på bortebane

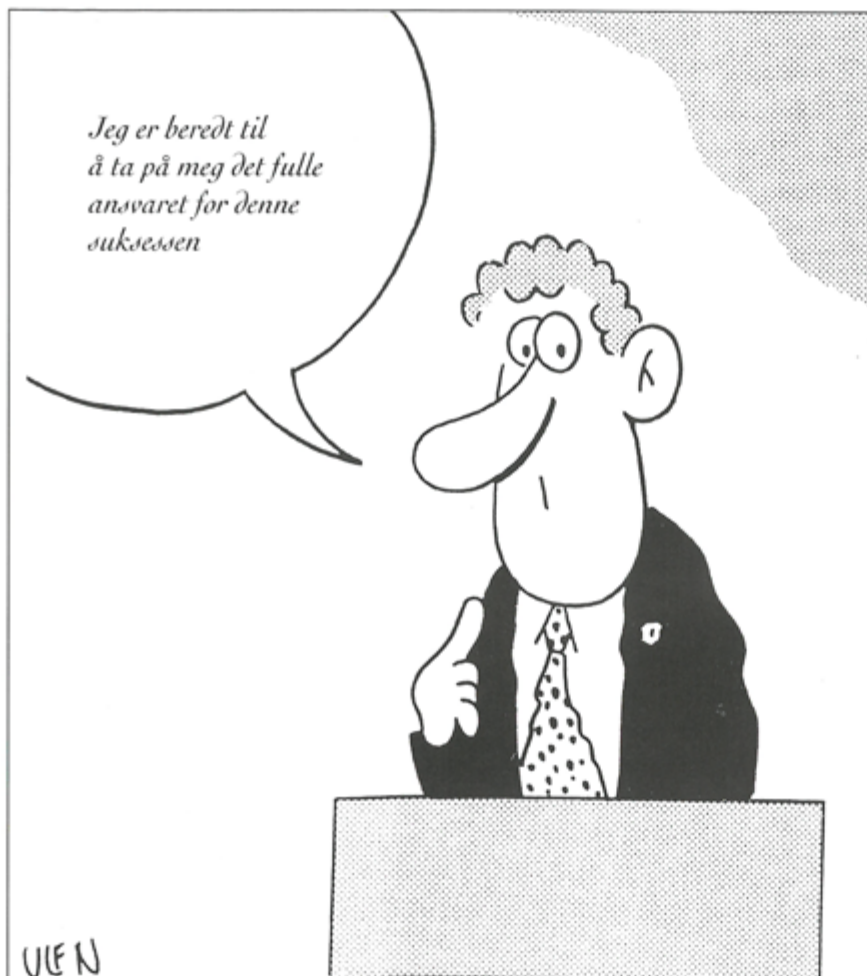
I debatten innførte kommunelege Petter Øgar begrepet «KHTs 3 bortebaner»: 1. De andre sektorer i

kommunen, der KHT generelt har vansker med å etablere sitt eget spill 2. Kommunelege I føler seg ofte på bortebane i hele den kommunale forvaltning. Siden utøvende forebygging skjer i andre sektorer og kommunelege I er den viktigste faglige premissleverandør, får dette store konsekvenser for det forebyggende arbeidet. Med respekt for både behov for flerfaglighet og faren for skylapper talte han varmt for «en oppegående, kompetent og rimelig kontinuerlig medisinsk faglig rådgiver». Problemet må først erkjennes og så må man samarbeide om konstruktive løsninger. Leder i Oll, Folke Sundelin mente også til felles innsats for å gi den medisinsk faglige rådgiverfunksjon innhold, og KS så positivt på et slik samarbeid. 3. Endelig er KHT på bortebane i forhold til institusjonshelsetjenesten. Øgar mente at KHT og kommunene er rettmessig part, premissleverandør og evaluerende instans overfor den fylkeskommunale helsetjeneste og staten, og at samhandlingen mellom nivåene er en av de viktigste arenaer for kvalitetsheving og bedre ressursutnyttelse i helsevesenet. Men kommunene mangler verktøy til å snakke med én tunge og få rettmessig innflytelse. Dette må det arbeides med. – Også dette var KS positiv til!

Politisk styring gir aldri ro!

I følge Helseminister Werner Christie er regjeringen fornøyd med KHT, – mål og virkemidler er i orden, men det er behov for justeringer av virkemidler. Derfor fikk KHT bare 10 av 200 sider i den nye Stortingsmeldingen om helsetjenesten.

Sannsynligvis som et forsøk på å avvæpne diskusjonen noe sa han at noe av den historiske bakgrunnen for KHTL var at man ønsket mer politisk styring. Når man så har fått dette, må man akseptere at dette aldri gir ro, – det er slik politikk og demokrati fungerer. I så måte mente han at lokalpolitikkerne



hadde klart sin del av jobben bra. Om dette resulterte i mindre temperatur i publikum er vi ikke sikker på.

Han omtalte KHT som hovedarena for regjeringens arbeid. Den er den mest sensitive antenne for sykkelighet, blant annet ser man fort epidemier, f.eks. nye former for sykkelighet og uførhet. Til dette trenger man imidlertid nye medisinske forståelsesformer og nye metoder. Samtidig oppfordret han til forskning og utredningsvirksomhet for takle dette. (Hans bekymring over at de samfunnsmedisinske akademiske miljøene var magert representert ved konferansen var tydelig!) Vi må også avklare hvilke forventninger vi skal ha til klientene, og skille ut hva som hører hjemme på de ulike arenaer – faglig, politisk og personlig arena. Dette for å kunne sikre at de svakeste får det de trenger.

Han berørte her prioriteringsdebatten med å si at det er feil at det bare dreier seg om høy-teknolo-

gisk sykehusmedisin. Dersom behandlingen er effektiv og sykdommen alvorlig nok kan vi ikke si nei, uansett hvor dyrt det er. Ingen har klart å anviser en politisk og praktiserbar måte å si nei på i slike tilfeller. F.eks. kan det være at vi bør forberede oss på at beinmargstransplantasjon blir standardbehandling ved brystkreft. Det er de med de minst alvorlige sykdommene og de sykdommene der behandlingseffekten er dårligst som bør prioriteres ned. Her fikk primærmedisinerne ballen tilbake, – vi må også reflektere over hva vi skal bruke mest tid på i dette perspektivet!

Regjeringen er klar over at de kroniske psykiatriske pasientene trenger et løft, men kommunene kan ikke regne med friske, øremerkede midler til dette. Utviklingen på legesiden med etablering av to lønnsklasser og flukt over i avtalepraksis mente han vi først kunne gjøre noe med når fastlegeforsøket

er evaluert. Det var tydelig at han ikke ville mobilisere den politiske makt som han selv mente var nødvendig for å gjøre noe med det nå. Rehabilitering/habilitering er satsingsområder for regjeringen. Her var det ingen konkrete signaler å få, utover at han sa at det var lite mer å hente innenfor det teknisk-hygieniske området, – psykososiale problemer er viktigste arbeidsfelt.

Helsestasjonene gjør en god jobb. Skolehelsetjenesten må bli bedre. Her famler man etter metoder, tjenesten har ikke funnet sin form, man vet ikke hvordan man skal løse problemer. Han foreslo lekselesingsgrupper, frokost- og matpakkeklubber, rusfrie fester. Man kan, – og publikum gjorde da også det, spørre om hvor grensen går for helsetjenestens arbeid, – medikalisering lurur kanskje rundt hjørnet?

Det arbeides med forbedring av styringssystemene for KHT. «Hjulet» og helsetilstandsmeldinger er stikkord, samordning av informasjonsflyten viktig virkemiddel.

Om den individrettede del av helsearbeidet sa han at én instans må koordinere innsats og tiltak for hver pasient, og denne bør være en primærlege. Den dobbeltrolle vedkommende fort kan komme i som både portvakt og advokat er viktig og vanskelig. Dette gir behov for oppfølging, som f.eks. gjennom oppfølging av sykemeldte i trygdeetaten. Han mente dette var et forsøk på å skape ryggdekning i forhold til tiltakene som ble gjort, – ved at alle trinn i kontakten med klienten er gjort best mulig står man stødigere mot kritikk.

Autister, spesialisering og å være foreldre

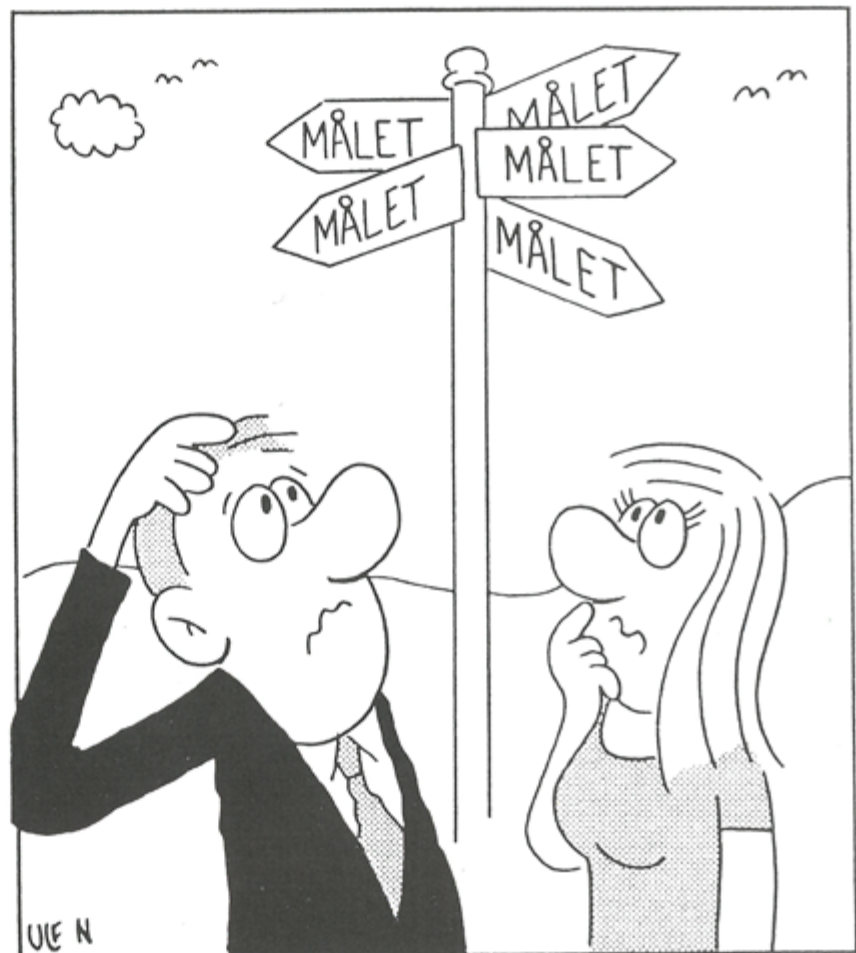
I debatten etter Christies innlegg ble blant annet følgende sagt:

- KHT klarer ikke autistene, verken faglig, juridisk eller økonomisk: de trenger mer bemanning enn en sterkavdeling på Reitgjerdet har, de krever bruk

- av tvang og det har vi ikke lov å utøve, de koster opp til 2.5 mill kroner per år per pasient
- dyr sykehusmedisin resulterer ofte i store utgifter for KHT. En pasient med hjemmedialyse påfører kommunen like mye medikamentutgifter som en kommunes sykehjem med 68 senger!
 - det er et skisma mellom den epidemiologiske utviklingen og den faglige utviklingen med økende spesialisering. Spesialiseringdebatten må reises: hva skal vi bli gode i og og hvor mye og hva slags trening trenger vi for å bli gode nok til dette?
 - skal helsetjenesten finne måter å være bedre foreldre på??
 - største problem i KHT er å styre legeressursene dit de skal være, - f.eks. få til samarbeid omkring klienter i PLO
 - hvordan kan sykehusene få anledning til å prioritere hjerte/kar-kirurgi i stedet for geriatri (f.eks. i Rogaland)?

Statsråden besvarte dette med at siden helsearbeidere kan noe om å være gode foreldre skal de lære det til dem som trenger det! Det er et stort problem at Legeforeningen er så sterk motstander av fastlønnsprinsippet for leger. KHT må kunne litt om det meste. Noen må være generalister, spesialister på å se helheter. Det arbeides med nettverksmodeller for sykehusene. Når det gjaldt spesialiseringsspørsmålet kunne han fortelle at det er nedsett et utvalg som skal gå gjennom spesialistutdanningen i indremedisin og kirurgi, - primærleger er med i dette! (Det blir interessant å se hvordan politikken skal klare seg så langt inne i fagene!!)

Faget og politikken - mot en nye samfunnsmedisin?
Per Fugelli startet sitt foredrag med et varsko: «Nå åpenbarer Det Samfunnsmedisinske Dyret seg!». Han dro oss med inn i Den Nye Samfunnsmedisinen, med Virchow



som veiviser. Først kritiserte han dagens samfunnsmedisin: Et stort hvitt lerret med en liten, sentralt plassert tekst: «No ideas has entered my mind». Samfunnsmedisinen er for lydlig, den mangler potens, tidsinnstilling og politisk ladning. Samfunnsmedisinen kan aldri bli objektiv. Den skal påvise politisk bestemte patogene faktorer og må derfor blande fag og politikk. Den skal være aktuell og helst futuristisk. Det er helse eller sykdom i hvert politisk vedtak.

Han beskrev 6 spesielt verneverdige kromosomer i arvestoffet etter den sterkt samfunnsengasjerte og dristige Virchow:

1. Det biomedisinske kromosom; mikroskopet (deler av den tradisjonelle medisin)
2. Det politiske kromosom; «makroskopet» (det er en sammenheng mellom samfunnsmessige forhold og sykdom. Eksempel på en samfunnsmedisinsk resept: «mere lønn, mere frihet»)

3. Det autonome kromosom (en god samfunnsmedisiner må være politisk kontroversiell)
4. Det demokratiske kromosom (der man er villig til å anlegge samfunnsmedisinske bypassoperasjoner forbi skleroserte ministre og byråkrater direkte til befolkningen)
5. Det humanistiske kromosom (solidaritet med upriviligerte)
6. Det synkrone kromosom (samfunnsmedisinen må være prospektiv, forut for sin tid, våge usikkerhet og kontrovers)

Med disse arvestoffene kan vi møte utfordringene i nye økonomiske og medisinske klasseskiller: manglende solidaritet - den tilfredse majoritet sikrer seg selv og/eller politikerne sikrer denne; underklassens mangelsykdommer - infeksjoner, arbeidsledighet, vold, rus, kriminalitet og utstøting mot overklassens sykdommer - jeg-sykdommer, samlivsproblemer, forventningssykdommer, post-moderne helsekultur (narsissisme).

Fugelli roper oss ut på krigsstien, – politisk og mediemessig, – mot trafikk/bilindustri, mot legemiddelindustrien, mot multinasjonale selskaper Og det han ønsker få til er et verdimeslig paradigmeskifte, samfunnsmedisinen i et globalt, økologisk perspektiv, – en revolusjon? Et foredrag som i stor grad kan brukes til fornyelse av samfunnsmedisinen. Sannelig sier vi eder: Per Fugelli kan brukes til mer enn festtaler!

Samfunnsmedisinen trenger flere kvinner!

Anders Grimsmo la i sitt foredrag vekt på at samfunnsmedisinen skal være en brobygger mellom allmennmedisinen og samfunnet forøvrig. Faget har sammen med KHT fått nye premisser og rammebetingelser gjennom samfunnsendringer: fra organisasjonssamfunnet til informasjonssamfunnet, fra administrasjon, planlegging, forvaltning, saksbehandling og budsjett/regnskap til tverrfaglig samarbeid, nærmiljø-

arbeid og nettverksbygging, fra teknisk hygiene, tilsyn og kontroll til mobilisering og integrering, fra mannskultur til kvinnekultur. Samfunnsmedisinen trenger flere kvinner – de kan i større grad metodene som trengs i dag!

Bestemmer innkjøpssjefene fremtidens helsetilstand?

Dag Hareide, generalsekretær i Naturvernforbundet, snakket om temaet «Kan helsetjenesten bedre miljøet i kommunene?» Han mente at utslippene etter hvert er under kontroll. Det er produktene som i stadig større grad representerer forurensningsfaren. Det er derfor innkjøpssjefene som kontrollerer forurensningene. Vi vet utrolig lite om de kjemikaliene som distribueres. Vårt store eksperiment er naturen. Han profeterte at problemene vil dukke opp innenfor fruktbarhet, immunsystem, nervesystem og kanskje det endokrine system. Han mener det handler om å gjøre helse og miljø viktigere

enn økonomisk vekst, – livskvalitet versus levestandard, – hva gjør livet verdt å leve? Livsverdiene øker jo mer de deles: kjærlighet, humor, settepoteter! Det er omvendt med de materielle verdier.

Konferansen i sum

Mye er bra i kommunehelsetjenesten. Best er det innenfor PLO, men også fysioterapien har utviklet seg i ønsket retning. Overføringen av psykisk utviklingshemmede til kommunene tåler dagens lys. Utviklingen innenfor legetjenestene er betenkelig ved at fastlønnsstillinger og avtalehjemler verken er lønnsnøytrale for legene eller utgiftsnøytrale for kommunene. Flukten over i avtalestillinger vanskeliggjør styring av tjenestene og oppfylging av KHTLs intensjoner om økt tverrfaglighet og forebyggende innsats. Et særlig problem er flukten fra kommunelege I-stillingene som alvorlig truer gjennomføringen av en helhetlig planlagt og drevet helsetjeneste med et tilstrekkelig samfunnsorientert og forebyggende perspektiv. De kroniske psykiatriske pasientene er i dag taperne. De kan stå som illustrasjon på en forskyvning av ansvarsoppgaver mellom forvaltningsnivåene som ikke er fulgt opp med tilsvarende ressursforflytninger. De kan dermed også stå som eksempel på hvor galt det kan gå fordi kommunene mangler et felles faglig, administrativt og politisk talerør til å ivareta sine interesser overfor stat og fylkeskommune. Ingen gjør seg til talsmenn eller kvinner for å reversere utviklingen av KHT, ingen taler for sentralisering. Diskusjonen om organisering, finansieringsform, ansvar og myndighet er ikke spørsmål om hvor pendelen er i et statisk system, men som en læringsprosess.

Betty Pettersen
Kræmmervikveien 5
8373 Ballstad

Petter Øgar
6790 Hornindal



Forebyggende barnevern hva er det?

Tekst: Frode Heian



Frode Heian er født i 1947. Etter 1 1/2 år på barneavdeling i Tromsø var han kommunelege i Tingvoll i 13 år. Siste 3 år har han hatt ansvaret for prosjektet Barn – Helse – Miljø; forebyggende og helsefremmende arbeid med utgangspunkt i helsestasjonen. Forfatter av Helsestasjonsboka.

Et felles utgangspunkt?

Kommunen har et helhetlig ansvar for befolkningen, og følgelig for samordningen av deltjenestene. Et slikt helhetssyn og ansvar må selvsagt også de enkelte deltjenestene ha klart for seg. Og særlig viktig er det i diskusjonen om fordeling av arbeidsoppgaver deltjenestene imellom. Som grunnlag for dette helhetssynet er det rimelig å ta utgangspunkt i «terrenget»: befolkningen og de behov som gjør seg gjeldende der.

Figur 1, som jeg tror er forståelig for såvel ulike grupper fagfolk som

Etter at det de senere tiår er kommet tallrike bøker, artikler og offentlige dokumenter om forebyggende og helsefremmende arbeid, er det fremdeles uklarerhet om disse begrepene. Denne uklarerheten ser vi også i forbindelse med plan for forebyggende barnevern, som nå er under utarbeidelse i kommunene.

Dette er et sammensatt felt som involverer mange instanser, og barnevernet er pålagt å utarbeide planene i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. For at en slik medvirkning skal være meningsfylt, må det være en rimelig felles forståelse av sentrale begreper og problemstillinger. Dette innlegget er ment å være et bidrag til et slikt felles forståelsesgrunnlag, som utgangspunkt for noen synspunkter på prioriteringer.

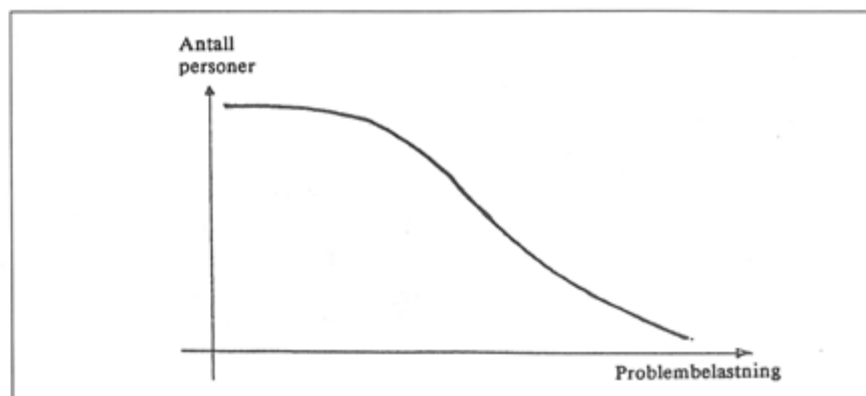
politikere, antyder hvordan befolkningen fordeler seg i forhold til problembelastning og risikofaktorer: De aller fleste har ingen eller få problemer. En ganske stor del er utsatt for belastende påkjenninger, der det fort kan gå videre «nedover bakke» hvis det ikke settes inn tiltak. En mindre gruppe har virkelig store problemer som kan påvirke helse, funksjonsevne og trivsel på lang sikt.

Forebyggende arbeid på ulike nivå

Grovt sett fordeler arbeidsoppgavene seg på denne figuren etter graden

av problembelastning: Primærforebyggende tiltak overfor befolkningsgruppen lengst til venstre. Økende innslag av sekundær-, og etterhvert tertiærforebyggende tiltak ettersom vi beveger oss mot høyre side av kurven. Det primærforebyggende arbeidet legger følgelig hovedvekten på et masseperspektiv og det sekundærforebyggende på risikoperspektivet. Jo lengre ut til høyre vi kommer, jo mer preges arbeidet av individrettet hjelp, støtte og behandling. Her befinner hele det kurative og attførende hjelpeapparatet seg, både på helse- og sosialsiden. Og selvsagt innebærer

Fig 1 Befolkningens (arealet under kurven) fordeling etter problembelastning



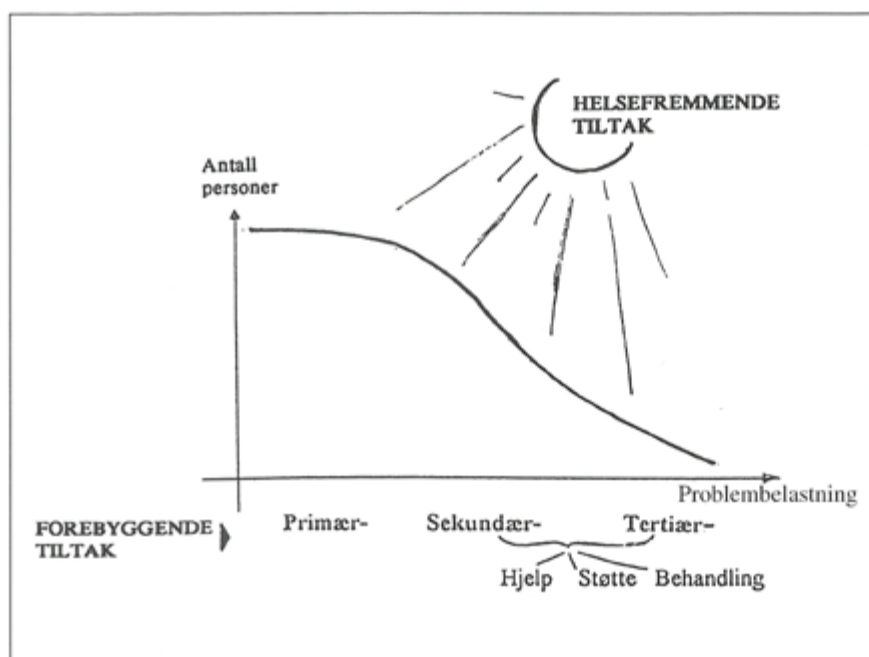


Fig 2. I grove trekk fordeler de ulike nivåer av forebyggende arbeid (primær-, sekundær- og tertiær-) seg etter grad av problembelastning. Helsefremmende virksomhet (sola) er ressurs-orientert og må ikke minst rette seg mot spesielt utsatte grupper.

enhver behandling elementer av tertiærforebyggelse.

Helsefremmende versus sykdomsforebyggende arbeid

Selv om grensen mellom forebyggende og helsefremmende arbeid ikke alltid er skarp i praksis, representerer disse begrepene to prinsipielt ulike strategier. (fig. 2) Den helsefremmende virksomheten retter oppmerksomheten først og fremst mot positive faktorer. Det gjelder å se barnets, foreldrenes og lokalsamfunnets positive trekk, og bygge videre på dem. Disse aspektene har kommet for lite til uttrykk i helse- og sosial-, tildels også pedagogisk arbeid. Det sykdomsforebyggende arbeidet er mer problemorientert. Det retter i større grad oppmerksomheten mot risikofaktorer, og er selvsagt fremdeles en viktig del av strategien.

Helsefremmende tiltak er selvsagt ikke bare reservert for de «friske». I familier med psykiske og sosiale belastninger, der barnet er født for tidlig eller har en funksjonshemming som vanskeliggjør kontakten, er

det spesielt viktig å understøtte de positive mulighetene barnet og familien har.

Helsestasjonens muligheter

Helsestasjonen dekker hele befolkningen. Tyngdepunktet ligger altså til venstre på figuren, ved det primærforebyggende arbeidet. Men selv om altså strategien er formet ut fra et befolkningsperspektiv, drives det praktiske arbeidet i stor grad gjennom personlig kontakt. Dette er helsestasjonens unike innfallsport. Den generelt rettede virksomheten når alle, og har stor aksept blant brukerne. Dermed har helsestasjonen et utgangspunkt for videre oppfølging ved spesielle behov, som ingen andre instanser. I den sårbare fasen med den første, gryende bekymring, er det helsestasjonen som med minst angst og motforestillinger fra foreldrene kan komme inn med hjelp og støtte. Denne muligheten til sekundærforebyggende virksomhet rettet mot familier i risikozonen bør tas bedre vare på. Det har med ressurser å gjøre, men

det trengs også metodeutvikling og skoloring. Et utvidet engasjement her, forhindrer ikke at helsestasjonen holder på sin posisjon som en i hovedsak primærforebyggende instans. Helsestasjonens styrke er nettopp at det sekundærforebyggende arbeidet skjer med utgangspunkt i det primærforebyggende. Men økt satsing kan selvsagt ikke skje uten ressurstilgang.

Forebyggende barnevern

Forebyggende aspekter ved barnevernsarbeidet ble tillagt stor vekt både da lov om barnevern ble vedtatt i 1953, og da den ble omarbeidet i 1962. Arbeidet er imidlertid blitt lite konkretisert. I den nye barnevernloven (1) har forebyggende arbeid fått en enda mer sentral plass. I § 3-1 heter det at:

«Barneverntjenesten skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Barneverntjenesten har videre ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt og atferdsproblemer så tidlig at varige problemer kan unngås.» -Og i § 3-2: «Barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer.»

Prosjekt Forebyggende Barnevern (i regi av Sosialdepartementet og senere Barne- og familiedepartementet) rettet seg mot barnevernets forebyggende arbeid og konsentreres om to satsningsområder (2):

- Tiltak rettet mot nærmiljøer eller hele aldersgrupper med barn, med utsatte barn som særlig målgruppe
- Tiltak for å styrke enslige/utsatte forsørgere i deres foreldreroller.

Plan for forebyggende barnevern

Barnevernet i kommunene ble i desember -92 pålagt, innen utgangen av 1993, å lage en plan for hvordan omsorgsovertakelse kan forebygges (3). Formålet er å utvikle «tiltak som kan settes inn

på et tidlig tidspunkt som enten forebygger behovet for innsats av omfattende barneverntjenester eller omsorgsovertakelse.» Det ble presisert at planleggingen bør skje i samarbeid med andre aktuelle instanser. Senere er kravet til fremdrift endret slik at planarbeidet skal være ferdig i løpet av 1994. I de fleste kommuner pågår det altså for tiden, men fremdeles er helse-tjenesten i mange kommuner ikke involvert.

For å unngå misforståelser: barnevernet må selvsagt fortsatt legge hovedvekten på hjelpe-, støtte- og behandlingstiltak overfor dem som trenger det aller mest. Men loven gir altså klare signaler om også å engasjere seg i de forhold som skaper problemene, og å sette inn tiltak før problemene er blitt store. I mange kommuner (ikke alle) begrenser imidlertid barnevernet sine ambisjoner til å gjelde forebyggelse av omsorgsovertakelse i registrerte barnevernsaker. I beste fall dreier det seg således om tertiærforebyggende virksomhet. (I sannhetens navn skal sies at det av mange grunner ikke er så enkelt med nyorientering og etablering av metoder på kort tid.)

Hva forebygger vi egentlig?

Tidlige tegn som gir grunn til uro for en familie kan være dårlige sosiale kår, engstelige, deprimerte eller utslitte foreldre, eller vansker med samspillet i familien. Disse tegnene sier ikke alltid om familien vil «vokse ut av problemene», eller om det vil skje en videre utvikling i retning av omsorgssvikt, atferdsvansker eller psykiske problemer. På det tidspunkt da det er aktuelt å forebygge, vet vi derfor ikke sikkert hva vi i hvert enkelt tilfelle forebygger. Og bare av og til er det aktuelt å melde saken til barnevernet. Andre instanser som barnehage, helsestasjon, PP-tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrisk tjeneste, vil som regel komme inn med rådgivning, hjelp og støtte. Det er derfor ikke riktig på dette stadiet å

snakke om forebyggende barnevern, men forebyggende psykisk og sosialt arbeid. Like fullt er det sannsynligvis ved disse instansene de fleste barnevernsaker forebygges i dag.

Her er vi tilbake til behovet for helhetstenkning. Uansett hva barnevernet som institusjon legger hovedvekten på, er det helt nødvendig å se forebyggelse av omsorgssvikt i et videre perspektiv enn det som rettes mot registrerte barnevernsfamilier. I alt forebyggende arbeid er det et mål å komme tidlig til før uheldige mønstre er fastlåst, og før skade er skjedd. Derfor må en stor del av innsatsen settes inn for å motvirke forhold som skaper *forutsetninger* for utvikling av omsorgssvikt, og fremme krefter som beskytter mot de belastninger som likevel vil være der. *Forebyggende barnevern må således ikke sees isolert, men som ledd i en integrert modell for psykisk og sosialt forebyggende arbeid.*

Hvor står vi da?

Vi har altså en situasjon der barnevernet i mange kommuner hovedsakelig konsentrerer sitt forebyggende arbeid om familier med så store problemer at de er gjenstand for barnevernsak. Det vil si ca. en prosent av barnebefolkningen, altså

langt under det antallet som faktisk er offer for omsorgssvikt og langt under antallet barn i det vi regner som utsatte grupper. Brukernes terskel til kontakt er høy, og barnevernet mangler tradisjoner for forebyggende arbeid.

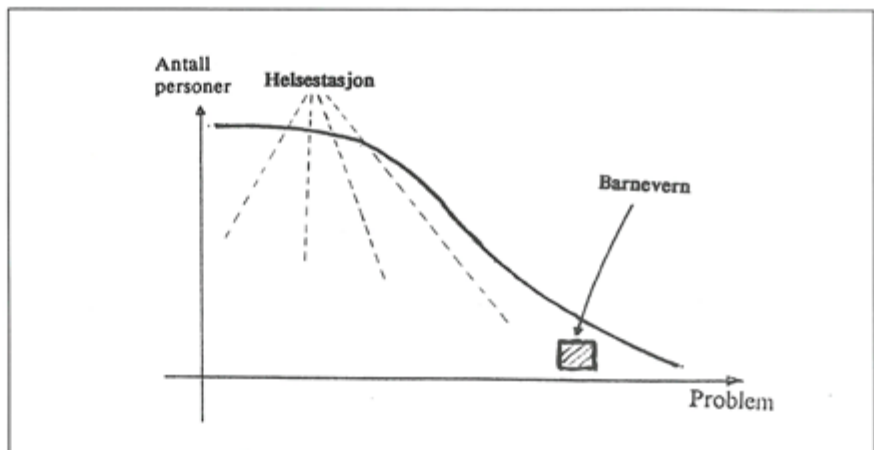
Helsestasjonen har tradisjonene. Men her smøres virksomheten så tynt ut over hele befolkningen at det er liten mulighet til å gå i dybden ved spesielle behov (fig. 3). Begrensede ressurser, dels også mangel på kompetanse, setter grenser for i hvilken grad man kan engasjere seg når det er mer enn moderate vansker i en familie. Styrken ligger først og fremst i en positiv brukerholdning, og de muligheter som gis gjennom generelle og «ufarlige» innfallsvinkler.

Barnehager, skoler, PP-tjeneste og barne- og ungdomspsykiatri har fått en ufortjent liten plass i dette innlegget. Den virksomheten disse instansene driver, forebygger utvilsomt utvikling av omsorgssvikt i mange tilfeller. Men det skjer også sporadisk, og gjelder i forholdsvis liten grad sped- og småbarnperioden.

Hva står vi da igjen med?

For å sette det litt på spissen oppfører den samlede hjelpetjeneste seg, særlig når det gjelder de helt små barna, som om gruppen utsatte familier nesten ikke fantes (fig.4).

Fig 3. Barnevernet holder seg til en meget begrenset målgruppe, og helsestasjonen er «smurt tynt ut over» hele befolkningen.



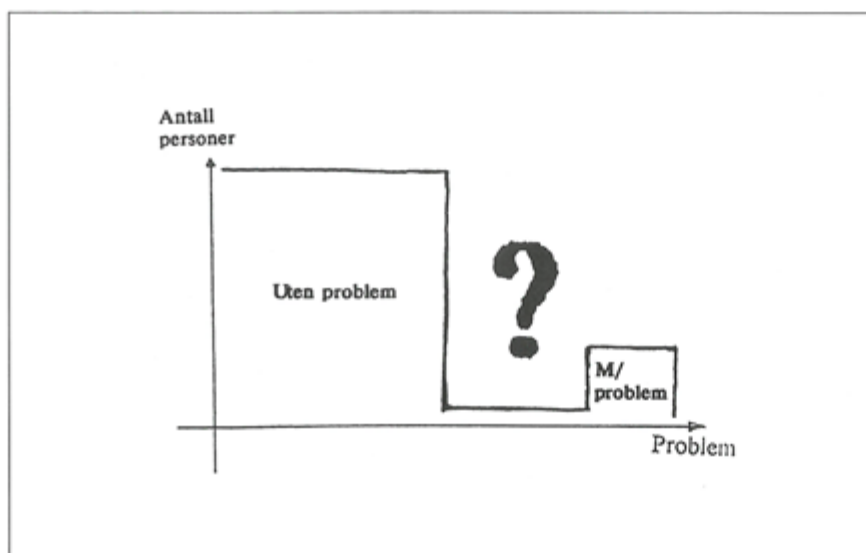


Fig 4. Denne «grafiske fremstillingen» av det å falle mellom to stoler, viser en sentral mangel i det psykisk og sosialt forebyggende arbeidet.

Hvem skal dekke behovene?

Svært mange vansker bunner i usikkerhet eller manglende selvtillit i foreldrerollen, og problemer i samspillet mellom foreldre og barn. Her kan bakenforliggende årsaker være infløkte og viktige å ta fatt på i et langsiktig perspektiv. Men det er også nødvendig å løse de problemene som gjerne føles mest presserende i hverdagen, og som gjerne plasseres på barnet: som søvnvansker, uro og skriking om dagen, spiseproblemer osv. Her har vi etterhvert fått gode og praktiske metoder som ser ut til å gi resultater på relativt kort sikt. Denne hjelpen bør settes inn lenge før problemene er blitt så store at familien aksepterer kontakt med barnevernet.

Det er altså behov for ikke-stigmatiserende hjelp, støtte og rådgivning med en atskillig lavere terskel enn barnevernet, med romsligere rammer til ekstra innsats enn helsestasjonen, og med mer spesifikk kompetanse enn dem begge.

Et eksempel

I dette arbeidet er det flere veier å gå. Jeg vil ganske kort peke på én, som vi har gode erfaringer med: I samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Molde har

helsestasjonen fått «disponere» en barnevernspedagog i et fleksibelt deltids engasjement. Hun har spesiell kompetanse (etter Marte Meo metoden (4)) for intervensjon i familier med problemer i samspillet foreldre – barn. Denne metoden bygger nettopp på en ressursorientering, som nevnt ovenfor. Ved behov for mer omfattende hjelp enn det helsestasjonen kan yte, kan hun gå inn med hyppig kontakt over et (som regel) kortere tidsrom. I dette engasjementet er hun definert som en del av helsestasjonens stab, det er ingen henvisning til barnepsykiatrien, og hennes skriftlige tilbakemelding skjer kun ved interne notater i helsestasjonskortet. Her har vi altså oppnådd å senke terskelen for spesifikk og om nødvendig omfattende hjelp, på et stadium der henvisning til barnevern eller barnepsykiatri av mange grunner ville være helt uaktuelt. Dette er et eksempel på primær- og sekundærforebyggende virksomhet gjennom ubyråkratisk samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Slikt samarbeid burde vel så gjerne organiseres innen kommunen, uten nødvendigvis å kreve endring i den formelle administrasjonsstrukturen. Et samarbeid helsestasjon – barnevern er nærliggende å tenke seg, og en del

kommuner har nettopp brukt forebyggende barnevernsmidler til styrking av helsestasjonen.

Det vil være flere yrkesgrupper som etterhvert skaffer seg den nødvendige kompetansen for slikt arbeid, og det bør helsestasjonen være åpen for. Men dette arbeidsfeltet vil naturligvis også være en utfordring for helsesøstre.

Sluttord

Er konklusjonen da at midler fra det forebyggende barnevernet burde brukes til tiltak som dette? Ja, jeg vil våge den påstand at tiltak som ovenfor beskrevet, i tillegg til å forebygge menneskelig lidelse, er noe av det mest kostnadseffektive vi kan bidra med fra helsesiden.

Frode Heian
Storvikvn. 10
6400 Molde

Litteratur

1. Lov om barnevernstjenester, lov 17. juli 1992 nr. 100
2. Sandbæk M. Forebyggende barnevern. Oslo: Universitetsforlaget, 1992
3. Barne- og familiedepartementet. Rundskriv Q-4/92.
4. Rye H. Tidlig hjelp til bedre samspill. Oslo: Universitetsforlaget, 1993 (Denne boka gir for tiden den lettest tilgjengelige omtalen av metoden)

KONGSVOLL-SEMINARET

Blir fra 23. til 25. mars i 1995 (merk tidspunktet)

Hovedtittel:

Risikabelt – for hvem?

- om medisinsk risikovurdering.
- risikointervensjon

Nærmere

kunngjøring kommer!

Utleveringsplikt for pasientjournaler til bruk i barnevernssaker

Tekst: Kirsti Baardsen



Kirsti Baardsen, født 5. juni 1950 i Tromsø. Cand.jur. Bergen 1978, har i tillegg sosiologi grunnfag og arkeologi mellomfag fra Universitetet i Tromsø. Privatpraktiserende advokat ni år i Bergen og i Tromsø, har jobbet fire år i Hordaland fylkeskommune, mest innen personalsektoren. Fra september 1992 ansatt som kontorsjef hos Fylkeslegen i Rogaland. Gift med en sorenskriver, fire (tildels sammenbrakte) barn.

Den nye lov om barnevernstjenester (17. juli 1992 nr. 100) gir i § 6-4, 2. ledd hjemmel for at de organer som er ansvarlige for gjennomføring av loven kan innhente opplysninger fra helsepersonell og offentlige myndigheter.

Den nye barnevernslovens § 6-4 *Innhenting av opplysninger*, sier:

«Opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med den saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhentingen.

Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige adferdsvansker, jf § 4-24. Like med offentlige myndigheter regnes organisasjoner og private som utfører oppgaver for stat, fylkeskommune eller kommune. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av loven plikter offentlige myndigheter å gi slike opplysninger.

Også yrkesutøvere i medhold av lov om leger, lov om godkjenning av psykologer, lov om tannleger, lov om godkjenning av sykepleiere, lov om jordmødre, lov om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster, lov om psykisk helsevern, lov om helsetjenesten i kommunene, lov om sykehus, og meklingsmenn i ekteskapsaker (jf lov om ekteskap) plikter å gi opplysninger etter reglene i annet ledd.»

Den tidligere barnevernslov hadde i § 4 b, slik den lød etter lovendring i 1986, et noe mer presist uttrykk for hva som skulle gis ut av opplysninger. Lovteksten lød:

«Etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføring

av loven, plikter offentlige myndigheter uten hinder av taushetsplikt å gi de opplysninger som de sitter inne med og som er nødvendige for behandling av saker etter loven.

Etter den tidligere barnevernslov var det er begrensning i opplysnings- og utleveringsplikten som i loven er nedfelt i uttrykket «...som er nødvendige for behandling av saker etter loven.» En tilsvarende begrensning vil man måtte inntolke i den nye lov om barnevernstjenester. Dette betyr at barnevernstjenesten i en kommune bare kan kreve å få utlevert de deler av en pasientjournal som dekkes av unntaket. Fritaket for taushetsplikten og plikt til å utlevere journaler gjelder bare for de alvorlige sakene, jf. lovteksten. Behandlende lege vil derfor måtte gjennomgå journalen og holde tilbake alt utenom de opplysninger som dekkes av fritaket for taushetsplikt.

Spørsmålet om omfanget av utleveringsplikten er ikke berørt i Ot.prop. 44/1991-92, Om lov om barnevernstjenester, annet enn at departements merknader er følgende (side 82 flg. Ot.prop):

« I høringsutkastet var det inn tatt en bestemmelse om at dersom parten ikke har samtykket i at opplysningene innhentes, skal spørsmålet om opplysninger kan gis, uten hinder av taushetsplikt, avgjøres etter taushetsbestemmelser som gjelder for avgiverorganet. Barne- og familiedepartementet er kommet til at det ikke

er nødvendig å ta inn en slik bestemmelse i barnevernsloven, da hva som kan gis av opplysninger i slike tilfelle allerede følger av forvaltningslovens regler og eventuelle regler i særlovene.»

Legelovens § 31 pålegger som hovedregel en lege full taushetsplikt om det som pasienten betror ham. Denne bestemmelsen kan ikke uten videre tilsidesettes av den nye loven om barnevernstjenester; den nye § 34b endrer ikke mye på det.

Barnevernets behov for fritak fra taushetsplikt og saksopplysning kan ikke fortrenge det kravet pasienter har til vern om sin integritet, ved at journalen, som legen etter legelovens § 43 plikter å føre, i sin helhet skal kunne kreves utlevert for barnevernstjenestens bruk.

Det kan derfor tilrås at eventuelt bare de deler av pasientjournalen som kan ha betydning for vurderingen av de alvorlige barnevernssaker blir utlevert til sosialtjenesten. Det kan ikke være riktig at Fylkesnemnda/kommunens barne-

vernstjeneste skal ha tilgang på alle opplysninger i en pasientjournal, selv om deler av journalen kan være av interesse for den problemstilling som fylkesnemnda står overfor i barnevernssaker.

Man bør også være oppmerksom på at tvistemålslovens (lov 13. august 1915 nr. 6) § 205 forbyr retten å ta imot vitneforklaring fra yrkesgrupper som mottar sensitive opplysninger i sitt arbeide. En lege kan ikke forklare seg i retten uten at det foreligger *samtykke* fra pasienten. Dette tilsier at legen må være forsiktig med hva som blir utlevert av opplysninger om pasientforholdet.

Tvistemålslovens § 205 lyder:

«Uten samtykke av den som har krav på hemmelighold, må retten ikke ta imot forklaringer av prester i statskirken, prester eller forstandere i registrerte trossamfunn, advokater, forsvarere i straffesaker, meklingsmenn i ekteskapsaker, leger, psykologer, apotekere, jordmødre eller sykepleiere

om noe som er betrodd dem i deres stilling.

Det samme gjelder underordnede og medhjelpere som i stillingsmedfør er kommet til kunnskap om det som er betrodd de nevnte personer.

...»

Motstriden mellom bevisforbudet i tvistemålslovens bestemmelser, som også gjelder under bevisføring for fylkesnemnda, og plikt til å utlevere materiale, må i mangel av positiv bestemmelse for utlevering av legejournalene, gjøre at legen holder tilbake det som er sensitivt av hensyn til pasientforholdet.

Hensynet til barnevernet må være ivaretatt ved at barnevernet får de opplysningene som det er utleveringsplikt på, slik som spesifisert i lov om barnevernstjenester § 6-4, 2. ledd, det vil si det som kan være relevant i forhold til omsorgssvikt overfor barnet.

Kirsti Baardsen
Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680, 4001 Stavanger

UTPOSTENS annonsører

UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag på 2.200.

Tidsskrift nr.	Materialfrist:	Utsendelse
Nr. 1	13. jan.	17. febr.
Nr. 2	17. febr.	24. mars
Nr. 3	31. mars	15. mai
Nr. 4	12. mai	20. juni
Nr. 5	18. aug.	22. sept.
Nr. 6	15. sept.	20. okt.
Nr. 7	13. okt.	17. nov.
Nr. 8	3. nov.	8. des.

TEKNISK

Bestilling: RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim. Telefon: 63 97 32 22.

Materiell: Avtrykk, reprovokopi eller negativ film med speilvendt hinner side.

Netto format: A4

Raster: 54 linjer

Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s, Kolbotn.

PRISER pr. 1. januar 1994.

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200	4.000,-	4.500,-	5.500,-
1/1 side siste omslagsside				13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-.
Klebet bilag vil koste kr. 8.500,-,
pluss kr. 0,85 pr. eksemplar.

Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.

Barnevern

- fiende eller samarbeids-partner for helsearbeidere?



Overlege Rolf Lindemann, barneavdelingen Ullevål, lærte meg at foreldre kan lyve. På slutten av 70-tallet begynte narkomane å føde barn som følge av høyere levestandard. Verken Helsevesen eller sosialvesen var forberedt. Stoffmisbrukere fødte premarturt, før barnevernet hadde rukket å gjøre vedtak om omsorgsovertagelse. Det gjorde inntrykk på meg å se ei lita jente som sov i 14 dager etter fødselen. Vi brukte like lang tid på å finne ut at mor hadde gått på barbiturater og fremdeles gjorde det. Den premature jenta som egentlig ikke var spesielt prematur, hadde et søsken hjemme på 15 måneder. Jeg fikk ane noe av at det er barna som er ubeskyttet i vårt samfunn.

Som helsesøster ble det derfor naturlig å etablere kontakt med barnevernet. I Oslo støtte jeg på et par der mor ikke hadde gått til svangerskapskontroll, angivelig fordi mor hadde legeskrekk. Paret var kjent som blandingsmisbrukere. De fortalte meg at de hadde blitt kristne, hadde skaffet seg jobb og fått leilighet. Jeg styrte til Ullevålsteamet med disse opplysningene, der Rolf Lindemann var medlem. Paret hadde fått barnet sitt, og saken deres skulle drøftes der. Rolf's eneste kommentar var: Har du kontrollert at dette er sant? (Denne gangen var det riktig)

Jeg vente meg tidlig til en praksis der jeg sa fra til klienten om min bekymring og at jeg ville si fra til barnevernet. Klienten har da oftest valgt å bytte helsestasjon, men ikke nødvendigvis. Når klienten har oppdaget at barnevernet verken

kommer om natta eller bruker rifle i sitt arbeid, og at det går an å samarbeide med dette vernet som til og med kan hjelpe foreldre, har det også gått greit å fortsette på min helsestasjon. Men et ønske om å bytte helsesøster blir respektert.

Etter min mening fortjener foreldre å bli tatt så på alvor at de får høre hva helsearbeidere bekymrer seg for når det gjelder barnet deres. De bør også eventuelt få lese meldingen til barnevernet dersom den er skrevet ved samtalen med foreldre når man har bestemt seg for å melde en sak. Unntatt er som kjent, når det gjelder mistanke om seksuelle overgrep, der det er svært viktig at foreldre *ikke* orienteres i utgangspunktet om hva bekymringen gjelder. Når det gjelder mistanke om rusmisbruk hos foreldre, er det kanskje mer opplagt at leger og sykepleiere/ helsesøstre har meldepplikt til barnevernet. Jeg vil ikke ta for meg andre grunner til å melde sin bekymring, men viser til den nye Lov om barnevern.

Da de vel kjente «Sandmannmidler» kom til Nittedal kommune, ble jeg bedt om å søke stilling som ble utlyst for disse midlene. Jeg hadde fra før halv stilling som helsesøster i kommunen, og var så heldig å få oppleve barnevernet fra innsiden og fra grasrota som barnevernsarbeider i Nittedal i 2 år. For ikke å bli misforstått i min jobb som helsesøster, vil jeg gjøre klart at disse 2 typer arbeid var klart adskilt, slik at jeg ikke hadde klienter i barnevernet som gikk hos meg på helsestasjonen.

Min erfaring særlig med leger i

forhold til barnevernet, er at det er mange misoppfatninger av hvordan barnevernet jobber. Jeg vil derfor dele noen av mine erfaringer fra grasrota med leserne av dette brev.

Etter en forundersøkelse som skal gjøres innen 3 måneder etter at meldingen er mottatt, avgjør saksbehandler om saken skal undersøkes videre eller henlegges. Dersom den ikke blir henlagt, avgjør saksbehandler etter videre undersøkelse om det skal settes inn tiltak etter barnevernsloven. Min erfaring er, og det er viktig å presisere, at faktisk de fleste foreldre går med på å samarbeide med saksbehandler, og de går frivillig med på at det settes inn tiltak. Tiltak som settes inn, er: Hjelp og anbefaling med å skaffe barnehageplass, støttekontakt eller weekend – hjem til barnet, foreldre kan få økonomisk støtte til psykiatrisk behandling o.s.v. Når det settes inn tilsyn i hjemmet, som også kan være et tiltak, vil tilsynsfører bistå foreldrene i stimulering og samspill med barnet. Foreldrene har anledning til å kommentere tilsynsførernes rapporter. Min erfaring er at arbeidet som tilsynsfører er meget spennende, fordi man ikke vet hvilket potensiale foreldre har til å tilegne seg forandring. Men som oftest er dette et vanskelig arbeid som tar lang tid. For de fleste er det ukjent at mange foreldre tar kontakt med barnevernet når de har store konflikter med tenåringene sine og kan være bekymret for rusmisbruk o.s.v.

I forbindelse med Bjugn-saken var det stor diskusjon om foreldres rettssikkerhet. Det forskrekker

meg at ikke flere har tatt til orde for å tale barns sak. (Når det gjelder mistanke om seksuelle overgrep mot barn generelt, er dette et så vanskelig tema at det er verd en egen artikkel.)

Min påstand er derfor at helsearbeidere må si fra om sin bekymring, kanskje særlig når det gjelder små barn. Skolebarna viser gjerne symptomer på at noe er galt ved omsorgssituasjonen ved å være urolige, aggressive o.s.v., og da får barnevernet allerede melding fra skolen. Men da kan det være vanskelig å rette opp at barnet i flere år har fått for lite omsorg. Jeg viser til opprettelse av insititusjoner for verstingene i Oslo, som jeg

mener må være et tragisk utfall av dette.

Det stilles for tiden også spørsmålstegn ved om barnevernet jobber godt nok. Det er i hvert fall sikkert at barnevernet trenger korrekte og dokumenterte opplysninger og observasjoner fra helsearbeidere for å være et vern for barna. Etter min mening vil dette også bidra til å gi foreldre rettsikkerhet, fordi det er godt for foreldre å få den hjelpen de trenger for å bli bedre foreldre. Etter den nye loven kommer dette ikke i konflikt med taushetsplikten for leger. Foreldre bør også oppmuntres til selv å ta kontakt med barnevernet for forebyggende tiltak.

Min oppfordring blir derfor denne: Dokumenterte bekymringer om barns omsorgssituasjon må meldes barnevernet. Foreldrene fortjener i de fleste tilfeller å bli orientert om meldingen. For mange vil dette bety at det konkrete samarbeidet med barnevernet i kommunen må bli bedre, og at det må legges rutiner for samarbeid mellom etatene.

Lykke til!

*Helsesøster Elin Aamodt Rygge
Hagan helsestasjon
Hellinga 8, 1481 Hagan*



ABORT?

Ser du tvil hos kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet? Ønsker du at kvinnene skal ha et godt beslutningsgrunnlag før de tar sitt valg ???

Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.

- * AAN har utdannede rådgivere med erfaring
- * AAN gir klientene god tid i samtale
- * AAN gir klientene oppdatert og saklig informasjon ut fra sosial-, trygde- og abortlov.
- * AAN tilbyr praktisk hjelp og støtte under og etter svangerskapet.
- * AANs tjenester er gratis.

For mer informasjon ring 22 41 82 50 eller ta kontakt med nærmeste AAN-kontor.

Alternativ til Abort i Norge består i dag av 23 rådgivningskontor for gravide. AAN er som organisasjon livssyns- og politisk uavhengig. Organisasjonen har bred politisk støtte og fikk for 1994 9,4 millioner kroner i statsstøtte. AAN har ca. 600 frivillige medarbeidere som gjør det mulig å tilby praktisk hjelp som barnevakt og weekendforeldre. AANs mål er at organisasjonens arbeid skal bidra til å redusere antall aborter i Norge.

Lege og husmor i 38 år – er det noe?

Tekst: Berit Tveit



f. 1931. Cand.med. Bergen 1956. Gift 3 barn, 5 barnebarn. Allmennpraksis Namsos 1958–66, Fyllingsdalen 1971–. Allmennpraktiker DNLF 1974, spesialist allmenntmedisin 1985. Byggeleder to legekontor og to boliger. Skriver ord på papir og PC. Motto: «Når intet annet hjelper – lag et eventyr».

Utpostens redaksjon, ved Sonja Fossum, sa: «Du har levet et langt liv som allmennpraktiker og kvinne, visstnok en vanskelig kombinasjon. Noen klarer åpenbart dette bedre enn andre. – Hvordan har du mestret dette?»

Kan hende det er en god prestasjon å arbeide med saken i 47 år, siden start av gymnas, å ha hatt arbeidsinntekt i 35 år, samme ektefelle i 36 år og fått frem tre barn. Når spørsmålet først ble stilt, kunne jeg se noen av årsakene til at jeg fortsatt har livsglede.

Det er fars skyld

Far – i hvit, doktorduftende frakk – med tekoppen i farlig balanse på bordkanten og bordet fullt av Dominobrikker. «Toer mot femmer går ikke. Ser du en toer?» Aha, der var det en. «Nå er det min tur.»

Siden: Casino, ludo, vri åtter – alltid var han like seriøs, og like lykkelig, som når han spilte bridge med andre voksne.

Så vi lærte: Om likeverd, om spilleregler, og fremfor alt: Man spiller med de kortene man ha fått.

Nå kan jeg se at mine «Livskort» ikke vrimlet av ess. Men jeg spilte med dem, og tok stikk: Skole – god nok til å komme inn på medisinerstudiet, embetseksamen, ekteskap, barn og praksis sammen med ektefelle.

For hver runde fikk jeg et smil og et nikk fra far. En gang hadde jeg rotet meg inn i et hjørne, og vrælte. Far lyttet, og mælte så: «Er du snart ferdig med å gråte? Godt, så kan du begynne å tenke på utveier.»

Turnuslærdom

Distriktslegen spurte så pent om jeg kunne ta litt turnustjeneste på forskudd – han skulle på et langt kurs og noe ferie? Jeg sa «Ja».

Svarteper i det spillet var at nabolagene også tok sommerfri – lenge. Så jeg satt som eneste lege for ca. 10 000 mennesker, – tok telefonen med den ene hånden og holdt diebarnet med den andre. Etter fem uker gråt jeg ved frokostbordet, og barnets vektkurve er ganske så flat for den perioden. Jeg kastet kortene for fem måneder, men følte at jeg jukset.

Dele kortene på en ny måte

Under neste runde døde far – 58 år

gammel. Fire – fem andre leger i fylket døde også – like unge. Jeg la sammen deres karrierer – inklusiv krigserfaringer – og min egen gråt. Konklusjon: Noe er galt i medisins verden. Rovdrift på ressurser?

Min makker i livets spill var enig, og vi la opp vårt eget system:

Berit halv dag på kontoret, Arne tar alle sykebesøk/vakter. Timebestilling og kontordame. Kolleger var rystet over denne mangel på inntekt, og de sterkt økte utgifter. «Hushjelp» kunne de begripe – det hadde de fleste – men det andre??

Vi kjøpte oss tid – til barna og til hverandre. Riktignok spurte jeg ofte: «Skal jeg ta en pasient til, eller vil du ha dessert?» – men begrep ikke da at selve spørsmålet var en ny skapning i medisins verden.

På et vis ble mitt svakeste kort til trumf, – for vassing i snø og balansegang på islagte fjæresteiner var så tydelig uhensiktsmessig bruk av mine krefter. Jeg har, hele mitt liv, måttet akseptere lavere yteevne enn «de som er naturlig å sammenligne med». Men da måtte jeg også planlegge ut fra meg selv, ikke etter «hva man bør gjøre».

Selve trumfesset de første årene var «Dama». «Jeg har ikke fått gjort noe i dag, gutten er forkjølt og måtte være fangbarn.» sa hun – men bleier, tallerkner og gulv var vasket, poteter skrelt og melk hentet.

Siden tviholdt jeg på «deltidsarbeid», også fordi noen erstatning for Dama ikke var å finne lenger. Jeg klarte å skape meg deltidsjobber, men fikk ofte høre: «Du som bare har deltid, kan vel →» (bijobber, verv o.l.) Å, det vanskelige lille ordet «nei!».

Min del av vår totale arbeidsbør ble halv kontordag og administrasjon av hus, barn og økonomi,

Hushjelper kan gjøre mye, men husmor må rydde og planlegge (Nå er det min tur til å nikke blidt, når mine barn får ryddemani kvelden før vaskehjelpen kommer!)

Barna skulle ha en voksen person tilgjengelig. Med «tilgjengelig» mener jeg en som er i stand å legge avisen vekk, diskutere byggeklosse-mekanikk, dømme i konflikter om Ludoregler eller gripe inn overfor toåringens testing av kranene på badet. For slikt er nå en gang «kort i barneoppdragelsens store spill».

Den makker jeg hadde fått var langt forut for sin tid. Når jeg spurte «Vil du lage aftens eller legge barn?», tok han spørsmålet seriøst – men valgte som oftest barnevasken. Jeg kunne reise på kurs – men helst ikke være borte mer enn en uke. Rimelig nok – han hadde heltidsjobb som lege!

Reserver – en nødvendighet

Min lave fysiske yteevne kan også kalles dovenskap. Jeg har alltid mislikt tidspress, og trives best når jeg har riktig tid til å se på solnedganger, fugler og slikt.

Jeg ser med ærefrykt på kolleger som klarer både praksis og doktorgrad og unger og foredrag o.s.v. o.s.v. «Ære», fordi de gjør så mye, og så godt, «– frykt», fordi jeg er engstelig på deres vegne: Bruker de opp reservene sine? Jeg lærte av å se fiskerne ro: De brukte vanligvis ikke full kraft på årene. Det ble synlig når noe skjedde – en robåt går fort når man fossror. Vante fjellfolk kan løpe – men de gjør det nødvendig.

Faget medisin er i seg selv «uendelig» – man kan alltid gjøre mer, lære mer. Men *kvalitet* har ikke nødvendigvis sammenheng med *kvantitet*. Hverken lang arbeidstid eller høy inntekt er noe å skryte av. Dermot trenger vi *reservekapasitet* – for å kunne møte kriser. De kommer, daglig. Vi vet det, men har ikke hatt mot til å gjøre noe med det – før nå.

Min makker og jeg kjøpte oss tid. Vi angrer ikke.

Kvinnelige leger og legefruer

Jeg har kjent endel av de «gamle» kvinnelige leger. De var ofte ugift, men alle hadde «bakkemannskap» hjemme (søstre, mødre, husholderske). På grunn av skattereglene var nettolønnen for en *gift* kvinnelig lege på nivå med hushjelpens, «Samskatt» – et lite savnet begrep. Ikke få «var bare hjemme» i lange perioder.

Min far hadde et skikkelig norsk sjødistrikt. Hans bakkemannskap var: To på båten, to hushjelper, mor og oss barn (jeg kan brette tufere ennå). Honorarene skulle altså strekke til for seks voksne mennesker og ymse barn.

Mor stammet fra skipperfamilie på Sørlandet, og visste det alle kystfolk vet: Husmor forvalter kapitalen mens mannen er på sjøen, «Husmor» er et yrke, og kvalitet er noe å være stolt av.

«Legefrue» hadde høyere sosial status, men innebar det samme ansvaret. Hun må være istand til å drive «hjemme-bedriften» alene, men også til å ha målsettingen klar: Legens trivsel er overordnet alt annet. Ingen kjønnsdiskriminering i dette! Bare en erkjennelse av at doktorens krefter måtte tas vare på.

De kjære kolleger

Jeg har aldri hatt noen illusjoner om leger. Standen består av like mange sorter mennersker som verden utenfor medisinen – helter og skurker, – kalde og varme. Men de er «min gruppe», og jeg har gledet meg over utviklingen (en antydning skadefro). For det har gått den veien jeg ville: Hjelpepersonale, timebestilling, vakt-delning, tekniske hjelpemidler, – og høyere levealder.

Økonomien er blitt dårligere, men tryggere. (Hvem tenker vel idag på at diamanter og malerier var legefruens pensjons-forsikring?)

Levekårsundersøkelsen er typisk for det beste innen medisin: «Her foregår noe underlig – la oss få fakta på bordet.»

Men standen har sine svakheter – som den fikse ide at «Leger skal ha det travelt». Så først nå har Den norske lægeforening våget å tallfeste det ønskede antall mennesker pr. lege i praksis. Når leger klager over store krav, og sørger over egen mangel på grensesetting, – da er det berettiget, tror jeg.

Grensene må vi sette selv. Fast og klart – så de andre kan dempe sine krav.

De gamle som ikke ble gamle

Vi undres: Hvordan klarte fortidens leger seg? De klarte seg slett ikke. Overdødeligheten var stor, ikke bare i femtiåra (Sagt om boksing, gyldig også for oss: «Døden er, tross alt, et ganske grovt mål på skade».) Men de hadde tre viktige fordeler som vi ikke har:

Smutthull i passiv reisetid (Man fikk god tid til å glo på stjernene fra drosje, traktor eller båt, og var jo «i arbeid» imens! Og barn kunne være med.)

Mindre byråkrati: Færre – både blant offentlige myndigheter og pasienter – var opptatt av å detaljstyre legene. Selvstendighet og sosial støtte er viktig for trivsel, viktigere enn hvor mye man har av arbeid.

Bakkemannskap: Noen mennesker som faktisk mente at det var viktige livsoppgaver å stelle for og frakte på doktoren.

Et lykkelig tilbakeblikk:

Jeg har hatt godt bakkemannskap i ektefelle, hushjelp og kontorhjelpe, smutthull klarer dovne mennesker ganske lett å skaffe seg (inkludert et noe lettsindig forhold til skjema).

Men det er fars skyld at jeg har vært i arbeid så lenge, og med slik glede: «Spill med de kortene du har fått, ta tenkepauser –» og: «Det er både morsomt og viktig å spille Domino med sine barn.»

Berit Tveit
Boks 355, 5030 Fyllingsdalen

Bli med i en (eller flere) av NSAMs referansegrupper!

Hva er en referansegruppe?

En referansegruppe er i all enkelhet kollegaer som søker sammen rundt et tema innen faget. Gruppene oppstår spontant etter lystprinsippet og konstituerer seg selv. Hver gruppe har en kontaktperson i NSAMs styre. NSAM har per dato 18 registrerte referansegrupper i tillegg til to (muskel/skjelettlidelser og gynekologi) som ligger i startgropa. Organiseringen er prinsipielt minimal. Du blir medlem ved å ta kontakt. Aktivitets- og ambisjonsnivået er ulikt fra gruppe til gruppe. Noen møtes regelmessig flere ganger i året, andre har mest kontakt over telefon/fax/post. Hver gruppe får inntil kr. 5000 pr. år over NSAMs budsjett til å dekke utgifter til møter o.l. I spesielle tilfeller kan det søkes om mer.

Hva gjør en referansegruppe?

Forsåvidt hva den vil. Den faglige høytenkningen – fagutviklingen – er et mål i seg selv. De fleste gruppene har utadrettet aktivitet i form av kurs, bokutgivelser, handlingsprogrammer e.l. Eksempler på betydningsfulle publikasjoner for allmennpraksis som har kommet fra NSAMs referansegrupper i løpet av de siste årene er handlingsprogrammene for behandling av hypertensjon og diabetes, «Røntgenboka. Bildediagnostisk utredning i praksis.», «Forfriskningsboka» og boka «Medisinsk teori – tanker om sykdom og tan-

ker om helse». Skriftlige publikasjoner som utgis i NSAMs navn skal forhåndsgodkjennes av NSAMs publiseringsutvalg (PU, leder Ellen Rygh) eller NSAMs styre.

Hvilke grupper finnes og hvem kan du kontakte?

- *Astma og allergi:*
Arne Gericke, Namskogan
- *Diabets:*
Tor Claudi, Bodø
- *Gastroenterologi:*
Terje Johannesen, Trondheim
- *Helseopplysning:*
Bård Nattvig, Nittedal
- *Helsestasjonsarbeid:*
Frode Heian, Molde
- *Hypertensjon:*
Jostein Holmen, Verdal
- *Idrettsmedisin:*
Christoffer Vig, Våler
- *Innvandrermedisin:*
Ann Færden, Oslo
- *Klinisk sexologi:*
Kjell-Olav B. Svendsen, Oslo
- *Kvinneforskning:*
Kirsti Malterud, Bergen
- *Medisinsk filosofi:*
Morten Lindbæk, Stokke

- *Omsorg ved livets slutt:*
Anders R. Seim, Fagerstrand
- *Psykatri:*
Olav Thorsen, Stavanger
- *Røntgen:*
Inger Marie Steinsholt, Kongsberg
- *Sykehjemsmedisin:*
Einar Einarsen, Sømna
- *Trygdemedisin:*
May-Britt Lund, Tromsø
- *Urinveggssykdommer:*
Steinar Hunskaar, Bergen
- *Økologisk medisin:*
Hans Magnus Solli, Skien
- *Muskel/skjelettlidelser:*
NSAM-styret
- *Gynekologi:*
NSAM-styret

Vil du vite mer, ta kontakt med:
Institutt for samfunnsmedisinske fag
M-bygget
Ullevål sykehus
Pb. 95, 0407 OSLO.

*Elisabeth Swensen,
nestleder i NSAM*



Sosialt nettverk
– ressurs for helse og trivsel

Anmeldt av Frode Heian

Oslo: TANO, 1994.
470 sider.
Pris: NOK. 418,-

Det å ha gode venner er en bedre garanti mot helseproblem enn både det å holde kolesterolet nede og fiberinntaket oppe. Selv om forståelsen for dette er økende, er det stadig viktig å minne om at sosiale miljøfaktorer ofte spiller en større rolle for helse enn mange av de biologiske og kjemiske faktorene medisinen har fokusert på. Derfor bør også leger og andre helsearbeidere kjenne til de muligheter som ligger i blant annet sosialt nettverksarbeid, og være rimelig orientert om litteraturen på området.

Forfatteren av denne boka er sosionom og forsker ved Diakonhjemmets høyskolesenter. Hun har vært engasjert i sosialt nettverksarbeid i mange år, og har tidligere utgitt flere bøker om emnet. I denne tar hun virkelig tak i hele problemfeltet. Hun gjennomgår teoribakgrunnen fra ulike fagfelt, foretar en omfattende drøfting av sentrale begreper og av forhold som på ulike vis påvirker sosialt nettverk.

I kapitlene om praktiske tiltak tar hun for seg kartlegging og analyse av et personlig nettverk, for deretter å beskrive praktiske tilnærminger for intervusjoner: overfor klienten selv, indirekte gjennom klientens nettverk, ved

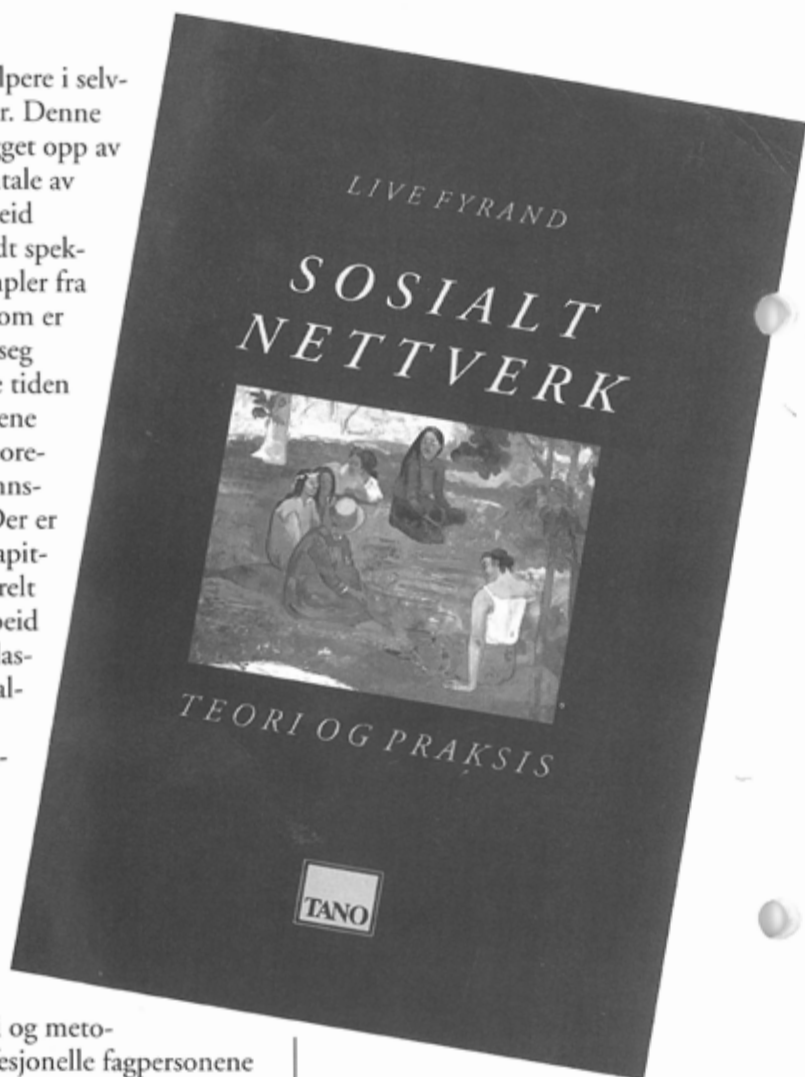
FYRLAND L.

Sosialt nettverk teori og praksis

frivillige hjelpere i selvhjelpgrupper. Denne delen er bygget opp av detaljert omtale av praktisk arbeid ispedd et vidt spekter av eksempler fra hverdagen som er til å kjenne seg igjen i. Hele tiden trekkes trådene tilbake til teoretisk bakgrunnsmateriale. Der er også egne kapitler om generelt nettverksarbeid på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet.

Grunnlaget for hele boka er betydningen av et helhetlig perspektiv når det gjelder teori og metode. De profesjonelle fagpersonene bør tilpasse tiltakene etter de konkrete behov som foreligger i hvert enkelt tilfelle ut fra en bred oversikt over de mulighetene man kan spille på. Strategiene omfatter individuell tilnærming såvel som å se enkeltmennesket som en «integrert del av større strukturer», forebyggende såvel som kurativt.

Man må, når man arbeider gjennom boka, mobilisere mye konsentrasjon og energi for å tilegne seg den samme oversikten og det helhetlige perspektivet. Ikke fordi boka er uoversiktlig i lay-



out eller oppbygging, men fordi den er så omfattende. Og av og til går etter min mening grundigheten på bekostning av oversikten. En må både ha tid og stor interesse for sosialt nettverksarbeid for å gå gjennom en bok så samvittighetsfullt som denne krever. Men har man det, er dette trolig den norske boka som i dag gir den mest omfattende innsikten i dette store temaet.

BERIT AUSTVEG

Helsearbeid og innvandrere Mangfold, sunnhet og sykdom

Anmeldt av Knut Karstad

Oslo: TANO 1994, 2. utg.
Pris: NOK. 268,-

Min bakgrunn er allmennpraktiker, med ansvar for helsetjenesten i et flyktningemottak i Narvik kommune fra 1989. Da jeg ble tilsatt gikk jeg til verket full av entusiasme og usikkerhet. Jeg jaktet på retningslinjer og rammer for arbeidet og forholdt meg til skjematisk helsekontroller. Etter hvert kom tvilen om nytteverdien i dette, og det utviklet seg til en mer pragmatisk og individrettet tjeneste i samarbeid med helsesøster tilknyttet flyktningehelsetjenesten. Første utgave av boken kom i 1989. «Min» helsesøster angir at hun har hatt god nytte av boken i tilknytning til sitt arbeide, også i sammenheng med undervisning av sykepleiestudenter. Jeg har hatt den stående ulest i bokhylla sammen med annet av hverdagens dårlige samvittighet.

Etter å ha lest nyttegivelsen fikk jeg en bekreftelse på hvor viktig det er med individuell tilnærming til flyktningen, at vi ikke henfaller til stereotyper. På det meste har vi i mottaket i Narvik hatt noenogtyve forskjellige nasjonaliteter, hvor min basis som mangeårig allmennpraktiker ga meg trygghet til å mestre det meste av fremmede reaksjoner hos flyktningen. Boken kunne ha gitt meg noen flere innfallsvinkler til en slik mestring. På tross av store kulturforskjeller synes jeg vi kommer langt i konsultasjonen ved å vise interesse, respekt og en porsjon humor.

Boken har gitt meg noen spennende lesetimer. Spesielt har kapitlene om kulturforskjeller og antropologisk innfallsvinkel gjort meg nysgjerrig på mer spesifikk litteratur. Denne delen av boken kan gi helsearbeideren større trygghet og toleranse i forhold til «annerledes» adferd og tenkemåte. Forfatteren viser en flik av omfattende kunnskaper, noe som også framgår av en rikholdig litteraturliste.

Min omgang med flyktninger har hatt innvirkning på min tilnæringsmåte overfor norske pasienter. Blant annet mener jeg at mine attester er blitt mer korrekte og hensiktsmessige. Den samme linjen blir presisert i boken. Boken kommer inn på bruk av tolk og gir gode råd om det. Vårt dilemma i distriktene er dårlig tilgang på kvalifisert tolk, selv om telefon-tolkning av og til kan avhjelpe det.

Intensjonen med boken er å være en veileder for helsearbeidere i deres omgang med flyktninger. Jeg mener at boken oppfyller dette. Den har en oversiktlig innholdsfortegnelse og et rikelig stikkordregister. Den kommer etter min mening inn på det meste av det vi som helsearbeidere møter og opplever i forhold til flyktninger. Boken trenger ikke å bli lest som helhet. Den kan leses stykkevis og brukes som oppslagsverk når du



står overfor spesielle problemer. Jeg trengte en del pauser i lesingen for å reflektere over innholdet. Det kan skyldes at det for meg innimellom var noe tungt språk. Det er mye boken ikke gir svar på, spesielt vedrørende spesifikk medisinsk kunnskap. Men boken har ingen intensjon i den retning og henviser til mer spesiell litteratur.

De fleste kommuner har i dag bosetning med flyktninger. Jeg anbefaler derfor denne boken til helsearbeidere i kommunene. Den burde også stå i bokhyllen i sykehus tilgjengelig for bl.a. fødeavdeling og psykiatrisk poliklinikk.



Angående plakat og brosjyre om miljørettet helsevern

Jeg har i dag mottatt plakat og brosjyre om miljørettet helsevern med følgebrev dat. 6 april 1994.

Jeg får umiddelbart reaksjoner som jeg vil bringe videre.

Det er gledelig med en øket oppmerksomhet om miljørettet helsevern. Som kommunelege 1 har jeg savnet interesse for dette arbeidet i mange år. Jeg trodde en gang at når jeg ble eldre ville det være naturlig for meg å arbeide nettopp med miljørettet helsevern i vid forstand. Jeg trodde at mine lokale kunnskaper og mine snart 40 000 enkeltkonsultasjoner med mennesker i denne kommunen kunne ende med vettuge tanker om hva det er som gagnar menneskene her. Jeg tror ikke lenger slik. Bare håper at det enda kan bli mulig å være premissleverandør til beslutningstakere når det gjelder vilkår for helse. Jeg er derfor spendt på hva denne informasjonen kan bli begynnelsen til.

Jeg frykter den ikke vil virke. Fremmedgjøring er et ekkelt begrep. Miljørettet helsevern har så langt vært et fjernt og fremmed begrep, i alle fall på kommunalt nivå. Plakaten som er gul på farge minner meg om at smitteoverføring ikke er vedtatt enda – eller er den det? Slagordet om at miljørettet helsevern setter mennesket i sentrum er flott, men det minner meg om en av de siste valgkampene. Var det ikke Kristelig Folkeparti sitt valgspørsmål?? Men værst er bildet på plakaten. Det er ikke mye der som folk ville legge merke til. Intet å identifisere seg med, intet å glede

seg over eller streve etter. Nå trenger jeg ikke se midnattsolen eller fiskebåter eller samer eller reinsdyr for å få positive følelser, men høyblokkene fra Oslo er for fremmede for oss. De er ikke bare fremmede, de er en trussel mot vårt bosetningsmønster og vår kultur.

Plakaten gir oss i dette lokalsamfunnet negative impulser. Miljørettet helsevern blir noe vi må beskytte oss mot, noe vi må ta avstand fra.

Og dette passer godt med diskusjonen på rådhuset for tiden. Hva betyr det nå at vi har fått ny kommunelov med adgang til helt nye nemdstrukturer? Og hva betyr det at kommunelege 1 er rådgiver og ikke ansvarlig lege lenger?

Dersom miljørettet helsevern skal ha noen fremtid må både vi som fagfolk, de lokale byråkratene og de folkevalgte få impulser og ideer om hvordan det kan skje. Det er ikke på moten å medikalisere lokalsamfunnet for tiden. Fortsatt håper jeg at det kan etableres lokalt miljørettet helsevern med

MILJØRETTET HELSEVERN ER MENNESKEVERN!



Vårt nærmiljø kan inneholde helsefarer. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å hjelpe!

Statens helsetilsyn

KS

TEKNIKKEN

Offentlige legers landlovening

Spesialisering for arbeidsmiljø

8. 1402

oppgaver for en kommunelege som har passert middagshøyden. Men da trenger jeg bedre drahjelp enn de utsendte plakater og brosjyrer.

Svar ennå ikke mottatt.

Eystein Straume
Kommunelege 1 i Loppa
9550 Øksfjord

Den europeiske unionen

Historie og institusjonar

EU er egentleg mange ulike ordningar

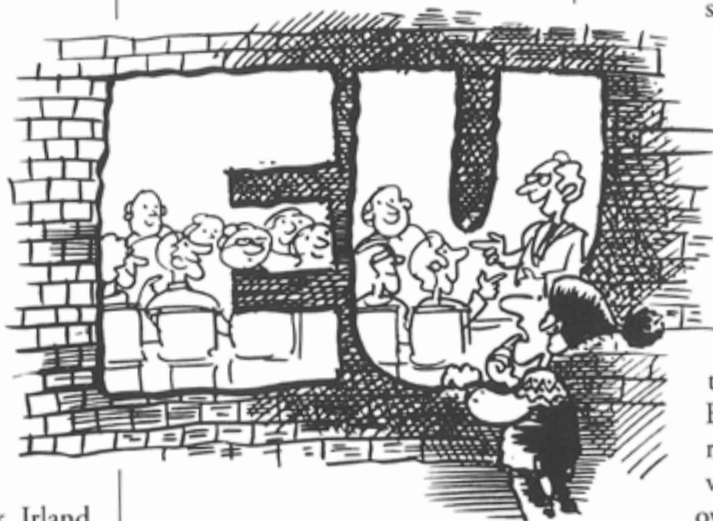
Det europeiske kol- og ståfelleskapet (EKSF) vart oppretta i 1952 mellom statane Belgia, Frankrike, Italia, Luxembourg, Nederland og Vest-Tyskland. I 1957 vart det utvida til Det europeiske økonomiske fellesskapet (Fellesmarknaden, EØF, EEC). Samstundes kom ein fram til eit samarbeid om kjernekraft gjennom Det europeiske atomenergifellesskapet (EURATOM). Til grunn for desse tre samarbeidsområda ligg tre ulike traktatar som til saman utgjer grunnlaget for Det europeiske fellesskapet (EF). Danmark, Irland og Storbritannia kom med i 1973. Hellas slutta seg til i 1981 og Spania og Portugal i 1986.

Samarbeidet er seinare betydeleg utvida gjennom traktaten om Den europeiske unionen (Maastricht-traktaten) som tok til å gjelda 1. november 1993. Den europeiske unionen (EU) omfattar tre store samarbeidsområde. Det første av desse føregår innan rammene av det tidlegare EF. Dei to siste vart instituerte gjennom Maastricht-traktaten og omfattar sams arbeid om utanriks- og tryggingssaker samt samarbeid om justissaker. I tillegg medførde Maastricht-traktaten utvidingar av EØF-samarbeidet m.a. med den økonomiske og monetære unionen, sams utdanningsprogram og forbrukarsamarbeid. Namnet på Det europeiske økonomiske fellesskapet vart samstundes endra til Det europeiske fellesskapet.

Den europeiske unionen er såleis ikkje ei heilskapleg ordning. Det samarbeidet som føregår innan Det europeiske fellesskapet (EF, EC) er bindande for med-

avtale som forpliktar nasjonane til samarbeid utan at det direkte gir rettar eller plikter til borgarane.

Grunnlaget for den tilknyttinga Noreg har gjennom EØS-avtalen, er forøvrig også folkerettsleg og ikkje uttrykk for eit overnasjonalt samarbeid. Dette tilseier at omfanget av EØS-avtalen berre kan utvidast gjennom eksplisitte vedtak i Stortinget.



lemsstatane i det fellesorgana for ein stor del kan opptre utåt på vegne av dei alle. Når det gjeld samarbeidet om utanriks- og tryggingssaker samt justissaker, må dette skje ved at dei ulike landa opptre utåt i samarbeid, men som sjølvstendige statar.

EU er overnasjonalt samarbeid

Eit overnasjonalt samarbeid er slik at innbyggjarar og verksemdar får rettar og plikter direkte gjennom vedtak fatta av eit kompetent internasjonalt organ. Vidare har desse reglane rang føre nasjonale reglar om det skulle vera strid mellom dei. Dette er grunnlaget for ein del, men ikkje alle av ordningane i EU. Nokre ordningar, som t.d. det utanrikspolitiske samarbeidet, er å sjå på som ein folkerettsleg

Forordningar og direktiv

Med heimel i dei ulike traktatane kan organa i EU fatta vedtak med ulik rettskraft. Forordningar er vedtak som er bindande overfor alle i medlemsstatane. Forordningane går direkte inn som gjeldande lov i det aktuelle landet. Ein seier at dei vert inkorporerte i lovgjevinga utan at noko nasjonalt organ treng fatta nytt vedtak i saka.

Direktiv er vedtak som er retta til medlemsstatane. For at dei skal få lovs kraft, må dei innførast i lovar og forskrifter på den måten som er vanleg i det aktuelle landet. Dette kallast transformering. Når ein vedtek direktiv, vert det ofte sett ein frist for når dei skal vera transformerte til den nasjonale lovgjevinga.

Etter at vi vart tilslutta EØS, er store delar av EU-regelverket transformert eller inkorporert i det norske lov- og forskriftsverket. Ved fortsett medlemskap i EØS, må styremaktene etter kvart måtta ta stilling til kva delar av tilvoksteren i EU-reglane som skal verta norsk, medan det vil verta meir auto-

matisme i prosessen ved eit EU-medlemsskap.

«Ny metode» – direktiv føreset standardisering

Midt på 1980-talet vart artikkel 100 i Romatraktaten endra slik at ein ikkje lenger treng samrøystes vedtak for å fastsetja direktiv. Direktiva skal kunna vedtakast med kvalifisert fleirtal. Samstundes har ein endra mykje på utformingsmåten for direktiva. Det er ikkje lenger så aktuelt å laga reglar med detaljkra. Ein nyttar i større grad funksjonskrav i dei direktiva som er utforma etter «ny metode». For å stetta funksjonskrava, må brukarane ofte støtta seg til standardar utarbeidde av standardiseringsorganisasjonane. På dette viset får næringslivsinteresser større medverknad i utforminga av dei detaljkra som ein til slutt må ta omsyn til.

Styringsstrukturen er innflokt

Det europeiske rådet er det høgaste organet i EU. Her møtest regjeringsjefane vanlegvis to gonger i året for å gje politiske signal til arbeidet.

Unionsrådet (eller berre *Rådet*) er sett saman av representantar for regjeringane i medlemslanda. Vanlegvis er det utanriksministrane eller fagstatsrådana som møtest her, alt etter kva saker som er til drøfting. Rådet er det høgaste vedtaksorganet for nye reglar som forordningar og direktiv. *Europa-kommisjonen* er det førebuande og utøvande organet. Dei 17 kommisjonærane vert peika ut av Rådet etter nominasjon frå regjeringane i medlemslanda. Kommisjonærane representerer EU og ikkje sine eigne land i arbeidet sitt. *Europaparlamentet* har 518 direkte valde medlemmer (1994). Den viktigaste rolla til parlamentet er å medverka i vedtaksprosessen. Men dei har i dei fleste regelsaker ikkje sjølvstendig vedtaksrett. *EU-domsstolen* har for tida 13 dommarar, ein frå kvart land samt ein ekstra. Domsstolen har vedtaksrett i tvistar om tolking og gjennomføring av reglane i fellesskapet.

Prinsipp for styringa

Organa i det overnasjonale samarbeidet innan EU kan berre gje sams reglar dersom dette er heimla

i dei grunnleggjande traktatane. Denne avgrensinga, legalitetsprinsippet, er den viktigaste grensa for vedtaksretten til EU-organa. Vidare er styringsretten avgrensa av nærleiksprinsippet (subsidiaritetsprinsippet) som går ut på at organa i det overnasjonale samarbeidet berre skal gje reglar når det er naudsynt for å nå måla i traktatane. Utgangspunktet er at vedtaka skal fattast nær dei som sakene vedrører. Reglane som vert utforma skal ikkje vera meir omfattande enn det som er naudsynt for å oppnå målet med regelen. Dette vert kalla proposjonalitetsprinsippet.

Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret, Postboks 680,
4001 STAVANGER

Litteratur:

Evans A. The Law of the European Community
Oslo: Tano, 1994



De medisinske studentene hadde uketjeneste på poliklinikken for hud- og veneriske sykdommer ved det som da het Oslo Helseråd. En hardbarka sjømann var demonstrasjonskasus denne dagen. Universitetslektoren introduserte pasienten for studentene og sa at han hadde lues (syfilis). Pasienten reagerte umiddelbart på denne presentasjonen og sa : «Lus har jeg ikke, og lus har jeg ikke hatt. En slik forferdelig diagnose og beskyldning vil jeg ikke ha på meg !»

Val mellom verdjar eller strategiar

Helse- og velferdspolitikken i Den europeiske unionen

Tekst: Geir Sverre Braut



f. 1955, cand. med. 1980, tilsett ved fylkeslegekontoret i Rogaland sidan 1985, fylkeslege same stad sidan 1994. Medredaktør i Utposten.

Det er umogeleg å seia noko sikkert om følgjene for helse-tenesta av eit eventuelt norsk medlemskap i Den europeiske unionen skriv Geir Sverre Braut i denne artikkelen. Han meiner at det ikkje er grunnlag for å hevda at dei kortsiktige følgjene for helse-tenesta og folkehelsa er annleis ved eit medlemskap i EU enn ved den tilknytninga Noreg alt har i dag gjennom EØS-avtalen. Når det gjeld dei langsiktige følgjene, er det rimeleg å tru at skilnadene

for helse- og velferdspolitikken ved ulike tilknytningsformer kan verta store. Vurderinga av kva løysing som er best, vil vera avhengig av kva samfunnsmessig verdigrunnlag ein måler resultatet opp mot. Det er såleis ikkje grunnlag for å hevda at det ut frå ei helsefagleg vurdering er sjølvsagt kva ein bør røysta den 28. november 1994.

Velferdspolitikken er ikkje det sentrale i EU

Dei viktigaste måla med det europeiske samarbeidet har vore å sikra fritt byte av varer samt fri rørsle av personar, tenester og kapital mellom medlemsstatane. Velferdsordningane har ikkje vore mellom satsingsfelt i åra som har gått. I den tida då samarbeidet var avgrensa til dei seks statane Belgia, Frankrike, Italia, Luxembourg, Nederland og Tyskland, var samarbeid om helse- og sosialpolitiske spørsmål ikkje sentralt. Dei opprinnelege medlemmene i Det europeiske økonomiske fellesskapet, Fellesmarknaden (EØF/EEC), hadde rimeleg like velferdspolitiske system sprungne ut av det ein kan kalla den prestasjonsorienterte eller forsikringsbaserte velferdsstatsmodellen. Sjølv om ordningane var ulike frå stat til stat, var det ikkje noko vesentleg problem i det ordningane innan eit og same land også kunne vera ulike.

Etter kvart har det kome tilvekst av medlemsstatar med svært ulike velferdspolitiske ordningar. Stor-

britannia, Irland og Danmark har kome inn med sine mykje meir universelle system for sosiale tiltak. Ordningane deira, med utgangspunkt i den institusjonelle velferdsstatsmodellen, står i sterk kontrast til ordningane i dei sør-europeiske landa som byggjer på ein rudimentær eller residual velferdsstatsmodell. Etter at desse landa har slutta seg til fellesskapet, har behovet for samarbeid om velferdspolitiske ordningar kome tydelegare fram.

Den sosiale dimensjonen

For å sikra at høvet til fri rørsle av arbeidskraft ikkje vert påverka av sosiale forhold kring arbeidsmarknaden og arbeidsmiljøet, har ein dei seinare åra arbeidd ein del med det som har fått namnet den sosiale dimensjonen. Det sosiale charteret vart underskrive av samtlege medlemsstatar unnateke Storbritannia i 1989. Same året kom det eit handlingsprogram som skal realisera prinsippa i charteret. Den sosiale dimensjonen legg vekt på lønstilhøve, trygdeytningar, likestilling, arbeidstakarmedverknad, tryggleik og helse på arbeidsplassen, vern av barn og unge, allmenne levkår samt vilkåra for eldre og funksjonshemma. Det handlar såleis ikkje om eit meir omfattande system for velferdspolitiske omfordelingsmekanismar slik vi kjenner det frå den institusjonelle velferdsstatsmodellen.

Dei forordningane og direktiva som er vedtekte med grunnlag i charteret er å sjå på som minimumsreglar. Dei ulike medlemsstatane vert ikkje hindra i å ha betre ord-

ningar. Korvidt dette vil vera mogeleg i praksis av konkurranseomsyn, er det enno for tidleg å seia noko visst om. Statistisk Sentralbyrå har i ein analyse påvist at ein i Noreg kan rekna med auka arbeidsløyse på kort sikt.

For å utvikla dette konseptet vidare, er det utvikla eit samarbeid mellom partane i arbeidslivet og Europakommisjonen. I dette samarbeidet deltek også dei tilsvarande partane i EFTA-landa som følgje av EØS-avtalen.

Dei velferdspolitiske utfordringane i Vest-Europa er like

I alle landa i Vest-Europa strir ein med aukande etterspurnad etter helsetenester, endringar i aldersstrukturen i folket samt arbeidsløyse. Likeeins er familiestrukturen i endring. Sjølv om dei store linene er like, er verknadene og ikkje minst løysingsstrategiane ulike i dei ulike landa. Dette er dels avhengig av den sosialpolitiske tradisjonen og dels av kor mykje ressursar den einskilde staten har nytta på sosiale tiltak.

Det er interessant å merka seg at det ikkje er eit heilt eintydig samband mellom ressursbruk til sosiale føremål og kva velferdspolitisk modell staten kan tilskrivast. Dette kjem m.a. fram av oversynet i ramme 1.

Det er såleis vanskeleg å sjå sikre skilnader mellom resultatata av norsk sosialpolitikk på kort sikt om ein vert medlem av EU eller ikkje. Det er derimot truleg rett å konkludera med at eit medlemsskap vil ha følgjer for den norske sosialpolitikken på lang sikt, slik at eit medlemsskap vil føra til ei dreining mot modellar som liknar dei ein har i Mellom-Europa utan at dette nødvendigvis tilseier at ein treng nytta mindre ressursar på sosiale føremål (jf. t.d. Nederland i tabell 1). No er det vel slik at ein i Noreg også har hatt element av prestasjonsbaserte ordningar i velferdsyttinga-

ne våre. Offentlege og private tilleggs pensjonar samt pensjonspoengoppbygginga i Folketrygda er døme på dette.

Om ein skal vera litt dristig, må det då vera rett å seia at valresultatet den 28. november kan ha verknad for kva velferdsstatskategori Noreg skal koma inn under i framtida. Dette kan ha noko å seia for verdigrunnlaget som omfordelingsmekanisme i velferdsstaten byggjer på. Det treng ikkje ha noko å seia for den konkrete utforminga av tiltaka. Og det er heller slett ikkje sikkert at kategoriane for velferdsstatsinndeling som Titmuss såg tidleg på 1970-talet vert relevante for inndeling av velferdsstatsmodellar etter år 2000.

Artikkel 129 i Maastricht-traktaten og folkehelsearbeidet

Gjennom Maastricht-traktaten vart det formelle grunnlaget for samarbeidet mellom medlemsstatane revidert. Artikkel 129 i traktaten handlar om folkehelsearbeid (ramme 2). I eit intervju i British Medical Journal seier ein av embetsmennene i Europakommisjonen at målet er å stimulera til utveksling mellom statane og støtte av nasjonale tiltak slik at ein får produsert «meirverdi for Den europeiske unionen». I same intervjuet framstår italienaren Adriana Ceci, som er ein sentral EU-politikar i helsespørsmål, med ei mykje meir offensiv haldning. Ho ser for seg utarbeiding av ein felles helsestandard for folket i medlemsstatane. Vidare meiner ho at målet må vera å få integrert helsepolitikken i dei andre politiske områda, og då særleg landbrukspolitikken.

Også innan EU har ein store problem med å skaffa fram relevante data som underlag for vedtak om førebyggjande og helsefremjande tiltak. Prioriteringane av innsatsen fram til no har vore meir eller mindre tilfeldig og prega av press frå sterke grupper. For å betra på

dette har Europaparlamentet føreslege at det vert oppretta ei sentral europeisk epidemiologisk eining for å samordna innsatsen i folkehelsearbeidet. Europakommisjonen har teke initiativet til femårsprogram innan kreftforskning, stofftilvenjing, aids og andre smittsame sjukdomar, ulykkesførebygging, helseopplysing, innsamling av helse-data, sjukdomar knytt til forureining samt om «sjeldne sjukdomar». Grunngevinga for dette siste innsatsområdet er at det handlar om slike saker som ein vanskeleg kan gjera noko med på nasjonalt nivå.

Nærleiksprinsippet vektlagt

Også i folkehelsearbeidet er det sagt at ein skal leggja vekt på nærleiksprinsippet (subsidiaritetsprinsippet) slik at tiltaka så langt råd skal utformast og gjennomførast på lokalt og regionalt nivå. Europaparlamentet vedtok i april i år at ein skulle leggja vekt på forskning kring helse-system og teknologiar for primærhelsetenesta. Vidare bad dei om at ein skulle søkja å koma fram til ei felles europeisk tilnærming for introduksjonen av nye teknologiar i helsetenesta. Dette må ein kunna ta som uttrykk for at også EU er sterkt urolege for ein kostnadsauke i helsetenestene.

Folkehelsearbeidet i EU er enno i forming. Det er umogeleg å seia noko om korleis det kjem til å fungera og kva effektane av det vil verta i åra som kjem. Eit av dei nærskyldte områda kor ein i dag ser resultat, er innanfor produkttryggleiksarbeidet. Her har ein fått sterke straumar i retning av å utvikla standardar for tryggleik ved ulike produkt. Dette arbeidet skjer for ein stor del med heimel i direktiv med funksjonskrav. Utforminga av detaljkrava skjer gjennom arbeid i standardiseringsorgana. I dette arbeidet var Noreg aktivt med også før ein slutta seg til EØS-avtalen. I praksis vil eit medlemsskap gjera lite til eller frå for Noreg når det gjeld produkttryggleik.

Fri flyt av pasientar?

Om ein skal følgja ideologien bak EØS-avtalen, skulle grunnlaget for fri flyt av pasientar vera til stades. Når ein oppheld seg lovleg i eit anna av medlemslanda, har ein i utgangspunktet samme rettar til helseteneste som dei som opprinneleg bur der. Det er enno ikkje kome noko god presisering av kor lagt denne retten strekk seg. Det er heller ikkje noko som tyder på at denne vil verta vesentleg endra på kort sikt gjennom eit medlemskap, sjølv om regelverket kanskje opnar for det.

Når det gjeld fri flyt av personell, er dette ein formell realitet gjennom EØS-avtalen. Ein har enno ikkje noko klårt inntrykk av om omfanget av flytting av helsepersonell til eller frå Noreg vil verta særleg stort. Likevel har vi fått ei viss røynsle med det som i praksis er ei

av dei store hindringane for «fri flyt»-politikken, nemleg dei språklege barrierene. Ein kan på nasjonalt nivå ikkje setja krav om språkkunnskapar for å gje autorisasjon eller godkjenning som lege m.v. om ein fyller vilkåra i det europeiske regelverket. Eit krav om særlege språkkunnskapar må setjast fram av arbeidsgjeveren etter ei vurdering av kva som er nødvendig i den aktuelle stillinga. God språkforståelse er ein føresetnad for forsvarleg klinisk verksemd.

Korleis vil det gå med helsetilstanden?

Dette har vore eit av dei sentrale spørsmåla for mange i EU-debatten. Per Fugelli ser for seg at «prestasjonssjukdomane» og utstøytningstendensen vil auka. Det er vanskeleg å argumentera for eller mot dette, ikkje minst for di vi alt på sett og vis er «innanfor» i marknadsmessig samanheng. Den gjennomsnittlege levealderen, om ein skal leggja vekt på den då, kan knapt nyttast som parameter i vurderinga; det er lite systematikk i skilnadene mellom land innafor og utanfor EU.

Som ein konklusjon på spørsmålet om medlemskap eller ikkje er best for di og mi helse og velferd i framtida, er det knapt noko sikkert å seia. Det mest fornuftige er vel å konkludera med at kva ein vil røysta må verta avgjort av kva *verdiar for samfunnsutviklinga* i stort og smått ein ønskjer å leggja vekt på og, ikkje minst, kva ein *trur det er strategisk fornuftig* å velja for framtida. Det er det som er så vanskelege med strategiske val – korvidt dei er rette eller gale, er ikkje avhengig av kva ein sjølv meiner isolert sett; men korleis andre agerer og ikkje minst reagerer på våre val. Og svaret på om valet var rett i strategisk forstand, får vi ikkje på mange år enno.

Geir Sverre Braut
Fylkeskontoret

Postboks 680, 4001 Stavanger

Article 129 of the Maastricht Treaty on European Union (1992)

The Community shall contribute towards ensuring a high level of human health protection by encouraging cooperation between Member States and, if necessary, lending support to their action.

Community action shall be directed towards the prevention of diseases, in particular the major health scourges, including the drug dependence, by promoting research into their causes and their transmission, as well as health information and education.

Health protection requirements shall form a constituent part of the Community's other policies.

Litteratur:

Stortingsmelding nr. 40 (1993-94) Om medlemskap i Den europeiske union. Oslo: Utenriksdepartementet, 1994.

Norge og EU. Virkninger av medlemskap i Den europeiske union. Oslo: Nei til EU, 1994.

Fornylse av velferdsstaten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1994.

Dølvik JE (red). Fagbevegelsen, EØS og Den europeiske union. FAFO-rapport 168. Oslo: FAFO, 1994.

Fugelli P. EU og velferdsstaten. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:2518-21.

Richards T, Smith R. How should European health policy develop? A discussion. BMJ 1994;309:116-21.

Statistisk Sentralbyrå. Norge, Europa og Eu. Samfunnspeilet 1994; 3:1-96

Halvorsen M. Fri flyt av venteliste-pasienter i EØS? Lov og Rett 1994; 321-22

Statistisk Sentralbyrå. Økt omstilling i norsk økonomi. Ukens statistikk 1994; 43: 8-9

Sosiale utgifter i EU- og EØS-land (1992)

Land	Utgifter i prosent av bruttonasjonalproduktet	Velferdsstatsmodell
Sverige	34,8	I
Nederland	30,2	P
Danmark	29,7	I
Noreg	29,0	I
Frankrike	28,0	P
Tyskland	27,3	P
Belgia	26,7	P
Finland	25,7	I
Luxembourg	25,6	P
Italia	23,2	P/R
Storbritannia	22,1	I
Irland	20,6	I
Portugal	18,1	R
Island	17,8	I
Spania	17,3	R
Hellas	16,5	R

I: Den institusjonelle velferdsstatsmodellen

P: Den prestasjonsorienterte (forsikringsorienterte) velferdsstatsmodellen

R: Den residuale (rudimentære) velferdsstatsmodellen



Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42.

E-post: G=john S=leer P=ccmail A=telemax C=no

EDB-journal og kobling til statistikkprogram

Bjarne Bråtveit ga i forrige nummer av Utposten et innblikk i bruken av data i elektronisk journal og fortsetter denne gang med å beskrive koblingen til statistikkprogram. Leserne bør også finne fram nr. 5/94 og Egil Lehmanns artikkel når de har lest dette innlegget. Vi venter spent på flere synspunkter og vil også benytte anledningen til å gjøre oppmerksom på diskusjoner om EDB-journal o.l. i Fam-Med på Internet. Ta kontakt!

John Leer.

Kvalitetssikring og internkontroll er «in» for tida. Behandlinga av pasientar med kroniske sjukdomar som diabetes og asthma skal bli betre. For å vurdere behandlinga trengst det ein reidskap som viser korleis behandlinga vår er. Systematisk bruk av EDB-journal med gjennomtenkte føringskonvensjonar, bruk av program for uthenting av data frå EDB-journalen sin database og eventuelt overføring til statistikkprogram gjer det mogeleg å få ut talmateriale for vurdering av eigen praksis over tid, og for samanlikning med andre.

Ved Kommunelegekontoret i Suldal har me brukt Profdoc EDB-journal frå november 91.

Det er lagt vekt på å registrere data slik at data kan hentast ut att med hjelp av rapport-generatoren R&R (eige EDB-program). Dette programmet kan overføre uthenta data i ASCII-format til statistikkprogrammet NSD-stat, der tallmaterialet kan bearbeidast og presenterast.

Me har blant anna brukt R&R til å vurdere behandlinga av diabetikarar og hypertonicarar, telje antal utskrevne døgndosar benzodiazepiner, få oversikt over barn som ikkje har fått dei anbefalte vaksinasjonane, utskrift av medisinliste for sjukeheimspasientane og adresselappar til utsending av tilbud om kurs til pasientgrupper. Å lage rapportane kan være arbeidskrevjande, men dette er eit ein-gongsarbeid, og dei ferdige rapportane kan delast med andre som bruker same programvare og føringskonvensjonar for legejournalen.

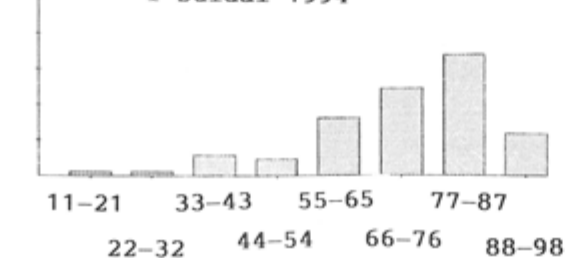
Me har registrert 85 diabetikarar ved legekontoret. Frå EDB-journalen har me henta ut kjønn, alder, sjukdomsvarighet, blodtrykk, HbA1c, fastande blodsukker, postprandialt blodsukker, kreatinin, albuminuri, mikroalbuminuri, glukosuri, BMI, kolesterol og medisinsk behandling og overført desse dataene elektronisk til NSD-stat. Figurane er meint som eksempel på korleis NSD-stat presenterer desse dataene, og korleis dette kan brukast til å vurdere vår behandling over tid. Figur 1 viser alderssamansetjing, tabell 2 viser metabolsk kontroll i 1993 og 1994, og tabell 3 viser metabolsk kontroll i dei forskjellige behandlingssgruppene.

Tilsvarande har me berekna konsultasjonsfrekvens ut frå talet på journalnotat, og sett på korleis konsultasjonsfrekvensen varierar med alder (tabell 4) og bustad (tabell 5).

Bruken av R&R har gitt oss ei

Figur 1: Aldersfordeling, diabetikar

i Suldal 1994



rekke muligheter for kvalitetskontroll/eigenkontroll. Bruken har og vist betydning av presise føringskonvensjonar, og at alle legane på senteret nyttar desse. Det ville vore ein stor fordel for nye brukarar av EDB-journal om presise føringskonvensjonar var ein del av programpakken når ein kjøper EDB-journalen.

Ingen av EDB-programma for allmennpraksis har innebygd statistikkprogram som kan utføre denne typen analysar av eigen praksis. Forutan R&R og NSD-stat som me har brukt, kan Epi-Info nyttast. Epi-Info er gratis, og kan både lese Profdoc-databasen og behandle desse dataene statistisk, men programmet har ikkje dei same mulighetene for uthenting av data frå Profdoc-databasen som R&R.

Sidan uthentinga av data frå journaldatabasen er den delen av denne operasjonen som set størst krav til programvara og brukar, vil eg anbefale R&R for interesserte. Legeforeninga arrangerer kurs i bruk av NSD-stat og Epi-Info (godkjent i etterutdanninga i allmennmedisin). Bruk av R&R er minst like relevant i allmennpraksis, og kurs i dette programmet bør og godkjennast som etterutdanning i allmennmedisin og bedriftsmedisin.

*Kommunelege
Bjarne Bråtveit,
4230 Sand.
Tlf. 52797411(a)
52797332(p)*

Tabell 2: HBA1c

	1994	1993
Gjennomsnitt	7,77	7,85
Sum	598,40	572,90
Minimum	5,10	5,10
Maksimum	12,10	11,60
Antall	77	73
1. Kvartil	6,60	6,70
Median	7,50	7,80
3. Kvartil	8,60	8,80

Inkludert: 77, Utelatt: 8, Totalt: 85

Tabell 3: HBA1c v Behandling, 1994

v9-> v14	Gj.snitt	Min	Maks	Antall
Ingen behandling	6,92	5,50	8,60	31
Insulin	8,36	5,60	10,80	22
Glucofag	8,70	7,10	10,30	2
Daonil	8,20	5,10	12,10	20
Mindiab	9,30	9,00	9,60	2
Totalt	7,77	5,10	12,10	77

Inkludert: 77, Utelatt: 8, Totalt: 85

Tabell 4: Konsultasjonsfrekvens etter alder, 1993

v5-> v11	Gj.snitt	Min	Maks	Antall
Under 5 år	5,11	0,00	29,00	262
5 - 19 år	2,40	0,00	30,00	942
20 - 29 år	3,70	0,00	30,00	552
30 - 39 år	4,45	0,00	38,00	491
40 - 49 år	4,76	0,00	40,00	496
50 - 59 år	5,66	0,00	147,00	303
60 - 69 år	7,35	0,00	41,00	349
70 - 79 år	7,78	0,00	53,00	341
80 - 89 år	10,46	0,00	60,00	229
Over 90 år	9,90	0,00	27,00	63
Totalt	5,00	0,00	147,00	4027

Inkludert: 4027, Utelatt: 0, Totalt: 4027, Urvalg: v6=1

Tabell 5: Konsultasjonsfrekvens etter bustad, 1993

v5-> v9	Gj.snitt	Min	Maks	Antall
Anna pnr	3,05	0,00	60,00	100
Erfjord	4,61	0,00	40,00	523
Jelsa	5,37	0,00	39,00	301
Hebnes	4,68	0,00	30,00	285
Foldøy	5,27	0,00	13,00	15
Sand	5,56	0,00	147,00	1479
Vanvik	0,84	0,00	11,00	101
Suldalsosen	5,22	0,00	54,00	848
Nesflaten	4,32	0,00	28,00	275
Totalt	5,00	0,00	147,00	4027

Inkludert: 4027, Utelatt: 0, Totalt: 4027, Urvalg: v6=1

Primærmedisinsk uke 1994

Primærmedisinsk Uke (10.-15. oktober) er gått over i historien. Det er tredje gang denne stormønstring arrangeres – et samarbeid mellom APLF (Allmennpraktiserende Legers Forening), NSAM (Norsk Selskap for Allmennmedisin) og OLL (Offentlige Legers Landsforening). Mottoet har vært «Bortenfor tale – bakenfor ord – Kommunikasjon på mange plan». 24 større eller mindre kurs har vært arrangert i løpet av uken.

I tillegg har det vært et yrende sosialt liv utover kveldene. Vi håper det skal bli mulig å gi UTPOSTENS lesere smakebiter fra Primærmedisinsk Uke i kommende nr. I dette nr. vil vi presentere noen av de priser som ble utdelt i løpet av uka samt festtalen under festmiddagen.



Prisutdeling

Primærmedisinsk Uke 1994

(under festmiddagen 12.10)

UTPOSTEN har tidlige år utlyst en essaykonkurranse. I år går vi imidlertid nye veier. I stedet for å utlyse en konkurranse, ønsker vi å hedre bidragstere som har sendt inn uten at foranledningen har vært en konkurranse med pengepremier. UTPOSTEN er et dugnadsprodukt, og bidragstere gjør en innsats uten annet løfte enn heder og verdighet og et sært trykk tilsendt St. Peter. Juryen består av UTPOSTENS redaksjon og vi har sett på alle UTPOSTEN-numre som foreligger fra nåværende redaksjon overtok i januar 1993 og frem til i dag. Vi håper at disse prisene vil være med på å rekruttere

ytterligere bidragstere. Vi vet at mange primærmedisinere sitter inne med mange nyttige erfaringer og synspunkter, som bør deles med andre.

Redaksjonen har bestemt seg for å gi to priser, en tekstpris og en illustrasjonspris. Årets premier er nydelige illustrasjoner med tema «Den formidlende lege» av kunstneren Ragnhild Gjerstad. Hun er sannelig verd en illustrasjonspris i seg selv. Hun er imidlertid nærmest blitt for hoffillustratør og del av redaksjonen å regne og dermed ikke blant de som kan være blant priskandidatene. Vi vil imidlertid benytte anledningen til å takke



Ragnhild Gjerstad

henne for hennes alltid velvillige og nydelige kunstnerhånd og hennes utrolige evne til å fatte poengene raskt og sylskarpt.

Vi gratulerer også disse:

Løvetannprisen

NSAMs Løvetannpris for 1994 ble tildelt Ola Lilleholt. Med utgangspunkt som kommunelege i Rindal har han vokset frem til en av de norske allmennpraktikere som har en hovedrolle i miljøet og utviklingen innen norsk allmennmedisin. Alt han gjør preges av uselvsk entusiasme og engasjement. Dette smit-

ter og fenger alle som har gledet av å komme i kontakt med han. Han er belest og kunnskapsrik. Han har lenge orientert seg mot de internasjonale miljøer. Hans engasjement for kolleger i øst-europeiske land startet lenge før muren falt og mangler sidestykke innen norsk allmennmedisin. Han har lenge hatt en sentral rolle i SIMG, og er nå visepresident.

Han har vært veileder for spesialiteten i allmennmedisin siden ordningen ble opprettet. Han var i Utpostens redaksjon i fem år. I

NSAM har han sittet i styret i tre perioder og han var leder i perioden 1989–91. Han har vært en sentral person i NSAMs referansegruppe for medisinsk filosofi. Han er datafreak og er stadig i ferd med å frelse kolleger for sine programvarer. Han har ved hjelp av dataprogram gått nye veier og funnet fram til et verktøy av betydning for fagutviklingen blant annet gjennom produksjonen av dataverisjonen av prosedyrepermen.

Ola Lilleholt er en ekte løvetann som blomstrer og sender sin livskraftige inspirasjonsfrø ut i vinden i mange retninger.



Ola Lilleholt

ter og fenger alle som har gledet av å komme i kontakt med han. Han er belest og kunnskapsrik. Han har lenge orientert seg mot de internasjonale miljøer. Hans engasjement for kolleger i øst-europeiske land startet lenge før muren falt og mangler sidestykke innen norsk allmennmedisin. Han har lenge hatt en sentral rolle i SIMG, og er nå visepresident.

OLLs hederspris

OLLs hederspris ble første gang utdelt i 1984. Prisen tildeles leger som har utmerket seg med fremragende faglig innsats og lang og tro tjeneste i norsk samfunnsmedisin. Felles for de hittil åtte prisvinnerne er at de har synliggjort faget samfunnsmedisin.

Årets prisvinner, EGIL WIL-

LUMSEN, startet som distriktslege i Finnøy i begynnelsen av 60-årene. Han satt i styret i OLL i ti år, hvorav fire år som leder. Oppsummerende kan sies at han var en av drivkreftene bak OLL som organisasjon i tiden hvor offentlig ansatte leger ikke hadde stor status i Dnlf.

Egil
Willum-
sen



Vi gratulerer!

OLLs samfunnsmedisinske prisoppgave 1994

«Formålet med prisen er å fremme interesse for og påskjønne arbeid innen det samfunnsmedisinske fagfelt i Norge. Prisen gis til legelger som gjennom oppgavebesvarelsen har fremvist fortjenestfullt samfunnsmedisinsk arbeid. Bedømmelseskomiteen bør ved sin vurdering prioritere arbeid med praktisk nytteverdi for den daglige virksomheten i norsk samfunnsmedisin.»



Hans Magnus Solli

Hans Magnus Solli gir gjennom sentrale referanser en omfattende og innsiktsfull oversikt over det økologiske dilemmaet. Den viser at miljørettet helsevern og miljøvern er nært knyttet sammen. Samfunnsmedisineren har særlig ansvar

og forutsetninger for å ivareta kommende generasjoners helse utfra det miljø de lever i. Linjene trekkes fra historisk tid til en fremtid som krever en bærekraftig utvikling og en bærekraftig medisin. Forfatteren belyser behovet for et helhetlig perspektiv i det forebyggende arbeidet utfra medisinsk etiske, filosofiske, antroposofiske og humanøkologiske argumenter. Folkehelseperspektivet må styrkes i en individorientert biomedisin og i samfunnslivet forøvrig.

Festtale ved middagen 12. oktober under Primærmedisinsk uke

Helge Worren



tider når man ser på dette imponerende supermarked av et arrangement som Primærmedisinsk Uke er med alt fra «Kommunikasjon med barn» til «Omsorg ved livets slutt» som kurstema. Det er vel snart bare de store vekkelsesstevner som overgår i størrelse. Med så mange mennesker tilstede, kribler det unektelig i meg

å ta opp en kollekt.

«Bortenfor tale – bakenfor ord – Kommunikasjon på mange plan» lyder vakkert og riktig. Jeg kan verken danse spesielt godt, mime eller synge, men som non-verbal kommunikasjon er jeg ganske god i holde kjefst. Det egner seg neppe nå. Jeg har da en viss glede av formålsparagrafen i FPSF, hvor det bl.a. heter:

- Stjel rikelig fra og oppgi kilder kun hvis det passer
- Ta gjerne utgangspunkt i dagens tekst, men vend ikke tilbake til den
- Du kan i kjedsommelighetens og gjentakelsens navn ikke snakke lenge nok

Det siste poenget minner meg for øvrig om da en av foreningens medlemmer skulle gifte seg. Dette var selvsagt en styresak. Han hadde valget mellom en sykepleier, en telegrafist og en lærer. Sykepleieren

ville han ikke ha, fordi hun sa bare: Ligg stille! Telegrafisten ville han heller ikke ha, fordi hun sa bare: Alt opptatt, alt opptatt! Han valgte tilslutt læreren, fordi hun stadig vekket sa: Nå tar vi det hele en gang til!

Nå har jeg også lært at man kan ha det godt på forelesninger også etter kurslunsj – når søvnen er i ferd med å ta overhånd. Magne Raundalen sa nemlig i går på en forelesning at man ikke skulle vekke de sovende på forelesning, fordi forskning hadde vist at de fleste hadde seksuelle fantasier. Jeg vet ikke om det var det min salige far tenkte på da han sa til en av sine sognebørn: «En ting er at du sover under mine prekener, men jeg kan ikke tilgi deg at du snorker så høyt at du vekker de andre!»

Dengang jeg var ung, pen og alvorlig – nå er jeg verken ung eller særlig alvorlig – var det svært lite i verden man kunne spøke med. Piet Hein skrev imidlertid noe som ble skjebnesvangert for meg:

*Den som kun tar spøk for spøk
og alvor kun alvorlig
Den har faktisk fattet
begge deler dårlig.*

Endel av mine mine pasienter som har ulike handicapper har lært meg endel. Før turde jeg ikke vitse med dette, men da jeg skjønnte at det i godlyntetens navn kunne være med å sette ting i relieff og perspektiv, har jeg nærmest hatt et uhemmet forhold til dette. En av mine dyslektiske venner vil absolutt

Kjære kolleger, medarbeidere og ikke å forglemme venner!

Det må være krisetider i norsk primærmedisin når man innkaller nestleder i FPSF – Fordervede Prestesønners Forening – til å være fest-taler. Vi i vår forening er vant til å konsentrere oss om de siste ting. Jeg ser allikevel poenget: Helse-tjenesten ligner mer og mer på kirken (selv om kirken fortsatt har de beste ritualene) og har overtatt mye av dens makt. Det var i så måte oppløftende å høre fremtidige leger – de såkalte *Sirenene* (syngende kvinnelige medisinerstudenter) – synge ut under åpningen på uka: «Operator, give me Jesus on the line!»

Skjønt krisetider. Med så mange leger på kurs, må vel dødeligheten og sykkeligheten gå ned. Den gjorde i hvert fall det i Los Angeles dengang legene streiket der. Skjønt krise-

ha meg med i kampen mot EU. Han synes de har et så fint slagord: Hei til EU! Han har forresten en engelsk dyslektisk venn, som til alt overmål er agnostiker. Han skal holde foredrag på neste landsmøte i FPSF med tittelen: «Is there a DOG?»

Jeg har også lyst til å si som Martin Luther King: «I have a dream!». Jeg har faktisk flere drømmer om norsk primærmedisin. Jeg skulle ønske jeg var sanndrømt, men tenker i hvert fall som så: «If you never have a dream, you never have a dream come true!».

Drøm 1.

Før sa man at samfunnsmedisin og allmennmedisin var primærmedisinens uatskillelige tvillinger: Knoll og Tott. Knoll og Tott er knapt brødre lenger, kanskje halvbrødre, vil noen si. Jeg drømmer om en sterkere gjenforening mellom Knoll og Tott.

Drøm 2.

Jeg lærte i sin tid at man måtte stille 3 grunnleggende krav til en doktor. For det første at han hadde briller, dernest kulemage og for det tredje hemorroider. Brillene var for å se klok ut, kulemagen var for å gi den rette pondus og hemorroidene var for å se passe bekymret ut. Etter å fått fullt hus, skjønner jeg

at dette ikke er nok. Primærmedisinsk Uke har fortjenstfullt satt kommunikasjon på dagsorden i håp om at det kan bedre situasjonen. La oss håpe dette kommer befolkningen tilgode på en slik måte at vi igjen kan bruke Martin Luther Kings ord: «If you're not a part of the solution, you're part of the problem!» Jeg drømmer om at vi som primærmedisinere i sterkere grad inntar dette perspektiv.

Drøm 3.

Jeg drømmer om at vi kan bli bedre kolleger, ikke bare under ekstreme forhold, men også i hverdagen med dens vanlige sorger og gleder. Ingen kan forstå en lege qua lege som en lege.

Drøm 4.

Jeg drømmer om at vi som primærmedisinere i større grad kan fokusere på *det gode liv* – for våre pasienter, for befolkningen og for oss selv. Dette er ikke nødvendigvis det samme som det sunne liv. Vi nordmenn har en tendens til å leve etter slagordet til mine sunnmørske forfedre: «Hvorfor gjøre noe av lyst når man kan gjøre det av plikt!».

Drøm 5.

Fra min mer alvorlige fortid dukker det opp en drøm, som jeg egentlig

syns det er ålreit å ha, fordi den minner meg om at tradisjoner – når de blir fornyet – er gode å ha. I denne drømmen hører jeg Arne Garborgs ord fra 1899:

*Kvi folk er saa uglade
Dei gjeng og venter
si Glede fraa andre
Dei skulde glede andre,
so vart dei glad.*

Drøm 6.

Jeg drømmer at jeg er Storm-P. som står på talerstolen og sier:

*«Måske har jeg motsagt meg selv,
men det jeg har sagt
står jeg ved.»*

Nå drømmer jeg plutselig ikke lenger. Det aner meg at jeg faretruende nærmer meg en slutt. Da har jeg ett problem. Å skåle var ikke av de viktigste fritidsaktiviteter i min oppvekst. Jeg har imidlertid lest i «Skikk og Bruk» at glasset skal heves til 2. skjorteknapp i det man ser de man skåler med dypt i øynene. Det stod imidlertid ingenting om det var 2. skjorteknapp ovenfra eller nedenfra. Allikevel våger jeg å si:

*Skål allesammen
og takk for
oppmerksomheten!*

Stiftelsen Kvinneuniversitetets Forskningsfond

Kvinneuniversitetet på Løten har 10 års jubileum neste år, og kvinneforskning er en viktig del av KUs satsningsområde. Fortsatt er det vanskelig å finne midler til kvinnerettede prosjekter og vi ønsker derfor å bygge opp et fond for å kunne støtte kvinneforskning med midler gjennom stipend.

Økonomiske bidrag til Kvinneuniversitetets forskningsfond kan trekkes av på selvangivelsen, og du får tilsendt kvittering fra Fondsstyret ved nyttår.

Boks 130, 2340 Løten
Postgiro 0813.38.50385

Målrettet astma-behandling: Opptil 30% deponering i målorganet¹⁾

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid
INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose innh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe- eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkelt dose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner 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 samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med 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/amning:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **0-6 år:** 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles 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 spytt ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 330,90. 200 µg/dose: 200 doser kr. 543,70. 400 µg/dose: 50 doser kr. 307,10, 200 doser kr. 926,70. (01.08.94)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

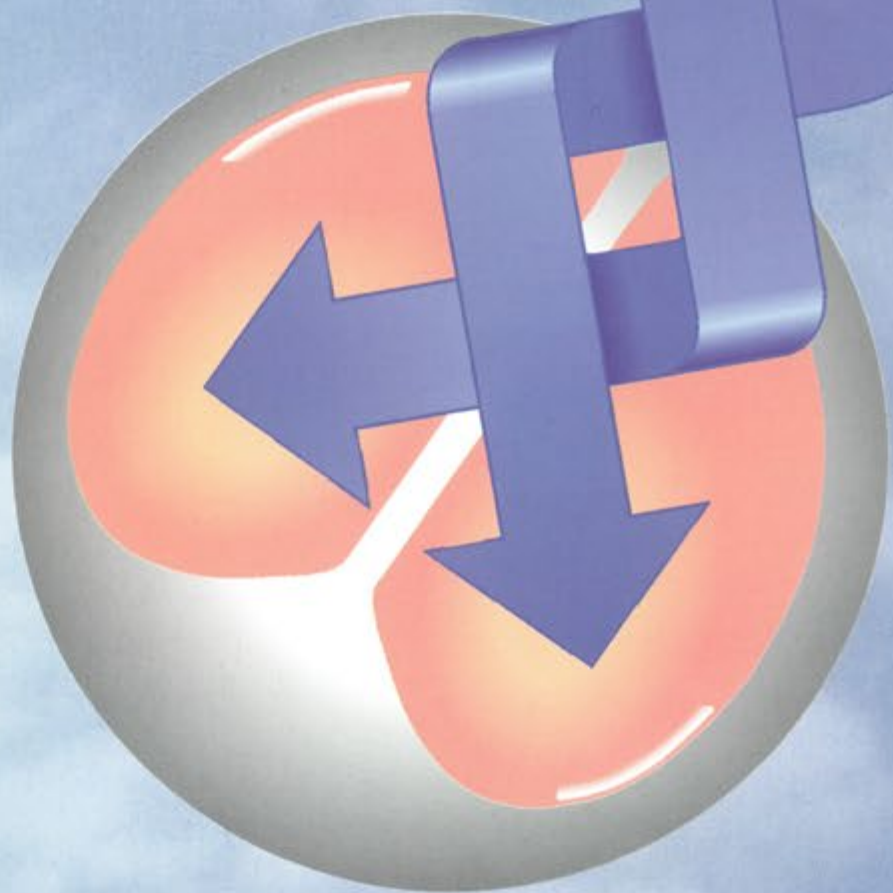
Aldrenergikum
INHALASJONSPULVER: 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: **Bricanyl Turbuhaler:** Hver dose innh.: Terbutalin sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Øker nedsatt mucociliar transport. Stimulering av beta₂-reseptorene i uterus-muskulaturen gir relakserende effekt. Virketid: Inhalert terbutalin virker i løpet av få minutter. Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Kravet til inhalasjonsteknikk (som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol) er eliminert. Turbuhaler er effektivt også under et akutt astma-angrep. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjons hastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliar transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversible i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasme sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Lurtikaria og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseinntak. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertensjon. Diabets-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonssterapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårligere, da gentatte inhalasjoner ved alvorlige astma-angrep ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonspulver: 0,25 mg/dose: Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks 24 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 16 doser pr. dogn. **0,50 mg/dose: Voksne og barn over 12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks. 8 doser pr. dogn. **Overdosering/Forgiftning:** Mulige symptomer: Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmi. Av og til blodtrykkstall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingsstørgende). **Behandling:** Lette til moderate tilfeller: Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmatisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjertefrekvensrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardi selektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å induisere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkstall, bør et volumøkende medikament gis. (F.eks. sympatomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-hals sykdommer. **Pakninger og priser:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr 128,80, 0,5 mg: 200 doser kr 190,90. (01.08.94)

T: 2, 30

ASTRA
Astra Norge

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

Målrettet astma- behandling:



Opptil 30%
deponering
i målorganet
med Turbuhaler®

Ref. 1)

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler

Terbutalin
Bricanyl®
Turbuhaler