

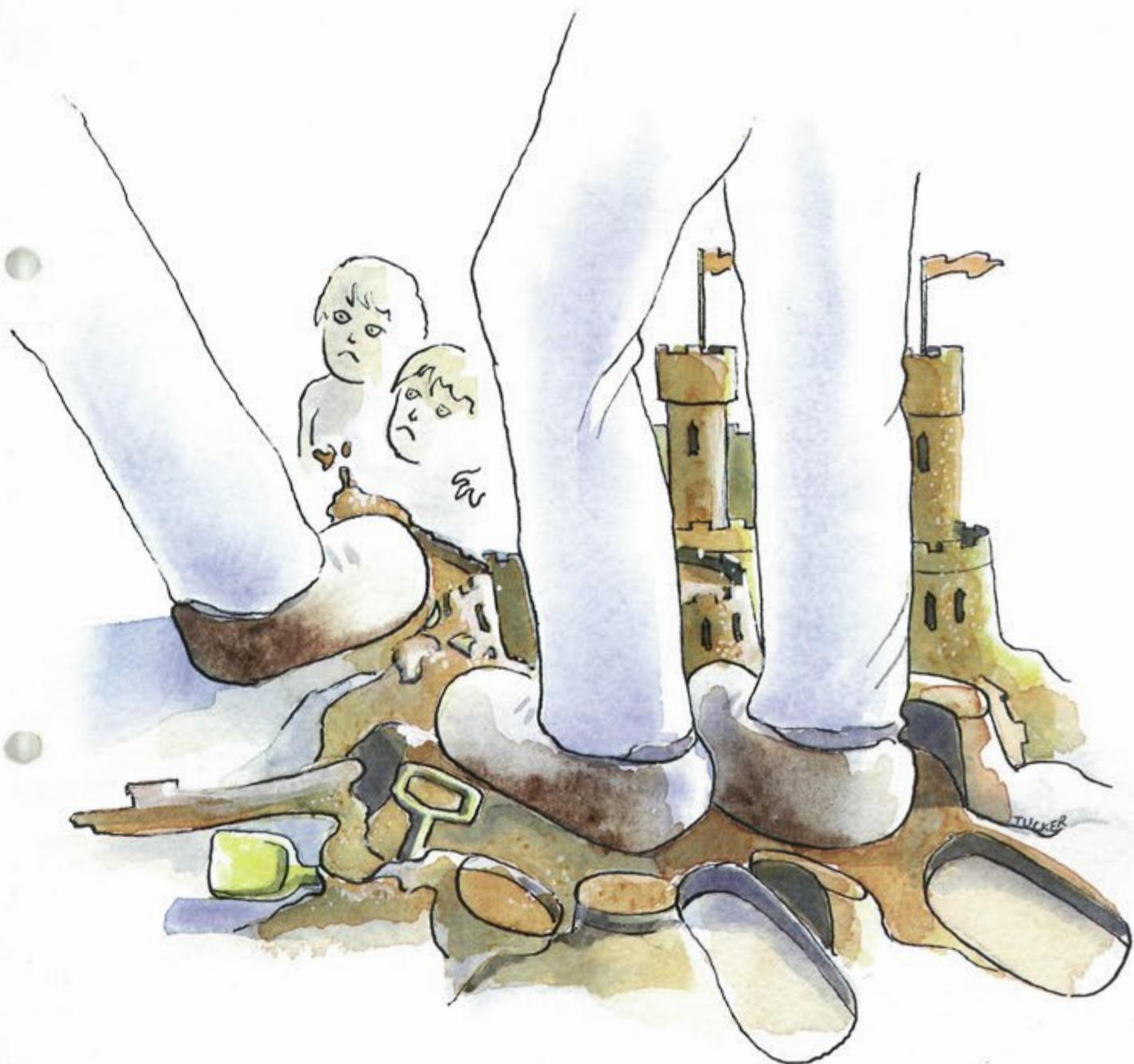
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1995

ÅRGANG 24



**Kreativitet,
kontroll og tilsyn**

295 Eystein Straume
Leder: Kreativitet, kontroll og tilsyn

296 Hans Petter Schjønsby
«Når fylkeslegen kommer på tilsynsbesøk»

300 Sissel Steibaug
Et sted å møtes

305 Elin Liseth
Ammetåke?

306 Utpostens tekstspris 1995

307 Utpostens illustrasjonspris 1995

308 Ole Sverre Haga intervjuet av Helge Worren
«Det er viktig å gi foreldrene et positivt bilde
av de fine ungene de har»

310 *Bokmelding*
Hverdagspediatri

312 *Bokmelding*
Berusende om rus

313 *Bokmelding*
Sosialt nettverk, helse og samfunn

314 *Bokmelding*
Eit storverk om helsevitskap

316 Elin Gjerstad
Trygdeytelser ved barns sykdom

319 Harald Dyrkorn
Hypokonder blues

320 Hilde Nitteberg Teige og Christoffer Vig
Belastningslidelser til besvær?
- Ikke på Hernes Institutt!

326 Linn Getz
Den allmennmedisinske vitenskapen

332 John Nessa
Søkelys på samfunnet

336 Smil i hverdagen

338 Hans Knut Otterstad
Virkningen av kommunehelsetjenestelovens
ti første år for primærhelsetjenesten i Vestfold

341 Debatt
Helsekontroller til besvær

342 Utpostens EDB-spalte
Brukerhåndbok for Epi Info 6
- Norsk kompendium

344 Morten Laudal
Inneklima og sykdom – endelig napp?

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
Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen
Krämmervikveien 5, 8373 Ballstad
Tlf. privat: 76 08 32 25
Tlf. arbeid: 76 06 02 64
Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume
9550 Øksfjord
Tlf. privat: 78 45 81 18
Tlf. arbeid: 78 45 80 00
Fax: 78 45 80 01

Eivind Vestbø
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
Elvebakken 1, Pb. 411
5801 Sogndal
Tlf. privat: 57 67 24 66
Tlf. arbeid: 57 65 55 00
Fax: 57 65 35 11

Annonser:

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

Abonnement:

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

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s.
Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Kreativitet, kontroll og tilsyn

Som barn lengst jeg etter å bli voksen. Da skulle fornuften råde og alt ville ordne seg. Et bilde slipper ikke taket. Vi leker i sandkassen, skitne, glade og koncentrerte. Vi bygger sandkasselander, deler det inn i områder hvor vi etablerer oss, bygger og lager systemer for samhandling og utvikling. Oppfinnsomheten er stor og vi er begeistret. Etter en tid blir alt ferdig, kreativiteten avtar og kontrolltiltakene øker. Vi fører tilsyn med hvordan vår vakre verden skal brukes og bevares. Men reglene skal fortolkes, uenighet oppstår og i sandkassen er det kort vei fra skapende fellesskap til ødeleggende konflikter.

Senere har forholdet mellom kreativitet og kontroll alltid undret meg. Den skapende prosessen aktiverer, samler. Den skaper glede og gir positive ringvirkninger. Når oppfinnsomheten avtar, øker behovet for kontroll og tilsyn. Kontrolltiltakene i sandkassen bremset aktiviteten, fortolkningen skapte utsyn og leken utartet til alles kamp mot alle. I min sandkasse var det kort vei fra regelverk til ødeleggelse. Utøvelse av makt på grunnlag av selvbestaltet lov og rett kom istedet for det skapende fellesskapet.

Det har skjedd noe rart med forholdet mellom makt og ansvar i norsk helsevesen. Enhver fiskeskipper vet at han har ansvaret for egen skute. Han kan delegere myndighet, men ansvaret er hans. Anerledes når det gjelder å styre helsetjenesten. Ansvaret er delegert ned til kommunenivå. Kommunehelsetjenesten har innenfor miljørettet helsevern ofte både utøvende og kontrollerende ansvar. Myndigheten sitter imidlertid i Oslo ett eller annet sted, og konstruerer en ansvarslos tilsynsmyndighet. Men uten ansvar er myndigheten lite verdt. Tilslutt må vel myndighetene bruke makt for å innhente ansvaret de har gitt fra seg.

Helsetjenesten er bygget ut, noen sier vi har verdens beste. Og vi vil bevare det som er skapt. Derfor øker kontroll og tilsyn. Det er mange og aktverdige grunner for å etablere et godt tilsynsapparat. Fylkeslege Hans

Petter Schjønsby gir i dette nummer av Utposten en klar gjennomgang av fylkesgens tilsyn etter internkontrollmetoden. (1). Men tilsynets vesen og egen logikk fører til usikkerhet og utsyn. Den skapende gleden stoppes og maktstrukturene i samfunnet utfordres. Dagens «helsetjenestespill» synes først og fremst å være preget av alles kamp mot alle både på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Noen taper, noen melder seg ut og noen blir opprørere. Felleskapet taper og kontrolltiltakene som skulle skape trygghet ender i kaos. Håpet, men også farene ligger i at situasjonen blir labil. Nye samlende ideer og sprudlende skaperlyst kan dukke opp. Det spors bare hvor mye som må ødelegges for nytt kan spire. Og tilsynet kan ikke kontrollere hvordan, hvem, hvor eller hva som vil komme opp på denne måten.

I dag skaper departementet forventninger og pålegger helsetilsynet å etterse at forventningene innfries. Kanskje Sisyfos arbeid (2) var meningsfylt, men da må noen hjelpe helsetilsynet til å fatte dette slik at de med større frimodighet kan finne sin plass i systemet. Eller er det departementets visjoner som er problemet? På fylkeskommunalt og kommunalt plan blomstrar profesjonsstridigheter, byråkratene kontrollerer, økonomien bestemmer, politikerne fortviler, media frøster i godt stoff. Og pasienten lider. Utposten nr. 6/95 brakte en artikkel om et psykiatrisprosjekt som virket lovende. (3) Det ble avviklet uten at ansvarlige myndigheter brydde seg med å komme med noen begrunnelse. Kanskje de ikke var ansvarlige, kanskje de bare hadde makt!

Du kan føre kontroll med det som faktisk er. Det er et forhold som tilsynsmyndighetene deler med rettsvesenet. Gode ideer skaper forventninger. Gode ideer som har livets rett, men som kveles i fødselen eller dreper i alles kamp mot alle gir fortvilelse og resignasjon. Vi oversvømmes av prosjekter, bare et fåttall vokser opp. Vi må være rike som kan la så mye entusiasme havare. Og

tilsynsmyndigheten har ingen mulighet til å kontrollere annet enn det etablerte. Tilsyn betyr resignasjon og fører til at stimuli for videreutvikling kveles.

Sannsynligvis er det også bare deler av virksomheten som tilsynet kan påvirke. Nemlig den formelle saksbehandlerdelen. Det faktiske innholdet i tjenesten vil undra seg kontroll eller ikke være påvirkelig av tilsynsmyndigheten. I forholdet til pasientrettigheter synes dette å være situasjonen.

Ingen enkeltperson kan skape utvikling alene, like lite som en enkelt sak eller et enkelt tilsynsbesøk. Men det blir viktig for norsk helsetjeneste hvordan Statens helsetilsyn vil finne sin plass og definere sin rolle.

Som barn kunne vi håpe at de voksne mestret tilværelsen bedre enn oss i sandkassen. Som voksen vet jeg at jeg ikke har slike rømningsveier. Det er intet alternativ til å søke glede i skapende fellesskap.

Jorraine

Litteratur:

1. Schjønsby HP. Når fylkeslegen kommer på tilsynsbesøk. Utposten 1995;24:296-9.
2. Camus A. Mythen som Sisyfos. Cappelens upopulære skrifter. Oslo 1994.
3. Hartviksen I, Holter H, Pedersen I, Lund E, og Andersen T. Paviljongen, et gjestehus. Utposten 1995;24:278-287.

«Når fylkeslegen kommer på tilsynsbesøk»

Tekst:
Hans Petter Schjønsby



Hans Petter Schjønsby, født 1936. Cand. med. 1962. Spesialist i samfunnsmedisin 1984, M.P.H. samme år. Distriktslege 1967-84 (Etne-dal, Ringsaker) og kommune-overlege 1984-86 (Ringsaker). Fylkeslege i Hedmark fra 1986. Tidligere styremedlem i Oll og sentralstyret, men det er lenge siden. Har publisert litt.

I gamle dager

Før jeg i 1960-årene tiltrådte mitt første distrikt, oppsøkte jeg fylkeslegen slik som skikk og bruk den gang tilsa det. Den gamle hedersmann talte rett ut: «Da jeg var distriktslege, var det direkte plagsomt å få besøk av fylkeslegen fordi jeg hadde andre ting å gjøre, og fylkeslegen ble gjerne halve dagen, middag skulle han ha også. Derfor bestemte jeg meg for at ble jeg fylkeslege, skulle jeg være ytterst varsom med å plage distriktslegene

unødig». Og ganske riktig, jeg så ikke fylkeslegen en eneste gang i distriktet de fem årene jeg var der. Det var den gang.

Ny lovgivning og kvalitetstenkning

Siden 1983 tilhører man ikke lenger samme etat. Fylkeslegens instruksjonsmyndighet er en saga blott, og den tidligere distriktslegen er nå ledd i et kommunalt-hierarkisk system under rådmannen i tråd med både kommunelov og kommunehelselov. Fylkeslegen på sin side forholder seg til «sitt» regelverk, nemlig lov om statlig tilsyn med helsetjenesten («tilsynsloven»). Denne loven er fra 1984 og pålegger fylkeslegen blant annet å føre tilsyn med kommunehelsetjenesten. Følgelig vil komunelegen nå og i fremtiden merke langt mer til fylkeslegen enn de fleste distriktsleger i sin tid gjorde.

Det er særlig de siste endringene i tilsynsloven som har medført denne økede aktiviteten. Tradisjonelt har fylkeslegene alltid ført til-

syn med både helsevesen- og personell i fylket, og man var pålagt «gjennom råd, veiledning og opplysning å medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester ble dekket». I 1984 kom det inn en passus om at kommunene skulle etablere «egenkontroll» av tjenestene for å forebygge svikt, og denne paragraf ble forsterket i 1992. Her ble «egenkontroll» erstattet av «internkontroll» (harmonisering med annen lovgivning), og alle tjenesteleverandører fikk plikt til «å etablere internkontrollsysten for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift».

Sagt på vanlig norsk betyr dette at tjenestearansvarlig (kommunen) fikk et ansvar for å iverksette kvalitetsbedring av sine helsetjenester og ganske spesielt etablering av en intern kontroll på at tjenestene skulle være av en slik kvalitet at de tilfredsstilte de krav som regelverket satte. I begrepet «allment



aksepterte normer» ligger den faglige standard som til enhver tid er rådende. For helsepersonell, og i særdeleshet leger, finnes slikt ansvar hjemlet i profesjonslovgivningen.

Fylkeslegens rolle i dette systemet er nokså klar: han har fått som oppgave å påse at «alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsysten og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at de kan forebygge svikt i helsetjenesten».

Sagt på en annen måte er fylkeslegens tilsyn nå definert som helsemyndighetenes utadrettede virksomhet for å påse at lover og forskrifter etterleves, og at ansvarlig instans kan dokumentere at slike tiltak er satt i system og utøves i samsvar med regelverket (internkontrollsysten). Og det er da denne virksomhet som blant annet kommunehelsetjenestene nå i økende grad vil bli utsatt for.

For ordens skyld, og for å forebygge begrepsforvirring, understrekkes at tjenestene selv sagt også bør oppfylle flere krav enn dem myndighetene setter gjennom lovgivningen. Virksomhetene selv bør eksempelvis sette kvalitetskrav gjennom sikring av ansvarsplasering, dokumentasjon, organisasjon og ledelse, faglighet mv. for å dekke brukerkrav- og behov. Vi taler her om kvalitetssikring.

Nytt tilsynsbegrep – og metoder

Tilsynsformen var tidligere mer samtale- og drøftingspreget. Formen var tildels uformell og lite forpliktende, og oppfølgingen fra fylkeslegen var vanligvis ikke uttalt. Formen var rimelig godt skikket til rådgiving og veiledning, men var ikke så velegnet til å avdekke mangler i tjenestene, og den hadde liten forebyggende effekt.

Den nye tilsynsformen kaller vi «tilsyn etter internkontrollprinsippet». Hensikten er altså at man gjennom visse metoder fastslår om



virksomheten (feks. kommunehelsetjenesten) er planlagt slik regelverket tilskir det, og at tjenestene utføres i samsvar med disse plane ne. I den eksterne revisjonsvirksomhet som fylkeslegen nå skal stå for i forhold til kommunehelsetjenestene er «systemrevisjon» og «verifikasjon» og «avvik» viktige begreper. Systemrevisjon er i praksis en systematisk og formell gjennomgang av hvordan en helsetjeneste fungerer.

Verifikasjon er de undersøkelser (her benyttes statistikk, besøk, klager osv.) som er nødvendige for å bekrefte at tjenestene er i overensstemmelse med spesifiserte krav. Avvik er forskjellen mellom det som er beskrevet (i planer, regelverk mm.), og det som observeres gjennom internkontroll eller av tilsynet. Avvik er altså uttrykk for at kommunen som ansvarlig instans ikke har oppfylt lovkrav, og følgelig driver en ikke lovlig virksomhet.

Revisjonen – som skal være funksjons- og systemrettet (og ikke

personrettet) – har da som hensikt å påvise og beskrive eventuelle avvik. Ansvarlig instans (kommunen) har ansvaret for iverksetting av korrektive tiltak. Tilsynets oppfølgingsfunksjon vil følgelig bli særlig viktig og utgjøre en integrert del av revisjonen.

Praktisk gjennomføring

I praksis forgår et tilsyn (eller revisjon om man vil) etter et fastlagt mønster :

1. FORBEREDELSEN. Nødwendig informasjon om tilsynsobjektet (kommunens helsevesen) samles inn, og dokumenter gjennomgås. Informasjonsfyllen vil være avhengig av hva man er ute etter i vedkommende kommune eller tjeneste. Dette kan variere. Fylkeslegens kunnskap om tilsynsobjektet er rimelig god på forhånd, og man vet oftest hvor skoen trykker. På denne måten er systemrevisjon en metode til å dokumentere avvik vi på forhånd vet er tilstede i organisasjonen. Forberedelsesfasen har altså som viktig funksjon å bestemme hvilke virkefelt som skal være gjenstand for revisjon, samt å bestemme hvilke spørsmål innenfor hvert arbeidsområde som skal benyttes under observasjons- og intervjurunden. På basis av innsendte personellister selekterer fylkeslegende som skal intervjues. Det vektlegges at utvalget må være rimelig representativt og omfatte relevante yrkesgrupper fra topp til bunn i hierarkiet.
2. FORMØTET. Dette kan legges i forkant av tilsynsbesøket, feks. dagen før, eventuelt kan det innlede dagsorden på selve besøket. Her bør ledelse (politiske, administrativ og faglig) være tilstede, og selv sagt dem som er tatt ut som intervjuobjekter. Under formøtet orienterer fylkesleggen om bakgrunnen for revisjonen, og han gir en

redegjørelse om hvorfor tilsynet foretas. Det orienteres også om kjøreplanen.

3. INTERVJU- OG OBSERVA-SJONSRUNDEN. Intervjuer over bordet med alle tilstede fører oftest ikke frem. Man oppnår vanligvis bare budsjett-svar, og mange av de tilstede værende ansatte syns av naturlige årsaker at det er vanskelig å meddele seg slik man ønsker. Vanligvis intervjuer en for en, og fylkeslegens to (eller flere) team intervjuer tilsammen 8-12 personer. I utgangspunktet stilles de samme spørsmålene til alle (for verifiseringens skyld), selv om formen kan variere. Det brukes sjekklisten og det noteres etter hvert intervju.
4. OPPSUMMERINGSMØTE. Etter foregående runde sammenfatter fylkesleggen observasjoner og avvik i et oppsummeringsmøte. Fremstillingen skal være punktvis og kortfattet. Rapporten gis muntlig. I oppsummeringsmøtet skal deltagerne være de samme som under formøtet.

Det orienteres til slutt om at revisjonen vil bli fulgt opp med en rapport. Denne blir forelagt kommunen innen 14 dager til eventuell rettelse av faktiske feil. Den endelige rapport bør følge innen to uker senere, og vil ikke være unndradd offentlighet. Virksomheten får i rapporten en viss frist til å uttale seg om hvilke korrektive tiltak den vil iverksette for å rette opp avvik, og når dette eventuelt kan skje.

Tilsynsrapporten

Det arbeides for å standardisere rammene for rapporten til kommunene. Dette letter evaluering og oppfølging og er viktig for både regionale og sentrale helsemyndigheter. Innledningen beskriver hen-sikten med tilsynbesøket, retts-grunnlaget samt internkontrollsystemet. Programmet for systemre-



visjonen gjennomgås. Deretter følger de viktigste kapitlene i rapporten: Gjennomføring, Resultater og Konklusjon.

Nedenfor har jeg gjengitt disse tre kapitlene fra en tilsynsrapport til en av kommunene i Hedmark. Tilsynet ble foretatt våren 1995. Jeg håper denne konkretiseringen av den «nye» formen for tilsynsbesøk vil skape mer oversikt og bidra til mer klarhet i en materie som for mange sikkert kan virke uoversiktlig.

«GJENNOMFØRING

I alt 8 personer fra tjenestene, som representerte både administrative og alle faglige nivåer, ble intervjuet. Fylkesleggen var representert med to intervjueteam. I utgangspunktet ble de samme spørsmål stilt til alle for å få et bredest mulig grunnlag for eventuelt å konstatere avvik. Gjennomgangen tok ikke sikte på å oppnå en fullstendig oversikt over hele kommunehelse-tjenesten. Spørsmålene ble derfor konsentrert omkring 4 hovedområder:

1. Hvordan mottar pasienter i helsetjenesten informasjon om

kommunens helsetilbud, inklusiv rettigheter og klageadgang? Regelverk: Kap. 2. i kommune-helseloven, § 2-1, 1. og 2. ledd: «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres nødvendig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet».

2. Foreligger skriftlig opplæringsplan for personalet i kommunen?

Regelverk: Kap.6 i kommune-helseloven, §6-2, 1-3 ledd som lyder:

«Kommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre-og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Helsepersonell innen kommunens helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som bli foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like».

3. Hvor langt er kommunen kommet i sitt internkontrollarbeid?

Regelverk: Tilsynslovens §3 om plikt til å opprette internkon-trollsysten mv.

4. Systematiske samarbeids- og kontrollrutiner mellom de ulike nivåene og yrkesgruppene? Regelverk: Samarbeid forutsettes bl.a. i kommunehelselovens § 1-4, 3. avsnitt 1. ledd:

«Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestenes arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet..», og i:

- forsvarlighetsstandarden i profesjonslovene.

Resultater

1. Informasjon

Observasjoner:

- et godt arbeidsmiljø som beforderer muntlig informasjon gjennom gode kommunikasjonslinjer
- helsestasjonsvirksomheten, dels sammen med jordmørtjenesten, har et velfungerende, tildels dokumentert informasjonssystem for brukerne

Avvik:

- informasjon til innkomne pasienter samt til pårørende i pleie- og omsorgstjenesten er tilfeldig og ikke systematisert
- det foreligger heller ikke skriftlige regler for informasjon om virksomheten og om rettigheter på legestasjonen
- foreiggende informasjonsmateriell for orientering om tildeling av sykehjemsplass angir ikke lovhempling i kommunehelseloven. Heller ikke er klageadgang til fylkeslegen gjort kjent.

2. Personell

Observasjoner:

- god intern kommunikasjon
- kartlegging av pleie- og omsorgstjenestenes faktiske kompetanse er i gang

Avvik:

- personalplanlegging er svakt ivaretatt fra ledelsens side
- skriftlige opplæringsplaner foreligger ikke

3. Internkontroll

Observasjoner:

- enkelte deltjenester har påbegynt arbeid med internkontroll
- det foregår tverrfaglige rehabiliteringsmøter med systematisk evaluering av pasientene

Avvik:

- kommunen har igangsatt arbeid med internkontroll etter HMS-forskriftene. Fra overordnet hold er det imidlertid ikke initiert tiltak når det gjelder innføring av internkontrollsystemer i helsetjenestene. Jfr. Helsedirektoratets rundskriv til kommunene om denne saken (IK 41-93).

4. Samarbeid

Observasjoner:

- deltjenestene har god kontakt internt og med samarbeidende instanser selv om den kan systematiseres bedre

Avvik:

- med visse unntak er de nødvendige samarbeidsrutiner ikke skriftliggjort, og er uten referater
- på bakgrunn av den pågående sterke integrering av de ulike avdelingene innenfor pleie- og omsorgstjenesten, synes ikke informasjonsflyten mellom disse å være tilfredsstillende utviklet.

Konklusjon

Helsetjenesten i Eks kommune har en velutviklet muntlig tradisjon, og det foreligger en god åpenhet i etaten. Dette har blant annet sammenheng med et godt arbeidsmiljø, en stabil bemanning og en oversiktlig kommune.

Avvik:

Det foreligger mangelfull skriftliggjøring av opplæring, praksis og informasjon. Dette må ses i sammenheng med at kommunen har en dårlig utviklet internkontroll – selv om den stedsvis kan være i utvikling – og at den overordnede styring av denne lovpålagte virksomhet ikke er tilfredsstillende.

Avsluttende kommentar

Fylkeslegen ber kommunen merke

seg de punkter som er anført i denne rapporten, og ber om en tilbakemelding innen 15.juni 1995 på hva kommunen vil gjøre for å korrigere de påpekt avvik.

Helsetjenestene i Eks preges av en solid stab av engasjerte medarbeidere, og burde ha de beste forutsetninger for å nå langt i utviklingen av gode internkontrollsystemer for sine helsetjenester, og dermed bedre tilbud til brukerne. Vi ønsker kommunen lykke til i det videre arbeidet.

Sluttord

Man må nå bare ikke tro at fylkeslegenes kontakt med de utøvende tjenester i fremtiden utelukkende skal foregå gjennom tilsyn etter internkontrollprinsippet, at det eneste fylkeslegene skal stelle med er å kontrollere om helsetjenestene drives lovlig. Neida, den øvrige virksomhet fortsetter som for gjennom service-og bistandsytelser slik som vanlig råd- og veiledningsvirksomhet, drøftingsmøter, kurs- og seminarvirksomhet, formelle og uformelle kontakter osv. I tillegg kommer myndighetsutøvelse slik som godkjennelser, klagebehandling og ulik tilsynsvirksomhet.

Men at fylkeslegenes oppgave som kvalitetsovervåker av fylkets totale helsetjeneste de senere år er blitt presisert og blir stadig viktigere er det all grunn til understrekke. Tilsyn etter internkontrollmetoden er et eksempel på dette. Denne utviklingen er tildels en følge av den nylige omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning, der stortinget blant annet la til grunn behovet for en sterkt og uavhengig tilsynsinstans (helsetilsynet og fylkeslegene).

Det sier seg selv at på sikt vil en slik kvalitetsskjøring bidra til bedre betingelser for å drive relevant og moderne samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene.

Hans Petter Schjønsby
Fylkeslegekontoret i Hedmark
2300 Hamar

Et sted å møtes

Forebyggende arbeid blant pakistanske mødre

Tekst: Sissel Steihaug



Jeg er født i 1946 og har arbeidet som bydelslege på Stovner fra 73. De siste årene har jeg drevet mye med rehabilitering og forebyggende arbeid.

Bakgrunn

Svekkede sosiale nettverk og reduserte kulturelle overleveringer blir ansett som en risiko i forhold til barns oppvekst i moderne bysamfunn (1). Mange unge mødre som kom til barnekontroll ved Stovner Helsestasjon var sosialt isolerte, ensomme og hadde liten kontakt med sin familie. Dette var bakgrunnen for at «Et sted å møtes», et treffsted for mødre med små barn, åpnet i helsestasjonens regi i mars 1991.

Stovner er en av Oslos nordlige drabantbyer med 21 000 innbyggere hvorav 18 % er innvandrere. Pakistanere er den suverent største innvandrergruppen og utgjør 6,5 % av Stovners befolkning; 18 % av barn under 6 år er pakistanske.

Likevel kom ingen pakistanske kvinner til «Et sted å møtes». Trolig er svekkede sosiale nettverk et enda større problem for dem enn for norske mødre, og vi ønsket å gi også de pakistanske kvinnene og småbarna tilbud om et «treffsted». Målsetningen var å få kvinnene og barna til å møtes. Vi tenkte dette ville styrke kvinnenes sosiale nettverk, øke deres kunnskap om Norge og derved bedre deres forutsetninger for å oppdra barn i Norge.

Beskrivelse

Opplegg

Vi valgte å tilby fysisk trening fordi vi hadde erfart at det var populært blant pakistanske kvinner. Høst 1991 ble pakistanske mødre som kom til helsestasjonen, invitert til trim og sosialt samvær en gang per uke. Senere skjedde rekrutteringen like mye gjennom deltakerne som via helsestasjonen. Det var innendørs trening til musikk med kaffe/te- servering etterpå. Treningen var gratis, men kvinnene spleiset på maten. Prosjektleder (lege) ledet trening til å begynne med og deltok i det sosiale samværet av og til. En gruppeleder arbeidet 3 timer per uke i prosjektperioden, fra oktober 1991 til juni 1994, lønnet av midler fra Sosialdepartementet («Samlet plan»). Hun serverte te og overtok etterhvert treningen.

Prosjektet er vurdert av prosjektleder og gruppeleder ut fra observasjon og samtale med kvinnene i gruppa. To kvinner – en som vanligvis sa lite og en som var av de toneangivende – ble intervjuet.

Deltakere og deltagelse

Vårt treningslokale hadde plass til

10 – 12 trimmere, og allerede de første ukene var det fullt hus. Mange hadde med små barn, og gruppeleder passet barna mens kvinnene trente. I hele prosjektperioden var oppmøtet jevn med 8 – 10 kvinner hver gang. En fast kjerne på 6 – 7 deltagere var stabil over lengre perioder, mens andre møtte mer sporadisk. Fem kvinner som var med fra starten, var ivrige helt til slutt. Kvinnene som i årenes løp deltok, var fra under 20 til ca. 55 år gamle.

Barna uteble

Hensikten med prosjektet var å etablere et tilbud til mødre med små barn. De første ukene deltok en del barn, men etterhvert var barn med bare unntaksvis og fortrinnsvis på festligheter. Flere kvinner hadde forskolebarn, men skaffet barnevakt for å slippe å ha dem med på trening. «Vi trenger litt fri, her vil vi slappe av».

Treningen

Trening var utgangspunktet for gruppen, og kvinnene var opptatt av å få trenere. Under treningen virket de imidlertid ikke så ivrige. Noen få var aktive, tok i, viste bevegelsesglede og syntes det var godt å bli slitne. Mange anstrengte seg lite for å få til øvelsene eller henge med, noen kjedet seg, og enkelte så ut til å mislike fysisk aktivitet. Men hver gang prosjektleder forslo å slutte med trening og heller gjøre andre ting, protesterte kvinnene; alle ville trenere.

Kursvirksomhet

Den første tiden hadde de fleste kvinnene dårlig tid etter treningen og måtte hjem etter en rask kopp te. De kunne fortelle oss at pakistanske kvinner har mye å gjøre

hjemme. Imidlertid var det meget livlig prat og god stemning den tiden de var samlet. Etter noen tid luftet vi interessen for ulike kurs. Det fikk vi respons på, kvinnene ønsket bl.a. å lære maskinstriking og å bake norske kaker og brød. Strikkemaskiner ble innkjøpt, og en periode var 3 – 4 kvinner svært ivrig. Men strikkeinteressen tok seg nokså fort, og den siste tiden ble maskinene tatt fram bare hvis et av barna trengte en genser eller et par sokker. Da gruppeleder drev bakeundervisning på kjøkkenet, satt kvinnene og snakket og koste seg i stua. Men kvinnene hadde i alle fall fått mye bedre tid etter treningen.

Sosialt samvær

Etter treningen ble det drukket kaffe/ te og spist, vanligvis brød og kjeks med syltetøy og ost. Men ethvert påskudd til å lage fest og festmat ble benyttet, som fest etter faste, juleavslutning, sommeravslutning og geburtsdager. Når det ble laget pakistansk mat, var deltakerne svært ivrig og svært dyktige på kjøkkenet. På fester tok de også ofte barna med.

De faste deltakerne ble mer og mer en sammensveiset gjeng. Kvinnene snakket ivrig og engasjert, som regel på urdu (punjabi?). Det var god stemning i gruppa, men de kunne diskutere høylødt og nesten iltert. De orienterte oss om samtaleemnet, men oversatte som oftest ikke alt som ble sagt. Temaer var gjerne matlaging, klær eller shopping. Hvis en hadde vært i Pakistan eller på pilegrimsreise, var de andre svært opptatt av å høre nytt fra hjemlandet eller om motene i Saudi Arabia. Kvinnene spurte lite om norske forhold, om våre tanker og forklaringsmodeller. De spurte imidlertid prosjektleder (lege) om en del medisinske temaer, gjerne konkrete helseproblemer.

Resultat

Fra mødregruppe til kvinnefellesskap
Vi ville legge forholdene til rette

for «et sted å møtes» for pakistanske mødre og deres små barn for å skape samvær, samhandling, samhørighet og informasjonsutveksling.

Gruppa ble noe annet enn vi hadde planlagt. Kvinnene kom, de trente sammen, snakket sammen, laget mat sammen og spiste sammen. Det var god stemning i gruppa, ivrig samtale og mye engasjement. Deltakerne trivdes og ga hverandre mye støtte og omsorg. Men kvinnene var eldre, hadde vært lenger i Norge og var mer etablert enn vi hadde tenkt oss målgruppen. Nesten ingen hadde med barn, og «vanlige problemer med vanlige barn» ble ikke diskutert.

Kvinnenes vurdering:

Alle kvinnene sa i samtale med oss på slutten at de satte stor pris på «torsdagstreffet» og gjerne ville fortsette. De ønsker fortsatt trening uten at noen kunne si meg hvilket utbytte de hadde av den. «Vi må trenere». En med diabetes hadde oppfattet at det var gunstig for blodsukkeret. Alle ønsket også å sitte og prate etter treningen. De bekrefret at man ikke kan ta opp personlige problemer, og på spørsmål om hva de snakket om, svarte en litt overbærende: «Det samme som norske kvinner vel, om klær, mat, barna våre og mennene våre». De to intervjuede fortalte om mye ensomhet og følelse av forlatthet og sa at gruppa var viktig for dem.

Diskusjon

Morsrolle og barneoppdragelse
Vi planla en mødregruppe slik norske kvinner ønsker den. I slike grupper diskutes emner som «grensesetting» eller «hva kan vi vente av barn på ulike alderstrinn». Dette var ikke temaer i den pakistanske gruppen. Mitt inntrykk er at pakistanske mødre er tryggere i morsrollen enn norske og derfor i mindre grad føler behov for slike grupper. De har trolig andre krav til seg selv, skal passe barna, stelle dem «fint» og lære dem opp, men i

mindre grad stimulere dem og oppdra dem pedagogisk og psykologisk riktig. I pakistansk Punjab finner Inger-Lise Lien ikke en inndeling i en voksenverden og en barneverden som hos oss (2). Barn lærer av selve livet og trenger ikke fortelles og forklares all ting.

Pakistanske kvinner har i mange år gått på norsk helsestasjon og har tatt opp norske kosttråd, en del spiserutiner, kanskje leggerutiner, men i liten grad barneoppdragelse. Vi ser at de forholder seg annerledes til barna – gir ordre, kommandoer om å takke, neie, «si det» og «gjør det» uten noen begrunnelse eller forklaring. Små barn får utfolde seg fritt, litt større barn stilles det store krav til. I barneoppdragelsen formidles våre mer grunnleggende verdier, og den endres neppe nevneverdig av gode råd på helsestasjonen. Oppdragelsen vil nødvendigvis se annerledes ut om man har som mål å oppdra ungene til voksne, modne mennesker som greier å sette egne behov til side for fellesskapet enn om målet med oppdragelsen er å fremme utviklingen av uavhengige individer med egne meninger og egne avgjørelser.

Avlastning – omsorg – «friminutt»

Kvinnene hadde vanligvis ikke barna med, og deres argumenter for å la dem være hjemme var lett forståelige. De sa de hadde mye å gjøre med mange barn hele tiden og trengte litt tid uten barn. For en pakistansk mor i en kjernefamilie er det ikke mye pusterom. Litt fritid og litt omsorg fra gruppeleder kom sikkert godt med.

Sosialt samvær – kvinnefellesskap

Kvinnene i gruppa opplevde fellesskap og samhørighet. Alle sa det er viktig å ha et sted der man kan møtes og sitte og prate. For pakistanere har slektskap og familie en annen betydning enn for nordmenn, spesielt føler de en utvidet familielojalitet og sterke sosiale forpliktelser.(3, 4) Flere kvinner sa at man ikke gjerne omgås folk



utenom familien, og at man i alle fall ikke kan snakke om problemer med andre enn familiemedlemmer fordi det oppfattes som illojalt og fordi familien kunne komme i vanry. I gruppa snakket nok ikke kvinnene om personlige problemer, men de utviklet utvilsomt et godt sosialt fellesskap med nære personlige forhold. Og de kunne diskutere generelle problemer, som døtre og gifting, barn, utdannelse og arbeid, hjemlengsel osv. Alle sa de savnet familien. Kanskje dette kvindefellesskapet var en erstatning.

Intraetnisk fellesskap eller fellesskap på grunnlag av andre likheter?
Migranter søker gjerne bekreftelse på sin identitet ved kontakt med landsmenn, men ikke landsmenn generelt – i første rekke landsmenn de kan identifisere seg med. (5) Vi så kvinner som deltok i

gruppa en eller få ganger uten å få særlig kontakt og uten å komme tilbake. Av og til var de faste delta-kerne påfallende lite ivaretakende og forsøkte i liten grad å trekke de nye inn i gruppa. Kanskje de ikke passet inn? Pakistan er lagdelt, selv om islam i prinsippet er en egalitær religion. Pakistansk kultur preges i stor grad av en partikularistisk, sfæredelt moral der det finnes grenser for innlevelse og ansvar mellom ulike mennesker som tilhører ulike grupper f.eks. forskjellige klasser eller forskjellig kjønn. (2). På en skogstur til Liastua ble det som vanlig tatt masse bilder. Disse ble ivrig betraktet på neste møte, og alle bestilte kopier. Et pent bilde av to kvinner ville den ene ikke ha kopi av «fordi hun er med på bildet». Hun var en av disse som aldri ble forsøkt innlemmet i gruppa.

Mat

Mat tillegges ofte psykologisk, sosial og symbolsk betydning. Sosialantropologer har hevdet at det å gi noen mat trolig universelt sett kan tolkes som det å tilby kjærlighet, hengivenhet eller vennskap. (5, 6). Mat sto sentralt i det sosiale samværet i vår gruppe, både matlaging og spising var viktige sosiale handlinger. Når kvinnene laget pakistansk mat, la de for dagen mye omsorg og omtanke – forsynte oss med rause porsjoner og sendte alltid med mat hjem til barna våre. Kvinnene var stolt av sine mattradisjoner og ønsket klart å gi oss del i dem. Også på turene til Liastua var mat viktig. Vi hadde med varmretter, dessert, kaffe/ te og kaker, slik at vi kunne anrette gedigne lunchbord i skogen

Tilpasning

Tilpasning kan beskrives som jus-

teringer individet foretar seg for å fungere bedre i en ny livssituasjon, som etter overgangen til et nytt samfunn. (5) Tilpasningsstrategien kan være en målrettet og bevisst handling valgt rasjonelt eller mer ut fra følelser og normer. Eller tilpasningsstrategien kan presses fram av ytre omgivelser. Det er heller ikke nødvendigvis slik at alle migranter har et bevisst forhold til sin tilpasningsprosess, og kanskje oppdager man ikke at tilpasning har funnet sted før man er tilbake i hjemlandet. To kvinner i gruppa fortalte at de hadde vært hjemme i Pakistan og oppdaget da til sin store overraskelse at de hadde glemt enkle regler for skikk og bruk.

De aller fleste kvinnene i gruppa hadde vært lenge i Norge. De var påvirket av vestlig tenkning og forståelse. Barna deres hadde gått i barnehage og på skole i Norge i årevis. Kvinnene hadde trolig tilpasset seg en masse selv om de gikk i tradisjonelle klær og «så veldig pakistanske ut». Vi har lett for å vurdere deres tilpasning eller «norskhet» etter ytre kjennetegn – klesdrakt eller atferd.

I møte med Norge og det norske endrer den enkelte hele tiden sin måte å være pakistansk kvinne på. Men selv om man tilegner seg norsk kulturkompetanse, må man ikke bli mindre pakistansk; man må ikke skifte identitet. Den attenårige datteren til en av kvinnene sa: «Jeg er pakistansk hjemme og norsk på skolen, men jeg passer hele tiden på de pakistanske reglene».

Pakistanske kvinner er selvsagt enkeltindivider, hvert menneske har sine egne tilpasningsstrategier og foretar individuelle valg. Jeg hadde forventet at etter som jeg ble bedre kjent med kvinnene, ville de mer og mer tre fram som enkeltpersoner. Det synes jeg ikke skjedde. Jeg opplevet at de hadde en ensartet måte å svare og uttrykke seg på, og at de supplerte hverandre når de snakket, slik at de ofte formidlet en «felles- mening». En forklaring kunne være deres dårlige norskunnskaper, de måtte

supplere hverandre for å gjøre seg forstått. En annen mulighet er kanskje at ikke hvilken som helst oppfatning kunne bringes fram i gruppa.

Innkapsling

Inger Lise Lien beskriver pakistanneres tilpasning i Norge, og mener at den er noe preget av innkapsling. (7) Innkapsling innebærer at de sosiale aktivitetene blir begrenset til et tett sosialt nettverk, og at migrantene holder seg for seg selv. I sine egne lukkede samfunn kan de få dekket sitt behov for fellesskap, nærlhet og utvikling av identitet og tilhørighet. Dette medvirker til at de trives og opplever tilhørighet til Norge, og er kanskje en forutsetning for at de skal fungere som en integrert del av storsamfunnet. Pakistanernes tette nettverk utgjør også en effektiv sosial kontroll. Nyheter spres raskt innen det pakistanske miljøet på Stovner, og sanksjoner kan settes inn hvis f.eks. ungdom ikke oppfører seg etter normen. Samtidig kan innkapsling medvirke til opplevelse av fremmedgjøring og uteslenging fra sosiale aktivitetene sammen med nordmenn. En undersøkelse fra 1982 tydet på at voksne pakistanere hadde lite kontakt med nordmenn (7) En kvinne i vår gruppe hadde kontakt med norske naboer, ingen av de andre nevnte i samtalenes løp noe om norske venner eller bekjente.

Vi fikk en del motstridende opplysninger om samvær innen det pakistanske miljøet på Stovner. Det var enighet om at alle kjenner hverandre, og at de aller fleste slår av en prat når de møtes på butikken. Mange sa at de ikke omgikk privat, men de samme kvinnene kunne senere si «da vi besøkte den familien, så....» Fremviste fotografier viste oss at de pakistanske jentene har mye sosial omgang, og bryllupsfeiring demonstrerer et sterkt fellesskap i den pakistanske gruppen.

Ønsker pakistanere primært et fellesskap med landsmenn fremfor

nordmenn eller har de små muligheter til å omgås nordmenn? Flere kvinner ønsker ikke at barna skulle besøke norske venner fordi de var redd for mye norsk påvirkning. Besøk med hele familien ville trolig stille seg annerledes, men jeg er usikker på om de fikk så mange invitatsjoner. Kan pakistanerne «de norske kodene» godt nok? I Norge har vi en idé om at alle (nordmenn) er like og likeverdige (9), og forskjeller som angår familiebakgrunn, utdannelse og klassetilhørighet underkommuniseres. Å oppfatte nyanser i det norske samfunn er ikke lett og lå trolig langt utenfor disse pakistanske kvinnenes kompetanse. Med ett unntak (en arbeidsledig kvinne som deltok en kortere periode) viste de heller ikke så stor interesse for å tilegne seg slik kunnskap, de spurte oss sjeldent om våre verdier eller vurderinger.

Språk

Å kunne norsk er en forutsetning for å delta aktivt i det norske samfunnet. Språket læres lettere i samvær-handling med nordmenn, og innkapsling vanskelig gjør norskopplæringen. Mange av kvinnene i trimgruppa snakket godt nok norsk til å greie seg i den begrensende samhandlingen de faktisk hadde med nordmenn, men kun en eller to kunne føre en diskusjon på norsk. Flere av kvinnene som var innom, kunne nesten ikke et ord norsk til tross for mange år i landet.

Hvorfor kan de så lite norsk? En hovedårsak tror jeg er at de er her «midlertidig»; de aller fleste hadde en forstilling om å reise tilbake; «når barna blir ferdige på skolen» eller «om noen år». Plane var imidlertid svært vag. Inger-Lise Lien beskriver «the myth of return» blant pakistanerne i Norge (7) og diskuterer årsaker til at den består. De fleste pakistanske arbeidsmigrantene kom til Norge for å oppnå sosial og økonomisk mobilitet og hadde planlagt å bli her noen år. De har hele tiden holdt god kontakt med hjemlan-

det med hyppige besøk, brevkriting og telefoner, og de har i stor utstrekning økonomiske forpliktelser der. Imidlertid har det ikke vært så lett å legge seg opp penger som planlagt, og dessuten er de blitt svært knyttet til Norge, til det pakistanske Norge. De har opparbeidet et tett nettverk av slektinger og venner her i landet og er involvert i utstrakt forretningsdrift. Å skrinlegge planene om hjemreise, ville være en fallitterklaring og et svik mot slektinger i hjemlandet. Løsningen på dilemmaet kan bli å utsette beslutningen og la tiden gå.

Kulturelle uttryksformer

Det manes stadig til forsiktighet i omgang med kulturbegrepet (3,10,11), slik at vi ikke gjør mennesker mer forskjellige enn de faktisk er (mellan kulturer) eller mer like enn de faktisk er (innen kulturen). Det foreslås til og med å droppe hele kulturbegrepet. Det er viktig å møte en pakistansk kvinne med åpenhet uten å tillegge henne bestemte oppfatninger eller forvente spesiell oppførsel fordi hun er pakistansk. Ikke desto mindre synes jeg ofte litt kunnskap om pakistansk «kultur» har vært til god hjelp for å forstå hvorfor de pakistanske kvinnene gjør som de gjør.

Det er innvandrernes atferd vi kan observere. Det kan ofte være vanskelig å vite hva som ligger bak væremåter og ytre trekk(12). Vi ble f.eks. av og til frustrerte når kvinnene følte seg mindre forpliktet av avtaler enn vi gjorde. De ville gjerne lære å strikke mønster, og etter en del diskusjon ble vi enige om en kveld som passet. Gruppeleder gjorde så avtale med strikteinstruktør, men da tiden kom møtte ingen (eller var det en???). Grunnen til frafallet var at de måtte få barna i seng eller lage mat, aktiviteter som neppe kom overraskende. Etter deres partikularistiske moral forventes fundamental lojalitet og hensyn til familien, hensynet til andre må vike.

Nordmenn er også opptatt av

at pakistanske kvinner ikke får gå ut. Ære er sentralt i pakistansk kultur, og ære for en kvinne er forbundet med tilbaketrakkenhet (2). Man går ikke ut uten grunn, uten å ha et ærend. Kanskje det var årsaken til at kvinnene måtte raskt hjem etter trening, men kunne slå seg til da vi arrangerte kurs? Kurs var nyttig og det kunne forsvares moralisk å bruke tid på det. Det kan forklare forskjellen på meldt interesse for kurs og engasjement i kurset. Kanskje treningen også hadde som hovedfunksjon å legitimere fraværet fra hjemmet? Kvinnene fortalte at mennene var positivt innstilt til treningen deres.

Vi opplevde flere ganger at kvinnenes bruk av normative og beskrivende utsagn var vanskelig å forstå. Når de beskrev regelen var det ikke bare en forklaring på atferd, men også et bevis på den. En kvinne som var kommet hjem fra pilgrimsreise i Saudi Arabia, sa: «Der gikk alle med slør», hvorpå jeg svarte at det er sikkert strengere der enn her i Norge. Da protesterete kvinnene og sa at de må gå med tildekket hode her også, det må alle muslimer. Jeg tillot meg en liten protest: «Jammen dere gjør jo ikke alltid det». «Jo», sa kvinnene, «det må alle muslimer» – som et bevis på at de faktisk gjør det.

Avtalning

I Norge har vi stor tro på ideen om å skape sosiale nettverk. Også forestillingen om sosialisering står sterkt, å sosialisere mennesker til bedre vaner, f.eks. å styrke foreldrene i deres foreldrerolle. Når vi legger forhold til rette for å gjenetablere møteplasser kan vi ivareta begge deler. Vi arrangerte et sted å møtes for pakistanske mødre med små barn ut fra våre norske ideer om hva «de trengte».

Imidlertid «overtok» de pakistanske kvinner prosjektet. De lot barna bli hjemme, saboterte kursvirksomheten (og kanskje treningen?) og utviklet et sosialt samvær de hadde behov for. To norske gruppeledere legitimerte tilbuddet,

kanskje spesielt prosjektleder som er lege og godt kjent blant pakistannerne på Stovner. Prosjektleders utdannelse, og også at hun representerer Stovner bydelsadministrasjon, kan ha vært gode argumenter overfor autoritetspersoner i det pakistanske miljøet, kanskje både her og i hjemlandet.

Sissel Steibaug
Ekornveien 4
0386 Oslo

Litteratur:

1. Sommerschild H, Groholt B. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Tano, 1989
2. Lien IL. Moral og emosjoner i pakistansk Punjab. Avhandling til dr. polit. Institutt og Museum for Antropologi, Universitetet i Oslo. 1993.
3. Klausen AM. Kultur. Monster og kaos. Oslo: ad Notam Gyldendal 1992.
4. Eriksen TH, Sørheim TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: ad Notam Gyldendal 1994.
5. Neumayer SM. Global kultur og moderne migranter – En undersøkelse blant migrant- helsearbeidere i Oslo-området. Hovedoppgave i sosialantropologi Institutt og Museum for Sosialantropologi Universitetet i Oslo 1993
6. Sørheim TA. Sykdom og kultur. En sosialantropologisk analyse av møtet mellom pakistanske diabetikere og norsk helsepersonell. Hovedoppgave i sosialantropologi. Universitet i Oslo, 1986
7. Lien IL. To land og en fremtid. Dilemmaer for pakistanske migranter tilpasning sosialt og arbeidsmessig. Hovedoppgave i sosialantropologi. Institutt for sosialantropologi. Universitet i Oslo, 1982.
8. Kramer J. Norsk identitet – et produkt av underutvikling og stammeihørighet. I: Klausen AM(red.) Den norske væremåten. Oslo: Cappelen. 1990.
9. Wikan U. Er «kultur» blitt vår tids rasebegrep? Aftenposten, morgen, 27.01.95.
10. Eriksen TH. Kulturelle veikryss. Essays om kreolisering. Oslo: Universitetsforlaget, 1994
11. Korbol A. Innvandrerne og det sosiale og helsemessige servicesystem. En felles nordisk undersøkelse. Nordisk ministerråd, Nord 1988: 53. København, 1988.



Amming er definitivt en kvinnesyssel. Det er noe som hører kvinneverdenen til og som de fleste synes er vakkert, kanskje har noen et indre bilde av den ammende mor som en opphøyet madonna. Like fjernt kan ammingen fortone seg for enkelte menn også. Men moderne mannlige leger da, de er vel fortrolige med ammingens praktiske sider? Eller er de ikke det?

Denne skribent har vært ammehjelper i en liten mannsalder, og har opplevd at holdningene og kunnskapen på dette området langsomt endrer seg. Vi opplever heldigvis ikke lenger episoder som den min tante fikk erfare. Legene hennes uttalte følgende glupe setning: «Frue, der er mer næring i dette vannet enn i melken Deres. De har å begynne med flasken!»

Nei, så ille står det vel ikke til med kunnskapsnivået hos norske leger? Jeg skal med en gang tone flagg. Denne artikkelen er kommet til nettopp på grunn av et par slike kjappe uttalelser som vi har fått fra legehold. Det verste er at de er sanne.

Det var først den unge moren i Sola kommune i Rogaland som fikk beskjed om at nå når hun hadde fått konstatert at brystet var betent, så kunne hun ikke lenger gi melken til barnet. Men hvis hun derimot kokte den først, så ble bakteriene drept!

Så dere det hele for dere? Verke, håndmelke, pumpe, svette, grine, koke, kjøle ned, mate, verke, håndmelke, p...u...h.

Og alt dette mens melkens innhold av immunglobuliner bare blir supplert med litt ekstra celler som ikke er skadelig for barnet, og faktisk kan serveres. Ved brystbetennelse, og særlig ved den tilstanden

Ammetåke?

som for oftest går forut for brystbetennelsen, nemlig tilstoppede melkeganger, er det særlig viktig å få drenert brystet. Svært ofte kan man kupere utviklingen av en betennelsestilstand ved å behandle tilstoppelsen. Ikke sjeldent er et par av de 12–14 hårfinne utførselsgangene ytterst på brystknoppen åstedet for «proppen». Melken får ikke utløp og ostemasselignende innhold hindrer melken i å komme ut, med den følge at melken stuer seg bakover i sinusene og skaper disse harde knudrete melkegangene som lett kan palperes. Lar man kvinnen få ligge i et badekar med godt varmt vann, eller stå under dusjen, mens hun samtidig stryker ut melk, masserer de harde gangene, så vil hun ofte selv kunne sjekke at alle utførselsgangene er åpne. Ikke få har rapportert tilbake til meg at de faktisk fikk løsnet «proppen» ved denne teknikken!

Vi har dessverre erfaring for at ikke alle leger er klar over at tilstanden tilstoppede melkeganger forekommer hyppigere enn mastitt, og at disse kan differensialdiagnosertes.

Er det oppstått betennelse vil kvinnen som oftest være febril, og melken er pusstiblandet i noen tilfeller. Vi anbefaler selvsagt ikke noen å gi puss til barnet. La det være klart. Men som oftest er det bare et bryst som er infisert, og Vår Herre har vært så generøs at han har utstyrt oss med nok bryst til å ale opp tvillingar. Derfor kan moren fortsette å amme, og utnytte utdrivningseffekten når barnet drikker på den friske siden, for å få drenert det syke brystet. For det må dreneres. Barnet kan nok reagere på penicillinen, men dette er vanligvis forbipående og ikke skadelig, forutsatt at det ikke foreligger allergi. Det diskutes hvorvidt slik introduksjon av penicillin

via morsmelk kan være årsak til allergisk reaksjon, men den diskusjonen lar vi ligge i denne omgang. Når pusstilstanden er over, kan moren fortsette å amme på begge bryst.

De fleste har altså mulighet for å fortsette å amme selv under penicillinkur. Derfor var det med adskillig hoderysting jeg fikk fortalt følgende sanne historie:

En ammende mor fikk diagnostisert mastitt og forordnet penicillin av sin lege. Hun spurte som alle i tilsvarende situasjon gjør, om hun kunne fortsette å amme. «Ja da», svarte legen, men De må ikke gi på det betente brystet, for da får barnet penicillin i seg!»

Moren, som regner seg selv for rimelig begavet, lurte på om hun hadde hørt riktig, eller om det var den velkjente ammetåken som spilte henne et puss, så hun spurte om penicillinen ikke gikk i melken på det friske brystet også? Å nei, var svaret. Penicillinet virker selvfolgelig der hvor betennelsen er.

.....

Tusenkronesspørsmålet blir da hvem som svever inni ammetåken?

Elin Liseth
Høgskolelærer
Høgskolen i Stavanger





Utpostens tekstpris 1995

Prisen ble utdelt under Nidaros-kongressens festmiddag 26.10

Utpostens tekstpris 1995 tildeles i år Knut Lindtner for artikkelen «Livets teater. Vårt bord?» i Utposten nr. 2 1995. I sin artikkel poengterer han nytten og nødvendigheten av i sterkere grad å fokusere på pasientens sosiale virkelighet for å få en bedre forståelse av de symptomer pasienten presenterer. Det handler ikke bare om å stille de rette spørsmål. En må også ha et visst kjennskap til de scener som finnes i samfunnet og som våre pasienter spiller sine livsroller på. Kanskje må vi i større grad ut av kontorene og ut der dramaet utspiller seg for å kunne få tilstrekkelige forutsetninger til å kunne forstå og dermed hjelpe mange pasienter på en god måte? Juryen (Utpostens redaksjon) mener Knut Lindtner i sin artikkel på en kortfattet og enkel måte – og i beste Utposten-ånd – bidrar til å utvide forståelsen av våre pasienter og gjennom det hjelper oss til å gjøre en bedre jobb. For dette er han en verdig vinner av årets tekstpris!





Utpostens illustrasjonspris blir i år tildelt Eirik Meland for illustrasjonen han har laga i samband med artikkelen «Myten om det ufeilbarlige helsevesen (1)» i Utposten nummer 1 i 1995.

Føremålet med denne prisen er å stimulera til jamm innsending til bladet av illustrasjonar av høg kvalitet. Ved vurderinga av aktuelle kandidatar til prisen skal ein leggja vekt på estetisk uttrykk og formidling av bodskap gjennom illustrasjonen.

Redaksjonen i Utposten, som utgjer juryen, meiner at den aktuelle illustrasjonen gjennom si enkle form og konkrete biletbruk, formidlar vesentlege element i den tilhøyrande teksten. Teikninga av den balanserande klovnben, legen Feil Barlie, på side 5 konkretiserer kjensler som legen har i møtet med pasienten som manglar ei diagnose. Samstundes framstiller han diagrammatisk eit kjernekpunkt i det faglege innhaldet i artikkelen.

Illustrasjonane som Meland har laga på side 8 i same nummeret og side 155 i nummer 4 i år, syner at han har ein sikker strek og styrkjer kandidaturet ytterlegare.



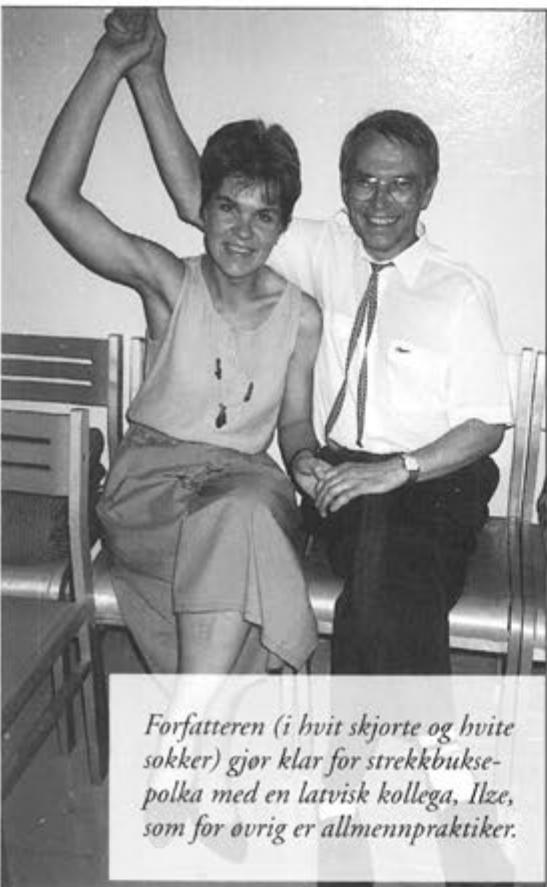
Utpostens illustrasjons- pris 1995

Prisen ble utdelt under Nidaros-
kongressens festmiddag 26.10



«Det er viktig å gi foreldrene et positivt bilde av de fine ungene de har»

Intervju med Ole Sverre Haga



Forfatteren (i hvit skjorte og hvite sokker) gjør klar for strekkbuksepolka med en latvisk kollega, Ilze, som for øvrig er allmennpraktikere.

Intervjuer Helge Worren

Ole Sverre Haga er pediatrer i Nordfjord. Foruten å være barnelege tilknyttet Nordfjord sykehus, er han en av pionérerne i å fungere som områdedepiater. Han er kjent for sitt praktiske tilnærming til faget. Han har nettop kommet med boken «*Hverdagspediatri*». Boken er omtalt i dette nr. av UTPOSTEN.

UTPOSTEN: Er vi norske allmennpraktikere for dårlig i pediatri siden du nå har skrevet boken «*Hverdagspediatri*» med oss som en av dine viktigste målgrupper?

Ole Sverre Haga: Jeg vil ikke si det slik. Vi leger lærer pediatri for teoretisk. Det skorter ofte på praktisk kunnskap. Utgangspunktet er egentlig meg selv. Da jeg for 19 år siden startet min reisevirksomhet i Nordfjord, oppdaget jeg fort hvor mye jeg ikke kunne, ikke minst av praktisk art. Satt på spissen kan du si at boken inneholder alt det jeg ikke kunne i 1976.

UTPOSTEN: Du sier at boken din ikke er noen lærebok. Hva mener du med det?

Ole Sverre Haga: Som leger må vi ha endel helt grunnleggende kunnskap om anatomi, fysiologi, sykdomslære osv. Denne biten tar min bok seg lite av. Den møter leseren i den andre enden, nemlig med ulike løsninger på den klinikk vi ser. Jeg syns at altfor mange lærebøker skorter når det gjelder behandlingskapitlet. Dette prøver jeg med min bok å gjøre noe med.

UTPOSTEN: Blir du ikke bortgjemt og akterutseilt som ensom pediatrer ute i distrikts-Norge?

Ole Sverre Haga: Jeg har ikke følt det slik. Jeg har en rekke inspirerende og gode kolleger blant distriktsleger og opplever også helsestasjonene som en svært viktig og bærende gruppe. Selv om det er legene som må bære det faglige

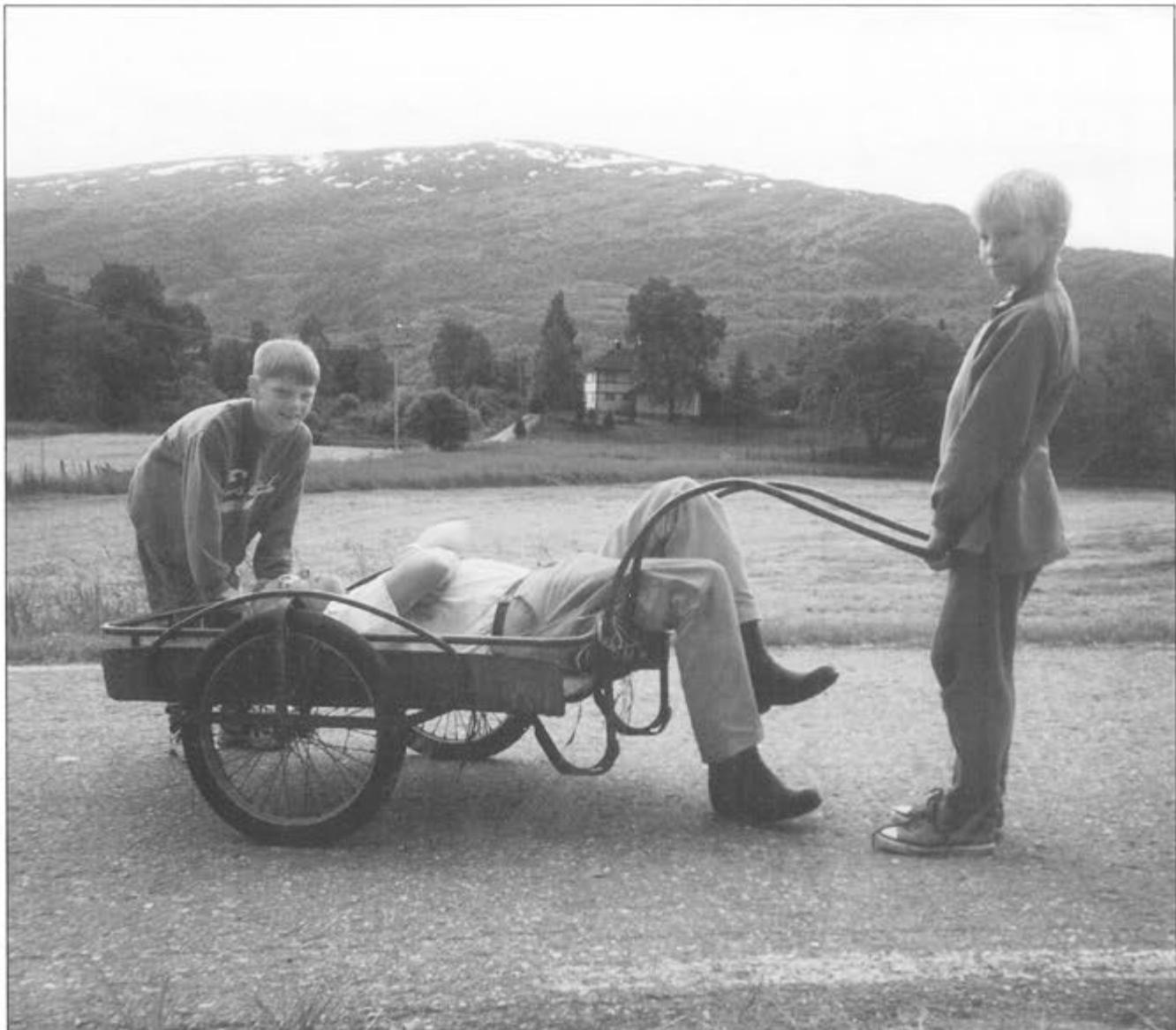
ansvar, er nok helsestasjonene, gjennom sin omsorg og sitt engasjement for barna og nærboret med familien og nettverket, betydningsfulle pådriver. Dette samspillet mellom leger og helsestasjonene, som jeg også er en del av, er godt både faglig og menneskelig – også for meg.

UTPOSTEN: Blir det ikke for mye «kjøttkontroll» av friske barn i det arbeid helsestasjonens legene gjør?

Ole Sverre Haga: Dette varierer nok ganske sterkt, ikke minst med det engasjement legen selv legger i dette arbeidet. Mange er engasjerte, mens noen gjør helsestasjonens arbeid aller pliktskyldig, noe som også preger hva de legger vekt på. Jeg tror de rene «kjøttkontrollene» vil avta etterhvert som andre viktige ting får dominere. Her i Nordfjord er ihvertfall undersøkelsesprogrammene svært nøkterne.

UTPOSTEN: Hva er det viktig for helsestasjonens legen å gjøre?

Ole Sverre Haga: Det kommer noe an på alder. I det første leveåret er jo den somatiske undersøkelsen og utviklingen viktig å fokusere på, og å avsløre evt. funksjonshemninger. Det er også viktig å gi foreldrene et positivt bilde av de fine ungene de har. Det må ikke bare bli en fokusering på det negative vi evt. måtte finne. Får foreldrene positive tilbakemeldinger, vil de også bedre kunne tåle mer negative beskjeder hvis de kommer.



Forfatteren i hvilestilling etter en formiddagsøkt med høsing.

Senere blir det viktig å få med det psykososiale aspektet. Dette er ikke lett å fange inn, men igjen vil jeg nevne helsesøstrene som en viktig nøkkelgruppe med sin nært til familien. Generelt (og det gjelder ikke bare helsestasjonssleger) er det viktig at vi ikke sykeliggjør en rekke naturlige fenomener, men tvertimot allminneliggjør dem, f.eks. at feber og forkjølser er en naturlig del av barnets utvikling som gjør dem i stand til å tåle mer senere. Vi må få foreldre til å skjønne hva som er naturens løsninger. Fra tid til annen spør foreldrene meg hva som er en naturlig temperatur på et soverom. Jeg

pleier å svare med å stille et motspørsmål: hvor varmt de tror det er i en snøhytte på Grønland.

UTPOSTEN: I noen av de større byene ser vi en tendens til å organisere egne barnelegevakter. Er ikke dette en mistillitserklæring overfor allmennlegene?

Ole Sverre Haga: Dette kjenner jeg for lite til. Det er imidlertid fristende å spørre seg om allmennlegene da har organisert seg hen-siktssmessig. I Nordfjord, hvor vi har en godt organisert primærhelsetjeneste, vil en slik ordning være helt unødvendig.

UTPOSTEN: Og du er gårdbruker på si?

Ole Sverre Haga: Vi har overtatt min kones slektsgård. Der har vi 50 mål, hvor vi slår 15 mål selv. Vi har 15 sau, det tredobbelte om sommeren, som vi steller med. Når jeg kommer hjem, kobler jeg sykehuset og pediatrien helt ut, selv om jeg har en personsøker på meg hele året som beredskapsvakt. Jeg samler ikke på frimerker. Gårdbruket er min hobby, min avkobling. Sammenlignet med det kroppslike gårdsarbeidet, blir jo legeyrket for åndsarbeid å regne.



OLE SVERRE HAGA:

Hverdagspediatri

Å kalle en bok HVERDAGSPEDIATRI er ambisiøst og varsler om at det er i hverdagen – i det aller allminneligste – den ønsker å treffe oss. Boken er ment som et oppslagsverk, med ett unntak, nemlig det første kapitlet: MØTE MED PASIENT OG FORELDRE, som anbefales å bli lest først og under ett. Allerede her viser forfatteren sin stil og praktiske tilnærming, f.eks.: «Vis høflighet overfor barnet og foreldrene. En god regel er å håndhilse på begge parter, gjerne på barnet først. Presenter deg med for- og etternavn. Vær ordentlig kledd.». Har dette noe med fag å gjøre

da? Der hvor vi gjør fag til noe som utelukkende svever i en fjern verden uten den praktiske forankring, blir det en slags søndagsmedisin vi driver, og ikke hverdagsmedisin. Ofte må det selvfolgelige sies, for det er der vi lettest bommer. Forfatteren tør dette. I dette første kapitlet er det bl.a. en rekke praktiske skjemaer og sjekklisten til nytte ikke minst på helsestasjonene. Kapitlene forøvrig er for det meste organrelaterte i sine kapit-

teloverskrifter, mens det innenfor det enkelte kapittel dreier seg om symptomer og kliniske bilder vi kjenner godt igjen. Enkelte viktige råd er spesielt utevært, f.eks.: «Otitt kan være smertefull, men også smertefri.» Haga er herlig praktisk i sin tilnærming fra når han gir anvisning på blodprøvetaking hos barn til når han viser hvordan barn best undersøkes i halsen og til når han gir oppskrift på badeolje til atopikere. Språkføringen er god, og den er rimelig fri for unødig latinifiseringer. Selv om boken har en del skjemaer og illustrasjoner, savner jeg fortsatt mer «luft» og flere illustrasjoner. Det ville gjøre den lettere å lese. Allmennpraktikerserien har fått et nokså felles utseende, med sine grå forsider med tekst uten illustration. Det dreier seg sannsynligvis om økonomi, men går det ikke an å gjøre dette førsteintrykket noe mer innbydende og eggende? Literaturlisten er til å bli glad av. Den inneholder faktisk bøker og referanser man kan tenke seg å ha og slå opp i, og ikke bare en lang liste som viser hvor best forfatteren er. Registeret bakerst er nok en svakhet ved boken. Stikkordene bør nok suppleres i en senere utgave og det bør anføres klarere hvor hovedoppslaget omkring emnet er, f.eks. ved markering i kursiv. Alt i alt er dette et imponerende stykke arbeid skrevet av en pediatrer med allmenn orientering og midt i hans og vår hverdag. Den bør bli endel av enhver allmennpraktikers hverdagsbibliotek.

OLE SVERRE HAGA

Hverdags-pediatri

Allmennpraktikerserien

T A N O

Ole Sverre Haga:
Hverdagspediatri.
Allmennpraktikerserien.
TANO. 1995.
329 sider. Kr. 328,-

Anmeldt av Helge Worren.

Pediatri – et fag vi som allmennmedisinere blir berørt av hver dag.

9.10 EKSEM

Seborøisk eksem

Denne typen eksem hos spedbarn debuterer ofte tidlig, før eksspigel i 5-6-årsalderen. Det er ofte tykk talgdaunelse i hodebunnen. Interessantneste områder som hals, skulder og bleie-regionen er typiske predilektsområder. Hos spedbarna kan nesten hele kroppen være affross (Mb. Leiner). I puberteten er medale-det av smakten også affross. Eksemet klar lite, eller ikke i det hele ut.

Klat lime

Atopisk eksem

Denne gjennomgangen av tenuat atopisk eksem er ufullstendig, men den inneholder de punktene som det er min erfaring er stort grunn til framheve.

Det har ofte i 3-4-månedersalderen. Hos de fleste er plagene borte eller sterkt reduserte før skolestart. Atopisk eksem opptrer vært ofte som en enkel helse. Den er assosiert til andre atopiske helseer som rhinokonjunktivitt og astma. Allergi har mindre mindre framtidende betydning enn ved de to nævnte helse-

spesialistene
Rost og kløende under, eventuelt vasking, papler og kvarer.
hovedsakelig lokalert i hals og hodebunn.

Småbarnsmalderen

Mer typisk boyfareteksem som i voksen alder.
Ved atopisk eksem blir klel sentrale og forlæsakerօde siktet:
Toer hud og kløe gjor at man klør seg, noe som gir mer kløe og mer eksem, man klør seg enda mer osv.

Federuddelingsfylake i svangerskap, ammepериode og først levealde, se side 86-87.

Kutanastesing og RAST-testing er av mye mindre verdi enn ved allergisk rhinitis og astma, men kan være indirekt ved ekspresjon om man vil ha verifisert IgE, et vanlig normal ved lokalisert eksem, hoy ved generell ubredning.

Overomfunnigheten overfor næringsmidler og andre stoffer kan komme til uttrykk i form av allergi eller irritasjon, eller utløses direkte gjennom histaminfangring. Reaginsommer er altså bare en del av akutsomplekset.

Mulige myte forskning er den øgengtige årsaken til atopisk eksem å finne i huden fysisk. Ceramidghalten er redusert,

Allergitesting

Arsaker

generelt eller lokalt, og her slippes fuktigheten gjennom. Huden blir torr og sprukken. Denne defekten er til stede livet ut.

Praktisk gjennomføring av eliminasjons-

og provokasjonsforsøk

Hos unihånd og større barn som er vedvarende plager, må man eventuelt gå gjennom eksklusjons- og provokasjonsforsøk i kort-

holder. Dette er et detektivverd et hvor familiens egne observasjoner er de viktigste. Legen må lære foreldrene metodikkene.

Prosedyre

Man tar vakk alle næringsmidler man har den minste mistanke til. Hvis eksemet bedres etter eksklusjon i løpet av en til to uker (ved IgE mediet allergi), tre til fire uker (ved forenklet reaksjon), legges man til et og ett av de minsteke næringsmidlene med en ukes mellomrom. I løpet av denne tiden vil et stoff som ikke tilles, gi reaksjon i huden. I så fall må dette stoffet igjen separeres fra man går videre i provokasjonsforsøk.

Slike eliminasjons-/provokasjonsopplegge må gjores to ganger, idet sett tre ganger, for å være sikker på om et stoff gir eksem- forsvinning eller ikke. En provokasjon kan jo i tid følge sammen med en forverring som ville komme sammen, og av andre grun-

Henvinning

Hos sterkt plagete eksemhunner bør terapien ikke være for hoy for man henviser til spesialist i helsehåndverker eller til interesser pediatrer.

Undertøy og nattøy

Forebyggelse og behandling av klø

Prinsippet har langtids bomullstøy brukes nærmest huden (blanding av silke og ull, se side 127). Nøen foretrekker glatte lerretstoffer som varker kjølige og behagelige. Plagget bør vrenge, slik at isterende sommer vender ut. Nattkjoler og pyjamaser kan med god hjelp være av denne kvaliteten, det samme gjelder lakenes og dynetrekk (gladte tekstiler).

Klipp og til neglene, slik at huden skrapes mindre opp ved kløring. Nattkjole som er igjørsvydd dintel for hender og fotter kan eventuelt forsøkes. Sovemistemperaturen bør være lav, og vinduet bør stå på glott.

Sterke alkaliske såper unngås. Et er trost godt provokasjon likevel sterkt klø, bør antihistami-

Såpe
Antihistaminer

ner forsøkes. Doseringen er individuell, av og til bør den være høyere enn angitt i Feltekatalogen. Prinsippet gir man sedrende

Dos og olje

Ies, etter det er på grunn av torr hud eller eksemhund. Så venner en noen minutter mens gelen trekker seg inn i huden. Deretter dusjer man påsynt i 10-15 sekunder. Så skal huden dyttetters og plomberes fuktighetskrem og eventuelt eksemolje som beskyret under katbad.

Oljebadoppleggene gjør så stor gevinst at det er høy verd å innbringe fjordene i din.

Fuktighetskremmer

Bruk av fuktighetskrem og steroidkremmer viser i sprekker og på vært torr hud. Da bør andre kremmer velges (se eksempel Essex, Lococreme, Rukohipatex hidkrem eller Apofase).

I perioder der eksemet ikke er aktiv, men der huden er torr, og dermed disponert for eksemobrudd, et fuktighetskremmer plommer flere ganger daglig eneste behandling. Pasientene kan fås seg fram til hvilken krem de synes er best.

Etter det forverring i tenning av eksemobrudd, må man raskt starte behandling med steroidkremmer eller silver. Tidens erfaringen viser den enkleste kremet er et gruppe I-steroid er tilstrekkelig bruk av gruppe II-steroid eller sterkeere være gunstig for å bringe situasjonen under kontroll så raskt som mulig, så fortetter man med gruppe I-steroid i kuske 2-3 uker, deretter tar man en pause med bare fuktighetskrem. Opplegget er altså individuelt.

Hvis eksemet kommer man umiddelbart til venom utenom kontinuerlig bruk av gruppe I-steroid (hydrokortisone).

I vanlige kausus kan generalisert være myting. Disse brukes studert stading geldende, man git heller forsiktig UVA-behandling. UVAs små doser skal også være goning.

Ved infisert eksem, ofte gule staffylokokker, må man av og til kombinert steroid salve med antibakterielt suddel, eventuelt et soppmidde.

Ved urteinfeksjonproblemet må peroxidel anti-

biotika gi.

Hvis heller ikke dette hjelper, må man også tenke på skabb som medvirkende årsak til dårlig behandlingseffekt. Dette gjelder ikke invandrertes og barn adoptert fra ulandet.

Ved skabb om sprekken brukes hydrokortison øyesalve, som ikke skader om noe skulle komme inn på selve øyen.

Auskultasjon blir lett artrofisk ved langvarig eller intens stu-

rodelive-terapi. Gruppe I-steroider kan brukes.

På eksemområdene kan okklusjonsbehandling være meget effektivt. Driftes med hullegge.

UVA i stedet
for tjære
Infisert eksem

Skabb?

Øyelokkseksem

Okklusjons-
behandling

Sof og salt gio

Sommernes er en god tid for de fleste eksemhunner, vinteren en vond tid. Moderate solsobredning og dusjing i salvann er gavnlig.

Bading, dusjing og bruk av øye
Enten man bruker fabrikk- eller apoteksmidler preparater, så bør det bli lagende igjen et øyelag på huden etter badningen. Hos store barn som kan dusje har Balneum Hernia® dusjgel vist seg svært gunstig, og foretrekkes av mange foreldre.

Dusjgel ofte gavnlig. Vår lokale helseforet tilbyr følgende proses:

En lett sur (hydroxynatri) såpe og hårgjøp ambefales. Man såpe, vasker bare skinn huden, hår, hode, under armen og nedenfor, samt eventuelle infiserte områder. Hele kroppen dusjes deretter slik at den er sponfer og fuktagt. Små barn liker godt karbad.

Derefter brukes Balneum Hernia® dusjgel, eller det tilhørende olje i badekar. Praktisk gjennomføring, se nedenfor. Følgende resept på badeolje kan brukes:

R.p. Hostaphate KL 340 N... 5 % m/paraffinum liquidum ad 300 ml SSN.
15-20 ml i badevann til karbad daglig eller flere ganger pr. uke.
(Tilsvarende mindre olje i badebalje for småbarn.)

Olje i badekar eller badebalje
Såpe og sjampo dusjes av før karbadet. Badevannet må være såpefritt, og tilsettes badeolje som resepten angir. Etter noen minutter skal bl hengende. En må derfor ikke frøtere, bare dystrekk for soking. Derefter smører en på fuktighetskrem med flat hånd. Til sist smører en eksemolje på de stedene det trengs, og da bør med fingerappellen.

Badekar og olje

Badekar og olje
Såpe og sjampo dusjes av før karbadet. Badevannet må være vettet hånd. Denne smører utover de hudenpartiene som skal behandles.

Det er viktig å gi foreldrene instruksjoner i skriftlig og muntlig form, ikke bare i form av en beskjøft. Det kan forvirre ved at litopel (for eksempel Ceridab®) plasseres med flat hånd imot tynne lag like etter en dusj, mens huden er våt. Det gir ikke beskyttelse. Det er nødvendig at det gjennom nede har dusjet en avsluttet bensengbad, eller minst pøført da en vanlig fuktighetskrem.

Overomfunnighet mot klorvass
Et del barn får irritert hud i vannområdene. Det kan forvirre ved at litopel (for eksempel Ceridab®) plasseres med flat hånd imot tynne lag like etter en dusj, mens huden er våt. Det gir ikke beskjøttelse. Det er nødvendig at det gjennom nede har dusjet en avsluttet bensengbad, eller minst pøført da en vanlig fuktighetskrem.

Atopisk eksem og yrkesvalg
Tendensen til eksemreaksjon er blivlig. Råd om yrkesvalg i denne artikkelen.

Litteratur: 10, 66



HENRIKSEN Ø., SANDE A.

Rus – fellesskap og regulerung



Berusende om rus

Kommuneforlaget 1995.
250 sider. Kr. 298,-.

Anmeldt av Petter Øgar,

Utposten anmeldte i nr.5/95 en bok om behandling av rusmidler (1). Her vil vi rette søkelyset mot ei ny bok med et forebyggende perspektiv. Og det er med rusmiddelbruk som med mye annet; det er bedre å forebygge enn å behandle. Problemet eller utfordringen er imidlertid å finne fram til konkrete forebyggende tiltak som både er

gjennomførbare på bred basis og er tilstrekkelig effektive. Det har ofte vist seg lettere sagt enn gjort.

Boka er skrevet av en sosiolog og en sosialantropolog og består tematisk av tre deler. Første del presenterer forfatternes teoretiske perspektiv og forståelse av rus og rusmiddelbruk. Andre del beskriver intervju og feltundersøkelser gjort i tre ulike samfunn i Nord-Norge der drikkebruk og ruskultur kartlegges og tolkes i lys av forfatternes teoretiske referanseramme. I siste del av boka drøftes hvilke praktiske konsekvenser forfatternes funn og deres forståelsesmåte på rus og rusmiddelbruk bør få på utforming av forebyggende tiltak.

Jo bedre forståelse og kunnskap vi får om de faktorer og forhold som påvirker drikkevanene

våre, desto bedre forutsetninger vil vi ha for å kunne påvirke dem i gunstig retning. Denne bokas store fortjeneste er at den presenterer en teoretisk forståelsesramme for rus og rusmiddelbruk som både virker meningsbærende og gir holdepunkter for hvordan praktisk forebyggende arbeid kan gripes an.

Forfatterne benytter et sosialantropolgisk perspektiv (antropologi; læren om mennesket som art og sosialt vesen). I dette perspektivet er alkoholbruken i samfunnet et meningsbærende, kollektivt og kulturbestemt fenomen. Som en logisk følge av dette vil alkoholforebyggende arbeid i praksis svært ofte være kultur- og kulturpåvirkende arbeid i all sitt mangfold og bredde. Vi vet at ruskulturen kan variere betydelig over korte avstan-

der. Det forteller at ruskulturen i høy grad er påvirkelig. Sentrale spørsmål blir derfor hva som skaper, vedlikeholder og endrer den lokale ruskultur? Et avledet spørsmål av dette er; hvordan har rusmiddelbruk en mening for folk?

Forfatterne bidrar med gode delsvar på denne omfattende problemstillingen. Ritualer, identitet og tilhørighet til fellesskap er viktige stikkord. Samfunnets og de fleste av dets voksne innbyggeres ambivalente holdning til rus og rusmiddelbruk er også en viktig og vanskelig realitet i bildet. Ulike aktørers rolle i det rusforebyggende arbeidet drøftes; politiske organer, helse- og sosialtjeneste, skole, frivillige lag og organisasjoner og foreldrene. Det er grunnlag for å endre dagens rollefordeling. Hjemmet og skolen er de viktigste forebyggende arenaer. Helse- og sosialtjenesten bør i større grad spille en konsultativ rolle. Det er viktig å skape felles møteplasser for foreldre der det gis anledning til å drøfte rusproblematikk åpent slik at bl.a. den såkalte majoritetsmisforståelse kan avsløres.

Boka bør kunne leses med stort utbytte av alle som er berørt av rusmiddelbruk og misbruk. Det vil si de aller fleste av oss.

Litteratur

1. Johnsen J, Nygaard E. Effekter av behandling. Behandling av rusmiddelproblemer. Samfunnsøkonomiske aspekter ved alkoholist-behandling. Rusmiddeldirektorat/Sosial- og helsedepartementet, Oslo 1995. Utposten 1995; 24: 211.



Universitetsforlaget, 1995
345 sider, Kr. 325,-.

Meld av Geir Sverre Braut

Føremålet med boka er å syna døme på korleis ein kan knyta saman teori og praksis i helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid med grunnlag i modellar som styrkjer det sosiale nettverket. Boka kjem midt i ei tid der ein har politiske pålegg om å setja i verk tiltak for å redusera mengda av psykiske lidingar. Ho har få andre konkurrentar på den norske marknaden og må såleis takast imot med opne armar.

Samla sett gjev dei ulike kapitla ei god innføring i kva ein veit om sambandet mellom årsaker og verknader på denne noko uryddige arenaen. Nokre stader vert det likevel så mykje om målemetodar og evalueringssinstrument at dei praktiske konsekvensane er vanskelege å utleia.

I følgje innleiinga vil ein gjennom boka presentera ei teoretisk ramme og ein måte å tenkja på som kan gje eit fagleg grunnlag for val av førebyggjande strategiar. Sidan boka er sett saman av artikkelkelprega kapittel som gjerne kan lesast kvar for seg, må eg nok seia at eg mista den raude tråden fleire gonger under lesinga. Hadde eg vore novise i denne tankeverda, er eg ikkje sikker på om eg hadde sett tråden i det heile. Hovudinntrykket mitt etter lesinga er at vi veit så mykje og kan så lite.

Det er vanskeleg å dra fram særlege kapittel utan å gjera nokon urett. Likevel må eg seia at eg tykte at forfattarane av kapitlet om helseprofil i lokalsamfunnet (s.126ff) lukkast i å argumentera

ODD STEFFEN DALGARD, ELSA DØHLIE,
METTE YSTGAARD (RED.)

Sosialt nettverk, helse og samfunn

godt for ein metode å nytta når ein skal prøva å leva opp til § 1-4 i kommunehelsetenesteloven. Lik eins synte kapitlet om «Liv laga»-prosjektet (s.144ff) at det kan vera verksamt å snekra seg sine eigne modellar å arbeida etter når ein skal kopla allment aksepterte teoriar med den særeigne kvardagen. Kapitlet om helseprofil i eit bumiljø (s.173ff) får fram behovet av brukardeltaking på ein fin måte.

Kapitla om krisepsykiatri og sjølvmordsproblematikk gjev ein grei presentasjon av nokre gjennomførte prosjekt. I samband med desse, saknar eg ein analyse av kva dei som har gjennomført slike prosjekt har av røynsler å formidla inn i eit vanleg kommunalt, overstressa hjelpeapparat. Det er kanskje nettopp dette som er den store utfor-

dringa i åra som kjem – ein «Felleskatalog» for helsefremjande og førebyggjande arbeid som kan gje konkrete råd i ein travl kvardag, er etterlyst av andre. Medan vi ventar på det, kan i alle fall dei mest interesserte finna idear til kor ein skal plassera overskotstid gjennom å lesa denne boka.

Forresten – kor er kapitla om kommuneloven og plan- og bygningsloven som strukturelle hinder eller hjelperåder i nettverksarbeid? Dei bør nokon ta mål av seg å skriva. Praktiseringa av desse lovane går rett inn i nettverksarbeidet lokalt.

Litteraturlista er fyldig, men kanskje noko tilfeldig sett saman? Eg saknar i alle fall siste boka til Aaron Antonovsky som absolutt kunne forsvara ein plass i eit verk som dette.

Skattefri gave til kvinneforskning?

Ved Kvinneuniversitetets 10-års jubileum i høst ble det delt ut stipend på kr. 50 000 fra Kvinneuniversitetets forskningsfond. Vi trenger imidlertid stadig midler til fondet, og tilbyr givere skattefradrag for gaver på kr. 200 og mer.

Beloep som betales innen 31.12 gir rett til fradrag for 1995. Kvittering til å legge ved selvangivelsen blir sendt ut i januar.

Vi gjør oppmerksom på at fra og med 1995 krever Skattedirektoratet at givere oppgir personnummer.



**Kvinneuniversitetets
forskningsfond**

Postboks 130, 2340 Løten
Postgirokonto: 0813.3850385



Anmeldt av John Nessa

Eit storverk om helsevitenskap

Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Medisinens mantra er ordet «vitenskap». Kan ein få aksept på at det er vitenskapleg medisin det ein driv på med, vil straks innvendingane forsvinne, og ein vil kunne hauste inn både pengar og prestisje.

Men diverse står bruken av den vitenskapelege retorikken ikkje alltid i eit rimeleg forhold til refleksjonsnivået. Spør ein etter hva ein legg i omgrepet vitenskap, vil ein kunne avsløre at den akademiske medisinen anten ikkje forstår problemet eller reduserer det til naturvitenskap og statistikk.

Det som er styrken ved sann vitenskap er at den er kritisk og avslørande i sin natur. Med sitt krav til presisjon, generalitet og intersubjektivitet har forskning ofte kunna avsløre vrangførestillingar og blindgater, og setje ein ny standard i staden. Men nettopp fordi vitenskapen som tvillingbror til teknologien har hatt ein enorm suksess, har etter kvart det kritiske perpektivet, som mellom anna spør etter meiningsa med alle våre prosedyrar, forsvunne. Og den kritiske, avslørande vitenskapen har langt på vei blitt ein lakei i den kollektive maktens teneste.

Positivismen og einskapsvitenskapen

To stikkord kan beskrive medisinens vitenskapsideal: positivisme og einskapsvitenskap. Positivismen er ein vitenskapstradisjon frå vårt århundre som står i motsetnad til idealismen, og som søker å byggje opp ein effektiv naturvitenskap som

NERHEIM, HJØRDIS

Vitenskap og kommunikasjon

Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefaggenes vitenskapsteori

også skal innbefatte mennesket, ein vitenskap som «kunde føre fram til en beherskelse ikke alene av naturen, men også av samfunnslivet» (sitat AH Winsnes, gjengitt av Rune Slagstad i Nytt Norsk Tidsskrift 1/1995). Fakta kjem i staden for fortolkning, harde tal fortrengjer mjuk «synsing». Etikk som sjølvstendig disiplin eksisterer ikkje lenger, for den kan kun uttrykkje haldningar og kjenslar. All vitenskap blir lik erfaringsvitenskap, det einskapsvitenskapelege idealet blir akseptert, og det menneskelege subjekt er prinsipielt sett avskaffa som kjelde til kunnuskap. Som nyomvend positivist kjem den unge Arne Næss på 30-talet tilbake frå Wien og forkynner for sin professorkollega at han har lært like mykje av sine rotter som av Platon. Han er med på å forme ein heil akademikargenerasjon, inklusive lesarane av denne artikkelen, og er med på å leggje grunnen for minst to historiske suksessar: Den snusfornuftige, planstyrte og teknokratiske Arbeidarpartistaten, og den moderne, Karl Evangske medisinen. Begge er no inne i ei slags krise som både politikarar og administratorar har vanskar med å finne ut av.

Skjervheim og positivismekritikken

Som eit ørlite pip i larmen av positivistiske stemmer utforma «det gode mennesket frå Voss», filosofen Hans Skjervheim på 60-talet sin positivismekritikk. Denne kritikken representerte hovudtankar i studentopporet på slutten av 60-talet. Sentralt i Skjervheims kritikk, – som primært retta seg mot psykologien og dei nye samfunns-

vitskapane – var at ein kunne ikkje redusere vitenskapen om mennesket til rein naturvitenskap. Å forstå mennesket er prinsipielt forskjellig frå å forstå ei kvit mus som sprett rundt på eit fysiologisk laboratorium. Å forstå mennesket er i principippet å forstå eit vesen som sjølv forstår.

Skjervheims stemme hadde like stor sjanse til å slå gjennom som ein buddhistmunk på Finnøy. Han var – og er framleis – ein akademisk kuriositet, høgt respektert på sitt fagfelt, men kun kjent for dei innvidde.

Vitenskap og kommunikasjon

Men no er positivismens begrensningar blitt så openberre at ein ny positivismekritikk tvingar seg fram. Denne gongen er det Hjørdis Nerheim som står fram. Og det er helsevitenskapane som blir analysert. Ho har skrive ein murstein av ei bok på 500 tettpakka sider, utgitt på Universitetsforlaget, med tittel Vitenskap og kommunikasjon. Hjørdis Nerheim er professor i filosofi i Tromsø. Ho er den første kvinne med norsk doktorgrad i faget filosofi (kjønnsfordelinga i dette faget er framleis eit problem, og filosofi er det instituttet i Oslo som har lågast kvinnepresentasjon blant studentane), og ho omtales gjerne som vår fremste kjennar av Kants estetikk. Denne innsikta har ho tidlegare brukt i ei bok om terapeutisk-klinisk etikk, Den etiske grunnerfaring, som kom på same forlag i 1991.

Det interessante med den nye boka er at forfattaren snakkar om vitenskap og kommunikasjon som eit integrert heile. Skal ein ivareta eit heilhetleg perspektiv på men-

nesket, må ein også stå i eit dialogforhold til det «objektet» perspektivet angår, nemleg personen sjølv. Å forstå mennesket som eit heile er prinsipielt forskjellig frå å forstå ein del av mennesket, til dømes ein fot. Å forstå mennesket er – som Skjerheim påpeika – å forstå eit vesen som sjølv forstår. Å forstå mennesket vitskapleg sett er å yte ein kritisk motstand mot menneskets eigen forståing av seg sjølv. Det kalles gjerne å objektivere mennesket, og skjer til dømes i tradisjonell psykoanalytisk teori. Samstundes er det å forstå mennesket å respektere menneskets eigenart som subjekt. Mennesket har ei sjølvforståing, og denne sjølvforståinga er prinsipielt overordna det objektiverande blikket. Å hevde dette er ikkje å fastslå eit empirisk faktum. Men det er å hevde ei etisk norm, noko ein må ta som gitt for å kunne eksistere saman som likeverdige menneske. Alle som ikkje forstår det, er, som Søren Kirkegaard sier: i «en Inbildning», ei innbillung som har si rot i «Herskesyge», ikkje sanningssøkjande audmjuke: «Det at hjelpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaa hvad den Anden forstaaer» (Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed, Andet Afsnit, § 2).

Møte med den Andre

Nerheims bok ivaretar både det objektiverande blikket og respek-

ten for subjektet, i boka represert ved ein bestemt pasient, Tone. Tone har uklare plager som først manifesterer seg som balanseproblem. Ho vert innlagt på sjukehus og undersøkt både medisinsk og psykiatrisk. Er Tone sjuk? Kva feiler det henne? Korleis forstå Tone? Kven kan definere og diagnostisere Tone sine problem?

Dette er ei bok som har preg av lærebok. Den går grundig til verks, spesielt i første delen, der Nerheim problematiserer naturvitenskapens teoribegrep. I den andre delen drøftar forfattaren dei fortolkningsvitenskapelege grunnproblema. Fortolkningsvitenskap kalles gjerne hermeneutikk, og er ein sentral del av dei humanistiske vitskapane, humoniora. I tredje delen reflekterer forfattaren over forholdet til den Andre, les: pasienten, ved å fokusere på den samhandlingen vi gjerne omtaler som kommunikasjon. Poenget med kommunikasjon er å skape og formidle ei bestemt forståing og mening, og forfattaren ønsker å utvikle alternative modellar som reflekterer vilkåra for denne produksjonen av mellommenneskeleg mening.

Nerheim prøver å utvide det medisinske vitskapsbegrepet til også å omfatte dei humanistiske vitskapstradisjonane. For meg som praktiserende lege er de heilt logisk. Humanmedisin er trass alt ikkje berre natur, men først og fremst humanisme i praksis. Og dei humanistiske faga har tradisjon

for å sjå på mennesket som eit heile. Å lære av teologi og litteraturteori, språkvitskap og filosofi bør difor bli naturleg også i medisinen.

Ein meister i filosofi

Hjørdis Nerheim har fått velfortent ros for boka si frå sine filosofkollegaer. Den kjende danske filosof og teolog Peter Kemp omtaler henne som ein meister i filosofi, og kaller henne den mest fascinerande filosof vi har her til lands. Og psykiater Svein Haugsgjerd omtaler boka som eit norsk storverk i vitenskapsteori. Boka passar godt for doktorgradsstudentar i medisin. Men problemet er å nå inn til utøvarar av helsefaget. For dei kan ikkje – og kan ikkje forventas å kunne – den filosofiske grammatikken. Og sjølv sagt kjenner dei heller ikke alle dei filosofiske klassikarane som boka refererer. Deri ligg bokas begrensningar.

Kjartan Fløgstad sa ein gong at han gjerne skreiv bøker som var av ein slik karakter at folk måtte sjukmelde seg for å vere i stand til å lese dei. Som norsk allmennpraktikar avhengig av Rikstrygdeverkets nåde vågar eg sjølv sagt ikkje repetere ein så grov humor. Men eg lurer nok på om Hjørdis Nerheim har same idealet som sin forfattarkollega. Dei har i allfall det til felles at dei krev ein betydeleg innsats av sine lesarar.

Men likevel, og nettopp derfor: Kjøp – og les.

Nesten ingen ting

Utgangsporten i siktet.
Da samlar ein saman
det ein vil ha hos seg
så lenge ein er på denne sida.

Det. Og det. Og det.
Kva som er mest verdt
veit eg ikkje,
og kva tyder vel mål og vekt?

Sorterer ut.
Streng sortering.
Likevel så mykje
som er verdt å halde fast på?

Halldis Moren Vesaas

Trygdeytelser ved barns sykdom

Tekst: Elin Gjerstad



Av faglig bakgrunn har jeg arbeidet i primærhelse-tjenesten i Lofoten fra januar 1981. Fra mars 1992 har jeg hatt en deltidsstilling som rådgivende overlege ved Fylkestrygdekontoret i Nordland.

I 1995 feirer trygdelovgivingen sitt 100-årsjubileum. Fra den første lovgivingen, som bare tok vare på de yrkesaktive, har vi gjennom endringer i lovverket fått et system som tar vare på svake grupper som ikke har opparbeidet pensjonsrettigheter – barna. I dagens lovverk er ikke barns rettigheter samlet, de er derimot spredd i minst 7 kapitler i loven.

Noen ytelser rettet mot barn er hva vi kaller «universelle ytelser», det vil si at de gjelder alle barn uten å ta hensyn til andre forhold enn alder. Andre ytelser er individuelle, og retter seg spesielt mot barn med sykdommer og funksjonshemminger.

beregnes etter mors inntekt, eller utgjør et fast engangsbeløp dersom mor ikke har hatt inntektsgivende arbeid 6 av de siste 10 mnd. før fødselen. Hensikten er at den som har omsorgen for små barn skal kunne ta vare på barnet uten å lide økonomiske tap. Fødselspengeperioden kan deles mellom foreldrene, den kan strekkes over inntil 2 år på redusert sats etter særskilte regler. En forutsetning for at fød-

selspenger skal utbetales, er at vedk. har omsorg for barnet. Hvis barnet er innlagt i sykehus, kan fødselspengeperioden utsettes. Far har fått egen kvote som vanligvis ikke kan benyttes av mor.

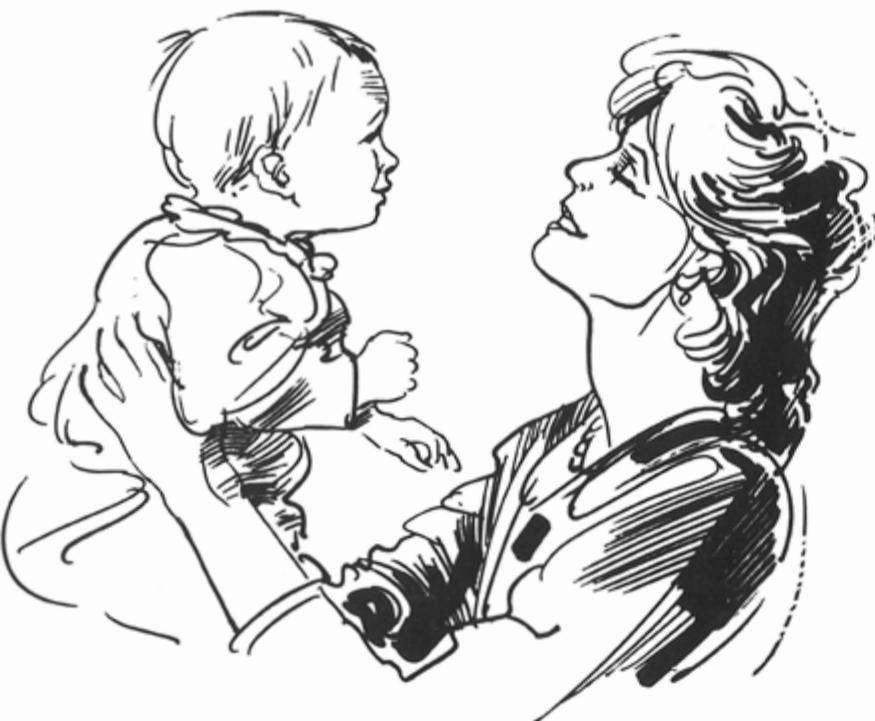
Adopsjon gir rett til stønad etter lignende retningslinjer.

Enslige forsørgere har rett til stønad fra folketrygden så lenge de har omsorg for barnet, men bare til og med 3. klasse i grunnskolen.

Universelle ytelser

Barnetrygden er et klassisk eksempel på en universell ytelse. Den gjelder alle barn inntil 16 år, og den utbetales til den som har omsorgen for barnet. Hensikten er å sikre en viss økonomisk trygghet for barnefamilier. Det er innført et småbarnstillegg for å ta høyde for merbelastningen ved å ha små barn, dessuten er det et «Finnmarkstillegg» – et stimuleringstiltak? Enslige forsørgere får barnetrygd for et barn mer enn de forsørger – men denne stønaden opphører dersom de er samboende – ikke nødvendigvis med barnets far.

Fødselpenger er i utgangspunktet også en universell ytelse. Den



Formålet er å sette vedkommende i stand til å forsørge seg selv og barnet, og det ytes stønad til livsopphold, til utdanning og til barnetilsyn etter nærmere regler. Syke barn vil gi særskilte rettigheter til barnetilsyn. Trygdeaten har nå overtatt som bidragsfogder, noe som medførte en storm av protester fra barnefedre som ble avkrevd større beløp.

Rettigheter ved barns sykdom

Legehjelp

Utgiftene til legehjelp ved sykdom eller mistanke om sykdom dekkes helt eller delvis av folketrygden etter gitte regler. For barn under 7 år skal legehjelpen være gratis. Barn under 16 år får sine egenandeler medregnet en av foreldrenes, slik at barnefamilier med store utgifter til legehjelp raskere når frikortgrensen.

Fysisk behandling

dekkes etter nærmere regler for «tilstander som trygden ellers er stønadspliktige for» – med unntak av bl.a. overvekt, kviser og forstoppelse. For barn under 7 år er all fysisk behandling dekket av trygden. Etter fylte 7 år gis det full dekning av utgifter ved fysisk behandling ved aplasier, kontrakturer/feilstillinger, motoriske funksjonsforstyrrelser etter skade i sentralnervesystemet og alvorlige bevegelsesforstyrrelser av annen årsak. I tillegg kommer en rekke andre lidelser som ikke er spesifikke «barnesykdommer». Tankegangen bak egne regler for barn er å gjøre gjøre funksjonsforbedrende behandling lettere tilgjengelig i den perioden av livet da den antas å ha best effekt.

Medisiner

Reglene for dekning av utgifter til kostbare medikamenter følger samme hovedregler for voksne som for barn. Barn under 7 år betaler ingen egenandel, mens barn mellom 7 og 16 betaler 10 %

av reseptbeløpet, men ikke mer enn kr. 75 pr. resept.

Sykdomslisten i legemiddelforskriftenes § 9 forutsetter en varig lidelse med et langvarig behandlingsbehov.

Med varig lidelse forstår man 2-3 år eller livet ut. Her vil det være opp til legen å gjøre en prognostisk vurdering, fordi de aller minste barna ellers vi kunne falle utenfor når det gjelder varighetskrav.

Med langvarig behandlingsbehov menes behandling minst 3 mnd. pr. år, ikke nødvendigvis sammenhengende. Her kommer f.eks sesongallergikere inn.

Dersom pasienten har en av de «forhåndsgodkjente» sykdommene i § 9, men ikke kan bruke de forhåndsgodkjente preparatene på grunn av bivirkninger, manglende effekt eller sykdommer som ikke lar seg forene med behandlingen, kan det dekkes utgifter etter § 10 annet ledd etter søknad til trygdekontoret. Kriteriene for sykdommen (varig, med langvarig behandlingsbehov) er som i § 9. Barn vil kunne lide av en rekke tilstander som er spesifikke for barneårene, men som ikke omfattes

av den forhåndsgodkjente sykdomslisten. Eksempler på dette kan være anorexi, primær nattlig enurese og pubertas praecox. Ved slike tilstander er det aktuelt å søker om dekning etter § 2, under forutsetning av at behandlingen medfører store medikamentutgifter.

Det kan også ytes bidrag til medikamenter etter paragraf 2.13. Har er det en forutsetning at det ikke dreier seg om reseptfrie preparater eller vanedannende legeMidler. For kreftsyke barn er det imidlertid en rekke unntak, og disse vil kunne få dekket en rekke preparater fullt ut. Dekning av utgifter til legeMidler ved kreft er et såpass omfattende tema at det må ha sin egen artikkel.

Sykepenger til foreldre ved barns sykdom

1: Vanlige sykdommer hos vanlige barn:

Så lenge barnet er under 12 år har den som har omsorgen for barnet rett til fravær ved barns sykdom. Fraværet må skyldes tilsyn for barnet. Fraværet går av arbeidsgiver-perioden, og det kan kreves legeat-



test ved fravær ut over 3 dager. Kvoten er 10 dager per forelder ved 1-2 barn, 15 dager ved 3 eller flere barn. Enslige forsørgere har dobbel kvote. Fra 1995 er også barnepassers sykdom inne i samme «kvote».

2: Barn med kroniske sykdommer (§ 3.22)

Dersom barnet har kronisk sykdom som gir øket fravær for foreldrene, kan det søkes trygdekontoret om «utvidet kvote» fraværsdager. Denne utvidelsen gjelder barn opp til 16 år og dekkes da av folketrygden. Kvoten blir da 20 dager per forelder eller 40 dager for enslige.

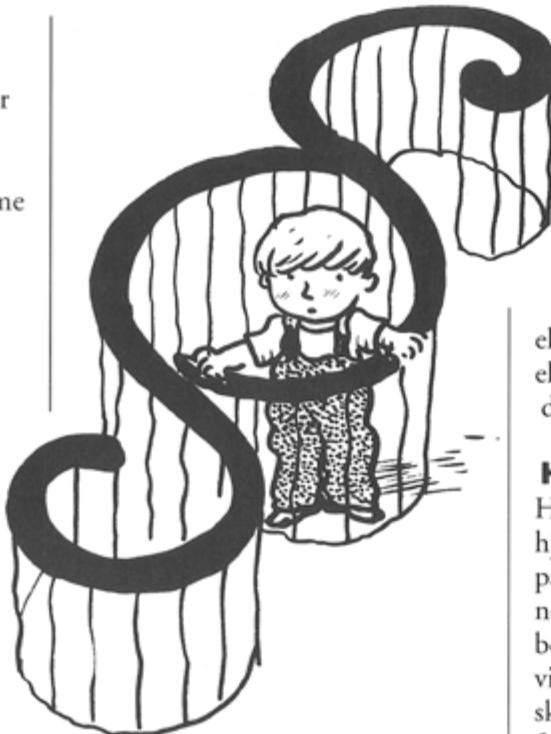
Eksempler på sykdommer som kommer i betrakning her, er betydelig hjertesykdom, astma, psykiske sykdommer, rheumatiske lidelser, blinde, døve, cystisk fibrose, medfødte misdannelser og en rekke andre. På trygdekontoret finnes en særskilt blankett for å søke økt kvote, der legen skal gi opplysninger om sykdommen.

3: Barn med alvorlig/livstruende sykdom eller skade (§ 3.23)

Denne paragrafen er først og fremst beregnet på kreftsyke barn, barn med store skader (trafikkskadde) og premature. Den kan anvendes både når barnet er i sykehus og i kritiske perioder hjemme. Forutsetningen er at barnet er under 16 år, men det er ingen aldersgrense for psykisk utviklingshemmede. Det kan gis inntil 1 år på fulle sykepenger, deretter 2 år på 65 % av inntektsgrensen. Som for de andre reglene er det omsorgen for og hensynet til barnet som står i fokus. Det sier seg selv at de minste barna er de mest sårbar. I vurderingen av tilstandens alvorlighetsgrad må det derfor tas hensyn til barnets alder og hvor sårbart barnet er. Oftest vil sykehusavdelinger dokumentere barns sykdom i slike situasjoner.

4: Kurs/opphold i kompetansesentra

Etter spesiell søknad kan det gis



sykepenger i forbindelse med kurs for foreldre i forbindelse med barns sykdom, opphold i statlige kompetansesentra eller behandlingsreiser for barn.

Hjelpemidler for funksjonshemmede

For barn med varige funksjonshemninger (og varig i trygdesammenheng er oftest 2-3 år) kan trygdeatenen dekke hjelpeMidler som er hensiktsmessige og nødvendige for å klare dagliglivets situasjoner. Det finner hjelpeMidelsentraler i alle fylker som driver utlån av slike hjelpeMidler, og det kan dreie seg om alt fra rullestoler og senger til griperedskaper og datamaskiner. Dersom barnet har behov for transport og det er vanskelig å nyttiggjøre seg kollektivtransport, kan trygden dekke utgifter til bil. Det som er av betydning i denne sammenhengen er barnets behov for transport for å fungere normalt, og familiens behov for avlastning.

Grunn- og hjelpestønad

Der barnets funksjon er varig (mer enn 2-3 år) nedsatt på grunn av

sykdom, kan det være aktuelt med en varig økonomisk ytelse for å kompensere økte utgifter eller dekke opp for det inntektstap omsorgspersonen måtte ha ved ikke å kunne være i fullt arbeid. Ved en rekke lidelser vil grunn- og/eller hjelpestønad være aktuelle uten nærmere vurdering, f. eks. diabetes, kreftsyke, blinde, døve m.v.

Hjelpestønad

Her vil en sammenligne med det hjelpe- og tilsynsbehov friske barn på samme alder har. Det er ingen nedre aldersgrense. For å vurdere behovet for hjelpestønad er det viktig at trygdekontoret får kjennskap til graden av fysisk/psykisk funksjonssvikt, pleieoppgavenes art, tilsynsbehovet og behovet for spesiell behandling/trenings, samt graden av bundethet. Det kan tas hensyn til sosiale og økonomiske forhold.

Grunnstønad

Heller ikke her er det snakk om nedre aldersgrense, men det tidspunkt da utgiftene skiller seg vesentlig fra utgiftene for barn uten funksjonshemmning. De utgiftene det kan være tale om er transport, medisiner, drift av tekniske hjelpeMidler, klesslitasje, telefonhold m.v. Ekstra utgiftene må synliggjøres/legitimeres, men dette er ikke en legeoppgave. Legen må belyse sykdomsforholdene, samt at ekstra utgiftene er nødvendige (ønskelig er ikke nok!) og at utgiftene skyldes sykdommen.

Andre forhold

En person som har omsorg for funksjonshemmede barn kan ha rett på kommunal omsorgslønn fra hjemkommunen. Dessuten vil personer som har omsorg for mindreårige barn/syke ha opptjenning av pensjonspoeng med henblikk på egne trygderettigheter.

Elin Gjerstad
8360 Bøstad

Hypokonder blues

Mel.: Stein Ove Berg's «Mandag morra blues»

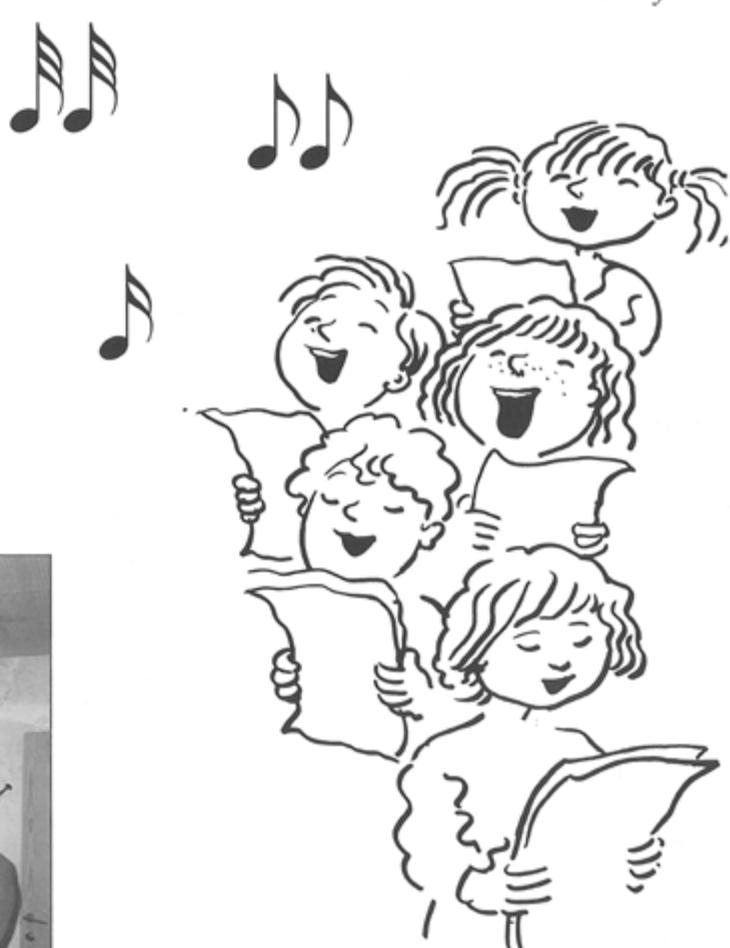
Jeg blir sjuk av folk som maser,
jeg føler meg maroder.
– har magesår, er irritert
og deprimert og kvalm...
Fikk jeg velge,
vaklet jeg meg hjem til sengens lune halm.
På jobben er det ingen som forstår...
– der har de mobba meg i mange år...
... og synger:
Hypokonder blues!
Hypokonder blues!
I morges,
da jeg ynket meg i nedtrykt sykdomsrus
så sang de:
Hypokonder blues!

En trøst i min elendighet
er bladene hver tirsdag
med legespalter
hvor jeg finner det jeg helst vil ha!
Og «familielegen»
– legebok fra Hjemmets Bokforlag –
den har jeg gått til sengs med mang en kveld.
– Jeg stiller diagnosen på meg selv...
... Og glemmer
Hypokonder blues!
Hypokonder blues!
mens jeg leser meg til
impotens og stær og øresus!
Jeg glemmer
hypokonder blues!

Ja, jeg har vært gjennom det meste,
skal jeg si deg:
Skarlagensfeber, bendelorm og lyskebrokk og pest!
Krupp og kolera og rabies fra bikkja til en prest,
samt barselfeber, aids og depresjon
– hver uke får jeg ny inspirasjon!
Og hulker
Hypokonder blues!
Hypokonder blues!

Utrølig nok så har jeg aldri vært på sykehus
– fordi en stakk aldri trues!

Harald Dyrkorn.



Sangen ble fremført av leger og medarbeidere fra Skjetten legesenter under festmiddagen på Aplf's kurs «Primærlegen og Medarbeideren» på Gol i september.

Belastningslidelser til besvær? – Ikke på Hernes Institutt!

Av Hilde Nitteberg Teige og Christoffer Vig



Hilde Nitteberg Teige (født 1954), er bosatt i Elverum. Cand. med. Trondheim 1980. Overlege ved Hernes Institutt fra 1986. For tiden under videreutdanning til spesialiteten fysisk medisin og rehabilitering. Interesserer seg spesielt for belastningslidelser og mestring.



Christoffer Vig (født 1945), er bosatt i Våler i Solør og uteksaminert ved The Royal College of Surgeons i Irland i 1970. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Han har interessert seg for idrettsmedisinske emner som kronisk overtrenning og spiseforstyrrelser, og er leder av Mjøsegnens Idrettsmedisinske Forum. Nå overlege (vikar) på Hernes Institutt og er mer opptatt av kroniske smerter og utbrethet.



«annen helseinstitusjon» i 1973 med hjemmel i sykehusloven. Driftsutgiftene dekkes av Rikstrygdeverket, og det er ingen egenandel.

Pasientmateriale og behandlingsidé

Gjennom snart 40 år har instituttet samlet erfaring og kunnskap om hvordan pasienter med lidelser og/eller skader i muskel/skjelettsystemet kan gjenvinne funksjon og arbeidsevne. Behandlingsmodellen er i sine grunnprizipper svært enkel. Virkemidlene som benyttes er langvarig, intensiv fysisk trening, virkelighetsnær arbeidstrening, «ryggskole» samt hjelp til å komme tilbake til en konkret arbeidssituasjon.

Våre pasienter har ofte tungt fysisk arbeid. De har praktisk utdannelse og yrkesbakgrunn, og de fleste av dem har lite teoretisk skolering. Rygglidelser av ulike slag dominerer sykdomsbildet, men også andre plager i bevegelsesapparatet forekommer. Ved innleggelse har de fleste av pasientene vært ute av arbeid i lengre tid. Smarter og inaktivitet preger dem.

Inaktivitet er for de fleste men-

A/L Hernes Institutt ligger i skogrike omgivelser 14 kilometer nordøst for Elverum. Andelslaget ble stiftet i 1954 etter ide og initiativ av daværende fylkesskogmester i Hedmark, Per Føyen. Per Føyen's ide var å realisere et senter for utdanning av arbeidsinstruktører innen jord- og skogbruk, samt behandle og trenere skogs- og jordbruksarbeidere med yrkeslidelser slik at de kunne fortsette i sitt yrke.

A/L Hernes Institutt er i dag en

institusjon som tilbyr fysisk-medisinsk rehabilitering og yrkesmessig attføring av pasienter med lidelser i muskel/skjelettsystemet. Pasientene rekrutteres fra yrker med tungt, fysisk arbeid. Målet for virksomheten er at pasientene skal gjenvinne funksjon og arbeidsevne, at de skal få bedre innsikt i sin egen situasjon og lære å mestre den gjennom fysisk trening og arbeidsteknisk opplæring. A/L Hernes Institutt ble godkjent som

nesker et naturlig forsvar mot smerter i bevegelsesapparatet. Disse pasientene har nok heller ikke manglet oppfordringer fra helsepersonell og andre om å la smerte ne bestemme aktivitetsnivået. Resultatet er en ofte betydelig reduksjon i muskelstyrke og generell kondisjon. Etter lang tids sykmelding er det nettopp denne reduksjonen i muskelstyrke og arbeidskapasitet som utgjør pasientenes største problem. Smertens opprinnelige årsak kan være overstått eller nær tilhølet, men den kan også fortsatt være tilstede.

Langvarig sykmelding, smerter og inaktivitet skaper også andre negative effekter enn de rent fysiske. Pasientene er motløse og deprimerte over sin egen situasjon og over et helsevesen de føler ikke har kunnet hjelpe dem. De er ofte utrygge og usikre med tanke på lidelsens årsak og ikke minst usikre med hensyn til framtidig arbeidsevne. Ulike grader av isolasjon fra arbeidsliv og sosialt liv følger en lang sykmeldingsperiode. Svært mange får også en rekke økonomiske og praktiske problemer. At smerte avler smerte er sannhet for disse pasientene.

Ikke to pasienter er like, verken med hensyn til sykdomsbakgrunn, mulig trenbarhet eller andre forhold. Skal et menneske gjenvinne arbeidsevne og funksjon, må vi som skal hjelpe vedkommende ta hensyn til det «totale mennesket», som omfatter både personlighet, sosial situasjon og arbeidsforhold. Pasientene er nærmere beskrevet i tabellene 1-4. «Blandingstilstander» i tabell 2 rommer utbredte muskelsmertesyndromer og belastningslidelser i muskel/skelett-systemet eller bidiagnosenter. Det bør i tillegg sies at det store flertall av pasientene har sammensatte problemer, ikke sjeldent med innslag av den psykososiale belastning de har vært utsatt for.

Behandlingsprinsipper

Behandlingsmodellen ved Hernes Institutt bygger på noen viktige forutsetninger:

- Kunnskap om belastningslidelser.
- Innsikt i og respekt for pasientenes opplevelse av sin situasjon.
- Kunnskap om det arbeidsliv pasientene skal tilbake til.

→ Forståelse av begrepet helse som en positiv egenskap. Den kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsførel og livsbedingelser. Helse blir da nødvendigvis ikke fullstendig fravær av plager, men personens evne til å motstå eller tåle sykdom.

→ Felles sykdomsforståelse mellom pasient og terapeuter. Skal våre pasienter gjenvinne funksjon og arbeidsevne, er det vår oppfatning at de må lære å hjelpe seg selv.

Det sentrale i behandlingsopplegget er egenaktivitet. Passiv terapi gis ikke. Det finnes bare en god metode for gjenvinnelse av muskelstyrke, og det er aktiv bruk av muskler med økende belastninger. Den beste metoden for å oppnå bedring av kondisjon er ved bruk av større muskelgrupper over tid, som ved løp, sykling, svømming, skigåing o.l. Svært mange mennesker har imidlertid liten erfaring med praktisk trening. Får de i tillegg smerter ved forsøk på trening, mister de fort motet eller blir utrygge. Det er viktig at helsepersonell i denne sammenhengen gir folk instruksjon, veiledning og praktisk opplæring.

Den aktive treningen er basert på heldags aktivitet og er sammensatt av øvelsestrening under veileding av fysioterapeut, av kondisjonstrening under veileding av fagpersonell og av ulike former for arbeidstrening under veileding av arbeidsinstruktør. Våre arbeidsinstruktører har sin yrkesbakgrunn fra de yrkesgrupper som pasientene tilhører. Den fysiske treningen skal hjelpe til bedret funksjon og mindre plager. Arbeidstreningen skal sette dem i stand til å mestre sin arbeidssituasjon, med eller uten plager. Ved instituttet kan pasientene i praksis få oppleve hva som skjer med dem når kroppen gis fysiologisk og ergonomisk gode «vekst-» og «arbeidsbettingelser». Dersom de får en positiv opplevelse av det de gjør, vil pasientene velge å benytte det de har lært også.

Kjønn	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	over 60	SUM
Kvinner	0	5	13	26	13	2	59
Menn	0	14	33	44	26	5	122
SUM	0	19	46	70	39	7	181

Tabell 1. Pasienter fordelt etter aldersklasser og kjønn, 1993.

Tabell 2. Diagnosefordeling, 1993.

Diagnose	Menn	Kvinner	Totalt
Rygglidelser	72 (59%)	27 (45,8%)	99 (54,7%)
Lidelser i nakke/skulder og overrekstr	23 (18,9%)	4 (6,8%)	27 (14,9%)
Lidelser i underekstr	-	-	-
Blandede tilstander	27 (22,1%)	28 (47,4%)	55 (30,4%)
TOTALT	122 (100%)	59 (100%)	181 (100%)

Funksjonstrenings
Egenaktivitet
Enkel tilnærming
Praktisk læring => Funksjon og mestring => Arbeid og livskvalitet
Virkelighetsnærhet
Positivisme
Tid og respekt

Figur 1. Behandlingsprinsipper ved Hernes Institutt.

YRKE	MENN 122	KVINNER 59	TOTALT 181
Jord/skog	37 (30,3%)	8 (13,6%)	45 (24,9%)
Bygg/anlegg	26 (21,3%)		26 (14,4%)
Tekn/mek	16 (13,1%)	0	16 (8,8%)
Industri	18 (14,8%)	3 (5,1%)	21 (11,6%)
Transport	21 (17,2%)	0	21 (11,6%)
Pleie/omsorg	1 (0,8%)	28 (47,5%)	29 (16,0%)
Renhold	0	12 (20,3%)	12 (6,6%)
Arbeidsledig	0	0	0
Annet	3 (2,5%)	8 (13,5%)	11 (6,1%)
	122 (100 %)	59 (100 %)	181 (100 %)

Tabell 3. Yrkestilhørighet, 1993.

etter at de har reist fra instituttet. Enkel og folkelig kommunikasjon benyttes. Oppholdet forsøkes lagt så nært opp til den virkelighet pasientene skal tilbake til som mulig. I møtet med pasientene fokuserer man ikke primært på plager og begrensninger, men leter positivt etter muligheter og sterke sider. Hovedprinsippene for behandlingen er oppsummert i figur 1.

Informasjon og holdningsarbeid

Lidelser i bevegelsesapparatet er i stor grad noe man pådrar seg gjennom livsførsel og livsbetingelser. Det kan dreie seg om overbelastninger, underbelastninger, ensidige belastninger, feilbelastninger, skader, krav og forventninger fra folks omgivelser. Det kan også skyldes for lite (eller for mye) trening, for lite (eller for mye) rekreasjon og hvile, og manglende evne til å sette grenser for egen ytelse.

Pasientene opplever ikke dette primært. De opplever smerter og plager og har forventninger om at helsepersonell skal finne en organisk årsak til problemene, for dengen å fjerne årsaken omtrent som man fjerner en betent blindtarm. Det er viktig at man forklarer pasientene hva som skjer ved langvarig sykmelding og inaktivitet. Dette blir en viktig del av motivasjonsarbeidet for å få pasientene til å begynne å trenere. Dernest må man forsøke å gi pasientene innsikt i de «egentlige» årsakssammenhenger etter hvert som man ser dem i funksjon og larer dem å kjenne som personer. Løsningen er ofte å finne i endret livsstil og praktisk adferd hos pasienten selv, og sjeldent ved passiv terapi. Mestring blir et sentralt begrep i arbeidet med pasientenes holdninger til egne problemer. Det er viktig at kronisk smerteplagde mennesker ikke avspores fra en prosess som kan forsoner dem med virkeligheten av falske forhåpninger om et liv uten plager. Kunnskap og innsikt i egen situasjon er forutsetninger for å kunne fungere best mulig. Pasientene må lære så mye at de kan ta ansvar for sin egen situasjon og kan foreta reelle valg. Dette gjelder valg av både livsstil og framtidig sysselsetting. Gjennom en aktiv attföringstjeneste skal pasientene vite hvilke praktiske, økonomiske og psykososiale konsekvenser de ulike valgmulighetene gir dem. Motivasjons- og holdningsarbeid foregår ved samtaler av alle slag og ved enkel undervisning. Denne type arbeid er med i all kontakt vi har med pasientene.



Nærhet og tett oppfølging

Et godt tillitsforhold mellom pasient og terapeuter er avgjørende for resultatet. Gjensidig respekt likeledes. Tillitsforholdet blir godt når fagpersonalet utøver sin tjeneste med stor faglig trygghet, når alle faggrupper møter pasienten med en felles behandlingsstrategi, når terapeutene klarer å formidle en

holdning som gir pasienten en bekrefteelse på at noen bryr seg om vedkommende og kan ta seg tid til intens instruksjon og oppfølging i alle aktiviteter.

Alt personell ved Hernes Institutt er tilstede der pasientene er; i kaffepauser, på skitur, i arbeid og under trening. I arbeidstreningen er det pasienten som er fagmann. Pasientene kan utføre arbeidsoppgaver som de behersker, og kan til og med kanskje lære personalet nye ting. Dette gjør det lettere å oppnå gjensidighet i forholdet mellom pasient og personale. Pasienter kan føle seg små i sitt møte med helsepersonell til vanlig, og kan oppleve det positivt med en noe jevnere «maktbalanse». Det bidrar heller ikke rent lite til økt selvfølelse hos pasientene at de i arbeidssituasjoner kan gi råd og veiledning når det gjelder eget fagområde.

Praktisk tilnærming

Hele behandlingsopplegget er svært praktisk rettet. Med sin

praktiske yrkesbakgrunn er dette noe pasientene forstår. Et håndverk må læres i praksis gjennom øvelse, feiling, korrigering, øvelse og etter øvelse. Riktig trening, effektive øvelser og god arbeidsteknikk er også ferdigheter som må læres på samme måte. Når pasientene opplever at de mestrer det de driver med, da først har de lært, gjennom egen erfaring.

For at de ferdigheter pasientene tilegner seg hos oss skal være anvendbare i arbeids- og dagligliv må treningsituasjonen være så virkelighetsnær som mulig. Instruktørene må ha stor kunnskap om den virkelighet og det arbeidsliv pasientene skal tilbake til. Dette siste gir troverdigheit i læringsituasjonen. En snekker trenger å lære arbeidsteknikk mens han snekrer, under veiledning av en som kjenner til hva som kreves av en snekker. Det er ikke nok å lære ham arbeidsteknikk ved løfting av bruskasser foran et speil under veiledning av en fysioterapeut. Skal vi ha håp om at våre pasienter skal endre adferd i arbeidslivet, og deri-



gjennom mestre arbeidet bedre i framtiden, må de øve på det i reelt arbeid.

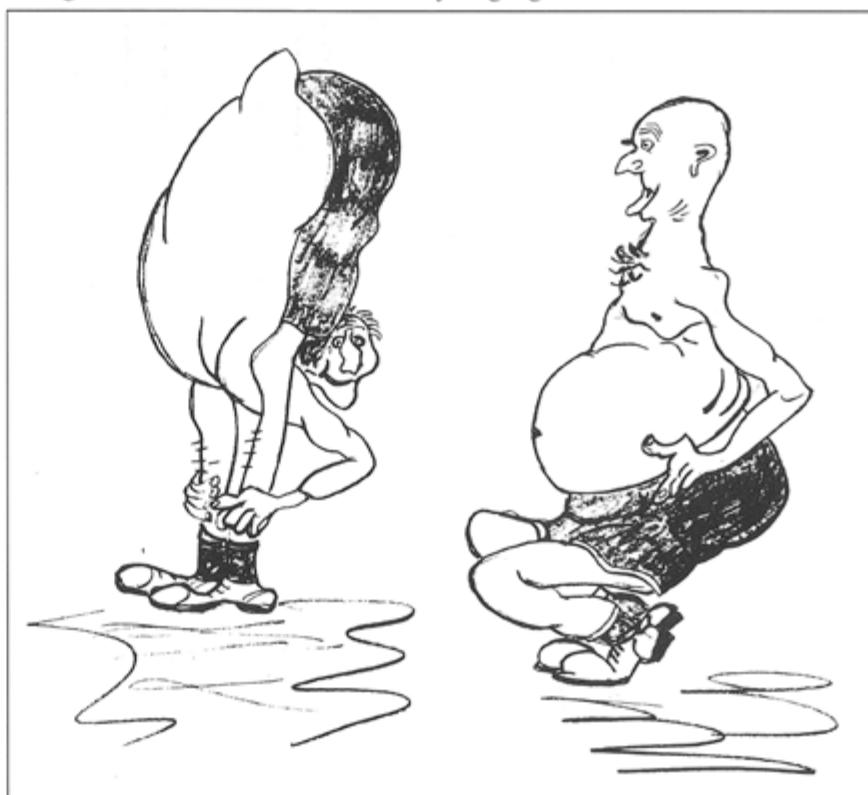
Tid

Pasientene har som regel brukt år på å pådra seg sine plager. I tillegg er de svært lite funksjonelle når de kommer til instituttet. Det tar tid å bygge opp funksjon, avlære uvaner og innøve nye ferdigheter. Selv 6-8 uker med heldags, intensiv trening er bare som en liten begynnelsen. Men det er viktig at pasientene føler at de mestrer situasjonen bedre når de skrives ut enn før de ble lagt inn. Det er også viktig at de opplever hvor mye de kan gjøre av arbeid og trening på tross av sine svakheter, og at plagene ikke blir verre av det de gjør, snarere tvert om. Med sine lange sykehistorier og sammensatte problemstillinger trenger pasientene også mye oppmerksomhet til samtaler og diskusjoner. Fagpersonell som signaliserer travelhet vil oppnå lite med denne pasientgruppen.

Positivisme

I alt arbeidet med pasientene forsøker man å lete etter deres muligheter og ikke deres begrensninger. Pasientene får hele tiden klare mel-

Mange klienter viser snart særdeles stor fremgang.



dinger om alt som er positivt. Ved innleggelsen er de gjerne i en slik situasjon at de ikke tror de klarer noe som helst. Det blir derfor viktig for oss å gi dem bekrefteelse på alt de mestrer. «Dette klarte du bra, nå prøver vi litt til». Vi fokuserer lite på smerter, symptomer og begrensninger. Det er av stor betydning for framgangen at sykdomsfikseringen blir minst mulig. Derfor er det også en fordel om vi unngår kommunikasjonsformer som gjør pasienten bevisst på sin sykdomssituasjon. Det er ressursene og mulighetene som skal føre pasientene tilbake i arbeidslivet.

Tverrfaglig samarbeid

«Sammen er vi sterke», heter det, og dette gjelder særlig i arbeidet for å hjelpe pasientgruppene til bedre funksjon og arbeidsevne. Alle ledd i behandlingsapparatet er helt avhengig av hverandre for å oppnå gode resultater. Øvelser for styrking av muskelgrupper har liten effekt dersom man ikke samtidig bedrer den generelle kondisjon. Generell kondisjon og muskelstyrke må til for å klare en god arbeidsteknikk. Arbeidsterapeutene trenger helsepersonells faglige vurderinger for å kunne gi en forsvarlig arbeidstrening. Helsepersonell trenger arbeidsterapeutenes fagkompetanse for å kunne omsette helsefaglige prinsipper til praktiske løsninger i pasientenes arbeidssituasjon. Det er videre meningsløst å drive funksjonstrening dersom pasientene ikke har et sysselsettingstilbud å gå til etter endt opphold. Dette siste må løses parallelt med treningen i nært samarbeid med arbeidsliv, arbeidskontor og trygdekontor. Det er viktig at alle «hjelbere» møter pasientene med entydige holdninger. Dette krever god kommunikasjon mellom faggruppene.

Døgnrytme og boform

Pasientenes dager mens de er innlagt er som vanlige arbeidsdager.



Treningsaktivitetene starter kl. 7.30 og avsluttes kl. 15.30. Det er viktig at folk som har gått sykmeldt lenge venner seg til å stå opp om morgen igjen og følge et fastlagt program. Det stilles krav til dem om punktlighet og egeninnsats. Pasientene bor i forlegningshytter med 4-8 pasienter i hver hytte. Under hele oppholdet må de handle og lage sin mat selv, og de må ta ansvar for sin fritid.

Denne døgnrytme og boform er bevisst valgt som en tilvenning til en mer «normal» funksjon etter lang sykmeldingstid. Boformen krever en viss organisering av et fellesskap og et sosialt miljø som bidrar til å dra pasientene ut av

den sosiale isolasjon de ofte kommer i når de har vært ute av arbeid lenge. Her møtes også folk med felles erfaringer, og dette gir trygghet og styrker fellesskapet. Det er viktig at det til stadighet både er pasienter som har vært innlagt i institusjonen lenge og pasienter som nettopp har kommet. De «gamle» pasientenes positive erfaringer med treningen bidrar til å motivere de «nye» til innsats.

Inntaksrutiner

Søknader til instituttet blir behandlet hver uke i et inntaksmøte med sosialkonsulent, avdelingsledende fysioterapeut og arbeidstera-

Tabell 4. Lengde på sammenhengende sykmelding umiddelbart før innleggelse på instituttet.

FORHOLD	MENN 122	KVINNEN 59	TOTALT 181
Jord/skog	37 (30,3%)	8 (13,6%)	45 (24,9%)
I arbeid til innleggelse	18 (14,8%)	11 (18,6%)	39 (21,5%)
0 - 1 mnd	2 (1,6%)	0	2 (1,1%)
1 - 3 mnd	5 (4,1%)	3 (5,1%)	8 (4,4%)
3 - 6 mnd	6 (4,9%)	13 (22,0%)	19 (10,5%)
6 - 12 mnd	37 (30,3%)	9 (15,3%)	46 (25,4%)
12 mnd og mer	54 (44,3%)	23 (39,0%)	67 (37,5%)
	122 (100 %)	59 (100 %)	181 (99,9%)

UTSKR. TIL	MENN 122	KVINNER 59	TOTALT 181
Jord/skog	37 (30,3%)	8 (13,6%)	45 (24,9%)
Opprinnelig arbeid	59 (48,4%)	22 (37,3%)	81 (44,8%)
Omplassering i samme bedrift	6 (4,9%)	9 (15,3%)	15 (8,3%)
Omskolering/ videreutd/nytt arbeid	26 (21,3%)	11 (18,6%)	37 (20,4%)
Arbeidsledighet	4 (3,3%)	1 (1,7%)	5 (2,8%)
Fortsatt sykmeldt	27 (22,1%) 122 (100 %)	16 (27,1%) 59 (100 %)	43 (23,7%) 181 (100%)

Tabell 5. Arbeidssituasjonen ved utskrivning, 1993.

peut, spesialsykepleier og overlege. Pasientene skal ha belastningslidelser i muskel/skjelettsystemet. De må rent funksjonelt være i stand til å delta i de aktivitetene som tilbys. Videre skal de ha en yrkestilhørighet som stemmer overens med arbeidstreningsstilbudet ved instituttet, eller være under yrkesmessig attføring til et slikt yrke, slik at arbeidstreningen blir realistisk. Det hender at pasienter tas inn til en funksjonell vurdering i forhold til en trygdesak, men kun i et begrenset omfang. Avslag på søknad blir som regel kun gitt der pasienter har en yrkestilhørighet som ikke passer i vårt behandlingsopplegg. Dersom pasienten er arbeidsledig stiller vi krav om at trygde-/arbeidskontor skal ha godkjent et attføringsopplegg innen yrker vi kan gi arbeidstrenin til.

Kondisjonstesting

Kondisjonstester gjennomføres for å kunne gi et bilde av pasientens kondisjonsutvikling og for å ha en målestokk å regulere treningen etter. Ved innkomst blir det tatt hvile-EKG med et 3-kanals ETA 340, som også brukes ved arbeidsbelastningen som utføres etter Åstrands modell. Ved hjelp av et Siemens-Elema E022E dynamometer med gradering fra 20-250 watt beregner man maksimalt surstoffopptak. Denne sammenlignes med middelverdien etter alder og kjønn. BT måles med en Sirecust

888. EKG registreres før, under og etter belastning, slik at alle pasienter gjennomgår AEKG. Tidligere brukte man mange flere tester, muskelstyrke, lungefunksjon etc., men man har blitt stående igjen med kun submaksimal og maksimal arbeidsbelastning.

Behandlingsresultater

I 1993 forbrukte instituttet 8772 pasientdøgn fordelt på 181 pasienter. 150 av disse gjennomgikk et fullverdig behandlingsopphold. Noen pasienter reiser etter kort tid fordi de er fysisk for dårlige til å kunne delta i opplegget, eller fordi at de psykisk ikke finner seg til rette. Noen trenger andre tilbud enn det instituttet kan tilby, som f.eks. operasjon. Noen få har problemer med å innordne seg instituttets ordensregler.

Arbeidsstatus før og etter innleggelsen går fram av tabell 4 og 5. Av de som hadde et fullverdig opphold, hadde 64,6% vært sammenhengende sykmeldt i minst 6 måneder umiddelbart før innleggelse. 48,6% var helt eller delvis friskmeldt ved utskrivning.

Arbeidsplassbesøk har i større grad enn før blitt brukt som virkemiddel for å hjelpe folk tilbake til en arbeidssituasjon og legge forholdene til rette for at de skal klare den. Ved økt samarbeid med arbeidsplasser og etater som pasientene kommer i kontakt med utenfor vår institusjon har vi hø-

tet meget positive erfaringer. Det er viktig at pasientene har noe å gå til etter endt opphold og sjansene for å få til dette øker når vi har en offensiv holdning og praksis til samarbeid med instanser utenfor vår institusjon.

Subjektivt angir de fleste en opplevelse av bedring med økt psykisk og fysisk velvære samt bedring av symptomer. De fleste oppnådde også en betydelig bedret funksjon og hadde lært mye arbeidsteknikk. For å kunne si noe om varigheten av behandlingseffekten må pasientene følges opp over tid. I 1993 foretok vi en etterundersøkelse pr. telefon til alle som hadde hatt et fullverdig opphold i 1991. Det utgjorde i alt 131 pasienter. Vi oppnådde kontakt med 106(80,9%) og konkluderer med at kombinasjonen regelmessig trening 2-4 ganger pr uke, hensiktmessig kroppsbruk og «lytting til kroppens signaler», lærte de fleste pasienter å mestre sin situasjon. Dette resulterte i at det på etterundersøkelsestidspunktet ikke var mer enn 15% som ikke var friskmeldt eller i et eller annet opplegg.

Konklusjon

Dagens samfunn ser ut til å producere belastningslidelser og smerte-tilstander i stadig økende grad. Pasientene preges av dårlig kondisjon, men også av håpløshet, manglende forståelse og manglende mestring. Våre pasienter får en bedret forståelse av årsakssammenhenger i sin smerteproblematikk. Kanskje enda viktigere er den treningen de får på å mestre sin egen situasjon, og på mestring av nye utfordringer i omgivelser hvor de føler seg trygge. Mange pasienter bruker uttrykket «omprogrammet» om det som skjer med dem under oppholdet!

Hilde Nitteberg Teige,
Lundsbakken 3, 2400 Elverum

Christoffer Vig,
2436 Våler.

Den allmennmedisinske vitenskapen

Av Linn Getz



Linn Getz (født 1962) skulle slett ikke bli allmennpraktiker, men ble motstrebende fanget av interesse for faget under turnustida på Senja i 1991. Senere arbeidet hun ett år i Karlsøy kommune i Nord-Troms og to år i halvtids praksis i Surnadal på Nord-Møre parallelt med halvtids forskning innen sosialmedisin ved institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim. Arbeider p.t. med 2. utgave av «Utdanningshåndbok for allmennpraktikere» sammen med Steinar Westin og er ansatt som amanuensis i allmennmedisin i Trondheim.

Kjære kolleger. Ærede ordstyrer. Det var min veileder professor Steinar Westin som opprinnelig fikk brevet med invitasjon til dette symposiet. Han lot meg lese det. Min reaksjon kom i form av to

Under den 9. nordiske kongress i allmennmedisin i Uppsala 19. – 22. juni 1995 ble det holdt et symposium under tittelen «Allmennmedisin – praktik eller vitenskap?» Første innleder var professor i allmennmedisin Carl Erik Mabeck fra Århus universitet som snakket om den allmennmedisinske praksis. Dette innlegget om den allmennmedisinske vitenskap – for anledningen lett om arbeidet og med svart-hvite illustrasjoner – kom som nummer to. Så fulgte pedagogen Staffan Stellander med en innledning om vitenskap som profesjonell strategi. Siste etappe tok distriktslækare Bengt Järhult fra Olofsholm – han forsøkte å besvare spørsmålet om hvilken nytte en praktiker kan ha av vitenskapelige data. Moderator for symposiet var professor Lennart Råstam fra Lunds universitet.

setninger som fikk den konsekvens at jeg står her i dag. Setning 1 var: «Men for en fryktelig tittel! Allmennmedisin – praktik *eller* vitenskap? Det må da stå *og*?» Setning 2 kom deretter: «Hvorfor inviterer de ikke en eneste kvinne blant fem innledere?» Da sa Westin: Kanskje du vil holde det foredraget? For jeg er i Kina på den tiden....

«Allmennmedisin – praktik eller vitenskap?» spør du, Lennart Råstam. Jeg har fått oppdraget å tale om den allmennmedisinske vitenskapen, med vekt på dens spesielle forutsetninger og på de konflikter som reiser seg i møtet mellom vitenskap og praksis.

Men før jeg kan tale om den allmennmedisinske vitenskapen, vil jeg definere *hva allmennmedisin er* – slik jeg ser det. Vi må ha felles forståelse for fagets egenart før vi kan snakke om dets vitenskap.

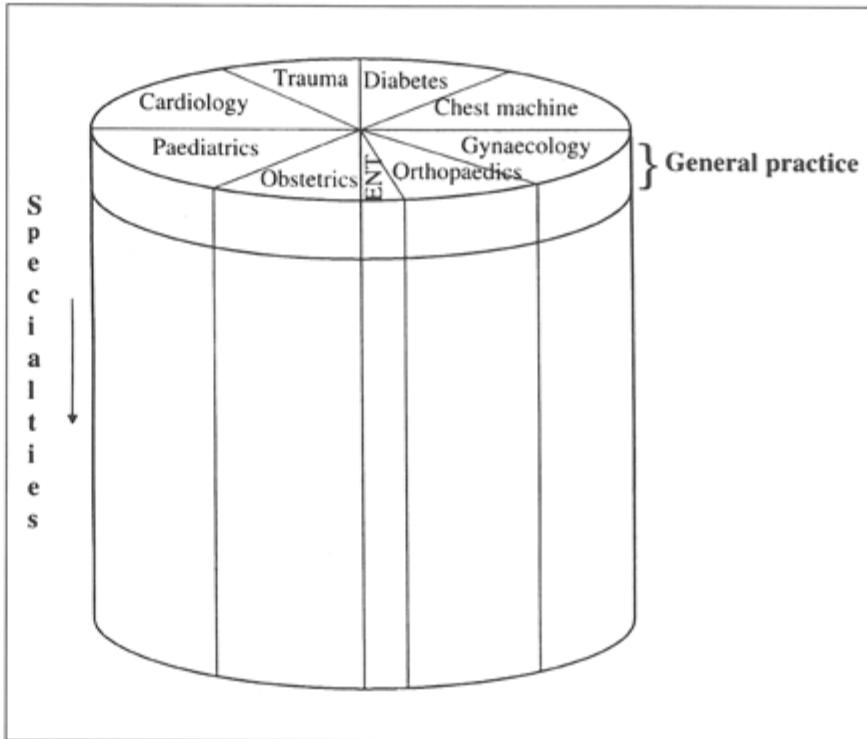
Modeller for å illustrere allmennmedisinens egenart

Det er laget flere visuelle modeller for å illustrere allmennmedisinens egenart. Figur 1 viser én av dem, hentet fra en britisk publikasjon (1). Allmennmedisinens er tegnet som en

kake. Hvert stykke, hver sektor representerer en klassisk spesialitet. Allmennmedisin er summen av litt indremedisin, litt pediatri, litt gynækologi, osv... Et breddefag, i motsetning til de andre spesialitetene, som beskrives som dybdefag.

I figur 2 har jeg tegnet den samme kaken, denne gang sett ovenfra. Jeg vet ikke hvor mange som per idag aksepterer dette som den mest illustrerende modellen av allmennmedisinens som fag. Etter å ha kjent faget på kroppen, etter gode samtaler og etter å ha møtt ideene til medisinske tenkere som McWhinney og Mabeck mange nok ganger til at budskapet har fått trenge inn, har jeg kommet til at jeg ikke liker denne modellen. Jeg har forsøkt å lage en annerledes illustrasjon av faget vårt, en figur som ivaretar allmennmedisinens egenart, slik jeg har lært den å kjenne (figur 3).

Sektorene fra de andre disiplinene er her fortsatt: Allmennmedisin er litt indremedisin, litt urologi, litt nevrologi... Men her finnes et sentrum, en kjerne. Denne kjernen som jeg har farget grønn, er særegen for faget og gir det sin egentlige verdi. Den forklarer



Figur 1. «Kake-modellen» av allmennmedisinen, fra Peter D Toons publikasjon (1).

hvorfor du i første omgang heller bør søke en dyktig allmennmedisiner enn en institusjons-spesialist om du skulle bli syk. Den illustrerer også hvorfor det ikke er paradoxalt å snakke om en *spesialitet* i noe så generelt som allmenn medisin.

Jeg har brukt grønn farge fordi allmennmedisinens kjerne vokser, utvikler seg. Den er umoden, men full av potensialer.

Jeg har nå definert faget, ikke i ord, men visuelt. Jeg har tydeliggjort at faget har sektorer av klassisk klinik og at det har sin særige kjerne.

Jeg kunne gjerne utforske hele figuren, men i dette foredraget vil jeg rette oppmerksomheten mot den allmennmedisinske kernesonen, og mot den vitenskap jeg mener hører hjemme der.

Vitenskap i allmennmedisinens kjerneområde

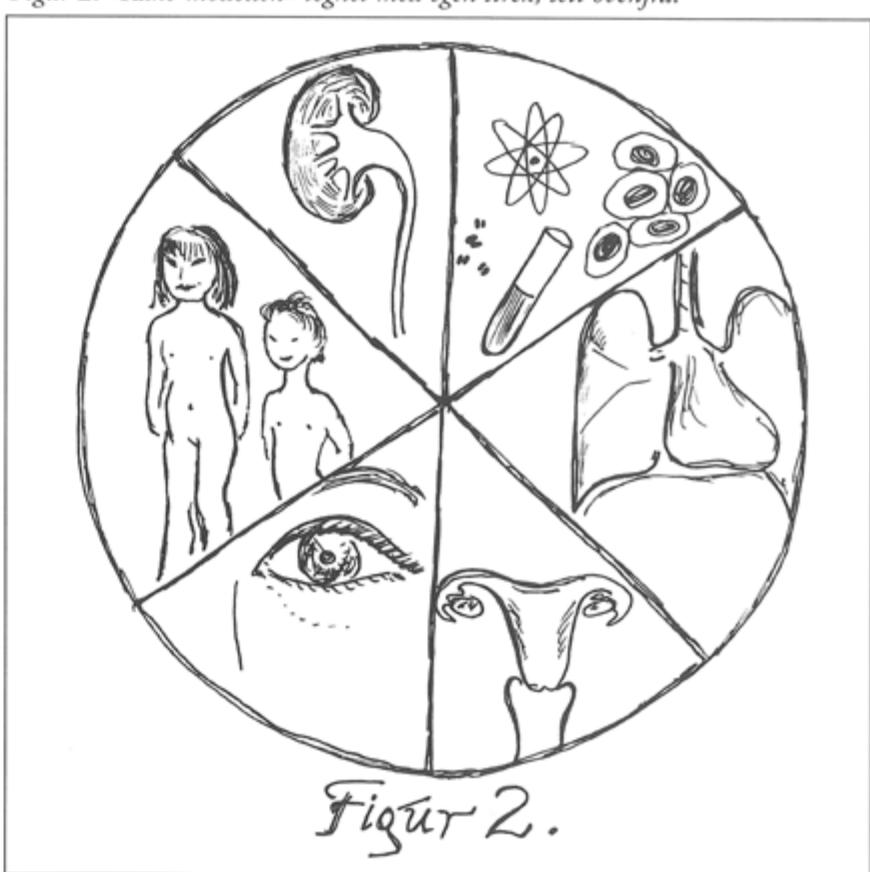
Slik jeg ser det, kan vi i den allmennmedisinske kernesonen snakke om to ganske ulike temaer: For det første forskning på allmenn-

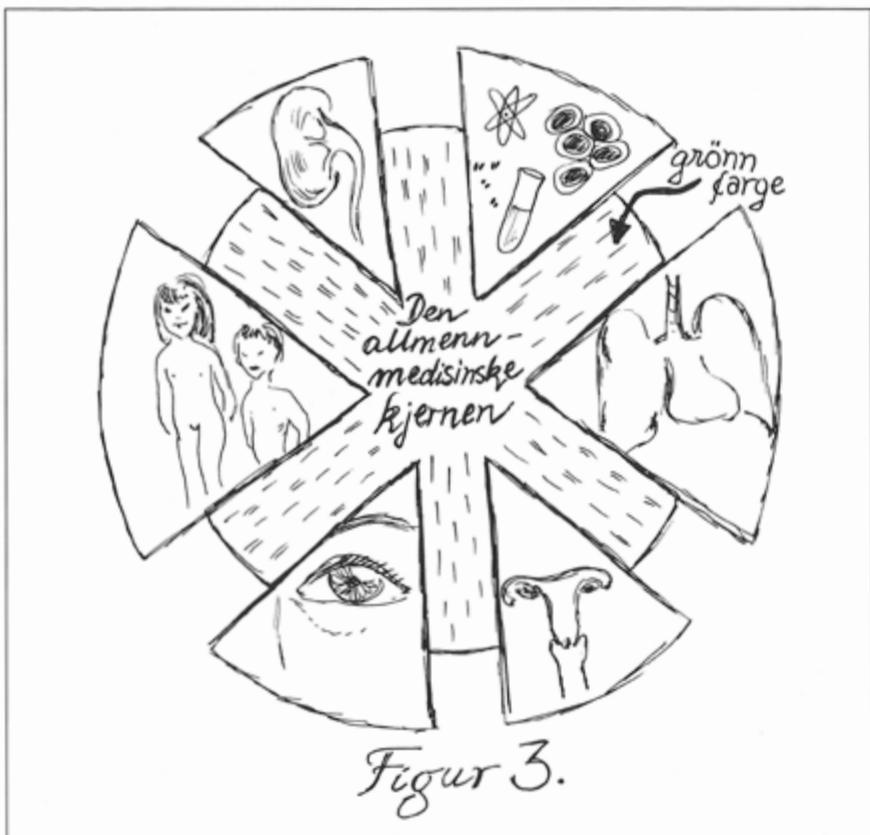
praksis – hvilket jeg i dette forum vil kalle primærhelsetjenesteforskning. For det andre *forskning i allmennmedisin*, som er noe annet.

La oss først se hva jeg mener med primærhelsetjenesteforskning: På dette området kan vi finne og analysere fakta om hva vår allmennmedisinske virksomhet og praksis består i, og hvordan den organiseres. Kontaktårsaker, diagnosesetting og tiltak i forbindelse med utredning og terapi kan registreres. Fenomener som tilgjengelighet, tidsbruk, kontinuitet kan blyses. Alt dette er nytte og viktige data. Grensen mellom kvalitetssikring og vitenskap er ikke alltid skarp.

Men disse «organisatoriske» data er ikke hva jeg opplever som den egentlige forskning i allmenn medisin. Jeg skal nå forsøke å skisse hva jeg mener med allmennmedisinsk forskning i ordets egentlige forstand:

Figur 2. «Kake-modellen» tegnet med egen strek, sett ovenfra.

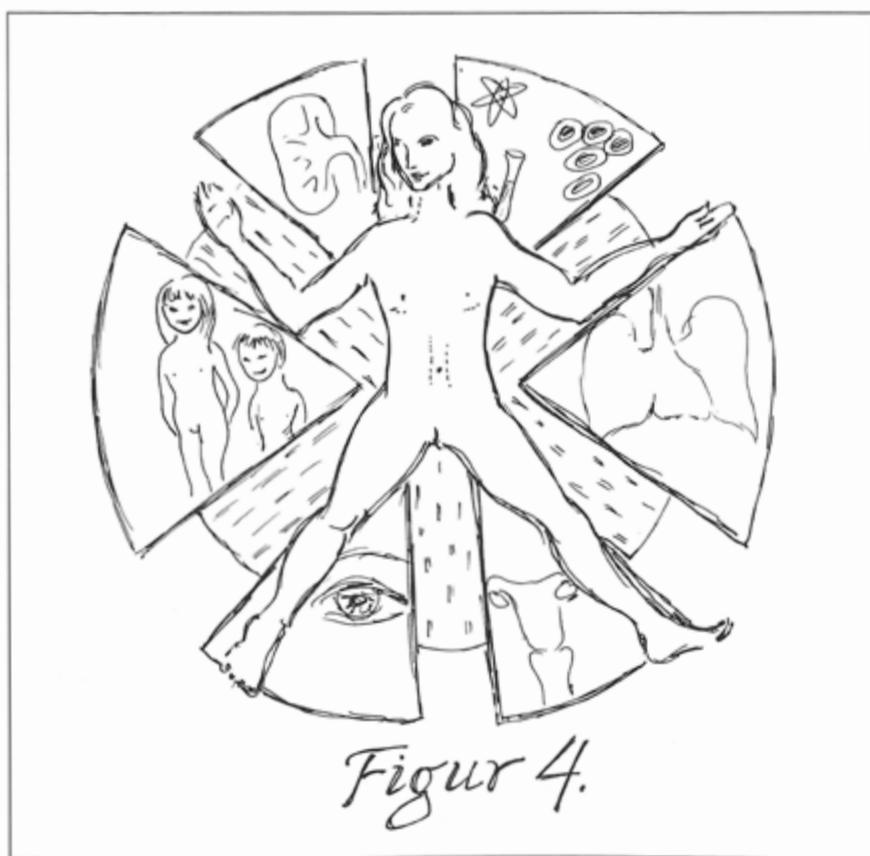




Figur 3.

Figur 3. «Kakestykkene» separeres av en kjerne som uttrykk for at allmennmedisin er noe mer enn kunnskap hentet fra de andre spesialiteter.

Figur 4. Et naivt forsøk på å illustrere at allmennmedisinen blant annet søker å integrere pasientens forståelse av sitt liv og sin situasjon i sin biomedisinske modell.



Figur 4.

La oss begynne med det åpenbare – den rene klinikken. Det er fortsatt mange lidelser som bare allmennmedisineren har mulighet til å få oversikt over, og som vi fortsatt vet lite om: Mer eller mindre vanlige sykdommer med sitt naturlige forløp, prognose, komplikasjoner. På dette området – innen denne genuine allmennmedisinske epidemiologi, er det intet problem med prestisje: Gjør det godt, og det kan publiseres i British Medical Journal.

Jeg vil såvidt nevne temaet *klinisk epidemiologi*. Dette er en raskt voksende disiplin som vil supplere vår kliniske intuisjon i beslutningsprosessen med harde fakta. Det er en gyllen tid for såkalt Evidence-Based Medicine (2,3). Men hvis vi skal lite på de fakta som vi er så dristige at vi omtaler som bevis, må vi sikre oss at de framkommer i vår egen setting og har gyldighet for den.

Jeg har til nå snakket om de områder av medisinen der begrepene er klare og standardisering er mulig.

Men nå nærmer vi oss det aller mest sentrale i den grønne sonen. I dette området finnes mykere begreper og fenomener som ennå ikke har funnet sin endelige form og innhold.

De uferdige tankene

La oss begynne med *familien som enhet*. Her har vi et uutforsket terren. Erfarne leger sitter med store mengder kunnskap om familier, men det meste av den må fortsatt klassifiseres som ganske ustukturert og taus (4). Systematisering av familie-morbiditet vil kunne gi oss ny forståelse – og nye muligheter for å forebygge. Eksempler? Uklare smertesyndromer, myalgier, psykiske lidelser, sosialt betinget sykdomsatferd.

Lege – pasientforholdet. Temaet er velkjent, nesten litt slitent som begrep. Vi vet en del om samspillet mellom lege og pasient. Vi vet også, ikke minst fra psykiatrien og familieterapien, at det ligger et

stort potensiale her. Vi må utforske det bedre – i vår egen kontekst. Som lege er vi tilstede i enkelte «gylne øyeblikk» som kommer til å bli viktig i et menneskes liv. Men vår evne til å være aktive redskaper for å skape positiv forandring, vekst og mestring – er ikke godt nok utviklet.

I den allmennmedisinske kernesonen har det også vokset fram andre begreper som jeg tror vil sette sitt preg på fremtidens allmennmedisin, ikke minst her i Norden. Det mest tilgjengelige blant disse begrepene er kanskje *pasient-sentrert medisin*: Legen søker å integrere pasientens sykdomsopplevelse med sin biomedisinske forståelse (5,6,11).

Tanken med å tegne allmennmedisinen med en kjerne slik jeg har gjort, er nettopp denne: Kernen illustrerer hvordan allmennmedisinen som fag skaper plass for det hele mennesket i medisinien (figur 4).

Jeg har gledd meg over Carl Erik Mabecks bok *Lægen og Patienten* (6). Den er først av alt befriende enkel og klar, den forklarer hva pasientsentrert medisin er på en gjenkjennelig måte – uten at det virker mystisk eller overveldende filosofisk. «It makes sense», som engelskmennene sier.

Men: Vår teori i dette sentrale allmennmedisinske kjerneområdet er ennå mangelfull, våre tanker til dels uferdige: I forsøket på å identifisere og beskrive allmennmedisinsens særgegne kompetansemål møter vi begreper som fortsatt lyder fremmed for den jevne praktikeren: *Eksistensiell anatomi, kroppslig humanisme og bodily empathy* (7). I det vitenskapelige samfunn støter man selvsagt på problemer når man eksponerer uferdige tanker.

La oss se på disse uferdige begrepene som inngangsporter som allmennmedisinen etter hvert skal åpne: Vi behøver systematisk kunnskap om hvordan livshendelser og relasjoner nedfeller seg i menneskers kroppsopplevelse. La meg bli konkret og gi et eksempel

basert på ustrukturerte erfaringer og observasjoner fra egen praksis. Jeg er sikker på at dersom vi våger å se de seksuelle overgrep i enkelte av våre problem-pasienters livshistorie – da finner vi gjenkjennbare – faktisk objektiviserbare mønstre. Da har vi håp om å forstå hva kroppen egentlig sier. Det pågår forskning omkring dette (8). Mitt postulat er at et viktig og uoversiktlig område i vårt medisinske terrenget er i ferd med å bli beskrevet.

Allmennmedisineren må være seg sin teori bevisst

Når vi arbeider med å utvikle vitenskap i den «grønne» sonen, møter vi spørsmålene om det ikke skal settes grenser for helsetjenesten. Om det er vår oppgave, alt det som hender på livets teaterscene. Hva er allmennmedisinens mandat, vår kompetanse? (9,10) Nettopp i slike diskusjoner er det vi behøver en velutviklet allmennmedisinsk *teori*.

Ian Mc Whinney har gitt oss klar beskjed om hvilken retning vi må utvikle vår faglige vitenskap og vår teori: «*Family medicine is a human science. Understanding, rather than prediction, is the objective of a human science.*» (11). Vi gjør

ikke klokt i å definere vårt mandat ut fra det vi per idag – med vår biomedisinske orientering – makter å forstå.

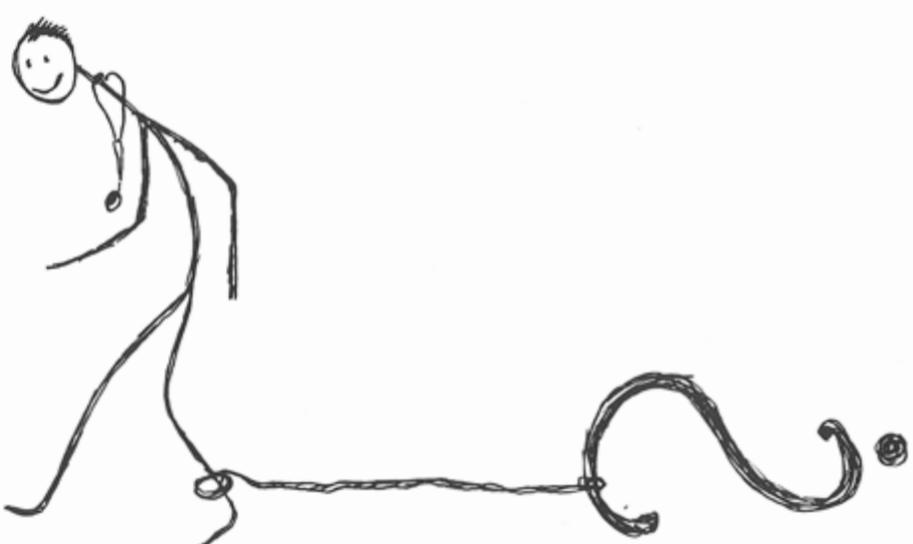
Konflikter i møtet mellom vitenskap og praksis

Jeg ble bedt om å identifisere eventuelle konflikter mellom praksis og vitenskap. Det finnes mange konflikter. Jeg vil bare nevne noen:

For oss alle er *tid og rammer* de viktigste begrensende faktorer. Når din praksis også skal være laboratoriet for din vitenskap, må du skaffe deg arbeidsforhold som innebærer tilgjengelig tid og solide medarbeidere som beskytter deg. En relasjon, *et øyeblikk*, kan ikke fryses ned slik et serum kan.

Jeg tror allmennmedisinsk vitenskap kan kreve relativt stort *talent*. Det er ikke nok å beherske kvantitative teknikker. Forskeren i den grønne sonen må også beherske overgangen til den humanistisk orienterte *kvalitative metode* – hvilket er krevende. Krevende i seg selv, og krevende fordi forskeren må ha sterk karakter og formidlingsevne for å bli hørt i det biomedisinsk orienterte vitenskapsamfunnet.

Dermed er vi i *det medisinske*



Figur 5.

akademi. Akademiet som vil tindre til å leve sitt eget liv, langt fra praksis, og som gjerne dyrker metode for metodens skyld. Akademiet der man publiserer for å overleve. Det er en enorm utfordring å skape et akademisk klima som erkjenner hva allmennmedisin er, som belønner den praksisrelevante forskning, selv om den kan synes metodologisk uferdig eller uskarpt fokusert. Et akademi som fremmer vekst i den grønne sonen.

Til sist – en annen alvorlig hindring i syntesen mellom praksis og vitenskap: Som gruppe mangler vi leger *nysgjerrighet*. Vi konfronteres stadig – kanskje mer enn andre yrkesgrupper – med vår uvitenhet. Det paradoksale er at vi er blitt så dyktige til å mestre, til å fortrenge, våre fundamentale kunnskapsmangler (figur 5).

En av nestorene i britisk allmennmedisinsk forskning, John Howie, har nylig uttrykt det slik (12):

«The ability of general practitioners to tolerate uncertainty as a clinical skill seems somehow to have been carried too far, and may now be working against our own interests.»

Hvordan er vi blitt slik? Kanskje gjennom ren seleksjon. Men enda viktigere – i det medisinske studium, slik det til nå har vært utformet. Det var kollega Edvin Schei i Tromsø som for alvor fikk meg til å tenke da han skrev følgende (13):

«Jeg vet at min evne til fordonsfri undring – en forutsetning for vitenskapelig tenkning – ble tilbakesett i studietiden.»

Etter å ha fått de seks universitetsårene – som jeg på ingen måte opplevde som noen hjernevask dengang – på avstand, innser jeg med økende klarhet at Edvin Schei har rett i det han sier. Dette er et forhold vi må reflektere over og søke å motvirke gjennom den utdanning vi gir og ikke minst de holdninger vi formidler til våre studenter.

Da jeg for første gang arbeidet i

allmennpraksis i 1991, hadde jeg ingen idé om hva vitenskap hadde med allmennmedisin å gjøre. Jeg synes nå, i ettertankens lys, at denne mangelen på skolering og grunnleggende forståelse for faget er skremmende. Det bekymrer meg at allmennmedisin – på tross av at dens ideologi sto så klart for dem som skapte faget, ikke har evnet å formidle sin identitet til oss som er på vei inn i det. Etter å ha undervist i ulike kurs sammenhenger, ikke minst på forskerkurser for allmennmedisinere, har jeg inntrykk av at denne ideo-logiske mangeltilstand som jeg alt-så selv led av inntil tilfeldighetene førte til at viktige dører åpnet seg for meg, er utbredt.

Jeg kan i dag ikke tenke meg en allmennmedisinsk praksis uten forskning. Og jeg har etter hvert gjenoppdaget noe som egentlig er en gammel nyhet: At allmennmedisinen ikke vil overleve som fag uten en veldefinert teori og sin egen vitenskap.

Jeg sier ikke at alle allmennmedisinere skal være forskere. Men vi må bli dyktigere til å se de utsalige spørsmålene og dilemmaene i vår kliniske hverdag. Vi må bli mer bevisste i det øyeblikk vi befinner oss i grenselandet mellom kunnskap og antakelser – mer interessaert i å definere problemstilinger og finne svar.

Konklusjon

Jeg åpnet med oppdraget å besvare spørsmålet «Allmennmedisin – praksis eller vitenskap?» Jeg fortalte dere allerede i første setning hva mitt svar kom til å bli. Jeg håper jeg har formidlet svaret gjennom et bilde som gir mening både for deg som driver vitenskap og for deg som driver praksis.

Mitt konklusjon burde med andre ord ikke komme som et sjokk på noen: Allmennmedisin er, og må være, både praksis og vitenskap!

Takk for oppmerksomheten!

Linn Getz

Dybdalhsu. 22B, 7016 Trondheim

Litteratur:

1. Toon PD. What is good general practice? London: The Royal college of general practitioners, occa-tional papers No 65, 1994.
2. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt G, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Second edition. Little, Brown and Company, 1991.
3. Buntinx F. The Cochrane collaboration, information overload and European general practice. European Journal of General Practice 1995;1:11-12.
4. Kirkengen AL, Jørgensen J (red). Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse, Oslo: Allmennpraktiker-serien TANO, 1993.
5. Mabeck CE. Patient-centreret medicin i et spændingsfelt mellem naturvitenskap og fænomenologi. I: Medicinsk Årbog. København: Munksgaard, 1995
6. Mabeck CE. Lægen og Patienten. Patient-centreret medicin i teori og praksis. København: Munksgaard, 1994.
7. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of general practice. On symptom presentations, and bodily empathy. Scand J Prim Health Care Suppl 1992, suppl 1/1992.
8. Anne Luise Kirkengens pågående prosjekt (personlig meddelelse).
9. Malterud K. Allmennmedinens mandat og kompetanse. Utposten 1992;21:7-8.
10. Hjorth PF. Bør vi sette grenser for helsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115:1529-31.
11. Mc Whinney I. Primary care research in the next twenty years. I: Norton PG et al (red.): Primary care research. Traditional and innovative methods. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
12. Howie JGR. Refining questions and hypotheses. I: Norton PG et al (red.): Primary care research. Traditional and innovative methods. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
13. Schei E. Medisin og hjernevask. Hvordan legers virkelighetsoppfatning formes slik at den blir til skade for dem selv og folks helse. Nord Med 1992;107:62-4.

UTPOSTENS annonsører



Annonseselger: Tove Rød Rutle

PRISER:

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,-
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.

UTPOSTEN
er et spennende
tidsskrift for
primærhelse-
tjenesten, og vi
har et opplag
på 2.200.

Tidsskrift nr.	Materiellfrist:
1996	
Nr. 1	12. januar
Nr. 2	16. februar
Nr. 3	12. april
Nr. 4	10. mai
Nr. 5	16. august
Nr. 6	13. september
Nr. 7	11. oktober
Nr. 8	1. november

BESTILLING:

RMR, Sjøbergveien 32,

2050 Jessheim.

Telefon: 63 97 32 22.

Fax: 63 97 16 25.

MATERIELL:

Avtrykk, reprokopi eller negativ film med speilvendt hinneside.

Netto format: A4

Raster: 54 linjer

Trykkeri: Nikolai Olsens

Trykkeri a.s., Kolbotn.

Søkelys på samfunnet

Fører samfunnsutviklingen til nye sykdommer som helsevesenet må forholde seg til? Gammel vin på nye flasker?

Tekst: John Nessa



John Nessa er kommunelege II i Hjelmeland. Han er spesialist i allmennmedisin og har fleire tillitsverv knytta til fagutvikling av allmennpraksis. Mest kjent er han for sin levande interesse for medisinsk filosofi. Ansvarlig for filosofiserien i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Sidan vi er i landets fremste fotballfylke, kan det kanskje passe bra med å opne med ei fotballhistorie frå Stavanger: Midt på 70-talet var Viking det dominante norske fotballaget. Men laget var ikkje nøgd med det. Dei ville bli betre. Løysinga låg i å importere profesjonell, engelsk trenar. Og den engelske trenaren innførte *systemfotball* i Stavanger. Men suksessen uteblei. Laget fekk brått ingenting

til. Med eitt unntak. Landlagsbacken til Viking var no som før glimrande i alle kampar. Dei sjølv-oppnemnde fotballanalytikarane på gater og restaurantar i Stavanger hadde ei original forklaring på kva som hadde skjedd. Systemet til trenaren blei for vanskeleg for dei fleste. Men ikkje for landslagsbacken. For han forstod ikkje engelsk. Difor forstod han ikkje hva trenaren sa. Dermed spela han slik han alltid hadde gjort. Og det måtte bli god fotball.

Eg synst historia passar bra som introduksjon til mitt innlegg. For det første fordi dette helsepersonellmøtet i prinsippet ser ut til å ha same program som Viking: Å gjere noko som er godt endå betre. Ivareta dei som treng det *mest*. For det andre fordi møtet ser ut til å gå systematisk til verks, med søkelys på samfunnet, samfunnsutviklinga, sjukdomsbegrepet, helsevesenet. Her går ein radikalt til verks, her er ein både interessert i å analysere vinen og flaskene.

Dette er eit perspektiv eg har sympati for. Det eg vil seie noko om, er for det første noko om samfunnsutviklinga og sjukdom. For det andre vil eg fokusere på helsevesenets litt problematiske rolle i dette samspelet. Det illustrerer at helsevesenet sjølv er ein så integrert del av heile samfunnsutviklinga, at det går ikkje an å snakke om det eine utan å kommentere det andre. Ein skal til dømes hugse på at for 10 år sidan var National Health Services den nest største arbeidsgjevaren i heile Europa. Den største gjorde mykje ugagn. Det var Den sovjetrussiske

hæren. I dag er rollene kanskje omsnudd. Poenget mitt er ikkje å insinuere at helsevesenet vårt har noko vesentleg felles med Den røde armé. Eg vil berre peike på to viktige parallellear. Den eine er at begge er tallmessig store institusjonar. Dei er så store at dei utgjer eit vesentleg innslag av samfunnet og dermed samfunnsutviklinga. Dei både er påverka av og sjølv med på å påverke samfunnsutviklinga. Den andre parallelldelen er at begge institusjonane i prinsippet er samfunnsbevarande institusjonar, og i så måte konservative og konservere.

Fører samfunnsutviklinga til nye sjukdommar som helsevesenet må førhalde seg til? I følge Peter F. Hjort er svaret eit klart ja. For hundre år sidan dominerte infeksjonssjukdommar med høg barne-dødelighet i eit materielt sett fattig samfunn som mangla både anti-septica og antibiotika. Etterkrigstida har vore prega av såkalla sivilisasjonssjukdommar som hjarte/kar, kreft og ulykker, som vi også langt på vei har fått ein slags kontroll med, berre for å bli oversvømma av to andre mystiske syndromkompleks, nemleg alderssjukdommar og samsjukdommar. Det som slår meg, er at diagnosane blir meir upresise dess nærmare vi kjem vår eiga tid. Infeksjonssjukdommar er eit greitt begrep, dei fleste forbind noko eintydig med det. Sivilisasjonssjukdommane er også relativt greie. Men kva med alderssjukdommar? Og kva med samsjukdommar? Er det sjukdom å tørke inn som ei rosin for så å døy gamal og mett av dagar 93 år gam-

mal? Ja – og nei. Peter F. Hjort ha sjølv hevdet det som etter mitt syn må vere rett, at dette er ein del av den normale fysiologiske prosessen. Vekttapet skuldast ikkje anorexi, men kroppen sin måtte å leggje inn årene på. Så Hjort må meinte noko anna med alderssjukdommar enn ei medikalisering av det å døy. Apopleksi er nok ein alderssjukdom, mens spisevegring hos 90 åringen er det ikkje. Likevel blir spisevegringa gjort til sjukdom. Folk dør gjerne ikkje heime lenger, men i institusjonar. Institusjonane er prega av to ting: Ein effektiv sjukdomsovervåking- og kontroll, og ei tabuisering av døden. Vi kan ikkje snakke om det openberre, om at døden nærmar seg. Vi kan derimot snakke om alt det tekniske vi kan gjere – f.eks. gi intravenøs ernæring når matlysta forsvinn. Vi vågar ikkje å snakke om omsorg ved livets slutt til dei det gjeld. Derimot lagar vi planar om rehabilitering av nittiåringane ut frå den myten at skavankane er patologiske og kan behandlast. Pga. vår etiske hjelpeleyse blir døden patologisert og gamlefar/mor medikalisert.

Men kva er samsjukdom? Når ektefeller krangler så busta fyk, og auga blir både stort, blått og vått (sosialgruppe 3 varianten), eller flyttar frå kvarandre fordi det ikkje er sosialt akzeptabelt å krangle, og iallfall ikkje å slå kvarandre, er dei då råka av det diffuse syndromet *samsjukdom*? Eg har sjølv deltatt på eit kurs på Rikshospitalet der overskrifta var samsjukdommar. Problemet mitt er berre at eg aldri har hørt om desse sjukdommane i mi medisinske utdanning eller funne dei på mine diagnoselister. Kven er det som har funne dei opp? Er det samfunnet? Er det enkeltpasientane, eller er det helsevesenet? Og kva er kuren?

Eg har komme fram til ein påstand som er sentral for min måte å tenkje på:

Ein sjukdom er ikkje ein sjukdom

og har heller aldri vore det. Med dette meiner eg at sjukdommar er ikkje uomtvistede «fakta» i den forstand at dei er lausrivne frå vår kultur, våre observasjonar, våre tidsbestemte måtar å organisere inntrykka våre på. Heile den medisinske historia illustrerer kor vanskeleg det er å snakke om medisinske fakta, eller for den saks skull, vitskaplege fakta, på ein ein tydig måte. Det er jo også noko vi vitsar om når vi snakkar om at ei medisinsk sanning varer i høgda 10 år. I følge Lester S. King er det slik at det som er mest sikkert om medisinske fakta eller medisinske oppfatningar er at dei før eller sidan vil bli modifisert eller endog forkasta. Difor har eg sans for Per Måseide si beskriving av medisinske fakta som refleksive konstruksjonar, noko vi skaper oss i vårt hovud for å organisere våre inntrykk av symptom og teikn, noko vi sjølv produserer for å få gjort ein medisinsk jobb. Det er tankemessige konstruksjonar som innehold delsanningar, men ikkje heile sanninga, delinnsikter, men også blinde flekker, hypotesar, og av og til feiltak. Slik er det med medisinske fakta, og slik er det med medisinske diognosar. Å sjå noko er å sjå det *som* noko. Teorien bestemmer perspektivet.

Joda, det er gamal vin på nye flasker, gamle Adam med gamle plager tvinga inn i ny innpakning. Poenget er at det er helsevesenet som står for flaskeproduksjonen, de er dei som stemplar etiketten på flaskene. Poenget er vidare at det ofte er låg pant på flaskene. Enkelte flasker lar seg ikkje pantsetje i det heile, til dømes den flaska som har etiketten fibrositt. Andre flasker har kome på den historiske skraphaugen. Døme på dette er klorosen, hysterien, nevrastenien. Nye flasker som etter mitt syn er lite miljøvennlige, er *kronisk utmattesyndrom* eller *multiple personlighets-diagnosen*, som visstnok er «in» i psykiatrien.

Det er openbart at samfunnsutviklinga fører til nye sjukdommar som helsevesenet må forhalde seg til. Det er også openbrett at slik har det alltid vore, sjølv om gjennomsnitts «turn-over» for nye sjukdommar no truleg er mykje kortare enn det har vore tidlegare. For å snakke litt meir presist, er det primært samspelet mellom samfunnet og helsevesenet og samfunnet som skaper nye problem, nye sjukdommar. Mekanismene er både at samfunnsystemet og enkeltindivid har problem og konfliktar av ulik art som de gjerne vil ha helsevesenet til å rydde opp i, og at helsevesenet sjølv, f.eks. på grunn av teknologisk overmot, implisitt signaliserer eit *kom til oss, gi oss handlefridom og ressursar*, så vil det meste kunna løysast. Eksempel på det første er rusomsorga. Per Sundby har ein viktig kommentar der han seier at han har brukt halve livet sitt for å få folk til å forstå at alkoholisme er ein sjukdom. No har han tenkt å bruke andre halvpart av livet til å få folk til å forstå at alkoholisme ikkje er ein sjukdom. Eit anna eksempel er samlivsteknologien. Vi girer oss og skiljer oss, får barn eller får ikkje barn, kranglar om omsorgsrett osv. gjerne akkompagnert av ein eller annan medisinsk diagnose.

Mitt tredje eksempel er synet på seksualitet. Kinsey-rapportane kom i USA for 30–40 år sidan. Deira konklusjonar, til dømes om seksuell debut, blir i ein tidsepoke brukt som argument for eit liberalt syn på seksualitet, i ein annen epoke brukte som dokumentasjon for store «mørketal» når det gjeld sekuelle overgrep.

Eg har snakka om nye sjukdommar. Men hovudoverskrifta på mitt innlegg er *Søkelys på samfunnet*. Kva meiner vi med begrep som samfunn og samfunnsutvikling? I ein medisinsk samanheng trur eg at vi som leger og sjukepleiarar, sosionomar og administratatorar har ei vag og upresis kjensle av at samfunnsutviklinga fører til auka krav og auka press, ofte

urimelege forventningar og urealistiske førestillingar om kva helsevesenet kan yte. Vi kjenner oss som offer for denne utviklinga, og tyr til dette som forklaringsmodell når livet går oss imot og vi kjenner oss utbrende. Vi trur dette er nytt for vår generasjon, og eit resultat av overflods- og forbrukarsamfunnet. Eg trur dette er ein for lettvint forklaring. La oss f.eks. sjå på *erstatningstrusselen* (plansje - sitat legetidsskrift 1935)

Poengen er at dette er skrive av ein lege for 60 år sidan. Det stod i Tidsskriftet Dnlf i 1935, før dei fleste av oss var påtenkte. Mitt perspektiv på samfunnsutviklinga vil eg beskrive med stikkord som *moderniteten, det moderne prosjekt, modernismen*. Dette er samfunnsfilosofiske omgrep som vi ikkje omgås til dagleg, og som humanister er meir fortrulege med enn vi helsepersonell. Og det er begrep som dekkjer ei utvikling som ikkje er 10–20 år gammal, men tvert om går minst 3–400 år bakover i tid. Det moderne mennesket i samfunnsfilosofisk/idehistorisk forstand er ikkje primært det mennesket som har to bilar i garasjen og dyrt brennevin i barskapet, som forbruker alt frå TV-apparat til samlivspartnarar, og som knapt nok veit at det ein gong eksisterte ein mann som heitte Einar Gerhardsen. Det moderne mennesket er som sagt minst 300 år gammalt, og identisk med det mennesket som med renessansen og reformasjonen, boktrykkerkunsten og den gryande kapitalismen erstatta Gud og paven som mål og mening for all aktivitet, og som sette trua på *sanninga og metoden, framskrittet og fridomen, teknologien og naturvitenskapen* i staden. Både paven og jomfru Maria blei degraderte, det teknologiske framskrittet, den politiske fridommen og den naturvitenskapelige metoden blei den nye treeinige guddommen som alle vedkjende seg i praksis, og som donna grunnlaget for det moderne samfunnet vi i dag har, og som på eit vis er minst like einsretta som

den mellomalderiske katolisismen. Difor kan norske ungar f.eks. få alternativ livssynsundervisning, dei kan gjerne bli buddhistar eller hinduistar, men dei kan ikkje fritas frå å lære om den naturvitenskapelige tenkjemåten eller dei teknologiske framskritta. Dei er ein så integret del av vår kultur – slik katolismen var det i mellomalderen – at alle må bøye seg inn under dei. Dette er modernismen. Modernismen er internasjonal i stil og framandgjerande i sin effekt. Modernismen har gitt oss eit høgteknologisk og velregulert samfunn som dei fleste av oss er glade for. Samstundes har kanskje nettopp denne utviklinga påført det moderne mennesket biverknader som blir oppfatta som helseplager og sjukdom, og som blir adressert helsevesenet som problemområde det har ansvaret for. I medisinens har modernismen ført til ei nokså grenselaus overtrø på vitskapen og forskninga som Det store svaret på alle spørsmål – og ei så stor *mistrust* til alt som smaker av verdiar og situasjonsbestemt skjønn at dei gamle humanistiske faga har blitt gløymde i medisinsk utdanning. Det individuelle mennesket med sine individuelle plager og skavanker står medisinens ofte nokså hjelpeause ovanfor, i allfall dersom tilstanden ikkje raskt og eintydig kan plasserast i ein eller annan offentleg godkjent diagnosekategori. Yrkesrollene våre har forandra seg. Mens legen i formoderne tid først og fremst var en farsfigur, skal ein no vere sjelesøgar og handverkar, rådgivar og røyrlleggjar, *father figure and plumber*, på same tid. Eg beklager ikkje dette. Eg tykkjer det er det som er det mest spanande med legerolla at den er så omfattande, at den alltid er eit både-og. Men det eg beklager, er at medisinarutdanninga så lite har lært oss kva det vil seie å vere «*father figure*» for folk som treng hjelp. Medisinens som akademi har blitt gjort om til eit teknologisk laboratorium, og kunsten å handtere Mennesket som menneske, den gamle Adam i

sitt problematiske samliv med den nye og toppmoderne Eva er blitt overlatt til velmeinende amatørar og alternativmedisinske sjarlatanar. Sjølv om dei såkalla «samsjukdommene» blei beskrivne som ein kommande epidemi i offentlege utredningar (NOU 1984:28), har det ikkje fått nokon konsekvens i form av endra helseutdanning, medisinarstudium eller likn.

Medisinens har dessverre alt for mange eksempel på at den i modernitetens namn har vore alt for ivrig i å kalle ting for sjukdom eller helseproblem, og i teknologisk og helsepolitisk iver forbrukt enkeltmenneske. Eit kjent eksempel er lobotomiens historie. Egas Moniz fekk nobelsprisen i medisin for å ha funne opp lobotomi. Behandlinga var effektiv, mortaliteten og etikken var det ingen som brydde seg om. Eit anna eksempel frå vår eiga historie er den politiske og medisinske iveren etter å få sigøynarane tvangsterilisert i mellomkrigstida. Medisinaren, samfunnslegen, idealisten Johan Scharffenberg, kjent for si sterke motstand mot nazi-Tyskland, kjempa for det meste som var sant, rett og godt i si samtid. Dessverre var det på den tida også god latin å kjempe for å tvangsterilisere sigøynarane. Alle tradisjonelle politiske grupper, frå raude kommunistar og sosialistar til borgerlege kristne var samla bak ønsket om å få dette gjort. Og Scharffenberg engasjerte seg med glød i saka. «Jeg nøler med ordet» seier historikaren Hans Fredrik Dahl i ein artikkel i Dagbladet. «Scharffenberg og helsemyndighetene er kanskje medansvarlige for et folkemord». Etter mi mening er det ikkje grunn til å moralisere over Scharffenberg og mellomkrigstida. Men det er kanskje grunn til å trekke ein lærdom. Lærdommen er at når moral og menneskeverd ofres i iveren etter å finne «fornuftige» løysingar, då har det moderne prosjektet gått av sporet, og vi sit igjen med ein sosialhygiene som til forveksling liknar den nazistiske rasehygiene.

ERSTATNINGSTRUSSELEN

"I mine første praksisår for 30 år siden ofret jeg ikke dette spørsmål en tanke. Nu går der neppe en uke uten at jeg føler det som et Damoklessverd over mitt hode. Forholdet mellom patient og lege er nu et helt annet enn det var for bare 20-30 år siden. Hvor består så denne forskjell? Den består blandt annet deri, at patienten anser seg for å være berettiget til å gjøre erstatningsansvar gjeldende, når det diagnostiske eller det terapeutiske resultat ikke ansees for å være tilfredsstillende"

Widerøe S. Om lægens rettslige stilling i erstatningssaker.
Tidsskr Nor Lægeforen 1935;55:1309-20.

Mange forfattarar har påpeika at nazi-Tyskland var ikkje eineståande, men heller eit ekstremt utslag av generelle tenkemåtar og politiske haldningar i Europa i mellomkrigstida. Tyskarane hadde sine jödar, vi hadde våre sigøynarar. Medisinske autoritetar lot seg bruke i begge land. Problemene med tataran er løyst – helsevesenet er ganske effektivt. Men måten det er løyst på, gir grunn til ettertanke. Det gir også grunn til ettertanke at dette materialet er lukka for offentleg innsyn – personvern er som så ofte ellers eit godt og vikarierande motiv for å sleppe ubehagelege spørsmål.

Sosialhygiene er å tenkje om samfunnet som ein tenkjer om enkeltkroppar. Det er å bruke metaforen folkekroppen, og tenkje sjukdom i folkekroppen som ein tenkjer sjukdom hos enkeltindividar. Ein sjukdom er ein fiende som skal bekjempast. Det er etisk relativt ukomplisert å fjerne ei vorte på nasen. Men det er etisk svært komplisert å fjerna uønska samfunnselement, anten no dei er omstreifarar, misbrukarar, avvikrar eller på anna vis «uhygieniske» innslag. Å sjå forskjellen er livsviktig for eit helsevesen som skal tene oss alle.

Gamal vin på nye flasker? Ja.

Frå Adam til det moderne mennesket eitt og det same, med same behov og same sjukdommar eksistensielt sett. Det som forandrar seg er dei materielle grunnvilkåra, og samfunnets måte å møte sjukdom på. Som helsearbeidarar av ulik kategori er vi opplærte til å handtere sjukdom kun på eit nivå, som definerte enkeltsjukdommar. Vi er opplærte til å redusere sjukdom til biologi og patologi. Vi har ikkje faglege antenner for at sjukdom er eksistensiell oppleveling. Skilnaden er som forskjellen mellom ein bilmekanikar og bilismen. Ein bilmekanikar kan mykje om den enkelte bilen, men lite om bilismen. Og det er stor skilnad å snakke om fenomenet bil som ei teknisk innretning som går på fire hjul, og å snakke om det som bilisme. Eg etterlyser eit medisinsk språk for sjukdom som eksistensielt fenomen, for sjukdom som tap og krise, som sorg og død, som angst og einsemd, som personleg skjebne. Eg etterlyser *ikkje* den rigide og medikaliserende varianten *krisepsykiatri*. Eg vil heller ha ein *light* variant a la *cola light*, ein medisinsk kultur som har opne øyrer for enkeltmenneskets fortelling og enkeltmenneskets integritet, som har bakkekontakt med folks kvarlagsliv, som er audmjuk, men

ikkje audmjukande, som er lyttande, men ikkje handlingslamma, som er villige til å kjenne på – og ta inn over seg – menneskets grunnvilkår og livets grensesituasjonar, som katastrofe og død, eigne misgrep og demoniske sider, den mursteinen som rammar ein tilfeldig i hovudet, sjølv om ein verken har røykt eller drukke, drive hor eller sluntra unna livets mange plikter. Eit helsevesen som har eit element av nåde, vidsyn og storsinn over seg, er sjølv sagt ein utsiskt draum og fagleg svermeri. Men det er lov å drøyme når ein er innestengd i ein så vakker fjord som Geirangerfjorden.

Eg synest Bjugnsaka illustrerer mange av mine poeng. Saka set i scene eit moderne samfunn i krise. Eit samfunn som har ei overdriven tru på Sanninga, Objektiviteten, Statistikken og Profesjonane. Eit samfunn som framleis trur på Den store oppklaringa. Korleis skal ein oppklare barns fantasiverden, overmetta som den er av impulsar fra vaksne? Eit samfunn og enkeltmenneske som blir ødelagt i ein kollektiv iver etter «å hjelpe den som treng det mest». Og eit Barneombod, lege og helseopplysar som i Scharffenbergs ånd tar heilt av i sin iver etter å helle bensin på bålet. Eg har lese denne boka, *En mor i Bjugn*, som førebuing til dette innleget. Eg trur den mora i Bjugn har mykje å lære alle oss som vågar å påta oss eit i prinsippet umogeleg og etisk tvilsomt mandat: Å hjelpe dei som treng det mest.

Eg vil avslutte med eit sitat frå eit intervju med Åshild Ulstrup (Dag og Tid). Sitatet illustrerar både samspelet mellom samfunn og pasient sett med barneaugo, og korleis det gjekk til at ei gammal kvinne frå Vestlandet aldri blei råka av den mystiske samsjukdommen:

«*Valen*-bygda er todelt. Den eine delen er den faste busetnaden på 500 menneske. Den andre er *Valen* sjukehus, der 500 sinnssjuke heldt til i Åshild si tid. – Eg har somme

gonge spurt meg sjølv kven som var galnast. Vi ungane var veldig påverka av dei på asylet, sidan dei var ein del av vaksenverda. Vi såg opp til dei fordi dei var vaksne, og vi var aldri redd dei sjølv om dei rømde. Eg hugsar den kvite stripa av pleiarar som sprang etter dei når dei stakk oppover lia. Vi heldt med deg sjuke, vi ønskte dei fridommen. Det verste for meg var at dei skulle mangle den, at dei blei nekta å

bestemme arbeidet sitt, privatlivet sitt, livet sitt! For fridommen er det viktigaste vi har. Mormor var 99 år då ho døydde. Ho hadde vore gift med bestefar min i 73 av dei. Eg spurde henne ein gong «Er det sant at dokke aldri har sagt eit skeivt ord til kvarandre?» «Koffer sko me da?» spurde mormor. «Han har alltid fått gjort ka'n vilja, og eg har alltid vore eit fritt menneske.» Men tru no ikkje at eg med dette seier at kontakt

med naturen eller eit harmonisk indre er alt som skal til for å leve i fridom. Ingen veit kva lagnad dei fær. Livet er faktisk ikkje så rettferdig. Du kan nok gere mykje, men det meste rår du ikkje over.

Takk for meg.

Hjelmeland 4. mai 1995
John Nessa



Never ever give up! Oppfordring funnet på en oppslagstavle i Uganda

Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det; Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspakter, Intervjuer, Brev fra periferien, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksbygden), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding på hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

Innsending av tekst til Utposten

Manuskriptet

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskrivning. En tekstsida i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket teknikk du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstsida i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, fargefotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

Innskrivning av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abastast skal Abastastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tektsbehandlingsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthetet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plasering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avtall markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null. Foran disse tegnene skal det ikke være ordmellomrom.

2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306–11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988;1190–3.
etc...

3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten ikke med ordmellomrom. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

4. Overskrifter

Artikkelveskrifter skrives med uthetet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthetet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellom to klammer på denne måten>.

Mellomtitler i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Et artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understrekning.

5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understreknes.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelen tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved «større» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

Virkningen av kommunehelse-tjenestelovens ti første år for primærlegetjenesten i Vestfold

Hvorledes har kommunene fordelt legeressursene til de ulike arbeidsområder i denne perioden?

Av Hans Knut Otterstad



Cand. med fra 1968 og spesialist i samfunnsmedisin. Har arbeidet i førstelinjetjensten i flere sammenhenger, som distriktslege og helserådsordfører i Rådel/Onsøy, samt ass. fylkeslege i Østfold før kommunehelseloven ble innført og som helsesjef og kommunaldirektør for helse- og sosialsektoren i Tønsberg etter at loven ble iverksatt. Har vært ass. fylkeslege i Vestfold siden 1988.

Innledning

Hensikten med denne rapporten er å gi et tilbakeblikk over en viktig fase av norsk helsetjeneste basert på kvantitative data.

Loven om kommunehelse-tjenesten ble vedtatt i 1982 og iverksatt i 1984. Begrunnelsen for

loven var i første rekke å skape en mer helhetlig helse- og sosialtjeneste med kommunene som ansvarlig organ for planlegging og koordinering av tjenestene. Det finansielle ansvaret ble delt mellom stat og kommune gjennom et rammefinansieringsystem.

Det var særlig for primærlegetjenesten at loven representerte en betydelig reform siden loven avsluttet den statlige distriktslegeordningen, mens allmennlegene som tidligere hadde en helt fri stilling måtte inngå kommunale driftsavtaler med den kommunale helseadministrasjonen.

Denne rapporten begrenser seg til å beskrive og dokumentere utviklingen av primærlegetjenesten i kommunene i Vestfold og gir svar på følgende spørsmål:

Hvorledes har kommunene styrkt legedekningen etter at de fikk hovedansvaret for tjenestene?

Hvorledes har kommunene fordelt legedekningen på de ulike virksomhetsområdene, dvs. sykdomsbehandling, eldreomsorg, forebyggende helsearbeid, miljøspørsmål og administrative oppgaver?

Kommunens stilling som koordinerende organ ble ytterligere styrket i 1988 da sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunen. Dette ga kommunene et helhetsperspektiv på førstelinjetjenestene som både medførte et økt ansvar, men også bedre muligheter for en mer effektiv fordeling av tjenester i forhold til behov og økonomiske rammer.

Metode og materiale

Fylkeslegekontorene har hatt som oppgave å produsere statistikk og medisinalberetninger som gir et bilde av helsetjenesten i kommuner og fylker. Denne statistikken har bare i beskjeden grad vært benyttet til å dokumentere om utviklingen har gått i ønsket retning i forhold til myndighetenes målsetninger.

Siden vi i 1994 kunne feire 10 års jubileum for kommunehelseloven, var det en utfordring å kunne presentere en oversikt over utviklingen av primærlegetjenesten i kommunene i Vestfold for denne perioden.

Når det gjelder legetjenesten, finnes det lite data som viser til hvilke virksomheter legeressursene er blitt kanalisiert. I 1989 – da kommunehelseloven var fem år, laget fylkeslegekontoret i Vestfold et eget spørreskjema for legetjenester som dokumenterte store forskjeller på kommunenes bruk av leger i helsetjenesten. Denne statistikken viste hvorledes kommunene fordelte legenes arbeidsoppgaver i løpet av en normal arbeidsuke.

Da Sosialdepartementet startet «Styrings- og informasjonshjulet for Helse- og sosialtjenesten i kommunene» var fylkeslegekontoret i Vestfold med i utviklingsarbeidet. Dette resulterte blant annet i at fylkeslegekontorets format for legestatistikk ble adoptert av Statistisk sentralbyrå og et revidert spørreskjema ble brukt ved innsamling av rutinedata for 1994. Dermed finnes det sammenlignba-

re data for femårsperioden 1989 – 94. For 1984 finnes kun medisinalberetningens oversikt over legeårsverk i kommunene. Her har jeg fordelt legetimene på virksomhetsområder etter lokalkunnskap og skjønn. 1984 tallene er derfor sammenlignbare for den totale legedeckningen, mens de er estimater for de enkelte virksomheter. Materialet består dermed av tre tverrsnitt : 1984, 1989 og 1994.

Resultater

Tabell 1 og Figur 1 viser resultatet for fordeling av primærlegetjenester i Vestfold i kommunehelse-tjenestelovens første ti-år slik dette ble dokumentert i 1984, 1989 og 1994.

1. Betydelig økning av legedeckningen
Tabellen viser at antall legetimer per uke økte fra 4095 i 1984 til 5181 i 1994, dvs. med hele 26,5% på 10 år. Som det framgår av figuren var økningen størst i de første fem årene, mens økningen det siste femåret har vært mer beskjeden, særlig hvis en tar i betraktnsing at endel av økningen skyldes etablering av avtaleløs legepraksis.

2. «Vinneren» er kurative tjenester fra legekontor

Den store vinner i kampen om begrensete ressurser er primærlegetjenester som tilbys fra legekontor. Dette kan beskrives på flere måter:

- Kurative legetimers andelen av de totale primærlegetjenester har økt fra 76 % i 1984 til 80,7 % i 1994.

Dette viser at ikke bare var sykdomsbehandling den desidert største virksomheten da kommunehelseloven ble innført, det har også skjedd en sterk relativ vekst for denne virksomheten.

- Den befolkningsbaserte primærlegedekning har økt med 19,5 % på ti år.

Tar en med økningen i folketallet i Vestfold, var dekningen 21,5 legetimer per 1000 innb.

per uke til kurative tjenester i 1984, mot 25,7 legetimer per 1000 per uke i 1994. Dette betyr at administrasjon og politikerne har prioritert kurative legetjenester betydelig mer enn det økningen i folketallet skulle gi grunnlag for.

- *Andelen kurative legetjenester som tilbys av avtaleløse leger har blitt en viktig faktor i Vestfold.* Avtaleløse leger var et ukjent begrep da loven ble innført i 1984, og andelen var også relativt beskjeden i 1989. I det siste femåret har imidlertid mange leger etablert seg i kommunene uten avtale og de utgjør nå nesten åtte prosent av det totale tilbudet.

Deres kurative arbeid lønnes gjennom pasientbetaling og de fleste får i tillegg også tilgang til statlige refusjonsordninger gjennom trygdesystemet. Denne statlige overføringen kommer som et tillegg til de kommunale rammene. Imidlertid viser det seg at endel kommuner benytter avtaleløse leger til helsestasjons-, skolehelse-, og institusjonsarbeid på deltid. På denne måten er de avtaleløse legene blitt integrert i den kommunale rammetilskuddsbaserte helse-tjenesten. Kommuner med avtaleløse leger som får en vesentlig del av sin lønn ved trygderefusjoner, får derved et indirekte tillegg av statlige midler gjennom denne form for primærlegetjeneste.

- *I Vestfold har slik etableringen skjedd i de største byene som er det mest naturlig sted for slik legevirksomhet*

- 3. *Den store taper er forebyggende helsearbeid i helsestasjon og skoler* For det forebyggende helsearbeidet i Vestfold har kommunehelseloven ikke medført noen styrking av legetjenesten slik mange hadde forventet. Denne virksomheten startet opp som den relativt minste med 6,6 % av det totale legetilbudet. Likevel har dekningen sun-

ket både absolutt og relativt. I 1994 var andelen bare 5,0% av det totale antall primærlegetimer.

Det er naturlig å kontrastere denne negative utviklingen med den sterke ekspansjonen av avtaleløst kurativt legearbeid. I 1994 var det 399 avtaleløse kurative legetimer per uke i Vestfold, mens antallet timer til forebygging var kun 259 timer.

Denne utviklingen harmonerer dårlig med statlige mål for å styrke det forebyggende helsearbeidet, og dokumenterer de vanskelige kår denne type arbeid har i kommunene.

4. Administrativt legearbeid og tilsynslegevirksomhet i eldreibutikker er også tapere

Disse virksomhetene har vært meget stabile når det gjelder tids-tall, men det er riktigere å se på den relative dekning siden ekspansjonen av primærlegetimer i Vestfold har vært så stor.

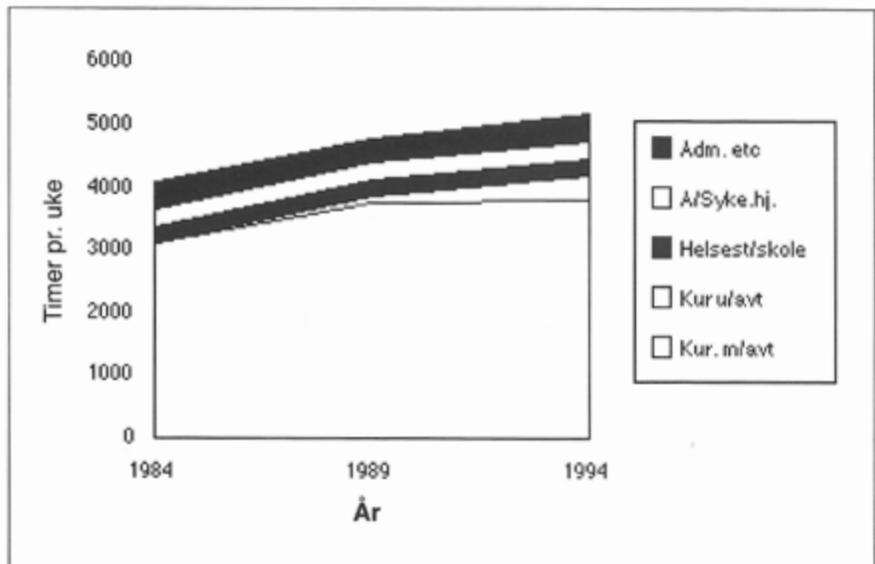
Administrativt legearbeid har blitt redusert fra 10,6 % i 1984 til 8,2 % i 1994, mens tilsynslegevirksomhet i eldreibutikker har blitt redusert fra 6,7 % til 5,3 % i samme periode. Det er bemerkelsesverdig at den primærmedisinske innsatsen i eldreibutikken målt i ukeverk ikke har holdt tritt med eldrebølgen og det økende antall dårlig pasienter i kommunenes eldreibutikker.

Diskusjon og konklusjon

En beskrivelse av hva som har skjedd i løpet av kommunehelse-tjenestens første ti år i Vestfold må ta utgangspunkt i de to hovedaktører (kommuner og staten) interesser og virkemidler.

Fra statens side har det i mange år vært et mål at det forebyggende helsearbeid skal styrkes. Resultatene fra kommunehelselovens første ti års periode i Vestfold må derfor være temmelig nedslående lesing når en skal evaluere virkningene av loven.

Staten detaljstyrer ikke lenger primærlegetjenesten gjennom statlige distriktsleger. Imidlertid har staten



Figur 1. Legedekning i Vestfold 1984-1994 fordelt på virksomhetsområder. Antall arbeidstimer per uke.

en stor indirekte styringsmulighet gjennom rammeverket og finansieringsordningene for primærlegearbeid.

Dette favoriserer kurativt legearbeid på tre måter:

- Pasientene betaler en del av legens lønn som egenandeler som enten tilfaller legen direkte, eller blir en driftsinntekt for kommunene når de har et fastlønnssystem for kommuneleger.
- Avlønningen gjennom trygdesystemet for kurative legetjenester (dvs. den delen av lønna som avtalelegene får direkte fra staten) er betydelig høyere enn den legene får fra kommunen for de øvrige tjenester, når en regner i timelønn.
- Legene kan selv styre den inn-

tekten de får fra trygdesystemet, og den er i prinsippet uten noe øvre tak, mens den kommunale lønnsinntekten er forhåndsbestemt gjennom kommunale budsjetter og blir kontrollert av kommunen.

Disse tre faktorene er trolig i seg selv nok til å forklare mesteparten av den utviklingen som har skjedd i Vestfold, dvs. en minimumsdekning av kommunalt avlønnede tjenester på samme nivå som da reformen ble introdusert, mens ekspansjonen har skjedd innen kurativt legearbeid som har helt andre rammebetegnelser. Det er verd å merke seg at dette har vært en lønnsom utvikling både for kommunene og de fleste primærlegene.

Kommunene har det direkte

ansvaret for at utviklingen har blitt som den har blitt. De fleste kommuner i Vestfold beskriver i sine planer for kommunehelsetjenesten betydningen av forebyggende helsearbeid. Kommunene har imidlertid opprettet nye avtalehjemler der legetimene hovedsakelig har gått til sykdomsbehandling, mens forebyggende legetjenester og styrking av legetjenesten i institusjoner for eldre er blitt hengende etter. Endringen i Vestfold fra 1984 til 1994 har skjedd via faglige råd, administrative anbefalinger og politiske vedtak i den enkelte kommune.

Staten har et indirekte ansvar for utviklingen ved å innføre et rammeverk og finansieringsordninger som favoriserer kurativt legearbeid. I en ti års periode med trang kommunal økonomi er det relativt enkelt å forstå hvorfor utviklingen har endt opp med det resultatet som statistikken beskriver for Vestfoldkommunene i 1994.

Det mest overraskende resultatet når det gjelder utviklingen av legeressursene i kommunene i Vestfold i løpet av det aktuelle tiåret, er oppblomstringen av avtalelös allmennlegepraksis de siste fem årene og integreringen av denne legegruppen i det kommunale legearbeidet.

Dersom en forutsetter at de offentlige økonomiske rammer til kommunehelsetjenesten er begrenset, dvs. at etterspørselsen etter tjenester er større enn finansieringsmulighetene, er det et helsepolitisk paradoks at kommunene ikke har kunnet øke ressursene til forebyggende helsearbeid, som er et prioritert område, mens legene har etablert seg i de større byene tilsvarende mot kommunale prioriteter, men delfinansiert av statlige midler via trygdesystemet.

Tallene fra kommunene i Vestfold avslører en viktig trend: Kurative tjenester forbruker nå over 80 % av de tilgjengelige legetimene, og tendensen peker mot 85% innen år 2000.

Denne situasjonsbeskrivelsen

Tabell 1. Legedekning i Vestfold fordelt på virksomhet. 1984-94. Timer per uke og prosent.

År	Kurativt m/avtale	Kurativt u/avtale	Helsestasjon/ skolehelse	Alders- og sykehjem	Adm. etc	Sum
1984	3114	0	271	275	435	4095
1989	3771	116	271	278	355	4791
1994	3823	399	259	273	427	5181
	prosent	prosent	prosent	prosent	prosent	prosent
1984	76,0	0,0	6,6	6,7	10,6	100,0
1989	78,7	2,4	5,7	5,8	7,4	100,0
1994	73,8	7,7	5,0	5,3	8,2	100,0



Helsekontroller til besvær

Helsekontroller i form av rutinemessige, fulle kliniske undersøkelser er en trofast gjenganger i medisinsk debatt og mer seiglivet enn den mest infame siameser. Denne gang er det Bjørg Bjotveit som i en artikkel i forrige nummer av Utposten (1) gjør seg til talsvinne for gjeninnføringen av de rutinemessige kliniske undersøkelser ved helsestasjonskontrollene.

Skjønt «gjeninnføring» er neppe et dekkende begrep. Til tross for en langvarig og omfattende teoretisk og akademisk avliving (2–4) har de rutinemessige undersøkelsene trolig levd et ganske omfattende liv både innenfor helsestasjonen, skolehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten. Årsakene til det er nok fler, men sammenfallet mellom godtfolks klokktetro på undersøkelsene og prosedyrens bekjemmelighet for legene står sentralt. Det nye med Bjotveit er at hun står fram og hevder å ha empirisk holdbar argumentasjon for kontrollenes renessanse.

Hos 583 barn finner hun hele 467 sykdommer/problemer, som jeg forstår hun mener er verdifullt

å finne. 55% gjorde hun noe for. Hos ca. 1/4 av barna gjorde hun sine funn uten noe støtte i anamnesen. Videre er ikke foreldrene, det vil i praksis si mor, til å stole på. I 37% av tilfellene visste hun ikke om problemene, og selv om hun visste om det, ville hun bare søkt lege i en begrenset andel av tilfellene. Bjotveit finner fotdeformiteter, ørevoks, stille ørebettanner og motoriske problemer, men er ikke påtregende presis i beskrivelsen av tilstandene, slik at det blir vanskelig for en utenforstående å vurdere dem. Er vanlige barn «friske», spør hun, og svarer vel egentlig at det er de slettes ikke alltid. Et budskap er at det er viktig å lindre de små ting, ikke bare tenke på de alvorlige. Lønningsutvalgets prioritiseringskriterier kan hun ikke ha mye til overs for.

Jeg må innrømme at det er lenge siden en artikkel har provosert meg mer. Her sliter vi med en befolkning som lider av kollektiv, galopperende medikalisering og manglende tiltro til egen vurderingsevne, og et helsevesen som ikke engang klarer å ta seg av de

med de mest alvorlige syke. Så kommer Bjotveit nærmest og heller bensin på en uheldig utvikling, – og det på et mer enn tvilsomt faglig grunnlag. Hun sykliggjør tilstander og mennesker der det ikke er faglig belegg for å gjøre det. Hun underkjerner vanlige menneskers evne til å stole på egen vurderings- og mestringsevne, og hun gjør seg til talsvinne for en politikk som er totalt forkastelig i en ressursmessig vanskelig situasjon for helsevesenet.

Bjotveits linje er etter mitt syn å gjøre helsetjenestene til børnetjenester, og det kan neppe være et mål vi bør tilstrebe.

Petter Øgar
Pb. 411, 5801 Sogndal.

Litteratur

1. Bjotveit B. Helsestasjonens legekontroller. Utposten 1995; 26 (6)
2. Siem H. Massundersøkelser og helsekontroller. Rapport 2-1979. Oslo, NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, 1979.
3. Helsekontrollutvalget. Lysaker, Den norske lægeforening, 1990.
4. Grimsø A. Forebyggende helsearbeid i skolen. Oslo; kommuneforlaget, 1989.

viser betydningen av å ha et oversiktlig helsestatistikksystem som kan dokumentere trender og utvikling og tjene som et objektivt grunnlag for helsepolitiske avgjørelser.

Lærdommen fra Vestfold er klar: Kurative primærlejetjenester skaper sine egne behov og har hatt et økonomisk grunnlag utenfor kommunenes rammer i det første

ti-året etter kommunehelselovens ikrafttreden.

Etter 10 år med kommunehelseloven sitter vi igjen med to sentrale spørsmål :

- Finnes det noen øvre grense for hvor mye kurativt legearbeid kommunehelsetjenesten kan absorbere?
- Hvem tar ansvaret for at mål-

setningene for det forebyggende helsearbeid blir satt ut i livet og at primærlegenes lønnsystemer ikke bidrar til at utviklingen i perioden 1984 – 1994 fortsetter inn i år 2000?

Hans Knut Otterstad
Fylkeslegen i Vestfold
Pb. 2353, 3103 Tønsberg



Når nettene blir lange...

UTPOSTENs 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) 56 14 40 42 (fax)

x400-e-post: G=john S=leer P=ccmail A=telemax C=no

E-post Internet: john.leer@isf.uib.no

Bokanmeldelse: Brukerhåndbok for Epi Info 6 – Norsk kompendium

Jeg har gleddet meg over at vi har fått en norsk lærebok i Epi Info.

Statistikk er vanskelig, bruk av Edb-programmer er vanskelig, og en lærebok på norsk vil kunne senke barrierene såpass at flere vil gi seg i kast med statistiske oppgaver til nytte og glede.

Det er fortjenstfullt av avdelingsoverlege Torleif Ruud ved Nordfjord psykiatriske senter å ha gitt seg i kast med oppgaven. Han har virkelig vært dristig som har skrevet fra «scratch» i stedet for å oversette den amerikanske originalen. Jeg forstår hensikten med dette – å gi en mer kortfattet innføring, og så bruke originalmanualen som oppslagsverk. (Originalen finnes forresten «on-line» tilgjengelig som en del av Epi Info programmet).

Førsteinntrykket er en brukervennlig bok. Delikat layout, ryddig innholdsfortegnelse, forfatteren henvender seg til leseren på en likefrem og tiltalende måte og forklarer bokens siktemål og oppbygging. Imidlertid er det særlig i kapitlene om dataanalyse en del feil og forvirrende forklaringer som gjør at ferske brukere nok må støtte seg tungt på F1-tasten underveis. (Den kontekst-sensitive hjelpefunksjonen som er bygget inn i programmet og som aktiveres ved funksjonstast F1 er i mange tilfeller den mest effektive måten å lære å bruke Epi Info).

Den amerikanske originalma-

nualen omtaler de ulike delene og operasjonene i Epi Info flere ganger, på økende vanskelighetsnivå, mens Ruud har valgt å presentere alt stoffet om de ulike delprogrammene på ett sted. Dette gjør etter min mening fremstillingen litt tung: Mange vil nok falle av lasset ved gjennomgang av avansert bruk av Epi Info, mens de ikke finner noen god forklaring på funksjoner de ofte har bruk for.

Boken følger den logiske rekkefølgen i gjennomføringen av en undersøkelse:

- 1: Design av registreringsskjema ved hjelp av tekstbehandlingsmodulen EPED
- 2: Opprettelse av databasen ved hjelp av dataregistreringsmodulen ENTER
- 3: Kvalitetskontrollrutiner til bruk under inntastingen ved hjelp av modulen CHECK
- 4: Dataregistrering med ENTER
- 5: Manipulering av det ferdige datamaterialet og utkjøring av tabeller, lister og grafikk ved hjelp av modulen ANALYSIS

I tillegg omtales ulike hjelpemoduler for import og eksport av data og kort om oppbygging av større, menystyrte informasjonssystemer.

Kapitlet om tekstbehandling og design av spørreskjema med variabelnavn og variabeltyper er passende i omfang. Beskrivelsen av CHECK-programmet er grundig

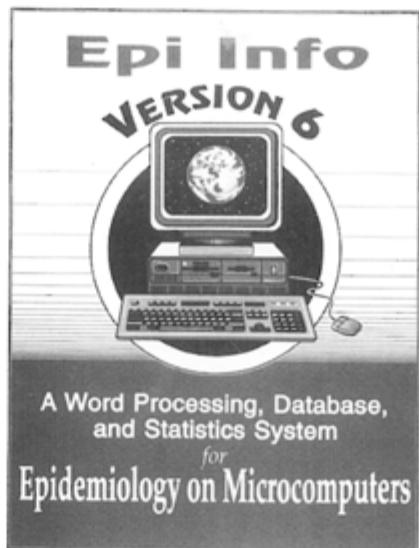
og svært omfattende, en del av de kompliserte matematiske beregninger ville en i det virkelige liv heller gjøre i analysefasen (for eksempel gruppere personer i aldersgrupper).

Beskrivelsen av ENTER er passende i omfang, men på slutten bryter han med sitt prinsipp om å omtale funksjoner samlet, idet han under kapitel 5 om dataregistring omtaler en rekke av funksjonene i analysemodulen ANALYSIS.

Kapitel 6 heter «Generelt om rapporter og analyser». Her presenteres først programmodulen ANALYSIS. Det hadde gjort seg med en illustrasjon som viser inndelingen av skjermbildet, funksjonstaster mv. Utover i kapitlet er han innom svært mange av kommandoene for utskrift, innstillinger, å analysere utvalg av datamaterialet, og presenterer til deles avansert programmering i Epi Info. I egne kapitler samler han så «det daglige brød» av tabeller og rapporter, grafikk og statistisk analyse. Dette er forsiktig greit nok, men av pedagogiske grunner burde kanskje disse kapitlene kommet før kapitel 6.

En del feil og uheldige valg av eksempler forvirrer leseren. Jeg nevner noen av de viktigste her. De viktigste feilene forekommer i omtalen av delmodulen ANALYSIS: Kommandoen FREQ er laget for å telle opp antallet poster (records) som har det til felles at

Brukerhåndbok for Epi Info 6[®] Norsk kompendium



de har den samme verdi for *en* kategorisk (eller diskontinuerlig) variabel. I øvelse 6.3 (s61) og øvelse 7.2 (s73) gis det eksempler på bruk av kommandoen FREQ. Men tabellene som er gjengitt er krysstabeller av *to* variable som er produsert med en annen kommando, nemlig TABLES, slik som ganske riktig er fremstilt i øvelse 7.3 (s75)!

Egnede eksempler på analyse av slige kategoriske variable i øvelsene ville være «FREQ kjønn» og «FREQ sivilstand». På side 84 demonstrerer han derimot FREQ ved å bruke kommandoen på variablen «alder». Dette er uheldig. Variablen «alder» er et eksempel på en kontinuerlig eller metrisk variabel som bedre egner seg til å vurdere ved beregninger av minimum, maksimum, gjennomsnitt osv. I det presenterte eksempelet ser vi imidlertid hvor intelligent Epi Info er konstruert: Programmet erkjenner at en uhensiktsmessig

kommando er valgt, og presenterer den ønskede analyse ved at den istedenfor FREQ utfører kommandoen MEANS som nettopp er laget for å analysere kontinuerlige variable.

MEANS analyserer altså spredning av verdier for en kontinuerlig variabel, og ser om spredningen er signifikant forskjellig i undergrupper fordelt etter innholdet i en kategorisk grupperingsvariabel. Eksempelet i boka: er det signifikant forskjell på alders-

gjennomsnittet for kvinner i forhold til for menn? Dersom grupperingsvariablen utelates, analyseres hvorvidt gjennomsnittet er signifikant forskjellig fra null. Dette omtales i boka, men det burde vært presistert at en må forutsette at spredningen er normalfordelt. På side 88 har han blandet sammen utskriftene fra regresjonsana-

lysen REGRESS opp i utskriften fra MEANS. Dette, sammen med forklaringen er forvirrende.

I tillegg til dette er det en rekke unøyaktigheter som imidlertid har mindre betydning: En trenger ikke indeksere filer for å kunne relatere med kommandoen RELATE (s60,61). Forvirrende er også opplysning om kommandoen CLOSE (s47). Denne kommandoen trenger en sjeldent aldri bruke (unntatt i komplekse programsystemer), og det gir i alle fall ingen mening å bruke CLOSE om en programfil (s54). På side 21 om opprettelse av datafil ved hjelp av programmet ENTER: Stoffet om indeksfiler i siste avsnitt hører hjemme under kapitlet om input-kontrollprogrammet CHECK.

Konklusjon: Initiativet er prisverdig, foreløpig er resultatet noe uferdig, men med en gjennomarbeiding og feilretting vil boka kunne bidra til ytterligere å befeste Epi Info sin posisjon som standardverktøy for statistikk i helsevesenet.

Vegard Høgli,
GRUK, Nedre Hjellegt. 1,
3724 Skien

Epi Info er et gratis, men likevel fullt ut profesjonelt dataverktøy for statistisk analyse. Det er lett å lære og lett å bruke, og kan tilpasses slik at det kan utgjøre avanserte «nøkkelferdige» dataløsninger. Det er bygget opp av moduler for tekstbehandling/design av registreringsskjema, en database for inntasting, redigering og gjenfinning av data, Statistisk analyse med tabeller, lister og grafikk, et programmerbart menykall, samt en rekke hjelpeprogrammer. Programmet er utviklet av Center for Disease Control, USA i samarbeid med Verdens helseorganisasjon og er spesielt tilrettelagt for bruk på epidemiologiske problemstillinger. Programmet er standardverktøy for fylkeslegeataten og Statens helsetilsyn, og det undervises i verktøyet bl.a. på Kommunelegekurset på Folkehelsa og Folkehelseutdanningen ved Universitetet i Tromsø. Programmet og manualer skaffes til selvkost fra Norsk Epi Info, PB 2025, 3237 Sandefjord, fax 33 45 60 70.



Av Morten Laudal

Inneklimaet har i de senere år vært et satsningsområde for den forebyggende helsetjeneste. Oppfatningen har vært at ugunstig inneklima fører til sykdom. Forskjellige statlige organer har engasjert seg i inneklimaproblematikken, kanskje særlig bør det tverrfaglige prosjek-

Inneklima og sykdom – endelig napp?

En miljømedisinsk kasuistikk

tet «Hus og helse» nevnes. Også i de nasjonale målsetninger for helsepolitikken har inneklimaet vært fokusert.

Lite dokumentert kunnskap om inneklima og helse

Det har vært en forbausende liten produksjon av data som sikkert påviser sammenheng mellom inneklima og sykdommer. Den manglende produksjonen av slike resultater har vært så påfallende at enkelte skeptikere har lurt på om hele inneklimaproblematikken er et tilfelle av «keiserens nye klær». Tross alt kan det være andre ting enn inneklimaet som har ført til den moderne tids økning av luftveis-sykdommer og allergiske sykdommer.

I vår kommune har vi kunnet dokumentere helseskadelig effekt av dårlig inneklima. Funnet er interessant, men viser samtidig at elendigheten skal være temmelig tydelig før slike funn kan demonstreres.

Resultatet av dårlig kommuneskønn

Utgangspunktet er kommunens elendige økonomi som i første omgang har nødvendiggjort saldering av budsjetter med vedlikeholdsmidler i årtier. I andre omgang ble renholdsrutinene i skolene så rasjonalisert og strømlinjeformet at skolepersonellet klaget over dårlig renhold. Helsetjenesten oppfanget signalet, og ved inspeksjon i en skole ble det avdekket forhold så graverende mht. renhold at håndfaste tiltak syntes umulig å unngå. Hovedpro-

blemet var fukt, råte og påfølgende vannlekkasjer som umuliggjorde godt renhold. Flere forhold ble bemerket, men det mest graverende ble funne i ett klasserom. Her var det drypping fra taket på flere steder ved regnvær, og i deler av vinduskarmen var råten gått gjennom treverk og maling, slik at vinduskarmen gav etter for trykk med en finger. Læreren klaged over at elevene var mye syke.

Sykefravær i skoleklasser

Signalet om mye sykdom ble tilfeldigvis forsterket av at jeg nylig hadde hatt en av elevene i klassen som pasient, han hadde fått nyoppstått astma samme høst som han begynte i dette klasserommet. Derfor besluttet vi å granske fraværtallene. Skoler har meget god oversikt over elevenes fravær. På barnetrinnet kan vi anta at det alt overveiende fraværet skyldes sykdom. Det var derfor lett å anslå det totale sykefraværet i den aktuelle klassen mens de hadde vært i dette klasserommet og i tilsvarende periode året før. Dette kunne også sammenlignes med fraværet for resten av skolen. I dette tilfellet dreide det seg om en liten skole, totalt 73 elever, og 14 i den aktuelle klassen. Når det som skal måles er antall fremmøtedager og den avhengige variabelen er antall fraværsdager, blir det allikevel så store tall at statistikken kan bli god.

Statistikk og beregninger

Fraværsprosenten definieres som antall fraværsdager i prosent av antall mulige fremmøtedager.

Vi har sett på fraværsprosenten

i endel tidsperioder: De 126 dager da den aktuelle klassen var i det dårlige klasserommet: 7,9. Samme tidsperiode året før, i annet klasserom, samme klasse: 2,8. Resten av skoleåret i nytt klasserom, samme klasse: 5,9. Hele skolen i 63 tilfelige dager (3 høst/vintermnd.): 4,9. Hele skolen hele skoleåret: 4,4.

Det viste seg raskt at forskjellene var statistisk signifikante. Økningen for den aktuelle klassen fra det ene året til det neste med p-verdi på $<0,01$ mellom den aktuelle klassen og hele skolen var det også signifikant forskjell. ($p <0,05$). Det sykefraværet som kunne tilskrives klasserommet ble beregnet til 10 ukers sykefravær for én elev.

Tiltak og konklusjon

På denne bakgrunn tilrådde man at klasserommet ble stengt, hvilket skjedde umiddelbart. Etter observasjonstid ut skoleåret, var reduksjonen i sykefravær for den aktuelle klassen igjen signifikant, med $p <0,05$.

Årsakssammenhengen kunne en teoretisk sett spekulere på. I konferanse med Folkehelsas eksperter på sopp og sporer, fikk jeg vite at når forholdene er slik at råte og fukt er åpenbart, gir det liten mening å dokumentere tilstedsvarsel av sopp og sporer. De er der – helt sikkert, og i store mengder. Risikoen ved forsøk på dyrkning mv. er at artefakter eller annet ved prøvetakningen gir gale svar, og forkludrer det evidente. Vi

følte oss dermed sikre nok til å kunne hevde at sykefraværet hadde sammenheng med sopp og sporer, og anbefalte retting og midlertidig stengning.

Stengningen forårsaket endring i kommunens vedlikeholdsprogram, slik at 350 000 kroner ble tatt fra andre høyt påkrevde vedlikeholdsoppgaver for å utbedre taket på skolen.

Det interessante er imidlertid å erkjenne at dette, riktignok ekstreme inneklimaet, beviselig synes å kunne være årsak til en betydelig økt sykelighet blandt elevene.

Morten Laudal
Tømmeråsen 5
1555 Son



NaKuHel-kurs (natur, kultur og helse)

**Et annerledes kurs for deg som er interessert i kroniske muskelplager.
Er det sammneheng mellom tanker, følelser og kroppens reaksjoner?**

Målgruppe: Allmennpraktikere, bedriftsleger, fysioterapeuter, sykepleiere og tannleger

Læringsmål: Gi deltakerne erfaringer i ulike arbeidsmetoder som gjør det mulig å gripe fatt i den komplekse helheten i den enkeltes kroniske muskelplager.

Opplegget er basert på erfaringsslæring forankret i teori; dvs. deltakerne får anledning til å «selv kjenne på egen kropp» de metodene som kan brukes overfor personer med kroniske muskelplager, (bevissthetts- og oppmerksomhetstrening, puste- og avspenningsøvelser, ulike mestringsstrategier, bearbeiding av motstand mot forandring, bruk av natur og musikk osv). Kurset fordrer derfor aktiv deltagelse.

Kurssted og tid: Sem Gjestegård, Asker, 11. – 13. mars 1996

Kursledelse: Bedriftslege Liv Haugli, professor Harald Eriksen, kulturkonsulent Lars S. Hauge, pedagog Eldri Steen og prof. Gunnar Tellnes

Påmelding: NaKuHel-prosjektet v/G. Tellnes, Semsvn. 168, 1370 Asker

Påmeldingsfrist: 1. januar 1996 (Ved påmeldingen betales kr. 1 500,- til postgironr.: 0826 0705793)

Kursavgift: Kr. 3 000,- + opphold på Sem Gjestegård (kr 950,- pr døgn)

11. mars

Kl.	09.00	Presentasjon. Introduksjon av kurset. v/L. Haugli, E. Steen og L. Hauge
"	11.00	NaKuHel-konseptets ide og visjon v/G. Tellnes
"	12.00	<i>Lunch</i>
"	13.00	«Meg selv» som instrument i møte med personer med kroniske muskelplager v/L. Haugli og E. Steen
"	15.00	Trening på grunnleggende metodikk. (Forholdet mellom sansing, tolkning og egne reaksjoner, forholdet mellom saksinformasjon, lytteøvelser) v/L. Haugli og E. Steen
"	17.00	<i>Middag</i>
"	18.00	Hvordan bruke natur og kultur i helsefremmende arbeid v/L. Hauge
"	21.00	Oppsummering

12. mars

Kl.	09.00	Teori og øvelser om forandring og motstand mot forandring v/L. Haugli og E. Steen
"	12.00	<i>Lunch</i>
"	13.00	Språkets betydning for forståelse av forholdet mellom læring og rådgiving v/L. Haugli og E. Steen
"	15.00	Verdier synliggjort i møte med personer med kroniske muskelplager v/L. Haugli og E. Steen.
"	17.00	<i>Middag</i>
"	18.00	Smertemestring – nytenkning. v/L. Haugli og E. Steen og L. Hauge
"	19.00	Avspennings teknikker. v/L. Haugli og E. Steen
"	21.00	Oppsummering.

13. mars

Kl.	09.00	Kan egne reaksjoner blokkere for evnen til å lytte? v/L. Haugli og E. Steen
"	11.00	Awareness (bevissthetts- og oppmerksamhetstrening) v/L. Haugli og E. Steen
"	12.00	<i>Lunch</i>
"	13.00	Hvordan tenke nytt? Bruk av ulike utradisjonelle metoder v/L. Haugli og E. Steen
"	15.00	Evaluering, avslutning.

Ren medisin - full dosekontroll

- Ingen koordinering
- Effektiv¹
- Unik sikkehetsprofil²



LOMUDAL® INHALASJONSPULVER
20 mg/kapsel levert via SPINHALER® er
et godt antiinflammatorisk alternativ
ved behandling av asthma bronchiale
og bronkial hyperreaktivitet for
pasienter over 5 år.^{1,3} Forbedret
SPINHALER® har fastmontert,
roterende propell som gjør den
enktere å lade. SPINHALEREN®
leveres i et hendig etui med
plass til 4 pulverkapsler.

Ref.: 1. International Consensus Report on Diagnosis and Management
of Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. USA, June 1992.
2. Edwards, A.M., Clinical and Experimental Allergy, 1994, volume 24,612-623.
3. Langhammer A., Lingaa Holmen, T., Bronkial astma hos barn og unge.
NSAMs handlingsprogram for allmenpraksis. TANO A.S. 1991.

FISON'S
Pharmaceuticals

Grini Næringspark 15, 1345 Østerås.
Tlf. 67.14.72.50. Fax: 67.14.36.56.

FAKTA OM LOMUDAL® ANTASTMATIKUM

INHALASJONSAEROSOL 5 MG./dosed-Hver dose innh.: Natrii cromoglicas 5mg, sorbitan, triclosas (tetrafluorodichlorethan, difluorodichlormethan) q.s.

INHALASJONSPULVER 20mg: Hver kapsel innh.: Natrii cromoglicas 20mg.

EIGENSKAPER: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Et preparat til antiinflammatorisk behandling av astma. Natriumkromoglikat forhindrer degranolering av mastcellen og derved frigjøring av histamin og andre mediatorsubstanse. Videre hemmes aktiviteten og frigjøring av mediatorsubstanse fra eosinofile cel. En mulig virkningsmekanisme er også en afferent, vagal refleksbremming, som forhindrer både den tidlige og senne astmatiske reaksjonen i lungene. Natriumkromoglikat har også visst seg å kunne forhindre utvikling av bronkial hyperaktivitet. Natriumkromoglikat har ingen effekt på bronkopasme og skal derfor ikke brukes symptotisk. For å muliggjøre god deponeering forårsaket av allergen, anstrengelse, kald luft og kjemiske rensing kan imidertid forebygges av en dose natriumkromoglikatinatt straks før eksponering. Kan også gi effekt i tilfeller der utsøende allergen ikke er kjent eller mistenkt.

Indikasjoner: Asthma bronchiale, bronkial hyperaktivitet.

Kontraindikasjoner: Overhåndommet overføring av inneholdsstoff.

Barn: Dosestørrelsen må tilpasses pasientens alder og vekt. Hver dose kan ikke overskrides.

Mulig siddende, alvorlig bronkopasme blitt rapportert med natriumkromoglikat gitt som inhalasjonspulver.

Graviditet/Amning: Det er ingen kjent risiko ved graviditet eller amning.

Dosering: Individuell. Inhalasjonssprut: Normaldose for voksne og barn: Initiat: 2 inhalasjoner 4 ganger daglig. Når tilstanden er under kontroll, kan dosisenforskrift reduseres til et lavere vedlikeholdsnivå. Dette bør sikre under nøyaktig kontroll. Tidværlige tilfeller eller under perioder med høy allergenseksponering, kan antallet inhalasjoner fordobles. Ved anstrengelsesutløst astma, bør preparatet brukes kort tid før (10-15 minutter) for anstrengelsen. En ekstra dose kan iblant behovs straks før anstrengelsen, eller under eksponering av andre utløsende faktorer. Ved langvarig anstrengelse bør det doseres hver annen time. Dersom behandlingen av en eller annen grunn må avbrytes, bør doses gradvis reduseres under medisinsk kontroll. Inhalasjonspulver: Voksne og Barn: Initiat: 1 kapsel 4 ganger daglig. Ved behov kan antall kapsler økes til 8 pr. dag. Når tilstanden er under kontroll, kan dosesen forsoksvurderes ned til et lavere vedlikeholdsnivå. Administreringsrute: Klinisk effekt oppnås bare etter inhalasjon. Kapslene administreres ved hjelp av Spinhaler. Inhalasjonssveske: Voksne og Barn: Initiat: 1 ampolle 4 ganger daglig. Ved alvorlige tilfeller: 1 ampolle hver 3. time, eller 5-6 ganger pr. dag.

Andre opplysninger: Fordi preparatet virker profilaktisk er det viktig å opprettholde kontinuerlig behandling. Ettersom symptomene kan residuere, bør pasienten gjøres oppmerksam på at behandlingen ikke må avbrytes selv om astmasymptomene hell eller delvis oppholder. Pasientens inhalasjonsteknikk bør kontrolleres regelmessig.

Pakninger og priser: Inhalasjonssveske: 2x112 doser + inhalasjonstube kr. 737.20. Inhalasjonspulver: Empac: 100 stk. kr. 288,10 Med Spinhaler: 100 stk. kr. 324,80. Inhalasjonssveske: Plastamp.: 120x2ml. kr. 511,00.

C PULMICORT TURBUHALER® DR
Kortikosteroid

T INHALASJONSPULVER: 100 µg/d
µg/dose: Hver dose inneholder Budesonid
400 µg. Egenskaper: Ved bruk

(Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe-stoffer 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 nás etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virkhet på 10-12 timer. Metabolisme: Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktivertes 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 sveig kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adførstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på hoy dosering er det påvist binyre-barksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. Forsiktigheitsregler: Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøyde. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinit, eksem, muskel- og leddsmarter) på grunn av minket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske innlegg m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. Graviditet/ammung: 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 morsmilk: Opplysninger foreligger ikke. Dosering: Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved doseredusjon 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 doserings-hyppigheten økes. Barn ≥ 6 år: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyre-barksuppresjon. 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 exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugger. 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 hoydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene 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 kortikosteroidbehandlinga 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 andedrag via munstykket, selv om kravet til inhalasjonteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjons-erosol. 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 sprytte ut etter hver dosering. Pakninger og priser: 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2 Punkt for godtgjørelse iflg. § 9 i Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige legemidler.

1341
Rutle, Olav
Sjøbergvn. 32
2050 JESSHEIM

- 568

Turbuhaler® er
alasjonssteroid

med denne fordelen:

**"Dosering 1 gang daglig
vil kunne være aktuelt for
voksne pasienter som ikke
trenger mer enn 400 µg pr. dag."**

(Felleskatalogen)



200 doser
Pulmicort®
Turbuhaler®
400 mikrog/dos
Inhalationspulver
Budesonid.
DRACO Lund, Sverige

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skåner
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50