

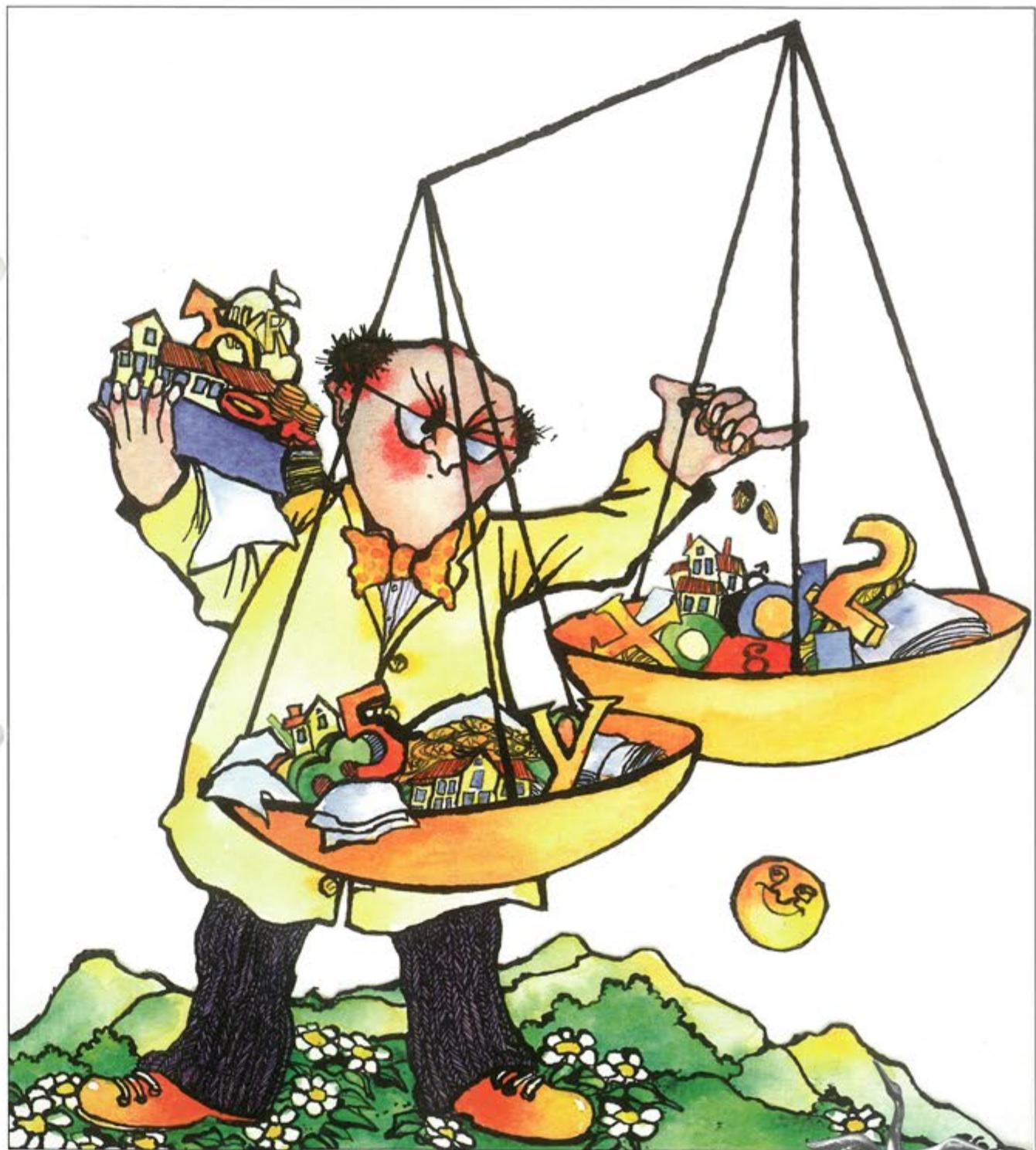
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7/8

1996

ÅRGANG 25



Det vanskelige skjønnet



Nr. 7/8 , 1996

267 *Betty Pettersen*
Leder: Det vanskelige skjønnet

268 *Petter Øgar*
Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen

273 *Lars Hanssen – leserbrev*
Statlige forskrifter og lokalt selvstyre

274 Utpostens tekst- og illustrasjonspris

275 Løvetannprisen 1996/NMDs pris 1996

276 *Sverre Lundevall*
Om den store lydighetskampanjen som ruller over landet

278 *Odd Jarle Kvamme og Hans Olav Fadnes*
Samhandling mellom allmennpraktikar og sjukehuslege

284 *RELIS*
Sopp og amming

286 Indeks 1996

288 *Kirsten Petersen – leserbrev*
Helsestasjon og skolehelsetjeneste i fremtiden – er det liv laga?

292 *Lars Tjenvoll*
Helse og sykdom

297 *Bokmelding*
Førstehjelp

297 Smil i hverdagen

298 *Bokmelding*
Kaos og kosmos

299 *Bokmelding*
Kognitiv psykologi

300 *Sverre Lundevall*
Foryngelse i nord

304 *Utpostens EDB-spalte – Satya P. Sharma*
Bruk av PC i presentasjoner

305 Utpostens 25-årsjubileum

307 Forfatterveiledning

Forside: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

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

Redaksjonen:

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

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

Betty Pettersen
Kraermervikveien 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
Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.
Tlf.: 63 97 32 22
Fax: 63 97 16 25

Abonnement:
Kr 325,- 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

Det vanskelige skjønnet

Er det mulig å skrive om skjønnsutøvelse, er det mulig å si noe generelt om skjønnsutøvelse, er det mulig å diskutere skjønn? Vi mener det er viktig og at det er mulig. Viktig er det fordi det er en så viktig del av all medisinsk fagutøvelse og alt medisinsk engasjement og fordi det i stadig større grad settes spørsmål ved nettopp skjønnsutøvelsen. Mulig – hvis noen får anledning og tar seg tid til å tenke grundig gjennom det.

Det kliniske skjønn har tradisjonelt hatt noe magisk, hemmelig og ubeskrivelig over seg. Det gode skjønn utvikles over tid, gjennom å treffe mange, til dels svært mange pasienter, gjennom å jobbe veldig lenge og veldig mye, gjennom å forstå det som ikke kan eller skal sies, skrives eller beskrives. Skjønnsutøvelse bare er der, det kan ikke fanges eller helt forstås. Og når det er brukt er det ofte vanskelig å bestride – det er som om det hører til et utilnærmet felt mellom kollegialitet og personlighet, beskyttet av personvern.

All medisinsk virksomhet innebefatter bruk av skjønn. Det er ikke noe illegitimit eller skummelt ved det, – svært mye annen virksomhet innebefatter også bruk av skjønn. Skjønn må brukes der absolutt sannhet ikke finnes, der «sannheter» ikke strekker til eller der «sannheter» synes motstridende.

Skjønn er også en fase før sannhet, – da i betydning av intuisjon¹ eller ideer.

Grunnudanning, videre- og etterutdanning, ja, i grunnen all legevirksomhet går ut på å lære å utøve skjønn. Skjønn er et spørsmål om hvordan forvalte ulike typer informasjon – uttalt og ikke uttalt informasjon fra pasienten (og pårørende), egen undersøkelse av pasienten, fra kolleger, røntgen, laboratoriet, fra forskere innen grunnfagene, kliniske fag og andre fagområder utenfor det rent medisinske, fra trygdeverket og den farmasøytske industri. Det baseres også på ens egne erfaringer, både innenfor og utenfor faget. At det også har med personlig forhold for den enkelte yrkesutøver å gjøre skal ikke glemmes. Interesser, menneske- og samfunnssyn og verdigrunnlag er også bestemmende for vårt skjønn.

En lærer sa en gang at det dreide som om «an educated guess», og det er vel tidvis noe i det. Men så enkelt er det ikke, – i dag blir alle medisinske utøvere i så stor grad kastet lys på at man i enhver situasjon som synes å innebære skjønn må kunne dokumentere hva man har benyttet av informasjon, hvor legitimt det er å benytte den, hvor god den egentlig er som grunnlag, og til og med hvorfor man ikke har benyttet annen informasjon!!! Nå skal vi kunne si noe om det som ligger mellom linjene, mellom ordene, over pasientsengen og bak pannene våre når vi har med pasienter og prioriteringer og saksutredninger av mange slag å gjøre. Det usigelige skal frem!

Det vi ikke trodde var mulig er nå blitt nødvendig!

Og noen prøver å gjøre det! Petter Øgar har gjort et intellektuelt nybrottsarbeid og har sortert ut og systematisert viktige aspekter ved samfunnsmedisinsk skjønnsutøvelse i sin artikkel i dette nummeret av Utposten². Samfunnsmedisinsk praksis representerer aktiviteter på mange og ulikartede felt, – fra vannkvalitet og tilsyn ved sykehjem til plan for psykisk helsevern i kommunen, kontroll i forhold til røykeloven, ansettelses, støy, reguleringsplaner og epidemiisk overvåkning. Øgar beskriver og diskuterer en del fellestrekker ved fagutøvelse på de samfunnsmedisinske arenaene, og lykkes – etter min mening – å komme begrepet skjønn nærmere inn på klingen. Han beskriver med andre ord grunnleggende trekk av svært mange aktiviteter vi utøver, og kritiserer oss delvis for ikke å ta nok hensyn til disse.

Det faktum at vi vet at skjønn er en integrert del av all medisinsk virksomhet, at det kanskje er det vanskeligste og mest smertelige ved fagutøvelsen og samtidig det mest spennende og det som kaller mest på de kunstneriske sider av oss gjør det til en stor utfordring å utvikle både metoder og opplæringsmetoder for dette. Vi kommer ikke bort fra den ensomme skjønnsutøver som stirrer med sitt informasjonstilfeng, men vi kan kanskje utvikle tryggere metoder for ham eller henne og



utvikle støttesystemer som de kan bruke både før og etter at skjønnsutøvelsen har funnet sted!

For samfunnsmedisinerne er dette kanskje spesielt kritisk. På grunn av samfunnsmedisinernes rolle i kanten av medisinens domene ut mot samfunnet, – som målbærere av medisinsk kunnskap til mange andre grupper i samfunnet og som forsvarere av helseaspektene og medisinens verdi i beslutningsprosesser utenfor helsetjenesten, er det viktig at også andre leger ser hvilket behov disse har for både faglig bistand, støtte og respekt!

Samfunnsmedisinerne etterspør artikler som den Petter Øgar har skrevet, og vil helt sikkert ta imot oppfølgere av den og en videre diskusjon av den! Men jeg tror at også andre legegrupper etterspør en diskusjon av det kliniske skjønnet.

Vi trenger en beskrivelse av skjønn, en mulighet til å reflektere over det sammen med andre og utvikling av metoder og sjekklisten for hva som innår i godt skjønn. I dette tror jeg det inngår etablering av kollegagrupper og økt respekt for og satsing på veiledning i videre- og etterutdanning i alle spesialiteter! Vi trenger både økt personlig utvikling og personlig støtte i forhold til dette. Og vi trenger både vår egen stand og andre sine respekt for at skjønn ikke baserer seg på bare målbar, reproducerebare og klart kategoriserte størrelser.



Litteratur:

¹ Skarsaune K. La reven leve! Om intuisjonens plass i allmennmedisinien. Utposten 1991; 20: 289-291.

² Øgar P. Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinien. Utposten 1996; 25: 268-272.

Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen

*Basert på et foredrag holdt for veiledere
i samfunnsmedisin, Åsgårdstrand 5. september 1996*

Tekst: Petter Øgar



Petter Øgar er cand.med. fra 1978. Ass.lege med.avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Kommunelege I og helsejef i Hornindal 1983-95. Fra 95 fylkeslege i Sogn og Fjordane. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Medlem NSAMs diabetesgruppe og Utposteredaksjonen.

På min ferd gjennom samfunnsmedisinske skrifter har jeg i forbausende, kanskje skremmende liten grad møtt eksplisitte beskrivelser av, drøftinger om eller problematiseringer av skjønnsutøvelsen i samfunnsmedisinen. Vi snakker ofte om den store betydningen av godt klinisk skjønn. Vi har honnøruttrykkene sunn fornuft og sunt bondevett, men vi har også

negativt ladde uttrykk som at common sense is the most uncommon of all senses. Hva er egentlig skjønnsutøvelse? Hvordan kan vi nærmere karakterisere og vurdere den, og hvilken plass har den i utøvende samfunnsmedisinsk virksomhet?

Jeg kan ikke svare utfyllende på dette, men vil prøve å illustrere hvor viktig, omfattende og kompleks problemstillingen er gjennom et forsøk på en systematisk og generell tilnærming. Kanskje kan framstillingen tjene som en nyttig struktur og momentliste for de konkretiseringer som må gjøres på de mange ulike samfunnsmedisinske arbeidsområder.

Skjønn og elementer i skjønnsutøvelse

I ordboka er skjønn forklart som forstand, bedømmelse, verdifastsetting og dømmekraft. Jeg vil definere skjønn som en vurderende aktivitet som må til fordi faktagrundlaget gjennom entydige logiske slutninger eller formaliserte regelverk ikke alene gir svaret. Det er en situasjon samfunnsmedisinen svært ofte er oppe i.

I en skjønnsutøvelse vil flere vurderinger inngå:

- Hva er relevante faktorer og forhold å ta hensyn til ved den beslutning som skal treffes eller vurdering som skal gjøres?
- Hvilk helsefaglig kunnskap finnes om disse faktorer og forhold, og hvilken vitenskapelig

kvalitet er det på denne faglige dokumentasjonen?

- Hvor sannsynlig er det at ulike faktorer og forhold skal inntrefte?
- Hvilk verdi skal tillegges de ulike forhold?
- En samlet bearbeiding og integrering av disse delvurderingene.
- Hvem er kompetent til å foreta disse ulike vurderingene?

Samfunnsmedisin – hva er det?

For å si noe nærmere om skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen er det nødvendig å se på hva samfunnsmedisin er; hva bygger den på, hva inneholder den, hvordan og i hvilken kontekst utføres den i det praktiske liv? Samfunnsmedisin er grupperettet helsevern. Faget arbeider primært ikke i forhold til enkeltindivider, men mot befolkningen eller grupper av befolkningen og det miljø den lever i. Operasjonelt består samfunnsmedisin av følgende elementer:

- Kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt og negativt. Dette dreier seg om alt fra epidemiologisk og samfunnsmedisinsk grunnforskning til de ulike forsøk på å tilfredsstille kommunehelsetjenestelovens krav om å ha oversikt over den lokale helsetilstand og de lokale helsedeterminanter.
- Utvikling av metoder og tiltak i helsevesenet og i andre sam-

- funnssektorer som vil føre til bedring av folkehelsen
- Samfunnsmedisinen kan også planlegge og administrere gjennomføring av tiltak.
 - Evaluering av ulike tiltak. Helseøkonomiske vurderinger vil være et viktig element i dette.
 - En viktig funksjon er å være helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer i og utenfor helsetjenesten. Det vil si å være en aktør både i helse- tjeneste- og helsepolitikken.

Denne operasjonelle beskrivelsen viser mer enn noe annet at kompleksitet framstår som et iøyenfallende kjennetegn ved samfunnsmedisinen. I denne kompleksiteten er det hele tiden viktig å være seg bevisst at samfunnsmedisinen er begrenset til å gjelde problemstillinger hvor medisinsk kunnskap er en vesentlig forutsetning for å forstå eller løse problemene.

I disse ulike operasjonelle elementene inngår flere typer skjønnsutøvelse. Jeg har valgt å kalle disse juridisk skjønn, helsefaglig skjønn, helseøkonomisk skjønn, integrerende skjønn og rolleskjønn. Skillene mellom disse er ikke alltid skarpe, og det finnes både gråsoner og overlappinger.

Juridisk skjønn

En sentral oppgave i utøvende samfunnsmedisin er å vurdere ulike forhold opp mot regler nedfelt i lov eller forskrift. Presisjonsnivået i lovtekstene vet vi er svært variabelt og ofte gjenstand for skjønnsmessig vurdering. Hva ligger feks i begrepene «nødvendig helsehjelp» og at noe er «hygienisk betryggende»? I tolkingen av uklare lovtekster må en søke støtte i andre kilder som lovforarbeider, rettspraksis og fortolkende rundskriv.

Et sentralt krav finner vi i til- synslovens §3 der det heter at helsetjenester skal drives i samsvar med «allment aksepterte faglige

normer». Allment aksepterte faglige normer kan av og til være klart definert i lov, forskrift eller på annen måte, men oftest må de fastsettes ut ifra en konkret, skjønnsmessig vurdering der ulike kilder blir trukket inn og brukt som vurderingsgrunnlag. Vurderingen er dynamisk og vil endre seg med sted og over tid. I tillegg til de nevnte juridiske kildene er det aktuelt å bruke veiledere o.l. fra Statens helsetilsyn eller andre kompetente organer, konsensusrapporter, handlingsprogram, prosedyrepermer, lærebøker og vanlig praksis på det aktuelle arbeidsområdet som vurderingsgrunnlag. Da er vi over i den faglige vurderingen og det faglige skjønnet.

Faglig skjønn

Samfunnsmedisinen omfatter mange fagområder og bygger både på naturvitenskaper og humanistiske vitenskaper. Det er ensbetydende med mangfold både i metodikk og grad av eksakthet. Kunnskapsnivået innenfor alle disse

vitenskapene er ufullstendig, slik det forsåvidt alltid vil være. Det er fortsatt store kunnskapshull og hvite flekker på sentrale deler av det samfunnsmedisinske kartet. Bevissthetsnivået om og erkjennelsen av dette faktum er ikke alltid påtregnende imponerende hos samfunnsmedisinens utøvende aktører. Det har vi eksempler på både i mindre kommunale enkeltvedtak, ulike departementale handlingsplaner og i faglige krav i forskrifter. Inneklimaproblematikken kan være et eksempel som illustrerer flere av disse sidene.

Samfunnsmedisinen er i sin natur forebyggende og handler om å påvirke morgendagens og de neste 5-50 års helsetilstand. Dette framtidsperspektivet må nødvendigvis innebære usikkerhetsmenter. Kunnskapsgrunnlaget vårt bygger og må bygge på gårdsdagens empiri og risikofaktorer. Vi trekker slutninger om dagens og morgendagens forhold på grunnlag av gårdsdagens kunstap og eksponeringer. Dagens miljøfarer som påvirker folks framtidshelse kan vi



ikke ha sikker kunnskap om. Kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand vil ofte være umulig eller meningsløst å oppfylle. Deler av samfunnsmedisinen er også av natur slik at man ikke på forhånd kan forutsi med samme grad av sannsynlighet som innenfor naturvitenskapene. Den vitale samfunnsmedisin må derfor være forut for sin tid og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av førevær-prinsippet. Det sentrale og ytterst skjønnspregede spørsmål er hvor føre var en skal tillate seg å være på hvilket grunnlag, og i denne vurderingen identifisere og vedkjenne seg de usikkerhetsmønster som ligger i beslutningsgrunnlaget.

Vurderingen av kvaliteten på våre faglige kunnskaper er en viktig samfunnsmedinsk ferdighet og er i seg selv en skjønnsutøvelse. Det er et betydelig behov for å erkjenne faglige utilstrekkeligheter og usikkerheter og legge dem åpent fram i dagen. Ikke som et uttrykk for faglig fiasko, men som uttrykk for faglig ærlighet og edruehet. Vi bør i større grad synliggjøre hvor kunnskapen slutter og de skjønnsmessige vurderinger overtar. I mange sammenhenger vil samfunnsmedisinen være tjent med å legge fra seg en påtatt objektivisme.

I forhold til framtidssrettede vurderinger er ikke skjønnsutøvelsen bare knyttet til kvalitetsvurdering av dagens kunnskaper. Den er også knyttet til sannsynlighetsvurderinger. Hvor stor sjanse er det for at en begivenhet inntrer gitt at de faglige forutsetningene x og y gjelder? I beredskapsarbeid er det dette en prøve å gjøre gjennom såkalte risiko- og sårbarhetsanalyser.

Helseøkonomisk skjønn

Når vi har et mer eller mindre faglig velbegrunnet handlingsalternativ for å bedre helsetilstanden til en gruppe i befolkningen, blir spørsmålet om det er verdt å realisere dette tiltaket? At noe virker

positivt er ikke nok. Nyten må oppveie kostnadene ved gjennomføringen. Vi står altså overfor en helseøkonomisk vurdering, en kostnad-nytte-analyse.

Den ideelle ambisjonen til en slik kostnad-nytte-vurdering er formidabel. Ved siden av å svare på om nyten står i rimelig forhold til kostnadene, skal analysen gi svar på om dette er det mest nyttige tiltak å bruke ressurser på, eller om det er andre, konkurrerende tiltak innenfor helsesektoren eller andre samfunnssektorer som gir mer nytte om ressursene anvendes der. Dette helhetsperspektivet burde samsvarer godt med samfunnsmedinsk ideologi, og det er juridisk bekreftet i dommen om flystøyproblemet på Fornebu i Oslo byrett 9. juni 1989. Her heter det bla:

Enhver utøvelse av offentlig myndighet fører til at det skal foretas en avveining av motstridende hensyn.

Helseutvalgene må så langt det er mulig innhente opplysning om de øvrige konsekvenser av et vedtak. Disse konsekvenser må så langt de kan overskues veies mot de helsefaglige hensyn. Jo større og mer omfattende virkninger et vedtak kan få, jo større krav må det stilles til denne totalvurderingen.

Den praktiske gjennomføringen av en slik kostnad-nytte-analyse inneholder flere elementer:

- Hva er relevante kostnader og nytte?
- Hvordan måles og verdsettes de?
- Hvordan skal kostnader/nytte i dag avveies mot kostnader/nytte som vil følge i framtida?

Dette er i seg selv vanskelige spørsmål der svarene i betydelig grad er avhengig av skjønnsmessige vurderinger. Et viktig spørsmål er hvem som er rette vedkommende til å ta avgjørelsene i disse spørsmålene og bestemme de ulike verdivalgene. Da er vi midt oppe i rolleforde-

lingen og rollevurderingen som omtales nedenfor.

En kostnad-nytte-vurdering skal gi svar på om tiltaket er verdt å gjennomføre i et økonomisk perspektiv. Men det er viktig å være klar over at heller ikke dette er et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Andre hensyn bør også vurderes, f.eks. spørsmålet om fordeling av godene i befolkningen. Men da er vi definitivt inne i det politiske landskapet.

Helseøkonomi i praksis

Hva er et rimelig ambisjonsnivå i utøvende samfunnsmedinsk virksomhet når det gjelder helseøkonomiske vurderinger? Jeg mener følgende målsetting kan brukes:

- Det grunnleggende helseøkonomiske begrepsapparat og tenkemåte bør forstås.
- Den prinsipielle tankegangen bak kostnad-nytte-vurderingen må aksepteres.
- Kostnad-nytte-vurderinger må kunne gjøres på en måte og i et omfang som står i rimelig forhold til problemets størrelse og de lokale ressursmessige forutsetninger.

Systematisk, fornuftig, skjønnsmessig tenking med alternativkostnadbegrepet vil i mange lokale samfunnsmedinske spørsmål være tilstrekkelig, og jeg tror et vesentlig framskritt i forhold til dagens praksis mange steder. Alternativkostnaden er den nyten du går glipp av ved ikke å kunne bruke ressursene til det nest beste formålet. Sørg for at nye tiltak ikke har en alternativkostnad som er større enn nyten av det nye tiltaket!

- De helseøkonomiske vurde-

ringene må skje under ivaretaking av et rimelig rolleskjønn.

Noe å tenke på

I våre forsøk på helseøkonomiske vurderinger kan det være verdt å legge seg på minnet at helse ikke er et mål i seg selv og ikke en verdi nødvendigvis høyere enn alle andre. Rimelig god helse vil riktig nok være en viktig forutsetning for de fleste av oss til å føre et lykkelig liv, men lykke er ikke synonymt med helse og langt mindre med helsetjenester. Det er derfor helt legitimt å verdsette andre ting høyere enn helse og helsetjenester, f.eks. gode veier eller en ny barnehage. Husk også at helse, uavhengig av hvilken helsedefinisjon en bekjener seg til, er et flerdimensjonalt og verdiladet begrep. Hvilke sider en vektlegger vil i betydelig grad avhenge av eget ståsted og interesser. «Rimelig god helse» blir derfor et svært relativt begrep. De praktiske konsekvenser av dette ser vi i de daglige valg vi treffer, fra «enkle» personlige valg som å røyke eller la være, til kompliserte valg mellom

helse og andre samfunnsverdier som i den nevnte støysaken på Fornebu.

Helsetjenestens betydning for folkehelsa er også betydelig overdrevet. Med bakgrunn i amerikaneren Wildavsky's påstand fra 1977, hevdes det at helsetjenesten bare kan gjøre noe med 10% av folks helseproblemer. I den interne kommunale ressurskampen vil mer penger til helsetjenesteformål bety mindre penger til andre kommunale formål. Den tunge konklusjonen for helsepersonell er at det verken trenger bety mer helse eller større lykke for befolkningen. I dette perspektiv kan det tvert imot fra en helsemessig vurdering være riktigere å prioritere oppstart av en ungdomsklubb framfor en økning i helsebudsjettet. Det er ingen oppgave for osteoporotiske rygger å rydde opp i dette og tale sine egne midt imot.

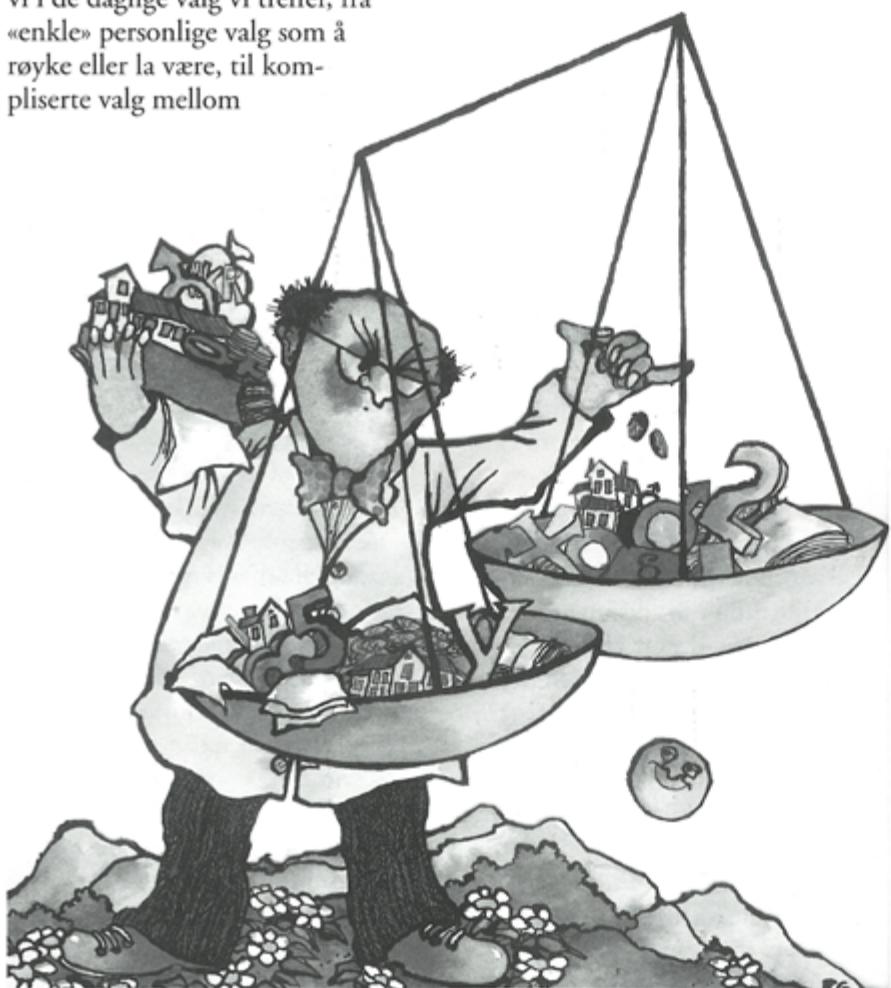
Det integrerende skjønn

Vi har sett at samfunnsmedisinen kanskje framfor noe annet er preget av kompleksitet og mangfold. Den har et bredt perspektiv og skal ivareta helhetlige løsninger. Denne ambisjonen fører med seg mange dilemmaer der ulike hensyn og virkemidler skal veies mot hverandre. Beslutningsprosessene er ofte kompliserte og involverer gjennomgående flere aktører enn tidligere. I stedet for å lete etter den «ene rette løsning» på mange av dilemmaene, ligger utfordringen for samfunnsmedisineren ofte i å bidra til den best mulige løsning her og nå i skjæringspunktet mellom flere hensyn og i den aktuelle kontekst. Det er i sannhet ikke alltid like hyggelig. Å forsvere helheten medfører sjeldent mange hurrarop eller store fan-klubber. Tvertimot hører kollisjoner med sterke interessegrupper med til dagens orden. Det er ikke bare politikk som er det muliges kunst! Mange ferdigheter inngår i denne prosessen på veien mot et godt resultat. Et bredt synsfelt både vitenskapelig og på andre områder er en absolutt forutsetning. Men like viktig er evnen til å integrere alle disse premisser og vurderinger til en meningsfull og god helhet. Det er kanskje den viktigste skjønnsmessige ferdigheten en samfunnsmedisiner kan ha.

Rolleskjønn

Samfunnsmedisin utøves i varierende grad både i et faglig, administrativt, forvaltningsmessig og politisk rom. Grensegangene mellom disse er ikke alltid like klare, og dette skaper rolleproblemer.

En *rolle* kan defineres som forventningene om hvordan et individ skal handle i bestemte situasjoner eller posisjoner. Begrepet *rollesett* brukes om summen av de forventninger som sendes til innehaveren av en bestemt stilling eller personene i en bestemt posisjon. Som det går fram av disse definisjonene, er rollebegrepet normalt. Det vil si verdiladet og følge-



lig gjenstand for ulike tolkninger og synspunkter. Og da er vi igjen midt ute i det skjønnsmessige landskapet.

Vi går daglig inn og ut av flere roller som kan komme i konflikt med hverandre og omverdenen. Vi verken kan eller bør prøve å romme fra denne virkeligheten, men det vil ofte være klokt å stille seg noen kontrollspørsmål:

- Hvilkens rolle er jeg i nå?
- Hvilkens legitimitet har denne rollen for meg? Er det en rolle jeg *må* være i, en rolle jeg *kan* velge om jeg vil være i eller en rolle jeg ikke har rett til å være i?
- Dersom det er en rolle jeg kan være i, er det en rolle jeg *bør* være i? Eksponering i en rolle kan dels komme i konflikt med en annen rolle, dels kan det redusere troverdigheten i andre roller. Det er derfor ikke bare et spørsmål om det er lov å være i en rolle, men like mye et spørsmål om det er klokt og hensiktsmessig. Husk at det ikke bare handler om hvordan en selv oppfatter sine roller, men like mye hvordan omgivelsene oppfatter dem.

Svaret på disse spørsmålene vil ofte måtte bygge på skjønn, og svarene kan variere med tid og situasjon. Legitimitteten er knyttet til formelle, faglige og etiske vurderinger. Klokskapen er knyttet til strategiske vurderinger. I hvilken grad vil det feks være klokt å forene parti-politisk aktivitet med funksjonen som kommunelege? Jeg regner rollebevissthet og rolledyktighet som en strategisk ferdighet. Med *strategiske ferdigheter* mener jeg ferdigheter hvis gyldighet har lang levetid og som kan brukes i mange situasjoner. Mulighetene til å gå seg bort er mange. Noen har så mange roller at de bærer med seg eget hattestativ når de går i møter. Dersom man er blitt så schizofren at man kan forlange grupperabatt på bussen er grensen definitivt overskredet.

Når en kommer over i skjønnnsutøvelsens terren, har en i noen grad beveget seg fra den faglige til den folkelige arena der legfolk i økende grad vil hevde sin rett til å være meningsberettiget. Legitimitteskampen om dette grenselandet illustreres ved to sitater. Filosofen Zappfe sier at når ekspertene må gi tapt, er tiden moden for den gode dilletant. Lenin derimot hevder at når professorer tar hånd om saken, er saken tapt.

Rolleklarhet og faglig redelighet er ikke de dummeste egenskapene i denne situasjonen. Det er ikke alltid like lett å leve etter dette prinsippet når godt(?) begrunnete faglige standpunkter ikke når fram hos overordnede administrative og politiske beslutningstakere. Forholdet mellom fag og politikk står sentralt. Flere sider ved samfunnsmedisinens er slik at den nødvendigvis ofte vil og må operere i det politiske grenseland. Samfunnsmedisinens tar for seg forholdet mellom ulike levekår og helse. Avgjørelser som påvirker levekår handler om fordeling av goder og verdivalg. Det er politikk. Disse problemstillingene er en sentral del av vår daglige virkelighet som utøvende samfunnsmedisinere i kommunene. Debattene vi har bivånet viser at fasitsvar ikke finnes. Men i vesentlig grad handler det om roller, rollebevissthet og faglig redelighet.

Et underliggende spørsmål i rollediskusjonen er hvem som er legitime verdsettere av helse? Hvem har rett til å fastsette verdien av en smertefri hofte, hygienisk betryggende drikkevann eller et røykfritt miljø? Tradisjonelt har dette i stor grad vært gjort av fagfolk, det vil si oss leger. Men helsepersonell har verken større forutsetninger eller større rett enn andre til å verdsette ulike helsetilstander eller helserisikoer. Verdsettingene og veilingene bør gjøres av pasienten selv, eller i et samfunnsperspektiv; deres politisk valgte representanter. Helse kan ikke unndras demokratiets spilleregler. En av

disse spillereglene er flertallets rett til å være «dumme». Den patriarkalske, bedrevitende holdning vi leger historisk sliter med er ikke bare avlegs i pasientbehandlingen. Den er også avlegs innenfor samfunnsmedisinens. Vi bør prøve å avlære oss den leie tendensen til å gå fra deskriptive «slik er det» til normative «slik bør det være».

Det gode skjønn

Fordi skjønn i sin natur er en subjektiv vurdering, er det umulig å gi noen entydig og objektiv definisjon på hva som er et godt skjønn. Noen kvalitetskriterier kan likevel settes opp:

- Relevante faktorer og forhold for avgjørelsen er identifisert og utredet i rimelig grad.
- Det faglige grunnlaget er kjent og kvalitetsvurdert på en rimelig god måte.
- Det er gjort rimelige sannsynlighetsvurderinger.
- Det er gjort en adekvat helseøkonomisk vurdering.
- Det er gjort en rimelig god integrert vurdering av de ulike faktorer og hensyn avgjørelsen bør bygge på.
- I vurderingen går det klart fram hva som er fakta og hva som er skjønnsmessige vurderinger. Valgsituasjon(e) kommer klart fram.
- Prosessen er skjedd innenfor rammen av rimelige rolletolkninger.

Hvordan dette mer konkret skal gjøres innenfor samfunnsmedisinens ulike arbeidsområder er en stor og viktig oppgave å beskrive i den videre kvalitetsutvikling av faget.

Petter Øgar
Postboks 411
5801 Sogndal

Svar til Kjeld Malde på åpent brev
i «Utposten» (25 (5) 1996)

Statlige forskrifter og lokalt selvstyre

Hjære Kjeld!

Takk for ditt gode brev som reaksjon på intervjuet med meg i «Utposten» (25 (3) 1996). Jeg er glad for denne personlige tilbakemeldingen og forstår den situasjon du befinner deg i. Det er også mitt håp at vi kan treffes og snakke nærmere om dette en gang du er i Oslo, eller jeg i Grimstad.

Du peker i ditt brev på at det kan oppstå lokale konflikter når forskrifter ikke i tilstrekkelig grad gir påbud om hvordan tjenester skal utformes lokalt i fylker eller kommuner.

Dine synspunkter berører i realiteten forholdet mellom statsmakten og det lokale selvstyret og bringer oss kanskje inn på en bane hvor vi ikke lenger kan nøye oss med å studere legeloven eller Helsetilsynets veiledere.

Jeg ga til kjenne i intervjuet i «Utposten» nr. 3/96 at jeg mente våre kolleger generelt ikke var tilstrekkelig bevisst på den mulighet og plikt de har til å utnytte demokratiske spilleregler, tilsynsmeldigheter, politiske kanaler og media i sin streven etter å få til et helsevesen som kan drives etter faglig forsvarlige normer.

Ditt hjertesukk dokumenterer at du og dine medarbeidere har gjort gode forsøk på å vinne frem via disse kanalene (og det gleder meg å høre at dere nå har fått til en ordning der legevakten igjen fungerer på en mer tilfredsstillende måte). Reformen om AMK-sentraler og LV-sentraler har vært en suksess mange (men ikke alle) steder i landet, der både tilgjengeligheten til nødhjelp i akuttsituasjoner og kontakten mellom publikum og helsevesenet på vakttid er blitt betydelig bedret. Dette forhindrer selvsagt ikke at det enkelte

steder kan oppstå problemer som kan tilbakeføres til en velment reform.

Spørsmålet blir hvor grensen går mellom detaljregulering fra statsmakten og lokale prioriteringer gjennom folkevalgte organer? Du påpeker – på linje med mange andre sterke profesjonsutøvere – at Staten må utøve sin overordnede styring på en mer bestemt og detaljert måte. På den annen side møter vi til stadighet beklagelser over at sentrale politikere «overstyrer» lokaldemokratiet ved å foreta øremerkede bevilgninger og ved at stortingskomiteer og departementer ikke alltid er like opptatt av å samordne sine rikspolitiske utspill.

Som en del av det statlige byråkrati må også Helsetilsynet og fylkeslegene finne en balanse i sin virksomhet mellom forskriftsarbeid, faglig rådgivning og overordnet faglig tilsyn. I denne balansen kan vi nok risikere å komme opp i situasjoner som den du beskriver, der det fylkeskommunale eller kommunale ledd iverksetter ordninger som holder seg innenfor forskriftens krav, men som kan synes uhensiktmessige for befolk-

ningen eller helsevesenet. Det er i slike situasjoner man må forsøke å vinne frem via formuleringene i legeloven om å legge forholdene til rette for en forsvarlig virksomhet. I dette arbeidet kan, som nevnt, både tilsynsmyndighetene, media og politiske kanaler være viktige. Det er nemlig slik at legeloven «kommer til kort» og bør gjøre det, i «det demokratiske rom». Påvirkning må da også skje i den demokratiske og politiske prosess.

Jeg opplever gjennom min kontakt med leger i ledende stillinger både i sykehus og kommuner at det er en økende bevissthet om betydningen av å kjenne spillereglene innenfor byråkrati og politiske prosesser. På mange måter tror jeg kommunelegene er kommet lengst i denne utviklingen (selv om legestanden samlet er kommet kort), og jeg håper og tror at de neste årene vil øke erkjennelsen hos enda flere av våre kolleger. La oss ønske hverandre: *Lykke til!*

Lars Hanssen
ass. helsedirektør



Utpostens prisutdelinger 1996

Prisutdelingen skjedde under festmiddagen på Primærmedisinsk Uke onsdag 13. november. Nedenfor gjengis redaktør Helge Worrens tale ved prisutdelingen:



Sten Erik Hessling og Pål Gulbrandsen.

Tekstprisen

Vi tar tekstprisen først. Juryen skriver i sin begrunnelse bl.a. dette:



«Artikkelen omhandler eit av dei mest sentrale, men samstundes vanskelegaste tema i allmennpraksis. Forfatteren viser korleis sans for den psykososiale anamnesen og klinisk test er vel så presise verktøy som organamnese, undersøkingar Vidare viser forfatteren at dette går begge vegar – ikkje berre frå organ til livsproblem men òg frå tilsynelatande bagateller til mistanke om alvorleg sjukdom. Det dreier seg om å priorisere risiko for testing som både skal styra allmennpraktikaren til grundig testing, eller bort frå testing. Begge deler er rett kvar til si tid, leia av det anamnestiske heilskapsinntrykket. Forfatteren skriv godt, illustrerande og enkelt, om dette gjennom to sykehistorier som alle kjenna seg att i. Innleiingsvis stadfester forfatteren det vanlege inntrykket av at vi blir overleste med problem på ein slik måte at vi meir kjenner oss som sosialarbeidarar enn som medisinarer. Deretter kjem trøysta og poenget gjennom sykehistoriane. Dei synar at det er god medisin å gå utover organanamnesen. Det er nemleg eit brukande middel til å stilla ein presis medisinsk diagnose meir enn eit grunnlag for handlingstiltak som ikkje er medisinske.»

Tekstprisen går i år til en som også har vunnet prisen tidligere, sist i 1993. Prisartikkelen sto i UTPOSTEN nr. 3/1996 og het «To med brystsmerter – et par psykososiale kasuistikk». Og prisvinneren heter Pål Gulbrandsen – gratulerer!

Kjære kolleger, medarbeidere og andre venner!

UTPOSTEN skal sin vane tro dele ut en tekstpris og en illustrasjonspris. Vi utlyser ingen egen konkurranse i forbindelse med dette, men alle bidrag f.o.m. nr. 5/1995 og t.o.m. nr. 4 i inneværende år er med i vurderingen. Strengt tatt kunne alle bidrag fortjene en pris – ikke minst tatt i betrakning av at alle bidrag er gjort i dugnadsånd uten godtgjørelse. Prisene består ikke av penger, men av en nydelig illustrasjon spesielt tilegnet prisvinneren av UTPOSTENs «hoffillustratør», Ragnhild Gjerstad, som sannelig er verd en pris i seg selv. Juryen – dvs. vi i redaksjonen i UTPOSTEN – har også i år kommet frem til en prisvinner i hver kategori. Det er ikke minst hyggelig å dele ut prisen i år – i vår 25. årgang. UTPOSTEN har vist seg å ha livets rett, noe ikke minst bidragene fra våre prisvinne re viser. Det var slett ingen selvfølge for 25 år siden å ønske UTPOSTEN velkommen i det gode selskap. Vi er svært glade for at såvel Den norske lægeforening og Tidsskrift for Den norske lægeforening ved 25-års jubileet uttrykker tilfredshet med vår tilstedeværelse i det primærmedisinske landskap.

Illustrasjonsprisen

Vi blir ofte minnet om rikdommen som ligger i gode illustrasjoner for å fortelle eller fremheve viktige poeng og nyanser. Derfor er illustrasjonsprisen opprettet.

Juryen skriver i sin begrunnelse for årets pris:



«Med vare fargekontraster, med motiver av skjønnhet, stillhet og skjørhet forteller illustrasjonene i et eget språk noe sentralt ved temaet. Gjennom bruk av nettopp snø, den hvite, rene snø – maner illustrasjonene frem dimensjoner av muligheter og håp ved et ellers mørkt og bas tant tema. Slik støtter fotografiene godt opp om forfatterens tekst – bildene er godt integrert i teksten selv om de taler sitt eget språk.»

I dette tilfelle er faktisk forfatter og fotograf en og samme person. Fotografen er godt kjent i det allmenn medisinske miljø og har også tidligere utført verdifulle bidrag til UTPOSTEN. Artikkelen som fotografen har laget foto-illustrasjoner til sto i UTPOSTEN nr. 4/1996 og het «Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende og oss selv?». Det er meg en ekstra stor glede å kalte frem årets illustrasjonsprisvinner – Sten Erik Hessling. Gratulerer!

Løvetannprisen 1996



NSAM har i høst på sitt årsmøte tildelt *Kjell Nordby* årets Løvetannpris.

Prisvinneren er født i 1948, utdannet i Oslo med eksamen 1973. Fra 1978 har han drevet allmennpraksis i Oslo. Fra begrunnen for prisdelingen sakser vi følgende:

Kjell Nordby har gjennom

mange år gjort en kjempeinnsats for norsk allmennmedisin.

I mange år var han medlem i Aplfs fagutvalg hvor han sammen med Jens Eskerud laget nyskapningen «Gjensidig praksisbesøk». I tillegg til dette har han utgitt to publikasjoner «Telefontilgjengelighet i allmennpraksis» og «Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis». Disse er svært nyttige blandt annet for veiledningsgruppene. I heftene legger han seg åpen for kollegers vurdering. Det er modig gjort, uansett hvordan vi som allmennpraktikere gjør ting, vil det kunne være noen som mener vi må endre vå praksis. De siste 7 årene har han vært medlem av Spesialitetskomiteen i allmennmedisin og for tiden leder han denne.

Men først og fremst får han prisen fordi han er en skikkelig

LØVETANN: Han utgir seg ikke for å være noen prydplante og er aldri redd for å sette sokelyset på egen praksis. Ved sin tvers igjennom ærlige måte å betrakte seg selv og sin praksis på, gjør han det lettere for oss andre å stille spørsmålstege ved vår praksis uten å «miste ansikt». Han har en utpreget evne til refleksjon. Samtidig er han svært iderik, og har kommet med mange tanker og ideer for å videreutvikle faget allmennmedisin. han har en egen evne til å bry seg om sine venner og kolleger på en trygg og god måte.

En ekte løvetann har lett for å «formere seg». Hans tanker og ideer er spredt til en generasjon norske allmennpraktikere og til et helt veilederkorps i norsk allmennmedisin.

Utposten gratulerer!

Norsk Medisinaldepots pris for 1996 Om gullepler i norsk allmennmedisin



Norsk Medisinaldepot deler årlig ut en pris for å stimulere til forskning i allmennmedisin. Prisen skal brukes til å belønne forskning

knyttet til forebygging og behandling av sykdom i allmennpraksis, spesielt med henblikk på bruk og misbruk av medikamenter.

Bedømmelseskomiteen har i år bestått av Kåre Øydvin fra NMD, Per Hjortdahl fra Universitetet i Oslo og Roar Johnsen fra Universitetet i Tromsø. Under festmiddagen ved årets Primærmedisinske uke ble prisen tildelt: Allmennpraktikeren *Morten Lindbæk* for hans arbeid om behandling av bihulebetendelse. Resultatet av hans undersøkelser er publisert i British Medical Journal: Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus

infections in adults (BMJ 1996; 313; 325-9.)

Den enstemmige komiteen begrunner tildelingen slik:

Arbeidet er noe så sjeldent som en klassisk randomisert, dobbeltblind, placebokontrollert studie utgått fra allmennmedisin, gjennomført i allmennpraksis. Endepunktene er klinisk relevante, subjektivt opplevd bedring, og klinisk læring.

Morten Lindbæk takket for prisen og sa blant annet at det allmennmedisinske fagfeltet er fullt av gullepler. Og det er lov for alle som vil å plukke gulleplene.

Utposten lar utfordringen gå videre og gratulerer prisvinneren.

Om den store lydighetskampanjen som ruller over landet

Tekst: Sverre Lundevall



Sverre Lundevall er født i 1950. Cand. med. i Oslo 1976. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Mange års allmennpraksis i Tromsø og Oslo. Opptatt av etterutdanning og legers miljøansvar. Håper når dette leses å være i en landsby i India, og å forlenge «anderledesåret» en god stund til.

For noen år siden, mens jeg var bydelslege 1, gleddet jeg meg til å sveise personalet sammen om en medisinsk-faglig viktig oppgave: Endelig skulle vi få orden på sentrets diabetesomsorg. Vi hadde riktig nok nylig fått i oppgave å lage noen slagord om service i samband med byrådets kampanje «Oslo-en nær og brukervennlig kommune», men jeg hadde følelsen av at vi ustraffet kunne la det ligge.

Så kom en serie nye oppgaver ovenfra: Planarbeidet skulle opptrappes og værsågod starte med en «virksomhetside». Alle ansatte skulle involveres. Hele tiden. Løpende «vernerunder» ble bebud-

det. Skjerpet kontroll av helsemiljø- og sikkerhetsrutinene ville bli iverksatt. «Revisjonen» kunne komme på besøk når som helst. Til gjengjeld skulle jeg få være med på en rekke møter om alt dette. Som kommuneansatt «mellomleder» var jeg pliktig til å delta i denne prosess, som føltes som en avsporing fra min egentlige jobb. Jeg vaklet mellom fire strategier: 1) opprører/sur grinebiter 2) flinkst i klassen, for eksempel til å formulere «virksomhetside» 3) å være mest mulig ubemerket 4) be om fritagelse. Ingen av strategiene var morsomme. Fra å være en entusiastisk fagperson og leder følte jeg meg mislykket og latterlig. Diabetesomsorgen ble det ikke orden på.

Senere har det vist seg at alle jeg snakker med, er mot det. Fagfolk mislikter det. Administrative ledere liker det heller ikke selv om de gjør sin plikt og iverksetter det med militær disiplin. Bare konsulentfirmaene og kursholderne og endel sersjanter i systemet som ser en karrieremulighet, liker målstyring, kvalitetssikring og internkontroll.

En høst bodde jeg i Kairo. Jeg kjøpte en feiekost på et supermarked. Skaftet brakk i tre første gang jeg brukte den. I samme butikk kjøpte jeg en hermetikkopptagger som viste seg å være av bløtere metall enn boksene den skulle åpne. I et nybygget hus skulle jeg ta opp en dør og ble stående med dørklinken i hånden. Nervepirrende var det en dag jeg fikk øye på to mann som pusset muren på toppen av en høy minaret, på et gebrekkelig stillas av forskalingsbord. I sånne situasjoner er det grunn til å forbedre kvalitet og sikkerhet. Det er ikke nok at produkter er billige. De må også holde mål.

Også i Norge forekommer vil-ledende produktinformasjon og dårlige produkter. En boks makrell i tomat er bare halvfull. Med utgangspunkt i konkrete feil og svakheter kan enhver virksomhet trenge en intern gjennomgang for å forbedre seg.

Men prosessen som har vart i noen år nå tar ikke utgangspunkt i at norske produkter er for dårlige. Den tar heller ikke for seg den iøynefallende kvalitetsforringelsen på offentlige tjenester som skyldes nedleggelse og innskrenkninger. Derimot er utgangspunktet generelle lover og forskrifter, slik at dette blir en ren lydighetskampanje. Bivirkningene er mange og jeg tror gevinsten for kvalitet og sikkerhet er marginal.

Jeg har hørt at president Jeltsin har sett seg lei på at folk ikke følger hans dekreter. Han har derfor sendt ut et nytt dekret som sier at alle hans dekreter skal følges. Haha, optimist! Forskriften om internkontroll av helse, miljø og sikkerhet er snedigere enn Jeltsin var. Den sier at alle skal lage rutiner som sikrer at alle forskrifter følges. Altså det samme på et høyere abstraksjonsnivå. Tyngdepunktet er flyttet fra handling til skrevne ord. Haha, optimister, snart har de sikkert glemt det?

Dessverre, latteren blir sittende i halsen, for rapportplikten, kopimaskinene og systemlojaliteten samvirker, og gjør at det hender en masse i virkeligheten. Kampanjen er, når konsulentene setter premisene og den gjennomføres bokstavelig, drepende for kreativiteten. Jo mer nidkjært kvalitetssikkerhets- og rapportapparatet tvinges på oss og stjeler oppmerksomhet, jo mindre får vi utviklet oss som fagfolk, og jo mindre tid får vi til å utvikle tjenestestedene.

Mye av kvalitetssikrings-terminologien kom fra industrien. Det har vært underforstått at man mener at de samme prinsipper skal gjelde i for eksempel helsevesenet. At vi liksom «produserer» noe på samme måten som industrien gjør, og at vi må forandre oss hele tiden for å ikke «sakke akterut». Analogien halter. Mennesket, barnet, den gamle, har behov som er mye mer konstante enn teknologien. Stabilitet og trygghet er viktigere for dem enn forandring.

Jeg er ikke imot å legge planer, sette meg mål, eller imot kvalitet på varer og tjenester, eller imot et godt og trygt arbeidsmiljø. Men alt dette arbeidet vi for tidligere også, på egne premisser. Fordi vi har en utdanning som gir oss normer og faglig æresfølelse. Spesifikk faglig utvikling (bli en bedre lege, en bedre helsesøster, en bedre barnevernskonsulent) er viktig for brukerne og for det tverrfaglige samarbeid. Dessuten har vi alle en allmenn moral som blant annet sier at man skal holde hva man lover. Dette er faktorer å bygge på når vi skal forbedre oss.

Hva gjelder overordnede instansers behov for kontroll og



styring er det tilsynelatende intet måtehold. Jo mere jo bedre!

Men er det viktigere å skrive en årsrapport enn å jobbe et år?

Jeg har hørt at en effektiv aksjonsform blant flyvere og flyplas-sansatte er: Følg prosedyrene! Da oppstår nemlig så store forsinkelser at alt stopper.

Sannheten, som alle praktikere kjenner til, men som tydeligvis ikke må sies høyt, er at kontroll ikke må være strengest mulig men heller sånn passe. Og absolutt lydighet gir et utrivelig samfunn.

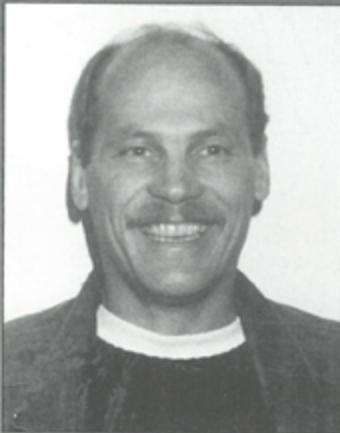
Men hvordan skal vi målbære denne sannhet uten å bli sett på som raringer og bakstrevere? Jeg tror at kreftene bak lydighetskamanjen er formidable. Som et tungt tog lar den seg ikke stanse. Den bidrar også til at mange leger og andre fagfolk føler seg fremmedgjort og leter etter utveier. (Privatisering? Nye nisjer?) Men alle taper hvis vårt offentlige helsevesen rakner. If you can't beat them, join them. Kunne vi heller utnytte bevegelsen og gjennom en dytt fra siden gi toget en litt annen retning?

Sverre Lundevall
Tyrihansv. 2, 0851 Oslo

*Utposten-redaksjonen
ønsker alle lesere en riktig
God Jul!*

Samhandling mellom allmennpraktikar og sjukehuslege

Tekst: Odd Jarle Kvamme og Hans Olav Fadnes



Odd Jarle Kvamme er spesialist og veileder i allmennmedisin. Frå 1994 stipendiat med forskningsprosjekt i Sunnhordland: samarbeid mellom allmennlegar og legar i sjukehus, akuttinnleggelsar. Tilknytt allmennmedisinsk institutt UiO med professor Per Hjortdahl som vegglear.



Hans Olav Fadnes er avdelingsoverlege dr. med., med. avd. Fylkessjukehuset på Stord.

«Det er utruleg kor lenge vi er i stand til å sjå på og leva med eit problem utan å gjera noko med det» (Scott Pryde)

Framtidig kvalitetssikring i helsevesenet vil krevja betre kvalitet på samarbeid over linjene og betre koordinering av helsearbeid innan kvar linje. Satsing på kvalitetsforbetring av samarbeid mellom linjene i helsevesenet kan bidra til å møta det aukande behovet for helsetenester.

Innleiing

Samarbeid over linjene i helsevesenet bør etter vårt syn utviklast gjennom betra kommunikasjon mellom legar. Tradisjonelt har ein teke utgangspunkt i forskjellane i

tankegang, arbeidsvilkår og ressurser innanfor kvar av linjene i helsevesenet, og dermed har det vore vanskeleg å møtast til konstruktivt samarbeid over linjene. I samarbeidsspørsmål er legane ofte lite engasjert, sett i høve til andre helsefaggrupper. Endringane i samarbeid bør vera enkle, praktisk grunna og relevante for alle. Kommunikasjon, kontinuitet og koordinering er nøkkelord for kvalitet på samarbeid.

I 1994 starta eit 4-årig kvalitetssutviklingsprosjekt i Sunnhordland på samarbeid mellom legar i allmennpraksis og i sjukehus. Prosjektet er støtta økonomisk av

legeforeninga sitt kvalitetsikringsfond og Sosial- og helsedepartementet. Det vektlegg prosessarbeid framfor standard- og indikatorutvikling. Samarbeidsutvikling krev parallelle innsats på fleire felt. Organisering, fagleg utføring og mellom-menneskelege forhold er viktige innsatsområde (1). Det er nødvendig med samtidig påverknad av struktur, prosess og resultat.

Definisjonar

I denne artikkelen blir *førstelinje* definert som allmennmedisinsk praksis, *andrelinje* som sjukehus. Vi inkluderer ikkje privatpraktiserande andrelinjespesialistar. Med begrepet *pasientflyt* meiner vi rett utgreiing, behandling, oppfølgjing, omsorg og service utført på rett nivå, i rett omfang, innan akseptabel ventetid og med god kvalitet. Både *rett nivå*, kva som er *høg kvalitet* på organisatorisk, medisinsk-fagleg og mellom-menneskeleg del av helsetenesta, *rett omfang* (ressursbruk) og *akseptabel tidsramme* blir definert gjennom kvalitetsstandardar. Desse bør fastsetjast på bakgrunn av nasjonale kriterier for god kvalitet på desse delane av helsetenesta, og vera tilpassa lokale tilhøve. Lokale standardar bør setjast på grunnlag av lokale ressursar og kunnskapar om aktivitetane i eit sjukehusområde. Gjennom gruppediskusjonar, intervju og observasjon kan ein kartleggja kva som fungerer godt og mindre godt. Dette kunnskapsgrunnlaget bruker ein til å definera dei lokale kvalitetsmåla (standarde) og til å byggja nødvendige endringar på.

Pasientforløp blir definert som skildring av samla utgreiing,

behandling, kontroll, rehabilitering, pleie og omsorg for ein pasient ved ei sjukdomsepisode, frå sjukdomsdebut til etterforløp, i kontakt med allmennpraktikar, sjukehuslege og anna helsepersonell. Vi bruker pasientforløpsstudier som grunnlag for kvalitetsforbetring av kommunikasjon, koordinering og kontinuitet i overgangane mellom første- og andrelinje i helsetenesta.

«Brukar-triaden» forventningar, behov og krav

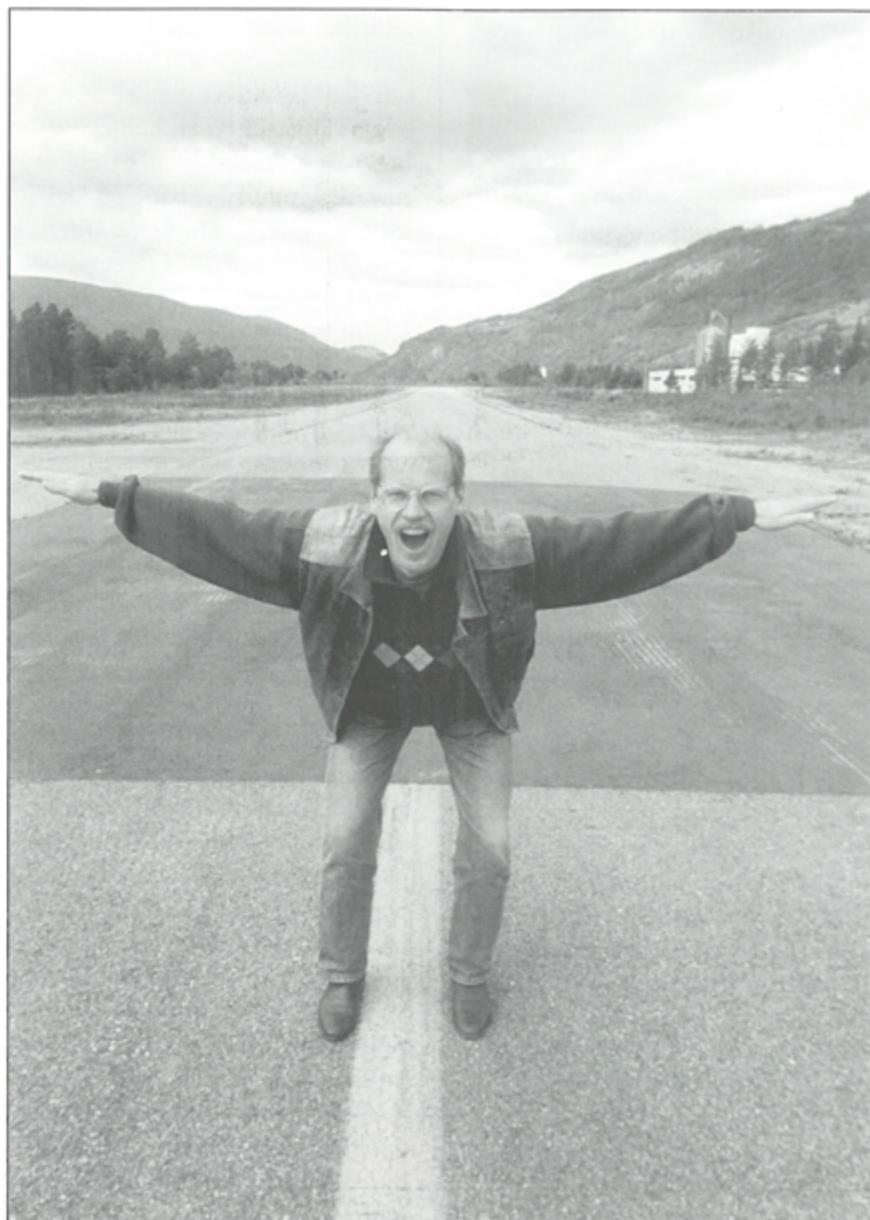
Vi spurte tidlegare pasientombod Anne Ordning Haug og stortingsrepresentant Anne-Lise Høegh om kva dei meinte var viktige forbetningsområde for helsevesenet i framtida. Deira meininger var i stor grad samanfallande og går fram av tabell 1.

Legar i begge linjer opplever at det er vanskeleg å innfri alle forventningar, behov og krav frå brukarsida – pasienten, og betalarsida – politikaren. Gjennom intervju med både allmennpraktikarar og sjukehusleger kjem det fram fellesoppleveling av at reduserte budsjett og legemangel svekkar kvalitet på helsearbeid og forvorrar arbeidsmiljøet.

Legen skal utføra sitt arbeid etter faglege, etiske og økonomiske

Tabell 1. Felles prioriteringsområde for pasient og politikar.

- tilgjengelighet/tid
- medbestemmelse for pasienten
- allmennpraktikaren som koordinator
- høg fagleg kvalitet
- god service
- god kommunikasjon og informasjon
- rådgjeving til og diskusjon med pasient
- lovbestemte pasientrettar
- auka satsing på geriatri
- fritt sjukehusvalg



Dersom pingvinar kan fly i Tromsø, skal legar i Sunnhordaland også kunne klare det. Foto: Geir Sverre Braut.

kriterier og har mange rollar; rådgjevar, advokat, pedagog, døråpnar og portvakt. Konfliktar mellom pasientar og legar og mellom legar i ulike linjer kan oppstå fordi avstanden mellom forventningar og tilbod er for stor. Konfliktar mellom lege og politikar kan oppstå fordi dei har ulike syn på prioriteringar og ressursbruk, men felles krav til kvalitet og kvalitet på utførte tenester. Legane sitt engasjement i pasienten gjer det vanskeleg å vera lojale mot politisk styring av deira arbeid, dei opplever ei lojalitetskonflikt. Denne arbeids- og samarbeidskonflikten

gjeld for legar i begge linjer.

Begge linjer har definerte portvaktoppgåver. Førstelinje forvaltar henvisningsplikta, andrelinje forvaltar dei vedtekne prioritettingsprinsippa for pasientbehandling. Henvisningsplikta kan av pasienten, og tildels av privatpraktiserande andrelinjespesialistar, opplevast som formynderi. Enkelte pasientar ønsker å kunna oppsøkje andrelinjenesten direkte. Mellom allmennpraktikarar og andrelinjespesialistar i privat praksis har det i seinare tid oppstått konfliktar fordi dei delvis arbeider med same problemstillingar hjå same befolk-

ning. Faglege og politiske premisser for styring av ressursbruk i helsevesenet er nødvendig. Dei nordiske landa har så langt hatt nokså like prinsipp for utvikling, fordeling og drift av helsetenesta, som er rettferdsprinsipp for velferdsstata.

«U-arbeid» (non-real-work) og tronget for styringsverktøy

«Non-real-work» vart omtalt på Wonca-kongressen i Stockholm i juli 1996 som alt det helsearbeid vi utfører som ikkje gjev nokon helsegevinst, og i beste fall er uskadeleg for pasienten. Eit anna engelsk uttrykk for det same fenomenet er «generating heat in the system» (heat: varmgang, friksjon). Vi har oversatt «non-real work» til «u-arbeid».

Det finst ingen tal for u-arbeid, verken nasjonalt eller internasjonalt, men vi trur at det utgjer ein vesentleg del av det daglege arbeid både i første- og andrelinje. Kva om det er i størrelsen 20 %, som tilsvarer ein arbeidsdag i veka? Talet er ikkje realistisk sett på bakgrunn av undersøkingar ved Sentralsykehuset i Akershus der dei fann at akuttinnlagt pasient med kirurgisk diagnose gjekk gjennom 5-18 behandlingsledd og møtte opptil 30 helsearbeidarar det første døgnet i sjukehus. Kanskje har vi fokus på feil stad når vi snakkar om mangel på informasjon som eit vesentleg problem i helsevesenet, medan langt større strukturproblem ligg til grunn for at vi ikkje bruker nok tid til kommunikasjon og informasjon.

Rettferdig prioritering av helsetenester blir i Norge forsøkt oppnådd ved å plassera pasientar med ulike behandlingsbehov i helsekøar med ventelistegarantiar. Venteliste-garanti er eit politisk styringsverktøy, og graden av oppfylling av «garantiansvaret» har blitt opphøgd til eit fellesmål på politisk, administrativ og fagleg suksess eller fiasco. Ventelistesituasjonen kan dessverre bli brukt åleine som

eit heller svakt grunnlag for politiske beslutningar om kvar innsatsen skal aukast. Vi meiner at ventelister ikkje er eit einheitleg behovsmål. Helsevesenet treng styringsverktøy basert både på fagleg innsikt og økonomiske rammer og framfor alt bygt på kvalitet på utført helseteneste. Vi meiner at satsing på kvalitet på lang sikt kan gje redusert ressursbruk med betra helsegevinst, ikkje minst ved å redusera omfanget av u-arbeid.

Pasientflyt som kvalitetsmål og styringsreiskap

Adekvat medisinsk tiltak for eit helseproblem og god kvalitet på det faglege arbeidet føreset at helsetenesta er organisert slik at pasienten ikkje må stå lenge i kø, at informasjonen kring pasienten er god, at samarbeidet mellom linjene og profesjonane fungerer, og at pasienten samhandlar med helsepersonellet. God pasientflyt kan målast på aksane overleving, funksjonsgrad eller pasienttilfredsheit. Vi lanserer «pasientflyt» som styringsreiskap. Det dekker krava til kvalitet og kvantitet, og kan vera ressurssparande. Politikarar, pasientar og legar kan sannsynlegvis bli einige om at begrepet fangar opp alle gruppene sine forventningar, ønskje og behov i forhold til dei tenester helsevesenet skal yta.

Det er nødvendig å styra mot eit overordna kvalitetsmål, ellers vil partane utøva mykje u-arbeid, mellom anna på å slåss om pavens skjegg og på å verna om særinteresser for profesjonar og faggrupper, som kanskje gjev liten helsegevinst. Studier av pasientforløp synleggjer pasientflyt-problem og avdekker kvalitetsbrot innan kvar linje og i samhandling over linjene.

Kulturskilnader

Første- og andrelinje er ulike medisinske kulturar (2). Linjene har ulike verdisett, det kjem fram når vi intervjuar legar i begge lin-

jer. Nyten av ei akuttinnlegging blir vurdert ulikt av allmennpraktikar og sjukehuslege. Allmennpraktikaren har nyte av å legge inn ein pasient med symptom som gjer legen ute i om pasienten er i fare, eller velja innlegging på bakgrunn av ei totalvurdering av pasienten sine helsemessige og sosiale problem. Lege i sjukehus ser mest på medisinsk problem, mindre på pasienten sin totale livssituasjon, fordi kunnskapen om medverkande lokale forhold ikkje er tilstades. Verdiar innan eitkvart system er nyteorienterte og heng nøyne saman med dei organisatoriske, faglege og mellommenneskelege føresetnader som gjeld for systemet.

Legekulturar har mange felles-trekk som går att hjå dei ulike spesialitetane, dei har ein sams grunnkultur der likskapane er fleire enn ulikskapane. Kulturskilnadane mellom medisinske spesialitetar syner seg mellom anna i problem-forståing, grad av interesse for eit bestemt medisinsk problem, fagspråk, veremåte overfor kollegaer. Etterkvart som spesialiseringa i begge linjer aukar, kan legar i begge linjer få mindre innsikt i kva andre legegrupper arbeider med, og kulturforskjellane kan auka (2). Gregory Bateson beskriv grense-områda mellom kulturar, «cultural interfaces», som eit ingenmannsland prega av angst, utegghet og konfliktar. Grunnen er at den eine kulturen ikkje kjenner innhald og verdiar i den andre. Utryggheit skaper angst. For å bli trygge må vi kjenna til og forstå korleis andre grupper fungerer. Det lærer vi enklast gjennom samvær og kommunikasjon med dei som lever og arbeider der. Samarbeidsutvikling i helsevesenet handler om å redusera avstanden mellom individua i ulike medisinske kulturer. For legar i ulike linjer trur vi, utfrå vårt eige prosjektarbeid, at regelmessige møte, skriftleg informasjon om kva som til ei kvar tid skjer i linjene, godt tilgjenge på telefon og felles arbeid med prosedyrer i eit sju-

kehusområde kan betra samarbeid og redusera kulturskilja.

Pasient-ping-pong

Koordineringsproblem hindrar pasientflyt. Når allmennpraktikaren har oppgåva som koordinator for pasienten, ligg koordinering av utredning, behandling, rehabilitering og pleie til han. Vi innfører her eit nytt begrep; «pasient-ping-pong». Det er ein utredningsmåte der pasientar blir henvist frå allmennpraktikar til lege i andrelinje for organbestemte enkeltundersøkingar og ny kontakt med allmennpraktikar mellom kvar undersøking i andrelinje. Mellom kvar undersøking er det ny venteid. Denne utredningsmåten hemmar pasientflyt, og er årsak til kvalitetsbrot i pasientforløpa. Den er ikkje ukjent i vårt daglege arbeid.

Allmennpraktikarar har stundom behov for legitimt å kunna henvisa kompliserte eller uvanlege problemstillingar for samanhengande utgreiing hjå lege i sjukehus, utan dermed å ha svikta si koordinatoroppgåve. Innlegging for utgreiing var meir vanleg før ein tok til å bruke liggetider som effektivitetsmål på sjukehusdrift. Truleg vil både pasienten og linjene i ein del tilfelle vera best tent med at sjukehuslege etter henvising frå allmennpraktiker overtek pasienten for eit definert «utgreiingsforløp» før tilbakevisning. I Stord sjukehusområde arbeider vi med å systematisera fleksible henvisningsordningar:

- enkeltundersøkingar som nå, til dømes gastroskopি
- delutgreiing der sjukehuslegen «overtek» pasienten med eit mandat som er avgrensa til problem, tid og utgreiingsomfang, til dømes blødningسانemi og positiv prøve på blod i avføring
- innlegging i sjukehus for samla utgreiing, dersom alder, sosiale tilhøve eller geografi gjer enkeltundersøking eller delutgreiing vanskeleg å gjennomføra

Vi prøver å organisera henvisning og tilbakevisning etter pasientflyt-prinsippet. Døme er leselege henvisningsbrev ved akuttinnlegging, epikriser utsendt til innleggande lege og pasienten sin faste lege innan ei veke etter utskrivning. Allmennpraktikar og sjukehuslege utarbeider saman rutinar for fleksibel henvisning, der helseproblem, livssituasjon og tilgjengelege ressursar blir lagt til grunn for val av utgreiings- eller behandlingsforløp. Sjukehuset vil ikkje senda henvisingar tilbake til allmennlege med beskjed «feil adresse, søk ein annan stad», men vidareformidla henvisinga til rett stad i andrelinja, til dømes regionssjukehuset.

Kva blir gjort på samarbeid mellom linjene?

Rutle og Bruusgaard har kvar for seg gjort viktige arbeid på allmennpraktikar si rolle i forhold til sjukehuslegen (3, 4). I alle fylke er det nå i gang arbeid med prosedyrepermar for samhandling mellom første- og andrelinje.

I Sør-Trøndelag har ei gastrogruppe lenge vore oppteken av samarbeid mellom legar i begge linjer. Det er nå planar om å utvida aktiviteten på samarbeid mellom første- og andrelinjetenester. I Nord-Trøndelag er det tidlegare gjort analyser av årsakene til at allmennlegar genererer ulikt forbruk av sjukehustenester (5). Helsesteforskning ved Sentralsjukehuset i Akershus har samarbeid mellom linjene som eitt av sine satsingsområde innan helsetenesteforskning. Fleire andre sjukehusområde har eller har hatt prosjekt som tek for seg samarbeid mellom linjene, også på tverrfagleg basis. Ved Regionssjukehuset i Tromsø blir det nå satt i gang eit forsøk med allmennpraktikar i sjukehus etter Odensemodellen (6).

I England er det utarbeidd ei prioritert satsingsliste i 21 punkt der fleire av innsatsområda er svært like dei norske problemområda; tilgjenge, informasjonsoverføring,

- legar har liten kunnskap om kva faglege ressursar som er tilgjengeleg i anna linje i same sjukehusområde
- legar har lite kontakt med legar i anna linje
- legar har høg terskel for å gje kritikk eller ros til kollegaer
- legar snakker sjeldan med kollegaer om eigen sjukdom eller personlege forhold
- legar set fagleg kvalitet svært høgt, og prioriterer lågare ikkje-faglege problem
- geografiske barrierer og avstand vanskeleggjer kontakt
- kontinuitet i legedekninga; dei gode tiltak forsvinn med legen som flytta
- personleg samarbeid blir utvikla over tid
- institusjonane er så store at samarbeidsrelasjonar blir fragmenterte
- alle steller med sitt og deltek lite i utvikling av systemproblem

Tabell 2. Faktorar som påverkar linjeovergripande samarbeid mellom legar.

kliniske retningslinjer, pasientmedverknad, poliklinikkdrift, med vidare (7-10). Fleire prosjekt er sett i gang, men til nå er ingen av dei evaluert. Dei fleste forsøk på samarbeidsutvikling skjer ennå innanfor kvar linje, ikkje over linjene. Medline-søk på samarbeid over linjer gir få funn.

Eige prosjekt i Sunnhordland

Stord lokalsjukehusområde består av eit fylkessjukehus, 40 allmennpraktikarar i 5 kommunar og eit befolkningsgrunnlag på 48.000. Det er for tida totalt 76 legar i

Sunnhordland. Samarbeidsproblematikken ved prosjektstart sumaren 1994 kan illustrerast ved sitat frå legar som vart intervjua.

Allmennpraktikar:

- «Overleger må kunne gjera noko meir enn å kikke i eitt hol om gangen!»
- «Før sende eg pasientane mine til sjukehuset i ambulanse, nå kjem dei heim i ambulanse.»

Sjukehuslege:

- «Er det nødvendig å henvise dette, kan ikkje allmennpraktikaren gjera det sjølv?»
- «Det einaste instrumentet i den praksisen må vera ei därleg kulepenn.»

Vårt samarbeidsprosjekt har som mål å betra kvalitet på samhandling mellom allmennpraktikar og sjukehuslege i Stord sjukehusområde. Vår hypotese er at ved å betre samhandling og funksjonsdeling mellom legar i første- og andrelinje betrar vi kvalitet på samla helsearbeid. Dette gjer vi ved intervensionsstudier av akuttmedisinske innleggning. Datainnhentinga foregår i tre periodar; basisdata og kontrolldata før og etter ein intervensionsperiode, og ekstra kontroll av kvantitative data ei tid etter avslutta intervensionar. Vi kombinerer kvalitative og kvantitative metodar i første og andre registrering, og i kvalitativ del legg vi vekt både på pasient-, allmennlege- og sjukehuslegeperspektiva. Vi bruker Voss som kontrollsjukehusområde, det ligg i same fylke og har same funksjonar som Stord.

Vår kvalitative metode er detaljstudier av pasientforløpet frå pasienten vart akutt sjuk, i møte med førstelinje, innlegging, opphold, utskriving og etterforløp. Vi bruker trianguleringsprinsipp i datainnsamling ved å henta informasjon frå primærlegejournal, sjukehusjournal, intervju med pasienten etter utskriving, telefonintervju med innleggande lege og registreringsskjema ved innlegging.

Pasientforløpa blir utforma som omfattande forteljingar, narrativar, etter ein fast mal. I ei ekspertgruppe vurderer allmennlegar, sjukehuslegar og brukarar saman kvaliteten på helsetenesta i pasientforløpa (audit) og gjev karakter på kvalitet i dei forskjelle ledde og overgangane mellom dei.

Vi får fram korleis helsepersonell i sjukehustet ser likt eller ulikt på akuttinnlagt problem etter kvart som pasienten flytter seg i sjukehussystemet og problemet blir utreda. Mellom anna spør vi kor nødvendig dei vurderer innlegginga som. Dersom dei meiner at innlegging er relativt lite nødvendig, ber vi dei om å koma med forslag til alternativ: burde allmennlegen ha ordna opp sjølv, skulle pasienten ha vore lagt inn i lokal sjukeheim, i eit anna sjukehus, eller henvist til poliklinikk same dag eller neste dag? Vi registrerer mange forhold ved innlegging, mellom anna om primærlege har undersøkt pasienten. Når legevakten har lagt inn pasient om natta utan å ha sett pasienten, er slike «innleggningar frå legens seng, ikkje pasientens seng» effektiv ressursutnytting, eller därleg kvalitet på legearbeit?

Vi har intervenert i samarbeid mellom legar på to måtar: i Stord kommune var intervensionen den første norske utprøvinga av den Fynske praksiskonsulentordninga. I Kvinnherad kommune gjorde vi avtale med legane at dei før eventuell innlegging skulle ringe til bakvakt i sjukehustet og diskutere pasient, problem og alternative tiltak til innlegging.

Legane i vårt område har stort sett vore positive til kva vi arbeider med, det har opparbeidd seg eit godt samarbeidsklima, med vilje til forsøk og endringar. Dei aller fleste legar i begge linjer i vårt sjukehusområde ønskjer utvida samarbeid med legar i anna linje. Dei peikar på at forbetra kvalitet på samarbeid vil kunna betra helsevinst, sikra mot feilbehandling og dobbeltundersøkingar og dermed

redusera risiko og kostnader ved eit gitt helseproblem. Utvida samarbeid kan ikkje minst gje oppleving av større tryggleik i arbeidet.

Faktorar som påverkar samarbeid

Ut ifrå våre erfaringar er det mange faktorar som påverkar samarbeidet mellom legar (tabell 2). Samarbeid bygt på personleg kontakt er kanskje den viktigaste enkeltfaktor for gode samarbeids tilhøve mellom legar. Personlege relasjonar synest å minska terskelen for å søkja kontakt om faglege eller organisatoriske problem før, under og etter innlegging i sjukehus. Korleis det kan innverka på kvantitet og/eller kvalitet på helsearbeid er eitt av dei spørsmål vi vil sjå nærmare på. Tidspress i eigen arbeidssituasjon og lokale geografiske tilhøve hindrar samarbeid. Lange ventelister kan skapa frustrasjon hjå legane i begge linjer, og det kan oppstå misforhold mellom dei som hindrar godt samarbeid. Allmennpraktikarar opplever ofte utryggleik i arbeidet sitt (11). Det er særleg aktuelt i legevaktarbeid, der dei skal utføra livsviktig legearbeit åleine, med lite utstyr, under tidspress, og i tillegg til dagarbeidet. Utryggleik for kva som kan skje med akutt sjuk pasient ser ut til å vera medverkande årsak til akuttmedisinske situasjonar spør legen seg: kva kan koma til å henda med denne pasienten dersom eg ikkje legg han inn? Legen spør seg også: kva kan henda med meg dersom eg overser noko alvorleg?

Konklusjon

Vi har funne det rett å satse på kvalitet. Vi er opptatt av korleis samarbeid mellom legar i ulike linjer påverkar kvalitet på klinisk arbeid og ressursbruk. Ut ifrå førebelse erfaringar meiner vi at mange av kvalitetsbrota skuldast systemproblem i helsevesenet, og at betra samhandling over linjegrenser er

viktig for god pasientflyt. Vår erfaring så langt er mellom anna at det er muleg å aktivere allmennpraktikarar og sjukehuslegar i felles prosjekt der eigne rutinar vert påverka.

Eitt av våre mål er å utvikla generaliserbare modellar for samarbeid mellom allmennpraktikarar og legar i sjukehus. Vi ønskjer også å utvikla og evaluera instrument for kvalitetsvurdering av samarbeid. Vi meiner at kvalitet på samarbeid mellom linjene må utviklast lokalt og i fellesskap mellom legar i begge linjer over tid, og på grunnlag av innsikt i anna linje sin «kultur». Ut ifrå innsikt i lokale prosesser vil vi arbeide mot å optimisere koordinering, kontinuitet og kommunikasjon mellom førstelinje og andrelinje i eit lokalsjukehusområde. Endringar i samarbeidet må vera enkle, relevante for begge linjer, utviklast lokalt og lett kenna innpassast i dei daglege rutinane i allmennpraksis og i sjukehus. Dei må sjølvsgart byggja på overordna styringsdokument dersom slike finst. Helsepersonell og administrasjon i begge linjer bør ha forpliktande eigarskap i omstillingsforsøk.

Kvalitetsutvikling av samarbeid, slik vi ser det, er betring av organisering, fagleg utføring og mellom-menneskelege forhold mellom helsepersonell, mellom pasientar og helsepersonell, og mellom helsepersonell og dei styrande. Vi ønskjer å forenkle prosessar, ikkje å lage meir kompliser-

te samhandlingsprosedyrer. Vi vil erstatta «u-arbeid» med helsegevinst.

*Odd Jarle Kvamme
5454 Sæbøvik*

*Hans Olav Fadnes
Med. avd. Fylkesjukehuset på Stord
5400 Stord*

Litteraturliste:

1. Mainz J. Problemidentifikasjon og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Munksgaard 1996.
2. Måseide P. Medisinsk sosiologi: s.174-80. Oslo. Tano 1987.
3. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen. Navf-rapport, gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr.1 – 1981.
4. Bruusgaard D. To alen av samme stykke. Rapport fra et prosjekt igangsatt for å bedre arbeidsdeling og samarbeid mellom den primære helsetjeneste og sykehus, gjennomført etter oppdrag fra helsedirektoratet. NIS-rapport, Oslo 1978
5. Thorsvik D. Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. Gruppe for helsetjenesteforskning, distriktskontoret i Værdal. Rapport nr.5-1986.
6. Grinsted P. Praksiskonsulenter, evalueringssrapport. Fyns Amt 1992.
7. Jones R, Lamont T, Haines A. Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care. BMJ, 1995; 311: 1076-9.
8. Wisely J, Haines W. Commissioning a national programme on research and development on the interface between primary and secondary care. Br Med Journ 1995; 311: 1080-2.
9. Dept. of Health, NHS, England. Research and Development Priorities in relation to the interface between primary and secondary care. Report to the NHS Central Research and Development Committee. 1995.
10. Ebrahim S. Changing patterns of consultation in general practice: fourth national morbidity study, 1991-92. Br Med Journ 1995; 307: 283-5
11. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3818-23.

Forskrivningstillatelse – Dexamin® og Ritalin®

Helsedirektøren har besluttet at myndighet til å gi forskrivningstillatelse for legemidlene Dexamin® og Ritalin® delegeres til fylkeslegene. Alle søknader om tillatelse til å foreskrive Dexamin® og Ritalin® skal fra 1. desember 1996 sendes til Fylkeslegen i det fylket hvor legen har sin praksis.

Den nye ordningen innebaerer ingen endringer i forhold til gjeldende praksis for godkjening av søknadene. Det enkelte fylkeslegekontor vil behandle søknadene i henhold til retningslinjer gitt av Helsetilsynet (jf. Nytt fra Statens legemiddelkontroll nr. 2-1987/ nr. 1-1994).

Helsetilsynet vil minne om at søknader fra leger som ikke har den spesialistkompetanse som er nødvendig for å kunne innehava en generell forskrivningstillatelse, skal sende via den spesialist som det skal samarbeides med når det gjelder behandling og oppfølging av pasienten. Søknaden skal underskrives av begge leger før den videresendes til fylkeslegen.

Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) er et nytt tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek. Prosjektet RELIS ledes av Statens helsetilsyn og har foreløpig status som et prøveprosjekt. Siden oppstarten i mars 1995 har RELIS 2 og 3 tilsammen besvart over 500 spørsmål fra helsepersonell om legemidler og legemiddelbruk. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens leser.

Prosjekt.

RELIS 2 og RELIS 3 er etablert av Statens helsetilsyn som et prosjekt, foreløpig frem til september 1996.

Legemiddelinformasjonssentrene har en tverrfaglig bemanning, og er i prosjektperioden knyttet til sykehusapoteket ved regionsykehuse.

Det vil i løpet av, og etter prosjektperioden, bli foretatt evaluering av RELIS' virksomhet med tanke på eventuell videre drift og oppstart i de øvrige helseregionene.

?RELIS

RELIS – hva er nå det?

Utposten vil med dette nummer forsøke å starte en ny spalte. Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) presenterer seg selv i dette nummer. Denne spaltenes levedyktighet vil bl.a. avhenge av innspill fra brukere av RELIS, bl.a. gjennom Utposten. Vi anbefaler derfor våre lesere å komme med spørsmål til RELIS:

- **Helseregion 2 (Østfold, Vestfold, Akershus, Buskerud, Telemark, Aust- og Vest-Agder)** Rikshospitalets apotek, 0027 Oslo, tlf. 22 86 06 70
- **Helseregion 3 (Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane):** Haukeland sykehusapotek, Postboks 1, 5021 Bergen, tlf. 55 97 53 60/61/46.

Det er Turid Dybendahl (farmasøyt) og Jan Schjøtt (lege) fra RELIS 3 (helseregion 3) som står for innlegget i dette nummer.

Sopp og amming

En lege henvendte seg til RELIS med følgende problemstilling: Pasient som ammer har fått soppinfeksjon rundt brystvorten. Behandling med soppkrem er ønskelig. Legen ønsker å vite hvilken krem pasienten bør bruke, særlig med tanke på å slippe å vaske av før amming.

Symptomene på candidainfeksjon på brystvorten og området rundt er ofte vedvarende røde og ømme brystvorter (1), samt strålene smerte i brystet under og etter amming (2, 3). En slik soppinfeksjon regnes for å være relativt sjeldent. Vanlige råd mot såre brystvorter, slik som riktig ammeteknikk, lufttørring av brystene og avlastning av brystvortene med bruk av pumping, har ofte vært forsøkt uten at man har oppnådd noen bedring. Soppinfeksjonen kan oppstå etter en antibiotikakur, eventuelt kan trøske i barnets munn overføres til morens brystvorter (4). Sårhet og smerter som

oppstår etter en periode med tilfredsstillende amming kan også være forårsaket av en soppinfeksjon (4).

Ved behandling av soppinfeksjon rundt brystvorten hos ammende har klotrimazol (Canesten, Fungisten, Klotrimazol), mikonazol (Daktar) eller nystatin (Mycostatin) vært brukt (3–6). Det anbefales å påføre soppmidlet etter vasking og lufttørring av brystet, fortrinnsvis etter amming. Det er noe usikkert om kremen bør vaskes av før neste amming. Smaken på kremen kan medføre at barnet vil vegre seg for å ta brystet, og i tillegg er det mulighet for at barnet kan svegle noe av kremen.

Vi har sett på data for absorpsjon av virkestoffene fra magetarmkanalen. Nystatin (Mycostatin) absorberes bare i liten grad (7) og kan således tenkes å være et førstevalg. Mengden av nystatin i et gram Mycostatin krem og salve tilsvarer mengden nystatin i en milliliter Mycostatin mikstur. Mycostatin krem inneholder derimot 265 mg propylenglykol pr. gram krem (8) og bør derfor vaskes av før neste amming. Propylenglykol er toksisk i høye doser (9, 10), men ifølge Statens legemiddelkontroll synes det imid-

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et nytt tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Foreløpig er det opprettet regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek.

Nærmest mulig brukerne

Helsepersonell kan benytte RELIS når man trenger assistanse i utredning av legemiddelporsmål. Sentrene vil blant annet besvare spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyter, og skal supplere den informasjonsvirksomheten som allerede drives i primærhelsetjenesten og på sykehus. RELIS skal også samarbeide med legemiddelkonsulenter og andre fagmiljøer om bl.a. terapiretningslinjer. Virksomheten skal i stor grad tilpasses brukerne og deres lokale behov. Vi ønsker derfor å ha god kontakt og en løpende dialog med helsepersonell i regionen, som er interessert i problemstillinger knyttet til legemiddelbruk.

Helseregion 3:
Hordaland, Rogaland,
Sogn og Fjordane.



Helseregion 2:
Ostfold, Vestfold, Akershus,
Buskerud, Telemark, Aust- og
Vest-Agder.

lertid ikke å være noen vesentlig risiko ved et daglig peroralt inntak på inntil 300 mg/kg over et begrenset tidsrom hos barn under 6 måneder (10). Mycostatin salve inneholder ikke propylenglykol og behøver derfor ikke vaskes av før amming. Klotrimazol (Canesten, Fungisten, Klotrimazol) og mikonazol (Daktar) absorberes i moderate mengder fra mage-tarm traktus (11). Klotrimazol ble tidligere gitt peroralt i behandling av systematiske soppinfeksjoner, men fordi stoffet viste seg å være toksisk og gi forholdsvis mye bivirkninger, er denne handlingen ikke lenger aktuell (11). Vi har ikke funnet noen undersøkelser som tar opp problemstillingen om det er nødvendig å vaske av rester av klotrimazol og mikonazol før amming, og blant leger og farmasøyter som vi har rådspurt er det delte meninger.

Hvis barnet i tillegg har trøske er det viktig med behandling for å hindre reinfeksjon av morens brystvorter (3, 4). Trøske i munnen hos barnet kan behandles med

Mycostatin mikstur. Miksturen kan gis dråpevis eller fortynnes med vann og pensles på sårene (7).

Konklusjon:

Såre brystvorter i forbindelse med amming er et relativt vanlig problem. Sopp som årsak til dette regnes for å være sjeldent, men bør behandles med en soppkrem. Vi anbefaler bruk av Mycostatin sal-

ve, da det ikke er nødvendig å vaske av denne før amming. Alternativt kan Canesten, Fungisten, Klotrimazol eller Daktar krem brukes, men det er her delte meninger om kremen bør vaskes av før amming eller ikke. Hvis barnet har trøske bør det behandles med Mycostatin mikstur for å forhindre reinfeksjon.

Litteratur

1. SAMKOMs mor og barngruppe: Brosjyrer Gode råd når du har såre brystvorter. Norges Apotekerforening 1995.
2. Nylander G. Glødende strenger i brystet, kan det være sopp – Candida albicans? Ammenyts ammefakta 1993;2:6.
3. Johnstone HA, Marcinak JF: Candidiasis in the breastfeeding mother and infant. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1990;19(2):171–3.
4. Huggins KE, Billon SF. Twenty cases of persistent sore nipples. Collaboration between lactation consultant and dermatologist. J Hum Lact 1993;9:155–60.
5. Amir LH, Pakula S. Nipple pain, mastalgia and Candidiasis in the lac-
- ting breast. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1991;31:378–80.
6. Melnikow J, Bedinghaus JM. Management of common breast-feeding problems. J Family Practice 1994;39:56–64.
7. Felleskatalogen 1995/96;791–2.
8. Legemiddelfirmaet Bristol-Myers-Squibb, personlig meddelelse, 26. mars 1996.
9. Markestad T, Grønlie I. Propylenglykol i medikamenter. Risiko for spedbarn? TNL 1992;112:260.
10. Sandnes D, Winsnes R. Propylenglykol i legemidler – en toksikologisk vurdering. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 1993;2:4–6.
11. Dukes MNG, editor. Meyler's side effect of drugs. Amsterdam: Elsevier, 1992;678–9.

UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Samhandling – en faglig utfordring

Nummer 2

Manglende samhandling – vårt største faglige hull? *Leder: Helge Worren*
Allmennlegen som koordinator. *Per Hjortdahl*
Regionalt helsenettverk. *Petter Øgar*
I hvilke internasjonale fora deltar og presenterer norske samfunnsmedisinere seg? *Lars Lien*
«Fra medarbeider til medarbeider». *Anne-Tove Moe Carstens*
Klar til oppakt? *Nils Kolstrup, Arne M. Kummen, Per-Kristian Meum, Bjørg Helene Renaa, Tore W. Steen*
«Tidlig intervensjon i Nord-Trøndelag». *Anne Margrethe Rostad*
Første internasjonale konferanse i forebyggende og helsefremmende arbeid i Europa, Santiago de Compostela, Spania, 23.–25. november 1995. *Irene Hetlevik, Knut Arne Holtedahl*
Et slags Sibut? *Njål Flem Meland*
Folkehelsekongress arrangert i Budapest i desember 95. *Ellen Rygås*
Fibromyalgi: En bok om muskelsmerter. *Bokmelding*
Kollegabasert læring av klagesaker. *Bokmelding*
Se deg selv i kortene. *Edb-spalten, Svein Gjelstad*
NSAMs forskningspris 1995 til
Terje Johannessen. *Bjarne Haukeland*
Yoga – pust og avspenning. *Berit Østby*

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Leger uten grenser – marked uten grenser

Nummer 1

Medisinens triumf. *Leder: Sonja Fessum*
Fagleg spalting hos leger – ein ubotleg tilstand? *Reidun Forde*
Primerlegene inn i sykehusene! *Per Hjortdahl intervjuet av Geir Sverre Braut*
Utpostens Skarven-pris til John Leer
«Utsikt fra Nærøy» Kombinasjonslege i en utkantkommune. *Henrik Brochmann*
Helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskrift. *Anders Grimsmo*
Ny helseminister Hernes
Fastleggen som forebygger. *Frode Heian*
Praksislærarar på tur til Nederland og Belgia! *Lars Moland*
Lovetannprisen 1995 til Eli Berg
Feilaktig og provoserende om primerlegetjenesten i Vestfold. *Johnny Mjell – leserbrev*
Tilsvar til Johnny Mjell. *Hans Knut Otterstad – leserbrev*
«The laterals». *Dag S. Thelle*
Om å være et medmenneske. *Fred Anderen – leserbrev*
Dublin uten Grand Prix – går det an? *Anne Luise Kirkengen*
Prosedyrepermer – igjen. *Utpostens EDB-spalte*

INDEKS



For

Utposten har i år feiret
I den anledning bærer alle
Vi har faste spalter som «Bokmeldi»,
«Smil i hverdagen», «

UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Det vanskelige skjønnet

Nummer 7/8

Det vanskelige skjønnet. *Leder: Betty Pettersen*
Skjønnsutveksling i samfunnsmedisinen. *Petter Øgar*
Statlige forskrifter og lokalt selvstyre. *Lars Hansen – leserbrev*
Utpostens tekst- og illustrasjonspris
Lovetannprisen 1996/NMDs pris 1996
Om den store hydighetskampanjen som ruller over landet. *Sverre Lundevall*
Samhandling mellom allmennpraktikar og sykehuslege. *Odd Jarle Kvamme og Hans Olav Fadnes*
RELIS. Sopp og amming
Indeks 1996
Helsetasjon og skolhelsetjeneste i fremtiden – er det liv laga? *Kirsten Petersen – leserbrev*
Helse og sykdom. *Lars Tjensvoll*
Forsvhjelp. *Bokmelding*
Kaos og kosmos. *Bokmelding*
Kognitiv psykologi. *Bokmelding*
Foryngelse i nord. *Sverre Lundevall*
Bruk av PC i presentasjoner. *Utpostens EDB-spalte – Satya P. Sharma*
Utpostens 25-årsjubilum
Forfatterveiledning

Nummer 3

Om kvinner, menn og det matematiserte helsevesen. *Leder: Sonja Fossum*
 Formelen for den menneskelige norm er *N=XY*. *Anne Luise Kirkengen*
 Hvorfor feirer UTPOSTEN 25-års jubileum allerede i år? *Utposten 25-års jubileum*
 To med brystmerter – et par psykososiale kasuistikk. *Pål Gulbrandsen*
 Vi intervjuer assisterende helsedirektør Lars Hansen. *Petter Øgar*
 Prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Kirsten Petersen*
 Helsesøstrene i Moss svarer Olav Thorsen. *Debatt*
 Helsestasjonenes vere eller ikke være. *Kirsten Mostad Pedersen, Jens Brovold og Jørn Klepper*
 Er allting glemt om 100 ord? Hva var det Hernes ikke sa noe om? *Aktuell kommentar*
 Om prosedyrepermer og DNLFs web-server. *Utpostens edb-spalte, Gisle Roksund og Ola Lilleholt*
 Byråkratit? *Nils Carl Lønberg*
 Metodebok i skadebehandling. *Bokmelding*
 Gjør «frisk luft» deg frisk? *Marit Rognerud og Sonja Bjørkly*
 NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene. *Petter Øgar*



svrig:
 Feiret 25-årsjubileum.
 Årets nummer preg av det.
 «Åring», «edb-spalte», «Slik gjør vi det»,
 Kursannonsering» m.m.



Nummer 6

Utposten 25 år. *Leder: Eystein Straume*
 Bingo og blodtrykk. *Jostein Holmen*
 Utpostens redaksjoner
 Sladrespeil. *Ola Lilleholt*
 Utposten – nyttig for allmennpraktikeren? *Bente Aschim*
 Utposten: Første medisinske tidsskrift med fast tegner. *Per Wium*
 Utsyn fra tilsynet: – Utposten sett fra sentrum. *Anne Alvik*
 Utfordringene i samfunnsmedisin. *Peter F. Hjort*
 Utposten – tilbakeblikk. *Harald Siem og Magne Nylen*
 Utposten – en allmennmedisinsk aperitif! *Jo Telfe*
 Fastlegeforsoket – starten til en ny reform? *Martin Holthe og Aage Bjertnes*
 How one group plans a journal. *Marit Haffing*
 Utpostens betydning for allmennmedisinsk forskning. *Christian F. Borghesvink*
 Ny lærebok i allmennmedisin underveis. *Bokmelding*
 Finnes det en fremtid for turnuskandidaten? *Torgeir Hagestad*
 Et lite historisk tilbakeblikk og en titt i krystallkula. *Utpostens EDB-spalte – John Leer*



Nummer 4

Eksistensen, sorga og oss. *Leder: Eivind Vestbø*
 Plutselig død – hva gjør vi for de påtrente og oss selv? *Sten Erik Hessing*
 Behandling av hjertesvikt. *Eivind S.P. Mybre*
 Hvorledes kan den store variasjonen i legers forskriving av vanedannende legemidler forklares? *Hans Knut Otterstad*
 Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin. *Frode Forland*
 Sting i brystet. *Satya P. Sharma*
 Hvordan opplever familier med psykisk utviklingshemmede barn samarbeidet med helsetjenesten? *Inger Marii Tromvoll*
 Utpostens jubileumsseminar annonseres
 Hva skal vi gjøre med mamma? *Bokmelding*
 Kirurgi i allmennpraksis. *Bokmelding*
 Helsestasjonen – på helsestasjonenes premisser? *Olav Thorsen*
 Kvalitetssikring i praksis. *GRUK*
 Scanning av tekst i DOS-baserte legeprogrammer. *Utpostens edb-spalte*



Nummer 5

Trygden og legene. *Leder: Eystein Straume*
 Pontius Pilatus i helsetenesta. *Leder: Geir Sverre Braut*
 Tre nekrologer over et samarbeidsforhold. *Hanne M. Undlien*
 Tre betrakninger om Jesus og psykiatri. *Knut Lindner*
 Nekrolog over Olav Rutle
 Vi må skape faget samfunnsmedisin med basis i de faktiske forholdene. *Anders Smith intervjuer av Eystein Straume*
 Framlegg til postbehandlingsprosedyre
 Hvordan måtte tilgjengeligheten på telefon? *Torgeir Fjermestad*
 John Murtagh – allmennmedisinsk pedagog i verdensklasse. *Tore Ysterdahl intervjuer John Murtagh*
 Når noen ikke passer inn!
 Hvordan behandle urolithiaspasienter med akutt kolikk? *Eivin Læs*
 Traumatisk attritt i allmennpraksis. *Satya P. Sharma*
 Bruk av CRP testing ved luftrveisinfeksjonar. *Adak Bråteit*
 Syklig sorg eller syk av sorg? *Cecilie Daale*
 Kjære Lars! *Brev til helsedirektør Lars Hansen fra Kjeld Malde*
 Forslag om vaktlegekursus. *Arne Ivar Østensen og Nils Carl Lønbe*
 En helsestøters refleksjoner over et prosjekt. *Ola Berglund*
 Helsepolitiske notater. *Petter Øgar*
 EYR – Norsk Epostliste for allmennmedisin. *Utpostens EDB-spalte*
 Hognes Sandrik
 Blå skygge. *Bokmelding*
 Tausetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren. *Bokmelding*
 Kvalitetshåndbok for samfunnsmedisin på Internett. *Vegard Høglund*

Tekst: Kirsten Petersen

Helsesøster t.o.m. 1988. Prosjektleder, «Videreutvikling av helsestasjon- og skolehelsetjenesten» 1995/1996. Komitesekretær, helse- og sosialkomiteen i Oslo fra høsten 1996.

Litt historikk

Norske Kvinners Sanitetsforening begynte i 1906 å dele ut melk og andre næringsmidler til svake og underernært barn. Dette regnes som starten på helsestasjonsarbeidet. Skolehelsetjenesten er også gammel, den daterer seg tilbake til ca 1880. Utviklingen her har vært nokså parallel til helsestasjonsvirksomheten. De frivillige organisasjonene var en krumtapp i virksomhetens første faser. Etterhvert har det offentlige kommet stadig sterkere inn. Helsekontroller, kostholdsveiledning, vaksinering og teknisk/hygieniske kontroller var i hovedsak oppgavene som ble ivaretatt.

Helsesøstertjensten fikk sin profil og sitt innhold i stor grad etter press fra distriktslegerne. De fleste distriktsleger arbeidet nokså alene i sine vanligvis store distrikter, og fant det vanskelig å prioritere forebyggende helsearbeid under presset fra de kurative oppgavene. De store infeksjonssykdommene, hygieniske og ernæringsmessige problemstillinger, gjorde behovet for større innsats på den forebyggende siden påtregende. Opprettelsen av helsesøsterstillinger skulle gi et bedre grunnlag for dette arbeidet.

Helsedirektør Karl Evang var en sterk forkjemper for helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten. I hans periode ble lege-

Helsestasjon og skolehelsetjeneste i fremtiden – er det liv laga?

nes engasjement forsterket og etterhvert kan vi se at den medisinske tyngden i tjenesten preger virksomheten helt frem til i dag.

Etter den tidligere loven om helsesøstertjenesten i kommunene (28. juni 1957) var helsesøstrene pålagt å bistå distrikts- eller stadsleger med en rekke oppgaver. I mange mindre kommuner representerte helsesøster ved siden av distriktsleger det eneste helsefaglige personellet i distriktet. De arbeidet svært selvstendig og med sin delaktighet i helserådets teknisk/hygieniske kontrollfunksjon, fikk helsesøstrene også en rolle som en slags myndighetsperson i lokalsamfunnet. Seieren over infeksjonssykdommene, en sterk vekst i den delen av det lokale hjelpeapparatet som har med pleie, omsorg og sosialtjenester å gjøre og reorganisering av det teknisk/hygieniske arbeidet, har etterhvert gjort helsesøsters rolle mindre sammensatt og i større grad koncentrert om småbarnsarbeidet. (NIS, rapport 3/90).

Reorientering

Sykdomsutviklingen i Norge i vårt århundre blir ofte karakterisert ved tre store «sykdomsbølger»:

- «infeksjonssykdommene» – som i det vesentlige ebbet ut rundt midten av dette århundret.
- «sivilisasjonssykdommene» – som man håper skal miste sin betydning ved årtusenskiftet (kreft-, hjerte/karsykdommer, ulykker mv.).
- «samsykdommer» – som er den dominerende utfordring i det moderne samfunn, (vantrivsel, eksistensielle problemer, stress,

adferdsforstyrrelser, rusmisbruk, kriminalitet, selvmord m.v.)

Hvert paradigmeskifte krever reorientering. Helsetjenestene registrerte tidlig den nye perioden vi gikk inn i og i fagmiljøet førte dette til diskusjoner om nye arbeidsformer innen helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Vektlegging av mentalt forebyggende arbeid finner vi allerede i NOU 1979:53 «Skolehelsetjenesten» og i bøkene «Helsestasjonen, en forpost i kampen for det gode liv» og «Helsestasjonen alltid i støpeskjeen» (Bogen, Sundby m.fl.).

Helsetjenesten har i stor grad tatt seieren over de epidemiske sykdommer til inntekt for sitt forebyggende arbeid. Man har hatt atskillig større problemer med å spore effekter av det forebyggende arbeidet rettet mot «sivilisasjonssykdommene» og nå driver vi nærmest og famler i blinde i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot «sam-sykdommene».

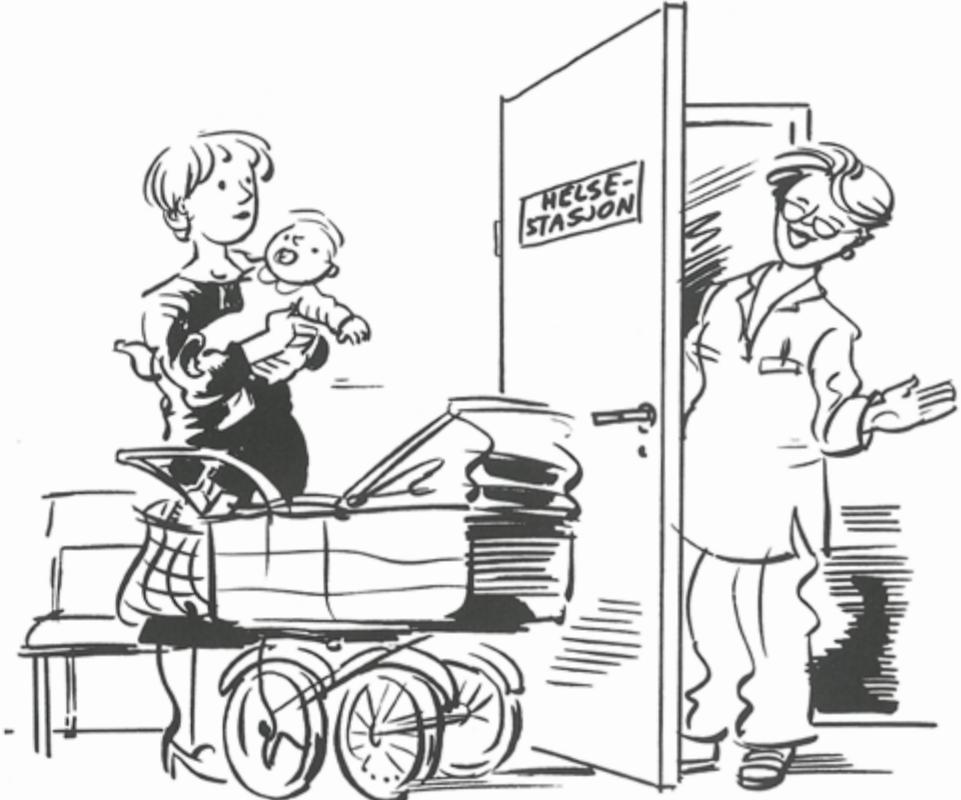
Omorganisering i kommunen

Innenfor de fleste bedrifter søker man å løse problemer, økonomiske eller andre typer problemer gjennom omorganiseringer. Dette har etterhvert også blitt populært i kommunene. Den nye kommuneloven gir en stor frihet til å organisere sine avdelinger/etater ut fra lokale forutsetninger og behov. De siste årene har vi registrert at en rekke kommuner har opprettet oppvekstavdelinger/barne- og ungdomsavdelinger eller lignende, (det finnes utallige varianter av navn på disse avdelingene). Felles for mange av de nye avdelingene

er at helsestasjonene og skolehelsetjenesten er lagt inn der og tatt ut av helseavdelingen. Dette har satt mange problemstillinger på dagsordenen og ført til frustrasjoner blant de ansatte. Bl.a stilles det spørsmål ved hvordan man skal greie å opprettholde den medisinsk faglige kompetanse innenfor en tjeneste uten medisinsk faglig ledelse? Hvilken rolle og myndighet har den medisinsk faglig rådgivende lege i kommunen innen denne organisasjonsmodellen? Hvordan skal vi unngå at vår lille tjeneste skal nedprioriteres og drukne i en slik organisasjon? Jeg synes at mange av disse spørsmålene er svært relevante, og det kan være grunn for bekymring. Jeg håper virkelig at helsepersonellet innenfor denne tjenesten greier å synliggjøre og markedsføre egne medisinsk faglige kunnskaper, slik at resten av organisasjonen får forståelse for at dette er en nødvendig tjeneste. Som jeg senere i dette innlegget vil komme tilbake til, mener jeg det er svært viktig at helsepersonellet holder fast ved sin medisinsk faglige basis og utdyper sine kunnskaper på dette området. Legger man opp til en organisasjonsmodell der man har som intensjon at det skal være et flerfaglig fellesskap og samarbeid på tvers, er det viktig at de ulike yrkesprofesjoner holder fast ved sine spesielle kunnskapsområder. Hvis man som helsepersonell søker å lære seg «alt det andre» som andre yrkesgrupper har mange års utdannelse i, tror jeg at man mister sin egen plattform og overflødig gjør seg selv i løpet av kort tid.

Er legene på vei ut?

Gjennom St. meld. 37 «Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid» pekte man på en rekke forhold det måtte gjøres noe med for å kunne møte de nye problemstillingene. Hovedtemaene har vært organisasjonsendring og samarbeid på tvers. I forkant av og som en oppfølging av stortings-



meldingen er det iverksatt en rekke prosjekter og aksjonsprogram for å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. Det påpekes fra en rekke hold at det er behov for endring og videreutvikling. Samtidig registrerer jeg at spesielt legene har begynt å stille spørsmål ved det man driver på med innenfor tjenesten:

- Hvorfor driver vi med denne screeningen når vi aldri finner noe?
- Er det dokumentert holdbart det vi driver på med?
- Kan vi virkelig prioritere dette arbeidet når vi ser det store behovet for kurative tjenester?

Jeg registrerte allerede fra midten av 80-tallet at flere allmenpraktiserende leger manglet motivasjon for helsestasjons- og skolehelsetjenestearbeidet. Enkelte leger måtte nærmest tvinges til å ta del i denne lovpålagte tjenesten i kommunen, spesielt gjelder dette skolehelsetjenesten. Jeg registrerer at det for mange har vært et pliktlopp uten

nødvendig engasjement, motivasjon og entusiasme.

Som hovedsamarbeidspart for helsesøstrene og i mange kommuner leder for det helsefremmende og forebyggende arbeid, vil jeg påstå at legenes manglende interesse utgjør en av de største farer for tjenesten akkurat nå. Jeg opplever at dette manglende engasjement legger en klam hånd over tjenesten, og virker utarmende over tid. Helsesøstrene kan på sin side fort gå inn i en fase med aggressjon og desperat kamp for å beholde det vi har, uten å stille spørsmål ved sin egen rolle innenfor tjenesten:

- Hva er det jeg som helsesøster bidrar med i dette faglige fellesskapet?
- Trenger tjenesten og barna/familiene den fagkunnskapen som helsesøstrene har?
- Går vi inn i en ny tid med behov for annen kompetanse inn i tjenesten enn den tradisjonelle medisinsk faglige vinklingen?

Fastlegeordningen

4 kommuner har vært gjennom en forsøksperiode med fastlegeordningen. På tross av at Stortingets sosialkomite påpekte at det forebyggende og helsefremmende arbeid måtte sikres innenfor denne ordningen, har jeg ikke greid å finne noen særskilte opplegg som skal ivareta eller styrke det forebyggende og helsefremmende arbeid innenfor fastlegeordningen. Tanken på at man har en forebyggende og helsefremmende tjeneste virker forholdsvis fraværende i de beslutningsdokumenter som kommunene har lagt til grunn når de gikk inn i denne forsøksperioden. Jeg har registrert at spesielt i Tromsø har fastlegeordningen vært en smertefull erfaring for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I forsøksperioden har det kommet en rekke signaler fra leger om at de medisinske undersøkelser av barna bør legges til fastlegen. Helsesøstre har registrert disse signaler og viser økende bekymring for fremtiden. Det kan se ut som om helsesøstre generelt er av den oppfatning at tjenesten står og faller med legene og de medisinske undersøkelser.

Hvis vi ser tilbake i tid, ser vi at helsestasjonene eksisterte også før legene kom inn i tjenesten og ble tildelt hovedrollen. Etter å ha snakket med relativt mange småbarnsforeldre, er jeg ganske sikker på at helsestasjonene fremstår som noe mye mer enn de reine medisinske rutineundersøkelsene. Ikke minst er det et møtested for de nylakte foreldrene, der det er «lov til» å ta opp de små bagateller som for den enkelte kan virke håpløst uoverkommelig å finne løsninger på. Jeg tror at denne unike posisjonen som helsestasjonen har i samfunnet, kan videreføres og styrkes på tross av at legene får en mindre viktig rolle i tjenesten. Legene bør selvsagt delta i virksomheten fortsatt, men kanskje i en mer sideordnet rolle, som konsulent og veileder i forhold til det infeksjonsforebyggende arbeid,

som en samarbeidspart i forhold til oppfølging av funksjonshemmede barn m.v. Flere helsesøstre ser nok at fastlegeordningen kan være det første skrittet mot den danske modellen. Den danske modellen karakteriseres av fastlegeordning med vaksinering og medisinske undersøkelser av barn på legekontoret. I Danmark har man ikke utviklet helsestasjonsmodellen slik vi har, men sunnhetspleiersker har drevet med utstrakt grad av hjemmebesøk. Jeg finner mye bra i den danske modellen, men jeg vil minne om at vi i Norge har en unik og godt forankret tradisjon i forhold til helsestasjonstjenesten. Jeg tror ikke vi skal undervurdere de norske småbarnsforeldre på dette området. Jeg føler meg ganske sikker på at det i fremtiden også vil være et sterkt krav fra spe- og småbarnsforeldre om å få komme på helsestasjonen med sine barn.

Hva med helsesøstrene – har vi behov for denne yrkesgruppen?

Hvis vi ser oss tilbake, ser vi at helsesøstrene over lang tid har gjort en enorm innsats innenfor det forebyggende arbeid. Det er ikke mange land som kan skryte av å ha en vaksinasjonsdekning som den vi har i Norge. Det er heller ikke mange land som kan fremvise en ammefrekvens som den vi har i Norge. Jeg trekker det frem her selv om vi selvsagt skal dele æren for dette med mange andre yrkesgrupper. Vi er nå kommet til en tidsepoke der det på nytt er nødvendig å se på sykdomsutviklingen og hvordan vi skal møte denne innenfor det forebyggende og helsefremmende arbeid. I den forbindelse finner jeg det nødvendig å stille spørsmål ved den bakgrunn og kompetanse som helsesøstre har. Er den medisinsk faglige bakgrunn den riktige for å møte de nye utfordringer vi står overfor? Er det ikke på tide at vi setter ned foten og sier stopp. Vistnok er vi helsesøstre både lære- og omstillingssvillige, men det går en grense

som vi skal være varsom med å trække over. Fortsatt er det en rekke medisinsk faglig relaterete oppgaver som skal ivaretas innenfor tjenesten. Jeg håper at vi i fremtiden, som helsepersonell, kan få koncentrere oss om å ivareta disse oppgavene og overlate til andre yrkesgrupper å gjøre det de er best til.

Er det liv laga for helsestasjonene i fremtiden?

Jeg håper og tror helsestasjonene kommer til å gå lysere tider i møte, forhåpentligvis med en rekke fagpersoner inne i tjenesten. Jeg ser for meg et utstrakt teamarbeid – der både leger og helsesøstre har oppgaver som skal ivaretas, men der andre faggrupper i større grad er inne og ivaretar det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Helsestasjonene bør i fremtiden fortsatt få være det stedet der småbarnsforeldre kommer med sine friske barn, der man måler og veier, setter vaksiner, snakker om ernæring, tannhelse, sovn osv. ut fra foreldres behov. Helsesøstre og jordmødre bør drive en utstrakt hjemmebesøksvirksomhet for å følge opp utviklingen med tidlig utskrivning fra føde-/barselavd. På helsestasjonene er det organisert grupper der forskolelærere, barneværnspedagoger, psykologer m.fl. driver helsefremmende og forebyggende arbeid med utgangspunkt i sin faglige kompetanse og bakgrunn. Gjennom Barne- og familieliedepartementet er det iverksett et kompetanseoppbyggingsprogram (foreldreveiledningsprosjektet) rettet mot en rekke tjenester i kommunene. Jeg håper at denne tverrfaglige kompetanseoppbyggingen skal legge grunnlag for lettere samhandling de ulike yrkesgrupper imellom og at helsestasjonstjenesten skal åpnes for andre yrkesgrupper enn helsesøstre. Jeg ønsker derfor velkommen den nye høgskoleutdanningen i helsefremmende og forebyggende arbeid som er på trappene nå. Jeg

håper den blir attraktiv for yrkesgrupper med andre innfallsvinkler enn den medisinske.

Helsestasjonene er bevaringsverdige men ikke verneverdige – det må være lov å gjøre innvendig oppdatering.

Hva med skolehelsetjenesten?

Å jobbe i skolehelsetjenesten er for mange helsesøstre en ensom jobb, spesielt i videregående skoler. Hvis man er så heldig at man har en lege som kommer innom av og til, er det nok kun i unntakstilfeller at man har en lege som viser brennende interesse for arbeidet. Jeg tror at kun de «helt spesielle» helsesøstrene greier å opprettholde entusiasme og arbeidsglede over tid innenfor denne delen av tjenesten. Som oftest har man så kort tilmålt tid på skolen at man i liten grad har muligheter for å delta i skolens indre liv. Hvis man ikke deltar i skolens indre liv, vil man stille på sidelinjen. Står man på sidelinjen, skal det godt gjøres at man greier å delta reelt i skolens planarbeid – f.eks. hvordan møter skolen den økende problematikken rundt mobbing, rusmisbruk, selvmordsproblematikk osv. Jeg tror at skolehelsetjenesten, slik den i mange kommuner er organisert, er dømt til å mislykkes. Det er mange fine ord om hva man bør gjøre, men liten reell mulighet for å få gjort noe. En rekke kommuner etablerer helsestasjoner for ungdom. Dette er bra, men jeg antar at det vil være liten mulighet for styrking av skolehelsetjenesten når kommunen har satset på helsestasjon for ungdom. Hva så med fremtiden, hvilke muligheter finnes? Jeg tror at man må gjøre noen valg og prioriteringer:

- Enten må vi ruste opp tjenesten slik at det legges grunnlag for å få gjort noe fornuftig.
- Eller så må vi omorganisere hele skolehelsetjenesten.

I større kommuner vil det være

mulig å etablere egne avdelinger for skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom slik at man kan få et faglig fellesskap med andre helsesøstre, fysioterapeuter og leger. Alternativt kan vi se for oss at skolehelsetjenesten blir en del av skoleverket, jf. bedriftshelsetjenestemodeller. Gjennom en integrering i skoleverket kan f.eks. helsestjenesten slås sammen med rådgiver/sosiallærertjenesten, PP-tjenesten m.fl. slik at det skapes et større fagmiljø og muligheter for tverrfaglig samarbeid mot felles mål.

Hvis ikke noe av dette gjøres må vi i hvert fall være så realistiske at vi forteller omverdenen hva som er realitetene. Vi må synliggjøre gjennom kommunens planarbeid og rapporteringssystemer hva som er mulig å få gjort innenfor den knappe tiden vi har til disposisjon og eksisterende rammebetegnelser.

*Kirsten Petersen
Fagerlivn. 17
0587 Oslo*

På helsesøstergruppas seminar i Østfold 20. september 1996, har følgende resolusjon vedrørende den foreslalte «Fastlegeordningen» blitt vedtatt:

For at «fastlegeordningen» ved en evt. innføring i Norge skal bli en ordning som tjener det helsefremmende og forebyggende arbeidet, må nedenstående kriterier i den endelige versjonen av ordningen bli oppfylt.

Innføringen av «fastlegeordning» i Norge må bidra til å styrke det forebyggende helsearbeid gjennom å:

1. Med WHOs mål – «Helse for alle år 2000» som bakgrunn, sikre kvalitet og utbygging av det helsefremmende og primæforebyggende arbeidet innen kommunene.
2. Sikre at tilbuddet i norske helsestasjoner og i skolehelsetjenesten skal omfatte alle familier – ikke bare familier med spesielle behov.
3. Beholde og videreutvikle den norske helsestasjons- og skolehelsestjenestemodellen i alle kommuner.
4. Beholde dagens ordning med faste helsestasjons- og skoleleger.
5. Forhindre en «privatisering» av tjenesten innen den forebyggende helsetjenesten på helsestasjon og i skole.
6. Sikre lededekningen også i små- og utkantkommuner.

Helse og sykdom

Tekst: Lars Tjensvoll



Lars Tjensvoll er cand.med. fra 1986, spesialist i allmennmedisin i 1993. Jeg har hatt 1 års NAVF-stipend i studietiden og drev da med proteinseparasjon av koagulasjonsfaktorer. Har alltid vært interessert i filosofi og har mellomfag med oppgaver innenfor filosofisk etikk og vitenskapsfilosofi.

nærningsmåte. Vår forståelse av hva sykdom og helse er, bør utvikle seg gjennom refleksjon og innsikt. Jeg mener at helsebegrepet og sykdomsbegrepet inneholder så mange faktorer som ikke lar seg måle og veie på naturvitenskapelig vis, at våre personlige holdninger alltid vil influere på hva vi mener. Derfor er det viktig å forstå det *allmenne* i begrepene og innse hvor lite medisinen som fag, egentlig kan bidra til for å gi en utfyllende definisjon på helse og sykdom. Jeg håper at en filosofisk tilnærningsmåte skal virke klargjørende, gi ny innsikt og samtidig vise hvor begrenset vår naturvitenskapelige kunnskap er.

I samfunnets og enkeltmenneskets fokusering på betydningen av helse og sykdom, ligger det sterke undertoner av eksistensielle tanker og forhåpninger. Mennesket har alltid hatt en drøm om fullkommenhet, udødelighet og kontroll over livet. I vårt teknologiske samfunn er det derfor dukket opp en forventning til den medisinske

vitenskap om at den skal føre *Mennesket* nærmere dette målet. Vår tids fokusering på helse, og hva som kan få oss til å leve så lenge som mulig, har gitt leger en betydelig mulighet til å påvirke andre menneskers livsførelse. Det kan synes som om vi er i ferd med å påta oss en slags presterolle i samfunnet. Ønsker vi det? Det tror jeg ikke, bortsett fra de av oss som kanskje er mer opptatt av makt, enn å utøve faget.

Før jeg vil diskutere begrepene sykdom og helse, synes jeg det er viktig å se på to sentrale filosofiske problemstillinger. Disse er teoretiske og av faglig filosofisk karakter, men jeg gjør dette for å forsøke å få en annen tilnærming til begrepene sykdom og helse enn det vi er vant til.

Hva er det å være til?

Den første problemstillingen handler om det å være – eller «hva det er å være». I filosofien kalles dette ontologi, eller værenslære.

Dette var opprinnelig et foredrag holdt på grunnkurs i allmennmedisin. Målet var å komme med mine tanker om begrepene sykdom og helse sett i et filosofisk perspektiv. Meningen var å forsøke å gi noen nye måter å reflektere over begrepene sykdom og helse på.

I studietiden og under etterutdanning blir vi opplært til at det meste av det vi skal lære må la seg definere og pugges. Vårt syn på helse og sykdom er derfor ofte blitt et definisjonsspørsmål på linje med definisjon av hypertensjon eller diabetes. Jeg mener det blir en gal til-



Jeg synes det er viktig å komme inn på denne problemstillingen, fordi jeg senere vil hevde at mye av vår holdning til dagens tema er farvet av vårt eget syn på livet – eller på hva det er å være. For meg er det å reflektere over hva det er å være, svært viktig for mitt syn på hva det er å drive allmennpraksis. Det gir meg mening å tenke slik i mitt møte med mange pasientgrupper, alt fra den dødssyke til den friske som kommer til helserådgivning. Særlig sentralt står dette for meg i mitt møte med pasientens rett til valg av behandlingsform og pasientens rett til selv å bestemme over hvordan han vil leve sitt liv.

Innenfor metafysikken er diskusjonen om «hva det er å være?» et av hovedtemaene. Mer presist kan jeg, i denne sammenheng, reformulere spørsmålet til «hva er det å være menneske?» eller «hva det er å være til?». Vi leger beveger oss så ofte i grenselandet mellom det å leve, og det å dø – eller rettere sagt i grenselandet mellom det å være, og det å ikke-være. Det som er ekstra vanskelig for oss er at det ikke er vår egen væren det gjelder, men pasientens. Jeg mener vi skal vokte oss vel for å gi næring til myten om legen som hersker over liv og død. I stedet bør vi la pasienten selv få være med å bestemme over sitt eget være eller ikke være. *Etter min mening, handler diskusjonen om begrepene helse og sykdom i prinsippet om menneskenes være eller ikke-være, om hvordan man skal leve sitt liv, og hvor lenge man vil leve.*

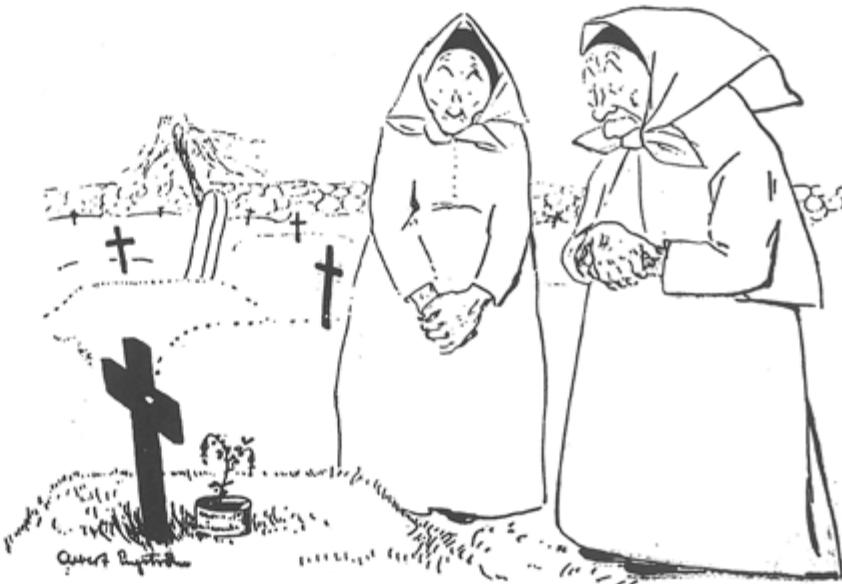
Det kan også være interessant og meningsfullt å reflektere over hva det er å ikke-være. Grekerne mente at rent logisk så hadde også det ikke-værende eksistens så lenge det kan være gjenstand for vår teknologi. Senere filosofer kommer i den diskusjonen raskt over i religionsspørsmål. Værerlære i seg selv handler ikke om trosspørsmål, men når vi vil forsøke å gi innhold til de tanker som kommer når vi forsøker å forklare hva vi forstår

med «hva det er å være», kommer vi fort inn på hva det er vi tror på.

Feilslutningen fra er til bør

Den andre problemstillingen jeg vil forsøke å belyse er av etisk karakter. Grunnen til dette er at jeg vil advare på det sterkeste mot at vi leger bruker vår autoritet og den kunnskap vi forvalter til å

de ting som du kaller det moralske onde. Hvordan du enn ser på den, så finner du bare visse følelser, motiv, viljebeslutninger og tanker. Der er i denne sak ingen andre kjensgjerninger. Det onde unnflyr deg alltid så lenge du betrakter objektet. Du kan først finne det når du vender din refleksjon innover i ditt eget bryst og finner en følelse av misbilligelse som der reiser seg mot denne



SUCK.

– Ja, hit ska vi alla samlas, om vi får lefva å ha hälsan!

fremme egne, moralske holdninger. Jeg mener ikke at leger ikke skal få ha moralske oppfatninger, men de må kunne skille dem fra faglige utsagn. Dette gjelder ikke minst dagens tema.

Det som i denne sammenheng er mitt hovedpoeng innenfor etikken er den feilslutning mange leger gjør når de går fra å formidle faktisk informasjon til å bestemme normer og verdier. De hopper fra kunnskapen om hvordan noe er, til å si noe om hvordan noe *bør* være. Jeg synes det er greit å la filosofen Hume forklare hva denne feilslutningen fra er til bør består i. Han skriver om dette i *A treatise of Human nature*:

«La oss ta en hvilken som helst handling som er anerkjent umoralsk, f.eks. overlagt mord. Undersøk den fra alle sider, se om du kan finne den kjensgjerning eller faktisk eksisteren-

handling... Så når du erklærer at en handling eller karakter er moralsk ond, så mener du ikke noe annet enn at du ut fra din natur har en følelse av misbilligelse ved betraktning av den.»

Omskrevet til dagens tema betyr dette eksempelvis, at når vi ser at en person terner en sigarett så finnes det ikke noe moralsk i selve observasjonen av at en sigarett blir tent. Den moralske indignasjonen som noen føler kommer i stedet fra ens egne holdninger, fra den misbilligelse som observatøren føler ved betraktnsing av handlingen.

Et annet eksempel har vi fra en lege som offentlig har eksponert seg sterkt i dette henseende. Det er overlege Carl Ditlef Jacobsen på SiA. I en artikkel snakker han rett ut om «ekte pasientomsorg» noe han raskt gjør til familieomsorg,

dvs. «familien i sentrum» som han kaller det, og som han videre utvider til «samfunnet i sentrum». I sine uttalelser gir han en rekke moralske prinsipper for lege-pasient-forholdet der han mener at en lege har *plikt* til å intervenere med ganske sterke midler. Han innrømmer at det i grunnen handler om moral og moralisme, noe han mener han har plikt til å bedrive, også overfor pasienten. Problemet er at han utleder en rekke generelle prinsipper ut fra en type problematikk, nemlig røyking. Hva om vi anvender denne tankegangen hans på f.eks. en lege som er slank, ikke-røyker, mosjonerer mye, spiser sundt osv. Likevel så får denne legen hjerteinfarkt, antagelig pga. stress, et høyt arbeidstempo, lange dager, lite sovn. Skal man si til ham at det er hans egen skyld at han fikk hjerteinfarkt? Skal han måtte stå til rette overfor samfunnet fordi han ble syk? Vi må, etter min mening, være forsiktige med å ikke misbruke vår profesjon til å fremme personlige meninger om rett og galt. Vi bør ikke presentere faktiske opplysninger som om disse også skal gjelde som etiske regler. Denne feilslutningen fra er til bør ble en gang for alle påvist av Hume, men vi begår den likevel gang på gang.

Hva er helse?

Nå er det på tide å se mer konkret på hva helse og sykdom er. Det finnes ingen entydige definisjoner på noen av dem. De forandrer seg

hele tiden med hva slags samfunn vi har, hva slags politikk som føres, hva massemidia fokuserer på osv.

WHOs definisjon er et forsøk på å uttrykke hva helse er: «Helse er ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære». Dette er egentlig en formulering på hva WHO mener er *god helse*. Den har møtt sterk kritikk fordi den uttrykker en utopi, et uoppnåelig ideal som i seg selv er *sykdomsfremkallende*.

Tidligere professor i sosialmedisin, Aksel Strøm, sier i boken sin «Velferdssamfunn og Helse» at helse er evne til å overvinne stress, og her menes det igjen ingen god helse. Det er ikke min hensikt å forsøke å analysere de ulike forsøk på å lage en definisjon på god helse. Det er antagelig umulig fordi ordet i seg selv er tvetydig og inneholder så mange elementer som gir mulighet for tolkning at en entydig definisjon aldri vil være mulig. De fleste mennesker ser på god helse som en positiv verdi og som et mål i seg selv. Dermed blir helse et verdiladet begrep og man er raskt over i etikken, i bør og bør ikke.

For å forstå hvor mangfoldig begrepet helse er, skal jeg kort nevne noen av de elementene det innebefatter. Det er sosiale forhold slik som bolig, vannkvalitet, kosthold, miljøfaktorer, forebyggende helse-tjeneste, arbeid og skolegang. Videre har vi fysiske forhold som sykdom, vekt, fysisk aktivitet, sovn og hvile, røyking og rusmidler, og

til slutt psykiske forhold slik som mental stabilitet, trygghet, frihet og stress. Jeg skal kort komme inn på noen av disse enkeltelementene:

Hvor relative grensene for miljøforeurensning kan være, har vi fått demonstrert når det gjelder grensene for radioaktivitet i reinsdyrkjøtt. Av hensyn til omsetningen av kjøttet ble grensene for tillatt radioaktivitet hevet som et resultat av nedfall etter Tsjernobyl ulykken. Her var det politikk som ble avgjørende for hva som skulle være sunt eller ikke. Når det gjelder boligforhold så trenger en ikke å gå lenger tilbake enn til mellomkrigstiden, da var 1 rom og kjøkken med WC i oppgangen en akseptert standard.

Andre sosiale forhold som klart har betydning for helsen og der det stadig skjer forandringer på samfunnets holdning, er synet på familien, synet på abort, skolens oppgaver og arbeidsledighet. Vi vet at enslige har andre leveutsikter enn gifte. Skilsmisse blir mer og mer akseptert som en løsning på familieproblemer. Siste statistikk viser at nesten 50% av alle ekteskap oppløses. Abortspørsmålet er av en slik natur at debatten om dette alltid vil være aktuell. Samfunnets lover vedrørende abort vil også forandre seg etter rådende politikk og har ingen ting med faget medisin å gjøre. Bruken av skolegang og studier for å skjule arbeidsløshet og gi enkeltindividene noe meningsfyllt å drive med, er veldig aktuelt i vår tid. Det er klare sammenhenger mellom enkelten-



dividets helse og dets følelse av å ha noe meningsfyllt å drive med.

Fysisk helse for enkeltindividet er sett på som viktig del av helsebegrepet. En indikator på det, er den betydelige vekst man har hatt i personallegeordninger der ren helseundersøkelse av enkeltpersoner er hovedsaken. Sykdom er vel kanskje den viktigste faktoren for enkeltindividets opplevelse av hva som har betydning for egen helse.

Kroppsvekt som enkeltfaktor for helse er en viktig faktor for å vurdere den fysiske helsetilstand. Det er spesielt fokusert på overvekt og hva det disponerer for når det gjelder farene for å utvikle sykdom. Men for mange er vekten blitt et mareritt som blant annet gir frustrasjon, stress og opplevelse av mindreverdighet. Ser vi litt tilbake i historien så får vi igjen et eksempel på hvordan synet på overvekt forandrer seg. Vi skal ikke gå mange år tilbake før vi finner at overvekt var et tegn på velstand og derfor en positiv tilstand.

Røyking er den store fanesaken for helsearbeidet for tiden. Røykingens skadefinninger på kroppen er udiskutabel, men å gjøre holdningen til røyking til en kampanja for hva som er et godt liv, er igjen å miste perspektivet på hva som er viktig. Det samme gjelder synet på alkohol, der helsevesenet i det pietistiske Norge nå har fått et problem det har noe vanskelig for å takle. WHO, blant andre, har uttalt at man ikke har funnet at det er helseskadelig å nytte opptil 8 enheter alkohol i uken. Dette er bokstavelig talt å kaste alkohol på en glødende alkohodebatt. For meg er det et godt eksempel på tvetydigheten i hva synet på god helse er, og hvor forsiktig helseprofesjonen bør være når den deltar i debatt i samfunnet.

Mental helse er etter mitt syn, den viktigste fakoren for enkeltmenneskets oppfatning av sin egen helsetilstand. Det er nok av eksempler på personer som lider av alvorlige sykdommer som likevel utstråler lykke tilfredshet og

mental styrke og som ikke opplever at de nødvendigvis har en så dårlig helse. I den andre enden av skalaen har vi f.eks. pasienten med spenningshodepine og personlige problemer og som opplever seg selv om *veldig* syke og arbeidsufore.

Av betydning for mental helse er blant annet eksistensielle og religiøse faktorer, moralske holdninger, selvbilde, stress, emosjonelle faktorer, sosiale relasjoner, frihet. Når det gjelder å vurdere hva som har mest betydning for mental helse, er vi inne på et område der det subjektive betyr mye. Det finnes en del minstekrav her, som for de fleste helsefaktorer jeg allerede har nevnt. Men disse minstekrav er bare basert på en enighet blandt et flertall av bl.a. medlemslandene i FN. Disse krav har med tankefrihet og demokratiske rettigheter å gjøre. Her i Norge er vi antagelig kommet så langt at *likegylighet, mangel på metafysisk og religiøs refleksjon* og pasivisering er blitt de største problemer for menneskets mentale helse.

Så lenge mennesket har eksistert har det vært opptatt av sin helse. Det har reflektert, observert, laget religiøse myter og religiøse ritualer, laget lover, osv. Hovedgrunnen til dette er at det handler om synet på livet, og synet på døden, og om håpet om å leve lenge – helst evig. Det ligger i oss mennesker en dyp usikkerhet, for mange en angst, for døden. Selv i vår moderne tid, der vi tror at vi er blitt så mye mer rasjonelle i vårt syn på liv og død, så blomstrar de religiøse helseprofesjoner som aldri før. Det er alt fra håndspåleggelser og vidundermedisiner (som bla.a. Q10 som mange leger tror på) til helsekost, helsestudioer, helsekontroller. Det er anti-kampanjer av alle slag: antirøyk, anti-alkohol, antivekt.

Målet for alt dette strevet er å oppnå god helse for enkeltmennesket eller for grupper av enkeltmennesker. Men hva er god helse? Det vanlige er å måle det i leverår. Hel-

se kan også måles i sykdomsforekomst, sykemeldingsstatistikk eller helsebudsjett. Problemet er at det ikke kommer frem hvordan disse menneskene lever, hvordan de har det, hvordan de trives. Vi vet at det som et menneske opplever som sykdom, kan et annet menneske oppleve som normalt, f.eks. hodepine. Er det å ha god helse å leve så lenge som mulig? Er det et mål i seg selv å bli 90 år? Hvem er det som har bestemt at levealder er det beste målet for helse? Og hvis det er riktig, da blir travær av sykdom det viktigste målet for vår livsførsel, fordi alle dør vi av en sykdom – til slutt. Synet på døden og synet på sykdom blir en hovedfaktor i vurderingen av hva god helse er.

Så hva er da sykdom?

Jeg mener at dette begrepet er minst like vanskelig å gi en god forklaring på som helsebegrepet. Intuitivt har vi en forståelse av hva det er å være syk, og i det daglige er begrepet sykdom forholdsvis greit å omgås med. Bl.a. vil de aller fleste se på sykdom som noe uønsket og noe som gir lidelse. Derfor er sykdom noe vi mennesker for all del vil unngå. Paradokset er at alle skal vi en dag dø av en sykdom. Tenk på hver gang dere skriver en dødsattest så skal det stå en diagnose – enten dere vil eller ikke. Har dere tenkt over at det faktisk kan gå an å dø mett av dage? Slik det er i dag, i vår naturvitenskapelige og statistiske verden, så er det bestemt at vi alle skal dø av en sykdom. Dermed er sykdom egentlig gjort til noe naturlig som før eller siden skjer med oss alle, like sikkert som at vi skal dø. Kampen mot sykdommer blir en kamp mot døden og da er vi ved de eksistensielle problemstillinger med en gang.

Vi er vant til å tenke på at alle sykdommer har en årsak. Det er egentlig ganske underlig fordi, hvis vi ser på de 2 største gruppene av sykdommer som er oppgitt som dødsårsak i Norge, nemlig kreft og

hjerte-kar-sykdommene, så vet vi ikke årsakene til disse. Vi lever i en tro, og et håp, om at vi en dag skal klare å finne årsaken. Vi vet en del om medvirkende årsaker, f.eks. røyking. Men vi vet også at ikke alle som røyker får kreft, samtidig som mange ikke-røykere også får kreft. Røyking er altså ikke selve årsaken. Vi skal nå ta for oss 2 av de ordene jeg nettopp har brukt: tro og håp. Dette er begrep som er sterkt religiøst ladete. Men det er ingen tvil om at vi leger er sterkt bundet til hva vi tror på. Mange leger tror f.eks. på naturvitenskapens fortreffelighet, på at muligheten for at kunniskap om sykdommer til slutt vil kunne forklare alt om sykdommen det er bare snakk om tid. For meg er det viktig å understreke at dette bare bygger på tro.

Induksjonsproblemet

Det er dessverre ikke mulig å få absolutt sikker kunniskap i de vitenskaper som forklarer sine teorier ut fra årsak og virkning. Man oppnår kun statistiske resultater som bare kan si oss noe om sannsynlighet for at et hendelse kan skje igjen. Dette problemet er interessant og er i filosofien kalt Induksjonsproblemet – problemet med å trekke slutninger fra det individuelle til det allmenne. Det betyr altså at dersom vi virkelig skulle klare å finne den egentlige årsak til kreft, så kan vi likevel ikke si at det vil kunne forklare årsaken til alle former for kreft i fremtiden.

Problemet med sikker kunniskap er sentralt i filosofien og er forsøkt løst på forskjellige måter. Karl Popper som er en av de mest sentrale vitenskapsfilosofer i vårt århundre mener å bestride induksjonsproblemet, men hva kan han tilby oss i stedet? «Jeg vil prøve å vise at hele induksjonens begrepsparat blir unødvendig straks vi innrømmer den menneskelige kunniskaps allmenne feilbarlighet, eller som jeg foretrekker det, kunniskapens karakter av gjetning. La meg først

påpeke dette for den beste art av menneskelig kunniskap vi har: Vitenkapelig kunniskap. Jeg påstår at vitenskapelig kunniskap i bunn og grunn er hypotetisk, er gjetninger.»

Er det nå noe poeng i å gå videre i et forsøk på å si hva vi forstår ved sykdomsbegrepet? Selvfølgelig mener jeg det. Det er viktig at vi har klart for oss hva vi tenker på når vi betegner noe som en sykdom. Den vanligste måte å forklare hva sykdom er, er å se på den som forstyrrelser ved kroppens normale funksjoner, dvs. en feil i mekanikken. Dette er en biologisk, reduksjonistisk sykdomsoppfatning som forsøker å forstå menneskekroppen slik man forstår en maskin. Sykdommen blir sett på som et objekt – noe som skal forklares. Dermed blir pasienten en ting og et objekt for behandling, mens personen ofte blir et problem. I denne tradisjonen gjør man altså mennesket til et organ med etternavn. I vår tid har denne tenkemåten ført til enorme fremskritt innenfor den teknologiske medisinens og er fremdeles den fremherskende måte å tenke på sykdom på.

Det finnes andre sykdomsoppfatninger som lever side om side med den mekaniske menneskeoppfatning. Først vi jeg nevne den religiøse forståelse som ofte beskriver sykdom som noe som er påført mennesket utenfra som en straff fra Gud, som djevelens verk, som påvirkning fra stjernene osv. Forslag til behandling kan være djevelutdrivelse og bønn.

Andre igjen, ser på sykdom som en naturlig hendelse. Når kroppen blir angrepet av ulike sykdomsfremkallende faktorer, så reagerer den lovmessig på det og utvikler sykdom. Sykdom blir da ikke en feil, men mer å oppfatte som en disharmoni. Denne tradisjonen går tilbake til Hippokrates.

Det finnes også en mer sosial-medisinsk sykdomsoppfatning som sterkere fokuserer på forhold i samfunnet som årsak til sykdom. Eksempler blir avgasser som årsak

til astma, miljøgifter som årsak til kreft, osv.

Det er ingen tvil om at legene er viktige formidlere av informasjon om hva sykdom er. Hva som er å oppfatte som sykdom blir stadig utvidet, ofte fordi vi leger har sympati for lidende mennesker. Av og til opplever vi at politikere går inn å definere hva sykdom er, eller hva sykdom ikke er. Jeg tenker f.eks. på fibromyalgi som ikke lenger skal kunne gi uføretrygd. Det har de siste årene medført at antall uføretrygdede har sunket betydelig, men har det gjort at disse mennskene nå er friske – dvs. ikke lenger lide?

Det er mye som kunne vært sagt for å gi en mer nyansert fremstilling av de aktuelle begrepene. Jeg håper at jeg ikke blir oppfattet som en etisk relativist, a la politimester Bastian: «Du skal være god og snill og forøvrig kan du gjøre hva du vil». Det har ikke vært min mening. Det jeg har villet understreke er at vi som leger ikke er mer berettiget eller kvalifisert enn andre til å uttale oss om helse og sykdom. For å oppsummere så er det disse 3 hovedpoeng jeg har vilet formidle:

1. At helse og sykdom i bunn og grunn handler om det å leve og det å dø – det å være og det å ikke-være.
2. Den feilslutning vi så lett kan gjøre fra er til bør når vi formidler helseinformasjon.
3. Den usikkerhet som ligger i den kunniskapen vi formidler og at vi ikke glemmer Poppers ord: «Jeg påstår at vitenskapelig kunniskap i bunn og grunn er hypotetisk, er gjetninger.»

Lars Tjensvoll
Fornebuvn. 39
1324 Lysaker



Norsk førstehjelpsråd/Universitetsforlaget, 1996. 71 sider. Pris 115,- kroner.

Meld av Geir Sverre Braut

Denne boka kjem no ut for fjerde gong på femten år. Boka har etablert seg som standarden for all førstehjelpspraksis her i landet. Og det handlar om praksis basert på god medisinsk fagkunnskap. Berre det er grunn nok for legar til å gjera seg kjent med innhaldet i boka.

Denne gongen har boka gjennomgått ein total revisjon. Det faglege er omarbeidd. Men det mest synlege er at ein har fått nye illustrasjoner. Fotografen og ikkje minst den illustrasjonsansvarlege (Kare C. Toverud), har gjort eit glimrande arbeid. Alle bilete er teknisk perfekte og så å seie samlege har ein klår pedagogisk bodskap. Ikke minst dei fotografiene som har fått innteikna anatomiske detaljar gjev lesaren mykje.

Det er lite eller inkje fagleg å

ANDREAS SKULBERG M.FL.

Førstehjelp

kritisera. Rett nok stussa eg litt då eg las på side 8 at ein pasient som er medvitslaus og ikkje pustar normalt, er livlaus. Dette framstår umiddelbart som litt for unyansert som indikasjon for full hjartelungeredning. Men etter å ha lese vidare, og sett argumntasjonen om at pulsundersøking er for komplisert for lekfolk, er eg tilbøyelag til å godta så enkle råd i førstehjelputanninga. Men då kunne ein også kanskje ha spart seg for alle nyanseane som kjem når det handlar om å verna seg mot smitte ved innblåsing, risikoene er vel i praksis ikkje så stor?

Boka har denne gongen fått med nokre innskot om førebygging av ulykker. Dette er vel og bra. Råda er konkrete og greie nok, men dei vert liksom litt for sjølvsagte. Dersom førebyggjande tiltak skal vera med, kan ein gjerne gå litt grundigare til verks og ta utgangspunkt i enkle tankar om risikoanalysar. «Sikker jobb analyse» og andre slike metodar handlar

eigentleg sett om å tenkja gjennom kva som kan gå gale før ein startar opp med handlinga. Dette perspektivet kjem ikke tydeleg fram i boka.

Kapitlet om mental førstehjelp inneheld greie praktiske råd for hjelparene, men kunne kanskje lagt litt meir vekt på normalreaksjonar hjå pasientar og pårørande.

Boka finst både i nynorsk og bokmålsversjon. Det er bra. Kanskje er også tida inne for ei samisk utgåve av denne boka som er så sentral både for skuleverket og friviljuge organisasjonar. Som til tidlegare utgåver er det utarbeidd arbeidsbok og overheadplansjar slik at det vert eit komplett undervisningssett.

Boka kan utan atterhald også tilrådstast for legar anna helsepersonell som ikkje arbeider med akuttmedisinske problemstillingar til dagleg. Ein treng under ein og ein halv time å koma gjennom boka på ein forsvarleg måte.



Vi nærmer oss jul og for noen blir slanking et hett tema, ihvertfall etter jul. Det kan da være lurt å huske på lover helseminister Gudmund Hernes forholder seg til i sin bok «Nye HVORFOR ALT GÅR GALT», nemlig:

Rolf Wesenlunds slankelov:

Det kommer ikke an på hva man spiser mellom jul og nyttår, men hva man spiser mellom nyttår og jul.

eller hva med denne lovmessigheten:

Thorvald Stoltenbergs lov:

Jo lengre en dress henger i garderoben, desto mer krymper den.

og glem ikke:

Mae Wests beslutningslov:
Mellom to onder, velg det du ikke har prøvd før.

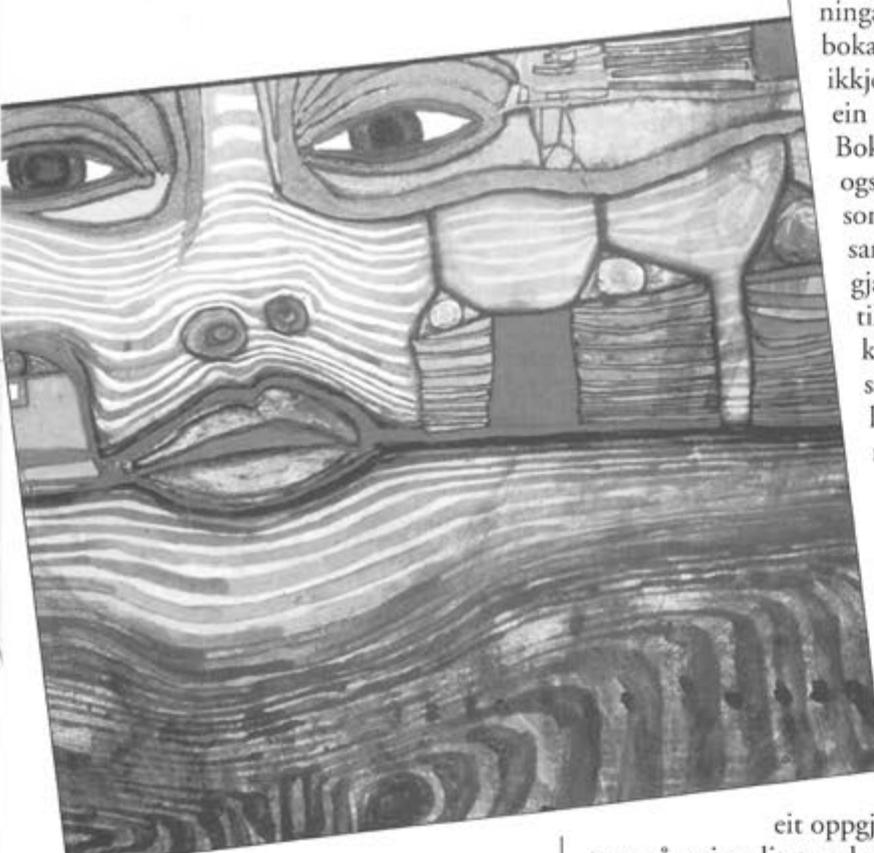




STEINAR BJARTVEIT OG TROND KJÆRSTAD:

Kaos og kosmos Byggesteiner for individer og organisasjoner

Steinar Bjartveit og Trond Kjærstad
KAOS OG KOSMOS
Byggesteiner for individer og organisasjoner



Kolle forlag as, 1996.
205 sider. Pris ikkje oppgjeven.

Meld av Geir Sverre Braut.

Denne boka er skriven som ei innføring i organisasjonsteori på høg-

skulenivå med grunnlag i tankar og teoriar om samhandling mellom menneske; på mange måtar ei organisasjonslære ut frå psykologisk teori. Men dette er ikkje heile sanninga om boka, kanskje ikkje ein gong ein del av ho. Boka kan også lesast som ein samanhengande kritikk av ulike organisasjons- og leiarskapsretningar som har vorte fødde, og døydd (?) dette hundreåret.

Boka presenterer

ein oppgjer med

tru på rasjonalitet og kausalitet som styrande i organisasjoner, utan at ho slaktar behovet for å støtta seg nettopp til det rasjonelle og det kausale i si tenking.

Ut frå det eg har skrive til no skulle ein tru at boka berre var rot, men det er ho ikkje. For meg framstår ho som den mest spennande boka innan organisasjons-

og leiarskapslitteraturen her i landet den seinare tida. Teorigrunnlaget og det narrative materialet er svært godt avstemt og byggjer opp om ein logisk argumentasjon frå forfattarane. Etter å ha lese boka sit ein att med meir innsikt i kva røyndomsoppfatning ein sjølv legg vekt på i si samhandling med andre, som leiar, lækjar eller medmenneske. Ho er absolutt ei motvekt til business-tenkinga og den kvasipsykologiske tilnærminga i leiarskapsutvikling.

Sjølv om den indre logikken er god, er boka kanskje litt mindre tydeleg når det gjeld direkte praktisk relevans av dei teoriane som vert presenterte. Men ut frå boka sine eigne premissar, nemleg konstruksjonisme – det at vi sjølv lagar oss dei gyldige verdsbileta – er det i og for seg naturleg at boka ventar at vi skal nytta eigne tankar for å laga våre eigne modellar. Såleis trur eg at boka hadde stått seg på å inkludera litt sosiologisk teori frå dei seinare tiåra. Ein djupare analyse av maktomgrepet til dømes, hadde gjort boka endå meir verdifull.

Alt i alt er boka eit godt kjøp for alle som treng eit solid grunnlag for å delta med eigne argument i debattar om organisasjon og leiarskap. For allmennmedisinaren har teorigrunnlaget i denne boka mange gjenkjenningspunkt i forhold til konsultasjonsteori – kanskje nett difor kan ho vera ein eigen inngangsport for legar og anna helsepersonell til organisasjonslæra?



Kognitiv psykologi. Fra oppmerksomhet til tenkning. ad Notam Gyldendal 1996. 244 sider. Pris ??? kr.

Anmeldt av Petter Øgar

Pasienter med «ikke alvorlige» psykiske lidelser, som ofte er mer enn alvorlige nok, utgjør en betydelig del av pasientene i allmennpraksis. Ikke bare legger disse pasientene beslag på en vesentlig del av arbeidstiden vår. De oppleves også ofte som en ekstra belastning ved at vi ofte kommer til kort overfor dem. Vi klarer ikke hjelpe dem slik vi gjerne ville, og dette avstedkommer naturlig nok ulike emosjonelle reaksjoner både hos terapeut og pasient. Årsaken til denne situasjonen ligger for en stor del i et utilstrekkelig terapeutisk armamentarium.

Ulike former for samtaleterapi kan være til hjelp for mange, men langt fra alle. Og de har dessuten en lei tendens til aldri og ville ta slutt. Den vitenskapelige dokumentasjonen for effekten av psykodynamisk og psykoanalytisk orientert samtaleterapi er i det hele tatt skremmende tynn når en tenker på utbredelsen av den. Atferdsterapeutiske teknikker er bedre dokumentert, men har hatt en dårlig klang, og er i liten grad tatt i bruk i allmennpraksis. Reseptblokkene blir lett et ultimatum refugium og benzodiazepinbruken nok mer liberal enn en egentlig skulle ønske – både med utgangspunkt i tilrådingene fra den ferske konsensuskonferansen om bruken av disse stoffene (1) og andre nylig publiserte artikler. Og de av oss som

LARS-GUNNAR LUNDH,
HENRY MONTGOMERY, YVONNE WAERN:

Kognitiv psykologi – nyttig kunnskap i allmennpraksis

heller ikke tror at «lykkepillet» er himmelstigen for alle, har fortsatt et uløst problem.

Konsensusrapporten nevner kognitiv terapi som et dokumentert, effektivt alternativ ved flere av de aktuelle psykiske lidelsene. Grunnideen er at flere psykiatriske symptomer har sitt utspring i automatiserte tanker og antakelser om seg selv og verden. Behandlingen starter gjerne med kartlegging av tanker som er forbundet med plagene. Behandlers oppgave blir å utfordre det logiske grunnlag for pasientens tanker og tilhørende atferd, og hjelpe pasienten til å etablere alternative måter å tenke og handle på.

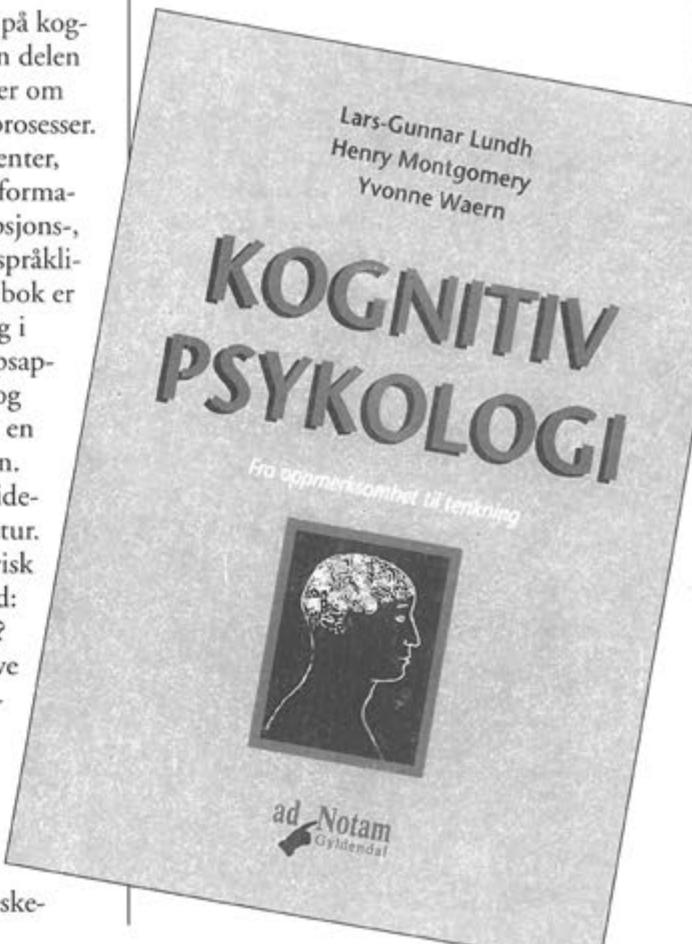
Kognitiv terapi bygger på kognitiv psykologi, som er den delen av psykologien som handler om menneskets informasjonsprosesser. Det vil si hvordan vi innhenter, bearbeider og anvender informasjonen. I det inngår persepsjons-, hukommelses-, tanke- og språklike prosesser. Foreliggende bok er en lettles og grei innføring i dette vitenskapelige begrepsapparatet, kunnskapsinnhold og tenkemåte og trekker også en del tråder over til klinikken. Boka er en god basis for videolearning av klinisk litteratur.

Innholdet kan summarisk antydes med noen stikkord: Hva er kognitiv psykologi? Kognitive og ikke-kognitive prosesser, persepsjon, oppmerksomhet, kognitive strukturer, mentale representasjoner, hukommelsen (innhold, organisering, virkemåte), problemløsning, bias i menneske-

lig tenkning, beslutningstaking, årsaksverdier. Les og lær!

Det kliniske standardverket i kognitiv atferdsterapi er: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM ed. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford Medical Publications. Oxford 1989. 450 s. Den står forløpig trygt forvart i bokhylla, og det er nok et klart behov for kliniske framstillinger mer tilpasset forholdene i allmennpraksis. Slike imøtesees.

1. Bruk av benzodiazepiner. Rapport nr. 10 fra Komitéen for medisinsk teknologiverdning. Norges forskningsråd 1996.



Foryngelse i nord

Tekst: Sverre Lundevall
Foto: Geir Siem

Etter lang modningstid var jeg og min kone Marianne klare til å gjøre «noe annet». Informasjonsflommen og forbrukerlevemåten var blitt mer og mer utrivelig. Kampanjene for målstyring, internkontroll, kvalitetssikring og innsparger hadde festet sitt kvelende grep om virksomheten i bydel og på sykehus. Barna var flyttet ut. Fri for forpliktelser inngikk vi avtale om å leie ut huset ett år.

Første etappe av «annerledesåret» var vi enige om: 4 måneder i Nord-Norge, et lite sted som trengte lege og sykepleier. Kjære leser, du kjenner følelsen når du som allmennlege sitter og blar i Tidsskriftets bakerste del. Den ene lille utkantkommunen etter den andre lokker med flott natur og økonomiske fristelser. Hvilke valgmuligheter! For vår del ble det Sørøya. Se på Finnmarkskartet hvordan Sørøya svever som et flikete bregneblad ovenfor fastlands-Norge til venstre for Hammerfest. Halvparten av denne øya utgjør Hasvik Kommune. Antall innbyggere: 1320. Antall allmennleger: 3, herav 1 turnuskandidat. Denne usedvanlig gode legedekning kombinert med opplysninger om at vakthavende sjeldent måtte opp om natten gjorde Hasvik attraktiv.

Forberedelser og reise

Straks avtale var gjort om 4 månaders vikariat som kommunelege i Hasvik meldte jeg meg på akuttmedisinkurs i Bergen. Det var et flott kurs der ikke minst demonstrasjon av hvordan redningmenn tok seg inn i kollidert bil og stabiliserte fastklemt bevisstløs bilfører



Hasvik en vinternatt.

med pusteproblemer og nakkeskade gjorde inntrykk.

Tross dette kurset var jeg spent og nervøs da vi fikk bilen heist ombord på Hurtigruta, en råkald januardag i Trondheim. Jeg tenkte på bilulykker, hjerteinfarkt med stans, meningitt hos små barn (jeg har aldri lagt inn venflon på barn), drukning, forfrysning, flystyrt. Dagene ombord, der vi hadde øverste salong helt for oss selv, ble tilbragt med Tidsskriftets artikkelserie om akuttmedisin. En slik reise, med hurtigruta i januar, er en stor opplevelse, man får tid til å tenke på mye, og Norge er et stort land.

Etter to og et halvt døgn kom vi til Øksfjord klokka halv tre om natta og kunne se hvordan bilen, dekket av ruglete sjøsprøyts-is, ble satt ned på kaia. Neste morgen ble reisen fullført med halvannen times bilferge over til Hasvik.

Et velutstyrt legekontor

På de fleste legekontorer jeg har arbeidet har det hverken vært oksygen eller defibrillator, og

akuttkofferten har vært en støvete sak med morkne lerdalmasker.

Betryggende da å komme inn på skiftestuen på legekontoret i Hasvik: En nylig kontrollert defibrillator, godt lys i laryngoskopene, fylte oksygenkolber, forstøverapparat for inhalasjonsbehandling, velutstyrt oransje akuttryggsekk med medikamenter og væsker, venfloner i alle nødvendige dimensjoner sirlig ordnet, et rikholdig medikamentlager opprettet i samarbeid med tilsynsfarmasøyten, jevnlig etterfylt. Hele denne tingenes tilstand er et resultat av langvarig stabil legedekning, og at man har vektlagt medisinsk utstyr og beredskap, lenge før ordet kvalitetssikring kom på moten. Inn i dette gode system var det jeg, sammen med nyankommet turnuskandidat, kunne ta plass, med kommunelege II-vikar Geir som historiebærer og instruktør. Vi tre avtalte ett kveldsmøte i uken, og begynte med medikamentlisten. Både kontorets lager og vaktkoffertens innhold ble nøyde drøftet, og denne gjennomgangen ble samtidig en diskusjon om håndtering av de fleste akutte

tilstander. Raskt ute var vi også med et møte med stedets ambulansefolk, drøftet kommunikasjon og beredskap og fikk se på bilens utstyr og finesser. For min del var disse møtene helt nødvendige. Min Oslopraksis preges av samtal med eldre pasienter, og erfarringsrepertoaret har forvitret. Det er noe med å samsnakk, holde i apparatur, sette det sammen og bruke det.

Tredelt vakt

I Oslo har jeg hatt vakt i bydelen 1-2 hverdager i måneden, fra kl 08 til kl 20. Slitsomme vakter, ofte besøk til eldre med kompliserte problemer under betegnelsen «akutt pleie». Hvordan ville det bli å ha døgnvakt i Hasvik hvert tredje døgn? Strategien min var klar: Psyke meg opp på akutte tilstander selvom disse statistisk sett sannsynligvis ikke ville skje i en populasjon på 1300. Jeg arbeidet også med min egen følelsemessige

reaksjon når telefonen ringte. Fra det pessimistiske «huff, nå kommer jeg tilkort» til den mer bjørnsonske optimisme «lurer på hva jeg kommer til å mestre nå?» I snitt var det neppe mer enn tre-fire utrykninger per vakt, de fleste på ettermiddagen. Sju av ti vaktnetter sov jeg uforstyrret. Men jeg skal ikke idyllisere dette. Vaktene innebar binding, fysisk og følelsemessig.

Lunger

Noe overraskende i den friske sjølufta var både astma hos barn og KOLS hos eldre nokså vanlig. Jeg erfarte hvordan lyden fra forstøverapparatet kunne være skremmende for et lite barn, og lærte at inhalasjonsbehandling også kan gis med en liten plastikkforstøver med oksygenstrømmen fra en vanlig kolbe som drivgass, og at Glaxos baby-haler kunne virke bra. Dessuten hadde vi et spirometer, og jeg ble opptatt av det visuelle uttrykk

for dårlig lungefunksjon som spirometerkurven gir. Dette gir mer informasjon enn PEF-måling, og et godt grunnlag for å teste ut effekt av steroider og betastimulatører. Man blir som lege lett og slett mer interessert i lungesykdommer. Selv har jeg aldri før hatt hverken forstøverapparat eller spirometer på legekontoret. Det kommunale budsjett i Oslo har ikke tillatt denne type innkjøp. På vakt føltes det svært tilfredsstilende å kunne starte behandling av medtatt astmabarn, slik dette beskrives både i Legevakthåndboka og i Ole Sverre Hagars gode bok om hverdagspediatri. Når ambulanseflyet kom var tilstanden allerede mye bedre, som følge av min behandling. I Oslo går transporten til sykehuset så fort at behandling er unødvendig å påbegynne.

Skader

Både bløtdelsskader og frakter var nokså vanlige. Legekontorets

Veien til Sørvar.



gamle røntgenapparat var i flittig bruk. Geir hjalp meg å dra på plass en luksert ytterfalang på en fotballspillers finger. Det skulle stor kraft til, og det var ikke lett å holde fast i fingertuppen. Vi gjorde flere forsøk før det gikk. Fantastisk hvordan en så smertefull og skjev og låst finger i neste øyeblikk var både smertefri og normalt bevegelig. Største skade jeg så var hos en fisker som hadde fått et slag mot armen så både radius og ulna var brukket. Han klaget lite selvom hånden hang og dinglet. Først da vi fikk klippet kjeledress-armen av så vi såret der beinpipen hadde skåret seg ut. Jeg kan ikke huske at jeg tidligere har grovreponert eller lagt på oppblåsbar spjelk. Burde jeg supinert hånden hans mer? Det vi gjorde stabiliserte i allefall situasjonen. Han fikk petidin og penicillin intravenøst, og stivkrampevaksine før ambulansefly tok ham til Hammerfest. Vi husket tilog med å navne spjelkeposen så vi senere fikk den i retur fra sykehuset. Mine gipsinger ellers forble sôlete og uelegante. Jeg savnet rutine i brudd- og skadebehandling. Å jobbe en periode på legevakten i Oslo står etter dette på ønskelisten.

Hjerte

På vakt kom jeg borti tre tilfeller av infarktlignende brystsmerter. Av disse viste seg den med minst typisk anamnese og symptomer virkelig å ha infarkt. Hos ham startet det med et grand mal-anfall og han benektet brystsmerter da jeg spurte ham. Jeg opplevde ingen hjertestanssituasjon. Sist dette skjedde i Hasvik var et års tid siden i en ambulanse. Legen som fulgte infarktpasienten visste at det er håpløst å gjøre hjertekompre-sjon i en ambulanse i fart og fikk bilen til å stoppe og hjelppemannen til å komme bak. Etter et slag i brystet og noen få kompresjoner kom hjertet hennes igang igjen uten at defibrillering ble nødvendig.

Hovedproblemene ved allmenn-

praktikeres beredskap for hjerte-stans er at man skal drille seg i en situasjon som kanskje aldri oppstår. Og oppstår den skal man beherske utstyr man i virkeligheten bruker for første gang. På defibrillatoren kunne vi teste oppladning og utladning (sjokking). Men hva med diagnosefunksjonen? Skulle vi ta sjansen på å teste den på en frisk lege? Nysgjerrigheten tok overhånd, og jeg var en eldste. En ettermiddag ble defibrillatorens elektroder plassert på mitt bryst. Defibrillatoren var da innstilt på EKG-taking, ikke på sjokking, og dette var dobbeltsjekket av den alltid påpasselige Geir. Det virket! På skopet kom vanlige QRS-kompleksen glidende forbi! Etter dette følte vi alle tre økt selvtillit i forhold til defibrillatoren. Likevel har jeg en rekke spørsmål om hjerte-stanssituasjonen: Vil jeg forstå når hjertestans foreligger? Vil jeg klare å stikke intravenøst i kollaberte vene? Eventuelt på halsen? Vil jeg klare å intubere? (En gang for mange år siden forsøkte jeg å intubere en gutt vi spadde fram under et snøras men fikk det ikke til) Vil jeg oppdage det hvis hjertet kommer igang igjen? Jeg trenger å lære dette i reelle situasjoner, ved å hospitere på en anestesiavdeling, eller i en akutt utrykningsenhet.

Gravide

Det var rundt 20 nye graviditeter i året. Politikken var grei. De gravis går til kontroll hos legene, blir i kommunen til fødselen starter og fraktes så med ambulansefly til Hammerfest sykehus. Lett nok! Men for en lege som ikke har sett en fødsel på 16 år, og som forestiller seg tâke eller nedsnødd rullebane når riene setter inn lå det et stressmoment her. Jeg fikk et slags tvisyn på gravide. Før har jeg bare tenkt at de er sôte. Nå begynte jeg å tenke at visst er de sôte men de er også tidsinnstilte bomber. En ung førstegangsfôdende med et imponerende SF-mål overtalte jeg til å flytte til slektninger i Ham-

merfest i god tid før termin. Hun lystre og gikk og trødde i byen nesten en uke over. Ellers hadde jeg flaks med været og damene og unngikk uten flere slike overtalser den fryktede situasjon «fôdsel på legekontoret.» Men ved å se noen få normale fødsler innen jeg neste gang setter meg i en slik situasjon vil jeg gjøre meg selv en tjeneste.

Sykestue

Vegg i vegg med legekontoret i Hasvik ligger et lite sykehjem med tretten plasser pluss to sykestue-plasser. En sykestueplass er en fylkeskommunalt finansiert observasjons- og behandlingsseng som tillater raskere utskrivelse fra sykehhus til distrikt. Den tillater også vakt-havende kommunelege å følge en tilstand, og kanskje avverge en sykehuisinnleggelse. Jeg kunne for eksempel legge inn en pneumonipasient på sykestueseng om kvelden, starte intravenøs penicillinbehandling og stole på at sykepleier passet på om natten, og gå visitt til pasienten neste morgen. Plutselig følte jeg meg som en slags indremedisiner! Og fenomenet «akutt pleie», som i Oslo fyller meg med avmakt og medfører endeløse forhandlinger med hjemmetjenester og overfylte sykehuse ble fullt ut løselige med hjelp av disse plassene. Man skulle trodd at sykestue-plassene raskt ville blitt okkupert av langtids pleiepasienter. Det ville utvilsomt ha skjedd i bydel 3 i Oslo der det var over åtti personer på venteliste til sykehjem da jeg dro nordover. Tilbudet av sykehjemsplasser i Hasvik derimot synes å svare til behovet. Derfor var det hele tiden mulig å bruke sykestueplassene slik de var tenkt, i tråd med det gamle LEON-prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå. For å spare penger holder fylkeskommunen på å innskrenke disse plassene. Kanskje en annen finansieringsordning kan gjøre at dette fornuftige system kan opprettholdes?



Lam gipset av Geir.

Ro

For flere av oss flyktninger fra storbyen var livet på Sørøya godt. Lensmannsbetjenten, beordret til seks måneders tjeneste i Hasvik fra sitt arbeid som politimann på Grønland i Oslo sa -dette er paradis-. Vi vinket av og til til ham der han lykkelig kjørte rundt i en patruljebil, alltid med fiskestang og klatretau i bilen. Det er visst ingen forbrytelser på Sørøya. Vi leste lite aviser, satt i grunnen ofte og så ut av vinduet, utover Lopp-havet, fjellene, ferga som kom og gikk.

Og mannen ville fra nissen flytte

Trollene i vår slitsomme Oslohverdag, på sengeposten og i bydelen, der Stakanov-helsearbeideren sprang rundt med store permer om målstyring og kvalitetssikring, og derfor ikke hadde tid til å gjøre noe med det vi kan gjøre noe med, på vår egen arbeidsplass, dukket

selvfølgelig tilslutt opp i Hasvik og. En dag opplevde Marianne at det var en egen gledeslös stemning på morgenrapporten på sykehjemmet. Det ble sagt at pasientene ikke kunne dusjes, for idag ble flere av de ansatte, nemlig de tillitsvalgte for sykepleiere og hjelpepleiere, hovedverneombud og avdelingssykepleier, borte fra klokka ti og kanskje helt til klokka tretten. Det var helse miljø sikkerhet-gruppa, og det ble sagt at nå hadde de utsatt møtet så lenge, nå måtte de bare. Og disse nordnorske kvinnene, som var sterke, modige og direkte både i tale og handling, fikk først gang noe hjelpløst, noe tuslete over seg. De var også for engangs skyld tverre, slik at da Marianne spurte hva dette gikk ut på, fikk hun svaret - det er bare noe tull. Og etter fire timer kom de tilbake, det ble ikke sagt noe om møtet. En gikk hjem med sterk hodepine. Permen ble satt opp i hylla.

Avreise

Med varme ord og takk og gaver dro vi i mai tilbake med bilfergen til Øksfjord. Jeg tenker vennlig på den lille kommunen med de tre små «landsbyene» Hasvik, Breivikbotn og Sørvær på den mektige øya. På å arbeide som lege i full bredde (også som dyrlege!) og med tid til å tenke de medisinske tanke-ne ut. Følelsesmessig en gjenvisitt til tiden i distriktsturnus for nitten år siden. - Ta vare på turnuskandidaten i deg- sa Bjørn, den egentlige turnuskandidaten, som avskjedshilsen. Jeg skal prøve. Økonomisk var det uventet bra. Min vanlige bydelslege I- årlslønn ble inntjent på et snaut halvår. Frihetens harpe slår!

Sverre Lundevall
vikarlege i Hasvik våren 1996



Når nettene blir lange...

UTPOSTENs edb-spalte

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

Kontaktperson:

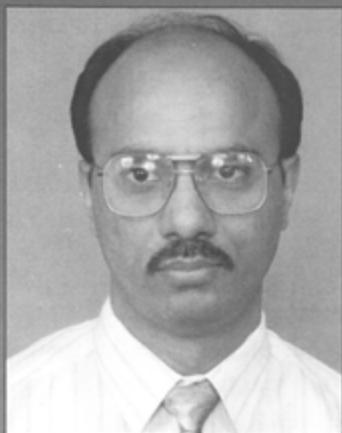
John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p) 56 15 00 37 (fax)

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

BRUK AV PC I PRESENTASJONER

Tekst: Satya P. Sharma



Satya Pal Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Dehli. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamens i ortopedisk medisin med bla. manipulasjon ad modum Cyriax, London. 2 1/2 årig deltidskurs med eksamen i klassisk akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin 1995. Kommunelege i Masfjorden 1990-95. Helsesjef i Åsane fra 1995. Har skrevet flere artikler i Utposten tidligere.

og derfor kan bruk av pc og et presentasjonsprogram være både spennende og nyttig. Det sies at en veldig god presentasjon er 25% innhold og 75% drama. Hensikten med denne artikkelen er å illustrere bruk av pc for å lage transparenter og lysbilder og gi tips vedrørende bruk av presentasjonsprogrammer. I de nye multimedia-programmene er det også mulig å lage presentasjoner med innslag av video og lyd.

Grunnleggende presentasjonsregler

Før jeg tar for meg praktisk bruk av pc er det nødvendig å se på noen grunnleggende prinsipper for å lage transparenter og lysbilder:

- ikke for mye informasjon på hver transparent
- del informasjonen i biter og bruk heller to transparenter isteden for en
- bruk *kursiv skrift* på det du vil ha spesiell oppmerksomhet på stedet for store bokstaver
- tilhørere/publikum fokuserer best på midten av transparenten

Fargebruk

Et bilde som publikum ikke forstår i løpet av fire sekunder er et dårlig bilde. En tommelfingerregel sier at du kan vise opp til 12 lysbilder i løpet av et ti minutters velregissert innlegg. Ikke noe bilde

må vises mindre enn ti sekunder (1). Unngå langvarig mørke i salen.

Med farge blekkskriver er farge-transparenter relativt rimelig; 8-10 kroner per side. Farger forsterker inntrykk og brukes for å fremheve viktige budskap. Bruk sterke farger så de ikke virker blasse pga. bakgrunnsbelysning og fremviserapparatets sterke lys. Selv bruker jeg kongeblått og sort for tekst. Ved bruk av farger bør du unngå bruk av rødt og grønt så langt det lar seg gjøre med hensyn til fargeblinde/fargesvake som utgjør 8 % av de mannlige tilhørerne. Valg av bakgrunnsfarge må også skje med omhu. Det er viktig at kontrasten er tydelig. Det er mulig å bruke gradienter i bakgrunnsfargen. Selv bruker jeg som oftest gult som bakgrunnsfarge med gradient loddrett. Velg maksimum 3 farger som går gjennom hele presentasjonen.

Innhold

I litteraturen (1) anbefales «6»-regelen:

- 6 ord i tittelen
- 6 ord per linje
- 6 linjer per bilde
- 6 kolonner per tabell
- 6 skiver per kakediagram

Teksten må begrenses etter «6»-regelen. I tillegg finnes et bestemt format for transparenter:

Bruk av transparenter i forbindelse med presentasjoner og foredrag er vanlig. Lysbilder blir ofte for dyre

- enkle bokstaver av 5 mm høyde
- maksimalt 36 ord per side (eller 240 tegn)
- bestemte farger for bestemte formål,

Muligheter med bruk av presentasjonsprogram og PC

Dagens presentasjonsprogrammer gir mange muligheter for å lage transparenter eller (lys)bilder. Det er som regel veiledning for nybegynnere i programmene, og noen gir også forslag om «lay-out» på fordraget avhengig av type publikum. Underveis i presentasjonsproduksjonen får du spørsmål, og mens du svarer kommer programmet med forslag som du kan akseptere eller endre etter eget ønske. Ved fargetransparenter med bakgrunnsfarge får du også forslag om valg av kontrastfarge feks. som tekst og som bakgrunnsfarge. Du har også mulighet til å lage «hand-outs» av transparenter og bilder.

De mest brukte presentasjonsprogrammene er Microsoft Powerpoint, Lotus Freelance Graphics, Wordperfect Presentations og Harvard Graphics for windows. Disse har muligheter for OLE (Object Linking and Embedding), dvs at

du kan koble filer i andre programmer til presentasjonen slik at en eventuell endring i filen i det andre programmet automatisk blir oppdatert i presentasjonen. Det ligger også mulighet inne å øve på foredraget på forhånd og få oversikt over tidsbruk. Selv har jeg brukt Microsoft Powerpoint og er tilfreds med det. Avanserte multimediaprogram med mulighet for å legge inn lyd, bilder og video etc. er også tilgjengelige som Macromedia Action og Gold Disk Astound. Disse programmer kan legge til andre morsomme finurligheter som feks. at diagrammet kan komme flyvende bit for bit inn på skjermen.

Det sies at et bilde sier mer enn ord. I tilfelle du har tilgang på scanner, kan du scanne et bilde eller tegning og vise den som transparent eller lysbilde. Med bruk av bilder blir presentasjonen livligere. Bruker du andre programmer som feks. Excel kan du kopiere diagrammer og tabeller til presentasjonen. Unngå å bruke tredimensjonale diagrammer. Dese ser bedre ut, men er vanskeligere å forstå. Det foreligger flere andre muligheter:

- lage organisasjonskart
- textart, der du kan lage forskjellige varianter/former av teksten
- textbokser, forskjellige former, pil etc.
- forskjellige form av diagrammer stolpe-, kakediagrammer etc.

Bruk av datautstyr og presentasjonsprogram gir mulighet til å lage spennende presentasjoner. Bruk mulighetene med fornuft og husk at det viktigste er å få frem budskapet.

Good luck!

*Helsesjef Satya Pal Sharma
Åsane bydelsadministrasjon
Åsane senter 38
5095 Ulset*

Litteratur

1. Nylenna M. Klar tale – tydelig tekst. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
2. Bland JD. Bruk og misbruk av visuelle hjelpebidr. – presentasjonsteknikk.. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112:3824-6.



Utposten avslutter med dette nummer sin 25. årgang. Dette jubileet har vært markert på ulike vis gjennom året, bl.a. gjennom jubiléumsseminaret under Primærmedisinsk Uke og jubiléumsnummeret, 6/1996.

Hvilke ønsker har vi for *Utposten* i årene videre? Hvilke ønsker har du som leser for

Utposten videre? *Utpostens* styrke må ligge i den kontakt den har med sine leser og den virkelighet de lever i. Dermed må det ligge en stadig kime til årvåkenhet og fornyelse i bladets profil. Du som leser *Utposten* mer eller mindre regelmessig:

- sorg for at bladet gjøres kjent også for nye og yngre kolleger
- bruk våre spalter aktivt
- gi redaksjonen tilbakemelding på bladet.

Hvis et slikt ønske for *Utposten* også gjelder på dens videre ferd, da vil også de neste 25 årgangene bære med seg håp og utfordringer.

NSAM-seminaret i Tromsø 10.-12.april 1997

**Tema: Å styre eller bli styrt
– informasjonsteknologi på allmennpraktikerkontoret.
Utvikling av premisser for fremtidens datajournal.**

Sted:	Folkehelseutdanningens lokaler, Institutt for samfunnsmedisin, MH-bygget.
Hotell:	Rica Ishavshotel
Antall:	Inntil 30 deltakere.
Målgruppe:	Allmennmedisinere/samfunnsmedisinere. Kurset søkes godkjent som klinisk emnekurs i spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin.
Kurstimer:	18
Kursavgift:	900,-.
Påmeldingsfrist:	1.mars 1997.
Påmelding til:	NSAMs sekretariat, Postboks 1130, 0318 Blindern.
Kurskomité:	NSAM v/Anders Bærheim, Anette Fosse og Toralf Hasvold.

Fredag 11.april: IT-verdenens muligheter på allmennpraktikerkontoret
09.00 Telemedisin <i>v/Steinar Pedersen, Telemed.avd., RiTø</i>
11.00 Kaffe/te
11.15 Internett/WWW/Eyr – video <i>v/Hogne Sandvik, Inst.samf.med., Bergen</i>
12.00 Pause
12.15 Litteratursøk på CD-rom og andre kilder <i>v/Hans Kermit, bibliotekar, Universitetsbiblioteket, Tromsø</i>
13.00 Hands-on/lunsj/hands-on
15.00 Forberedelse til gruppearbeid III: <ul style="list-style-type: none">– overgrepende systemer <i>v/Irene Hetlevik, Ranheim Legesenter</i>– kvalitetsindikatorer/SATS og prosedyresystemer <i>v/Tor Carlsen, Skien</i>– samhandling 1./2.linjetjenesten <i>v/Terje Johannessen, Senter for samhandling, Trondheim</i>– brukerrepresentantene har ordet: <i>Ola Lilleholt, Finn Skogstad og Fredrik Langballe</i>
17.00 Slutt for dagen – vi møtes senere på kvelden.

Torsdag 10.april: Verksted om datajournalen

10.00	Velkommen <i>v/kursledelsen.</i>
10.15	Kort datajournal-historikk <i>v/Toralf Hasvold, Inst.for samf.med.fag, Tromsø.</i>
10.30	Innledning til gruppearbeid I <i>v/Fredrik Langballe, Raufoss.</i>
11.00	Kaffe/te
11.15	Gruppearbeid I: egen og andres datajournal – styrker og svakheter ved eksisterende systemer.
12.30	Plenum
13.00	Lunsj
14.00	Innledning til gruppearbeid II
14.30	Gruppearbeid II: idéudgård om datajournalen basert på egne erfaringer.
16.00	Kaffe/te
16.15	Plenum
17.00	Slutt for dagen

Lørdag 12.april: Fremtidsvyer

09.00	Innledning til gruppearbeid III, oppsummering fra dag 1 og 2 <i>v/kursledelsen.</i>
09.15	Gruppearbeid III: Fremtidens datajournal – store linjer og konkrete krav.
11.00	Kaffe/te
11.15	Plenum og paneldebatt med bl.a. Felles EDB-utvalg for primærhelsetjenesten, brukergruppe-representantene m.fl.
12.30	Avslutning/lunsj.

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, Kursspalter, Intervjuer, Brev fra periferien, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksstyken), 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 tekstside 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 tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeider vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstside 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 Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tekstbehandlingsprogrammets 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.

Avisnitt 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

Artikkelloverskrifter 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: <mellan to klammer på denne måten>.

Mellomtitler i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Er 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 understrekkes.

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

Ein rose er utsprunget



Det hev ei rose sprunge
ut av ei rot så grann.

Som fedrane hev sunge:

Av Isaïs rot ho rann, og var ein blome blid
midt i den kalde vinter
ved mørke midnattstid.

Om denne rosa eine
er sagt Jesajas ord.

Maria møy, den reine,
bar rosa til vår jord.

Og Herrens miskunnsmakt
det store under gjorde
som var i spådom sagt.

Guds rose ljuvleg angar
og skin i jordlivs natt.

Når hennar ljós oss fangar,
ho vert vår beste skatt.

Me syng i englelag:
No er det fødd ein Frelsar,
og natti vart til dag.

Oversett av Peter Hognestad
(Norsk Salmebok, 38)