

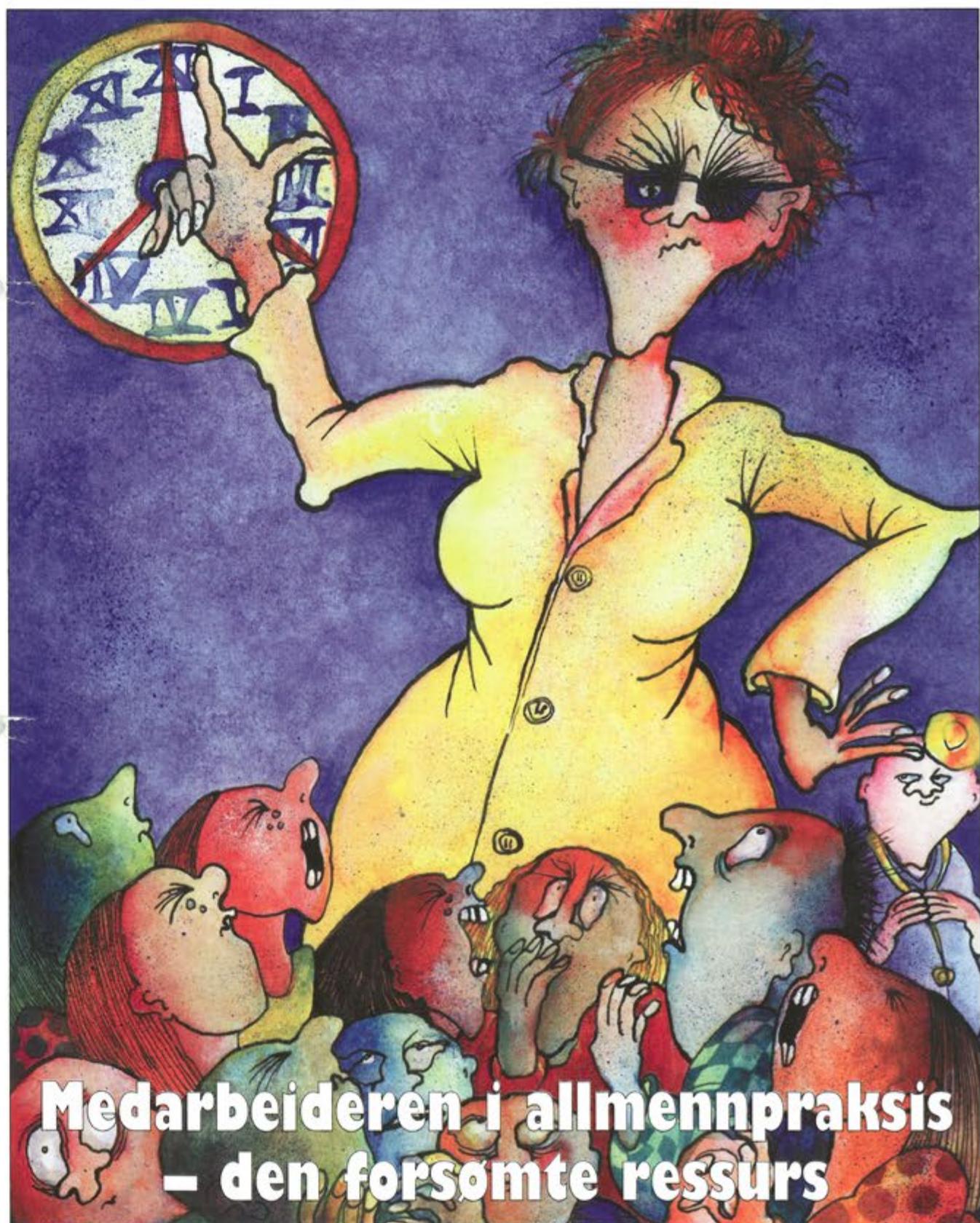
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1997

ÅRGANG 26



**Medarbeideren i allmennpraksis  
– den forsømte ressurs**

Nr. 5, 1997

- 183** *Helge Worren*  
**Leder:** Medarbeideren i allmennpraksis  
– den forsømte ressurs
- 184** *Tove Rutle og Kari Svarttjernet*  
Kunnskap – kan aldri vara evig veit du
- 188** *Helge Lund*  
Hjelpespersonellopplæring
- 192** *Margareth Pettersen*  
Etterutdanning – for medarbeideren?
- 194** *John Nessa*  
Om AIDS og blodappelsiner
- 198** *Petter Øgar*  
Kultur og helse – bingo eller opera?
- 202** *Peter Prydz*  
Ny kursform prøvd i Finnmark
- 204** *Ingard Ottemo – bokmelding*  
Kunsten og hjelpe
- 205** *Geir Sverre Braut – bokmelding*  
Nærhet og distanse
- 206** *Christian Berg, Sandy Lunøe og Tone Mørk Magnem*  
EDB-reseptor – Er De Bedre?
- 208** *Anette Fosse og Anders Bærheim – EDB-spalten*  
NSAM-seminaret 1997;  
Premisser for fremtidens datajournal
- 210** *RELIS*  
«Forkjølelssår» – er aciklovir et alternativ?
- 211** Smil i hverdagen
- 212** *Liv Tønnum og Margaret N. Torbjørnsen*  
Noen kritiske bemerkninger til sammendraget  
fra Foreldreundersøkelsen 1995
- 214** Bodø-erklæringen om det lokale folkehelsearbeidet
- 216** *Frode Forland*  
Om samfunnsmedisinen, fylkeslegane  
og kjærleiken

Forsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

**Kontor:**

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

**Redaksjonen:**

*Geir Sverre Braut*  
Tuholen 14, 4340 Bryne  
Tlf. privat: 51 42 20 77  
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*  
Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad  
Tlf. privat: 76 08 32 25  
Tlf. arbeid: 76 06 02 64  
Fax: 76 08 32 26

*Eystein Straume*  
Amtmann Urbyesvei 9, 9800 Vadso  
Tlf. privat: 78 95 37 42  
Tlf. arbeid: 78 95 04 00  
Fax: 78 95 34 41

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

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

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

**Annonser:**

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

**Abonnement:**

Kr 325,- pr. år.  
Bankgiro 1606 23 65084  
Postgiro 0825 0835 397

**Grafisk fremstilling:**

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



# Medarbeideren i allmennpraksis

## – den forsømte ressurs

Medarbeideren i allmennpraksis – hvem er det? For utenforstående er ihvertfall ikke navnet uten videre forklarende. En del vil tenke på de ulike samarbeidspartnere utenfor allmennpraktikerens kontor, eksempelvis hjemmesykepleiere, helsesøstre, m.fl. Medarbeideren i allmennpraksis er imidlertid etterhvert blitt et innarbeidet begrep som brukes for å omfatte en rekke betegnelser – fra det gammelmodige kontorsøster til det mer hyppig brukte hjelpepersonell. Kontorsøster som betegnelse bør vel snarest pensjoneres. Uttrykket hjelpepersonell bør også få avløsning fordi det i for liten grad understreker samarbeidsaspektet og i for stor grad fremhever en underdanig hjelpefunksjon. Medarbeideren i allmennpraksis rommer en lite homogen gruppe såvel mht. utdannelsen som bakgrunn – ufaglærte, kontorpersonell, hjelpepleiere, sykepleiere, bioingeniører, og ikke minst legesekretærer, m.fl. For å forvirre bildet ytterligere skal nå legesekretærer hete helsesekretærer, som heller ikke er spesielt lett for utenforstående å vite hva heller er.

At medarbeiderrollen fylles med personer med så ulike bakgrunn, sier noe om spennvidden og mangfoldigheten i de mange funksjoner medarbeideren forventes å fylle – fra tradisjonelle kontorfunksjoner til avanserte oppgaver på laboratoriet, skadestue og som bistand i diagnostikk og behandling. Den gode medarbeider er i beste fall en tusenkunstner, som samtidig må holde mange baller i luften.

Forskjellen mellom den gode og dårlige medarbeider er blitt noe dramatisk uttrykt som forskjellen mellom himmel og helvete – noe som uttrykker såvel potensialet i medarbeiderrollen som fallhøyden når medarbeideren ikke fyller sin rolle.

Dette nummer av UTPOSTEN inneholder tre artikler om medarbeideren i allmennpraksis. Alle tre artikler har sin hovedoppmærksomhet rettet mot opplæring, etterutdanning og kompetanseoppbygging. Mangfoldigheten av oppgaver, medarbeidernes uensartede bakgrunn og ikke minst de økende krav til medarbeiderne, presser dette frem som et helt naturlig og sentralt anliggende. Som ledd i såvel kvalitetsutvikling som behovet for å øke effektivitet, representerer medarbeideren kanskje det største og minst utnyttede potensialet i allmennpraksis. Foruten at tradisjonell faktakunnskap vektlegges i etterutdanning, er det ikke minst viktig å understreke betydningen av å lære om og øve seg i praktisk samarbeid. Godt

samarbeid er ikke lett. Det kan ofte være smertefullt – det handler om å gi og ta, definere og praktisere rolle- og oppgavefordeling. Her kan ikke legene sette seg utenfor eller på sidelinjen som en mer eller mindre passiv observatør. Legen OG medarbeideren må begge gå inn sammen i denne viktige delen av faget. Samarbeid er også fag. Av etterutdanningstilbud til medarbeiderne er nok veiledningsgrupper for medarbeidere det mest dyptgripende, spennende og utfordrende. Veiledningsgruppene gir ikke bare nødvendig faglig stimulans, men bidrar også til å skape en felles plattform for medarbeidergruppen, dog uten at mangfoldigheten i gruppen skal utviskes.

Når kompetanseoppbygging og etterutdanning for medarbeidere i så stor grad understrekes som viktig, er det desto dystre å oppleve at mange arbeidsgivere ikke forstår å verdsette og prioritere dette. Bildet er ikke helsvart, fordi en god del – men ikke nok! – tar ansvaret, noe artikkelen fra Rutle og Svarttjernet påpeker.

Etterutdanning og kompetanseoppbygging er en del av et godt arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøet rommer også mye mer, som berører ryddighet i ansettelser og kontraktinngåelser, lønnsvilkår, medinnflytelse på arbeidsstedet, ulike trivsels tiltak, m.v. Et godt arbeidsmiljø dreier seg ikke minst om samarbeid, noe som også er understreket som et faglig anliggende. Gode samarbeidsforhold dreier seg dessuten om gode rutiner og innarbeidete spilleregler. Koordinering av arbeidsinnsats og lojalitet mellom lege og medarbeider er her uunnværlig. Det er relativt godt kjent at forholdene på de forskjellige allmennlegekontorer varierer sterkt – fra forhold man trodde tilhørte en svunnen tid til et fullverdig arbeidsmiljø. Et godt arbeidsmiljø har med fundamentale rettigheter å gjøre, men må også sees som et viktig bidrag til å fremme trivsel, effektivitet og god service overfor publikum. Om ikke av annen grunn, burde arbeidsgivere se arbeidsmiljø som et viktig satsningsområde.

Såvel leger som medarbeidere blir ofte kraftig provosert når det er snakk om økt effektivitet på allmennlegekontoret. Det oppleves av mange som en beskyldning om at det ikke jobbes nok, og dermed som dypt urettferdig når stor arbeidsmengde, lange arbeidsdager, umettelige krav fra publikum og betydelig stress er særdeles kjente fenomener. Når økt effektivitet slenges ut som et overflattisk og uvitende krav fra administrasjon og politikere bør dette møtes relativt bastant med

dokumentasjon og argumentasjon. Spesielt når det også snakkes om økt produktivitet – arbeid (les pasienter) pr. tidsenhet – bør man heller snu det hele på hodet og spørre om ikke produktiviteten bør ned, dvs. færre pasienter, men mer tid til de pasientene som trenger vår hjelp mest. Vi bør innse at kravet om effektivitet – bedre utnyttelse av ressursene til de mest prioriterte oppgaver – er svært viktig for en allmennpraksis. Det er ikke uten grunn at organiseringen av praksis er et gjennomgangstema i svært mange av kursene for medarbeidere. Organiseringen har mange aspekter: organisering av timebok, prioritering av de som vil bestille timer, telefonbruken, pasientregnskapet, laboratorierutiner, ivaretagelse av LEON – prinsippet m.m. I svært mange av disse funksjoner er medarbeideren den viktigste aktør – selve tannhjulet, portvakten disse aktiviteter har som omdreingspunkt.

«Muren», «Beskytteren» «den egentlige 1. linjen» har også vært brukt om disse funksjoner, som signaliserer både den utsatte posisjon medarbeideren har og det skjebnesvangre feilgrep som gjøres når organiseringsspørsmål i allmennpraksis overlates til legene alene.

Hvem har ansvaret? Arbeidsgiver har vært nevnt, og har i noen utstrekning lovpåbud som påpeker dette. Med den økte privatisering av allmennlegetjenesten, vil arbeidsgiver ofte være allmennlegen. Uansett hvem som har arbeidsgiveransvar vil de aller fleste allmennlegekontor ha en lege som ansvarlig leder og dermed blir disse spørsmål et lederansvar. Lederansvar innebærer bl.a. en klar forpliktelse i forhold til informasjon, initiativ og å fremme nye idéer. Dette er ikke uten videre funksjoner allmennlegen er kompetent i. Disse bør eller kan læres i noen grad, evt. bør slike oppgaver overlates andre. Medarbeiderne har også et klart ansvar i forhold til å vise initiativ og villighet for å ivareta egen kompetanse og fagutvikling, å bidra til et godt arbeidsmiljø og til å vise interesse og pågåenhet for organiseringen av praksis. Uten at såvel allmennleger som medarbeidere viser engasjement for en veldreven praksis med god trivsel, vil ikke bare de selv lide. Mest lidende da blir sannsynligvis de som allerede lider, nemlig pasientene.

# KUNNSKAP

## – kan aldri vara evig veit du

*Hva mener medarbeidere om faglig oppdatering?*

Tekst: Tove Rutle og Kari Svarttjernet



*Tove Rutle, utdannet legesekretær og i praksis på Jessheim.*



*Kari Svarttjernet, utdannet legesekretær og redaktør for Helsesekretæren.*

Over halvparten av medarbeiderne på legekontor mener at de ikke får nødvendig informasjon for å være faglig oppdatert i arbeidet. Å gå på kurs anser medarbeiderne som en vesentlig del av den faglige oppdateringen. Imidlertid oppgir tretti prosent at de ikke deltok på kurs i 1994. Hvilke forventninger har medarbeideren selv til oppdatering og etterutdanning og hvilke muligheter og begrensninger finnes?

Tallene er hentet fra en spørreundersøkelse blant 1565 medarbeidere i allmennpraksis foretatt sommeren 1995. Spørreundersøkelsen som er kalt Medarbeiderprosjektet, har som formål å se på sammensetningen av medarbeidergruppen, arbeidsoppgaver, trivsel og etterutdanning. Målet med undersøkelsen er også å gi kunnskaper om medarbeidergruppens rolle i allmennpraksis, bevisstgjøre medarbeiderne deres rolle og deres faglige muligheter og avklare eventuelle behov for videre- og etterutdanning.

Vi skal i denne artikkelen se nærmere på hva medarbeiderne selv tenker omkring oppdatering og etterutdanning. Muligheter og begrensninger i forhold til kurs,

organisert etterutdanning, møter og selvstudium ved lesing av fagartikler, er faktorer vi har fått medarbeidernes svar på.

### **Hvordan gjorde vi det?**

Det finnes ikke register over personer som arbeider som medarbeider i allmennpraksis, og prosjektgruppen måtte innhente egen liste. Veilederne i etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis ble bedt om å skrive ned navn, arbeidssted og utdanning på samtlige medarbeidere de kjente til som arbeidet i sitt distrikt. Disse listene er brukt, og 1565 spørreskjemaene ble sendt ut. Svarprosenten er 74%. Metoden er en tverrsnittsundersøkelse ved hjelp av et postbåret spørreskjema. Alle fylkene er representert, foruten Finnmark.

Dataene er registrert i statistikkprogrammet SPSS.

### **Hva fant vi?**

Over halvparten av medarbeiderne (52%), mener at de ikke får nødvendig informasjon for å være faglig oppdatert. Nærmere 30% svarer at de i 1994 overhodet ikke deltok på kurs eller kongresser. Det er 61% som har deltatt 1-5 dager på kurs i løpet av 1994. Over fem dager i løpet av ett år er det få som har deltatt.

22% oppgir at de deltar i etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis, et to-årig etterutdanningstilbud i veiledningsgrupper (organisert av Den norske lægeförening, Norsk Helse- og

	Liten	Noe	Stor
Kurs, kongresser, møter	9	27	64
Formaliserte fagmøter og samlinger på arbeidsplassen	19	31	50
Faglig tilbakemelding fra kollegaer	10	34	56
Uformell kontakt med kollegaer gjennom telefon eller ved tilfeldige møter	30	43	27
Lesing av medisinske tidsskrifter og tidsskriftsartikler	14	51	36
Lesing av medisinske lærebøker, oppslagsverk o.l.	19	44	37

Tabell 1. Betydningen av ulike tilbud for faglig oppdatering og vedlikehold. Prosent. N=1071.

Sosialforbund, Norsk Bioingenjørforbund og Norsk Helsesekretærforbund).

Ved spørsmål om hvilke ulike forhold som har betydning for medarbeidernes faglige oppdatering og vedlikehold, svarte de fleste at kurs, møter og kongresser er viktig (Tabell 1). Det er mindre enn 10% som oppgir at dette har liten betydning. En stor del mener at informasjon og tilbakemelding fra kollegaer og pasienter også er av betydning.

Vi spurte også om i hvilken grad de ble forhindret fra å delta på kurs og kongresser (Tabell 2). Blant fem alternativer oppgir 41% at det er ganske eller svært vanskelig å ta fri fra legekontoret. Over halvparten svarer at det er lite eller ikke vanskelig å få fri.

Nærmere 60% svarer at det er god tilgjengelighet på kurs. Lang reisevei eller familiehensyn ser ikke ut til å påvirke negativt på mulighetene for å delta.

Når det gjelder legenes/arbeidsgivers engasjement i sin medarbeiders etterutdanning, svarer 37% deltakere at arbeidsgiver viser liten interesse for deres etterutdanning (fig. 3). Men langt de fleste arbeidsgivere betaler kursavgift for sin medarbeider. Mange dekker også de andre utgiftene knyttet til å delta på kurs. Det er 35% medarbeidere som svarer at arbeidsgiver oppmuntrer til kursdeltakelse.

Gjennomsnittlig oppgir medarbeidere at de leser medisinsk litteratur 5,5 timer per måned. De fordeler tiden jevnt mellom å lese medisinske tidsskrifter/fagartikler

	Lite vanskelig	Vanskelig
Å få/ta fri	56	44
Finansering	51	49
Manglende tilbud	66	34
Lang reise	64	36
Familiehensyn	77	23

Tabell 2. Ulike faktors betydning i forhold til å delta på kurs og kongresser. Prosent. N=1071.

og annen medisinsk litteratur som bøker og oppslagsverk.

Medarbeiderne leser jevnlig fagblader som utgis av de respektive yrkesorganisasjoner. Med størst representasjon av legesekretærer i materialet, noteres Legesekretærtidsskriftet som mest lest med 63%. Mindre regelmessig leser medarbeidere Tidsskrift for den Norske lægeförening (46%), Medisinsk Informasjon (45%), Diabetikeren (46%), Legemidler & Samfunn (34%) og Utposten (28%).

### Hva betyr dette?

Vi synes det er betenkelig at det er en så stor prosent av medarbeiderne som mener at de ikke får nødvendig etterutdanning, og forklaringene er nok mange.

Lenge har medarbeidergruppen selv brukt manglende tid og travelhet som forklaring, men vi tror det bare er en del av sannheten. Medarbeiderens mulighet for engasjement i sin jobbsituasjon er blant annet avhengig av arbeids-

oppgavene, arbeidsmiljøet, kollegaer, familie og arbeidsgiver. Inspirasjon til å videreutvikle seg faglig får man hvis man har arbeidsoppgaver som er en utfordring (det skulle være nok av disse på primærlegekontoret), og når man får tilbakemelding på egne handlinger av kolleger og arbeidsgiver og respekt fra familie.

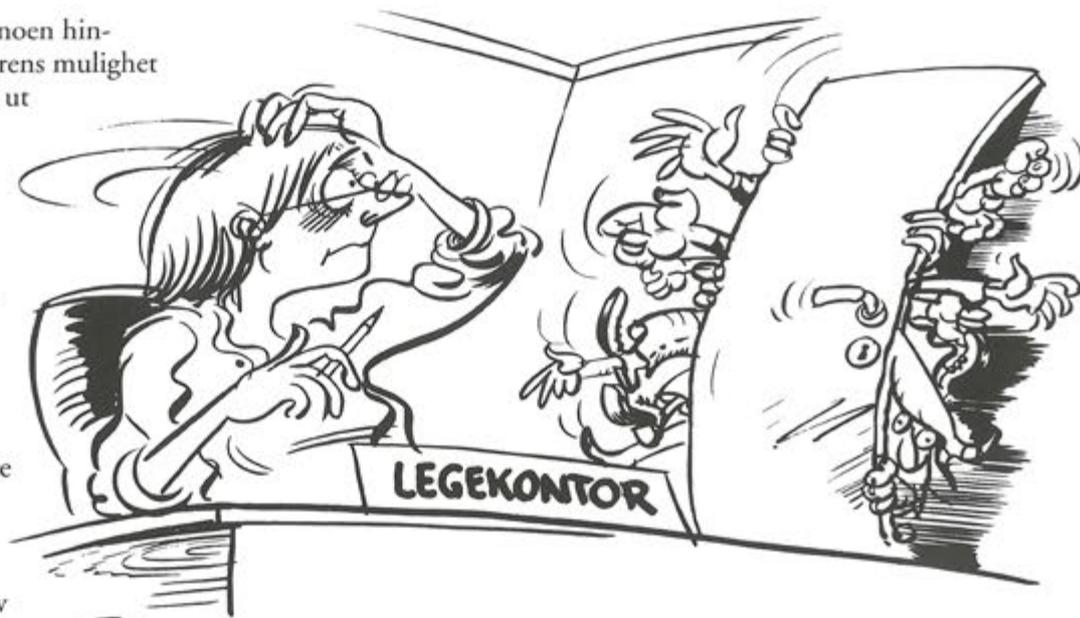
Når så stor prosent mener at kurs, kongresser og møter har stor betydning for deres oppdatering, har dette forhåpentligvis sammenheng med at man etter hvert har gått bort fra tradisjonen «kunnskap tilført fra kateter». Og at kurs, kongresser, møter nå mer gir muligheter for nye egne tanker, refleksjoner om egen virksomhet, diskusjoner med kollegaer og ikke minst ideer om nye kunnskapskilder. Vi ser også at medarbeiderne legger vekt på og har glede av erfaringsbaserte læringsmetoder. Faglig tilbakemelding og uformell kontakt med kollegaer har betydning for oppdatering og vedlikehold av kunnskap (Tabell 1).

I vår undersøkelse ser det ut

som familien ikke er noen hindring for medarbeiderens mulighet for kurs. Det ser også ut som de fleste har en viss støtte og positiv holdning fra arbeidsgiver, (tabell 3). I allefall er det i stor grad arbeidsgiver som betaler kursavgift. For noen er det vanskelig å få dekket reise- og oppholdsutgifter og enkelte må også «ta igjen» timene de har vært borte fra kontoret. Imidlertid sier 35% av deltakerne at arbeidsgiver oppmuntrer til kursvirksomhet.

Over 30% sier at tilgjengeligheten på kurs er ganske eller svært vanskelig. Vi vet ikke om dette skyldes manglende kurstilbud i den enkeltes distrikt, eller om det generelt er få kurs som innholdsmessig tilfredsstillende for medarbeiderne ønsker. Kan det eventuelt være at kurstilbud blir adressert til legen og således blir dårlig tilgjengelig for medarbeiderne?

Når vi ser på medarbeidernes lesevaner, viser de at gjennomsnittlig lesetid er 5,5 timer pr måned når både tidsskrift og annen faglitteratur er slått sammen. Sammenlignet med legenes gjennomsnittlige lesetid pr måned er dette mindre enn halvparten, og kan kan-



*Arbeidspresset er ikke alene årsaken til at medarbeiderne ikke får nødvendig oppdatering i arbeidet.*

skje synes betenkelig. Imidlertid må dette sees i sammenheng med yrkesutøvelsens karakter og ansvar. Men det som kan kommenteres som betenkelig er den store prosenten som leser fag mindre enn to timer pr måned. Kanskje kan dette ha sammenheng med manglende tradisjon? Kanskje har faglitteraturen frem til de siste årene vært dårlig tilgjengelig for medarbeideren?

#### **Felles ansvar?**

Arbeidsgiver har ansvar for sine medarbeideres faglige kompetanse

og etterutdanning. Vi vil hevde at så lenge legen står ansvarlig for den medisinskfaglige virksomheten ved legekantoret er det nødvendig både å inspirere, legge forholdene til rette for og å stille krav til sin medarbeider om etterutdanning. Vi tror det er viktig at arbeidsgiver er seg dette ansvaret bevisst, formulerer og formidler dette til sin medarbeider. Det er en god investering i legekantorets produksjonsprosess. Det er sørgelig å registrere at 37% svarer at legen ikke viser interesse for deres videreutvikling.

Dette kan ikke fritta medarbeideren fra å vise faglig engasjement. En travel hverdag er heller ingen god grunn til ikke å holde seg oppdatert. Fagutvikling og egenutvikling er en god investering, og vi tror at medarbeideren må akseptere å bruke både av sin egen fritid og til en viss grad av egne ressurser for å få dekket sine behov og tilfredsstillende sine forventninger til en interessant hverdag.

*Medarbeiderprosjektet  
Tove Rutle  
Kari Svarttjernet  
Sjøbergvn. 32  
2050 Jessheim*

*Tabell 3. Arbeidsgivers tilrettelegging for etterutdanning. Prosent. N=1071. Variablene er summert (multiple respons).*

	prosent
Arbeidsgiver dekker kursavgift	74
Arbeidsgiver dekker reise	38
Arbeidsgiver dekker opphold	35
Får fri med lønn	46
Får fri, men uten lønn	7
Får fri, men må ta igjen timene	2
Arbeidsgiver oppmuntrer meg til å delta på kurs	35
Arbeidsgiver viser liten interesse	37

# Hva kommer det av at 117 leger samles på eget initiativ for å diskutere våre produkter?



For om lag 15 år siden ble vi inspirert til å løse spesielle informasjonsoppgaver i helsesektoren. I dag inspireres leger selv, og samles for å vurdere og prege våre informasjonsløsninger.

## Vårt viktigste korrektiv er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvdrivet kundeorganisasjonen som samles i brukergrupper som blant annet spesifiserer sine behov overfor Infodoc.

Samlinger med godt over hundre deltakende leger utgjør i dag en av våre viktigste arenaer for tilbakemelding. Brukergruppene diskuterer bruk av edb, men inviterer også topp foredragsholdere på medisinske tema

## Hvorfor vi skylder mange leger en stor takk

Sannheten er at våre edb-løsninger i virkeligheten er utviklet av deg og dine kolleger. Programmene er utviklet på legens egne premisser - ikke elektronikkens. Våre produkter og tjenester er i stor grad basert på råd fra helsesektoren selv.

For at vi skulle få et innblikk i en kompleks profesjon, måtte vi selv veiledes, - før vi kunne bidra til et klima der forståelse og samarbeid er toneangivende. Mange av dine kolleger fortalte oss hva de ønsket, og hvordan de eksisterende hjelpemidlene ikke tilfredstilte mange legers behov.

Enkelte synes rett og slett at edb var vanskelig å få tak på, mens andre edb-fortrolige mente at hjelpemidlene var for begrensede.

## Produktbredde som hjelper deg med mer enn tradisjonelle arbeidsoppgaver

Infodoc markedsfører verktøy som tilfredsstiller helsetjenestens behov for dokumentasjon og journalføring. Vi tilpasser våre produkter for det aktuelle behovet og fornyer programvare ved endringer i hel-

sesesenet, som for eksempel når det kommer nye oppgjør rutiner fra Trygdekontoret. Et aktivt samspill med Microsoft er også en garanti for kvalitet og fleksibilitet i våre leveranser.

## Brukerstøttetjeneste hele døgnet

Vårt mål er at Infodocs produkter skal være lett tilgjengelige og fleksible hjelpemidler som er enkle i bruk. Derfor ønsker vi fortsatt dialog.

Denne erkjennelsen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennpraktiserende leger, legekontorer, kommune- og bedriftsleger.

Vår brukerstøttetjeneste gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølging og vedlikeholdsavtaler.

*Ta kontakt med oss - så får du bedre tid til å være lege.*

# infodoc

EDB FOR HELSESEKTOREN

- Ja, send meg informasjon om Infodocs informasjonsløsninger, og be en rådgiver kontakte meg.
- Send meg nærmere informasjon

Navn \_\_\_\_\_

Tittel \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

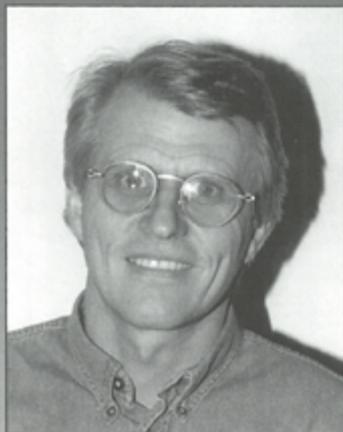
Adresse \_\_\_\_\_

Kuponen sendes Infodoc, Postboks 122, 5042 Fjosanger  
Telefon 55 12 19 90 Telefax 55 12 33 29

# Hjelpepersonellopplæring

*Etterutdannelse av hjelpepersonell, samhandling mellom leger og hjelpepersonell samt mellom de ulike legekantor i en region*

Tekst: Helge Lund



*Helge Lund er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Fungerer nå som kommunelege i og helseleder i Os i Østerdalen.*

## Bakgrunn

Bakgrunnen for kurset var den økende erkjennelsen av at medarbeiderne ved vårt og andres legekantor var sulteforet på kurs og opplæring. Sulteforingen skyldes lite næring i form av få kurstilbud til høy pris samt lang vei til butikken (kursstedet) for å få det faglige påfyll. En annen medvirkende faktor var at jeg har ansvar for kvalitetssikring av tjenestene ved vårt legekantor. Faglig oppdatering er en av hjørnesteinene i den prosessen så det var egentlig bare å sette i gang. Jeg kunne selvsagt sende hjelpepersonellet på et av de nevnte kurs. Kurspotten er imidlertid mikroskopisk, så alternativer måtte finnes. Dessuten ønsket jeg at ikke bare hjelpepersonellet skulle oppgraderes, men at samspillet mel-

lom lege og hjelpepersonell også måtte kvalitetssikres. Leger har jo tilstrekkelig med kurs å velge mellom uten at den kommunale økonomi får respirasjonsvansker. Jeg laget da en skisse for hvordan et slikt kurs skulle/kunne være, søkte kvalitetssikringsfondet (for tjenester utenfor sykehus) i Dnlf og fikk avslag fordi kassen var tom og tema ikke falt under fondets område: kvalitetssikring av helsetjenester utenfor sykehus.

Os kommune er lokalisert i det nord-østre hjørnet av Hedmark fylke (Nord Østerdal), 12 km sør for Røros, som ligger i Sør-Trøndelag. For å bote på det manglende kurstilbud laget undertegnede et 2-årig kurstilbud. Det ble sendt ut innbydelse til hjelpepersonell / medarbeidere ved de omkringliggende legekantor (7 stk) i til sam-

men 6 kommuner fra begge sider av fylkesgrensen. Responsen var stor og kurset startet i august 1995 med 23 deltagere. Kurset er 2-årig med møter en dag hver mnd. fra kl 18.30 til 21.30.

## Kurset

Kurset ble lagt opp som en kryssing mellom veiledningsgruppene i allmennmedisin og hva jeg har forstått etterutdanningsgruppene for legesekretærer er. Jeg brukte en del av temaene fra aktuelle etterutdanningsbok til sistnevnte gruppe (1). Temaene var tildels teoretiske, men også praktiske. Hovedhensikten var at medarbeiderne skulle lære av hverandre. Hjelpepersonell er en uensartet gruppe og i vår gruppe var det bioingeniører, sykepleiere (hvorav 1 er jordmor), hjel-

Tabell 1. Kursprogram.

18.30.	Kjapp gjennomgang av siste kursdags tema med referatet. Snakker litt om det temaet har fått konsekvenser på egen arbeidsplass.
18.40.	Del 1. Teoretisk del. Dagens tema legges frem i teoriform av en av deltagerne. Eksempelvis Astma. Dette tar vanligvis ca 45 min. De velger selv ambisjonsnivå på presentasjonen. Tilstede er en av legene fra de aktuelle kontoer. Ikke nødvendigvis (helst ikke) fra samme legekantor som dagens medarbeiderforeleser er. Legene skal ikke legge frem noe, men bare svare og komme med tilleggsopplysninger som hjelp hvis medarbeideren står fast. Her kommer det mange fine diskusjoner.
ca kl 19.30-20.00 Selvbetalte kaffe og lefse	
20.00- 21.30	Del 2. Praktisk del. Her er det ingen innleder. Temaene her er mer av praktisk art. Alt fra hjerte-lungeredning. Lab.prøver i praksis. Hva gjør vi med de som tisser på seg ? I og med at kursprogrammet er ferdiglaget for 2 år, vet de enkelte hva som er «dagens tekst» og kan forberede seg. Det sendes også ut bulletiner fra kursleder om det er spontane tema som skal taes opp. Her kommer ofte de praktiske ting som vi gjør ulikt på alle legekantor. Diskusjon om priser på bandasjer og vaksiner. Bemanningsfaktorer etc. Fantasien er begrensningen her.
Til del 2 trenger ikke dagens lege å være tilstede, men de blir likevell!	

pepleiere, tekniske assistenter og legesekretærer. De har erfaring fra 1 til 30 år og sammen har de sett et hav av pasienter komme og gå. Jeg ønsket at legene i nærmiljøet skulle ta del i undervisningen, slik at de enkelte legekantor også på legesiden skulle påvirkes av den prosess medarbeiderne forhåpentligvis skulle gjennom. Legene skulle ikke undervise, men være «tilstedeværende levende medisinske orakler» hvis medarbeiderne skulle stå fast. På denne måten hadde vi et berettiget håp om at samhandlingen innad på legekantorene og legekantorene imellom skulle bedres. Det skjedde og skjer fortsatt.

Undertegnede var tilstede på alle kursdagene, samlet dagens inntrykk og konsenser (som det ble en del av) og sendte dem ut som et referat. Møtets form var rimelig strukturert, men heldigvis gled vi ofte ut på de hverdagsmedisinske vidder hvor snødybden var tilstrekkelig til at vi landet mykt. «Flinkeste jente i klassensyndromet» ble raskt et tilbakelagt stadium og

Tabell 3. Viser noen av de forventninger deltagerne hadde.

Forventninger:	Antall utsagn
faglig oppdatering	14
erfaringsutveksling	6
hverdagstips	4
utføre jobben bedre- bli mer trygg	2
sosialt samvær	1
lære mer om prøver	1
kunne spørre ut pas. bedre	1
bli kjent med andre i regionen	1
bevisstgjøring av holdninger i jobb	1

våre små tabber kunne vi etterhvert le litt av. For å gi et inntrykk av det hele er det bedre å se hvordan en kursdag så ut (tabell 1).

### Kursprogrammet

Kveldene gikk raskt. Det var god stemning og deltagerne behandlet hverandre med stor respekt. Noe av det som kursleder fant vanskelig, var å ikke fremstå som en medisinsk autoritet med krav på å forvalte den eneste medisinske sannhet. De ulike legekantor har sin egen stil, ideologi eller metoder, selv om målene ofte er det samme. Det var derfor viktig med erfaringsutveksling uten å kritisere andre hvordan de drev eller løste sine oppgaver. Det at det var en lege fra et av de lokale legekantor tror jeg medvirket til at dette problem ble minimalt. Oppmøtet var nesten 100 % hver gang. En falt

Fig 4. Evaluering av opplevd egen nytte. N=16. Angitt i tallskala fra 0-10 hvor 0 er dårligst og 10 er best.

Spørsmål	Gj.snitt
Har du nytte av det du har lært på kurset i din jobb?	9,1
Har kurset gjort noe med dine holdninger i den jobben du har ?	8,6
Har kurset gjort noe med dine holdninger til medarbeiderne dine ?	7,1
Har kurset gjort noe med dine holdninger til legene der du jobber?	6,8
Har kurset gjort noe med dine holdninger til pasientene ?	8,8
Har kurset satt deg i stand til å klare jobben bedre?	8,8

Tabell 2. Tema på kurset og ansvarsfordeling.

DATO	TEMA	MEDARBEIDER	LEGE	ETTER PAUSE
230895	Introduksjon		Lund	Hva er almenmedisin?
200095	Akutt medisin	Marianne	Krokstad	Hjerte/lungeredning
231095	Pas. rettigheter	Lisbeth	Høye	Telefonen
221195	Hjertesvikt	Snefrid	Gjelsvik	Julebord m/ distriktets leger.
<b>GOD JUL</b>				
240196	Osteoporose sukkersyke	Cecilie	Skanke	Mat
140296	Astmainfeksjoner	Jorun	T.Heir	Infeksjonspasienten
270396	Risiko for hjerte-karsyk.	Helga	Lund	Datatriks
240496	Reseptlære	Unni/Bente	Apoteker Mjelva	Betalingssatser
220596	Lab.arbeid	Nina/Anne	Molaug	Praktiske øvelser
<b>GOD SOMMER</b>				
280896	Diabetesfoten	Fellesmøte med leger		
240996	Svangerskaps-omsorg.	Trine	A.B.Lund	Gynekologiske problemer + Demonstrasjon av inkont.utstyr
231096	Angst/Depresjon	Gunvor	A.B.Lund	Medikamenter.
041296	Prostatisme			
	Ca.Prostata	Helga	Lund	Julebord kl 1930
<b>GOD JUL</b>				
290197	Mavesmerter	Inger Berit	Alme	Vond rygg
050397	Urinveisinfeksj.	Anne Kari og Ellen Marit	Aune	Hjerte lungeredning
020497	Hodepine	Snefrid	Kokkvoll	Hjerneslag
300497	«Sykt barn»	Lisa	Scott	Diverse tema
300597	Evaluering og avslutning			

Spørsmål	Utsagn	Utsagn
Har kurslederen vært for dominerende?	16 nei	
Hvordan har det fungert med «bisittende lege»?	14 bra	2 OK
Har teoristoffet vært?	12 passe	2 for mye
Har praksisstoffet vært?	10 for lite	6 passe

Tabell 5. Evaluering av kursopplegget. N=16.

Tabell 6. Evaluering av kurset. N=16.

Best	Antall utsagn	Dårligst	Antall utsagn
Lært masse	11	mer om sårbehandling	1
erfaringsutveksling	6		
holde innlegg sjøl	5	ofte litt knapp tid til diskusjon	3
Treffe andre i samme situasjon:	5	kaffen	1
diskusjonene	4	at det er slutt	1
bevisstgjøring av medarbeiderrollen	2	Ingenting	5
Fått mange nyttige tips	2	praktiske ting	2
aktuelle temaer	2	ofte litt for store tema	2
gruppetilhørighet	1	litt for høytravende noen ganger	1
sosialt	1	behov for litt mer om hverdagen	1
det kursleder har bidratt med	1	Kanskje finnes enda flere temaer	1
trygg, uformell og respektabel tone	1	at vi ikke har greid å ta i bruk det vi lærer	1

fra det andre året, og reisevei på 20 mil var nok medvirkende til det.

### Evaluering

Evalueringen til slutt ble utført ved anonymisert spørreundersøkelse siste kursdag. Resultatene av denne er satt opp i tabellene 4, 5 og 6. Av de 16 som fylte ut skjemaet siste dag svarte 15 ja og tja til at kurset hadde svart til forventningene.

Som tabell 6 viser var det stor enighet om at alle lærte mye av kurset og at det påvirket egne holdninger til arbeidet og pasientene. Det var tydelig at kurset gjorde mindre med kursdeltagerens holdning til legene de jobbet sammen med.

2 følte at de var litt presset til å legge frem stoff selv, de andre ikke.

### Resultater

Resultatene oppfatter jeg som overveldende positive. Både evalueringsskjemaet ved halvferdig kurs og resultatene ovenfor synes jeg bekrefter dette. Likeledes er legene ved regionens legekantor positive i sine tilbakemeldinger.

Det som går igjen av ønsker til forbedringer er at det må legges

mer vekt på praktiske problemstillinger. Likeledes bør temaene som taes opp ikke bli for omfattende (slik at presentasjonen blir langdryge) slik at det blir for liten tid til diskusjoner. Diskusjonene har vært livlige og engasjerende. Muligens er responsen på kurset så positiv fordi det er en takknemlig og «sulteforet» gruppe medarbeide-

re som ofte har vanskelig for å finne relevante kurs? Uansett er det ikke til å unngå at de stort sett har fått sine forventninger innfridd og at kurset har truffet godt. Opplegget kan absolutt anbefales. Det har spleiset de ulike kontor sammen og skapt forståelse og respekt for de ulike kontorers egne ideologier. Kurset har vært en viktig del i kvalitetsikring av en rekke tjenester for medarbeiderne, for leger, mellom lege og hjelpepersonell og mellom de enkelte legekantor til helsetjenesten i regionens beste.

### Konklusjon

Det finnes sikkert mange måter å etterutdanne seg selv og andre. Dette synes jeg har fungert bra og kan trygt anbefale andre å forsøke liknende opplegg. Prisen pr kursdeltager er kr 600.- pr år. Det er mye jobb, men moro!

Helge Lund  
7460 Røros

### Referanser:

- 1). Tano A.S. 1994 Håndbok i etterutdanning av medarbeidere. Mjell, Håvelsrud, Løvaas, Vangdal.

## Utlysning av stipend og skattefri gave til kvinneforskning!

Kvinneuniversitetets forskningsfond deler for tredje gang ut et forskningsstipend på kr. 50.000,-.

Stipendtema for 1998 er «Kvinner og utdanning», f.eks.:

- Hvordan går det med de kvinnene som har fått utdanning på Kvinneuniversitetet?
- Videreutdanningsreformene i arbeidslivet
- Hvilken betydning har utdanning for kvinners deltagelse i norsk samfunnsliv?

Søknaden sendes forskningsfondet innen 1. november i år.

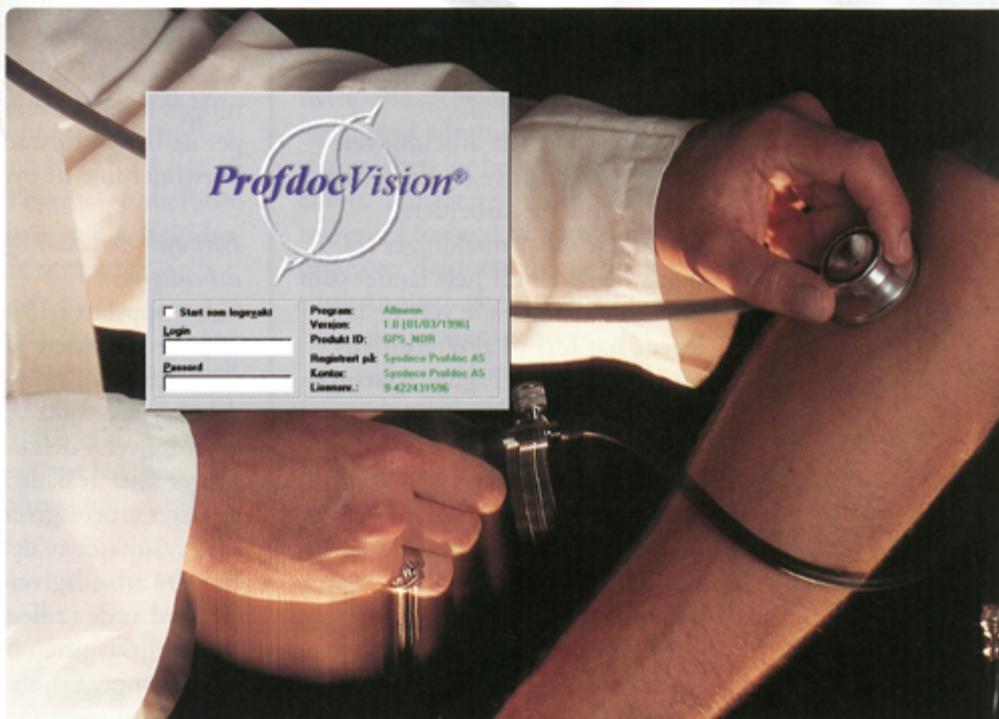
**Gaver til fondet.** Det er stort behov for midler til kvinneforskning. Vi gjør oppmerksom på at gaver på kr. 200,- og mer, gitt før 31. desember 1997 gir rett til fradrag på selvangivelsen. Skattedirektoratet krever at gaver oppgir personnummer. Husk derfor å skrive dette på postgiroen! Alle beløp mottas med stor takk. Utdelingen av stipendiet foregår på Kvinneuniversitetet, Løten lørdag 7. mars 1998.



Kvinneuniversitetets forskningsfond  
Tlf: 62 59 16 00. Postboks 130, 2340 Løten  
Postgirokonto: 0813.3850385.

# PROFDOC VISION

## *Ditt nye journalsystem er enkelt, effektivt og fleksibelt*



**ProfdocVision®** er det windowsbaserte journalsystemet med enkle og selvforklarende ikoner, mange valgmuligheter og rask tilgang på hver enkelt funksjon.



### SYSDECO

Sysdeco Profdoc AS, Schwabesgate 5, Postboks 440, 3601 Kongsberg  
Telefon: 32 73 11 33. Telefax: 32 72 02 81

For mer informasjon: kopier og send denne siden på fax nr 32 72 02 81

**Ja,** vi ønsker mer informasjon om det windowsbaserte journalsystemet.

Navn på institusjon: .....

Kontaktperson: .....

Adresse: .....

Postnr. og sted: .....

Tlf: ..... Fax: .....

# Etterutdanning – for medarbeideren?

Tekst: Margareth Pettersen



Forbundsleder Norsk Helsesekretærforbund. Legesekretærutdannet. Praksis fra leger og som kontorleder/kontorfagleder ved Regionssykehuset i Tromsø.

*Best mulig ivaretagelse av pasienten forutsetter også best mulig fagkompetanse hos det personell pasienten henvender seg til.*

Økende privatisering av legetjenester medfører at stadig større antall leger får arbeidsgiveransvar for sine medarbeidere. Et av Norsk Helsesekretærforbunds (NHSFs) prioriterte områder er å tilrettelegge etterutdanning for sine medlemmer. Behovet for etterutdanning av helsesekretæren har lenge vært synlig innad i egen yrkesgruppe, spørsmålet er – *har den vært synlig for arbeidsgiveren?*

Personlige egenskaper og en god fagutdanning er viktig når legen som arbeidsgiver skal ansette sin medarbeider. Men hvor mange arbeidsgivere har innsett at medarbeideren også trenger oppdatering

og faglig påfyll av sin fagkompetanse? Jo, det er mange, svært mange leger som er arbeidsgivere og som har sett nødvendigheten av dette, *men, – ikke alle:*

Det er ikke alle arbeidsgivere som er like positive til etterutdanning av sine medarbeidere. NHSF får tilbakemeldinger fra medarbeidere over hele landet som hevder at manglende velvilje hos legene har ført til at etterutdanning er uaktuelt. Faglige spørsmål eller temaer som bringes opp av medarbeideren er uinteressant for legen, og det er ikke avsatt tid til faglig informasjon. Likeså er det liten velvilje til å bevilge midler, selv om etterutdanningen foregår i fritiden.

NHSF har vanskelig for å tro at legen som arbeidsgiver ikke forstår viktigheten av å ha faglig oppdaterte medarbeidere, og når sant skal sies så er det heller ikke majoriteten av legene som det snakkes om her. Vi tror at manglende informasjon om de ulike etterutdanningstilbud er årsaken til at endel medarbeidere ikke får anledning til å delta, og vi skal her gi en kort omtale om de forskjellige tilbud.

## Etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis

Etterutdanningen er resultat av et samarbeid mellom NOBI (Norsk Bioingeniørforbund), NHS (Norsk Helse- og Sosialforbund), Aplf (Almenpraktiserende lægers forening) og NHSF (Norsk Helsesekretærforbund). Den foregår i veiledningsgrupper og er lagt opp etter samme mal som Aplf har for sine medlemmer. Utarbeidelsen av etterutdanningen ble ledet av spes. i allmennmed. Johnny Mjell, Aplf.

Pensum for etterutdanningen er håndboken «Allmennpraksis i utvikling», og består av en teoretisk og en praktisk del. Etterutdanningen foregår i veiledningsgrupper og har en tidsramme på 120 kurstimer fordelt over 2 år.

## Fornøyde deltakere og positive arbeidsgivere

Siden oppstart i 1994 har omkring 600 medarbeidere gjennomført etterutdanningen, og mange av deltakerne er blitt anbefalt av arbeidsgiver å delta. Tilbakemeldinger viser at både medarbeiderne og deres arbeidsgivere er fornøyd med resultatet av det faglige påfyll. Enkelte arbeidsgivere har vært så fornøyd at de i tillegg til å ha betalt kursavgiften også har gitt lønnskompensasjon for gjennomført etterutdanning.

## Informasjonsbrosjyre

Det utarbeides nå en egen informasjonsbrosjyre om etterutdanningen. Brosjyren skal snart distribueres, og vi håper flest mulig tar seg tid å se gjennom den og innhente ytterligere informasjon hvis det er ønskelig.

## Etterutdanning for medarbeidere i medisinsk kontortjeneste i sykehus

Denne etterutdanningsprogrammet er ny, og laget etter samme modell som etterutdanning i primærhelsetjenesten, men er tilpasset sykehus. NHSF står for utarbeidelsen av pensum, med økonomisk støtte fra KFO og faglig støtte fra overlege Jan Fr. Pape.

Januar-97 ble det utdannet veiledere fra 13 forskjellige sykehus i landet. Veilederne skal danne

grupper våren-/høsten-97, og etterutdanningen på tilsammen 120 kurstimer skal vare i 2 år. Etterutdanningen skal være en fordypning og videreføring av de kontorfaglige arbeidsoppgaver i sykehus.

### Lederutdanning for helsepersonell

NHSF har inngått avtale med BI om å anbefale BIs «Lederopplæring for helsepersonell» for våre medlemmer. Til gjengjeld har vi fått løfte om redusert kursavgift for medlemmer i NHSF. BI har lagt opp til en fleksibel studieform som gjennomføres som et deltidsstudium over tre semestre.

#### Innhold

Studiet gir 10 vektall og er fordelt over følgende temaer:

- Situasjonsbestemt ledelse
- Helseadministrasjon

- Personalledelse
- Økonomistyring
- Prosjektarbeid

#### Avlaste legen med administrative oppgaver

NHSF anbefaler legen som arbeidsgiver å vurdere om dette studiet er interessant å tilby en eller flere av sine medarbeidere. Spesielt ved store lege-/helsestener kan den kompetanse som tilegnes gjennom dette studiet komme til nytte. Medarbeideren kan avlaste legen med administrative oppgaver slik at legen får bedre tid til pasienten. Temaene som omhandles er relevant i forhold til mange av de oppgaver det forventes at medisinsk kontorfaglig personell skal beherske i dagens helsevesen.

#### Annen etterutdanning

I tillegg arrangerer NHSF sentralt et stort årlig seminar med faglig pro-

gram for helsesekretærer i sykehus, primærhelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Dessuten arrangerer NHSFs lokalavdelinger også årlige kurs og temakvelder med ulike emner. Kurs og etterutdanning blir annonsert i tidsskriftet «Helsesekretæren».

#### Hvorfor etterutdanning?

Helsevesenet er i stadig endring. Endringene stiller som oftest større krav til fagkompetanse og til tverrfaglig samarbeid, og det er nødvendig med en løpende faglig utvikling. Viktigst av alt er at pasienten skal gis tilbud om best mulig faglig ivaretagelse, derfor er etterutdanning et behov for alle som jobber i helsevesenet, – også for medarbeideren!

Margareth Pettersen  
Norsk Helsesekretærforbund  
Pb. 775  
9001 Tromsø

# NSAM

Norsk selskap for allmenntidisin

The Norwegian College of General Practitioners

## Norsk selskap for allmenntidisinsk forfatterstipend for 1997

NSAMs Forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmenntidisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesermarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er fastsatt til kr. 20.000 og mottaker vil bli kjentgjort på Selskapets årsmøte i oktober.

Søknaden med søkerens CV, vedlegges beskrivelse av påbegynt eller påtenkt prosjekt.

Søknaden skal stiles til Norsk Selskap for Allmenntidisin og sendes til Publiseringutvalget v/Unni Gunvaldson Abusdal Njålvn. 11, 1320 Stabekk.

Søknadsfrist er 6. oktober.

Introduksjonsforelesning Soria Moria,  
Primærmedisinsk veke 11. november 1996

# Om AIDS og blodappelsiner

Tekst: John Nessa



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

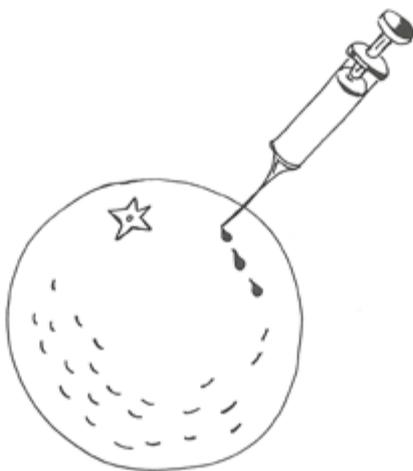
Kunstmålaren og medienarren Odd Nerdrum fortel i eit avisintervju at *da jeg ble gift med min andre kone hadde vi omtrent ikke sagt et ord til hverandre da hun skulle ha Bork. Det var forfriskende, i den moderne situasjonen er det sjelden at to mennesker ikke har snakket sammen før de skal ha barn.*

Eg startar med dette sitatet ikkje fordi det er så utruleg morsamt, men fordi Odd Nerdrum på ufrivillig vis avslører det som har vore ein tendens i vår kultur, nemlig å ringeakte samtalen. Så også i

medisinen. Eg vil hevde at er det noko som er forsømt i medisinsk teori og medisinsk praksis, så er det *samtalen, dialogen, refleksjonen*. I denne introduksjonsforelesninga skal eg nytte meg av det privilegiet eg har, og presentere ein monolog som med store bokstavar viser mine refleksjonar om faget vårt anno 1996. Eg skal snakke om så mangt. Eg skal snakke om ein tidlegare helsedirektør og ein tidlegare helsestatsråd. Eg skal snakke om dei store ideala våre, og eg skal lese frå brev eg har fått. Ikkje minst skal eg snakke om AIDS og blodappelsiner. Eg skal ikkje prøve å vere objektiv og balansert. Tvert om. For å halde meg til musikkterminologien, og låne eit ord frå rocken: Det vil vere eit betydeleg *subjektivt trekk* i den teksten eg skal framføre.

## Frå Karl Evang til Werner Christie

Det er tre organisasjonar som ønsker velkommen til Primærmedisinsk veke 1996: Aplf, Oll, NSAM. Det er tre organisasjonar



med solide historiske røtter. Rett nok er NSAM berre barnet i forhold til dei to andre, til gjengjeld har offentleg helsevesen røter heilt tilbake til 1603, då den første «stadsphysicus» blei utnevnt til Bergen. Det historiske perspektivet er viktig for å få eit overblikk over ønska og uønska utviklingstrekk i faget vårt. Skal vi vite kor vi er, må vi vite kor vi kom frå, og kor vi vil hen. Først litt om kor vi kom frå: Eg skal lese litt frå to publikasjonar. Den eine er frå vekeavisa Orientering 1. mai 1958, den andre frå tidsskriftet Sosial trygd i fjor. I Orientering skriv dåverande helsedirektør Karl Evang, som då alt hadde vore helsedirektør i 20 år, og hadde 14 år igjen av si tenestetid. Under headingen *På skilleveien i dette angstens og håpets århundre* skriv Evang at *Legevitenenskapen kan revolusjonere verden*. En sunn slekt overalt – hvis fornuften får rå. Lat meg sitere nokre linjer: *Alle vet at legevitenenskapen i de siste årtier har gjort enorme framskritt, men få er ennå klar over at denne nye innsikt kan revolusjonere menneskeliv på jorden om man var i stand til å ta i bruk de moderne legevitenenskapelige metoder også hos den majoritet av jordens befolkning som lever i de underutviklede land. Menneskene i disse landene er fattige fordi de ikke makter å gjøre en større arbeidsinnsats, de mangler arbeidskraft fordi de er syke, og de er syke fordi de er fattige og ikke kan skaffe seg mat, boliger og kler.*

*Dette er en av de mest typiske «onde sirkler». Årsakene griper inn i hverandre som en kjede. Kan man bryte det svakeste leddet i en slik kjede, oppstår en helt ny situasjon som*

har innflytelse på alle de viktige faktorene, også de økonomiske, sosiale og politiske.

Og til slutt i innlegget, under overskrifta *Tilbake til livet*:

*Den moderne legevitskap sammen med psykologien og andre har også lært oss at mennesker som er skadet og har fått sin arbeidskraft nedsatt ved ulykker, sykdom eller på annen måte ved hensiktsmessig undersøkelse og behandling (attføring) kan føres tilbake til et nyttig og lykkeleg arbeidsliv igjen. Menneskelig «synketømmer» av denne art fiskes nå opp, og resultatene er oppsiktsvekkende gode.*

Det er lett gjort å ironisere over Karl Evang. Det er ikkje mitt poeng. Tvert om går det *ikkje* an å lese Evang skikkeleg utan å få stor respekt for den mannen. Han har store visjonar, og klare meininger kombinert med ein sterk vilje til å få gjennomført det han står for. Og han trur på faget sitt, bed ikkje om orsaking fordi han er lege. Legevitskapen skal brukes til å hjelpe dei som treng det, både dei fattige, og dei som av Evang omtales som menneskelig «synketømmer».

Evang var sosialdemokrat, venstrevridd, og skreiv i SF si avis. Som kjent er det sosialdemokratiet som har skapt oss alle, ikkje minst i helsevesenet. Og ein av Evang sine disiplar er tidlegare helseminister Werner Christie, også han med ei fortid til venstre for AP. Kva har han å seie til oss arme fot-soldatar? Jo, Christie er desillusjonert, Christie er bekymra, Christie har ingen visjonar. Det er bekymringsfullt at ein slik godviljens mann uttaler seg som han gjer til tidsskriftet Sosial trygd like før han gjekk av som helseminister. Det er litt upresist av meg å seie at han ikkje har nokon visjon. For han har ein visjon. Christies visjon er å tømme legekantorene for oppgaver. Han ser forventningspresset og stor legemakt som den største trusselen mot folkehelsa. Hovudproblemet er altså ikkje lenger røyk eller livsstil, det er forvent-

ningane og legane det er noko gale med. Vi får ramsa opp eit synderegister utan like. Alt er gale. Vi får piller mot sorg, sjukemelding mot einsemd, samlivsproblem løyst med stetoskop: *Bakteppet er eintydig. Seks av ti som oppsøker allmennpraktiker, presenterer problemer som helsevesenet ikke kan gjøre noe med.* Og no er vitskapen medskuldig. I gamle dagar var det gud og religionen som skulle hjelpe med skjebnen i dette eller neste liv. I dag er det helsevesenet, seier WC.

Situasjonen er relativt absurd. Mens Evang la mykje av prestisjen sin i å bekjempe religion og gudstru, beklager Christie at folk har slutta å søkje slik trøst. (I parntes bemerka er ikkje det sant. Det er ein myte at folk har slutta å søkje religionen. Men det er ein seigliga og nokså vanleg myte, brukt til å forklare krisa i helsevesenet, og stort sett brukt av folk som sjølv har slutta å gå på søndagsskulen). Men det interessante i denne samanhengen er at det som var Evang sin medisin er blitt til Christie sitt problem. Christie har slutta å tru på faget sitt. Og han er nokså blind for sjølvkritikk. Han ser ikkje at han har fått ein langtkomen katarakt – og sterkt innskrenka sidesyn – på sine sosialdemokratiske visjonar. Eller for å låne eit uttrykk frå Hans Skjervheim: Han ser ikkje bjelken i sitt eige auga, for det er den bjelken han brukar til å sjå med. Det er heile veien legane og pasientane det er noko gale med.

Dessverre: Christie gjer det dei fleste gjer når dei møter på ting dei ikkje forstår. Han *moraliserer*. Det er verken særlig vitskapelig eller særlig politisk lurt. Det er ikkje evidence-based det han gjer. Tvert om sprer han *myter*. Myter om legane og myter om pasientane. Myter som fort blir til sjølvagte sanningar. Myter som øydelegg for ein konstruktiv analyse.

Eg vil gripe tak i to myter som Christie sprer. Den eine er at vi medikaliserer livsproblem. Piller

mot sorg, sjukemelding mot einsemd. Eg har høyrte det så lenge eg har levd, trur likevel ikkje det er sant. Eg trur framleis folk med livsproblem og livskriser går for lut og kaldt vatn i samfunnet vårt. Mellom anna fordi deler av vår kultur er litt analfabetisk på det emosjonelle området og har lite sans for samtalen eigenverdi. Og medisinen som fag har ikkje interessert seg særleg mykje for sjukdom som eksistensiell krise. *Ved læger hva sygdom er?* var tittelen på ei bok som kom i Danmark for eit par år sidan, skriven av ein kollega. Svaret var nei – legar veit ikkje kva sjukdom er. Difor får ofte Christie rett, sjølv om han ikkje har rett. Ingen interesserer seg særleg fagleg sett for psykodynamikk og livskriser. Unntaket er sjølv sagt den litt meir spektakulære katastrofepsykiatrien.



Vi medikaliserer ikkje livsproblem. Derimot medikaliserer vi *eliteproblem*. Når skikongen Oddvar Brå ikkje vinn dei OL-gull vi hadde forventa, står det eit stort legeteam klart for å skaffe han diagnosen astma. Inhalasjonen verkar. Etter kvart får 50-70 % av eliteløparane astma, og *nu går alt så meget bedre*. Men ikkje for Oddvar Brå. For han har alt fått sin osteoporose. Hvor var *du* da Oddvar Brå brakk den medisinske staven?

I staden for å la oss lamme av moralisering over legar og pasientar – det er jo sjølv sagt to sider av same sak – må vi avsløre myter og begynne å tenkje nytt. Eg skal vere like storkjefa som Christie, og påstå det diametralt motsette av han. Min påstand er at *det har*

ikkje skjedd ein unyttig konsultasjon i Den kongeleg norske primærhelsetenesta dei siste 50 år.

Christie påstår at 6 av 10 konsultasjonar er unyttige, eg seier at alle er nyttige. Begge påstandane er isolert sett like dumme. Min påstand er ikkje tufta på empiri, men på prinsipiell og etisk refleksjon. Det prinsipielle er at det er pasientens soleklare rett til sjølv å bestemme kva ein skal søkje primærlege for. I Primærhelsetenesta er utgangspunktet pasientens behov og ikkje helsevesenets diagnoselister. Diagnoselistene må og skal justeres etter som behova endrar seg. Eg er framme med mitt poeng om AIDS og blodappelsiner. Ein ung mann lurte på om han kunne få AIDS av å ete blodappelsiner. Sidan han hadde falle for freistinga til å nyte si blodappelsin – eller kanskje han berre kjende på ein sterk trong etter å ete blodappelsin, var dette eit stort problem for han. Kanskje var han for enkel i hovudet, kanskje var han heilt forvirra av all helseopplysninga, kanskje kjende han ein med AIDS som var glad i blodappelsiner. Poenget mitt er at fyren har eit legitimt helseproblem som han har krav på å få behandla seriøst. Og som primærlegen kan gjere noko med. Kanskje han treng ein, kanskje han treng to, kanskje han treng tre konsultasjonar. Den faglege ambisjonen må vere å setje fyren i stand til å nyte si blodappelsin, sjølv om det kosta nokre gjerrige helsekroner for det utarma kongeriket vårt. Vi har litt å gå på. For i følge OECD-tal har vi ikkje noko overforbruk av helsetenester her til lands. Derimot har vi overforbruk av mykje anna.

Nøkkelen til ei meir avansert forståing av det som går føre seg – og det som bør gå føre seg i PHT, ligg i lege-pasient forholdet. Eg mistenkjer verken Evang eller Christie for å ha eit særleg avansert forhold til akkurat det. Dei har ikkje forstått det, for dei er ideologiske tvillingar med Odd Nerdrum. Dei foraktar prat, og vil at

vi skal gå til verket med ein gong. Dette kan vi ikkje lære av gamalt sosialdemokratisk tankegods. Derimot trur eg vi har noko å lære av Per Hjorddal og Ole Berg. Dei har presentert ei studie av pasientane sine erfaringar med legane i ei bok som kom for eit par år sidan: *Medisinen som pedagogikk*. Det er oppmuntrande lesnad. Det er lesnad til å få forstand av. Det den boka viser, er at om ikkje politikarane er nøgde med legen, så er pasienten det. Og det er kanskje det viktigaste. Boka viser også ein ting til: At pasientane er mest nøgde med dei legane som tar seg bryet med å snakke med, lytte til, ta pasienten med på råd, gi pasientens forteljing eigenverdi. Det er den legen som evnar å *samhandle* med pasienten som har framtida for seg.

Dessutan trur eg det er ein del å lære av det helsepolitisk utskjelte USA. I følge ein kollega som blei intervjuva på TV nyleg, var det ein industri der å satse på at pasienten var i sentrum. Det sjukehuset som ikkje fekk til gode relasjonar med primærhelsetenesta, hadde ikkje noko i marknaden å gjere. Det same inntrykket blei formidla i eit brev frå ein kollega på Mayo-klinikken. Han – som eg – er av hjarte sosialdemokrat. Eg skal ikkje nemne namn, men Jon Arne Sør-eide skriv at... *Det Kongelige Norske Helsevesen har enormt mye å hente av ideer og holdninger fra virksomheten her; betydningen og respekten for dokumentert og anvendt kunnskap, nødvendigheten av god dokumentasjon.... respekt for pasienters tid, ønsker og behov etc etc. Den bedrøvelige urnorske selvgodhet som gjør at norsk medisin i stor grad styres etter ad hoc prinsippet uten visjoner og med lite gnist, gjør at selv jeg som en enkel landsens sjel med et stort over-jeg blir tiltrukket av mye av det jeg ser og opplever – på tross av mine 999 saklige motforestillinger.*

Det er i denne samanhengen interessant å notere seg at helseminister Hernes, etter at han kom ut av tenkeboksen, har tatt sin



politiske rådgjevar med seg og reist til USA for å få nye impulsar. Men kanskje han like gjerne kunne reist til Bergen. For det som kirurgen Søreide ser frå sin posisjon på Mayo-klinikken ser reflekterte allmennpraktikarar som arbeider i faget her til lands. Eg skal fortsetje å lese opp brev. Men eg skal heller ikkje no nemne namn, for Tone Skjerven, som arbeider ved Kompetansesenteret for kliniske ferdigheter i Bergen, vil sikkert vere anonym. Utdfordringa til å skrive desse tankane som ho har skrive, kom frå Olav Rutle, og brevet var tenkt til han, det gjer ikkje desse tankane mindre aktuelle:

Tone Skjerven peikar på det som mange har sagt, at det er viktig å ha ei felles forståing av kva faget allmennmedisin inneheld. Ho er likevel frustrert og bekymra, bekymret for at vi tross all denne fokusering på hva som er så spesielt med allmennmedisinen allikevel ikke har tilstrekkelig innsikt i hva det dreier seg om... For hva er det vi møter? Jo, mennesker med sine liv og sine livshistorier. Med sin angst, sin tro, sitt håp. Med noe de oppfatter som et symptom, et tegn på sykdom kanskje. Og så setter doktoren i gang med masse tekniske greier. og mennesket forsvinner. Og så diskuterer vi hvor vanskeleg det er å nå idealene, kontinuitet, omsorg osv. Idealene er

for høye, sier vi da. Men det er ikke det som er problemet. Idealene mangler innhold, påstår jeg... Det er vi som må lære oss å stole på egne vurderinger og gå inn i et samarbeid med pasienten. Gi pasienten resept på livet, gi pasienten resept på gjen-tatte besøk for å takle livet sitt når det er blitt for vanskelig. For ofte er det det som har skjedd, at livet er blitt for vanskeleg. Vi må vite at det kan en bli syk av.

Tone Skjerven seier altså at ein kan bli sjuk, ein kan bli deprimert av å vere redd for å ete blodappelsiner. Ho seier og at det er vi som har fagleg autoritet til å hjelpe folk med slike problem. Ho seier at vi må ta denne autoritet i bruk. Først og fremst seier ho at ideala våre heng i lause lufta, dei manglar innhald. KOPF-idealet vårt, som no i 20 år har vore opplest og vedtatt som rettesnor for lege-pasient forholdet, er ikkje forankra i nokon teori, nokon djupare forståing av *kvifor* det er så viktig å fylgje desse ideala. Det er som å avgi eit katolsk kyskhetsløfte utan å kjenne den katolske teologien. Ein får ikkje lyst til å følge ideala, men ein får dårleg samvit når ein ikkje følger dei.

Tone Skjerven seier at ho etterlyser kunnskap om doktorrollen. Kva gjer meg til ein god doktor? Kva er ein god doktor. *Jeg ønsker meg menneskekunnskap, etikkunnskaper, kunnskap om hvordan en holder seg frisk, jeg vil ha helhetlige vurderinger, biologi og kultur.*

Tone Skjerven avsluttar med å spørje: Kjernen i allmennmedisin, er ikkje det lege-pasient forholdet? Svaret er jo,jo,jo, det er akkurat det det er. Problemet er ein akademisk og helsepolitisk fagtradisjon som i sin helsepolitiske iver og private moralisme er blind for akkurat dette. Skal det bli ei forandring på dette, må forandringa komme frå faget sjølv, frå dei praktiserande legane, og frå dei personane som set pris på det vi gjer. Initiativet kjem neppe frå Kommunenes Sentralforbund som i følge interne notat er opptatt med å knekke

legene. Men det kom frå Tone Skjerven. Og vi har nok meir å lære av henne enn av Odd Nerdrum.

La meg avslutte med ei artig lita historie frå ein kollegas praksis i nabobygda. Eg skal ikkje nemne namn, for Anne Mathilde Hanstad vil sikkert også vere anonym. Men det fekk ho ikkje lov til å vere, iallfall ikkje då likninga for Strand kommune blei lagt ut. Speidarjenta frå Stavanger var litt skamfull over brått å komme på inntektstoppen. Ho syntest kanskje ho hadde tent vel mykje det siste året. Men ein pasient korrigerte henne: *Du må ikkje sjå det slik. Du må sjå kva som er realite-*

*ten. Du må forstå at kvar konsultasjon du gjennomfører bidrar til ein verdiskaping i samfunnet. Hadde eg ikkje fått komme til deg regelmessig, kunne eg heller ikkje gått på jobb. Den verdiskapinga de som legar bidrar med er ein heilt nødvendig – men oftast usynleg- verdiskaping i samfunnet vårt. Enkeltpasientane forstår det, men samfunnet som kollektiv forstår det ikkje.*

Lytt meir til Tone Skjerven og pasientane enn til Odd Nerdrum og alle forståesepåarane. Takk for meg.

John Nessa  
4130 Hjelmeland



Norske Kvinners Sanitetsforening  
har opprettet et fond som bærer navnet

## Norske kvinners Sanitetsforenings fond for kvinnemedisinsk forskning

Med dette fondet vil organisasjonen gjøre sitt ytterste for at Norske Kvinners Sanitetsforeningen blir en støttepilar på kvinners helse, reproduksjon, spesielle sykdommer og lidelser samt medisinerings.

Midlene vil bli gitt som bidrag til:

- Lønn (stipendiat/teknisk assistanse)
- Driftsmidler

Bevilgning gis for ett år av gangen, men dersom det er økonomisk mulig, vil tidsperioder på inntil fire år kunne påregnes, forutsatt tilfredsstillende fremdriftsrapport. Fremdriftsplan skal utarbeides og utgjøre en del av prosjektbeskrivelsen sammen med opplysninger om ressursbehov mht. personell og driftskostnader.

Søknadsfrist: medio oktober.

Søknaden skrives på eget skjema som kan fås ved henvendelse til:  
Norske Kvinners Sanitetsforening, Munthes gt. 33, 0260 OSLO  
Tlf. 22 44 94 80.

# Kultur og helse – bingo eller opera?

Tekst og foto: Petter Øgar



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

## Begrepsdrøfting

Både kultur og helse er vanskelige, flerdimensjonale og verdiladede begreper. Kulturbegrepetets bredde varierer. For ikke å gå seg vill i diskusjonen, er en begrepsavklaring påtrengende nødvendig. Et vidt kulturbegrep omfatter samfunnets sett av tradisjoner, verdier og rolleforståelse. Kollektive mønstre for livsstil, matvaner, deltakelse i meningsfull sosial aktivitet, friluftsliv og fysiske aktiviteter hører med. Det samme gjør sanseopplevelser i ord, toner eller bilder. En slik definisjon av kulturbegrepet gjør kulturen til en viktig del av

Det fokuseres i økende grad på sammenhengen mellom kultur og helse. Norges Kulturråd satser sterkt og har et eget prosjekt gående med denne overskriften. Med utspring i helsevesenet er konseptet NaKuHel (Natur – Kultur – Helse) tidligere lansert. Filosofien er at økt satsing på kultur (og natur) vil gi positive helseeffekter. Problemstillingen er interessant, men også vanskelig. Det er viktige sammenhenger mellom kultur og helse, men de er kompliserte og ikke entydig positive. De er heller ikke verdimesig eller fordelingsmessig nøytrale. Vet vi nok til å kunne lansere kulturtiltak som helsefremmende virkemidler?

det sosiale miljø. Kulturen påvirker atferden vår, utvikling av fellesskapsfølelse, identitet, psykisk og sosial trivsel. Og da har vi allerede vært innom to av dimensjonene i helsedefinisjonen til Verdens helseorganisasjon.

Men helse defineres også på andre måter. For praktiske formål har jeg størst sans for en operasjonell definisjon der helse defineres som evnen til å mestre de problemer og utfordringer livet fører med seg. Opplevelsen av egen helse er i betydelig grad subjektiv. Helse forblir et relativt begrep som vanskelig kan måles på en entydig og dekkende måte.

Sykdom er ikke det samme som uhelse. En kan føle at en har dårlig helse uten at en har påvisbare sykdommer. Samtidig vet vi at mange med kroniske sykdommer mener de har god helse. Sykdom er en gruppe medisinsk definerte tilstander. Sykdomsbegrepet er derfor i første rekke et produkt av rådende medisinske kunnskaper og oppfatninger. Disse er stadig skiftende og langt mindre eksakte enn mange liker å tro. Sykdomsbegrepet blir også påvirket av de herskende kulturelle og sosiale strømningene. Særlig gjelder dette sykdommer der det ikke er tydelige fysiske forandringer å påvise, og der det er

verdimesige, moralske elementer inne i bildet. Uklare smertetilstander i muskulaturen som fibromyalgi og alkoholmisbruk, er eksempler på dette.

Disse begrepsforskjellene er praktisk viktige når en snakker om helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlende tiltak eller effekter.

## Hva vet vi om sammenhengene?

Hva vet vi om sammenhengene mellom sosiale forhold, kultur, helse og sykdomsutvikling? Hvordan påvirker ulike sosiale forhold og kulturelementer helse og sykkelighet hos ulike individer og grupper av befolkningen? Noe vet vi ganske mye om, feks. sammenhenger mellom mat-, drikke- og røykevaner og helse. Vi vet at kultur kan påvirke helsa i begge retninger, avhengig av kulturens faktiske innhold.

At sosiale forhold spiller en rolle for helse og utvikling av sykdom er vel kjent. Tuberkulosens tilbakegang skyldtes ikke medisinske framskritt, men først og fremst bedre materielle levekår. Vi opplever nå en utvikling med økende sosiale forskjeller og ser at dette fører med seg betydelige og økende forskjeller i sykkelighet og dødelighet der de lavere sosiale lag kommer dårlig ut, slik det feks. er



*Jonsok-bruder i Hornindal.*

vist for ulike bydeler i Oslo. Flere studier (1) har vist at sosial ulikhet i seg selv virker generelt sykdomsframkallende selv om en korrigerer for ulik fordeling av tradisjonelle risikofaktorer som røyking, blodtrykk og kolesterolnivå. Grad av sosial kontakt er også vist å ha en markert effekt på helse og sykkelighet; lite sosial kontakt fører til økt sykkelighet og dødelighet.

Norge sakter akterut når det gjelder levealder sammenlignet med andre land (2). I Japan derimot er levalderen nå blant de høyeste i verden og stadig økende, på tross av at landet ligger i verdens-toppn når det gjelder røyking. Japan skiller seg fra vestlige land i kultur, sosial organisasjon, verdiorientering og livsstil. Et ekstremt lavt forbruk av animalsk fett forklarer noe. Mer interessant og antatt viktigere er det at Japan er det landet som har minst økonomisk ulikhet innenfor befolkningen, og at dette synes å være klarere knyttet til den lave dødeligheten enn det absolutte økonomiske nivået i landet.

### **Sosiale sykdomsmekanismer**

Hvordan sosial ulikhet skaper sykdom er ufullstendig kjent. Tre forklaringsfaktorer er trukket fram. Den første er at folk i lavere sosiale lag er utsatt for større stress. Den andre er at folk i lavere sosiale lag har mindre evne til å mestre stress, (og det kan være en av årsakene til at de er sosialt lavt plassert). Den tredje forklaringsmodellen er at folk i lavere sosiale lag har mindre sosial støtte og sosiale nettverk omkring seg til hjelp i stressmestringen. Trolig er alle disse faktorene mer eller mindre delaktige. Med stress mener en her problemer og påkjenninger individet utsettes for og som individet ut ifra sine forutsetninger opplever som for store og negativt belastende.

At mistriksel disponerer for sykdom ser en også ved at depresjoner disponerer for utvikling av kroppslig sykdom. Klarest ser vi kanskje dette når en ektefelle dør. Den gjenlevende ektefellen går inn i en naturlig sorgreaksjon og har mye større risiko for å dø første året enn andre jevnaldrende.

Hvordan sosiale og kulturelle forhold gjennom bevisste og ubevisste psykiske reaksjoner utløser helse- eller sykdomseffekter i kroppen er lite kjent. Det som derimot er klart er at kroppen har egne mekanismer som i betydelig grad kan påvirke om sykdom skal oppstå eller ikke og hvordan sykdommen vil utvikle seg. De inntrykk vi blir utsatt for, utløser aktivitet i hjernen med frigjøring av ulike signalstoffer, nerveimpulser og hormoner. Reaksjonene i hjernen kan påvirke en rekke viktige kroppsfunksjoner i gunstig eller ugunstig retning, bla. opplevelse av smerte, blodtrykk og immunsystem. Fra klinikken vet vi at positiv tro på en behandling styrker behandlingseffekten (placebo) mens skepsis eller mistro svekker effekten (nocebo).

I tillegg til den ytre hendelsen er reaksjonene avhengig av tidligere erfaringer og personligheten vår. Psykiske faktorer spiller en vesentlig rolle. Samme ytre inntrykk kan således utløse ulike reaksjoner hos ulike personer. Hard-rock gir en



Skileik.



Ølbrygging i Hornindal – gammel kulturtradisjon.

følelse av velvære hos noen, mens andre oppfatter det som helseskadelig støy. Disse forskjellene illustrerer det individuelle i kulturopplevelsen og har betydelige praktiske konsekvenser for i hvilken grad sammenhenger mellom ulike kulturtiltak og helse kan generaliseres.

Selv om det fortsatt er mye vi ikke vet omkring disse mekanismene, er det mulig å trekke noen konklusjoner. Vi har grunnlag for å hevde at små forskjeller i sosial status og tiltak og forhold som fører med seg sosiale nettverk, trivsel og et meningsfullt liv er bra for folkehelse. Kulturtiltak og kulturelementer som bidrar til dette må med rimelig sikkerhet antas å ha en positiv helsemessig effekt. Tilsvarende vil kulturtiltak og elementer som virker i motsatt retning ha en negativ helsemessig innflytelse. I et folkehelseperspektiv er det grunn til å tro at mange

små kulturaktiviteter som involverer mange, vil være viktigere enn få store for en engere krets. Med andre ord skapes det nok mer folkehelse i de tusen bingolokaler enn på de få operascener. Det er fortsatt en lang forskningsmessig vei å gå før en kan si noe velbegrunnet om hva kulturtiltak A betyr for helse til Ola eller sykdommen til Kari. Det kreves også en helt annen dokumentasjon for å hevde at kulturaktiviteter er positivt i et grupperettet forebyggende folkehelseperspektiv enn å hevde at en kulturaktivitet er et velegnet kurativt virkemiddel eller behandlingsform for en definert pasient eller pasientgruppe.

#### **Hvilke konsekvenser bør dette få?**

Hvilke konsekvenser en skal trekke av dagens kunnskap er i første rek-

ke et politisk spørsmål med klare verdi- og fordelingsmessige sider. Helsevesenets oppgave er å bidra til utforskning og kartlegging av hvordan ulike sosiale forhold og kulturelementer påvirker helse og sykkelighet. Dernest å spre denne kunnskapen til befolkningen individuelt, kollektivt og til besluttede og utøvende organer innenfor andre samfunnssektorer. Samtidig som det er viktig at helsetjenesten har et vidt perspektiv når det gjelder å kartlegge ulike miljøfaktorer som mulige positive og negative følger for helsetilstanden, er det viktig å holde fast ved at helsetjenesten i størst mulig grad skal drive kunnskaps- og erfaringsbasert medisinsk virksomhet.

Helsevesenet har en vanskelig dobbeltrolle ved at det både skal tenke vidt samtidig som det ikke skal føre til unødige sykkeliggjøring av normale livsproblemer eller

undergrave folks egen mestringsevne. Helsetjenesten skal vokte seg vel for selv å ta på seg kulturarbeidsoppgaver, slik en har sett noen tilløp til. Det er ikke helse-tjenestens oppgave selv å skape levende lokalsamfunn eller andre helsefremmende samfunnsforhold. I disse medikaliseringstider der stadig mer av livets tildragelser defineres som et anliggende for helsevesenet eller andre profesjonelle hjelpeinstanser, er det viktig å minne om dette. En ekspanderende helsetjeneste vil både forsterke en ødeleggende medikalisering og

stjele ressurser fra andre sektorer som kan ha et større helsefremmende potensiale, feks. kultursektoren, slik at helsegevinsten i virkeligheten blir negativ. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvor langt vi innenfor helsesektoren og andre sektorer skal profesjonalisere det individuelle ansvar og de politisk bestemte samfunnsforholdene som påvirker trivsel, helse og sykkelighet. Tidligere helseminister, Werner Christie, har skrevet en bok med tittelen Politikk og fag på samme lag. Det er mye bra i dette, men vi må ikke fjerne den

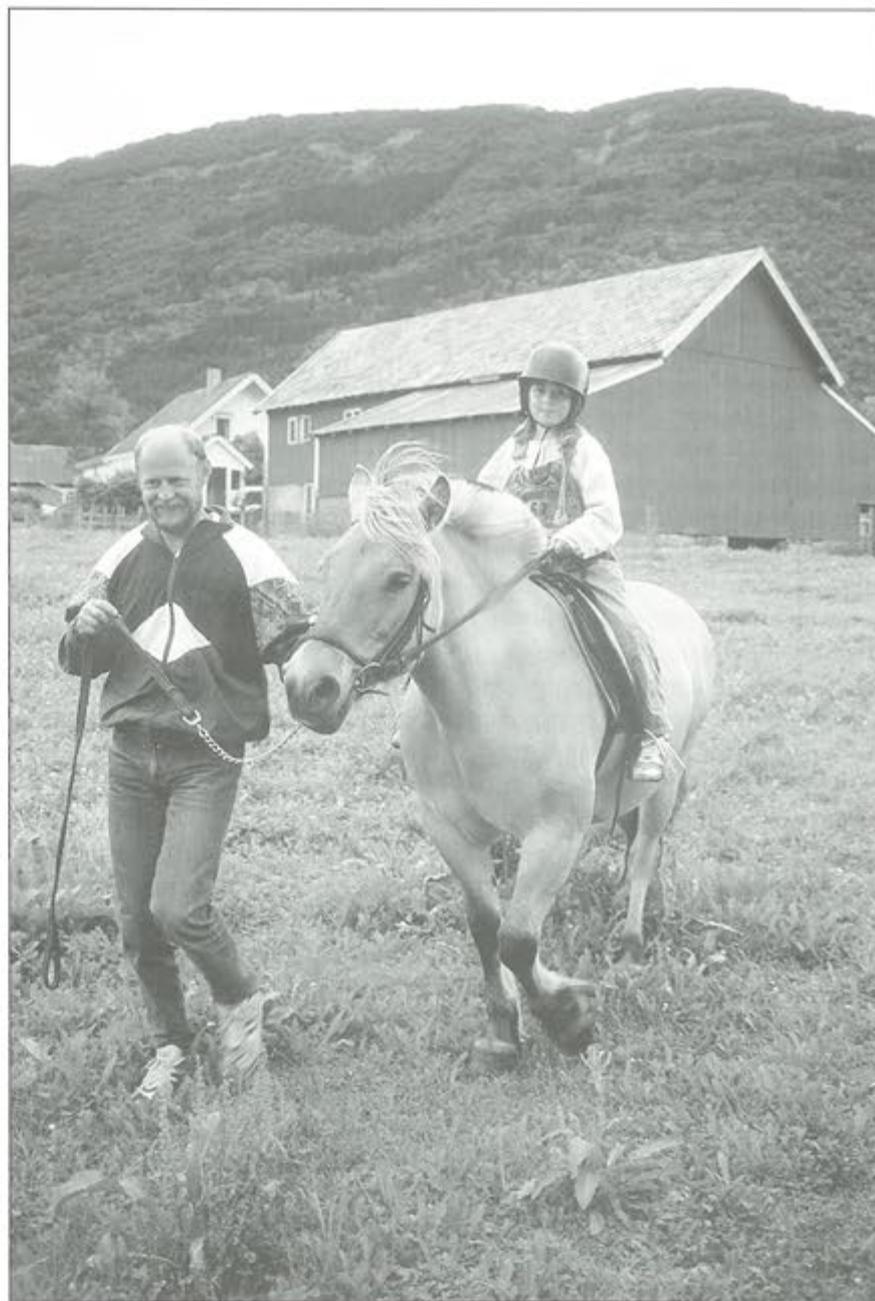
legitime rolle- og ansvarsfordeling demokratiet er tuftet på. Det er fortsatt viktig å henge de riktige bjellene på de riktige kattene.

### Konklusjon

Følgende oppsummering kan med dette gjøres:

- Betydningen av sosiale forhold på helsetilstand og sykkelighet kan vanskelig overdrives.
- Kulturelle elementer, aktiviteter og opplevelser har et betydelig potensial for å påvirke helsetilstand og sykkelighet i begge retninger. Det er en viktig oppgave for helsetjenesten å kartlegge disse sammenhengene nærmere og gjøre dem kjent for befolkningen, politikere og andre samfunnssektorer.
- Helsearbeidere er helsearbeidere og bør fortsatt avgrense seg til dette i sin yrkesutøvelse.
- Kroppen rår over mekanismer som kan påvirke helse og sykdom i begge retninger. Disse mekanismene kan påvirkes, og det er viktig at helsetjenesten prøver å gjøre dette på en optimal måte innenfor eget behandlingsapparat og gjøre de kjent for pasientene og befolkningen for øvrig.

Petter Øgar  
Pb 411  
5801 Sogndal



### Litteratur

1. Evans RG, Barer ML, Marmor TR ed. Why are some People healthy and others not? The Determinants of Health of Populations. Aldine De Gruyter, New York 1994.
2. Mæland JG. Typisk norsk å være (middels) god? Norge sakker akterut i dødelighetsutviklingen. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1061-2.

# Ny kursform prøvd i Finnmark

Tekst: Peter Prydz

*PP f-56. Cand. med. Tromsø 1982, kommunelege II i Hammerfest siden -85. Bistillingstilknytning som veiledningskoordinator/Dnlf og amanuensis, Universitetet i Tromsø. Leder for kurskomitéen i Finnmark.*

Finnmark Legeforening la i år opp en ny «vri» på sitt årlige vårkurs i Kautokeino. Som kjent for de fleste leserne, ønsker Spesialitetskomitéen i allmennmedisin å legge om spesialistutdanningen i faget mot større grad av egenaktivitet framfor tradisjonelle forelesningskurs (1). Dette på bakgrunn av at det etter hvert foreligger solid dokumentasjon på at læring blant voksne aktive yrkesutøvere foregår best med behovsstyrt egenaktivitet relatert til deres egen arbeidssituasjon (2-4). Vi hadde dessuten et genuint eget ønske om å endre på den tradisjonelle kursformen, der deltakerne blir foret med forelesninger fra eksperter sørfra (hvor skal vi ellers få dem fra?). Vi ville derfor prøve ut en kursform med mye større grad av egenaktivitet.

Vi tok utgangspunkt i Finnmark Legeforenings prosedyreperm, som i grove trekk bygger på samme lest som den tidligere omtalte og velkjente Telemarkspermen (5). Vår perm er i alt vesentlig forfattet av sykehusspesialister, og er (sannsynligvis derfor) ganske lite brukt i daglig allmennmedisin i fylket. Vi har også her

vår del av de velkjente samarbeidsproblemene mellom 1. og 2.linjetjenesten som ellers i landet, med generell misnøye med henvisnings- og tilbakemeldingsrutiner.

For å gjøre noe med dette, planla vi å gjøre kurset som et gruppearbeid med sikte på å utarbeide nye prosedyrer for samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten. Målsettingen var altså todelt: Vi ønsket å utarbeide mer anvendelige prosedyrer. Ved å la aktører fra begge sider arbeide tett sammen (i noen dager langt hjemmefra), hadde vi et mål om å bedre det allmenne klima mellom de to nivåene.

Kurset ble planlagt med gruppearbeid i følgende emner: Generell kirurgi, ortopedi/traumatologi, pediatri, gynekologi/obstetikk, akuttmedisin, kardiologi og gastroenterologi. For hver gruppe oppnevnte vi to gruppeledere, en sykehusoverlege i det aktuelle fag og en allmennlege fra fylket. Sykehusoverlegene fikk permisjon med lønn fra sin arbeidsgiver utenom ordinær kurskvote, da arbeidsgiverne vurderte dette som en prioritert arbeidsoppgave. De øvrige deltok på ordinære kursbetingelser.

Det ble søkt om godkjenning for kurset for spesialiteten i allmennmedisin samt alle involverte spesialiteter forøvrig. Resultatet var godkjenning i allmennmedisin, anesthesiologi, pediatri og generell kirurgi, fra de øvrige spesialitetskomitéer kom det avslag. Dette bekrefter vår oppfatning av at denne kursformen er ny i norsk sammenheng, da resultatet anses å være ganske arbitrært ut fra at det ikke foreligger noen presedens.

På grunn av begrenset påmelding ble gruppene i gastroenterologi og kardiologi ikke gjennom-

ført, de øvrige fem gikk etter planen. Vi oppnevnte en sykehusoverlege og en allmennlege fra prosedyreperm-gruppa som redaksjonskomité, med ansvar for å følge gruppearbeidet og tilse at resultatet fikk et noenlunde enhetlig preg. Gruppearbeidet gikk over tre dager. Hver dag åpnet med en ordinær forelesning fra en av de deltakende sykehusleger med et emne relatert til allmennmedisin – for å gi deltakerne tid til å våkne før gruppearbeidet tok til. Den 4. dagen hadde vi et to timers møte med sekretariatet for det regionale helseutvalg for Helseregion Nord (om forslaget til ny sykehusstruktur) før vi oppsummerte og avsluttet.

I tillegg til ti gruppeledere (5 sykehusleger og 5 allmennleger) samt de to i redaksjonskomitéen deltok 18 leger, hvorav 11 kommuneleger/allmennleger, 2 ass.leger fra sykehus, de øvrige var bedriftslege, fylkeslege, trygdelege, praktiserende spesialist og turnuskandidat. Deltakelsen kunne vært bedre (det ble nevnt at noen hadde vegret seg for å delta på grunn av arbeidsmengden man la opp til), men med totalt 30 leger involvert i arbeidet ble det et visst idévolum utav det.

Arbeidet gikk over tre dager avbrutt av den tradisjonelle ski-/friluftspausen midt på dagen, og ingen grupper kom i åpenbar tidsnød eller led av idémangel. Alle grupper hadde PC til disposisjon. Redaksjonskomitéen sammenkalte til plenumssamlinger når de fant det tjenlig, underveis og ved arbeidets avslutning.

Oppsummeringen bar stort sett preg av at alle grupper var svært stolte av hva de hadde fått til. Man hadde oppnådd konsensus på



*Forfatteren kaster lasso under den årlige skilassokonkurransen i Finnmark legeforening.*

endel vesentlige punkter, og man hadde produsert mer stoff enn man hadde forestilt seg på forhånd. Den største bøygen lå nok i gruppa for ortopedi/traumatologi, der man fikk opp den tradisjonelle diskusjonen om allmennleger langt fra sykehus (med røntgenutstyr) skal drive frakturbehandling eller ikke. Det endte også her med en felles formulering om at frakturbehandling primært skal foregå på sykehus, men at allmennleger med kompetanse/erfaring på området og relevant utstyr også kan utføre dette.

Fra pediatrigruppa skal bemerkes at diskusjonen for/mot blærepunksjon i allmennpraksis endte med at pediateren påtok seg ansvaret for å utarbeide en undervisningsvideo for allmennleger om dette.

På vegne av arrangørene kan jeg anbefale denne kursformen som en interessant vri, som både krever egenaktivitet og gir synlige resultater. Effekten på det generelle samarbeidsklimaet er vanskelig å evaluere, men det må antas at både arbeidet og øvrig samværsform

under kurset kan ha brutt ned endel barrierer. Vi føler at vi med dette er delaktige i å begrave den tradisjonelle kursformen «xxx i allmennpraksis» der sykehusleger forteller allmennleger om hva de holder på med på sykehusene. Vi antar dette er i tråd med de tanker som spesialitetskomiteén bygger på i sitt forslag referert innledningsvis.

For framtida vil vi vurdere hvorvidt ett av våre to årlige kurs skal omdannes til ett eller flere forskjellige arbeidsmøter av tilsvarende art – uavhengig av hva man ender opp med for spesialistutdanningen i allmennmedisin. En situasjon hvor allmennleger og sykehusleger samarbeider på likefot virker generelt mer attraktivt enn den tradisjonelle kursformen.

Produktene fra kurset er i skrivende stund ikke sluttbehandlet i Finnmark Legeforenings organer, men vil kunne framskaffes ved henvendelse til overlege Stein Høybjør, med. avd. Hammerfest sykehus.

Til tidligere deltakere på Kau-

tokeino-kurset skal bemerkes at den tradisjonelle Skilasso-konkurransen (skistafett med innlagt lassokasting) ble avviklet på tradisjonelt vis, med laget fra Sør-Varanger som vinner for n-te gang.

*Peter Prydz  
Strandgt 71, 9600 Hammerfest*

#### **Referanser:**

- (1) Spesialitetskomiteén i allmennmedisin: Forslag til nye regler for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Veilederposten 1/97.
- (2) Coles C & Holm HA: Learning in Medicine. I: Coles C & Holm HA (red.): Learning in Medicine, Scandinavian University Press 1993.
- (3) Rutle O: Tanker om ny etterutdanning i allmennmedisin. Veilederposten 2/95.
- (4) Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA: Livslang læring – hvordan lærer leger? NordMed 1/97, 14-23.
- (5) Eriksen O: Prosedyreperm. Et arbeidsverktøy for primærleger i Telemark. Utposten 1991; 20: 19.



BRITA BORCHGREVINK

# Kunsten å hjelpe

## Temabok for helsearbeidere og terapeuter

Vett & Viten, 1996.  
Pris NOK 168 nok

### Anmeldt av Ingard Ottermo

Forfatteren er fysioterapeut/mensdieckterapeut med mange års klinisk praksis.

Hennes rike erfaring og reflekterte betraktninger om møtet mellom pasient og terapeut (terapeut kalles i boken konsekvent hjelper) gjør denne boken ytterst interessant og engasjerende. For her finner vi problemstillingene igjen, fysioterapeuter eller leger, ja alle som ved sitt arbeid i helsevesenet møter pasienten direkte.

Den faglige kompetanse forutsettes. Det er det menneskelige møte med alle sine fasetter som belyses og diskuteres. Bokens gjennomgangstema er «den sammenheng og horisont vi velger å forstå vårt eget liv i lys av, bestemmer hvordan vi betrakter våre klienters liv».

Her tar boken opp begreper som det nok i massevis syndes mot i vår travle daglige praksis. Det er ideelle begreper som empati, ydmykhet, innlevelse, omsorg, barmhjertighet, kjærlighet, og evnen til å lytte og vise respekt. Vi kjenner jo så altfor godt til kritikken mot oss i helsevesenet når dette mangler.

Boken kommer her ikke med den refsende pekefinger, men viser oss vei til å bli «varmere og mer generøse helpere» ved økt egenforståelse, bedret kommunikasjon og strukturert helhetstenkning, her belyst som analyserende (vestlig,

maskulin) og syntetiserende (østlig, feminin) tenkemåte.

Forfatteren hjelper oss til å forstå og vektlegge nettopp det som er så ytterst viktig i helsearbeidet: Å se sammenhengen, helheten og møte «hele det hjelpesøkende menneske», for etter Søren Kierkegaards ord må vi «først å fremst passe på at finne ham der, hvor han er – og begynne der. For i sandhed at kunne hjelpe en anden, må jeg forstå mere end ham – men dog vel først og fremst forstå det, han forstår».

Hjelperens oppgave er å «skape form ut av klientens kaos og ubalanse». Dette gjøres med «hele vår faglige og menneskelige kompetanse» og dertil må hjelperen «lokke frem og aktivisere klientens helende krefter». Da må «den kunnskap vi bringer bli av personlig betydning for mottakeren, ikke bare helseinformasjon, men oppleves som sann». Her kan vi bare tenke på hvor sørgelig lite effekt antirøykekampanjen har hatt i Norge.

I møtet mellom hjelper og klienten «har hjelperen den faglige kompetansen, men klienten har kompetanse på seg selv». Vi må «vite at hans forståelse av tilstanden er del av de samlede ressurser for å komme videre. Men til slutt må vi «vise respekt for klientens dømmekraft og valg, hvis det blir annerledes enn vi som terapeuter hadde ønsket».

Vår personlige gevinst som helpere er at møtet med pasientene bidrar til vår egen utvikling og forståelse.

På slutten av boken unngår vi

ikke et av tidenes moteuttrykk: Kvalitetskrav. Denne gangen er det å «stille krav til kvaliteten i mellommenneskelige handlinger». Vår innvendig er straks: Det har vi da alltid gjort – tror vi. Men har vi vært strukturerte nok? Når vi har sviktet, har vi kanskje fått høre det av pasientene etterpå eller i verste fall fra mediene!

Vi må nok innrømme at det i vår medisinske, teknifiserte behandlingsskiltur har vært trange kår for begreper som genuin omsorg og innlevelse. Men nettopp denne mangelen er jo en av grunnene til at så mange i dag vender seg bort fra skolemedisinen og søker alternativ behandling.

Her er bøker som denne av stor nytte for oss i allmennmedisin i det den gir oss økt kunnskap om hvordan vi som terapeuter kan ta imot «hele det hjelpetrengende menneske».

Forfatterens fremstilling er strukturert, oversiktlig og for det meste praktisk rettet mot konsultasjonssituasjonen. Dertil kommer at temaet er høyaktuelt.

Jeg for min del leste boken på én kveld og fant at her var det selv etter mange år i allmennpraksis fortsatt mye å lære om «hjelpekunsten».



JAN-OLAV HENRIKSEN OG ARNE JOHAN VETLESEN

## Nærhet og distanse

### Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker

*AdNotam Gyldendal, 1997.  
246 sider. Pris 280,- kroner.*

#### Meld av Geir Sverre Braut

Kollega Øgar har klaga til meg på bokmeldingane mine. Han meiner dei er for positive og at eg snart må skriva ei negativ bokmelding. Såleis er det kanskje uttrykk for dårskap å gje enno eit godt skussmål om ei bok; og denne gongen attpåtil peika boka ut som den beste eg har skrivne melding på i Utposten til no.

Henriksen og Vetlesen har makta å skriva ei bok om yrkesetikk som både står på solid teoretisk grunn og som gjev rettleiing i praktiske tilnærmingar til etikkmetode i dagleg yrkespraksis i arbeid med menneske. Forfattarane syner at grunnlaget for etisk forsvarlege handlingar kjem fram gjennom eit samspel mellom eigne føresetnader og vurderingar («autonomi») på den eine sida og den sosiale forankringa («avhengigheit») på den andre sida.

Mennesket som avhengig av andre, slik dette er formulert m.a. av E. Lévinas og K.E. Løgstrup, er teke som eit grunnleggjande synsett i boka. Dette meiner eg er ein god innfallsvinkel ikkje minst for etiske vurderingar i helsetenesta, der ein i praksis sjeldan kan sjå på mennesket som autonomt i absolutt forstand, anten det er behandlar eller pasient.

Boka knyter det etikkfaglege stoffet nært opp til sentrale omgrep i det psykologiske og sosiologiske grunnlaget for behandlingsverksemd. Såleis er t.d. meistring og grensesetting samt empati og makt inngåande drøfta og knytt

til presentasjonen av etikkteorien. Denne koplinga mellom ulike fagtradisjonar har forfattarane fått til på ein prisverdig måte. Dette styrker truverdet til boka som rettleiar til eiga utvikling av ein etikkfagleg ståstad.

Sjølvsagt gjev også boka ein presentasjon av tradisjonelle tilnærmingar til teoriar for etisk forsvarleg yrkesutøving. Forfattarane framstiller sentrale synsmåtar som t.d. pliktetikk, nytteetikk og dyds-etikk på ein oversiktleg måte; godt illustrert med praktiske døme og stundom støtta av utdrag frå annan litteratur. Her er vi ved bokas høgdepunkt, nemleg bruken av det unike, den særlege livserfaringa, som grunnlag for allmenngyldig kunnskap og klokskap. Dette er kjernen i det ein kan kalla narrativ etikk. (Finn lesaren av denne meldinga dette omgrepet pirrande? Ja, les då til dømes kapittel 5 i boka. Der får ein ei god framstilling av dette omgrepet og samstundes eit innblikk i kva kvalitative metodar handlar om).

Forfattarane konkluderer med å presentera ein enkel, nesten algoritmisk, metode som ein kan støtta seg til ved etiske vurderingar av handlingsalternativ i praksis. Denne set ein i stand til å vega mellom allmenne prinsipp, eigne røymsler og sosiale forventningar når ein står overfor dagleglivets yrkesetiske utfordringar. Kort fortald handlar det om å vurdere situasjonen gjennom å analysera kjernen i problemstillinga, sjå på liknande tilfelle, ta omsyn til omstenda og ha auga for konsekvensane («KLOK»!) Sjølv om denne modellen berre er ofra 12 sider på slutten av boka, må

lesaren ha teke seg tid til å lesa gjennom dei over 200 føregående sidene for å få utbytte av tenkemåten i praksis. Det er der ein finn argumenta for nett denne vurderingsmodellen.

På mange måtar er det også dette teorigrunnlaget som skil KLOK-modellen frå t.d. allmenn juridisk metode. Det hadde vore spanande om nokon hadde nytta KLOK-modellen på ein del kasuistikkar frå den medisinske kvardagen, t.d. slik dessa framstår gjennom klagesaker som kjem til fylkeslegane. Kanskje resultatata, både for klagar og innklaga, då ville ha vore lettare å forstå?

Det er verd å merka seg at forfattarane, ein teolog og ein filosof, har makta å skriva ei bok som framstår som ei god innføring i yrkesetikk for helsearbeidarar trass i at boka har ein svært allmenn innfallsvinkel. Dette gjev òg boka auka truverde og stor slitestyrke som praktisk rettleiar i etikkmetode.

Boka er gjeven ei tiltalende utforming med ein reproduksjon av eit måleri av Jan Kristofori på framsida. Dette biletet gjev i seg sjølv mat til meditasjonar over innhaldet i boka. Det er sjeldan eg finn så mykje relevans i eit bokomslag som dette.

Og så til slutt til kollega Øgar; dårlege bøker fortener inga bokmelding om dei då ikkje er i slike klassar at ein bør åtvare folk mot dei. Denne boka er så langt frå slike klassar som det er råd å koma. Eg vil hevda at dette er det beste kjøpet på norsk i 1997 når det gjeld etikkbøker av interesse for helsepersonell.

□

# EDB-resepter – Er De Bedre?

Av Christian Berg,  
Sandy Lunøe og  
Tone Mørk Magnem

*Christian Berg er provisor og farmasøytisk konsulent i Norges Apotekerforening.*

*Sandy Lunøe er provisor ved Sandvika apotek og undervisningsleder i praktisk farmasi ved Universitetet i Oslo.*

*Tone Mørk Magnem er provisor ved Ski apotek og opplæringsfarmasøyt ved Folloapotekene.*

Antallet resepter som ekspederes ved apotekene i Norge er ca 18 millioner pr år (1995). Undersøkelser tyder på at 1-2 % av reseptene er assosiert med en eller flere feil eller uklarheter som krever tiltak av farmasøyt. En telling ved Sandvika apotek høsten 1996 viste at over 70% av reseptene var edb-resepter, og andelen er raskt stigende. Edb-reseptene er generelt bedre lesbare og har ofte flere opplysninger enn de «gamle» reseptene, men de er ikke feilfrie. Vi har studert noen av de feil og problemer som er knyttet til edb-resepter og presenterer noen synspunkter på hvordan de best kan løses.

## Formål og problemstilling

Vi har gjort en reseptundersøkelse for å belyse ulike problemer og kvalitetssikringsaspekter relatert til edb-resepter. Vi ønsker å gjøre farmasøyter og reseptutstedere mer oppmerksomme på dette området og dermed bidra til forbedring av reseptkvalitet og sikkerhet.

Edb-resepter ble samlet inn ved en rekke apotek fra medio august

til medio september 1996. Reseptene som illustrerer ulike typer edb-relaterte mangler og uklarheter ble valgt ut og systematisert. Resultatene med resepteksempler er publisert i Norges Apotekerforenings Tidsskrift nr 5 1997.

## Hovedgrupper uklarheter og mangler

Feil og mangler er klassifisert i noen hovedgrupper:

### *Pasient – navneforveksling*

Navneforveksling forekom sannsynligvis på grunn av mangelfulle «sperrer» i pasientjournalene i systemet. Det ser ut til at data fra forrige pasient kan bli «liggende igjen». Navneforvekslinger bør oppdages i apotekenes kontrollrutiner, men det kan skape engstelse hos pasientene når det oppdages feil persondata på resepten. Det kan ofte ta tid å oppklare slike problemer.

### *Mangelfulle preparatopplysninger*

Flere av reseptene hadde manglende, ufullstendige eller feil preparatnavn, styrke eller mengde. Legenes datasystemer har ofte mangelfulle

og ikke oppdaterte vareregistre. Dette betyr at legen ikke har fullstendig oversikt over tilgjengelige preparater, inklusive pakningsstørrelser, styrker etc. Dette gir en rekke muligheter for unøyaktig og ufullstendig preparatangivelse på reseptene.

Apotekene bruker et vareregister basert på varenummer som oppdateres minimum én gang per måned. Et samarbeid mellom leverandørene av edb-systemer til legekontor, apotek og ansvarlige for vareregisteret som identifiserer varen med varenummer, ville etter vår mening kunne eliminere mange uklarheter og mangler.

Dersom et feil preparat er valgt, og bruksanvisningen stemmer med preparatvalget, kan feilen vanskelig oppdages i apoteket. Det må eventuelt skje ved at apoteket benytter resepthistorikk hvor denne er tilgjengelig og/eller ved samtale med pasienten. Edb-systemene kan ikke erstatte legens gjennomlesning av den ferdige resepten.

### *Mangelfull bruksanvisning*

Resepter med ulogiske eller uforståelige bruksanvisninger forekom blant annet fordi bruksanvisning





hadde ligget inne i datasystemet fra en tidligere resept til samme pasient. Det er også eksempler på at en standard tekst lå inne i systemet og ikke ble tilpasset i det enkelte tilfellet. Apotekenes edb-systemer foreslår for de fleste preparater bruksområde og dosering basert på godkjent preparatomtale med mulighet til å velge og tilpasse individuelt. Det ser ut til at dette ikke er tilfelle for alle systemene for legekantor. Vi tror at en rekke av disse problemene kunne forebygges ved å ha et utvalg standardbruksanvisninger som kan tilpasses det enkelte preparat.

Bruksanvisninger på reseptene er ofte forkortet og i noen tilfeller ufullstendige. Farmasøyten tydeliggjør legenes bruksanvisning ved å komplettere og rette opp ufullstendige bruksanvisninger. I tvilstilfeller tas kontakt med legen. Hvis bruksanvisningen er riktig i forhold til godkjent preparatomta-

le, kan feil vanskelig oppdages. Men også her kan farmasøyten oppdage slike feil ved å benytte resepthistorikk hvor dette er tilgjengelig og/eller ved samtale med pasienten.

*Formalia knyttet til trygderefusjon*  
Apotekets edb-system inneholder en rekke sperrer som gjør det umulig å angi feil RTV-punkt eller glemme å angi refusjonspunkt. Videre gir systemet signal hvis man glemmer å angi obligatoriske persondata. Knyttet til vareregistret er det også opplysninger om reseptkategori (A, B, C) og forskrivningsrestriksjoner/utleveringsbestemmelser. Bedømt ut fra vårt materiale ser ikke systemene i legekantor ut til å ha tilsvarende opplysninger og sperrer.

#### *Tekniske feil*

At blanketten har kommet feil inn i skriver, at den er for smal slik at deler av bruksanvisning, navn, etc. faller utenfor utskriften eller at skriften er så svak at den vanskelig kan leses, burde ideelt sett vært oppdaget på legekantoret. Slike tekniske problemer forekommer og kan forårsake unødvendig ventetid for kunden og ekstraarbeid for apoteket.

#### **Konklusjon**

Selv om edb-resepter representerer et betydelig framskritt i forhold til håndskrevne og maskinskrevne resepter, antyder undersøkelsen at det bør arbeides mer med kvalitetssikring av edb-resepter på legekantorene. Legekantorenes edb-systemer bør kunne sikres mot at flere pasientjournaler er åpne samtidig. Videre bør systemene ha et vareregister basert på varenummer som entydig identifiserer pakningen legen ønsker å forskrive. Her bør også RTV-punkt og andre formalia være tilgjengelig. Det er viktig

at dette vareregistret oppdateres regelmessig. Det bør være mulig å hente frem standard bruksanvisninger basert på godkjent preparatomtale, som så kan individualiseres. Innebygde kontroller mot ufullstendig utfylt resept, inklusive manglende eller feil RTV-refusjonspunkt eller refusjonshjemmel, vil kunne eliminere en rekke problemer.

Det er selvfølgelig en fordel å ha muligheten til å integrere pasientjournal, legemiddelforskrivning og preparatopplysninger i ett system, og vi tror dette gir mulighet til resepter av bedre kvalitet. Et forbedringspotensiale er imidlertid fortsatt tilstede. Vi tror apotekets interne kvalitetskontroll bidrar til økt sikkerhet i forbindelse med legemiddelutleveringen. Et systematisk arbeid med kvalitetssikring er imidlertid også her nødvendig for å utnytte dette potensialet. Det vil være en fordel å satse mer på samarbeid og tilpassing av edb-systemene på legekantor og apotek, ikke minst med tanke på fremtidig utvikling av EDI-resepter.

*Kontaktperson:*  
Christian Berg  
Norges Apotekerforening  
Postboks 5070 Majorstua  
0301 Oslo



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

## NSAM-SEMINARET 1997; PREMISSER FOR FREMTIDENS DATAJOURNAL

Av Anette Fosse  
og Anders Bærheim

10. – 12.april arrangerte NSAM en tre dagers ide-dugnad om hvilken datajournal vi ønsker oss i fremtiden. Kunne vi sammen komme frem til nye og spennende tanker, som etter bearbeidelse i Felles EDB-utvalg (FEDB-UV) ville egne seg som føringer overfor produsenter og myndigheter i den videre utviklingen av dette verktøyet?

Seminaret var fulltegnet, og de aller fleste deltakerne hadde lang erfaring fra, og velbegrunnede meninger om, den allmennmedisinske EDB-journalen. Kurset baserte seg på to omganger med aktiv idedugnad i fire parallelle fokusgrupper første dag. Resultatet av disse gruppearbeidene ble bearbeidet kvalitativt fram til dag to, der de dannet basis for videre arbeid i vanlig strukturerte grupper. Tredje dag ble resultatet av disse gruppearbeidene ført videre i plenum.

Kolleger med sentral erfaring

innen forskjellige typer IT-bruk i helsevesenet holdt korte forelesninger mellom gruppearbeidene. Disse fungerte som idetilfang og kunnskapsbank for gruppene.

### Første fokusgrupperarbeid

Første fokusgrupperarbeid konsentrerte seg om opplevelser med dagens datasystemer. Deltakerne fortalte om mer effektive konsultasjoner, mer tid til pasienten, enkle sykemeldinger og mer effektive økonomiske rutiner. Spesielt fant mange at datajournalen har nyttige listerutiner. Man kan generere praksisrapporter eller prøveprofiler på spesifikke diagnoser. Programmer med grafikk kan raskt generere pasientspesifikke profiler over for eksempel siste års blodsukkerutvikling til bruk i samarbeid med pasienten. Man kan også generere lister over dagens telefonkonsultasjoner etc, etc.

Murphey's lov gjør imidlertid at allehånde ting kan skje: lynnedslag, strømstans og backuphavari. Tasteslurv gir flere journaler på en person, eller dødsattest som ikke lar seg slette på feil pasient. Noen av dagens programmer ser ut til å forutsette programmererbakgrunn, og nye kolleger, eller vikarer, kan ha betydelige startvansker. En del fant også dagens journal mindre oversiktlig enn papirjournalen, og noen irriterte seg fremdeles over uryddige kolleger.

### Andre fokusgrupperarbeid

I andre fokusgrupperarbeid var temaet ønsker for morgendagens journal. De aller fleste var opptatt av brukervennlighet. Datajournalen blir for lang og uoversiktlig, og skjermbildet er for lite. Mange ønsket større skjermer, ja gjerne hele skrivebord, med flere vinduer samtidig.

Fremtidens journal må fremdeles være problembasert. Den må være selvinstruerende og ha vel utbyggede hjelpefunksjoner. Attester bør ligge klare i maskinen og skrives ut i laserskriver på blankt papir. All utpost bør lagres.

Mange fremhevet hvor viktig det er med rikelige filtre på enkelt-pasientbasis, for eksempel alle diabetesrelaterte konsultasjoner siste to år, siste års konsultasjoner hos antikoagulerende pasienter som ikke gjaldt TT. En må også kunne filtrere ut somatiske undersøkelser hos hjertesviktpasienter; hva overser jeg / unnlater jeg vanligvis å gjøre?

Et spennende punkt var kontinuerlig generering av hypertekst. Under inntasting blir alle meningsbærende ord merket og koplet til et nett av databaser, CD-ROM, retningslinjer, pasientinstruksjoner/materiell, telemedisinske muligheter, internettsider etc. Skriv «Pasienten har en forverring av sin astma», klikk på ordet astma og velg! Liknende kontinuerlig evaluering fra pc'en på inntastingsnivå

kan automatisk (gi forslag til å) rette skrivefeil, varsle om reseptfeil, interaksjoner etc. Flere mente at slike hjelpefunksjoner bør være brukerdefinerte.

Noen ønsket et bilde av menneskekroppen som åpningsbilde, med mulighet for å tegne inn problemer. Andre ville ha en øvre grense for lengde av journalnotater, og atter andre ønsket mulighet for å opprette familielinker. Pedagogiske redskaper var ønsket av mange, for eksempel anatomisk atlas, andre bilder til bruk i pasientinstruksjon, standardisert pasientinfo, diettlister etc.

#### *Kvalitetssikringsredskap*

All aktivitet bør logges inn med tanke på senere bruk; hvor mange hjertesviktpasienter er blitt instruert i hjerteanatomi, hvor mange astmatikere er tilbudt gruppe? Årsrapporter kan brukes til egevaluering eller sammenliknes med retningslinjer (hvor mange av mine gravide har fått tatt en baktus?).

#### *Kommunikasjon*

Alle gruppene fokuserte på videre utbygging av verktøy for kommunikasjon. Mange ønsket epikriser, resyméer og røntgensvar direkte inn på harddisken via modem. De aller fleste samstemte om hvor viktig det er med full kompatibilitet mellom de ulike journalsystemene. Det var ønsket om felles tilgang til pasientdata mellom forskjellige legekantor, mellom 1. og 2. linjetjenesten og på legevakt. Skal pasientdata ligge på helsenett? Slik tilgang til pasientdata må være pasientstyrt. Stikkord var pasientkort eller annen elektronisk identifikasjon. Mange fokuserte på problemer med personvern, datasikkerhet og faren for overformynderi.

#### **Tredje gruppearbeid**

I tredje gruppearbeid ble disse ideene bearbeidet videre. Alle gruppene ønsket en standardisering av datajournalen, med tanke på diagnoser, medikamentlister, labprøver

og begrepsbruk. Eksempelvis må System A og System B ha et fellesformat til bruk i konverteringsrutiner og ved overføring mellom journalsystemer, men også til bruk i rapporter og kvalitetssikringssystemer som for eksempel SATS.

Forsiden, eller journalens åpningsbilde, ble ivrig diskutert. Det bør være et minimumskrav til oppdatert informasjon om kroniske sykdommer, faste medisiner, cave, personalia etc. Som sagt ønsket en del seg at forsiden ga et sterkt visuelt bilde, for eksempel en tegning av menneskekroppen, mens andre fokuserte på sentralmenyer og flere vinduer. Flere grupper etterlyste varslingssystemer, for eksempel feilbruk av medikament i forhold til diagnose, vekt, interaksjoner.

Mot slutten oppsummerte flere at alle disse ideene baserer seg på en del helt sentrale grunnfunksjoner, nemlig stikkordsmessig:

- \* Dokumentasjon
- \* Kvalitetssikring av behandling
- \* Beslutningsstøtte
- \* Kommunikasjon
- \* Evaluering av praksis

Materialet som ble generert gjennom kurset ble kommentert i en paneldebatt ved kursets avslutning, og derfra overlatt til FEDB-UV til videre bearbeidelse, og som en mulig støtte og inspirasjon i det videre arbeidet. Hvor brukbar, eller rettere sagt realistisk denne idedugnaden kan vise seg å være, får den videre utviklingen avgjøre.

Det ble hevdet at Sosialdepartementet i stor grad må stå for videreføringen av arbeidet med å fremme krav til og standardisering av datajournalen. Hvilket gjør de allmennmedisinske påvirkningsmulighetene, ikke minst via FEDB-UV enda viktigere. Flere undret på om det kunne lykkes å få datajournalproduzentene til å samarbeide istedet for å gjøre stadige forsøk på å finne opp kruttet hver for seg. Videre ble det i paneldebatten etterlyst interesse i

de akademiske miljøene for hvilken effekt datajournalen har på faget og oss. Seminaret ga i det hele et vell av tanker og ideer, noe som karakteriseres bra av det Ola Lilleholt sa i paneldebatten: Det er kommet fram så mange gode ønsker og forslag at det mest av alt minner om en ønskeliste; noen ønsker er gode, noen er vanskelige og noen er science fiction.

*Anette Fosse, styremedlem i NSAM  
og kommunelege II  
Ytteren Legesenter  
8614 Ytteren  
e.mail: anettef@sn.no*

*Anders Børheim, styremedlem i  
NSAM og førsteamanuensis  
Seksjon for allmennmedisin  
Ulriksdal 8C  
5009 Bergen*

Regionalt legemiddelinformasjonscenter (RELIS) er et 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. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

# ? RELIS

## «Forkjølelsessår» – er aciklovir et alternativ?

Av cand. pharm. Tanja Holager  
og leder, cand. pharm.  
Tone Westergren, RELIS 2,  
Rikshospitalets apotek

RELIS har mottatt flere henvendelser med spørsmål om effekt av aciklovir brukt topikalt ved infeksjon av herpes simplex virus på leppene, samt om hvorfor aciklovir krem ikke er markedsført i Norge.

Bakgrunnen er at leger og apotek har pågang fra pasienter som ønsker behandling etter utbrudd av herpesinfeksjon på leppene. Noen pasienter har ved tidligere anledning skaffet seg aciklovir krem 5 % i utlandet, og hevder å ha hatt god effekt av behandlingen. Flere allmennpraktikere har bedt om nærmere opplysninger om klinisk effekt og eventuelle bivirkninger av aciklovir som krem/salve til behandling av pasienter med herpes labialis. Noen ønsker å forskrive aciklovir øyesalve på denne indikasjonen.

Aciklovir krem 5 % er i utlandet tilgjengelig for behandling av herpes labialis. Det er imidlertid

publisert varierende resultater når det gjelder klinisk effekt. Placebo-kontrollerte kliniske studier har blant annet undersøkt effekt på tid fra første symptom til utbrudd, smerte, kløe og varighet av lesjoner, tid til fullstendig tilheling, og tid før residiv. Det er også sett på betydningen av når i forløpet behandling med aciklovir ble startet.

Enkelte slike studier viste at aciklovir krem ikke hadde klinisk effekt, mens det i andre studier ble funnet en viss terapeutisk effekt i form av redusert varighet av lesjoner, forkortet tid til fullstendig tilheling, samt lenger intervall mellom utbrudd hos pasienter med tidligere hyppig residiv. Det er videre sett varierende effekt på symptomer som smerte og kløe. Det er også gjort enkelte funn som tyder på at det kan være viktig at behandling startes så tidlig som mulig i forløpet (1,2,3a,4,5).

Litteraturen er heller ikke entydig når det gjelder effekt av oral terapi med aciklovir ved hyppig residerende herpes labialis. Det er flere steder påpekt at mulig effekt av oralt aciklovir ved herpes labialis er avhengig av behandling

ved første tegn til nytt infeksjonsutbrudd og i tilstrekkelige doser.

Bruk av oralt og topikalt aciklovir ved herpes labialis har vært behandlet på lederplass og diskutert i British Medical Journal i 1996. Også her hevdes det at aciklovir har liten effekt ved residerende herpes labialis, selv om profylakse med oralt aciklovir kan være indisert hos enkelte pasienter med hyppige og omfattende plager. Diskusjonsinnleggene antyder at topikal behandling med aciklovir ved herpes labialis muligens oppfattes som mer effektiv blant tannleger enn blant leger (4,5,6).

Forøvrig er det nylig publisert en artikkel som diskuterer om nedsatt penetrasjon av aciklovir kan være en forklaring på manglende effekt av topikal applikasjon ved herpes labialis (7). I den sammenheng er det et tankekors at det i enkelte tilfeller forskrives aciklovir øyesalve 3 % til dette bruk. Salven er ikke formulert med tanke på penetrasjon gjennom hud, og har i tillegg lavere styrke enn kremen som er godkjent i andre land.

Spørsmålet om fare for resistensutvikling ved bruk av aciklovir har

vært reist av enkelte. Dette er et aktuelt tema i fagmiljøene når det gjelder antibakterielle- og antivirale midler generelt. Problemet er omtalt ved systemisk bruk av aciklovir, uten at det er funnet resistens direkte omtalt ved topikal bruk. For pasienter med normalt immunforsvar foreligger det så langt neppe risiko for resistens av betydning (2,3b,8a,9,10).

I Norge er aciklovir tabletter og infusjonssubstans godkjent til systemisk bruk, samt øyesalve 3 % til lokal applikasjon. Øyesalven kan bare ekspederes til sykehus eller etter resept fra sykehus eller spesialist i øyesykdommer (8b).

Statens legemiddelkontroll har avslått registrering av aciklovir krem 5 %. Fra produsenten er det tidligere opplyst at avslaget på søknad om markedsføringstillatelse av kremen i Norge blant annet skyldtes manglende klinisk dokumenta-

sjon som sammenligner aciklovir krem og idoxuridin liniment.

Etter innvilget søknad om registreringsfritak fra pasientens behandlende lege kan aciklovir krem 5 % skaffes fra apotek (8c).

Kremen er registrert i en rekke andre europeiske land, og kan kjøpes på apotek uten resept blant annet i Danmark, Storbritannia og Nederland.

#### Referanser:

1. Acyclovir in General Practice. (Editorial). Drug and Therapeutics Bulletin 1992; 30 (26): 101-4.
2. Whitley RJ, Gnann JW. Acyclovir: A decade later. (Review Article). N Engl Med J 1992; 327 (11): 782-7.
3. Mandell GL et al, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases 1995; 4th ed., vol 1: 415-7(a), 413(b).
4. Worrall G. Acyclovir in recurrent herpes labialis. Justified as oral prophylaxis only in severely affected people. (Editorial). BMJ 1996; 312: 6.
5. Lamey PJ. Topical acyclovir is beneficial in recurrent herpes labialis. (Letter). BMJ 1996; 312: 975.
6. Worrall G. Evidence for efficacy of topical acyclovir in recurrent herpes labialis is weak. (Letter). BMJ 1996; 313: 46.
7. Spruance SL et al. Penciclovir Cream for the Treatment of Herpes Labialis. JAMA 1997; 266(17): 1374-9.
8. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1996-97: 59(a), 373(b), 626(c).
9. Pottage JC, Kessler HA. Herpes simplex virus resistance to acyclovir: Clinical relevance. (Review Article). Infectious Agents and Disease 1995; 4(3): 115-24.
10. Fife KH et al. Recurrence and resistance patterns of herpes simplex virus following cessation of > 6 years of chronic suppression with acyclovir. J Infect Dis 1994; 169: 1338-41.



## Da kvinnen ble skapt

En aften, på slutten av en evig dag i Edens hage, kaller Adam på Gud: «Herre, jeg har et problem».

«Hva er problemet, Adam?» svarer Gud.

– Herre, jeg vet du skapte meg og har sørget for meg med denne vakre haven. Likevel føler jeg meg ikke lykkelig.

– Hva skyldes det Adam?

– Herre, jeg vet du skapte denne haven for min skyld, med all den skjønnematen og alle de vidunderlige dyrene. Likevel er jeg ensom.

– I så fall, Adam, har jeg den perfekte løsningen. Jeg skal skape en «kvinne» for deg.

– Herre, hva er en kvinne?

– «Kvinne» vil bli det vakreste varest og mest intelligente vesen jeg noensinne har skapt. Hennes skjønnhet vil overgå jordens og himmelens. Så klok og følsom vil hun være at hun vil kjenne alle dine sinnstemninger og vite hva du ønsker før du vet det selv. Så fylt av omsorg vil hun bli at hun vil gjøre alt for å gjøre deg lykkelig. Uten spørsmål vil hun oppfylle ditt minste ønske og alle dine begjær. Hun vil bli en perfekt følgesvenn for deg.

– Det høres vidunderlig ut.

– Slik vil hun bli, men prisen blir høy, Adam.

– Hva vil denne «kvinnen» koste?

– Hun vil koste deg din høyre arm, ditt høyre ben, et øye, et øre og din venstre testikkel.

Lenge tenker Adam, dypt, med en bekymret mine.

Til slutt sier han til Gud: «Unnskyld Herre, men hva får jeg for et ribben?»

Resten er, som kjent, historie...

# Foreldreundersøkelsen 1995

**Denne artikkelen ble trykket i forrige utgave av Utposten, dessverre da med førsteutkastet. Utposten beklager dette og velger å sette den inn igjen i riktig, revidert utgave.**

Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet har satt igang et samarbeidsprosjekt med sikte på å støtte og styrke foreldre i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner. Foreldreveiledning skal være et generelt tilbud til alle som ønsker det. Programmet bygger på en ny og ressursorientert tilnæringsform i familiearbeid. Hovedarenaene er i første rekke helsestasjonen, barnehagen og skolen.

Samtidig kartlegges behov ved hjelp av ny og pålitelig forskning. Vi skal her se nærmere på en slik kartlegging av Magne Raundalen og Rolf Gjestad, en undersøkelse som etter vår mening er et eksempel på dårlig og lettvinnt forskning. Rapporten heter Foreldreundersøkelsen 1995 og er sendt ut til samtlige helsestasjoner i landet.

Foreldreundersøkelsen 1995 er en landsdekkende spørreundersøkelse som har til formål «å få en viss oversikt over hva småbarnsforeldre strever med av spørsmål og problemer knyttet til barneoppdragelsen». Vi merker oss at Barne- og familiedepartementet har gitt støtte til denne undersøkelsen. Forskerne har valgt å bruke helsestasjoner og barnehager som arenaer for rekruttering av deltakere. Spørreskjemaene og informasjonsbrev ble sendt til helsestasjonene og barnehagene, og distribuert direkte til foreldrene. Svarprosenten fra helsestasjonene var 44,5 og fra barnehagene 20,0, altså svært lav. Forfatterne vedgår at det er

viktig å analysere årsaken til lav svarprosent, uten at de gjør det. De oppgir at spørreskjemaet ble sendt ut til 1313 foreldrepar og at 924 foreldre svarte på skjema. Betyr dette at 462 foreldrepar har svart? Vi har problemer med å få de oppgitte tallene til å henge sammen. Det er ikke lett å forstå om prosentene som oppgis refererer til antall par som svarte eller antall personer. Et antall helsesøstre ble også bedt om å svare i denne undersøkelsen. Hverken antall helsesøstre som ble spurt eller svarprosent er oppgitt i sammendraget. Aleneforeldre er underrepresentert i undersøkelsen, og dette ble kompensert med arrangerte foreldremøter i barnehager med en kjent og stor andel av aleneforeldre. På disse foreldremøtene brukte forskerne tilpassete spørreskjema. Det ser ut som om det er gjort metodiske endringer underveis. Etter vår mening er disse endringene en trussel mot reliabiliteten.

I forbindelse med informasjonen til helsestasjonen ber forskerne helsesøstre svare på to spørsmål. Det ene dreier seg om de synes de har nok tid og anledning til å snakke med foreldrene. Det andre handler om helsesøstrenes vurderinger av foreldrenes mottakelighet for informasjon. Ikke uventet svarer de at «de stort sett finner lite tid til en mer omfattende veiledning» og «foreldre ikke framstår som allvitende overfor helsesøstrene». Vi tillater oss å spørre om hensikten med disse spørsmålene? Hvor vil de hen? Ville de ha stilt så

overfladiske spørsmål til andre yrkesgrupper f.eks. psykologer tilknyttet helsestasjonen?

Oppsummeringen i rapporten samsvarer lite med faktiske funn bort sett fra at forskerne konkluderer med at foreldre ønsker veiledning. Under avsnittet om dagens situasjon prøver forfatterne å «realitetsorientere» oss lesere «uten at de vil sverte det positive bilde». De konkluderer blant annet med:

«For det første vil vi hevde at dagens foreldre er fornuftige og nøkterne. De har en realistisk oppfatning av hva de kan få av råd og veiledning innenfor rammen og bemanningen av nåværende tiltak. Det vil med andre ord si at de vet hva helsesøstre vet, og hva hun kan finne tid til i tillegg til helsestasjonens oppgaver. De har med andre ord innstilt seg på at de kan få en del greie svar på enkle spørsmål. Slik vi ser det anser de ikke helsesøster som en veiledningsinstans, men snarere en informant med relevant kunnskap».

For det første tillater vi oss å spørre: Hvem er det blant leserne av denne rapporten som ikke er realitetsorienterte? For det andre kan vi heller ikke la være å undre oss over at forfatterne overprøver foreldrenes egne utsagn om informasjonsinnhenting angående barneoppdragelse.

Forfatterne er etter vår mening ute på tynn is. De går dermed imot programmets innebygde ideologi som vektlegger nettopp foreldrenes egen betydning, intuisjon og følelser. For det tredje: hvor finner forfatterne belegg for disse konklusjonene angående helsesøstre? Så vidt vi kan se er det ingen av resultatene i denne undersøkelsen som gir grunnlag for denne konklusjonen. Hvordan skiller man mellom en veiledningsinstans og en informant

med relevante kunnskaper? Etter vår oppfatning må det helt andre forskningsmetoder til for å avdekke hva helsesøstrene faktisk gjør overfor foreldrene, det være seg direkte observasjon eller analytisk bearbeidelse av video-opptak under konsultasjonene.

Etter vår mening er ikke dette nøytral og nøktern forskning. Konklusjonen vedrørende veiledningsfunksjonen til helsesøstrene samsvarer ikke med de gitte resultatene i undersøkelsen.

Et av formålene ved undersøkelsen var å finne ut om hvor foreldre foretrakk å finne svar på sine spørsmål, ikke om helsesøstrene informerte eller veiledet. Denne konklusjonen forteller oss mer om forskernes forutinntatthet overfor helsesøstre enn om faktiske resultater.

Den lave svarprosenten i undersøkelsen kan si noe om en «ovenfra og ned» holdning ovenfor informantene. Spørreskjemaene ble sendt direkte ut til de impliserte helsestasjoner og barnehager uten noe varsling eller forarbeid. Tidsfristen var dessuten svært kort

og noe som kan vitne om lite respekt for andres arbeidsoppgaver og tid.

Det er dessverre forsket lite på helsestasjonen. En av undersøkelsene vil vi gjerne trekke fram som motvekt til Foreldreundersøkelsen 1995 er Hanna Bilds brukerundersøkelse fra 1996 utgitt av Statens Helsetilsyn. Hun fant at 80% av både norske og fremmedspråklige foreldre følte de var blitt lyttet til og at deres utsagn var blitt vektlagt. Ved hjemmebesøket var det 7% av de norske og 10% av innvandrerne som hadde noe de ville ha tatt opp med helsesøster, men som de ikke fikk anledning til. I denne undersøkelsen finner vi ingen lignende overprøving av foreldreutsagn.

Heldigvis er foreldreundersøkelsen 95 bare en liten brikke i et stor og omfattende program som vi ønsker velkommen. Vi håper at Foreldreveiledningsprogrammet blir godt mottatt på helsestasjonene fordi det støtter opp om det arbeidet som allerede utføres der.

Veiledningsmateriellet er av svært bra kvalitet.

Til tross for vår kritikk, ønsker vi mer forskning på området foreldreveiledning med utgangspunkt i helsestasjonen velkommen, spesielt ville asjonsforskning med stort innslag av brukerstyring vært positivt for helsestasjonene. All forskning er ikke god forskning, det må være tillatt å sette krav til kvalitet!

*Liv Tønjum  
Fagbokforlaget  
Fagerdalen 6*

*5035 Bergen-Sandviken*

*Margaret N. Torbjørnsen  
Nordåsgrenda 112  
5046 Rådal*

#### Referanser:

1. Bild, Hanna (1995) Småbarns foreldres synspunkter på helsestasjonen. Utredningsserie: Statens Helsetilsyn
2. Raundalen, Magne og Gjesdal, Rolf. (1995). foreldreundersøkelsen 1995. Foreldres behov for informasjon, råd og veiledning. Sammendrag fra omfattende rapport utarbeidet av Rolf Gjerstad. Statens trykksakssekspedisjon.

## LØVETANNPRISEN 1997

### Anmeld en kollega



Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Nidaroskongressen torsdag 23. oktober dele ut Løvetannprisen for 12. gang. Prisen består av et litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

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

Fristen på gode kandidater sendes innen 5. oktober til:  
NSAM, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern,  
0318 OSLO.

Folkehelse og Næringsmiddeltilsynet i Salten arrangerte et seminar i Bodø 18. – 19. mars 1997. Arrangørene har bedt en redaksjonsgruppe (Jon Hilmar Iversen og Anders Smith fra Folkehelse + Kyrre Didriksen og Fred

Andersen fra Næringsmiddeltilsynet i Salten) å gjennomgå det som ble presentert. Bodø-erklæringen er et resultat og representerer redaksjonsgruppens tolkning av seminarets hovedtendens.

## Bødø-erklæringen om det lokale folkehelsearbeidet

1. Mange av miljøfaktorene av betydning for folks helse oppstår eller påvirkes i våre lokalsamfunn.
2. Mange av disse miljøfaktorene knytter seg til maten vi spiser, vannet vi drikker, rommene vi oppholder oss i, trafikken som omgir oss og store og små forurensende utslipp.
3. Lokalkunnskap og muligheter for påvirkning i egen kommune er viktig når det gjelder kontrollen med slike miljøfaktorer.
4. Et godt miljø er ingen selvsagt ting. Det krever kontinuerlig overvåking og oppfølging.
5. Alle gode krefter må samarbeide for å ivareta vårt lokalmiljø. Det krever innsikt og deltagelse fra de som kjenner miljøfaktorene, de som vet hvordan miljøfaktorene overføres og hvordan miljøfaktorene virker inn på menneskene – både på kort og lang sikt. Slikt arbeid kalles folkehelsearbeid.
6. På den faglige siden har den gamle distriktslegetjenesten og næringsmiddeltilsynet lange tradisjoner med å arbeide og samarbeide lokalt om folkehelsen.
7. Opprettelse av miljøvernstillinger i kommunene har vært et kjærkomment tilskudd til folkehelsearbeidet lokalt.
8. Forsøk på å bryte opp eller redusere det lokale samarbeidet omkring helse, miljøvern og næringsmidler må møtes med argumenter om betydningen av fortsatt lokalt engasjement for folkehelsearbeidet.
9. Det lokale arbeidet omkring helse, miljø og mat må styrkes. P.g.a. de mange og små kommunene i Norge, vil det de fleste stedene være hensiktsmessig å basere det lokale folkehelsearbeidet på interkommunale ordninger mellom de ulike yrkesgruppene som har med helsevern, miljøvern og næringsmiddeltilsyn å gjøre.
10. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat må ha ansatt leger, veterinærer, ingeniører og nødvendig laboratoriepersonell samt merkantil assistanse.
11. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal være viktige bidragsyttere i de kommunale beslutnings- og planleggingsprosesser. Dokumentasjon av behov, ressurser, ressursbruk, resultater og nytte av det helsefremmende og forbyggende arbeidet vil være en viktig oppgave for slike kompetansemiljøer. Dette vil innebære kartlegging av helsetilstanden i kommunene og faktorer som kan virke inn på denne. Fag som statistikk og epidemiologi er viktige verktøy i denne forbindelse.
12. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat kan etableres uten endringer i kommunelov eller kommunehelsetjenestelov. Tiden vil vise om man senere bør søke å delegerer noe av den kommunale myndighet til den interkommunale ordningen.
13. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal representere et formelt og forpliktende arbeid. Ordningene bør også etableres og sikres ved hjelp av sentrale, statlige virkemidler.
14. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal være kommunenes eget kompetanseorgan for folkehelse spørsmål.
15. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat bør ha nære forbindelser med og oppgaver knyttet til forskning og undervisning.
16. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat baserer seg på at sentrale kompetanseenheter opprettholdes og videreutvikles, f.eks. Statens institutt for folkehelse, Statens strålevern, Statens næringsmiddeltilsyn, Statens ernæringsråd, Statens helsetilsyn, Statens helseundersøkelser, Statens forurensningstilsyn, Statens tobakkskaderåd og Krefregisteret.
17. Staten v/Sosial- og helsedepartementet oppfordres til å fremme det lokale folkehelsearbeidet ved å gi økonomisk og annen støtte til arbeidet med å etablere interkommunale ordninger for helse, miljø og mat i Norge.

# Nefadar®

et antidepressivum  
i en klasse for seg!



- \* Like effektivt som TCA og SSRI (1) (2)
- \* Bevarer seksuell lyst og evne (3)
- \* Forbedrer søvnkvaliteten (4)
- \* Færre oppvåkninger (4)

## Dosering

- Uke 1 : 50mg x 2
- Uke 2 : 100mg x 2
- Deretter : 200mg x 2

- Ref.: 1) Cohn et al. J. Clin Psych. 1996; 57 (suppl. 2)  
2) Baldwin et al. J. Clin Psych. 1996; 57 (suppl. 2)  
3) Feiger J. Clin Psych. 1996; 57 (suppl. 2)  
4) Armitage et al. Biol. Psychiatry 33:79A 1993

NEFADAR "Bristol-Myers Squibb"  
Antidepressivum

ATC-nr.:N06A X06

**TABLETTER 100 mg og 200 mg.** Hver tablett inneholder: Nefazodonhydrochlorid, 100 mg, resp. 200 mg, resp. 300 mg. Fargestoff tabl. 200 mg, resp. 300 mg, jernoksid (E172). Tablettene har delestrek.

**Egenskaper. Klassifisering:** Antidepressivum med fenylpiperazinstruktur.

**Virkningsmekanisme:** Blokkerer serotonin<sub>2</sub>-reseptorer og hemmer gjenopptaket av serotonin fra den synaptiske spalte. Nefazodon har også en svak alfa<sub>1</sub>-blokkerende effekt, som kan medføre en viss senking av blodtrykket. Stoffet har ingen antikolinerge eller antihistaminerge effekter. Nefazodon potensierte ikke effektene av alkohol og reduserer ikke REM-søvnen.

**Absorpsjon:** Rask og fullstendig. Biotilgjengelighet 15-23%. Samtidig fødeinntak forsinket absorpsjonen og reduserer biotilgjengeligheten med ca. 20%. Maks. plasmakonsentrasjon innen 1-3 timer. Stabil plasmakonsentrasjon (steady state) 2-4 dager etter behandlingsstart eller dosejustering. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Til alle vev. **Distribusjonsvolum** 0,2-0,7 l/kg. **Halveringstid:** 2-10 timer. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Individuelle variasjoner. Farmakokinetikken hos nefazodon er ikke-lineær, noe som medfører høyere plasmakonsentrasjoner enn forventet ved doseøkning. **Metabolisme:** Nefazodon gjennomgår omfattende første-passasjemetabolisering i leveren. Flere aktive metabolitter er identifisert. Nefazodon og den aktive hovedmetabolitten hydroxynefazodon metaboliseres via CYP 3A4. En annen aktiv metabolitt, m-klorofenylpiperazin, metaboliseres via CYP 2D6. **Utskillelse:** Ca 50% i urin, hovedsakelig i form av inaktive metabolitter. Nefazodon og hydroxynefazodon har samme farmakologiske aktivitet, men ellers er det uklart i hvor stor grad metabolittene bidrar til den terapeutiske effekten.

**Indikasjoner:** Depresjon.

**Kontraindikasjoner:** Samtidig behandling med MAO-hemmere.

**Bivirkninger:** Forekommer normalt initialt og er oftest av forbigående karakter. **Mest vanlige:** Asteni, frysninger, diaré, feber, insomni, munntørhet, kvalme, ustøbetsfølelse, obstipasjon, somnolens, svimmelhet, parestesier, forvirring, ataksi, ortostatisk hypotensjon, synsforsvinner, tåkesyn, dyspepsi, hodepine. **Sjeldne:** Synkope.

**Forsiktighetsregler:** Nedsatt leverfunksjon (cirrhose). Epilepsi. Hypotoni. Ved skifte fra selektive serotoninopptakshemmere til nefazodonbehandling bør de førstnevnte seponeres minst 3 dager (7 dager for fluoksetin), før nefazodon innsettes i lav dose som gradvis økes til vedlikeholdsdose. Ved overgang fra behandling med irreversible MAO-hemmere anbefales et behandlingsopphold på 14 dager før behandling med nefazodon initieres. Ved terapiskifte i den andre retningen anbefales et opphold på 1 uke. Pasienter med suicidale tendenser bør overvåkes i starten av behandlingen. Bør ikke anvendes til barn da dokumentasjon mangler for pasienter under 18 år. Forsiktighet tilrådes ved kombinasjon med CNS-aktive medikamenter. Forskyvning til manisk fase kan forekomme hos pasienter med bipolare lidelser. Man har ingen erfaring med behandling av schizofrene pasienter. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt da erfaring med nefazodon til denne pasientkategorien mangler. Samtidig elektrokonvulsiv behandling bør unngås, grunnet manglende erfaring. Det forventes ikke nedsatt evne til å utføre aktiviteter som krever kognitive og motoriske ferdigheter (bilkjøring). Individuell reaksjon bør likevel observeres i begynnelsen av behandlingen.

**Graviditet/Amning:** Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Dyrestudier gir ingen indikasjon på økt risiko for fosterskade. Ukjent om nefazodon går over i morsmelk.

Utskillelse i melk var betydelig i dyreforsøk. Preparatet bør ikke benyttes under amming.

**Interaksjoner:** Risikoen for interaksjoner bør holdes i mente ved samtidig behandling med andre legemidler som metaboliseres via CYP 3A4 eller CYP 2D6. Samtidig behandling med terfenadin, astemizol eller cisaprid bør unngås pga risiko for hjertepåvirkning fra disse midler. Ved samtidig behandling med digoksin kan plasmakonsentrasjonen av digoksin øke med 10-30% og måling av digoksinkonsentrasjonen i plasma anbefales. Plasmakonsentrasjonen og halveringstiden for triazolobenzodiazepiner, f.eks. alprazolam, som metaboliseres av CYP 3A4, kan øke 2-4 ganger ved samtidig behandling med nefazodon. Samtidig behandling med nefazodon og haloperidol reduserer clearance av haloperidol med ca 35%.

**Dosering: Voksne:** Anbefalt initialdose er 50-100 mg 2 ganger daglig som etter 5-7 dager økes til 100-200 mg 2 ganger daglig. Vanligste vedlikeholdsdosering er 200 mg 2 ganger daglig, men avhengig av klinisk respons kan døgndosen økes til 300 mg 2 ganger daglig. Doseøkninger bør gjøres med ukentlige intervaller. **Terapiskifte:** Pasienter som skifter terapi fra andre antidepressiva bør initialt gis 50 mg 2 ganger daglig i 1 uke.

Under påfølgende uke kan dosen økes til 100 mg 2 ganger daglig. Deretter gis vedlikeholdsdosering som ovenfor. Den terapeutiske effekten kan først vurderes etter 2-3 ukers behandling med vedlikeholdsdosering. Behandlingen bør fortsette i 6 måneder etter bedring. Hvis bedring ikke er intrådt innen en måned, bør spesialist konsulteres. Hos visse pasienter kan opptil 4 ukers behandling være nødvendig for full antidepressiv effekt er til stede. **Eldre:** Initialt 50 mg 2 ganger daglig i 1 uke. Deretter økes dosen gradvis. Flertallet eldre pasienter kan behandles med en vedlikeholdsdose på 100-200 mg 2 ganger daglig. Siden økt plasmakonsentrasjon kan forekomme hos eldre, spesielt hos kvinner, bør oppretten av ev. bivirkninger på hvert doserivå observeres nøye før videre dosetitrering. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt initialdosering er 50 mg 2 ganger daglig. Døgndosen kan deretter økes med 100 mg per uke avhengig av grad av leverfunksjonsnedsattelse og klinisk respons.

**Overdosering/Forgiftning: Toksisitet:** Begrenset erfaring med overdoser (opp til 11,2 g). Symptomer ved overdosering er døsighet og oppkast, ev. økt insidens eller alvorlighet av de kjente bivirkningene. **Behandling:** Ventrikkelskylling og symptomatisk behandling. Ingen spesifikk antidot finnes.

**Pakninger og priser:**

**Startpakning:** 42 stk. (14 stk. á 50 mg + 14 stk. á 100 mg + 14 stk. á 200 mg) kr. 148,20  
**100 mg:** 28 stk. kr 165,60, 56 stk. kr 312,60, 112 stk. kr 589,30.  
**200 mg:** Enpac: 56 stk. kr 312,60, 112 stk. kr 589,30.

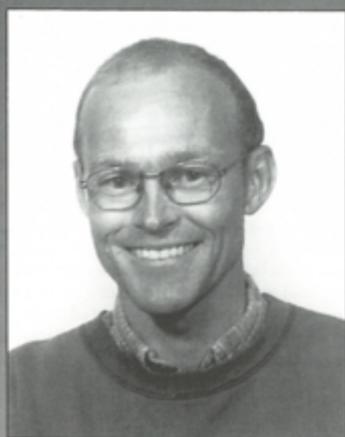


Bristol-Myers Squibb Norway Ltd.

Tlf.: 67 11 17 00 Fax: 67 11 17 02

# Om samfunnsmedisinen, fylkeslegane og kjærleiken

Tekst: Frode Forland



Frode Forland er født i 1956. Spesialist i samfunnsmedisin. Arbeider no som prosjektleiar i Statens Helsetilsyn med «Prosjekt for kunnskapsbasert praksis». Kommunelege I i Nissedal i Vest-Telemark frå 1987–1995, med to års permisjon som distriktslege i Zimbabwe. Opptatt av utkantmedisin nasjonalt og internasjonalt. God kunnskap og behandling skal være like lett tilgjengelig periferien som i sentrum!

## Schweitzer og Evang

Innleiingsvis vil eg kort minne om nokre sitat frå ein par store samfunnsmedisinarar som makta å gjere noko med det som er vår oppgåve, å setje ord og filosofi ut i handling.

1944: Karl Evang:

«Uansett hvilken ordning man treffer, må den medisinske sakkyn-

Kor er kommunelegen?

– spurde kongen etter flaumkatastrofen på Austlandet i fjor.

Korleis kan vi styrkje lokalsamfunnsmedisinen?

– spurde stortingsrepresentant Tove Kari Viken frå SP i fjor.

Kva er samfunnsmedisin?

– har vi spurt kvarandre dei siste 10 åra.

Korleis kan fylkeslegane fagleg forvalte oppgåva med å vere samfunnsmedisinens andrelinjeteneste?

– spør eg.

dighet være tilstrekkelig sterkt representert, slik at det egentlige formål, nemlig å gjennomføre de mest mulig effektive, moderne forebyggende metoder for å hindre sykdom, og de beste metoder for å helbrede sykdom, kan fylles».

Han peikar på at vi må ha sakkynndighet nok til å få gjennomført effektiv forebygging og effektiv behandling. Ikkje så orginalt, men det eg ønskjer å minne om var korleis han arbeidde på den helsepolitiske arena for å få gjennomført dette.

1923: Albert Schweitzer:

Han peikar på stresset og tidspresset i den moderne tid:

«Gjennom de siste to-tre generasjoner har et utall av mennesker levet bare som slitere og ikke som mennesker. Ved storbylivet mister vi det åpne forhold til vår neste. Svekket bevisstheten om at ethvert menneske angår oss som menneske, så vakler både kultur og etikk. Da er den videre utvikling i retning av umenneskelighet bare et spørsmål om tid».

I novemberkulda hausten 1996 prøvde ni-time reporter Rune

Alsted seg som bom i Oslos gater. I ettertid kunne han gje ei sterk tilbakemelding om det norske folks umenneskelighet – gråtande for åpen mikrofon i ni-timen fortalte han korleis han hadde blitt tråkka på som menneskje, fordi han ba om litt pengar, litt mat, litt varme...

«Forholdene i storbyene», skriv Schweitzer «tillater oss ikke å nærme oss til hverandre som menneske til menneske. Helt naturlig blir storbymennskets sinnsliv påvirket også av dette forhold, og virker så i sin tur uheldig tilbake på hele samfunnets sjelelige tilstand».

Underteikna gjekk inn i det nye året 1997 med ein kraftig influensa. Eg måtte halde meg i seng og sofa ei veker tid. Og der fekk eg ha det fredeleg. Eg bur i eit betre strøk av Oslo, og har budd der i ca eitt år, og eg har mange gode vener, men mange bur sjølv sagt all verdens andra plassar. Ingen var det som banka på mi dør i løpet av ei veke. Det korkje var eller er synd på meg, men det seier noko om samfunnet vårt. Det er klart et ein kan bli deppa av slikt, og korleis er det med dei som er

# VG

## Den ensomme DØDEN

**Hun døde før jul  
30. desember  
skulle hun feiret  
sin 80-årsdag**

**I går ble hun  
funnet død i  
sin leilighet**

■ ■ Bak denne døren ble den 80-årige kvinnen i går funnet død. Hele jule- og nyttårs- helgen la hun i sin lille hybelleilighet uten at noen visste om hennes ensomme død... ● SIDE 9



*Den ensomme døden*

deprimerte frå før, som er angstfylte, funksjonshemma og gamle.

Eg køyrer litt legevakt i Oslo øst. Det er mi von at eg slepp å bli gammal og einsam i denne byen.

Kva kan vi gjere for å slippe fleire førstesideoppslag som dette i VG?

Eit samfunn der personane vert upersonlege og møteplassar for einskildmenneskje ikkje finns, vert eit samfunn med ei forkvakla sjel, for å omskrive Schweitzer noko.

Vi treng altså fyrst og fremst sakkyndighet, som kan påvise

samanheng mellom samfunn og sjukdom. Deretter treng vi folk som kan formidle denne kunnskapen, og som kan sørge for at tiltak blir sette ut i praksis.

### Petrella

Gamle rustne professor Petrella frå Leoven i Belgia hadde eit avslutningsinnlegg på ein europeisk konferanse om health policy i desember 1996.

Temaet var: The role of technology policy in the 21st century.

Etter å ha snakka om the knowledge society, the education society, the sustainable development paradigm and the information society, kom han med sitt hovudanliggande: Den viktigaste teknologien for framtida handler ikkje om telelinjer eller fiberoptikk. Det handler om tilgang til reint vatn, for halvdelan av jordas befolkning: It's about waterpipelines! Som kapitalkreftene har kontroll over oljeressursane, prøver dei no å få kontroll over vassressursane i verda. Folks agenda vert ikkje lenger sett av politiske, demokratiske krefter, men av markedskreftene. Vi lever i eit samfunn der menneskje er redusert til ein økonomisk ressurs, og der markedets og konkurransens lov rår, som han formulerte slik:

«Competitiveness is the destruction of the capacity of your competitors»

Eit samfunn og ein nasjon som vår som har markedet som grunnlov, får eit mellommenneskeleg klima som er prega av dette med oppsplitting, kamp for å vinne fram på andres bekostning, liberalisme, profitt og privatisering som drivkrefter.

Framtida ligg i å skape eit samfunn med tilhøyrighet der folk er positivt avhengige av kvarandre. Vi må arbeide for at framtidens teknologi vert ein teknologi i teneste for menneskja og ikkje for markedet, var hans budskap.

Korleis skal ein så få til det? «The how is in you», sa den gamle public health professor. Men han kom og med sine svar:

Eg nemner tre punkt:

1. Vi må delegitimere markedskreftenes agenda og livssyn
2. Vi må arbeide med eit verdi-standpunkt, og støtte lokale krefter
3. Vi må lære oss å sjå våre medmenneskje

Eg trur vi treng nokon til å scie i frå om at menneskja i norske kommunar treng å bli sett.

Kva skjer med menneskje som ikkje blir sett? Dei forsvinner;

- nokre utfor ei Puddefjordsbru
- nokre inn i rusproblem
- nokre, mange forsvinn inn i seg sjølv (kan psykiatrien hjelpe folk til å bli sett resten av livet?)
- nokre blir kanskje «shopoholikarar» på vegen i eit forsøk på å kompensere?

Kven kan overleve når ein som menneskje er blitt gjort til maskin/ein økonomisk ressurs for markedet?

### **Afrika**

Etter å ha arbeida 3 år i Afrika tør eg våge påstanden at viktigaste forskjellen på å vekse opp og leve i Afrika og i Norge, er at i Afrika blir du sett.

Rugås, kor er dei offentlege rom i det norske hus?

Heile Afrika er eit offentlig rom! Eg trur at dette er ein av hovudårsakene til at psykiatrien på landsbygda i Zimbabwe kun hadde tre aktuelle diagnosar: Schizofreni, manisk depressiv psykose og epilepsi (epilepsi fordi dei ikkje hadde medisinar å behandle dei med, så til slutt ble dei hjerneskadde og tullele).

Eit opnare samfunn fekk vi for nokre år sidan i Norge. Det var visst Astri Gjertsen som fekk æra for det. Opnare kva? Jau, lenger opningstid i butikkane, meir søndagsøpe og meir kveldsøpe var det vi fekk. Eit samfunn enno opnare for markedet. Var/er det det vi treng?

Vi treng eit samfunn opnare for våre medmenneskje. Opnare for dei som fell utanom. Utan kjærleik dør eit barn. Utan kjærleik vert vaksne folk sjuke!

Vi får: Magesår, kreft, wip-lash, fibromyalgi, el-overfølsomhet, amalgamforgiftning, rusmisbruk, psykiatri an-mass, bekkenløysning, muskel og skjelett.

Vi får halve trygdebudsjettet.

Etter tre års observasjonstid frå landsbygda i Afrika; Eg såg det nesten ikkje, bortsett frå rusmis-

bruk, eg var distriktlege for ca. 150.000.

Etter ca 10 års oservasjonstid frå min vesle norske kommune; Eg har sett det til det svarta for augo.

Eg trur det skuldast vårt kalde samfunn, ikkje meterologisk klima, men vårt kalde medmenneskjelege klima.

Så lenge vi i dette samfunn ikkje ser våre medmenneskje, må vi ha uendeleg mange allmennlegar som gjer det, og slik sett kan ein kvar allmennmedisinsk konsultasjon vere fornuftig og vel anvendte pengar, som John Nessa sa det ved opninga av Primærmedisinsk Veke i november 1996.

Men når vi som samfunnsmedisinaren ser denne samanhengen, kan vi ikkje berre vere der som passive observatørar, som ein doktor som kan noko om analysemetoden. Vi har nok av legar som er passive observatørar, som ikkje ser anna enn taksameteret som rullar og går i takt med den skeive samfunnsutviklinga.

### **Fugelli**

Det krevs av vår stand. Det krevs av vårt helsevesen, om det framleis skal vere av folket og for folket som Evang sa, at vi må ta stilling i verdispørsmål i samfunnsutviklinga.

Vi må saman våge oss inn på kontroversar som Per Fugelli har prøvd seg på åleine hittil: Då gjeld det ikkje i fyrst rekke korleis EU verkar inn på folkehelsa, men korleis dagens Norge verkar inn på folkesjela.

Eg hever mi røyst her som kommunelege. Eg gjer det fordi eg framleis trur vi treng samfunnsmedisinaren i norske kommunar til å seie ifrå, til å analysere, til å ta standpunkt og gje klare råd. Vårt markedsstyrte samfunn fører ikkje berre folket bort frå fellesskap og solidaritetstanken, men det er i ferd med å gjere det same for vårt eige fag. Snart har vi berre privatpraktiserande allmennlegar att i kommunane om utviklinga held

fram. Norske kommunelegar etterlyser ei samfunnsmedisinsk 2. linjetjeneste, bl.a. dokumentert gjennom ei hovudoppgåve ved Folkehelsa i 1996. For at samfunnsmedisinen som desentralt fag skal overleve i Noreg, treng den ei sterk ideologisk forankra 2. linjetjeneste, der omtanken for dei som fell utanom i konkuransesamfunnet må vere vår verdiprioritering.

Denne debatten må vi ta innanfor faget samfunnsmedisin, både på statleg, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Fotsoldatane i alle norske kommunar har vi enno – enn så lenge. Fylkeslegane bør bli eit klart 2. linjeledd, meiner eg. Så får Helse-tilsynet, Folkehelsa, Strålevernet og fleire vere støttespelarar og rådgjevarar på 3. linjenivå.

Kva var det så Evang og Schweitzer hadde felles?

Den eine forankra i kristen tru, den andre i ein venstreradikal politisk ideologi: Dei arbeidde ut frå eit verdistandpunkt.

Eg trur det ligg i botnen for dei aller fleste som velgjer samfunnsmedisin som fag.

Det bør vi løfte både til inspirasjon i vårt daglege arbeid, og som hjelp til rett prioritering både for 1. og 2. linjetjenesta.

*Frode Forland  
Statens Helsetilsyn  
Pb. 8128 dep.  
0032 Oslo*

**INHALASJONSAEROSOL MED INHALASJONSKAMMER 0,25 mg/dose:** *Hver dose inneholder:* Terbutalin.sulf. 0,25mg, sorbitan.trioleat., monofluorotrifluorometan., difluordichlormethan, tetrafluordichlormethan. q.s. ad 1g. Aerosolen inneholder 400 doser. **INHALASJONSVÆSKE endosebeholder 2,5 mg/ml:** *Hver dose inneholder:* Terbutalin sulf. 5 mg, natr.chlorid. 16 mg, natr. edetas. acid.hydrochlorid. q.s. ad pH 3, aqua purif. ad 1ml. **INHALASJONSVÆSKE 10 mg/ml:** 1 ml inneholder: Terbutalin sulf. 10 mg, natr.chlorid. 5,8 mg, chlorobutanol., natr. edetas. acid.hydrochlorid. q.s. ad pH 3, aqua purif. ad 1ml. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliær transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibel i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksantem kan forekomme. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertensjon. Diabetespasienter som starter med samtidig terbutalinterapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye p.g.a. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta2-stimulatorene i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofisk kardiomyopati. Ved all inhalasjons-terapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårligere, da gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaanfall ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. generell forsiktighet i første trimester anbefales. *Overgang i morsmelk:* Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta<sub>2</sub>-stimulatorene. **Dosering:** *Til de minste barna anbefales Bricanyl inhalasjonsaerosol med Nebunette inhalasjonskammer.* Vanlig dosering: **Inhalasjonsaerosol med inhalasjonskammer: Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 doser) ved behov eller hver 6.time. Ved alvorlig obstruksjon inntil 6 doser som engangsdose. **Maks 24 doser pr. døgn.** **Barn < 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 doser) ved behov eller hver 6. time. Ved alvorlige obstruksjon inntil 4 doser som engangsdose. **Maks. dose for barn 5-12 år:** 16 doser pr. døgn. **Maks. dose for barn <5 år** ikke fastsatt, men betydelig lavere. **Sykehusbehandling ved akutt astma: Voksne:** Initialdosering 2 mg (8 doser). Dette kan gjenstas inntil 8 mg (32 doser) i løpet av 1 time. Deretter skal ovennevnte doseringsanbefaling følges. Dose utenlos i Nebulator/Nebunette og inhaleres med ett eller flere langsomme og dype åndedrag. **Inhalasjonsvæske: 2,5 mg/ml endosebeholder: Over 20 kg:** 5 mg (2 ml, 1 endosebeholder) inhaleres inntil 4 ganger pr. døgn. **Under 20 kg:** 2,5 mg (1 ml, \_ endosebeholder) inhaleres inntil 4 ganger pr. døgn. Dersom hele dosen ikke brukes på en gang, kan resten oppbevares i forstøverapparatet inntil 24 timer. **10 mg/ml: Over 20 kg:** 5 mg (0,5 ml, 13 dråper fra en standard dråpeteller) inhaleres inntil 4 ganger pr. døgn, vanligvis etter fortykning med fysiologisk saltvann til 5 ml. Ved alvorlig obstruksjon kan den enkelte dosen økes til 10 mg (1 ml, 26 dråper). **Under 20 kg:** 2,5 mg (0,25 ml, 6 dråper) inhaleres inntil 4 ganger pr. døgn, vanligvis etter fortykning med fysiologisk saltvann til 5 ml. **Overdosering/Forgiftning:** *Mulige symptomer:* Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtryksfall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). *Behandling:* Lette til moderate tilfeller: Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmodisk effekt er ønskelig. Alvorlige tilfeller: Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerterefreknensrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmibehandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet p.g.a. muligheten for å inducere bronkial obstruksjon. Dersom den beta<sub>2</sub>-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtryksfall, bør et volumøkende medikament gis. (F:65 d symptomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten m.h.t. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandlingen skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-halssykdommer. **Pakninger og priser:** **Inh.aer. m/Nebulator:** 400 doser kr. 322,20. **Refill til Nebulator:** 400 doser kr. 122,40. **Inh.aer. m/Nebunette:** 400 doser kr. 612,70. **Refill til Nebunette:** 400 doser kr. 122,40. **Inh.væske 2,5 mg:** 50x2 ml amp. kr. 290,10. **Inh.væske 10 mg:** 10 ml pipettefl. kr. 82,70. (Pr. 1.3.97)

Godkjent av SLK 26.06.96

© Astra Norge AS, 1997. Preparatomtalen er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12.mai 1961.

Terbutalin  
**Bricanyl®**  
Nebunette®

**INHALASJONSAEROSOL MED NEBUNETTE: 100 µg/dose, 200 µg/dose:** *Hver dose inneholder:* Budesonid. 100µg resp.200µg, sorbitan triolet, monofluorotrifluorometan., difluordichlormethan, triklorfluorometan.q.s. ad 1 g **Egenskaper:** *Klassifisering:* Budesonid i form av inhalasjonsaerosol er et glukokortikosteroid med uttalt lokal antiinflammatorisk effekt. *Absorpsjon:* **Nebunette:** Inhalasjonskammer i metall. Volum 250 ml. En ventil muliggjør inhalasjon av virkestoffet i flere åndedrag. Inhalasjonskammer er et alternativ til forstøverapparat. Bruk av Pulmicort inhalasjonsaerosol sammen med Nebunette øker graden av lungedeposering og reduserer deponering i svelg/hals. Halveringstiden er henholdsvis ca 2,3 timer for voksne og 1,5 timer hos barn. En vanlig enkeltdose har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når det systemiske kretsløp inaktiveres i leveren (første-passasje). Metabolittene har glukokortikoid aktivitet mindre enn 1 % sammenlignet med budesonid. Budesonid reduserer virkningen av tidlig samt senfase i en allergisk reaksjon og er effektiv ved forebygging av anstrengelsestøst astma. **Indikasjoner:** Barn: Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med korttidsvirkende bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for budesonid. **Bivirkninger:** Vanlige(>1/100): Halsirritasjon, hoste og heshet. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urtikaria, utslett og dermatitt. Luftveier: Bronkospasme. Enkelte tilfelle av nervøsitet, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert. Hos enkelte pasienter på høy dosering er det observert binyrebarksuppresjon. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Ved overgang fra peroral behandling til Pulmicort inhalasjonsaerosol kan det skje en oppblussing av tidligere symptomer, som rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter. I slike tilfeller kan det av og til være nødvendig midlertidig å øke dosen med perorale steroider. I enkelte tilfelle kan det oppstå tretthet, kvalme og brekninger som uttrykk for en utilstrekkelig systemisk steroideffekt. Ved en akutt forverring av astmasymptomene kan en kortere tilleggsbehandling med perorale steroider være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, større skader, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. Høydevekst hos barn bør kontrolleres ca. 2 ganger årlig. **Dosering:** Dosering med Pulmicort er individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonsaerosol med Nebunette:** Barn 2-6 år: *Initialt:* 200-400 (g pr.døgn fordelt på 2-4 administreringer. Barn 7 år og eldre: 200-800 (g pr. døgn fordelt på 2-4 administreringer. *Vedlikeholdsbehandling:* Som vedlikeholdsbehandling bør man etterstrebe laveste effektive dose. Dosering 2 ganger daglig-morgen og kveld-er som oftest tilstrekkelig. Full terapeutisk effekt oppnås vanligvis etter ca. 10 dager. For pasienter som trenger en økt terapeutisk effekt anbefales å øke dosen Pulmicort fremfor peroral behandling, på grunn av den minskede risikoen for systemeffekter. **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** **Inh.aer. 100 µg/dose m/Nebunette og ansiktsmaske:** 200 doser kr. 689,00. **Refill til Nebunette 100 µg/dose:** 200 doser kr. 207,90. **Refill til Nebunette 200 µg/dose:** 100 doser kr. 207,90. (Pr. 1.08.97)

Godkjent av SLK 16.05.97

© Astra Norge AS, 1997. Preparatomtalen er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12.mai 1961.

Budesonid  
**Pulmicort®**  
Nebunette®

# Nebunette®

## NYHET



Nebunette® er et nytt inhalasjonskammer som leverer en høy og reproduserbar dose medisin til små barn<sup>1)</sup>.

Nebunette® er produsert i rustfritt stål, hvilket eliminerer problemene forbundet med statisk elektrisitet<sup>1)</sup>.

Nebunette® har en ventil som er spesielt godt egnet til små barn (minimale død-volum)<sup>1)</sup>. Barna kan utnytte medisinen raskt og effektivt<sup>1)</sup>.

Nebunette® er liten, kun 13 cm, og lett å ta med seg.

Nebunette® kan kun brukes sammen med Bricanyl® og Pulmicort® inhalasjonsaerosol.

Nebunette® refunderes i følge §9, pkt. 2.

1) Bisgaard H, An improved aerosol spacer system for the treatment of young children with asthma. Research and Clinical Forums 1996;Vol. 18:31-37.

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer  
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50  
www.astra.com