

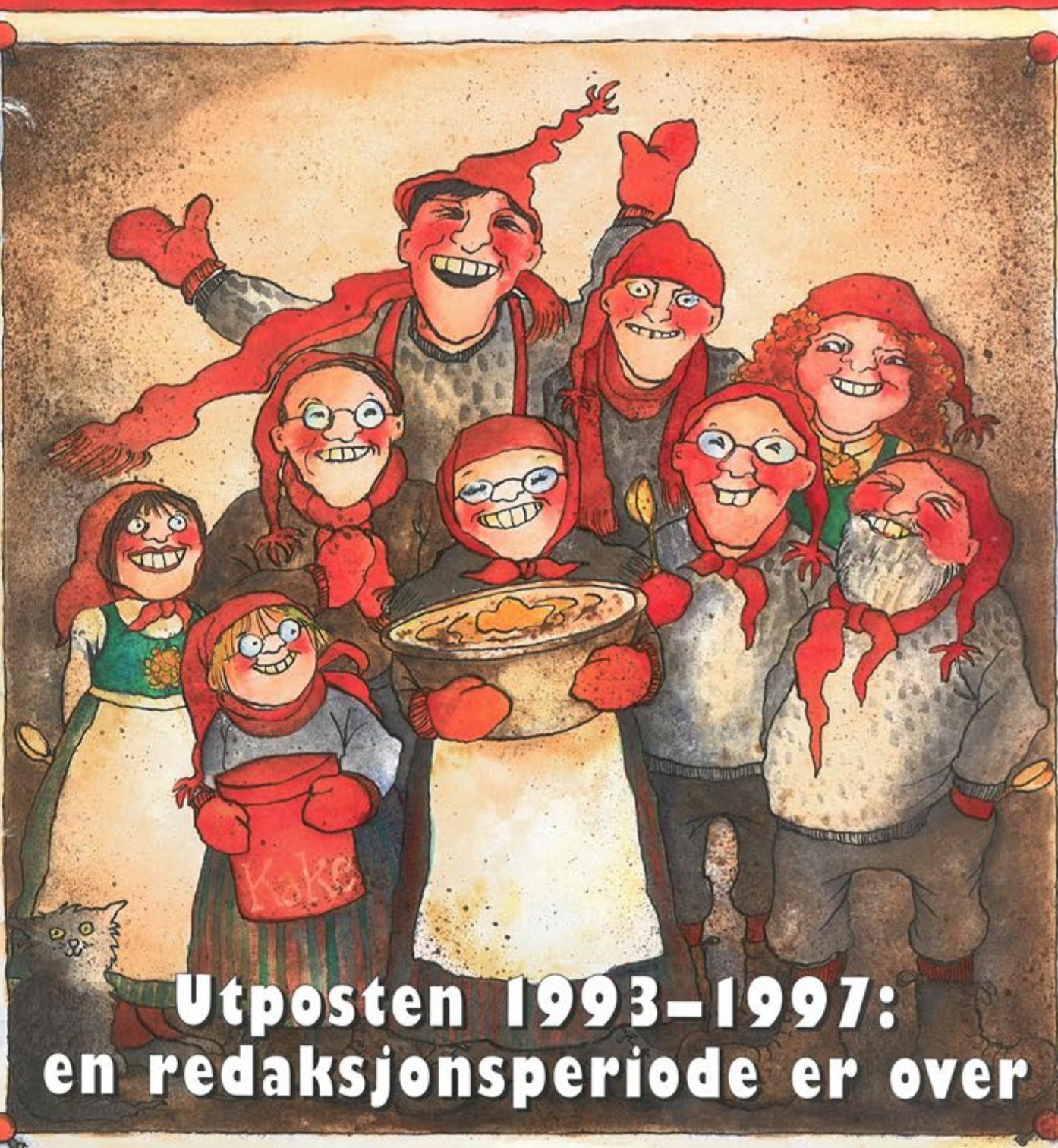
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1997

ÅRGANG 26



**Utposten 1993-1997:
en redaksjonsperiode er over**

- 307** *Redaksjonen*
Leder: Hva sa vi da – og hva sier vi nå?
- 308** *Håndtverker Ragnhild Gjerstad intervjuet av Helge Worren*
«Jeg vet ikke alltid hvor det kommer fra»
- 312** *Geir Sverre Braut*
Lyttar – lesar – forteljar – skrivar
- 314** *Sonja Fossum*
Noen refleksjoner over kommunikasjon
- 316** *Eystein Straume*
Om å lete i ruinene av sine drømmer
- 318** *Eivind Vestbo*
Røynsle i allmennpraksis – hva er det?
- 324** *Helge Worren*
Jeg har en drøm...
- 331** Utposten setter pris på!
- 332** Indeks – Utposten 1997
- 334** *Petter Øgar*
The times they are a-changin'
- 337** *John Leer – Utpostens EDB-spalte*
Nett-nytt – Nytt nett – Helsenet
- 340** Prisutdelingar på Nidaroskongressen 1997
- 342** *Geir Sverre Braut*
Norsk standard for klinisk allmennmedisin
- 343** *Geir Sverre Braut – bokmelding*
Allmennmedisin – klinisk arbeid
- 345** *Eivind Meland*
Sykdomsforebygging – utfordringer og motsigelser for medisinerere
- 348** *Bent Natvig*
Hvordan tenkte Thomas Bayes?
- 355** *Helge Worren – bokmelding*
Groblad, meitemark og krutt
- 356** Smil i hverdagen

Forsidebilde: 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 Vadsø
Tlf. privat: 78 95 37 42
Tlf. arbeid: 78 95 04 00
Fax: 78 95 34 41

Eivind Vestbo

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

Helge Worren

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

Petter Øgar

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

Hva sa vi da – og hva sier vi nå?

En redaksjonsperiode er over

En redaksjonsperiode er snart over. Fra 1. januar 1998 overtar en ny redaksjon for en ny 5-årsperiode. UTPOSTEN har passert sitt sølvjubileum (25 år). Allikevel er det slik at UTPOSTEN på sett og vis fødes påny hvert 5. år. Og slik bør det være. Det har gitt grunnlag for fornyelse og tilpasning til en virkelighet som forandrer seg – også for norsk allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Hva sa vi da?

Vår redaksjon så sitt første nummer i nr. 1/1993. Lederen hadde tittelen «Ny etappe – og velkommen med på ferden!». Vi markerte allerede i vår leder at UTPOSTEN fortsatt skulle være forankret i den primærmedisinske grasrota. Forankringen skulle være 4 pillarer:

- den allmennmedisinske kliniske hverdag
- praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene
- teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til allmennmedisin
- teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til samfunnsmedisin.

Erfaringsformidling skulle fortsatt være bladets spesielle varemerke og imperativ, noe som også ga seg uttrykk i vårt jubileumsseminar i fjor. Vi ønsket kort og godt at UTPOSTEN skulle være en møteplass for refleksjon, kommunikasjon og oppmuntring.

Hvordan har det gått?

Egentlig bør vel først og fremst den enkelte leser svare på dette spørsmål. Skussmål til oss selv bør vi stort sett avstå fra. Vi gjør oss allikevel noen tanker om UTPOSTEN i disse 5 årene.

UTPOSTEN har i løpet av vår redaksjonstid berørt en rekke teoretiske og ideologiske sider ved såvel allmennmedisin som samfunnsmedisin. Også når det gjelder praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene har det vært flere verdifulle innspill, selv om vi kunne ha ønsket oss enda flere. Muligens gjenspeiler dette den vanskelige situasjonen mange opplever at kommunal og lokal samfunnsmedisin befinner seg i. På ett område har vi ikke maktet å holde pillaren oppe. Det har vært svært vanskelig å få inn stoff om den allmennmedisinske kliniske hverdag. Vi har ingen sikker og klar forarming om hva dette skyldes. Det skyldes ikke refuseringer fra redak-

KJÆRE LESER:

99

Ny etappe - og velkommen med på ferden!

Utposten har skiftet redaksjon, og dette er den nye redaksjonens første nummer. Først må vi benytte anledningen til å takke den avgitte redaksjonen for vel utført arbeid.

Hvor går veien for Utposten nå? Noen detaljerte programklaringer vi ikke kommer med, men en del tanker har vi gjort oss.

Utposten har vært og skal være et blad for allmenn- og samfunnsmedisin med solid forankring i den primærmedisinske grasrota. Innholdet skal hvile på fire pillarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin.

I dette legger vi både ønsker å bringe praktisk og direkte mangtlig stoff for den vanlige primærlege i det daglige arbeid og utfordrende, gjerne provoserende stoff som kan sette sterke tanker i sving. De erfaringsene vi samlet høster i vårt daglige arbeid, er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi

ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon, kommunikasjon og oppmuntring.

Vi har gjort oss tanker om mange mulige faste og mindre faste spalter. Slik gjør vi det. Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer. Små i hverdagen. Synspunkt. Kasustikker. Bokanmeldelser. Kursspalte. Intervjuer. Brev fra periferen (fusk at i et primærmedisinsk perspektiv er styringen minst like perifer som Loppa på Finnmarkskysten). Temaer. Hvilke spalter som har livets rett avger dere som bidragsytere.

Vi ønsker imidlertid ikke å semetere Utpostens form i utgangspunktet, men delvis la veien til til mens vi går. Og veien går vi sammen med dere. I det ligger en gjenspeiling av at Utposten er et dugnadsprodukt som aldri kan bli bedre enn det den enkelte av dere hjelper oss å gjøre den til, enten det er som bidragsyter, tips eller tilbakemelder.

Velkommen med på ferden!

99

Leder i Utposten 1/1993.

sjonens side eller mangel på invitasjoner og oppfordringer i øst og vest. Vi kan bare beklage denne situasjonen, ikke minst fordi vi opplever at det er et sterkt ønske hos mange allmennpraktikere å vite hvordan kolleger forholder seg til en rekke vanlige kliniske problemstillinger. Vi kan ikke se at andre kilder heller tilfredstiller dette behov, selv om floraen av trykksaker aldri har vært så stor som nå. Vi tror ikke problemstillingene kan gjøres enkle og hverdagslige nok og kan i en fleng nevne en håndfull med mer eller mindre humoristisk og hverdagslig snert:

- «Mitt hjerte alltid banker...» Om hjerte- bank i en hverdagspraksis
- «Den store skjelven». Om diagnostikk og behandling av parkinsonisme
- «Når det regner på presten og drypper på klokkeren» Om inkontinens på allmennlegekontoret.
- «Og det skjedde i de dager...» Om allmennlegens svangerskapsomsorg



- «Pust rolig ut». Hva gjør vi med dårlig ånde?
- m.fl.

Vi tror det er noe sentralt i den gamle oppfordringen om «skriv ditt fag!». Det er livgivende for faget. Faget er tilsynelatende ved god helse, men vil kunne bli truet hvis vi ikke i sterkere grad formidler det – også skriftlig. Vi kan bare undres over den høye og trolig prestasjonspregede terskel som hemmer flere allmennmedisinere fra å skrive sitt fag. Ikke minst i Norge, som pryder seg med å ha en av verdens beste allmennlege-tjenester.

Vi ønsker god tur videre!

Blir så ord om den manglende skriveveiv fra allmennmedisinere om sin egen hverdag vårt siste redaktørord? Nepe. Det er imidlertid en oppfordring og utfordring vi håper den nye redaksjonen og UTPOSTENS mange faste lesere vil gripe fatt i.

I dette nummer av UTPOSTEN har mange av de nåværende redaktører sin egen artikkel med selvvalgt tema. Foruten disse siste ord, ønsker vi som felles redaksjon

- våre lesere en takk for ferden sammen med oss, og
- den nye redaksjonen god seilas videre!

«Jeg vet ikke alltid hvor det kommer fra»

Håndtverker Ragnhild Gjerstad
intervjuet av Helge Worren

Ragnhild Gjerstad er en kunstner UTPOSTEN i særlig grad har benyttet seg av. Ikke minst pryder mange av hennes illustrasjoner flere av forsiden.

Når du skal illustrere, f.eks. en forside for UTPOSTEN, må du ofte arbeide utfra en tekst (f.eks. en leder i bladet) og noen spredte signaler fra oss i redaksjonen. Hvordan har det seg at du fatter poengene så raskt fra et såvidt spesielt felt som helsetjenesten?

Jeg er ikke helt fremmed for helse-tjenesten. Jeg har faktisk en formell utdanning som ergoterapeut. Det er et sikkert yrke, men et yrke jeg ikke følte meg vellykket i. Derfor ble yrkestiden på dette felt kort. Viktigere enn denne erfaringen er imidlertid de bildene jeg ser i de tekster og signaler jeg får. Ofte er en tekst full av bilder. Bare tenk deg om.

«Ofte er en tekst
full av bilder»

Hva gjorde du istedenfor å være ergoterapeut?

Det var tilfeldigheter som førte meg dit jeg er i dag. Jeg bodde i et kollektiv noen år. Vi hadde et arki-

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5 1995 ÅRGANG 24



Er fastlegeordningen løsningen?

Utposten 5/1995 – en av Ragnhild Gjerstads favoritt forsider.

tektmodellverksted hvor jeg fikk opplæring og etterhvert ble medeier. Bl.a. var vi inne i bildet når det

ble laget modeller til Norges Bank, Sentralbanestasjonen og modellene av Holmenkollbanen som står på

«Man søker å komme bak det tenkte og å finne andre uttrykksmiddel enn bare å snakke»

Skimuseet. Dette arkitektmodellverkstedet var jeg engasjert i i en 5 års tid. Så kom jeg – også via tilfeldigheter – bort i teater. Kollektivet drev bl.a. med gateteater, og jeg følte at teater var noe jeg bare måtte gjøre. Jeg flyttet til Danmark og gikk på Århus teaterakademi. Jeg ble med som skuespiller i et teater som het Teater Beljash – et fysisk teater. Et fysisk teater er et teater som vektlegger det fysiske uttrykket foran teksten – handling foran teksten, sanser og følelser. Mime er et slikt uttrykk. Man søker å komme bak det tenkte og å finne andre uttrykksmiddel enn bare å snakke. Det var viktig å slippe til den usensurerte handling, det spontane og det improviserte. Jeg var svært sjenert som barn og ungdom. Teater hjalp meg til å bli mindre sjenert. Det var som terapi for meg.

Hvordan kom du dit du er i dag?

Da jeg fikk barn, var jeg påny inne i en ny og endret livssituasjon. Det var på mange måter starten på det jeg driver med i dag. Å få barn er på mange måter handling foran teksten. Jeg leste og fortalte for mine barn og etterhvert tegnet jeg sammen med dem. Mine barn – jeg har to sønner – har alltid vært min største inspirasjonskilde. Jeg har etterhvert laget flere barnebøker, hvor jeg har laget både teksten og illustrasjonene. Noen av dem er også oversatt til andre språk. Litt

«Utposten... har også vært med og formet meg som kunstner»

smått om senn kom også andre oppdrag inn, bl.a. fra OLL (Offentlige Legers Landsforening) og UTPOSTEN, Tidsskrift for Den norske Lægeforening, Helsesekretæren, m.fl.

Ragnhild er fortsatt aktiv som skuespiller, her som gammel kone på Bærums Verk.



Hva har du hatt med OLL å gjøre?

Jeg ble spurt – gjennom min søster Elin, som er lege – om jeg ville lage utkast til logo for OLL. Jeg laget et utkast og det er i dag OLLs logo. Den kontakten satt meg så i kontakt med UTPOSTEN.

Har UTPOSTEN betydd noe for deg?

UTPOSTEN har vært en spennende oppdragsgiver. Det har også



Utposten 8/1994. Worrens favoritt blant Gjerstads forsider.

vært med og formet meg som kunstner. Liker ikke å kalle meg «kunstner» – det høres så «flinkt» ut – synes ikke jeg er flink nok til det. Ser på meg selv som håndtverker eller formidler. Ikke minst var det spennende da jeg begynte med farger. Jeg blir glad av farger. Jeg føler meg imidlertid aldri helt ferdig med en illustrasjon. Jeg ser stadig ting som kunne ha vært gjort annerledes når jeg ser på tidligere illustrasjoner. Jeg er jo en autodidakt og syns jeg stadig lærer noe nytt.

Hvordan jobber du konkret?

Det er vanskelig å beskrive. Jeg vet ikke alltid hvor det kommer fra. Ofte har jeg følelsen av at det sitter i armen. Det kan virke som om stoffet har sin egen vilje. Det hender imidlertid at jeg strever, men som oftest skjer det noe når jeg setter meg ned ved pulten min og begynner å tegne. Jeg opplever



Utpostens tekstpris 1997 er laget av Ragnhild Gjerstad.

«Det kan virke
som om stoffet har sin
egen vilje»

også at jeg må la tanker og følelser
få modne seg før de kommer til
uttrykk.

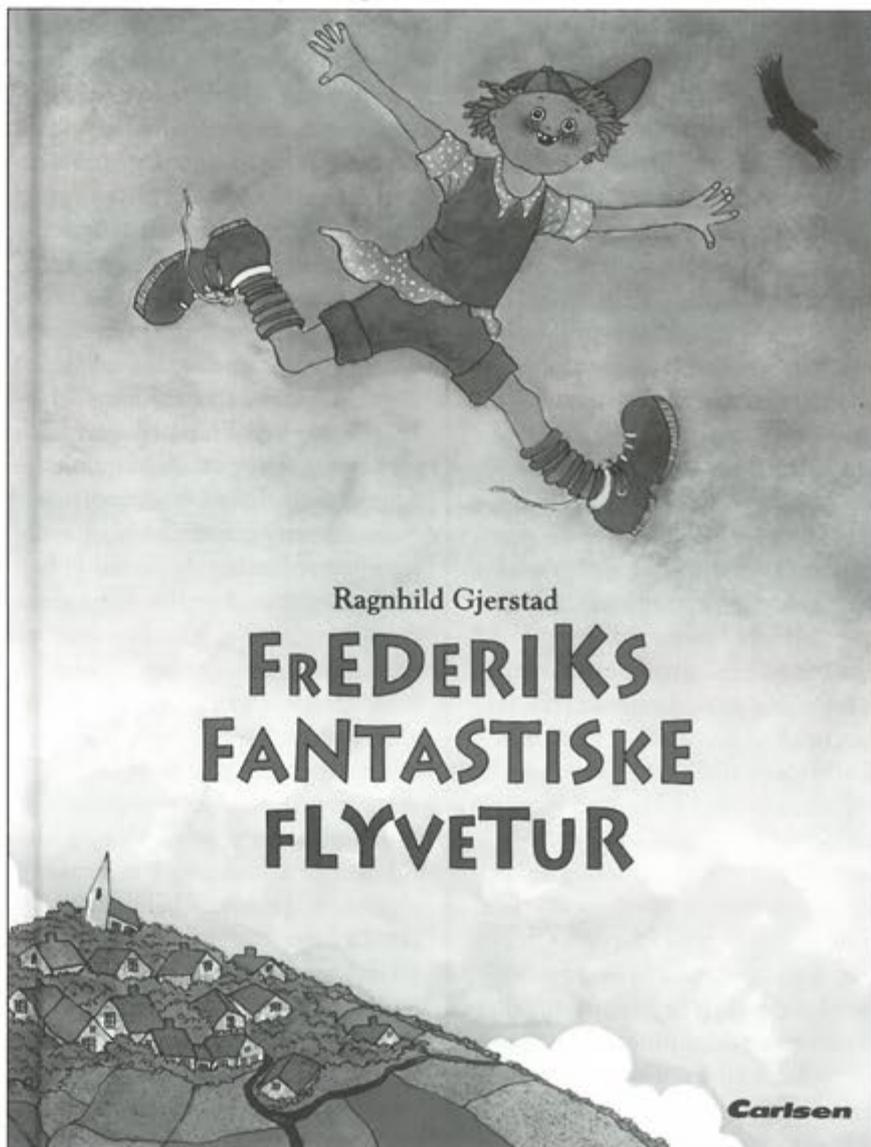
Er kunsten også i dag terapi?

Kanskje ikke på den måten vi
snakket om tidligere, men jeg
merker at den påvirker meg. Som
jeg nevnte blir jeg glad i farger.

Nylig var jeg i Karibien og tok
dykkersertifikat (jeg er veldig stolt
av det!). Å dykke i tropiske far-
vann er en fantastisk opplevelse –
har aldri opplevd sånne farger – og
en sånn fargerikdom. Jeg kom opp
av vannet med en helt ny farge-
opplevelse – som selvsagt preger
det jeg har gjort senere.

*Ragnhild ber om at det ikke skrives
mye om henne. Det kunne vi saktens
gjøre, men vi respekterer hennes
ønske og lar derfor noen av hennes
illustrasjoner snakke for henne – tro
mot det uttrykksmiddel vi så ofte (og
jerne!) møter henne i.*

Ragnhild er også tekstforfatter og illustratør til barnebøker.



Ragnhild Gjerstad

FREDERIKS FANTASTISKE FLYVETUR

Carlsen

*Research on mental problems
in general practice*

Velkommen til Bergen mai 1998 EGPRW møte

Programmet vil bestå av noen få key note speakers og ellers av deltagerens innsendte og antatte abstracts. Kongressen har også egne sesjoner for «freestanding papers» hvor det er mulig å sende inn abstract på andre allmennmedisinske forskningsprosjekt. Dette er en fin anledning til å vise fram norsk allmennmedisinsk forskning i et europeisk forum. **OBS! Frist for innsending av abstracts er 1. februar 1998.** Det vil også være anledning for interesserte norske allmennpraktikere å melde seg på som deltagere uten å ha egen presentasjon, som et tellende kurs i legers videre- og etterutdanning. Ved seksjon for allmennmedisin i Bergen (55 58 61 00) kan Jørund Straand eller Eivind Meland svare på spørsmål om kongressen. Nærmere informasjon om møtet (påmelding/program osv.) finnes ellers på internet: <http://www.uib.no/isf/nsam/english/egprw/index.htm>

Samfunnsmedisinsk perspektiv på svangerskap og tidlig barnealder

10. og 11. februar arrangeres kurs om ovenstående tema i auditoriet på Folkehelse. Kurset er godkjent med 12 timer for spesialistutdannelsen og for etterutdanning i allmennmedisin. Kursledelse: Rannveig Nordhagen og Kari Kveim Lie. Seminaravgift: kr 600 (+ eventuelt kr 140 for lunch og kaffe begge dager).

Påmelding til koordinatorkontoret for leges videre- og etterutdanning, Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo, innen 20. januar.

Lytter – lesar – forteljar – skrivar

Vi treng ein ny medisinsk forteljartradisjon

Tekst: Geir Sverre Braut



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

Det er vanskeleg å skriva. Det undrar meg støtt at det framleis er så vanskeleg å skriva som det er. Skrivninga følgjer for meg same rytmen som eit svangerskap og ein fødsel. Først ein periode med litt uro og uvisse for kva dette skal verta. Så litt meir mogen optimisme før ein ser tidsfristen nærmar seg. Då kjem opningstid og presserier som gjer verkeleg vondt, og til slutt utdrivinga, brå og brutal, gjerne på overtid i forhold til avtala fristar. Eg medgjev at dette biletet ikkje er særleg originalt og endåtil litt banalt. Men for meg har det vorte ganske viktig.

Gjennom arbeidet i Utposten har eg oppdaga at det er frykta for smerten mot slutten som i ei årrekkje har hindra meg i å skriva.

Redaktørtida i bladet har ikkje gjort prosessen mindre tung, men eg har lært meg at det er slik min skriveprosess er. Og det er vel sjeldan slik at ein fødsel i seg sjølv hindrar ein i å gå laus på eit nytt svangerskap seinare.

Då denne vesle avslutningsepistelen frå mi side hadde sitt svangerskap, fall det seg slik at eit par av haustens bøker kom meg til hjelp. Den eine er *Menneskets felt* av Jan Kjærstad (1). I denne essaysamlinga drøftar han forteljarskapet og forfatterskapet frå ulike synsvinklar. I forteljinga *Kvanteloven* seier han: «HVIS du ikke leste, ville du ikke ha begynt å skrive.» Eg trur dette gjeld også for meg. Ofte kjenner eg at idéar frå ulike lesne kjelder koplar seg på observasjonar i kvardagen og samlar seg til noko som bind saman teori og empiri. Det er vel dette dei kallar modellar i vitskapsteorien. Og gyldige modellar er kunnskap gull verd når ein skal møta krava i kvardagen.

Den andre boka er *I begynnelsen*, ei samling forteljingar om ulike personars møte med ursoga i Bibelen (2). Jan Inge Sørbo seier i si forteljing at den innsikta ein får gjennom ny kunnskap snøgt har ein tendens til å verta instrumentell, altså brukt til å oppnå visse mål som vi set oss. Den instrumentelle kunnskapen festar seg i vitskap, administrasjon og kultur, skriv han. Dette er eit poeng det er verd for skrivaren å merka seg. Alle som les det skrivne vert på ein eller annan måte manipulerte. Det skal tid og kraft til å motseia det som er skriftleg argumentert. Og når nokon ein gong i mellom kastar

seg inn på debattarenaen, er det ikkje alltid tydeleg om det er teksten eller forfatternen som er målet for tilsvaret.

Eg påstår difor at det oppstår ei slag spenning mellom lesaren og skrivaren, der lesaren kan kjenna seg fanga av teksten og der skrivaren på si side kjenner seg forplikta til å forsvare barnet sitt. Mange tradisjonelle akademiske øvingar, som korrespondanseinnlegga i tidsskrifta og doktordisputasane, er bygde kring desse mekanismane. Eg aktar ikkje å polemisera mot desse, for dei har sjølsagt sin plass. Men eg ønskjer å gje nokre uferdige tankar om eit supplement; eit supplement der for den saks skuld Utposten og andre ikkje indekserte tidsskrift har ei rolle å spela.

Bjørn Sortland skriv i boka *I begynnelsen* at han først lærte å lytta, så lærte han å lesa. Kjærstad seier, som eg før refererte, at ein les før ein skriv. Då er vi på sporet av noko, nemleg ein samanheng mellom lytting, lesing og skrivning. I vitskapleg arbeid prøver ein å gjera dette etterretteleg gjennom å vera tydeleg i referansane, sine og ved presentasjon av metode og resultat slik at andre kan gå etter det ein meiner å ha høyr, sett og lese. I dette perspektivet kan eg for øvrig forklåra for meg sjølv kvifor eg alltid tykkjer at noko av det vanskelegaste med ein artikkel er å få sett saman litteraturlista – Den seier faktisk ganske mykje om kva eg har høyr og sett!

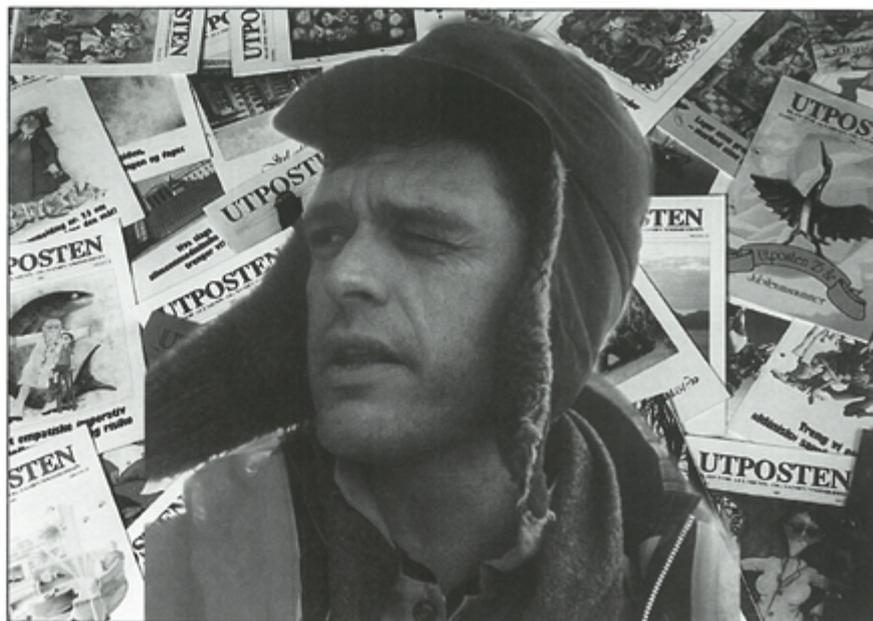
Men i eit meir praksisorientert perspektiv, kva er då eigentleg lytting, lesing og skrivning? Jau, kopla saman med eiga tenking, vert det

rett og slett utviklinga av ei forteljing. Og dersom vi aksepterer dette utgangspunktet, er det ikkje berre forfatternen av ein tekst som er forteljaren, men også alle dei som har gjeve inn materiale til den samlande teksten. Kanskje skrivaren med dette utgangspunktet ikkje skulle kjenna seg så einsam i rolla som forfattar som Jan Kjærstad hevdar i essayet *Narr-prest-forteller* når han skriv at «forfatternen står mot verden»?

Konsekvensane dette har for allmennmedisinaren, samfunnsmedisinaren og arbeidsmedisinaren ligg slik eg ser det klårt i dagen. Kvar og ein har eit ansvar, ikkje berre for å skriva sitt eige fag som andre har hevda, men også for å gjera synlege dei forteljingane som pasientane, samfunnet og arbeidsplassane har å gje. Og så lenge ein ikkje gjer krav på at det ein formulerer skriftleg har allmenn og vitskapleg prova verdi, er eg slett ikkje så redd for at medisinen skal utarmast av det. Snarare tvert om. Kva er det såleis med alternative rørsler i dag? Dei lagar forteljingar frå kvardagen, og det er vel og bra. Feilen skjer når desse vert opphøge til å vera uttrykk for allmenne sanningar.

Mitt ønske ved utgangen frå redaktørrolla er at legar tek på seg arbeidet med å byggja opp ein tydeleg og uredd medisinsk forteljartradisjon. Ein tradisjon der ein kan få lov til å leva med forteljingane utan at dei av forteljarar, forfattarar og lesarar vert tekne til inntekt for generaliserbar og vitskapleg validert kunnskap. Forteljingane har då som funksjon å gje bilete av situasjonar meir enn samanhengar. Fagkritikken må retast mot forteljinga og ikkje mot forfatternen. Eg meiner å kunna sjå at i alle fall debattpratet og kaffidrosen i den allmennmedisinske kurskulturen har dette i seg. La den syna att i det skriftlege også!

Doctors learn a lot by telling stories and sharing them with others, skriv Kenneth C. Calman i *Lancet* (3). Han har eit poeng der.



Her portrettert av kollega Øgar på ein av toppane i livet. Skjeggveksten og resten av bunaden er like tilfeldig som det meste elles i eit rikt liv som fram til no har fått vara i nær 43 år. Storparten av inntekta skuldast fylkeslegeembetet i Rogaland, men ei lita mengd svakare svensk valuta kjem frå eit universitetslektorat ved Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Røykjer ikkje, nedsett syn på venstre auget, barnlaus, trur på Gud, elles god allmenntilstand og takksam for nåden.

Om det ikkje er teikn til utvikling? Jau, det trur eg. Dei som les den nye læreboka i klinisk allmennmedisin vil lett verta fanga av dei pasienthistoriane som vert presenterte der (4). La gjerne denne boka vera eit døme på at det ikkje er motsetnad mellom det medisinsk narrative og det medisinsk vitskaplege! Og for dei som ønskjer fleire lesetips med medisinsk relevans til jul – kjøp dei nyaste diktsamlingane til Åse Marie Nesse (5) og Eva Ström (6)!

*Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret, Postboks 680
4001 Stavanger*

Litteratur:

1. Kjærstad J. *Menneskets felt*. Oslo, Aschehoug, 1997.
2. *I begynnelsen*. Oslo, Genesis forlag, 1997.
3. Calman KC. Literature in the education of the doctor. *Lancet* 1997; 350: 1622-24.
4. Hunskaar S. *Allmennmedisin*. Oslo, AdNotam Gyldendal, 1997.
5. Nesse ÅM. *For bare livet*. Dikt. Oslo, Aschehoug, 1997.
6. Ström E. *Berättelser*. Dikter. Stockholm, Bonnier Alba, 1997.

Noen refleksjoner over kommunikasjon

Tekst: Sonja Fossum



Sonja Fossum er spesialist i allmennmedisin og driver allmennpraksis på Kalbakken i Oslo. Siden 1992 medredaktør av *Utposten*.

Min tid som medredaktør i *Utposten* er over. I avskjedens stund er det betimelig å reflektere over dette med kommunikasjon, ettersom å være redaktør vil si å bidra til å organisere sådan. Vi kommuniserer på mange nivåer, gjennom mange former, også svært primitive. La meg gi et par eksempler.

Først et forsøk der amerikanske mannlige college-studenter ble bedt om å gå med samme T-skjorte i dagevis uten å vaske den (som om gutter trengte oppfordring til det). Kvinnelige college-studenter ble så overlevert skjortene og bedt om å lukte godt på dem (hva føye-lige kvinner kan godta!). Deres oppgave var å gradere skjortene etter hvordan de likte/mislukte lukten. Og så begynner det å bli interessant. Analyser viste at jente-

ne foretrakk T-skjorter fra gutter som utviste størst forskjell fra dem selv med hensyn til genetisk forskjell i HLA-molekyler.

Man kan lure på hvordan forskere i alle dager faller på å foreta en slik korrelasjon. De hadde imidlertid på forhånd en idé om at vi kan lukte HLA-molekyler; de visste at hunnmus kan det, at selvsamme hunnmus foretrekker å parre seg med partnere mest mulig genetisk HLA-ulike dem selv. Og jeg som alltid har trodd det var brevne, vinflaskene og konfekten som ga utslaget, mens det i virkeligheten var de uvaskede T-skjortene!

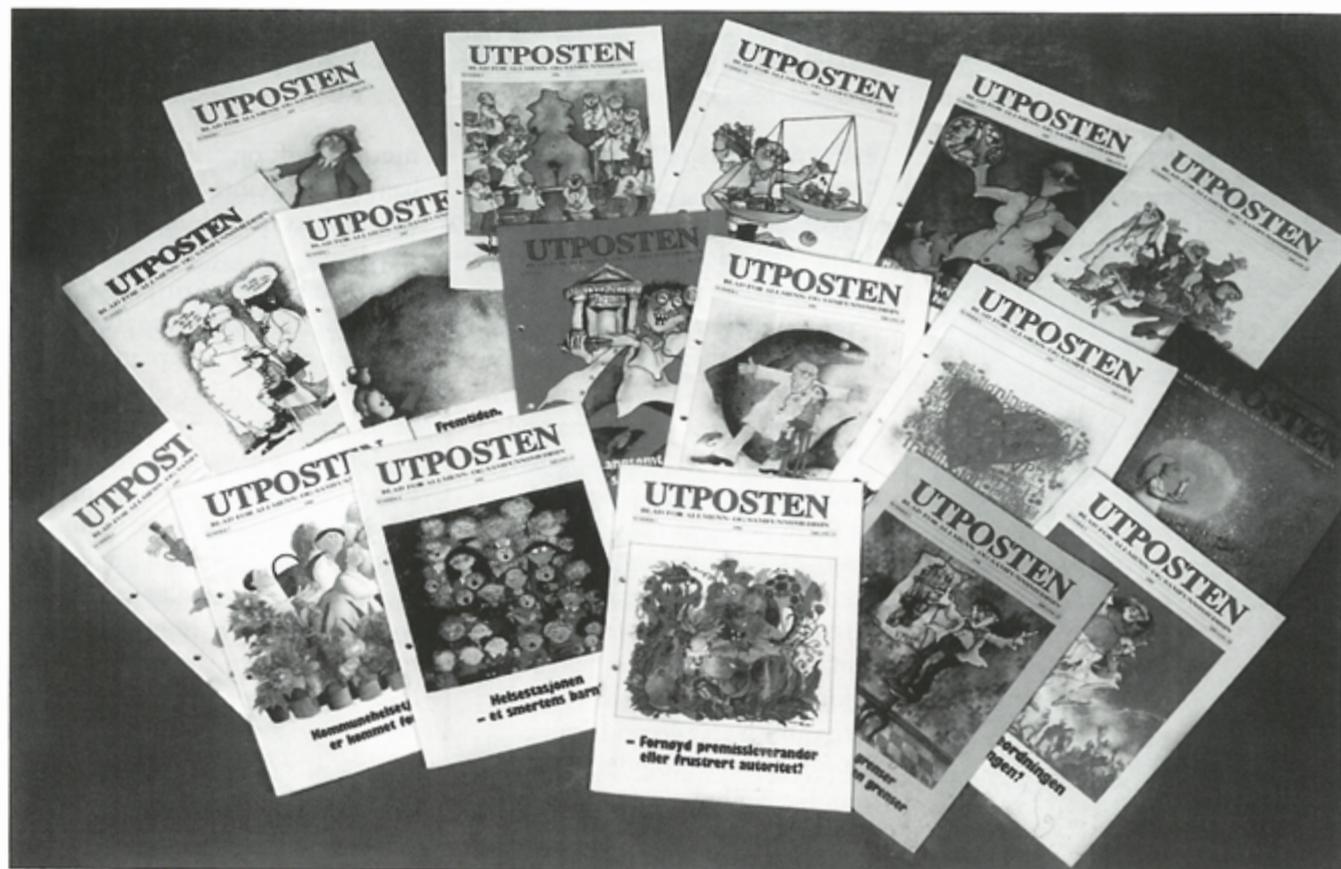
Men historien fortsetter. Ikke alle jentene fulgte mønsteret. Noen foretrakk faktisk T-skjorter som dunstet av HLA-molekyler mest mulig lik deres egne. Man ville betvilt gyldigheten av funnene dersom det ikke var en faktor som skilte de to gruppene av jenter; i motsetning til den første gikk jentene i den siste på P-piller! Også dette har en korrelasjon i museverden: når hunnmus blir gravide, og østrogen og progesteroner fortsetter å stige, ja, så er ikke de HLA-ulike hannene så spennende lengre. I stedet foretrekker de små gravide å være nærest mulig sine brødre og søstre, som er preprogrammert til å være mer hensynsfull overfor dem ettersom de har mange felles gener.

Søkt? Muligvis – men uansett en god historie, og funnene var visstnok også statistisk signifikante. Jeg lurer på, hva skjer hvis du møter mannen i ditt liv mens du går på P-piller, og så slutter med pillene når det blir tid for å tenke på å få barn? Den skarpe leser vil se forslag til prosjekt: ta et rimelig stort tilstrekkelig utvalg av skilte

par med dertil matchet fortsatt samboende kontrollgruppe og undersøk om flere av jentene i første enn i siste gruppe har endret P-pilleinntak. Hvis resultatet blir som college-jenteforsøket antyder, får samlivsrådgivere det enklere i fremtiden: når du har falt for en type, er du så å si tvunget til fortsette med bruk/ikke-bruk av P-pillene dersom du ønsker at fortryllesen skal vare. I så fall også et hett aksjetips: putt pengene i private firmaer for HLA-testing! Og partnerformidlere: glem høyde og øyefarge, sett heller inn en rubrikk for HLA-type.

Et eksempel til, igjen med amerikanske college-jenter. De ble bedt om å gå inn i et rom og sette seg på en stol og vente. Det var det hele. Poenget var at det var flere likt utseende stoler å velge mellom, og de som sto for undersøkelsen hadde dynket en av stolene med testosteron og kikket gjennom et videokamera på hvor jentene satt seg. Så kan leseren gjette seg til resten. Joda, jentene satte seg på testosteronstolen. Det hevdes at det er derfor gutta danser seg svette på dansegulvet og med løftet arm svinger dama rundt og rundt slik at hun kan få dype drag av duften fra aksillære apokrine svettekjertler. Akk – romantikkens tidsalder synes med ett så fjern.

Primitivt, javel, poenget er at vi kommuniserer på mange nivåer, og at hvordan budskapet oppfattes avhenger like mye av avsender som av mottaker, sml med og uten P-piller. Et annet poeng er at primitive budskaper neppe kan erforbeholdt primitive kommunikasjonssystemer. I all informasjonsstrømmen som velter inn over oss,



i den kakofoni av lyd og bilder vi kontinuerlige utsettes, er det flettet inn budskaper på mange nivåer.

Uansett hva vi ytre sett formidler, ligger det dypere budskaper under, kanskje først og fremst «pip-pip, her er jeg – se så fin, flink, intelligent og velartikulert jeg er. Medlemmer av det motsatte kjønn, se her, jeg er attråverdig». Samtidig er det også reverpissing «dette er mitt revir, doméne, fagfelt, her har jeg makten, innsikten, kunnskapene». Dypt ligger disse budskapene der, kamuflert som skjønn- og faglitteratur, eller for den saks skyld som musikk og billedkunst.

Utillatelige forenklinger? Vulgarisering av åndsliv? Grove forsøk på å redusere høyerestående kulturfenomener til overforenklet biologi? Selvfølgelig formidler vi også mye annet, blant annet i fagtidsskrifter som *Utposten*, hvor vi søker å utveksle faktisk informasjon om omverdenen, til felles nytte i vår yrkesaktive hverdag. Men så komplisert er det at disse tingene ikke holdes adskilt, uopphørlig og ubevisst smugler vi de primitive

budskapene inn ved å flette dem inn i de aktverdige.

Og den intetanende mottager er kanskje mer enn et passivt offer for de lumske forførelseskunstner, faktisk er han kanskje preprogrammert til å innstille kanalene sine på det primitive budskapet, til å være lydhør, ubevisst, nettopp for det. La meg forsøke å underbygge påstanden. Igjen går vi til studenter. De skulle overvære en forelesning og etterpå gi en vurdering av den. Det de ikke visste var at foreleseren langt ifra var fagperson, men derimot en skuespiller instruert til å lese vrøvl kamuflert som tilsynelatende meningsfullt innhold, og til å gjøre det med overbevisning og innlevelse. Forelesningen oppnådde gjennomgående meget god score. Tilstrekkelig lang tid etter til at den var glemt, ble samme studenter bedt om å lese gjennom et manuskript og gi sin vurdering av det. Det de ikke var klar over og stort sett ikke gjennomskuet, var at det var selvsamme forelesning, ordrett. Uten skuespillerens entusiasme og bravur gikk det som forventet,

de fleste vurderte det som regelrett tull.

Dette munner ut i to oppfordringer. Først og viktigst, skriv til *Utposten* om det som opptar deg og som du gjerne vil skal kunne tas opp av kolleger, slik at *Utposten* kan bli et forum som kan styrke fagfellesskapet. Og vær ikke redd for at du ikke skriver godt nok, de elegante formuleringer er kanskje mer forstyrrende enn befordrende for fagbudskapet.

Det andre er at det kan være en fin øvelse som kommunikasjonsmottaker bevisst å reflektere over hva som formidles, å prøve å skille de ulike budskapene fra hverandre, å gjennomskue poseringen og reverpissingen bak foregivendet av å bibringe saklig informasjon. Som et eksempel, ta en nylig avgått helseminister og hans ubendige trang til å knuse innvendinger gjennom verbalatletikk, til å legge debatten død gjennom dialektisk overlegenhet. Hva var den uttrykk for? Tenk over det.

Sonja Fossum
Svenstuveien 2, 0389 Oslo

Om å lete i ruinene av sine drømmer

Tekst: Eystein Straume



Eystein Straume, født 1942. Etter 25 år som distriktslege/kommunelege i Loppa og nå som fylkeslege i Finnmark, har behovet for å se helse-tjenesten i fugleperspektiv begynt å melde seg. Lokalsamfunnsmedisin er blitt en økende utfordring. Og medredaktørplassen i Utposten er fortsatt en spennende posisjon.

Det står ikke bare bra til med kommunelegetjenesten. For flere år siden skrev en gruppe veiledere samfunnsmedisinsk ballade (Henrik Brochmann m.fl.) Samfunnsmedisinerens mulige endelig ble besunget til fornøyelse og til ettertanke. Senere har utviklingen gått sin gang. Kommunelege 1 stillingene er lite attraktive, samfunnsmedisineren er lønnstaper og i fastlegeordningen har myndighetene enda ikke funnet plass til den lokale samfunnsmedisineren. I mange kommuner, særlig nordpå, drives helsetjenesten av korttidsvikarer, mens helse og sosialsjefer spør om det ikke snart kan lages en kommunehelsetjeneste uten leger. Det kan være grunn til undersøke om selve kommunehelsetjenesten står for fall.

Velferdstatens tilblivelse og høydepunkt

Trygdevesenet har feiret sine hundre år. Velferdstaten har vokset frem med det frie og nye Norge gjennom dette århundre. Sosialdemokratiske velferdsamfunn er blitt varemerke for landene i Norden. Og i Norden er det trygt og godt å leve. Fremvoksteren av velferdstaten fulgte etter dyptgripende strukturendringer som industrialisering og urbanisering av samfunnet. Helse og sosialtjenesten ble nettverket som skulle fange opp de som familien og slekten ikke lenger kunne ta seg av. Likhet og solidaritet ble bærende prinsipper. Dessuten ble den moderne medisin selve symbolet som viste vei mot et liv hvor dødens brodd, smerte og lidelse, var ufarliggjort. Forventningene om det gode liv vokste. Gjenreise og økende velstand etter den 2. Verdenskrig økte forventningene. Like før oljen ble funnet i våre farvann vedtok Stortinget «full utbygging» av trygdetjenestene med Folketrygden. Med oljen fortsatte optimismen. Velferdstaten skulle videreføres. Målsettingene var ideelle og fortsatt visjonære.

Kommunehelsetjenesten ble på mange måter velferdstatens høydepunkt. Vi skulle få en godt utbygd helse og sosialtjeneste. Likt utbygd i hele landet, brukervennlig og nærmiljøstyrt. Tjenesten skulle være billig og med god tilgjengelighet. Solide instanser i 2. og 3. linjen skulle gi tiltakskjeder med garanti. Tjenesten ble omtalt som verdens beste og entusiastiske leger flokket seg under KOPF idealet (kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktene) som ledetråd i pasientbehandlingen

Kreftene som drev fram utviklingen

Velferdstaten er modernitetens ektefødte barn. Troen på opplys-

ning, fornuft og rasjonalitet er de bærende kreftene. Siktemålet er menneskets herredømme over tilværelsen.

Troen på fremskrittet mot et bedre samfunn og bedre liv for alle har vært med på å drive utviklingen og å gi legitimitet til dyptgripende samfunnsendringer.

Ønsket om en god kommunehelsetjeneste har kommet samtidig med økende satsing på kommunalt selvstyre. Sterke krefter i vårt samfunn vil styrke lokalt selvstyre. Men så blir den kommunale legetjenesten som en gjøkunge i det kommunale redet. Legetjenesten drives frem av faglige nyvinninger og ikke av byråkratiske bestemmelser. Og de faglige nyvinningene er internasjonale og på ingen måte forankret i lokalt selvstyre. Og legene skyr det lokale byråkratiet som oppfattes som en tvangstrøye.

Myndighetenes forsøk på økende regelstyring av helsetjenesten er også et vanskelig prosjekt fordi moderne medisin har sin egen drivkraft som er fagutvikling og nyttetenking. Og den virkeligheten kan ikke staten regulere bort.

Dagens situasjon

Det er en gammel erfaring at når drømmer blir til virkelighet så blir virkeligheten et mareritt.

Oppløsningen av gamle strukturer og nettverk var en gang nødvendig for å skape vårt moderne samfunn. Men tilslutt blev selve solidariteten også oppløst. Samfunnet faller fra hverandre i små biter der hver enkelt er seg selv nok, eller sin egen lykkes smed. Markedsliberalisering heter det visst. Det nye samlende begrepet er økologi. Kan økologi erstatte solidaritet? Eller er det rett og slett to ulike begrep for samme sak? Men økologien har trange kår. Voksteren som er så viktig for videreutvikling av velferdstaten truer de resursene som er tilgjenge-

lige og den økende produksjonen ødelegger vårt felles miljø. Vi kan ikke vokse mer, men betyr det at vi må dø?

Veksten i kunnskap og mulighetene for god informasjon er blitt en mare. Vi drukner i informasjon og våre tanker forsøples av usortert informasjon.

Velferdstaten knaker i sammenføyningene. Helsetjenesten er for kostbar, prioriteringene er gale, pasientenkøene uendelige, forventningene savner feste i virkeligheten og legene er på vei ut bakdøren for i størst mulig fred å kunne ha et passende antall pasienter som beite.

Myndighetene raser med reformer og tilsyn. Pasienten skal selv bestemme, legen skal fratas autonomi og ansvar. De fleste skal kunne kalle seg helsepersonell og alle defineres som pasienter. For å gjøre bildet fullstendig så er motkreftene sterke: De omtalte trendene fører til medikalisering av livsverdenen, og det vil vi ikke ha noe av.

Forsøk på å beskrive morgendagen

Skal utviklingen gå i samme spor vil det bare være spørsmål om kort tid før kommunchelsetjenesten i sin nåværende form feies av banen. Pleie og omsorgstjenesten synes å være solid forankret i lokalmiljøene, likedan deler av sosialtjenesten. Men trygdekontorene blir regionalisert like fort og brutalt som postenverket, og kommunelegene forsvinner. Lokalsamfunnene blir ikke lenger hovedarenaer for samfunnsmedisin. Moderne medisin passer ikke på den kommunale arena og kommunchelsetjenestens målsetting blir en illusjon.

Fortsetter dagens utvikling får kommunene en vel utbygget pleie og omsorgstjeneste. Legetjenesten kommer til å bli fraværende. Øyeblikkelig hjelp oppgavene blir i økende grad kjøpt hos private tjenesteytere. Mye av det forebyggen- de arbeidet, næringsmiddelkontrollen, smittevernet og miljørettet helsevern blir overlatt til regionaliserte, privateide institusjoner.

Nærmiljøets styring med kommunchelsetjenesten opphører, i stedet kommer en sterkere klageordning for pasientene.

Vi ser også konturene av en ny tdeling av helsetjenesten. I dag frykter vi at resurssterke mennesker får den helsetjenesten de vil, mens svake grupper og mennesker med dårlig råd ikke klarer å skaffe seg adgang til helsetjenestens palasser. I morgen vil skjevfordelingen av leger i landet gjøre at mennesker som bor i utkanten må forholde seg til kort tids vikarer som snakker alle tungemål, mens sentrale strøk byr på vel skolerte og solid etablerte leger.

Hva vil vi?

Det er på tide å stoppe opp for å spørre hva vi vil. Ønsker vi det utviklingen bringer oss? Eller ønsker vi noe annet? Og i såfall hva er det vi vil ha og hvilke muligheter har vi faktisk til å endre utviklingen i den retningen vi ønsker?

Nettverk løses opp og samfunnet faller fra hverandre. Det vi trodde på og det vi var stolte over har ført oss dit vi ikke ville. Vi leter i ruinene av våre drømmer, er det noe tilbake? Når alt faller fra hverandre, hva er da tilbake av varig og umistelig verdi.

Rasjonaliteten alene er blind for verdier og en skrøpelig veiviser. Rasjonaliteten er forførerisk, men lokker den sine tilhenger i avgrunnen? Evidence based medicine er ikke svaret på alle våre vansker, heller ikke når evidensen utvides til å omfatte beslutningslære og ledelse. Begrensingene i metoden er store, selv om øyeblikkets suksess blender. Evidens hentes fra kontrollerte kliniske forsøk. Slike forsøk er gode til utprøving av nye behandlingmetoder på bestemte vilkår. Men tror vi virkelig at dobbelt blinde forsøk er gullstandarden for all helsetjeneste? Metoden forutsetter en umyndiggjort og passiv, ikke informert pasient. Passer dette virkelig med bildet av den opplyste pasienten som selv tar ansvar og som selv bestemmer?

Grunnstoffet i all helsetjeneste er møtet mellom den lidende og hjelperen. I dette møtet ligger hele begrunnelsen for helsetjenesten. Vi må fokusere på kvaliteten i dette møtet. Kan så helsetjenesten bygges opp med fokus på møtet mellom pasient og hjelper? Er det mer fruktbart og riktig å legge til rette for gode tiltakskjeder enn å fortsette dagens mønster med ulike forvaltningsnivå og stadige flere sektorer og oppdelte spesialiteter?

Den proetiske grunnerfaring er i møtet med Den Andre. Erfaringen av forholdet til Den Andre er grunnleggende og kommer før etikken. Er samfunnet og fellesskapet vårt nå kommet så langt at vi tydelig ser hva alt dreier seg om? I så fall er vi de lykkeligste av mennesker som kan gjøre den eldgamle visdommen til vårt samfunns grunnsten:

Gjør mot Den andre det du vil
Den andre skal gjøre mot deg.

Etterskrift

Det er ikke uten vemod at jeg skriver mitt siste innlegg i Utposten som medredaktør. Sene kveldstimer har det blitt, kamp mot tidsfrister som kom altfor fort mot meg og vedvarende tvil på egne evner til å skrive. Så er 5 år omme og andre skal overta. Alt har gått så fort. Tilbake sitter minner, tanker og erfaringer. Og takknemlighet for at jeg fikk prøve meg, glede ved å være «fødselshjelper» for andre og for å kunne være formidler av andres tanker og andres innsikt. Og en underlig og sterk fornemmelse av at det er viktig for såvel faget som demokratiet at hver og en kan si sin hjertens mening om det som opptar han. I helsetjenesten liker vi ofte å si at vi stiller med livsviktige oppgaver. For samfunnet er det livsviktig at vi varer om og bruker det frie ordet. Ordet er virkelighet og ordet er fellesskap.

*Eystein Straume
Amtmann Urbyesvei 9
9800 Vadso*

Røynsle i allmennpraksis – kva er det?

Tekst: Eivind Vestbo



Eivind Vestbo f. 1943 er avtroppande medlem i Utposten-redaksjonen. Har vore 23 år i same praksis og ser det som eit poeng til etterfyljing å skriva artiklar frå den allmennmedisinske kvardagen med innhald som er ei blanding av røynsle, kurs, lesing, diskusjonar og eigen tenking uten at dei treng dokumenterast med ein einaste referanse. Håplaus generalist som meiner at beslutningsteori, evidens basert medisin og medisinsk filosofi er like viktig.

Eit sentralt spørsmål for oss alle er korleis vi skal inkorporera psykiatrikunnskap til god allmennmedisinsk klinikk frå allmennpraktikarens ståstad, rolle og ramme.

Allmennpraktikarens røynsle-kunnskap og bruken av den

Allmennpraktikaren har ingen grunn til å ta opp konkurransen med spesialisten når det gjeld felt-

Det lakkar mot slutten av redaksjonstida til denne Utposten-redaksjonen. Vi hadde som mål å få kolleger til å skriva om så vel teoretisk som praktisk primærmedisin. Lettast har det vore å få artiklar om samfunnsmedisin og meir teoretiske aspekt ved allmennmedisinen. Havet av røynsle der ute held ennå på sin løyn-dom. Kva kan årsaka til dette vera? Er det ikkje plass til refleksjon i området mellom den tause kunnskapen som er internalisert i ekspertens handlag og det kliniske handlingsprogrammet som uttrykk for optimal tilpassing av medisinsk kunnskap? Denne artikkelen er ein freistnad på å nærma seg dette mellomrommet gjennom nokre få dømer frå psykiatriområdet.

avgrensa kunnskap. Han blir aldri så sofistikert diagnostikar, ikkje så god på behandlingsindikasjonar eller i detaljert medikamentkunnskap. Det kan likevel vera på sin plass å minna kvarandre på våre sterke sider; både fordi vi skal halda på sjølvrespekten og fordi vi bør vera reflekterte brukarar av vår spesielle kunnskap og innsikt.

Skjematisk kan vi seia at spesialisten er god på forsknings- og røynslebasert *gruppekunnskap* medan vi er best på *individ- og nærmiljøkunnskap*. Gruppekunnskapen er generaliserbar og bygger på kategorisering og sansynligheit for kva som vil henda med den einskilde i gruppa der gruppesansynligheiten rår. Fare for suicid aukar i eit gruppe med visse kjenneteikn etter kjønn, alder, sosial status, personlegdomsstruktur o.s.v. Eller spesialisten kan fortelja at etter hans kliniske røynsle vil ein person som ordlegg seg på ein spesiell måte, vera ekstra utsett for suicid. I alle høve er dette kunnskap som er rimelig sikker for gruppa, men usikker for individet. Han må vekta verdien av alle vurderingane for den einskilde pasienten som han ofte ikkje kjenner så godt.

Individkunnskapen startar i

motsatt ende. Den gjeld røynsle med eit individ over tid, er neppe generaliserbar men lett tilgjengeleg i allmennpraktikarens minne. Når Per oppfører seg slik, er akkurat han og bare han, suicidal.

Desse to kunnskapsslaga kan smeltast saman, og blir då til god klinikk. Gruppekunnskapen treng individkunnskapen for å auka presisjonen på slutninga frå gruppe til individ, medan individkunnskapen treng gruppekunnskapen for å sensibilisera klinikaren til å tenka i klinisk produktive banar slik at brukande individ-kunnskap kan genererast.

Dømer på bruk av individ- og nærmiljøkunnskap

Utstyrt med ei minimumsmengd av spesialistkunnskap kan ein allmennpraktikar driva ganske sofistikert klinikk dersom han plussar på med sin «spesialkunnskap».

Kari er 72 år og gardbrukarkone med apoplektisk mann som ho pleier. Ho er gåverik, har klisterhjerne og store litterære kunnskapar. Og ho er vel nøgd med helse-tenesta sitt tilbod om tilsyn og pleie. Men etter ei tid startar ho å ringa til legen om mannens dårle-

ge syn som uroar henne. Ei tid etter er det ei skulder, og så er det fargen på urinen. Ho er oppteken av at det må stillast rett diagnose og at noko må gjerast med alt dette. Det blir forhandligar og kompromiss, og alle tykkjer at ho går vel langt. Deretter er det stille eit halvår då ho er nøgd med all service, før ho på ny startar ein ringeperiode om stadig nye problem. Ho er engsteleg, men kanskje vel så mykje viser ho ei aggressiv side som vi ikkje har vore vane med.

Dersom spesialisten skulle inn i biletet, ville han truleg ha mange moglege diagnoser. Han må ta utgangspunkt i ei gruppekunnskapsbasert diagnoseliste. Det kunne vera stress og utbrenning som får henne til å dekompensera i periodar, eller det kunne dreia seg om ein depressiv reaksjon på ein vanskeleg livssituasjon. Kanskje noko meir spekulativt ville det vera å tenka på ein dysforisk maniform tilstand. Allmennpraktikaren starta i dette høvet i motsett ende. Han kjente nemleg til slektas løyndom. Systema hadde i periodar gjort skandale med upassande tale i gravferder og provoserande nakenbading. Dessutan var ho tante til ein mann som allmennpraktikaren hadde greidd å tørtlegga for periodedrankeri med å gi han litium. Slektsanamnese ville truleg vore

fåfengt i dette tilfellet, men slektskunnskap førte til ein a priori sansynligheit for maniodepressiv lidning som var stor nok til at legen kunne starta med Litium på nokså diffuse adferdsobservasjonar.

Periodane med uro forsvann heilt og ho fekk ikkje residiv på to år. Då byrja kreatinin å stiga og medikasjonen blei seponert. Problemet kom snart til syne på ny, men individkunnskapen vann ein klinisk seier atter ein gong. Ho krydra alltid talen sin med sitat frå fleire norske klassikarar. Allmennpraktikaren la merke til at ho konsekvent gjekk over til berre å sitera Wergeland i tidleg manisk fase. Etter dette starta han med Haldol på symptomet «Wergeland sitat». Resten av levetida hennar blei maniske faser haldt nede på denne måten. Historia er spesiell, men sann, og gir allmennpraktikaren plikt til å reflektera over og systematisera dei personlege symptom og teikn som gir presis diagnose sjølv om dei ikkje er å finna i noko diagnoseliste.

Andre gonger er det eit legepasienttilhøve som gjev generalisten tilgong på skjult materiale som pasienten løyner for spesialisten. Olav er grensepsykotikar med alvorlege psykotiske gjennombrøt, men han tar seg som regel fint inn att. Ein dag blei han innlagt med

alvorleg psykotisk symptomatologi og kom ut att etter 14 dagar. Vel heime blei han på ny dårleg. Då hadde legen fått vita at han like før innlegginga hadde vitja ein maniodepressiv ven med ditto mor. Samtalen med pasienten nærma seg dette varsamt og snart kom historia for ein dag. Mora var i manisk fase og hadde plapra i veg om at sonen hennar (pasienten ven) hadde eit forhold til pasientens mor. Noko som var tatt rett ut av lufta. Pasienten som var regressiv med store bindingar til mora, fekk ein svær konflikt å handskas med. Han var så tildekkande at personalet på psykiatrisk avdeling neppe kunna å greidd å få fram denne løynde og personleg truande historia. Ein korrigerande støttesamtale var nå nok til at han klarna opp. Ny innlegging blei ikkje naudsynleg og det gjekk long tid før neste residiv.

Vi har her sett døme på at røynslekunnskap kan skapa avgjerande gjennombrøt mot gode ad hoc løysingar for pasientane. Det kan vera kunnskap om slekt eller sosialt miljø, pasientens kommunikasjonsstil eller komparentopplysningar samla gjennom lang tid i legevakt, på helsestasjon eller når ein son skal fornya sertifikatet. Vi må ikkje ta slik kunnskap som sjølvsgatt og vilkårlig, men reindyrka den etter akkumuleringsmetoden til klinisk verktøy gjennom refleksjon og systematisering.

Framlegg til ei fagideologisk ramme

Når allmennpraktikeren står føre den einskilde pasienten med psykisk smerte er den vond anten det er livet, dei indre konfliktane eller biokjemien som ber imot. Det er to dimensjonar ved slik smerte som gjer den så djuptgripande utoleg. Den første er totalopplevinga, persepsjonen, farginga av heile tilværet. Pasienten har det ikkje berre vondt, men han er smerten og smerten er han. Han blir ein annan som tar heile verden



inn i smerten og slik lar den bli livet sjølv. Vi veit alle at den beste egostyrke må gi etter for t.d. suicidalopplevinga. Det normale perspektiv blir infiltrert og øydelagt. Den andre dimensjonen er ei fylgje av den første – einsemda. Kjensla av at dette er langt unna nærmiljøets og nærpersonane si fatteevne. All aktiv trøyst er potensielt farleg fordi den avslører avstanden og blir lett respektaus. Mitt første idelogiske poeng blir då ein grunnleggande respekt for denne smerten og dei pasientane som har den. Respekten må finna sit utlaup i ei resektiv, empatisk klinisk haldning som må bli eit vågestykke i relasjon til eigne emosjonar.

Mitt neste poeng er paradoksalt. Alle som har slik smerte bruker den strategisk for å oppnå, unngå, utsetja, skiva frå seg ansvar, letta samvett o.s.b.

Trass i respekten må eg difor prøva å setja grenser, konfrontera, la vera å gå inn i, eller la vera å hjelpe pasienten ut den lettaste vegen. Eg må vakta meg for at eg likevel tar pasienten på alvor sjølv når han bruker lidelsestrykket til manipulasjon. Men han må ikkje få påverka både seg sjølv og meg til løysingar som er for enkle, for kortsiktige eller øydeleggende.

Mitt tredje hovedprinsipp blir pragmatisk tilnærming. Prinsippidologar er like farlege anten dei seier at angst er ein biokjemisk mangeltilstand og treng Valium, eller ber fram SSRI som lettvinde løysingar for velfødde og kravstore borgarar som ikkje orkar vanlege livsproblem. Pasientar med livets eigen smerte kan ha det svært vondt uten at dei skal ha ein einaste tablett. På den andre sida er det pasientar som seier at samlivet er dårleg, økonomien går over styr, naboane er respektause og ungane bryr seg ikkje lengre. Men når dei kjem til kontroll tre veker seinare og har teke sin SSRI medikasjon, har dei gløymt kva dei kom for gongen før. Dei har då ikkje meir problem enn andre folk og får det

heller ikkje i framtida dersom då ikkje ein ny depresjon skulle koma. Det er truleg uetisk å bruka pasienten til å leva ut eigne faglege prinsipp. Pasientsentrert medisin er vanskelegare enn som så.

Det fjerde poenget mitt er multitilnærminga. Handlingstiltaket kan vera samtale med pasient eller pårørande, idrettsleiar eller skule. Det kan vera medisin, avslapningsteknikk eller mental trening etter kognitive prinsipp. Men dessutan kan det vera undervisning til pasienten og/eller pårørande, parsamtaler, barneverntiltak, trygdesak eller sjukmelding. Poenget er å leita fram og skredarsy på pragmatisk måte etter beste evne. Dette er og blir det essensielle for tiltak i allmennpraksis.

Mitt femte prinsipp er å gå reflektert inn og ut av nære relasjonar alt etter situasjon. I krisetider prøver eg å gå medvete inn, tilbyr kontakt utanom kontortid, er på mobiltlf. o.s.b. Eg er streng på silinga, men prøver å stå på for den einskilde i kortare tid. Etterpå prøver eg å vera like medveten på distanseringa. Denne er sjølvsgt avgjerande for både pasientens sjølvstende og mine eigne behov. Å bryta band kan vera smertefullt, men gir trykkleik og god tru på krafta i å dosera seg sjølv.

Møtet med pasienten

I møte med alle typer pasientar, men ikkje minst i det kliniske samværet med den nervøse pasienten, er der interaksjonar på mange ulike plan. Ein kan kanskje hevda at møtet har tre ulike tema.

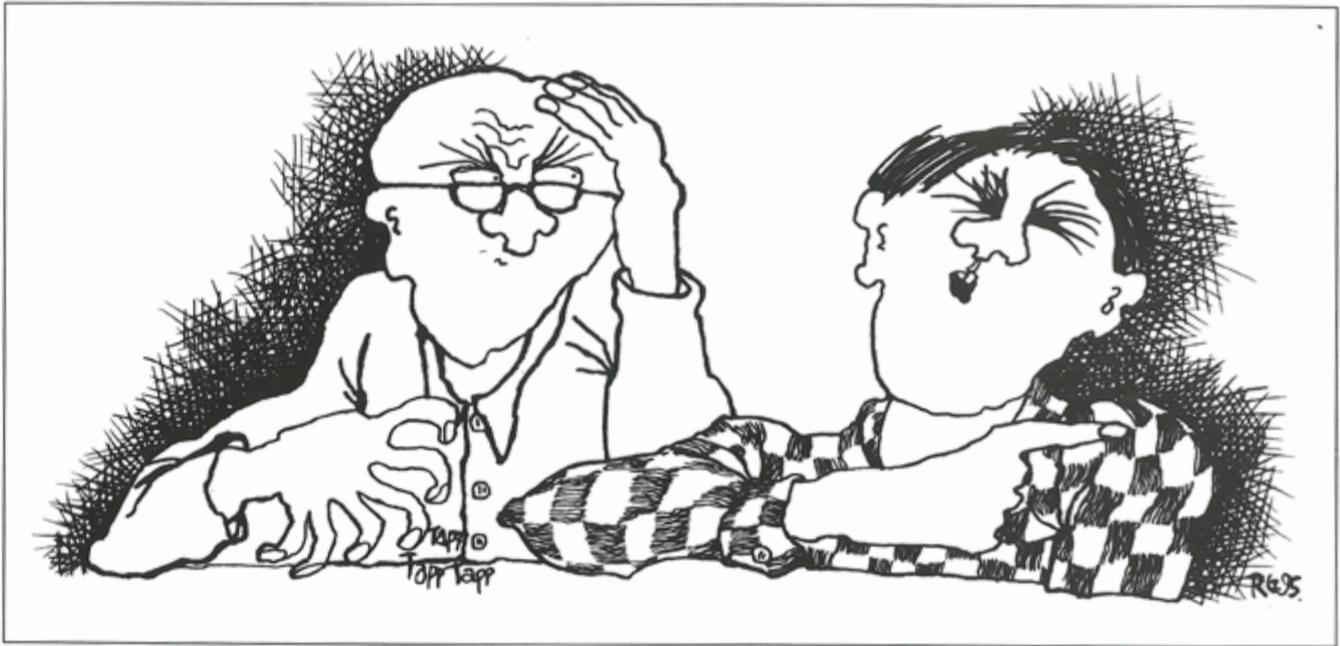
Det *profesjonelle tema* handlar om bruk av diagnostisk verktoy, psykofarmaka, psykoterapi, konsultasjonsteknikk o.s.b. Profesjonelt – fordi vi bør bruka kunnskap, modellar og verktoy som er spesifikt og tilpassa allmennpraksis. Andre profesjonar har sine eigne tilnæringsmåtar.

Det *empatisk-hermeneutiske tema* er ei forplikting i alle profe-

sjonar og handlar om å skjona pasienten slik han skjonar seg sjølv og deretter handla på ein slik måte at pasienten skjonar at du skjonar. Dette er eit kraftfullt middel som kan stå aleine når ikkje anna kan gjerast, eller det kan fungera som ei bærebølge for all profesjonell hjelp. Empatien gir påverknads-kraft for rådgjeving og compliance. Den gir placebokraft til styrking av dobbel blind effektar, og ikkje minst eit reservoar av velvilje til å tæra på når grensesetting er naudsynleg.

Det handlar om å finna ut av og virka inn på. Vi må finna ut av pasientens forventningar og frustrasjonar. Forventningane gjeld pasientens oppleving av plagene og den hjelpa han håper på. Frustrasjonane er knytta til basale psykologiske behov som ikkje er stetta så som tryggleik, kontakt, autonomi, anerkjenning o.s.b. Å virka inn på, har med konsultasjonstilen vår å gjera. Vi rører oss i grenselandet mellom nær/fjern, lik/ulik og liten/stor. Vi må vera distanserte, ulike og store nok for pasienten til å representera profesjonell støtte, men likevel nære, like og små nok til terapeutisk kontakt, felleskap og minisering av ein asymmetrisk sosial situasjon der pasienten på førehand har fått den svakes rolle.

Det *systemanalytiske tema* har òg allmennpraktikaren felles med andre behandlaryrke. Det handlar her om å skjona pasienten betre enn han skjonar seg sjølv. Slik verksemd er kraftfull, intellektuelt tilfredstillande men farleg. Det er lov å skjona interaksjonar, adferd og motiv som pasienten ikkje er seg medvete. Men det er ikkje lov å blindt tru på det vi trur vi skjonar. Vi må la det bli hjelpehypoteser for konstruktiv tilnærming der vi ser fleire handlingsalternativ enn reseptblokk. Ofte er alternativet «sense of coherens» for allmennpraktikaren sjølv, sjeldnare hjelp for pårørande til å skjona pasienten og av og til som innsyn i eige mønster frå pasienten si side.



Driv allmennpraktikaren psykoterapi?

Både ja og nei. Allmennpraktikaren bør ikkje til vanleg gjennomføra psykoterapeutisk behandling stringent etter metode. Han bør likevel bruka sin kommunikasjonskunnskap og evne til å få fram pasientens dagsorden og underbygga eit godt lege-pasienttilhøve.

Han er òg ei pragmatisk plukkar. Det er lov å prøva seg med innsikt i konfliktstoff som ikkje ligg for langt unna. Eit døme er Astrid på 60 år. Ho har alltid vore psykisk robust, sosialt flink og stabil. For 4 år sidan fekk ho fleire anfall med dovning og svekking av muskelkraft i ekstremitetane på hø. side. Ho opplevde dette som laming, og reagerte med normal redsel for neurologisk sjukdom. Men neurologisk undersøking hos spesialist viste ingen utfall. Ho blei longtidssjukmeldt og var fortvila over plagene som ikkje ville gi seg. Gjekk til støttesamtalar hos primærlegen sin. Etter kvart tok legen fatt i nære livsproblem som at sonen nettopp var teken i promillekøyring. Ho opplevde dette først og fremst som tap av ære. Neste time styrde han samtalen inn på farens hjertedød eit par år før. Det blei klart at ho hadde hatt svært liten sorgreaksjon på dette. Det blei snakka litt om sorgprosessar

og verdet av å gjennomarbeida dei. Legen ber henne fortelja frå hendingane rundt faren og ho bryt saman i gråt. Ei veke seinare fortel ho om ein sorgprosess som ho ikkje heilt trur på. «Kan dette vera naudsynleg?» Mannen ber henne ta seg i saman og slutta å gå til lege. Ho blei jo berre verre. Nå hadde ho òg utvikla angst for ferjereiser. Legen tala ein del om paradoksalt tilnærming til ferjeangsten. Sorgprosessen heldt fram og etter kvart kom det betring av symptoma. Og ho ristar på hovudet av dei rare mekanismane som ho nå må tru litt på. Men så kjem tilbakefallet verre enn før. Sorgprosessane forsvinn og ho blir på ny symptomfiksert. Under ein av samtalan bryt ho på ny saman i svær gråt og fortel om ei oppleving då ho var seks år, og som ho aldri hadde tenkt på sidan. Ho mista då ein bror på to år. Var med å såg han i kista, men kun som rituell handling. Ingen av dei vaksne var merksame på hennar situasjon eller snakka til henne om det triste som var hendt. Ho kan ikkje heller hugsa at ho reagerte då. Nå reagerer ho med sinne og fortvilning fordi dei vaksne på ein måte tok veslebroren bort frå henne utan forklaring. Ho går etter dette inn i ein større sorgprosess som kretsar omkrig alle tre hendingane.

Symptoma blir etter kvart borte og det har ikkje vore tilbakefall på desse fire åra. Sjølv er ho full av undring over seg sjølv og dei psykiske lovene ho nå har opplevd. Ho sit att med stor respekt for dynamikken i eige sjelsliv. Psykoterapeutisk arbeid med dei nære tapsopplevingane som kjem fram ved vanleg reseptiv konsultasjons-samtale er truleg god og effektiv terapi i allmennpraksis med lite medikaliseringspotensiale. Kanskje konversjonen ville fiksert seg medan ho sto på venteliste til spesialist.

Det kan òg av og til vera freis-tande å intervensera mot sosiale mønstre der til dømes kona er symptombærar og tapar når det gjeld sjølvkjensle i partilhøvet. Dersom mannen skulle få ein depresjon, kan ein trekanstamtale der kona blir ivaretakande og mannen fokusert som pasient, ha god innverknad på konas symptomatologi i tillegg.

Det er mange variantar av dette. Felles er at legen har ei «systemteori» om makttilhøvet dei i mellom og påverkar systemet gjennom sin vanlege konsultasjonsaktivitet.

Andre gonger kan det dreia seg om ein slags sosial innsiktsterapi. I parsamtalar med det unge ekteparet på eit gardsbruk kan det handla om at dei må vera villige til å «provosera» foreldregenerasjonen med

ei viss avstandsskaping slik at det blir markert at sonen i huset nå er meir mann i ny heim enn son i gamal. I beste fall endar freistnaden i større samhold mellom ektefellene og konsolidering av tilhøvet til forrige generasjon.

Støttesamtalar med grensepsykoterikarar lar seg óg gjennomføra dersom vi greier å vera stabile og unngå deira farlegaste våpen – den projektive identifikasjonen. Oppleving deira av at vi er fantastiske eller drittsekkar må ikkje få si stadfesting av oss, sjølv om pasienten prøver å få oss til å leva opp til slike projeksjonar. Dersom vi i tillegg lar dei verbalisera primitive og aggressive impulsar utan å ta på veg og korrigerer mikropsykosene som kjem med visse mellomrom, kan vi vera ein stabiliserande faktor over tid utan å brenna ut.

Mange kjem i livskriser. Fleire kolleger med long fartstid er over-

tydde om at den største lidinga er livet sjølv; slik som dårleg sjølvkjensle, manglande personleg fri-dom og tap av ymse slag.

I slike høve må legen vera ein kvalifisert samtalepartnar for å hindra medikalisering. Både avvising og reseptblokk kan medikalisera. Berre dersom legen gjennom samtale tar problemet tilbake til livet der det høyrer heime, kan arbeid med livsproblem forsvarast. Vi kan gjerne samtala med ho som nettopp er teken i underslag, der venen nettopp har hengt seg eller med faren som er mistenkt for incest. I slike situasjonar er det enkle samtaleprinsipp som bør råda i tillegg til empatien.

Mestring på ein annan måte enn i vanleg kvardag som er prega av fornektning, rasjonalisering, overkompensering og kontrollert regressjon – alt med tanke på å halda inne, kontrollera og vera

effektiv. Nå må mestringa vedast 180 grader mot samanbrot, utleving, gjennomarbeiding og omsorg frå andre.

Det er óg om å gjera at pasienten ikkje fell for freistinga til å gjera opp i krise. Dei store og prinsipielle avgjerdene i livet får venta til ny stabilitet er tilstades.

Det ligg elles stor trøyst i å sjå på kriseperioden som ei transportetappe. Du skal ikkje leva nå. Du skal berre halda deg i live med tanke på ei framtid som vil koma etterkvart.

For å greia dette og for å streka under at det nå dreier seg om eit mellombels, personleg forretningsministerium, skal du nå leggja all vekt på å halda fast på dei enkle kvardagsrutinane. Dei er ditt livbelte i opprørt hav.

I ein slik situasjon må du akspetera at du er liten og treng hjelp av andre. Det er galt å halda borte regressiv adferd dersom du er køyrd nok.

Men det er likevel eit krav som er absolutt. Du må koma deg ut av vegkryss. Eg som legen din, skal ikkje avgjera kva veg du skal gå, men eg krev at du går ein, slik at du kan akseptera tapet og starta prosessen mot vår og ny modning.

*Takk for meg og ei gjevande
Utpostetid!*

*Eivind Vestbo
4160 Finnøy*

Lei din egen vinrad

*i en fransk
vingård av
toppkvalitet
fra kr. 780
pr. år.*



*Viner av høy
klasse og
mye moro*

EN HELT SPESIELL GAVE

*Ring 22 14 40 44 eller skriv til
Dine Vingårder
Boks 27, Holmenkollen, 0324 Oslo*



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 kravspesifiserer 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 tilfredsstillt 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 _____

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

Jeg har en drøm...

...og mange av dem har vært på trykk i UTPOSTEN

Tekst: Helge Worren



Helge Worren, f. 1947, er cand. med. fra 1976. Turnustjeneste Nordfjord sykehus og Vestre Slidre kommune. Ass. lege Dikemark sykehus 1979-80. Distriktslegel/kommunelege I i Sør-Aurdal 1980-88. Leder for avdeling for helseopplysning, Statens helseundersøkelser 1988-90. Bydelsoverlege Vinderen bydel (Oslo) 1990-92. Siden 1992 allmennpraksis i Nitte-dal, fra 1996 kombinert med jobb som spesiallege (deltid), Statens helsetilsyn. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Redaktør i UTPOSTEN 1993-97.

Mange har prøvd å kopiere Martin Luther Kings retoriske mesterstykke «I have a dream...». Jeg skal ikke engang forsøke en slik bragd, men allikevel bruke poenget og dvele ved noen av mine drømmer. Jeg tillater meg å være personlig, selv om jeg beholder mine private drømmer for meg selv. Jeg vil dvele ved noen av mine drømmer for faget. Jeg har frimodighet til dette,

fordi jeg gjennom årene har opplevd at disse drømmene også deles av mange kolleger, ihvertfall tematisk.

Drømmer er ofte noe kaotisk, forvirrende, ulogisk og urealistisk. I en slik form kan de ikke presenteres – selv om viljen måtte ha vært tilstede. Jeg er nødt for å rydde og systematisere, men ser allikevel at de ulike drømmene går på kryss og tvers av hverandre, i stor grad overlapper og foregår på høyst ulike nivåer. Drømmer er viktige. Man trenger ikke være psykiater for å vite det. Drømmer gir uttrykk for håp, lengsler, visjoner og ikke sjelden frustrasjoner og fortvilelse. Det har slått meg mange ganger at drømmene i flere tilfeller godt også kunne vært uttrykt som verdier man tror på. Det ble allikevel for pretensiosøst å kalle dette bidrag for «Jeg vet på hva jeg tror». Det kunne gi inntrykk av en dogmatisk skråriskhet, som ikke er dekkende.

Det har vært en inspirasjonskilde for meg at mange av mine drømmer på ulikt vis har vært berørt i UTPOSTEN i den redaksjonsperiode som snart er over.

Drømmen om livet og døden

Det gode liv

Drømmen om livet vil for mange dreie seg om det gode liv – et liv som forhåpentligvis omfatter såvel livet i faget og livet utenfor. Jeg har selv skrevet noen linjer om dette tidligere i UTPOSTEN¹ og føler at temaet får økende aktualitet – ikke minst ettersom kravene og forventningene til vår profesjon stadig øker. Det krever en gjen-

¹ Worren, Helge: Det gode liv i allmennpraksis – fins det? UTPOSTEN 6/1994, s. 230-232

nomgang og bearbeidelse av hva vi makter, hva som er våre begrensinger, hvor vi setter våre grenser, hva som er vår rolle, og ikke minst en kontakt med vårt følelsesliv. Flere UTPOSTEN-bidrag² har berørt disse sider ved våre liv og vår faglige virksomhet. Karin Skarsaune forteller i samtale med Eystein Straume om «Bruk av følelser har forløst gleden ved å være lege» i nr. 2/1997. Selv opplevde jeg det sterkt i sin tid å lese turnuskandidat Kirsti Løvteits beskrivelse i intervjuet «Bildet av legen jeg skulle bli måtte rives» (4/1993). Petter Øgars leder i 2/1995 «Rolletilpasning eller sceneskifte på livets teater» og Knut Lindtners prisbelønte artikkel i samme nr. «Livets Teater – vårt bord?» er tankevekkende såvel i forhold til definering av roller som å forsøke å sette grenser. Også Eivind Vestbø foretar en bearbeidelse av grensesetting i nr. 4/94. Selv om dette i stor grad fokuserer for grenser i praksisen, vil dette også påvirke de grenser vi trekker opp i våre liv.

- ² Karin Skarsaune intervjuet av Eystein Straume: «Bruk av følelser har forløst gleden ved å være lege»
– Kirsti Løvteit i samtale med Eystein Straume: Bildet av legen jeg skulle bli måtte rives. UTPOSTEN 4/1993, s. 147-149.
– Øgar, Petter: Rolletilpasning eller sceneskifte på livets teater (leder) UTPOSTEN 2/1995, s.51.
– Lindtner, Knut: Livets Teater – vårt bord? UTPOSTEN 2/1995, s. 52 –
– Worren, Helge: Det gode liv i allmennpraksis – fins det? UTPOSTEN 6/1994, s. 230-232.
– Øgar, Petter: Rolletilpasning eller sceneskifte på livets teater (leder) UTPOSTEN 2/1995, s.51.
– Lindtner, Knut: Livets Teater – vårt bord? UTPOSTEN 2/1995, s.55.
– Vestbø, Eivind: Det får vera grenser UTPOSTEN 4/1994, s. 142-147



Livssyn og verdier

For meg er det gode liv nøye knyttet opp mot det livssyn jeg har og de verdier jeg tror på. Det kan selvsagt være delte meninger om innhold i et livssyn, men betydningen av å ha et livssyn kan neppe underverdes. Ikke minst i det informasjonskaos vi opplever – særlig i den medisinske verden – oppleves det godt å ha noen verdiknagger å styre kursen etter. Blir de verdier man tror på koblet opp mot skråsikkerhet og hovmot, vil dette imidlertid være direkte farlig, dels avstengende for de impulser livet gir.

Jeg synes det var forfriskende å lese John Nessas artikkel i nr. 4/1994 «Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren»³, hvor han begrunner behovet og bruken av filosofi i klinikken, men også baner veien for og legitimerer refleksjonen såvel i faglig sammenheng som i ens eget liv.

Grunnholdninger

En rekke grunnholdninger i livet er viktig for å innstille kompasset.

3 Nessa, John: Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren? UTPOSTEN 4/1994, s. 158 – 159.

Respekt og ydmykhet for livets krefter, nysgjerrighet og undringen på hva livet byr på og ikke minst takknemlighet er sentrale grunnholdninger jeg merker meg at mange av de jeg selv beundrer forsøker å tilstrebe i sine liv. I tillegg til at jeg selv også tilstreber disse grunnholdninger er humoren, smilet i hverdagen, viktig. Dette er selvsagt ikke noe man uten videre kan kommanderes til eller legge seg til. Jeg tror allikevel det er noe man kan jobbe med. Det har noe med å forsøke å se de positive sider ved tilværelsen, forsøke å snu perspektivet i en litt uvant retning og ikke minst være åpen for det humoristiske i tilværelsen. Jeg tror det er viktig for ens egen velvære og trivsel, men også at det virker gunstig på den kreative prosess og samværet med andre. Hvis det kan være noen trøst for alvorlige nordmenn som frykter at det blir for mye latter, kan jeg minne om Piet Heins GRUK:

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

Ordene er blitt skjebnesvangre for meg.

Døden

Døden er avslutning på livet og kan på sett og vis betraktes som en del av livet. Hvordan vi møter døden vil langt på vei si noe om den respekt og ydmykhet vi har for livet. Det har vært en rekke tankevekkende bidrag⁴ i UTPOSTEN i tilknytning til dette temaet.

Legens bearbeidelse av egne tanker og følelser omkring de døende og døden viser seg i stor grad å være utslagsgivende for hvordan legen takler dette såvel profesjonelt som et deltakende medmenneske.

Ringvirkningene av en manglende bearbeidelse påvirker såvel liv som praksis. Det er også interessant å merke seg mange legers holdning til ritualer. Ritualer er noe langt mer allmennmenneskelig enn det ordet ofte kan gi assosiasjoner til.

4 Kvamme, Odd: Om å leve og døy heime. UTPOSTEN 6/1993, s. 257-258.

– Hessling, Sten Erik: Tar du ansvar for dine døende pasienter? UTPOSTEN 8/1994, s. 301 – 304

– Hessling, Sten Erik: Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende og oss selv? UTPOSTEN 4/1996, s. 132 – 135.

– Vestbø, Eivind: Eksistensen, sorga og oss (leder) UTPOSTEN 4/1996, s. 131.

– Daae, Cecilie: Sykelig sorg eller syk av sorg? UTPOSTEN 5/1996, s. 202 – 204

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

ÅRGANG 24

NUMMER 1



Det er min drøm at leger kan få et mer bevisst og positivt forhold til de legende krefter som ligger i ritualer. Jeg viser til det som står om dette i UTPOSTEN 8/1994⁵

Drømmen om faget og virkeligheten

Medisin og humanisme

Mitt utgangspunkt for å bli lege var humanistisk inspirert. Medisinen har lenge vært kritisert for å være ensidig naturvitenskapelig basert. Jeg ser for såvidt ikke noe galt i at medisinen har solide røtter i den naturvitenskapelige verden. Men når medisinen i dominerende og nesten utelukkende grad skal ha fotfeste i et slikt jordsmonn, blir det noe som skurrer – ikke minst for fagene allmennmedisin og

5 Worren, Helge: Nå tenner moder alle lys – betyr ritualer lenger noe for oss? UTPOSTEN 8/1994, s. 299.

– Fisknes, Liv Rosmer: Sagt om ritualer UTPOSTEN 8/1994, s. 300

samfunnsmedisin. Dette er fag som spiller på hele spekteret i menneskelivet og på kontaktflater i forhold til et helt samfunn. Min drøm er at den utvikling kan fortsette og utdypes som gjør fagene mer humanistisk preget og forankret.

Kilder og erfaring

I UTPOSTENS jubileumsseminar ble den erfarne allmenn- og samfunnsmedisiner Jo Telje (årets Løvetannprisvinner) bedt om å si hvilke kilder han øste av i sin

fagutvikling. Han nevnte mange av de forventede kilder (kurs, tidsskrifter, o.l.), men mest interessant fant jeg allikevel det han sa om sine andre kilder: pasientene, skjønnlitteratur og ulike typer ikke-medisinske tidsskrifter og litteratur. Ikke fordi det er noe galt (tvert om nødvendig!) å lese typisk faglitteratur, men fordi det er viktig å være åpen for hele det spekter av impulser livet og virkeligheten byr på. Forøvrig er jeg litt svak for den humoristiske snert i de kilder Pål Gulbrandsen nevner i sin artikkel i UTPOSTEN 7/1993⁶: øynene, ørene, pusten, hjertet, pengeskuffen. Ved å nevne pasientene som kilde berører Jo Telje selvsagt en kjerne også ved UTPOSTENS kilder, nemlig erfaring. UTPOSTENS særlige kjenne-merke er nettopp den erfaringsbaserte formidling. Dette står ikke i motsetning til en kunnskapsbasert praksis. Såvel Frode Forland (UTPOSTEN 4/96)⁷ som Elisa-

6 Gulbrandsen, Pål: Søvtråd i min vev. UTPOSTEN 7/1993, s. 312 – 315.

beth Swensen (UTPOSTEN 2/97)⁸ viser dette i sine artikler, hvor de viser til den syntese av ulike kilder en medisinsk praksis bør bygge på.

Læring

Med erfaringen som en legitim og viktig kilde, berører vi en annen viktig del av denne drømmen, nemlig forholdet til læring. Olav Rutle, som døde så altfor tidlig i 1996, ble intervjuet i UTPOSTEN 6/1995 «Korleis lærer vi faget vårt?»⁹. Her åpner han for at også andre måter enn de tradisjonelle (først og fremst kurs) å lære faget på bør legitimeres. Gjensidig praksisbesøk, mer arbeid i kollegagrupper, mv. er viktige forslag. Det er interessant å merke seg at Landstyret i Den norske lægeforsening nettopp har vedtatt nye retningslinjer for spesialiteten i allmennmedisin i tråd med mange av hans tanker. Olav Rutle var også opptatt av modell-læring – en utnyttet læringsmetode i allmennpraksis, sannsynligvis også i samfunnsmedisin.

Skjønnsutøvelse

I nr. 7-8/96 utdyper Betty Pettersen i sin leder¹⁰ og Petter Øgar i sin artikkel¹¹ skjønnsutøvelse. Petter Øgar snakker i første rekke om skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen, men hans betraktninger har god overføringsverdi til allmennmedisin – og for såvidt også til andre fagfelt. Begge disse innspill bidrar til å konkretisere og avmystifisere skjønnsutøvelse – en faglig

7 Forland, Frode: Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin. UTPOSTEN 4/1996, s. 146 – 149

8 Swensen, Elisabeth: Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap. UTPOSTEN 2/1997, s. 86-88.

9 Rutle, Olav: Korleis lærer vi faget vårt? UTPOSTEN 6/1995, s. 260-261

10 Pettersen, Betty: Det vanskelige skjønnnet UTPOSTEN 7-8/1996, s. 267

11 Øgar, Petter: Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen. UTPOSTEN 7-8/1996, s. 268-272

virksomhet hvor mange ingredienser inngår: kunnskap, meninger, verdier, kulturelle strømninger og ikke minst en bevisst takling av erfaring.

Primærmedisin

Vi har de senere år sett en stadig sterkere atskillelse mellom fagene allmennmedisin og samfunnsmedisin. Fagområdene har hver sine spesialiteter. Det er stadig vanskeligere å snakke om primærmedisin som en enhet. Jeg skulle ønske det var annerledes, ikke minst i vårt langstrakte og desentraliserte land, hvor man fortsatt burde kunne satse på kombilegens samlede kunnskap. Det er ikke til å undres over at Øystein Christiansen i et leserbrev¹² i nr. 2/97 spør om det i fremtiden er mulig å overleve som kombilege. Nils Kolstrup berører det samme tema¹³ i nr. 4/1995 hvor han lurer på om kombilegen er en utryddelsestruet art. Johnny Mjell har etter min mening kommet med en av de mest konstruktive forslag mht. å bevare primærmedisinen som en enhet, nemlig ved å få til en tilnærming mellom spesialitene, evt. sammenslåing, slik at det vil bli krav om erfaring og kunnskap i allmennmedisin for å bli spesialist i samfunnsmedisin og omvendt. Han utdyper dette i sin artikkel i nr. 2/97¹⁴. Eystein Straume sier sågar i sin leder¹⁵: «Allmennmedisin uten samfunnsmedisin synes å være hodeløse greier.»

Vi trenger en ny ideologisk debatt

Det er sagt mye om innholdet i faget allmennmedisin. Jeg er per-

sonlig noe skremt over den senere tids tendens til avideologisering av faget, eller ihvertfall en manglende interesse for disse sider av faget blant mange kolleger. Man kan selvsagt mene- og gjerne si og skrive – mye om idealene KOPF – kontinuitet, omfattende omsorg, personlig og forpliktende tjeneste, men hva er alternativene? Det er ønskelig med ny ideologisk debatt i det allmennmedisinske miljø, hvor ikke bare tariffpolitiske tema skal dominere. Som en del av den videre diskusjon rundt faget allmennmedisin er det etter min mening også ønskelig å få større debatt rundt de temaene som allerede er nevnt (kunnskaps- og erfaringsbasert praksis, skjønnsutøvelse, læringsmetoder i allmennpraksis) samt økt satsing på medarbeideren¹⁶, kjønnsperspektivet i allmennpraksis¹⁷, og ikke minst forholdet til det forebyggende, helsefremmende arbeid og samfunnsmedisinen i kommunene.

Fortell ditt fag!

Denne drømmen slutter med en oppfordring som den Karin Skarsaune kommer med i nr. 1/97¹⁸, nemlig: Fortell ditt fag. Det er viktig at du formidler dine erfaringer til andre, gjerne i UTPOSTEN.

Drømmen om livet og faget i samfunnet

Dette er en lang og omfattende drøm som alltid kommer igjen, tildels på samme måten og uten at

det blir noen lykkelig slutt – hittil. Det er tildels drømmen om den ulykkelige kjærlighet – ulykkelig fordi temaet er viktig, men muligheten for oppfyllelse av drømmen synes så langt unna. Det er drømmen om samfunnsmedisinen, om det forebyggende arbeid, om det helsefremmende arbeid. Det er skrevet så mye riktig og pent om dette at det er kanskje er grunn til å spørre som jeg gjorde i nr. 3/96¹⁹: «Er allting glemt om 100 ord?» Dette var en kommentar til det daværende helseminister hadde sagt etter sine berømmelige 100 dagers tenkepause. Jeg er fristet til å si at det kanskje ikke skal sies stort mer nå uten at det følges opp av bevilgninger og konkrete tiltak fra myndighetenes side. Ellers vil hele feltets troverdighet og legitimitet tape. Jeg kan allikevel ikke unnlate å peke på endel viktige bidrag som har vært i UTPOSTEN som i stor grad berører temaet:

- Trygve Aanjesen²⁰ og Petter Øgar²¹ har hver sin tilnærming til den lokale samfunnsmedisin og de kan muligens karakteriseres slik Betty Pettersen gjør i sin leder²² i nr. 2/1994 som henholdsvis den «frustrerte autoritet» og «fornøyd premisseleverandør».
- Helsestasjonen og skolehelsetjenesten som arena for mye av det forebyggende arbeid i kommunene har vært berørt en rekke ganger, bl.a. av Kirsten Petersen i nr. 3/1996²³

12 Christiansen, Øystein M.: Er det mulig å overleve som allmennlege/kombilege i fremtiden? (leserbrev) UTPOSTEN 2/1997, s. 90 – 92.

13 Kolstrup, Nils: Er kombilægen en utryddelsestruet art? UTPOSTEN 4/1995, s. 168 – 172

14 Mjell, Johnny: Vi må få en tilnærming mellom spesialitetene i allmenn. og samfunnsmedisin. UTPOSTEN 2/1997, s. 68 – 70.

15 Straume, Eystein: Hvor god er god nok? Tanker om livslang læring og helsetjenestens utvikling. UTPOSTEN 2/1997, s. 55.

16 Worren, Helge: Medarbeideren i allmennpraksis – den forsømte ressurs (leder). UTPOSTEN 5/1997, s. 183 + flere artikler i samme nr. om samme tema

17 Fossum, Sonja: Om kvinner, menn og det matematifiserte helsevesen (leder). UTPOSTEN 3/1996, s. 91.

– Kirkengen, Anne Luise: Formelen for den menneskelige norm er N=XY. UTPOSTEN 3/1996, s. 92-96.

– Hanstad, Anne Mathilde: «Mine menn og jeg» – sommeranekdoter fra allmennpraksis. UTPOSTEN 6/1997, s. 227 – 231.

18 Skarsaune, Karin: Du skal fortelle ditt fag. To kasisstikker og en utfordring. UTPOSTEN 1/1997, s. 6 – 7.

19 Worren, Helge: Er allting glemt om 100 ord? Hva var det Hernes ikke sa noe om? UTPOSTEN 3/1996, s. 112.

20 Aanjesen, Trygve: Hvordan er hverdagen i en kommune? UTPOSTEN 1/1994, s. 11 – 14

21 Øgar, Petter: Kommunelege I – hvem er det? UTPOSTEN 2/1994, s. 48 – 50.

22 Pettersen, Betty: Den kommunale samfunnsmedisineren – fornøyd premisseleverandør eller frustrert autoritet? UTPOSTEN 2/1994, s. 47.

23 Petersen, Kirsten: Prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. UTPOSTEN 3/1996, s. 106-108.

- Petter Øgar fikk i 1995 OLLs samfunnsmedisinske pris for oppgaven «Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur?». Denne er trykket i UTPOSTEN nr. 6/95²⁴. Dette er en realistisk tilnærming til faget samfunnsmedisin innenfor de kommunale rammer mange doktorer – dessverre – har hatt vanskelig for å tilpasse seg.
- Anders Grimsmo skriver i nr. 1/96²⁵ om det fremtidige forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er vanskelig å være uenig, men det mangler fortsatt dessverre bevilgninger og vilje bak de perspektiver som trekkes opp.

Folkehelse

En rekke andre bidrag innenfor feltet forebyggende og helsefremmende arbeid er tatt inn i bladet. Det reises mange prinsipielt viktige diskusjoner om risikotenkning i helsevesenet, helsevesen som det «ufeilbarlige», folkehelse og frihet – for å nevne noen tema. Den interesserte kan ha mange gode lesestunder foran seg. Vi kan håpe at den bebudete offentlige utredningen om folkehelsearbeid også gir grunn til glede at noe kanskje snart skal skje på denne fronten.

Fastlegeordning

En sak av spesiell interesse når det gjelder faget/fagene i samfunnet er den bebudete fastlegeordningen (Stortingsmelding 23 – 1996-97). Den har ved flere anledninger blitt omtalt i UTPOSTEN. I UTPOSTEN nr. 3/97 tar foruten lederen²⁶ også en rekke andre bidrag opp saken. Saken er foreløpig såvidt løs

24 Øgar, Petter: Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? UTPOSTEN 6/1995, s. 248 – 253.

25 Grimsmo, Anders: Helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskifte. UTPOSTEN 1/1996, s. 22 – 26.

26 Worren, Helge: Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten – holder den mål? UTPOSTEN 3/1997, s. 103-104.

i veven at det er vanskelig å si om det kan bli en god eller dårlig løsning. Sannsynligvis ligger det langt dypere problemer i tjenesten (stabil legedekning i distrikts-Norge, samfunnsmedisinen og det forebyggende arbeids skjebne, bl.a.) enn det fastlegeordningen er i stand til å gjøre noe med, enn videre kan sies å være relevant i forhold til. Foreløpig er det grunn til å være avventende, men allikevel positiv. Det er viktig at vi som yrkesgruppe ikke spiller oss av banen og diskvalifiserer oss i utformingen av ordningen. Det er viktig å se hvilke positive elementer fastlegeordningen tross alt er ment å skulle ivareta. Så får vi aktivt og positivt jobbe for at de potensielt uheldige sidene i forhold til legenes arbeidsmiljø, legedekningen i distrikts-Norge, legenes innsats i det forebyggende og helsefremmende arbeid blir snudd, ihvertfall minimalisert. Dette er en drøm som ofte gjentar seg.



Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten – holder den mål?

Drømmen om kreativitet og kvalitet, kontroll og tilsyn, kontakt og kommunikasjon

Kreativitet og kvalitet

Dette er en drøm jeg sjelden drømmer, kanskje fordi deler av den forvirrer meg. Det jeg har mest glede av når denne drømmen dukker opp er drømmen som berører kreativitet. Denne drømmen fikk ny næring da jeg nylig intervjuet Ragnhild Gjerstad²⁷. Hun er ansvarlig for svært mange av UTPOSTENS forsider. I løpet av den tiden jeg intervjuet henne fikk jeg mange assosiasjoner rundt formidling uten bruk av ord – «handlingen før teksten» – slik Ragnhild uttrykte det. Vi må la kreativiteten få blomstre også i helsetjenesten og jeg er overbevist

27 Gjerstad, Ragnhild (i samtale med Helge Worren): Jeg vet ikke alltid hvor det kommer fra. UTPOSTEN 8/97, s. 308 – 311.



om at dette arbeidet også kan knyttes opp mot arbeidet med kvalitetsutvikling. Vi må ikke la dette arbeidet i altfor stor grad bli overtatt av byråkratene. Selv om det er behov for systematisering, bør det allikevel kunne skje innenfor rammer som slipper det kreative, det lekende i mennesker frem. Jeg syns Eystein Straume får dette fint frem i sin leder²⁸ i nr. 7/95, hvor han tar sandkasseperspektivet vi hadde som barn og fører det inn i vår prosedyreorienterte og velordnede voksne verden med de konsekvenser det måtte få.

Kontroll og tilsyn

Helsepersonell, ikke minst leger, får nærmest elveblest når ordene kontroll og tilsyn brukes. Det er angivelig noe Tilsynsmyndigheten (les Statens helsetilsyn og fylkeslevene) driver med for å holde oss i ørene. Vi motsetter oss styring. Frykten er overdrevent, selv om ordet Tilsyn gir assosiasjoner som bedre rimer med overvåking og politi. Når tilsyn imidlertid også blir utvidet til å gjelde veiledning og råd blir det ofte formildende. Når tilsyn med at lover, forskrifter og alment aksepterte faglige normer blir overholdt bør ikke veien være lang til å oppfatte at dette har

med kvalitet å gjøre. Og en helse-tjeneste av høy kvalitet det vil vi vel ha, ihvertfall for oss selv og våre nærmeste? En ubehagelig, men uunngåelig, sak er selvsagt klagesakene. Jeg syns dere skal unne dere å lese (evt. om igjen hvis du allerede har lest den) intervjuet med fagsjef Hege Raastad i Statens helsetilsyn om klagesaker i UTPOSTEN 7/97²⁹. Intervjuet kan oppklare endel myter og misforståelser, og gir dessuten nyttige tips og råd om hvordan man bør forholde seg.

Kommunikasjon og kontakt

Ikke minst når det gjelder slike felt som kvalitetsutvikling og tilsyn er de omgitt av en rekke ord som vi oppfatter som fremmed. Mye er skrevet, men tydeligvis lite når frem til forståelse hos de som skal lese og praktisere det som er skrevet. Kommunikasjon og formidling har som hovedformål å skape kontakt og forståelse. Lykkes ikke det er kommunikasjonen og formidlingen bortkastet. Derfor er det en drøm at dette feltet kan gis ennå større prioritet, ikke først og fremst for å spare inn på forbruket av cellulose, men for å hindre spill av ressurser og viktigst: å nå helt frem med budskapet.

²⁹ Raastad, Hege (i samtale med Helge Worren): Klagesaker – hva er alternativet? UTPOSTEN 7/97, s. 270

Den vonde drømmen

Den vonde drømmen – noen vil kalle den marerittet – er den hvor faget primærmedisin er dødt eller ikke-eksisterende, kanskje fordi vi har forspilt våre sjanser til faglig utvikling og forankring i hverdagsvirkeligheten, vår legitimitet. Den vonde drømmen er også en drøm hvor ordene forebygging og helsefremming knapt eksisterer, og hvor de i alle fall er fullstendig innholdsløse. Kanskje fordi politikere, administratorer og vi (?) har brukt honnørordene så ofte uten ledsagende handling at inflasjonen ble så sterk at boblen sprakk. Den vonde drømmen er også en drøm hvor kontroll helt har kvelt kreativiteten, tilsyn alene er blitt erstatning for kvalitetsutvikling og hvor forsøk på kommunikasjon aldri fører til kontakt. Kanskje fordi man ikke har vært seg bevisst å skille mellom mål og virkemidler?

Den vonde drømmen er nært beslektet med:

Den verste drømmen

Den verste drømmen er den drømmen som ingen drøm er, ikke engang marerittet. Den verste drømmen er å ikke ha noen drøm. «If you never have a dream, you never have a dream come true» (Hvis du ikke har noen drøm, kan du heller ikke få oppfylt en drøm). Å ikke ha noen drøm innebærer å ikke ha håp, lengsler, visjoner, ikke engang fortvilelser eller frustrasjoner.

For at avslutningen ikke skal være en unødvendig oppfordring eller stimulans til vinterdepresjoner, lar jeg Piet Hein avslutte med et Gruk:

*Husk å smile før du sover
Så går dagens surhet over.*

Gode drømmer!

*Helge Worren
Langmyrgrenda 59 B
0861 OSLO*

²⁸ Straume, Eystein: Kreativitet, kontroll og tilsyn. UTPOSTEN 7/1995, s. 295



Videreutdanning i folkehelsevitenskap (FH)

Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin tar opp studenter til ett-årig eller ett-semesterens videreutdanning i folkehelsevitenskap. Tilbudene er opprettet med økonomisk støtte fra Den norske lægeförening. Første semester inkl. bestått eksamen godkjennes som obligatorisk teoridel til spesialiteten i samfunnsmedisin (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger). I tillegg er høstsemesteret godkjent med 175 kurstimer for spesialiteten i allmennmedisin. MPH-grad gir ekstra meritt ved søknad på stilling (konf. Legeforeningens årbok).

Legeforeningen yter etter fastsatte retningslinjer stipend til dekning av boutgifter, reiser, litteratur samt lønnsstap (for leger som ikke får permisjon med lønn i 2. semester). Kommunenes sentralforbund har anbefalt at det legges til rette for at leger får ta samfunnsmedisinsk utdanning. De som får problemer med å få permisjon fra sin arbeidsgiver, kan ta kontakt med Legeforeningens forhandlingsavdeling. Studiet gir normalt rett til studielån i Statens lånekasse for utdanning.

Ett-årig videreutdanning i folkehelsevitenskap

FH-studiet er et tverrfaglig heltidsstudium som kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet både i kommune, fylke og stat. Det er også velegnet for helsepersonell som vil gå inn i forsk-

ning. Studiet tilsvarer utdanning til Master of Public Health. Søkerne må ha helse-/sosialfaglig utdanning og dokumentert cand. mag., min. 2 års yrkeserfaring fra helsevesenet samt kunnskap om medisinsk terminologi. Mye av pensumlitteraturen er på engelsk. Etter gjennomført studium og godkjent spesialoppgave får studentene graden Kandidat i folkehelsevitenskap.

Folkehelsevitenskap er kunnskap om og metoder for å forebygge sykdom og fremme helse ved organisert samfunnsmessig arbeid. Folkehelsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Undervisningen i epidemiologiske metoder er derfor gitt et større omfang enn de andre emnene. Studiet er metodeorientert og holder et høyt internasjonalt metodenivå, og målsettingen er å gi studentene et «verktøy» framfor ren kunnskapslæring.

Høstsemesteret går over 17 uker og omfatter følgende emner: EDB, statistikk og programpakken Epi-Info, Epidemiologi og medisinsk statistikk, Forebyggende helsearbeid, Organisasjon og ledelse, Klinisk epidemiologi, Helseøkonomi og Miljørettet helsevern. Epidemiologibolken og klinisk epidemiologi er godkjent som forskerkurs for stipendiater og doktorgradstudenter, og disse samkjøres med FH-studentene. Vårsemete-

ret går over ca. 10 uker fordelt to perioder, hvor emnene videreføres men hovedvekten er lagt på oppgaveskriving under veiledning.

Studiet er integrert i Institutt for samfunnsmedisins lokaler med nærhet til forskningsmiljø, forelesere og veiledere. Studentene har egne undervisnings- og PC-rom, og disponerer i hele studietiden egen PC med oppdatert programvare, tilgang til Internett og egen e-mail-adresse.

Søknadsfrist: 20. februar 1998
på universitetets søknadskjema

Nærmere opplysninger:
FH-utdanningen, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø,
Internettadresse:
<http://www.ism.uit.no>
Tlf. 77 64 48 16 eller 48 24,
telefaks 77 64 48 31,
e-post: FHstudiet@ism.uit.no

Søknadskjema fås også hos Studieavdelingen, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, tlf. 77 64 49 60.

UTPOSTEN setter pris på!

Redaktør Helge Worrens tale ved prisutdelingen under festmiddagen 23. oktober på årets Nidaroskongress:

Kjære festdeltakere,

UTPOSTEN er stolt over sine priser og prisvinnere. Det gir oss anledning til å fremheve bladet og ikke minst behovet for den erfaringsbaserte formidling bladet står for.

Også i år skal det deles ut priser. Vi har 2 priskategorier – illustrasjonsprisen og tekstprisen. Kandidater er alle bidrag i bladet fra forrige sommer (1996) til sist sommer (1997). Redaksjonen utgjør juryen.

Illustrasjonsprisen ønsker å understreke illustrasjonenes verdi i formidlingen. Egentlig har vi en

klar vinner hvert år, nemlig den eminente kunster Ragnhild Gjerstad, som bl.a. har tegnet mange forsider. Men – hun er unntatt pga. reglene. Hun har imidlertid laget selve prisene til prisvinnerne – to vakre og megetsigende illustrasjoner spesielt tilpasset prisvinnerne og deres bidrag. Vi håper å kunne vise disse i UTPOSTEN senere i år.

Når det gjelder selve illustrasjonsprisen har vi ingen vinner i år, noe som ekstra understreker behovet for gode illustrasjoner.

Tekstprisen derimot – der har juryen kunnet velte seg i gode kan-

didater. Faktisk har årets valg vært så vanskelig at vi har valgt å dele prisen på 2 vinnere – akkurat som årets Nobelpris. Vi har valgt 2 vinnere, som begge har levert bidrag som – på tross av sine forskjelligheter – er typisk UTPOSTENsk i både stil og innhold. Det typiske UTPOSTENske har det erfaringsbaserte, meningsbaserte og friske ved seg – tatt rett ut av hverdagen.

Vi har som sagt 2 prisvinnere – en av hvert kjønn. For å unngå mistenkeliggjøring mht. kjønnsdiskriminering, deler vi ut prisen til mannen først. □

Den mannlige prisvinner har levert 2 bidrag i samme nr. – nr. 7-8/96. Det ene bidraget heter «Foryngelse i Nord» og gir en frisk rapport fra et vikariat i Hasvik kommune i Finnmark. Det andre bidraget heter «Om den store lydhetskampanjen som ruller over landet», som tilkjenner synspunkter på kvalitetsutvikling basert på erkjente behov for forbedring versus kvalitetsutvikling utfra dekreter utstedt ovenfra og nedover. Og prisvinneren heter:



SVERRE LUNDEVALL.

Vi gratulerer!

Den andre prisvinneren hadde sitt bidrag i nr. 2/97 «Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap». Ikke minst slår hun et slag for det gode allmennpraktikere har praktisert lenge, nemlig at god praksis er en sammensatt bruk av skjønn, kunnskap, meninger, verdier og bruk av fornuftig autoritet. Prisvinneren heter:



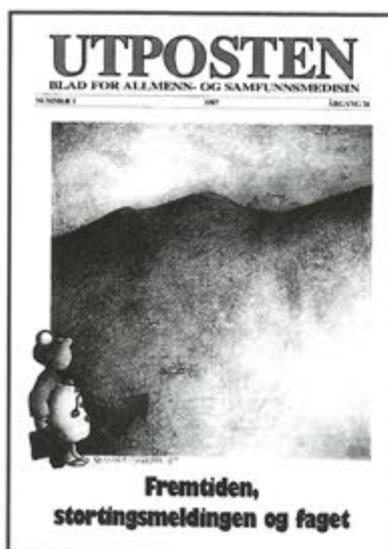
ELISABETH SWENSEN.

Vi gratulerer!



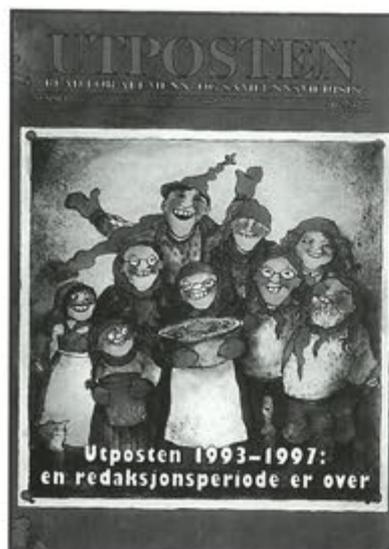
Nummer 2

Hvor god er godt nok? *Leder: Eystein Straume*
 Bruk av følelser har forløst gløden ved å være lege. *Karin Skarsaune intervjuet av Eystein Straume*
 Har vi verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin? *Karin Skarsaune*
 Den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin. *Sjur Agdestein*
 Vi må få en tilnærming mellom spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin. *Johnny Myll*
 Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane? – del 1. *Erlend Bergesen, Lasse Follvord, Marit J. Kamøy, Odd Kjøntvedt og Vegard Vige*
 Allmennmedisinens kjerne; konsekvenser for videre- og etterutdanning. *Michael F de Vibe, Tor Carlsen, Kristin Prestegard og Hans Magnus Solli*
 Astmaskole i primærhelsetjenesten. *Kari Hvinden*
 Hormonbehandling og hjerte- og kareffekter. *Ingrid Os*
 Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap. *Elisabeth Swensen*
 Helsearbeidarar i alle fylke, sameinn dykk! (No skal vi endelig ha det moro). *Geir Sverre Braut*
 Bedre helse for mor og barn. *Kjell Haug og Leiv S. Bakkevig*
 Er det mulig å overleve som allmenlege/kombilege i fremtiden? *Eystein M. Christensen*
 Vitamin B6 (Pyridoksin) ved svangerskapskvalme. *RELIS*
 Slaget! *Yngve Nakling*
 EDB-verktøy for evaluering av egen praksis. *Tor Carlsen*



Nummer 1

Fremtiden, stortingsmeldingen og faget. *Leder: Eivind Vestbo*
 Terapismen og den omvendte Odysse. *Leder: Sonja Fossum*
 «Det er viktig å ta vare på sin egen sjel...» *Arvid Vaile intervjuet av Helge Worren*
 Du skal fortelle ditt fag. *Karin Skarsaune*
 Om samfunnsmedisin og samfunnsmedisinens vilkår. *Tor Ødegaard*
 Allmennpraktikerens rolle som portvakt i forhold til spesialisthelsetjenesten. *Petter Øgar*
 10 teser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis. *Jørund Straund*
 Hva ligger bak de store variasjonene i primærlegers forskrivning av benzo-lisepiner? *Trine Bjørner Dybwad*
 Tvangsalliansen. *Siri Steine*
 «Miljørettet helsevern» – hva er det? *Kull 3. Miljørettet helsevern*
 Flour vaginalis. *Flemming Bro*
 Medisinens makt og avmakt. *Berit Tveit*
 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Ragnar Solbraa Bay og Lena Engfeldt*
 Hva er god lege-etikk? *Carl Ditlef Jacobsen*
 Ausma Ballode – allmennlege i Latvia. *Ausma Ballode og Øyvind Juris Kanavins*
 Kurs om evolusjon og mennesker ved biologisk institutt, Uio. *Ivar Myserud, Ivar Myserud og Tore Slagvold*
 Mer helse for hver bit – bløff eller virkelighet? – Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for informasjonsteknologi. *Petter Øgar*
 Forebygger C-vitamin urinveisinfeksjoner? *RELIS*
 Vinterdepresjon. *Eystein Straume*



Nummer 8

Hva sa vi da – og hva sier vi nå? *Leder: Redaksjonen*
 «Jeg vet ikke alltid hvor det kommer fra». *Håndverker Ragnbild Gjerstad intervjuet av Helge Worren*
 Lyttar – lesar – forteljar – skrivar. *Geir Sverre Braut*
 Noen refleksjoner over kommunikasjon. *Sonja Fossum*
 Om å lete i ruinene av sine drømmer. *Eystein Straume*
 Røynsle i allmennpraksis – hva er det? *Eivind Vestbo*
 Jeg har en drøm... *Helge Worren*
 Utposten setter pris på!
 Indeks – Utposten 1997
 The times they are a-changin'. *Petter Øgar*
 Nett-nytt – Nytt nett – Helsennett. *John Leer*
 Prisutdelingar på Nidaroskongressen 1997
 Norsk standard for klinisk allmennmedisin. *Geir Sverre Braut*
 Allmennmedisin – klinisk arbeid. *Geir Sverre Braut*
 Sykdomsforebygging – utfordringer og moesgelsler for medisiner. *Eivind Meland*
 Hvordan tenkte Thomas Bayes? *Bent Natvig*
 Groblad, meitemark og krutt. *Helge Worren*



Nummer 8
 Hvis Kjell M
 Ridder av S
 Fanget i ret
 ter. *Karin S*
 Hvem – hv
 Edvin Sebe
 Gi meg en
 Klagesaker
 Pasientrett
 Legevakt
 Legemang
 Medarbeid
 Helge Wor
 EDB-utbyg
 Pasienten so
 Jeg tror at ti
 sjuet av He
 Plivirker inn
 Det er verd
 Larum inte
 «Den vansko
 Diagnostisk

Nummer 3

Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten – holder den mål? *Leder. Helge Worren*
Hva sier Stortingsmelding nr. 23? *Helge Worren*
Jeg er skuffet over stortingsmelding 23 1996/97. *Johnny Mjell*
Medarbeiderne er ikke nevnt. *Tove Rutle og Kari Svarttjern*
Stortingsmelding om primærhelsetjenesten: Ikke hva jeg hadde håpet på, ikke hva norsk allmennmedisin fortjener, men det kan fortsatt bli en fastlegeordning. *Hans Kristian Bakke*
Kommentarer til Stortingsmelding nr. 23. *Bjarne Haukeland*
St.M. 23 – Hva mener OLL? *Ivar Halvorsen*
Vi må styrke den sosialmedisinske dimensjonen i samfunnsmedisinen. *Anders Smith*
Ny hovedutdanning i samfunnsmedisin. *Petter Øgar*
Litt nytt... *John Leer*
Islandske allmennpraktikere i hardt vær: «Kampen gjorde meg enda stoltere av faget mitt». *Bjarni Jónasson intervjuet av Linn Getz*
Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane? *Erlend Bergesen, Lasse Folkvord, Marit J. Kamøy, Odd Kjøstvedt og Vegard Vige*



Nummer 4

Psykiatrien i våre hjerter. *Leder. Betty Pettersen*
«Vi har fått en ny psykiatriplan, men vi har enda ikke fått en ny psykiatritjeneste.» Stortingsmeldingen om psykiatri. *Eystein Straume*
Utviklingstrender i psykiatrien. *Pavol Munk-Jørgensen*
Den nye studieplanen ved det medisinske fakultet i Oslo. *Professor Per Brodal intervjuet av Sonja Fossum*
Støtte og lære i norske kommuner. *Halvard Bø*
Et sykehusvesen i forandring. St.meld. nr. 24 (1996-97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. *Petter Øgar*
Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. *Petter Øgar*
Seksualitet og forebyggende tiltak. Skal vi forebygge seksualiteten eller problemene? *Svein-Erik Ekeid*
En skolelege krysser sine spor. *Jan E. Kristoffersen*
Foreldreundersøkelsen 1995 – noen kritiske bemerkninger. *Liv Tønjeson og Margaret Torbjørnsen*
Antidepressiva og sex. *RELIS*
Feilslutningen fra et til bor. Svar til Carl Ditlef Jacobsen. *Lars Tjenvoll*



Nummer 5

Medarbeideren i allmennpraksis – den forsømte ressurs. *Leder. Helge Worren*
Kunnskap – kan aldri vara evig veit du. *Tove Rutle og Kari Svarttjern*
Hjelpespersonelloplæring. *Helge Lund*
Etterutdanning – for medarbeideren? *Margareth Pettersen*
Om AIDS og blodappelsinet. *John Nessa*
Kultur og helse – bingo eller opera? *Petter Øgar*
Ny kursform prøvd i Finnmark. *Peter Prydz*
Kunsten og hjelpe. *Ingrid Ottemo*
Nærhet og distanse. *Geir Sverre Braut*
EDB-reseptor – Er De Bedre? *Christian Berg, Sandy Lunse og Tone Mark Magnem*
NSAM-seminaret 1997; Premisser for fremtidens datajournal. *Anet Fosse og Anders Barheim*
«Forkjølelssår» – er aciklovir et alternativ? *RELIS*
Noen kritiske bemerkninger til sammendraget fra Foreldreundersøkelsen 1995. *Liv Tønjeson og Margaret N. Torbjørnsen*
Bodo-erklæringen om det lokale folkehelsearbeidet
Om samfunnsmedisinen, fylkeslegane og kjerleiken. *Frode Forland*

Nummer 7

Magne skulle ringe... *Leder. Petter Øgar*
Olav Orden, Anders Forsdahl. *Anders Forsdahl i samtale med Eystein Straume*
Tilgjengelighets-samfunnet? Noen tanker omkring forslaget til Lov om pasientrettighetsloven
Hvor? Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger. *Geir Sverre Braut og Tone Skjerven*
Skulder... Skulderkurs på Solstrand. *Helge Worren – leserbrev*
Hva er alternativet? *Fagefjell Hege Raastad intervjuet av Helge Worren*
Ferdigheter – godt, men tveegget sverd. *Petter Øgar*
Gene – hvordan har de det, og hvordan tar de det? *Jan Emil Kristoffersen*
i primærhelsetjenesten i utkant-Norge. *Arne Vassbotn*
Hvordan gir pasienten nærhet! *Legesekretær Tone-Merete Larsen Frey intervjuet av Geir Sverre Braut*
Ging i bakeveje. *John Leer*
Om tekst. *Geir Sverre Braut*
... er med på å gi tjenesten kvalitet. *Jordmor Tone Breines Simonsen intervjuet av Helge Worren*
Stak av preparatet BioCardio® absorpsjonen av legemidler? *RELIS*
Fullt å kunne gjøre noe annet enn det vanlige. *Professor i allmennmedisin Even Hovengen intervjuet av Helge Worren*
«Elle pasienten». *Svein Slagvold*
Hva er fremskritt? *Kjeld Malde*



Nummer 6

Vitenskap, vitenskapsteori og den verkelege verda. *Leder. Geir Sverre Braut*
Den nye utdanningshåndboka er på plass i utdanningsgruppene. *Steinar Westin intervjuet av Eivind Vestbo*
«Mine menn og jeg» – sommeranekdoter fra allmennpraksis. *Anne Mathilde Hanstad*
Vyer for darwinistisk medisin. *Randolph Nesse intervjuet av Iver Myrstedt*
Kvalitetssikring av laboratoriearbeid i primærhelsetjenesta. *Torill R. Solaas, Reidunn Fremstedal og Steinar Holmeset*
Innenfra og nedenfra. *Eystein Straume*
Nyfødtkohorten og bedre helse. *Anders Barheim*
Winmed. *Egil Østebrød*
Konsensuskonferanse om forebygging og behandling av type 2-diabetes. *Tor Claudi*
Din huslege. *Helge Worren*
Klinisk blick Reflexioner kring lækekunsten. *Geir Sverre Braut*
Kritikk av legeundersøkelse av arbeidstakere på skip. *Nils Carl Lonberg*
Bivirkninger av Betolvex injeksjon? *RELIS*

The times they are a-changin'

– tanker om strategiske holdninger, kunnskaper og ferdigheter

Tekst: 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 NSAM's diabetes-gruppe og Utposten-redaksjonen.

The times they are a-changin' (Bob Dylan), – og de forandrer seg stadig raskere. Det blir tiltagende vanskelig for noen og enhver å henge med i svingene. Mestringsvansker oppstår på mange mikro- og makroarenaer i samfunnet med ulike uttryksformer. Medisinen er på mange måter i fronten av denne utviklingen ved at medisinske sannheter har kortere halveringstid enn de fleste andre sannheter. Utfordringene blir derfor ekstra store for oss – ikke minst innenfor allmennmedisinen som er så faglig altomfattende. Men ikke alt foran-

drer seg like mye. I en så turbulent og omskiftelig verden tror jeg en klok mestringsteknikk er å prøve å identifisere holdninger, kunnskaper og ferdigheter som har lang levetid og kan brukes i mange situasjoner. Jeg har valgt å kalle dette strategiske holdninger, kunnskaper og ferdigheter og vil dele noen av disse med dere.

Det viktigste er evnen til å kunne identifisere hva som er strategiske holdninger, kunnskaper og ferdigheter og å kunne identifisere nye situasjoner der de kan benyttes. Identifikasjonen vil ofte handle om å se historiske gjentakelser og/eller prinsipielle paralleller. Strategi betyr opprinnelig læren om krigføring. I sivil sammenheng er strategi valg av framgangsmåte for å løse en oppgave. Sentrale spørsmål blir: Hvilke er de viktigste oppgavene? Hvilken framgangsmåte bør vi benytte for å løse dem på best mulig måte?

Holdninger

Å utpeke strategiske holdninger er vanskelig fordi holdninger i så stor grad dreier seg om verdispørsmål og etikk. Da blir det svært subjektivt hva som er riktig og klokt. Kanskje er det viktigste å ha et verdigrunnlag som en kjenner og tror på. Det vil ihvertfall kunne være til navigasjonshjelp og beslutningsstøtte i vanskelige valgsituasjoner og bidrar til å bringe verdidimensjonen opp på et bevisst plan. De siste tiders politiske begivenheter i kongeriket gir en viss støtte til hypotesen om verdibevissthetens betydning i folkesjela. I en faglig sammenheng har jeg stor tro på betydningen av ydmykhet og nys-

gjerrighet som viktige forutsetninger for personlig utvikling, vekst og tilpasning til nye forhold. For meg handler dette mye om toleranse, respekten for alt vi ikke vet og om å ta vare på og vedkjene seg barnet i seg.

Kunnskaper

Kjennskap til seg selv er det mest grunnleggende. Vellykket mestring av mange situasjoner avhenger av dette. Dels dreier det seg om å kjenne seg selv og sine sterke og svake sider. Dels handler det om å lære seg å registrere hvordan omverdenen ser på deg. For stor diskrepans vil ofte være en kilde til problemer. Med metaforen Joharis vindu dreier det seg om å gjøre rutene 2 og 3 minst mulig (figur 1).

Hvilken annen kunnskap som er mest nødvendig og «best» kan diskuteres og vil variere avhengig av ståsted. Noe faktakunnskap er selvfølgelig nødvendig, ikke minst i vår yrkessammenheng. Men fakta i flimresamfunnet har svært kort halveringstid og ofte svært begrenset anvendbarhet. I vår teknologiske tidsalder er også faktakunnskapen svært lett å finne. Jeg tror på

Figur 1 Joharis vindu – på personligheten min

		For meg	
		Kjent	Ukjent
For andre	Kjent	1	2
	Ukjent	3	4



betydningen av bred allmennkunnskap som «solid grunnlag for egne meninger». Historie, etikk, samfunnsfag og naturfagene er alle viktige, men istedenfor faktafokuseringen burde en legge større vekt på å identifisere det prinsipielle og generaliserbare. Som generelle og bestandige redskapsfag er norsk, engelsk og noe matematikk uunnværlige. Gudleiv Forr i Dagbladet sier det slik: Pytagoras har stått fast i 2500 år, og vil bli med oss inn i kunnskapssamfunnet. «An, auf, hinter, in» vil fortsatt styre akkusativ i tysk langt inn i det neste årtusen og Snorre vil fortsatt fortelle oss noe vesentlig om middelalderens nordmenn. Innenfor vårt fag tror jeg generell biologi, psykologi og patologi er undervurdert sammen med prosessfag som beslutningslære.

Ferdigheter

Læring

En rekke ferdigheter er viktige og kan sies å være av strategisk viktig karakter.

Evnen til læring er en av de mest grunnleggende. Hva er det fornuftig å lære? Hvordan gjøre det på best måte? Hvordan kan jeg best mulig lære av de opplevelsene jeg utsettes for slik at jeg bevisstgjør dem og tar vare på nyttige erfaringer? 20 års yrkespraksis kan

resultere både i 20 års yrkeserfaring eller 1 års erfaring 20 ganger. Når det gjelder effekten av ulike læringsformer, er læringspyramiden (figur 2) uttrykk for en alminnelig pedagogisk oppfatning.

Viktige sider av læringsprosessen er informasjonsvurdering og informasjonshåndtering. Det handler om å holde seg flytende i informasjonsflommen, vurdere relevans og kvalitet, identifisere kunnskap med lang halveringstid, finne og lagre det vesentlige slik at dette kan gjenfinnes ved senere behov. Stikkord i vår hverdag er kritisk skumming og lesing med liberale bidrag til Norske Skogs store resirkuleringsprosjekt, god journalføring, interne og eksterne litteraturarkiv og databaser. (I vår digitaliserte tidsalder er jeg imponert over størrelsen Norske Skog har oppnådd på sitt prosjekt, og ofte er paradoksalt nok de mest

digitaliserte de største bidragsyterne). Det er få ting jeg har hatt mer nytte av enn mitt private hjemmekredde litteraturarkiv basert på et av markedets minst avanserte databaseprogram. Surfing ser gøy ut – også på internett, men det er en idrett, som så langt jeg har skjønt, alltid før eller siden strander.

I et samfunn som er blitt så komplisert at det er umulig å ha kunnskap og oversikt over alt, og der ekspertene oftere er uenige enn enige, er evnen til å velge rette rådgivere en annen svært viktig ferdighet. Til sjuende og sist vil det ofte handle om hvilke rådgivere en vil stole på. Det gjelder å velge disse med omhu. For allmenn- og samfunnsmedisinere er rådgivningsfunksjonen helt sentral. Allmennpraktikerne synes å ha festet et godt grep på denne ferdigheten, men samfunnsmedisinerne fortsatt har en sørgelig lang vei å gå. Det dreier seg både om å lage gode råd, dyktiggjøring i rådgiverrollen og markedsføring av denne.

Kommunikasjon

Rådgiving forutsetter kommunikasjon, og kommunikasjon er en av de mest fundamentale ferdigheter i vår yrkesutøvelse – og i svært mange sammenhenger for øvrig. Det dreier seg både om muntlig språk, skriftlig språk og kroppsspråk. I våre yrkesroller utgjør det

Figur 2: Læringspyramiden – læringsutbytte i %

Forelesning	5%
Lese	10%
Audiovisuell	20%
Demonstrasjon	30%
Diskusjonsgruppe	50%
Praktisere	75%
Undervise andre	90%

sammen med våre faglige kunnskaper konsultasjonsferdigheten og samfunnsmedisinsk rådgivning. Betydelige elementer av konsultasjonsteknikken i allmennmedisin er generaliserbar og kan brukes i samhandling med mennesker i andre sammenhenger, feks i kommunal forvaltning. Jeg tror ikke det strategiske i denne ferdigheten i tilstrekkelig grad er forstått og utnyttet i våre rekker.

Samarbeidsevne

Vi lever i et komplisert og spesialisert samfunn. Stadig færre oppgaver egner seg som enmannsprosjekter. Evne til samarbeid og det å få det beste ut av de en arbeider sammen med er avgjørende for å få til et best mulig resultat. Samarbeid er ofte vanskelig å realisere på en god måte, men det er også en ferdighet som kan læres og trenes opp. Her er det fortsatt mye å hente.

Rolleferdighet

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

- Hvilken rolle er jeg i nå? Noen kjøper egen GPS (global positioning system) for å få hjelp til å svare på dette. Andre klarer seg med enklere hjelpemidler. Det

bekymringsfulle er de altfor mange som ikke stiller spørsmålet i det hele tatt, men som burde gjort det.

- Hvilken legitimitet har denne rollen for meg? Er det en rolle jeg må være i, en rolle jeg kan velge om jeg vil være i eller en rolle jeg ikke har rett til å være i?
- Dersom det er en rolle jeg kan være i, er det en rolle jeg bør være i?

Eksposering i en rolle kan dels komme i konflikt med en annen rolle, dels kan det redusere troverdigheten i andre roller. Det er derfor ikke bare et spørsmål om det er lov å være i en rolle, men like mye et spørsmål om det er klokt og hensiktsmessig. Husk at det ikke bare handler om hvordan en selv oppfatter sine roller, men like mye hvordan omgivelsene oppfatter dem. Når vi vet hvor viktig tillit og troverdighet er for vår yrkesutøvelse, skulle det ikke være nødvendig å understreke betydningen av dette forholdet nærmere.

Rollebevissthet og rolledyktighet er helt klart en strategisk ferdighet. Mulighetene til å gå seg bort er mange. Noen har så mange roller at de bærer med seg eget hat-testativ når de går i møter. Dersom man er blitt så schizofren at en kan forlange grupperabatt på bussen, er grensen definitivt overskredet. Rolleklarhet og faglig redelighet er ikke alltid like lett å opprettholde

når godt(?) begrunnede faglige standpunkter ikke når fram hos overordede administrative og politiske beslutningstakere, men det gjør det desto viktigere å klargjøre og dyktiggjøre seg i denne ferdigheten. Svært mange – ikke minst innenfor vår stand – har et omfattende forbedringspotensial på dette området.

Grensesetting

Det siste jeg vil nevne er grensesetting. Grensesetting er viktig i forhold til å ta vare på seg selv og et sine qua non for å forebygge utbrenning og unngå faglig forskreving. Grensesetting er også en ferdighet som kan læres. Gå ikke i den psykiatriske grøfta hvor det brukes til å fraskrive seg ansvaret for de mindre hyggelige ansvarsområdene våre. Grensesetting handler om å skjerme seg mot for store belastninger, men også om å kunne vurdere hvor grensen for egne ferdigheter og faglige kvalifikasjoner går. Et tegn på at du lykkes med det siste, er at du takker nei til det tilbudet som ville gjøre at du bekreftet Peters prinsipp: I et hierarki vil enhver stige til sitt inkompetansenivå, dvs til den stilling hun ikke er i stand til å fylle. For de aller fleste av oss vil det også være fornuftig, for ikke å si livsnødvendig, å ha rom utenfor vårt profesjonelle liv der vi kan leke med våre elektriske tog.

Avslutningsvis kan det være interessant å se hvilke strategier skolen bygger på når den skal gjøre den oppvoksende generasjon i stand til å møte framtidens utfordringer. Den nye grunnskole reformen, Reform 97, er i så måte hyggelig lesning. Der legges det opp til betydelige endringer i undervisningsform og innhold som vil dyrke fram spørrende, letende, kreative, vurderende, samarbeidende, resonnerende, ansvarlige og verdibevisste elever. Det burde love godt for framtida.

Petter Øgar
Pb 411, 5801 Sogndal





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

NETT-NYTT – NYTT NETT – HELSENETT

Nett eller nettverk er viktig som grunnlag for moderne kommunikasjon. Vi ser på nettverk og informasjon flyt eller informasjonstilfang som avgjørende for problemløsning. Forhåpentligvis tar vi ikke feil. Les Anthony Giddens: «The Consequences of Modernity».

Det er siste edb-spalte som skal godkjennes av de siste fem års Utpostenredaksjon. Spalten skal fortsette også i årene som kommer. Vi har hatt et greit samarbeid. Målsettingen om å få Utposten ut også i engelsk utgave på Internet har ikke blitt oppfylt hittil, men ideen er heller ikke skrinlagt. Hvis noen kan tenke seg å være med på en oversetterdugnad – feks av artikkel-sammendrag, eller hvis framtidige artikkelforfattere kunne legge ved et sammendrag på engelsk, vil vi kunne imøtekomme alle våre hundretusener av potensielle engelskspråklige lesere. I internasjonal sammenheng er Utposten helt unik og derfor interessant for svært mange.

Nett-(der har vi det igjen)-oppkommet hjem fra Nidaroskongressen, hvor det i år var EDB-tema hver dag, har jeg fått en pekepinn om at vi gjerne må skru forventningene om en snarlig IT-revolusjon i helsevesenet betraktelig ned. Informasjonsteknologi i helsevesenet er av en eller annen mystisk grunn et IKKE-politisk tema. Det er pt ikke økonomi til en IT-satsning i helsevesenet. Det har vært et stort anlagt og mislykket prosjekt i Rikstrygdeverket som vi nok må svi for. Mange fornuftige hevder at helsevesenet vil ha større nytte av en IT-satsning og utvikling enn de

fleste andre fagområder i samfunnet. Bank og forsikring, offentlige etater – kommunene i særdeleshet – har brukt enorme summer på IT-utvikling de senere årene. Rikstrygdeverket har skuslet bort milliarder.

Vi har nå havnet i en situasjon hvor norske allmennpraktikere besitter betydelig kompetanse og har klare visjoner for den videre utvikling av IT i helsevesenet. Dette stoppes effektivt av byråkratiske prosjekt og Datatilsynets ubegriplige krav om egne EDI-servere på alle legekontor – en kostnad på 60-70 millioner kroner som alle tar for gitt at vi leger skal betale selv! Egne datamaskiner for EDI-server-applikasjoner er nesten som å stille krav om at vi skal ha et dedikert telefonapparat på kontoret som selv om det er knyttet til telefonsentralen, bare skal brukes til å snakke med laboratorier, spesialister og sykehus. Fullstending talentløst! Vi skal i tillegg vente på et eget Helsenett. Internet ligger allerede klar til bruk – og svært mange norske allmennpraktikere bruker det allerede. Utviklingen videre stoppes nå effektivt av byråkratisering og påbud med en lite overbevisende sikkerhetsargumentasjon!

Kanskje på tide å ta saken i egne hender? Hver norsk allmennpraktiker med fast, routet Internet-tilknytning enten vi har enkeltmaskiner eller små og store kontornettverk! Slik kan vi kommunisere ut og inn, og i hvert fall bruke e-post i stor utstrekning. Det vil bety et enormt utviklingssprang fra dagens sendrekte, upålitelige og ukontrollerbare flyt av 30 millioner årli-

ge papirdokumenter og timelange bortkastede ventinger i telefonen.

Asynkron e-post-kommunikasjon vil frigjøre tid og krefter og bidra til en ny strømlinjeformet kommunikasjonsflyt i helsevesenet. All slik kommunikasjon kan enkelt krypteres slik at bare den riktige mottaker kan lese meldingen og er langt tryggere enn feks dagens utstrakte bruk av telefaks.

Så får Helsenett og andre herligheter komme i sin tur når byråkraterne har tuklet og styrt lenge nok og igjen blitt forbigått av den teknologiske utviklingen! Antakelig vil vi se satelittbasert og gsm-basert Internet/Helsenett-kommunikasjon i løpet av få år – og med den båndbredde som trengs for det meste av dataoverføring. Videre PC i lommestørrelse med innebygget kommunikasjon som kan håndtere journalføring, henvisninger, resepter og rekvisisjoner pr e-post og epikrise/svarlesing på de nettverks-serverne hvor data er lagret – med hypertextbaserte lesere som dagens web-browsere. NSB og E-verkenes fiber-optiske nett kan så komme på banen for sanntids video ol når tiden er moden for denslags.

Min oppfordring er: Gå ut og skaff deg e-postadresse og tilknytning. Bruk den flittig. Sjekk posten ofte og krev av dine samarbeidspartnere at de gjør det samme! Kryptering er stikkordet! Kjøp ikke edi-server, men insistér på – hvis du ikke får edi-servermaskinen og programvaren gratis – at du vil bruke egen pc til de oppgavene edi-serveren er tiltenkt.

John Leer

Go'

Oxis® Turbuhaler® "Astra"
Langtidsvirkende bronkodilatorerende middel
C T:2

ATC-nr.: R03A C13

Inhalasjonspulver 4,5 µg/dose og 9 µg/dose: Hver dose inneh.: Formoterolfumaratdihydrat 4,5 µg resp. 9 µg, lactos. monohydrat. 450 µg **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker avslappende på glatt bronkialmuskulatur. Har bronkodilatorerende virkning hos pasienter med reversibel luftstromobstruksjon. Den bronkodilatorerende effekten inntreffer raskt, dvs 1-3 minutter etter inhalasjon, og har en varighet på minst 12 timer etter administrasjon av en enkelt-dose. **Absorpsjon:** Inhalert formoterol absorberes raskt. **Maksimal plasmakonsentrasjon** oppnås ca 15 minutter etter inhalasjon. Studier viser at gjennomsnittlig 28 til 49 % av formoterol i den avgitte dose deponeres i lungene etter inhalasjon via Turbuhaler. Den totale systemiske tilgjengeligheten ved maksimal utskillelse i lungene var ca. 61 % av avgitt dose. **Proteinbinding:** Plasmaproteinbindingsgraden er ca 50 %. **Metabolisme:** Metaboliseres ved direkte glukuronisering og O-demetylering. **Utskillelse:** Utskilles hovedsakelig i metabolisert form. Etter inhalasjon utskilles 8-13 % av avgitt dose uendret i urinen. Halveringstiden i siste fase etter inhalasjon er ca 8 timer. Effekt av nedsatt lever- eller nyrefunksjon på farmakokinetikken, samt effekt hos eldre, er ikke kjent. **Indikasjoner:** Til barn over 6 år og voksne: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kortvirkende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for formoterol eller inhalert laktose. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner kan forekomme, men er som regel forbigående og avtar ved regelmessig behandling. **Hyppige (>1/100):** tremor, palpitasjoner, hodepine. **Mindre hyppige: (1/100 - 1/1000):** Uro, rastløshet, søvnforstyrrelser, muskelkramper, takykardi. **Sjeldne (<1/1000):** Eksantern, urtikaria, kløe, hypokalemi/hyperkalemi. Som ved all inhalasjonsterapi kan paradoksal bronkospasme opptre i svært sjeldne tilfelle. **Forsiktighetsregler:** Tyrotoksikose. Alvorlig hjerte/kar sykdom. Ubehandlet hypokalemi. På grunn av beta₂-agonistenes hyperglykemiske effekt anbefales initialt ekstra målinger av blodsukkeret hos pasienter med diabetes. Som ved annen inhalasjonsterapi bør risiko for paradoksal bronkospasme vurderes. Oxis inneholder 450 mikrogram laktose per avgitt dose. Denne mengde forårsaker normalt ingen problemer hos laktoseintolerante personer. Formoterol brukes til pasienter som krever regelmessig bronkodilatorerende terapi og ikke som alternativ til kortvirkende beta-agonister brukt ved behov eller ved akutt astma. Astmapasienter som krever regelmessig behandling med en beta₂-agonist bør også behandles optimalt med kortikosteroider evt. kromoglykat hos barn. Pasientene

ASTRA
Astra Norge

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

morgen!

NY β₂-AGONIST

Oxis[®] Turbuhaler[®] er den første selektive β₂-agonisten i Turbuhaler[®] som kombinerer lang virketid med raskt innsettende effekt. Effekt allerede etter 1 - 3 minutter kan ha særlig betydning om morgenen når lungefunksjonen gjerne er dårligst²⁾. 12 timers virketid kan bety en enklere hverdag. Oxis[®] Turbuhaler[®] skal alltid gis i kombinasjon med inhalasjonssteroider³⁾ - hjørnesteinen i all moderne astmabehandling³⁾. Endelig finnes både korttidsvirkende β₂-agonist, langtidsvirkende β₂-agonist og inhalasjonssteroid i Turbuhaler[®].



Varer lenge¹⁾ - virker raskt¹⁾!

må oppfordres til å fortsette med den antiinflammatoriske behandlingen også etter at formoterol er tatt i bruk, selv om det inntrener en symptombedring. Om symptomene vedvarer eller dosen av beta₂-agonister må økes tyder dette på en sykdomsforverring, og en ny vurdering av astmabehandlingen skal gjøres. Behandlingen skal ikke påbegynnes eller dosen økes under pågående astmaeksaserbasjon.

Graviditet/Amming: Overgang i placenten: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. I dyreforsøk har formoterol forårsaket implantasjonstap samt minsket tidlig postnatal overlevelse og fødselsvekt. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Formoterol bør til ytterligere erfaring foreligger, brukes med forsiktighet til gravide spesielt i de tre første måneder av svangerskapet, samt rett før fødselen og til ammende.

Interaksjoner: Betablokkere (f.eks. øyedråper), særlig av det ikke-selektive slaget, kan helt eller delvis oppheve virkningen av beta-agonister. (I:Se adrenergika).

Dosering: Voksne og barn over 6 år: Normaldosering er 4,5-9 μg 1-2 ganger i døgnet. Dosen kan gis om morgenen og/eller om natten. Kveldsdosen kan tas forebyggende for å motvirke oppvåkning grunnet nattlig astmabesvær. Doser over 18 μg/dose bør unngås. Effekten er vist å vare i minst 12 timer. Laveste effektive dose bør brukes. Ved bruk av anbefalt dose er ingen dosejustering nødvendig hos eldre, eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering vil sannsynligvis gi bivirkninger som er typiske for beta₂-agonister: tremor, hodepine, hjerteklapp og takykardi. Hypotensjon, metabolsk acidose, hypokalemi og hyperglykemi kan også forekomme. Behandling: Bruk av kardioselektive betablokkere kan vurderes, men kun med ekstrem forsiktighet ettersom bruk av betablokkere kan framkalle bronkospasme. Serumkalium bør monitoreres.

Andre opplysninger: Hver dose klargjøres ved å vri dreieskiven (den fargede delen) helt til den ene siden og så tilbake til utgangspunktet (til du hører ett klikk). Når man dreier frem dosen skal Turbuhaler holdes loddrrett. Det er viktig å instruere pasienten i å inhalere dypt og kraftig. Pasienten vil ikke kjenne smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden virkestoff er svært liten.

Forskrivningsregler: Behandling av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandling av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: 4,5 μg/dose: 60 doser: kr 288,10, 180 doser (3 x 60doser): kr 787,30, 9 μg/dose: 60 doser: kr 349,70, 180 doser (3 x 60doser): kr 960,20. (Pr. 1.9.97)

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

Referanser: 1. Ringdal N, Derom E, Pauwels R. Eur Respir J 1995;8(Suppl 19):68s. 2. D'Alonzo GE, Smolensky MH, Feldman S et al. Am Rev Respir Dis 1990;142:84-90. 3. GINA, Global Initiative for Asthma, NHLBI/WHO Workshop report. NIH Publication No. 96-3659B Dec. 1995.

Formoterol
Oxis[®]

 **Turbuhaler[®]**

Prisutdelingar på Nidaroskongressen 1997

Jo Telje
fekk årets Lovetannpris



NSAM må ha hatt ein lett jobb i år for i fylgje Bjarne Haukeland som delte ut prisen var det faktum at Jo ikkje hadde fått prisen før, ein skandale som berre blei større og større frå år til år. Og det kan vi skjønna når vi har med ein mann å gjera som har den sjeldne kombinasjonen av allmenn- og samfunnsmedisinsk praksis utan avbrot i over 30 år, og ei merittliste i tillegg. Dessuten gløder han utruleg nok framleis. Akkurat nå er han oppteken av kvalitetsutvikling gjennom SATS der han har bistilling i 3 år. Han sit og i legeforeninga sitt kvalitetssikringsutvalg.

Elles er han oppteken av legetiske problem og er nettopp attvald i rådet for legetikk. Men han gløymer ikkje primærlegens arbeidssituasjon for det, og er særleg oppteken av legevakta som han skreiv ein leiar om i Tidsskriftet i september i år. Han er dessutan blitt medlem i Akuttutvalget der han truleg kjem til å tala primærlegens sak frå sin praktiske ståstad. Vi treng fleire slike!

Utposten gratulerer!

Gunnar Mouland
fekk NMD sin forskningspris



Kandidatane til denne prisen blir vurdert av ein jury på tre og det heiter seg at den skal gå til ein allmennpraktikar som har gjort verdfull forskning i allmennpraksis knytta til forebygging eller behandling der legemidler går inn.

Ut frå den logiske tanken at allmennpraktikarens forskningsstrategi skal vera til hjelp for pasienten og ikkje årsak til plager, har Gunnar Mouland gått laust på vår meir eller mindre reflektoriske utskrivning av B-preparater. Og han dokumenterer det som vi alle veit, til dels snakkar om men gjer for lite med. Utskrivingsmengda er for stor og vi legg for for lite vekt på seponeringsstrategiar for longtidsbrukaren. Dessutan karakteriserer han ein brukarpopulasjon som dei fleste kjenner att frå eigen praksis. Slik er forskninga hans ei understreking og påminning om det som alle meiner å vita. På denne måten blir ho relevant og matnyttig langt utover dei kalde fakta.

Utposten gratulerer!

Aslak Bråtveit
fekk NSAM sin forskningspris



Det er mange grunnar til å gleda seg over utdelinga i år. For det første er Aslak Bråtveit ein god representant for den trufaste allmennpraktikar som ikkje startar forskning med karriere for auget, men fordi han har lyst her og nå utan at tiltaket skal forplikta og skræma.

For det andre er problemstillinga i prosjektet hans svært sentral for den praktiske kvardagsklinikken: Er det mogleg at CRP betrer den diagnostiske kvaliteten på nedre luftvegsinfeksjonar slik at antibiotikabruken blir meir presis og mindre?

For det tredje inkluderte han hendingar direkte frå kvardagen slik dei er under normale tilhøve på legekantor og vakt i Ryfylke. Men trongen til å vera praksisnær blei hans store problem. Gode kolleger som skulle skaffa han råmaterialet makta ikkje å stoppa opp mange nok gonger for å gjennomføra registreringa under kvardagspresset. Utsagnsverdien blei difor ikkje så stor som han vona. Men dette har han likevel formidla til kolleger på ein så inkluderande, inspirerende og klok måte at pri-

sen er meir en fortent. Samstundes har han reflektert og lært andre mykje om diagnostisering og behandling av luftvegsinfeksjonar i allmennpraksis
Utposten gratulerer!



Nidarosprisen 1997.

Nidarosprisen 1997 gikk til Åsa Rytter Evensen. Prisen gis etter en samlet vurdering av innsats for allmennmedisin. Prisvinneren er spesialist i allmennmedisin og dr. med fra 1988. Hun er nå bydels-overlege på Røa i Oslo. Er tidligere også Utpostenredaktør. Hun har en fast legespalte i ukebladet Kvinner og Klær. Hun har deltatt i en del offentlige diskusjoner spesielt hvor tema har vært seksuallivets betydning for helsa.

Utposten gratulerer!



OLLs hederspris

Fylkeslege Anders Smith ble tildelt OLLs hederspris for 1997 for omfattende samfunnsmedisinsk arbeid og for å være initiativtager til utvikling av faget samfunnsmedisin. Han har gjennom sitt arbeide i kommunal samfunnsmedisin, sitt engasjement i OLLs fagutvalg, som redaktør av Helserådet og gjennom sin øvrige formidlingsvirksomhet gitt vesentlige bidrag til utvikling og styrking av faget, og til å skape en nødvendig og utviklende debatt om formingen av faget og fagutøvelsen.

Utposten gratulerer!



Medarbeiderprisen 1997

Nidaroskongressens Medarbeiderpris 1997 gikk i år til Tromsø, til legesekretær Agnes Skouge. Prisen fikk hun tildelt for sitt engasjement i forbindelse med fastlegeforsøket.

Agnes Skouge arbeider ved fire-legepraksisen, Skansen legekantor, som for øvrig var det første private legekantoret som ble opprettet i fastlegeforsøket i Tromsø.

Utposten gratulerer!

Utpostens sekretariat

UTPOSTEN er stolt av sitt sekretariat – både fordi Tove Rutle og Kari Svarttjernet gjør en så god jobb for bladet, og fordi vi gjennom vårt sekretariat er lett tilgjengelige for våre skribenter og lesere. Dette gjør oss i stand til bl.a. å beholde UTPOSTEN som en dugnadsinnsats blant praktiserende allmennmedisinere og samfunnsmedisinere.

Sekretariatet fortsetter også sin funksjon for den nye redaksjon fra 1. januar 1998.

En spesiell takk til vårt kjære sekretariat for imponerende innsats gjennom de siste 5 år!



Norsk standard for klinisk allmennmedisin

Ny lærebok lansert under Nidaroskonferansen

Forlagsredaktør Torhild Bjerkeim frå adNotam Gyldendal meiner at det ikkje berre er ei nasjonal storhending når dei kan presentera ei heilt nytrykt lærebok i klinisk allmennmedisin under Nidaroskonferansen i år. Alt før boka var ferdig, har forlaget merka interesse for boka frå andre land i Norden.

Professor Steinar Hunskaar, Bergen, som er redaktør for den nye læreboka i allmennmedisin, seier at målet har vore å laga ei lærebok som syner kva som er godt klinisk arbeid i allmennpraksis. Forfattarane av dei ulike kapitla har teke stilling til kva som er god medisin utanfor sjukehus i Noreg i dag. Ved å leggja vekt på dei symptom og plagene som er dei vanlegaste mellom folk flest, meiner Hunskaar at ein kan presentera eit framtidsretta klinisk grunnlagsdokument for allmennmedisinen. Men sjølv om boka har som mål å vera normativ, kan korkje redaktøren eller forlaget lova at verket vil verta oppdatert etter kvart ny kunnskap kjem til.

Sjølv om boka er eit storverk på over 700 sider, er det likevel mykje aktuelt fagstoff for allmennmedisinarar som er utelete. I valet mellom kva som skal vera med og kva som skal kuttast ut, har ein prioritert ut frå det som er nødvendig tekstgrunnlag for den kliniske utdanninga i allmennmedisin i medisinstudiet. Hovudmålgruppa for boka må såleis seiast å vera medisinarstudentar, men Hunskaar seier at dei sjølvsagt reknar boka som svært sentral også for allmennpraktikarar; og kanskje også for andre faggrupper.



Professor Steinar Hunskaar presenterte boka i Trondheim i oktober.

Professor Terje Johannessen, Trondheim, peikar på at boka presenterer ein kritisk analyse av medisinsk vitenskap og praksis som kan tena som grunnlag for kvalitetssikring av kvardagsmedisinen. Der ein kan byggja på etterprøvba-

re fakta, har ein lagt stor vekt på å få presentert desse. Likevel meiner redaksjonen at læreboka ikkje berre har eit naturvitskapleg grunnlag. Ho syner også at klinisk allmennmedisin byggjer på humanistiske fag.

Lege Sylvi Torvund, som har skrive kapitlet om hud i læreboka, seier at innhaldet i dei ulike kliniske kapitla tek utgangspunkt i det sjukdomsspektrumet ein finn i allmennpraksis. For å finna fram til spesielle saker ut over det læreboka drøftar, kan det difor vera behov for også å ha andre kjelder. Boka må såleis ikkje sjåast på som det einaste kliniske kjeldeskriftet i allmennmedisinen, men heilskapen i verket gjer at det utan tvil vil hevja den kliniske kompetansen hjå allmennpraktikaren som vel å gjera seg nytte av dette, meiner ho.

Hunskaar presiserer at verket er ei lærebok i klinisk allmennmedisin. Sjølv om det er teke med mykje om prinsipp og haldningar til faget, må ein supplera med andre tekstar for å få eit godt grunnlag i allmennmedisinsk ideologi. I tillegg til å vera fagleg nybrottsarbeid, er det utvikla eit eintydig og heilskapleg medisinsk fagspråk som vert nytta gjennom dei ulike kapitla. Dette har krevd mykje innsats både frå redaksjonen og frå forlaget. Hunskaar seier at ønsket om einskapleg terminologi er årsaka til at heile teksten, med unntak av føreordet, er på bokmål.

*Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret
Postboks 680,
4001 Stavanger*



STEINAR HUNSKÅR (RED)

Allmennmedisin

– Klinisk arbeid

adNotam Gyldendal.
Oslo, 1997.
733 sider. NOK 680,-

Meld av Geir Sverre Braut

Forlaget og redaktøren har rett når dei hevdar at dette er eit fundamentalt storverk i norsk klinisk medisin. Ei kort bokmelding i Utposten kan ikkje på nokon som helst måte gje full rettferd korkje til forfatarane, redaktøren eller forlaget. Urettvisa vil slå gjennom i og med at eg sjølvsgagt berre dristar meg til å kommentera dei sakene der eg sjølv (trur eg) har best innsikt.

Alt innleiingsvis vil eg difor like gjerne slå fast at boka bør verta obligatorisk innbu ikkje berre hjå praktikanane i allmennmedisinen, men også hjå dei av oss som har til oppgåve å vurdere klinisk arbeid som sakkunnige eller tilsynsførarar.

Det er ganske dristig av ein redaktør å hevda at verket han har redigert skal verta normativt i faget. Eg trur likevel Hunskår har rett i påstanden sin.

Forfatarane har måtta halda seg til ein fastsett mal for oppbygginga av kapitla. Sjølv om eg gissar at mange forfatarar har kjent seg vingeklypte, meiner eg at verket står seg på det. Forfatarane har også måtta ta stilling til kva som er gode kliniske val. Dei kliniske retningslinene vert såleis handfaste og tydelege. På ein måte er det bra, men nokre stader saknar eg meir armslag for avveging, tvil og uvisse. Ved å drista seg til å ta med noko meir allment om allmenn-

medisinsk ideologi, kunne kanskje kjensla av kokebok vorte dempa noko utan at det gjekk ut over det normative siktemålet?

Redaksjonen fortener ære for at dei har vore svært så medvitne i oppbygginga av ein heilskapleg og eintydig medisinsk terminologi gjennom heile verket. Det har dei lukkast i. Sjølvsgagt saknar eg fagstoff på nynorsk. Eg veit ikkje heilt om eg trur på utsegna om at det er av omsyn til heilskapen at ein har vald bokmål i alle kapitla.

Den diagnostiske prosessen som akademisk øving er godt omtala, og speglar seg av i dei ulike temabolkane gjennom boka. Det er godt jobba å få dette til så tydeleg med den forfattarmengda ein har med på prosjektet. Ein annan styrke ved boka er den store mengda av epidemiologiske data som er teke med. Epidemiologi og klinikk er godt integrert, og teori er tydeleg kopla til praksis. Dette styrkjer boka som metodisk handbok i klinisk allmennmedisin, og veg delvis opp for den manglande ideologiske klårgjeringa.

På baksida av boka skriv forlaget at ho også eignar seg for andre faggrupper. Eg tvilar på det. Det er pasient-lege-relasjonen som er kjernen i dei ulike delane av boka. Berre få stader og ofte ganske overflatisk, er andre yrkesgruppers innsats nemnd. Eg trur at boka hadde stått seg på å vore noko tydelegare på forhold som har å gjera med sosialmedisin og rehabilitering i tverrfagleg perspektiv. Der grenseflata mot andre faggrupper og instansar er nemnd i dei kliniske

kapitla, t.d. i kapitlet om auga, er teksten meir deskriptiv enn normativ og bryt såleis litt med idéen bak boka. Kanskje dette eigentleg seier noko om kva som er den kliniske allmennmedisinen sine svake punkt i norsk helseteneste i dag?

I dei ulike kliniske kapitla er det gjeve mengdevis av konkrete kliniske råd. Råda er ikkje berre avgrensa til det reint terapeutiske og farmakologiske. Det er prisverdige. Mellom anna er slike saker som tilrådde kontrollintervall nemnde. I normativt perspektiv er det bra, men det faglege grunnlaget for slike råd og uvisse i dei, er ikkje ofra særleg mykje plass.

Til slutt i verket er det ei samling med instruktive foto. Idelt sett burde desse vore spreidde gjennom teksten, men eg har forståing for at samlinga til slutt er vald. Elles ville prisen på boka ha vorte alt for høg.

Noko småplukk vel eg også å kommentera. Under resuscitering er eg noko usikker på om dei presenterte prosedyrene eigentleg er i samsvar med det som elles vert tilrådd i Noreg i dag. Skal ikkje rytmen vera 2 pust og 15 klem også ved to livreddarar no for tida?

På side 305 er det nemnd at kiropraktorarar er den tredje gruppa med eige behandlingsansvar etter legar og tannlegar. Det stemmer ikkje. Psykologar og jordmødre har også det.

Under kapitlet om psykiatri er lovgjevinga teken med (og det tykkjer eg er bra). Kvifor har ein ikkje det med under andre fagtema? Det er nøye samband t.d. mellom

Steinar Hunskår (red.)

ALLMENNMEDISIN

Klinisk arbeid

ad Notam
Gyldendal

førarkortforskriftenes helsekrav og kliniske vurderingar i allmennmedisinen. Dette er ikkje meir ferskvare enn tvangsreglane i psykiatrien eller klinisk kunnskap for den saks skuld. Kort sagt – eg kunne ha ønska meg noko meir om kliniske risikovurderingar ved «attestarbeid» under dei ulike kliniske kapitla.

Under kapitlet om dei gamle skulle eg gjerne sett noko meir om sjukeheimsmedisin. Ikkje minst medisinstudentar bør læra noko om dette. Mange vert kasta direkte inn i tilsynslegarbeid når dei kjem i distriktsturnus. Då kan ein ikkje venta at dei har lese elles gode bøker om sjukeheimsmedisin på førehand. Samarbeidsutfordringa-

ne med heimesjukepleien kunne gjerne også fått litt plass.

Ved omtalen av rusmiddel (side 683) er det nemnd at seponering av vanedannande lækjemiddel bør skje langsamt. Er det norsk standard for tida?

Boka inneheld, også mange døme på at forhold i grenseflata mellom allmennmedisin og samfunn kan omtalast kort og godt. Råda ved syning av døde på side 664 er konkrete og kloke. Likeins er kapitlet om familiemedisin, side 620ff, interessant og presenterer eit systemperspektiv som elles kunne ha fått større plass i boka. Dette kapitlet gjev ein god innfallspurt til «klinisk sosiologi». Etikkapitlet er kort og oversiktleg, og

kjekt å ha. Men når det har fått plass, kunne eg også gjerne ha ønska meg eit like kjekt, kort og oversiktleg kapittel om klinisk juss og klagesaker samt eitt om kva legen gjer når noko ikkje går som planlagt; altså korleis identifisera og korrigerer kliniske avvik.

Med no ser forfatternen av denne bokmeldinga at han er i ferd med å koma ut på viddene. Gratulerer til både Steinar Hunskår og alle forfattarane og takk for eit glimrande verk. (Kor mange kurs-timar får eg godkjent etter å ha kosa meg ei helg med boka?)

Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret
Postboks 680, 4001 Stavanger

Sykdomsforebygging

– utfordringer og motsigelser for medisinerne

Tekst: Eivind Meland



Eivind Meland (f. 1950) er allmennpraktiker i Bergen vest. Spesialist i allmennmedisin og 112-tids utdanningsstipendiat ved seksjon for allmennmedisin i Bergen. Han er i ferd med å avslutte sitt doktorgradsarbeide om diagnostikk og intervensjon ved risiko for hjerte- karsykdom. Han har vært forskningsinteressert i klinisk diagnostikk ved streptokokkfaryngitt og dietetisk intervensjon ved hypertoni. Som skribent har han vært en «tvileren Thomas» med øye for bak-siden av medaljen: «medisinsk framskritt».

En epidemi av falsk positivitets-sykdom

Figur 1 viser to populasjonskurver hvor x-aksen kan være et fysiologisk mål eller kliniske symptomer og prognostiske tegn. Den ene populasjonen (heltrukken linje) viser seg å være eller forbli frisk,

Denne kronikken handler om kliniske og etiske problemer i moderne sykdomsforebygging slik allmennpraktikeren møter dem i sitt daglige kliniske arbeid på kontoret, eller der allmennpraktikeren er engasjert i silingsprogram som prøvetaker, behandler eller brannslukker.

Kronikken viser at dokumentasjon om effektivitet ikke kan erstatte avgjørelser om kostnadseffektivitet. Det førstnevnte kan avgjøres med vitenskapelige metoder, mens det sistnevnte er avgjørelser som forhandles i møte med enkeltmennesker eller baserer seg på politiske og moralske overveielser.

I kronikken framsettes fire postulater om forebygging: For det første inflateres risiko og sykdomsbegrepet. For det andre undergraves forebyggingen av manglende evne til å identifisere risikopopulasjonene. For det tredje må forebygging akseptere folks verdivalg og individuelle kostnadsvurderinger, og for det fjerde bør politikerne og skattebetalerne inviteres til å avgjøre hvorvidt forebyggende tiltak er verdt investeringene. Kronikken avsluttes med en advarsel mot å la disse innvendinger bane vei for nihilisme og den såkalte «elitestrategi».

den andre (stiplet linje) er syk eller blir syk. Hverken i klinisk eller forebyggende virksomhet står vi overfor to adskilte populasjoner. Spesielt i forebyggende arbeid vil det være stor overlappning med store areal for falsk positivitet og falsk negativitet. Et fremtredende trekk ved oss medisinerne er manglende evne til å tåle falsk negative feil. Vi har en utpreget tendens til å flytte intervensjonsgrensene (markert med vertikal linje) mot venstre for å unngå arealet under den stiplede linje. Konsekvensen i samfunnet og for den enkelte er forekomst av falsk positive feil (arealet under den heltrukne linjen). Dette fenomenet ser vi på stadig flere områder av medisinen, og det representerer et stort samfunnsmessig og kulturelt problem i vår tid. I diagnostikk av hypertensjon, av astma, av svangerskapsdiabetes, og av prostatacancer er vi vitne til denne venstreforskyvning av interven-

sjonsgrensene og av sykdomsdefinisjonene.

Dette er opphav til mitt første postulat: *Forebyggende medisin mister troverdighet ved at vi ikke bryr oss om de falske positive feil, vi inflaterer sykdoms- og risikobegrepet, og inviterer hele befolkningen inn på kontorene våre med sykdoms- og risikodiagnoser.*

Valid risikobedømmelse

I klinisk arbeid søker vi å unngå de falske negative og falske positive feil ved å bedre validiteten i våre undersøkelser. Vi stiller oss spørsmålet om hvilke demografiske og kliniske tegn som er best egnet til å skille den friske og den syke populasjonen. Når vi besvarer dette spørsmål på en adekvat måte oppnår vi større avstand mellom de to populasjonskurvene i figur 1 (tilsvarer å øke arealet under ROC-kurven). Vi kan gi behand-

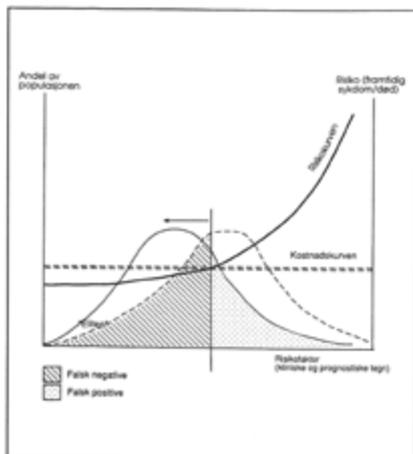


Fig 1. Fordelingen av den «syke» og «friske» populasjon. Risokurven og kostnadskurven er inntegnet.

ling og råd til den populasjon som trenger det og sparer den friske populasjon for unødvendig undersøkelse, behandling og engstelse.

Den forebyggende kardiologi har i flere tiår vært karakterisert av måling av fysiologiske enkeltparametre, feks blodtrykk, og knytte intervensjon til funn av «patologiske» verdier. For store grupper har innsatsen neppe vært kostnadseffektiv (1), og sannsynligvis representert en tilleggsrisiko for individer med lav samlet risiko (2). En mer valid vurdering av totalrisiko må til. Vi må være i stand til å berolige en kvinne uten andre risikofaktorer med kolesterol på 8 mmol/l. Vi kan fortelle henne at det er unødvendig å bruke Zokor eller å unngå færekjøtt selv om det er en viss risiko for at vi begår en falsk negativ feil. Omsetningstallene fra NMD for lipidsenkende medikasjon viser at vi som kollektiv er ute av stand til å begripe at risikoen ved hyperlipidemi er kjønnsavhengig.

Med en mindre grad av overentusiasme i mammografi-screeningen kunne vi øket avstanden mellom populasjonskurvene ved å tilby mammografi til en risikopopulasjon feks bestående av 50-70 årige kvinner som enten er nullipare eller har brystkreft i familien (og

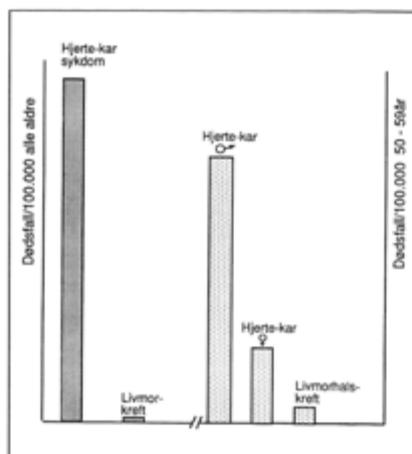


Fig 2. Målestokken på risikokurven er illustrert med stolpediagrammer hentet fra offentlig dødelighetsstatistikk.

selvfølgelig på klinisk indikasjon). Generell mammografi-screening kan neppe karakteriseres som kostnadseffektiv når vi legger til grunn flere studier med kontrollert design, og ikke baserer oss utelukkende på de mest optimistiske forskningsresultat (3,4).

Mitt andre postulat er at det medisinske samfunn undergraver forebyggingens troverdighet ved manglende evne til å identifisere risikopopulasjonene. Vi bør foreta risikodiagnostikk på en mer valid måte å være selektive med hvem vi inviterer og tilbyr oppfølging og intervensjon.

Respekt for folks verdivalg

I figur 1 er risikokurven tegnet inn som en fet kurve med eksponensiell vekst. Sammenliknet med populasjonen til venstre i fordelingen vokser den relative risiko, men vi spør oss sjelden om «hva er målestokken på risikokurven?» For den enkelte som tilbys siling, oppfølging og intervensjon er et svar på dette spørsmål helt nødvendig. Bare da kan han/hun skaffe seg rede på hva som er den absolutte risiko for vedkommende. Figur 2 representerer et stolpediagram som illustrerer forskjellene i målestokk på risikokurven er. Den absolutte

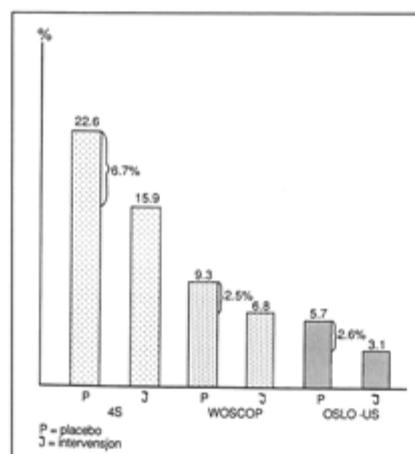


Fig 3. Tre kjente intervensjonsstudier mot hjerte-kar sykdom som illustrerer forskjellene i absolutt risiko, absolutt risikoreduksjon og forskjellig kostnadseffektivitet.

risiko for sykdom kan altså være himmelvid forskjellig. Den enkelte vil vite: Er dette av verdi for meg? Vi skylder å gjøre spøreren oppmerksom på hva målestokken på risikokurven er.

Folk med vitenskapelig bakgrunn synes bare i stand til å spørre «er det dokumentert» effektivt i forhold til et utkommemål». Dette spørsmål er viktig med tanke på dokumentasjon av en intervensjon, men har lite med hvilken relevans helsetiltaket har for individet. Den absolutte sykdomsrisiko har imidlertid større relevanse fordi den avgjør forholdet til kostnadskurven (markert med dobbelt stiplet horisontal linje i figur 1). Kostnadskurven vil være individuelt bestemt av folks verdivalg. Forebyggende helsetiltak markedsføres under en nesten halvrelgiøs korstogsmystikk (jfr informasjonskrivet fra cervix-cytologi-programmet). Vi innfører «storebror ser deg»-ordninger og appellerer til folks dårlige samvittighet hvis de ikke vil delta i «kampen mot kreft-sykdommen».

Dette bringer meg til postulat tre: Helsevesenet skal akseptere folks verdivalg og individuelle kostnadsvurderinger når de inviteres til forebyggende undersøkelser og intervensjoner.

Inviter skattebetalerne og politikerne

Kostnadskurven har imidlertid også et samfunnsøkonomisk og kollektivt innhold. Helse og helsevesen er ikke det samme. Andre investeringer enn i helsevesenet kan nemlig bedre helsen i befolkningen mer effektivt enn ytterligere satsing på legestillinger, blå resepter og helsekontroller (5). Spesielt er dette viktig i valg mellom forskjellige «teknologier» med store kostnadsforskjeller.

I figur 3 er de absolutte forskjeller mellom placebo og intervensjon fremstilt i tre kjente intervensjonsstudier mot hjerte-kar-sykdom. Kostnadseffektiviteten avgjøres av risikobefolkningens størrelse, den absolutte forskjell mellom intervensjon og placebo og kostnaden med undersøkelse, oppfølging og behandling. Det samfunnsmedisinske spørsmål dreier seg ikke bare om hvorvidt forskjellen er signifikant, men om det er andre måter å oppnå den samme gevinst, og om denne investering i så tilfelle er akseptabel for samfunnet.

Kostnaden ved 4S studien tilsvarte kr. 350 000 pr. sparte leveår, mens kostnaden ved WOSCOP var kr. 1,4 mill pr. sparte leveår. Den absolutte effekt av intervensjonen i Oslo undersøkelsen var identisk med WOSCOP-studien. Den relative forskjell var større på grunn av at den absolutte risiko var lavere i Oslo-undersøkelsens yngre populasjon. Kostnaden ved en slik livsstils-intervensjon var vesentlig lavere. Kostnaden ved mammascreeing er 20 000 silinger og kr. 5,5 mill pr. sparte mammakreftdød.

Vi er framme ved postulat fire: Skattebetalerne og politikerne må avgjøre om forebyggende helsetjenestetiltak er verdt investeringene. Å skjule forebyggende tiltak bak et tåkeslør av sykdomsdiagnoser og grenseløs godhets-iver vil undergrave tilliten til forebyggende medisin.

Fig 4. Det postmoderne legeideal har blitt en karikatur som promoterer den såkalte elitestrategi.



– Jeg vet ikke hva jeg skal råde deg til. Hvis du slutter å røyke reduseres din relative risiko med 65%, men i absolutte tall bare fra 10% til 3,5%, og jeg vet ikke om du tilhører de 90% som allikevel kommer til å ha det bra eller de 6,5% som vil tjene på det eller de 3,5% som det allikevel går på dunken med!?!

Elitestrategien

Dette innlegget om utfordringer og motsigelser i det sykdomsforebyggende arbeid kan muligens oppfattes som støtte til likegyldighet og kynisme. Jeg vil advare mot å la dette bli konsekvensen. Forebyggende medisin baserer seg på to hovedstrategier: høyrisiko- og massestrategien. I tillegg har vi nå fått en moderne strategi som jeg velger å kalle *elitestrategien*. Det post-moderne lege-ideal der relativismen og individualismen er blitt til en karikatur (figur 4), truer helsen til dem som har dårligst utsikter, mens eliten klarer seg utmerket på egen hånd (i figur 1 markert som populasjonen til venstre under fordelingskurven). Min etiske forpliktelse som kliniker ligger hos mennesker med dårlig prognose. Klinisk, forebyggende arbeid er først og fremst en solidaritetsgjerning overfor vanskeligstilte. Denne solidaritetsgjerning bør vi kunne påta oss dersom vi på en fornuftig måte kan svare på hvem

de vanskeligstilte er og hvordan vi kan hjelpe.

*Eivind Meland
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c,
5009 Bergen*

Litteratur:

1. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992; 304:405-12.
2. Thurmer H, Lund-Larsen PG, Tverdal Aa. Is blood pressure treatment as effective in a population setting as in the controlled trial. *J Hypertens*; 12:481-90.
3. Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet* 1995; 346:29-32.
4. Erichsen GGE. Mammeografisk screening for cancer mammae – en cost-benefit analyse. *Nord Med* 1990; 105:64-6.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? New York: Walter de Gruyter, 1994.

Hvordan tenkte Thomas Bayes?

Tekst: Bent Natvig



Bent Natvig ble professor i matematisk statistikk ved Universitetet i Oslo i 1986 med særlig ansvar for fagområdet pålitelighetsanalyse av teknologiske systemer. Han har sammen med dr.odont. Svein Eggen, Lillehammer publisert flere arbeider i internasjonale odontologiske tidsskrifter. Det siste året har han bl.a. sammen med førsteamanuensis Ivar Aursnes, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo gjennomført en metaanalyse av virkningen av legemidlene Fosamax og Didronate på reduksjon av antall brudd hos kvinner med osteoporose. Studien er basert på Bayesiansk statistikk. Han var dekanus ved Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo 1990-93 og er leder av Den norske Pugwash komite.

FRYKT IKKE! FORMLER ER BENIGNE

Utposten velger å trykke dette innlegget fra Nidaroskonferansen selv om mange umiddelbart vil finne det noe tungt på grunn av formelbruken. Men leseren kan finne trøst i at om man bare bruker 1 time i romjula for å sette seg inn i symbolbruken, vil man i denne artikkelen få det endelige beviset for at Utposten er et vitenskapelig tidsskrift! Selve matematikken er på gymnasnivå på de verste punktene.

Den engelske presten og sannsynlighetsteoretikeren Thomas Bayes ble født i 1702 og døde i 1761. Jeg skal ikke her gå inn i historiske kilde materialer for å belyse hvordan Bayes tenkte der og da. Snarere skal jeg forsøke å overbevise dere om at Bayesiansk statistikk er et viktig metodisk grunnlag for medisinske fag her og nå.

Mitt eget fagområde er pålitelighetsteori – som er en matematisk grunnlagsteori for risikoanalyser av store teknologiske systemer som oljerigger og kjernekraftverk. Typisk for slike systemer er at de er bygget opp av en lang rekke komponenter. Disse kan være teknologiske og menneskelige, men funksjonerer og feiler avhengig av hverandre. Pga. manglende data vil en ved faktiske risikoanalyser av teknologiske systemer være helt avhengig av å kunne utnytte skjønn og erfaringer fra ingeniører om de teknologiske komponenter, og fra psykologer og sosiologer om de menneskelige komponenter. Dette leder til at en må basere seg på en statistisk metodelære som også naturlig utnytter subjektive sannsynligheter. En slik metodelære er nettopp Bayesiansk statistikk.

Det er klare fellestrekk mellom pålitelighets- og risikoanalyse av teknologiske systemer og allmennmedisin. Allmennmedisinerens

system er enkeltmennesket. Eksempler på komponenter her er organer og lemmer. Pålitelighetsanalytikerens og allmennmedisinerens spesialfelt er helheten – ikke de enkelte komponenter. Avhengigheten mellom komponentene er spesielt viktig for å vurdere helheten. For teknologiske systemer skaper ytre stress som vær og vind slik avhengighet, mens for enkeltmennesket skapes slik avhengighet av psykisk stress i tillegg til det fysiske stress.

Videre er pålitelighetsanalytikerens og allmennmedisinerens fokus ikke rettet mot å teste hypoteser om egenskaper til populasjoner av systemer/mennesker, men å treffe fornuftige beslutninger under usikkerhet om det enkelte system/menneske på grunnlag av best mulige riskovurderinger. I bunn for slike beslutninger bør det ligge en relevant teori. Det vil bli argumentert for at Bayesiansk beslutningsteori her er det helt naturlige fundament.

Hvordan tenker allmennmedisineren?

For at jeg skulle få et bedre inntrykk av hva som rører seg i miljøet, fikk jeg oversendt 6 utgaver av «UTPOSTEN – blad for allmenn- og samfunnsmedisin». La meg som

en outsider med en gang si at jeg ble meget imponert over bredden og kvaliteten på artiklene i dette bladet. Selv om jeg ikke fant noen diskusjon eller referanse til Bayesiansk statistikk i de artiklene jeg leste, følte jeg ofte at jeg var blant åndsfrender. Jeg skal gi noen eksempler på det.

La meg starte med noen sitater fra Petter Øgars utmerkede artikkel (1) om skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen:

«I en skjønnsutøvelse vil flere vurderinger inngå:

Hva er relevante faktorer og forhold å ta hensyn til ved den beslutning som skal treffes eller vurdering som skal gjøres?

Hvilken helsefaglig kunnskap finnes om disse faktorer og forhold, og hvilken vitenskapelig kvalitet er det på denne faglige dokumentasjonen?

Hvor sannsynlig er det at ulike faktorer og forhold skal inntreffe?

Hvilken verdi skal tillegges de ulike forhold?

En samlet bearbeiding og integrering av disse delvurderingene.

Hvem er kompetent til å foreta disse ulike vurderingene?»

«Samfunnsmedisinen er i sin natur forebyggende og handler om å påvirke morgendagens og de neste 5–50 års helsetilstand. Dette framtidsperspektivet må nødvendigvis innebære usikkerhetsmomenter.

Kunnskapsgrunnlaget vårt bygger og må bygge på gårldagens empiri og risikofaktorer. Vi trekker slutninger om dagens og morgendagens forhold på grunnlag av gårldagens kunnskap og eksponeringer. Dagens miljøfarer som påvirker folks framtidshelse, kan vi ikke ha sikker kunnskap om. Kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand vil ofte være umulig eller meningsløst å oppfylle. Deler av samfunnsmedisinen er også av natur slik at man ikke på forhånd kan forutsi med samme grad av sannsynlighet som innenfor naturvitenskapene. Den vitale samfunnsmedisin må derfor være forut for sin tid og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet. Det sen-

trale og ytterst skjønnspregede spørsmål er hvor føre var en skal tillate seg å være på hvilket grunnlag, og i denne vurderingen identifisere og vedkjenne seg de usikkerhetsmomentene som ligger i beslutningsgrunnlaget.

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

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

La meg hoppe til en annen interessant artikkel (2) av Linn Getz om den allmennmedisinske vitenskapen:

«Det er en gyllen tid for såkalt Evidence-Based Medicine. Men hvis vi skal lite på de fakta som vi er så dristige at vi omtaler som bevis, må vi sikre oss at de framkommer i vår egen setting og har gyldighet for den.»

En anvendelse av Bayes teorem på oppdatering av sannsynligheter på grunnlag av ny informasjon

La meg starte med å sitere en siste meget relevant artikkel (3) av Steinar Hunskaar og Eivind Meland som tar opp myten om det ufeilbarlige helsevesen.

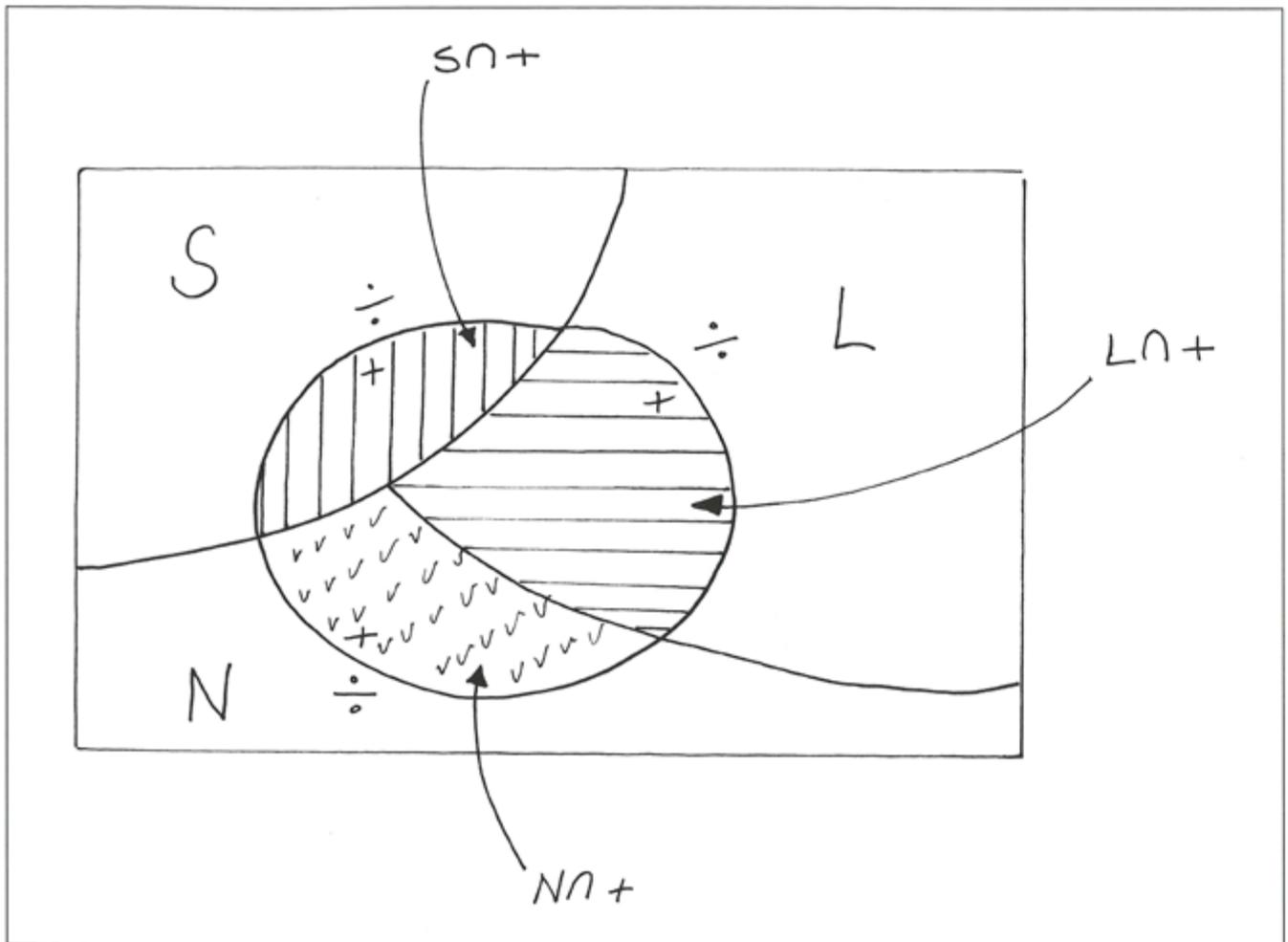
«Ved undersøkelse av pasienter med mistenkt sykdom vil det alltid være

usikkerhet: De fleste vet at sykdom kan foreligge selv med normale undersøkelser og testresultater (proven var «normal», men pasienten viste seg å være syk). Mindre kjent er det kanskje at undersøkelse og testresultater kan være positive uten at pasienten er syk (proven viser «sykdom», men pasienten er frisk!). I det siste tilfellet snakker vi om «falsk positive». Den medisinske usikkerhet og sjanse for feil er et uttrykk for et allment fenomen: vitenskapen kan ikke bevise noe, den kan bare sannsynliggjøre standpunktet med en viss fare for feil.

Når legen stiller en diagnose er det med andre ord ikke et uttrykk for en absolutt sannhet, det foreligger bare en viss sannsynlighet for at sykdommen foreligger. Omvendt vil diagnosen «frisk» også bare være sannsynliggjort med varierende grad av sikkerhet. Heldigvis er sannsynligheten for å ha rett ofte stor, spesielt ved viktige og alvorlige sykdommer der det er gjort mange forskjellige undersøkelser. Men vi må kunne vedstå oss at ved flere tilstander vil selv den beste lege stille korrekt diagnose i mindre enn 50% av tilfellene! Hvis vi ikke åpent tør vedstå oss dette, er vi offer for et bedrag som kan føre til at medisinen utvikles til en allmenn trussel i vår kultur – helse-tjenester blir bjørnetjenester som truer folkehelsen.»

Det sannsynlighetsteoretiske verktøy som passer som hånd i hanske til disse problemstillingene, er Bayes teorem. Dette er det alminnelig enighet om uansett synspunkt på Bayesiansk statistikk. La oss illustrere dette ved følgende konstruerte eksempel. Anta at vi tester en pasient utfra mistanke om at vedkommende har en blodsykdom. Innfør følgende notasjon:

S = {Pasienten er alvorlig syk}
 L = {Pasienten er litt syk}
 N = {Pasienten er helt frisk}
 $+$ = {Testen gir positivt utslag}
 $-$ = {Testen gir negativt utslag}
(se figur).



Anta at vi utfra generell norsk helsestatistikk vet at 2% av befolkningen er alvorlig syke, 10% er litt syke mens altså da 88% er helt friske. La $P(S)$ betegne sannsynligheten for at pasienten er alvorlig syk med tilsvarende definisjoner for $P(L)$ og $P(N)$. Utfra helsestatistikken over kan vi anta, hvis vi ikke utnytter mer subjektiv tilleggsinformasjon om pasienten, at

$$P(S)=0.02 \quad P(L)=0.10 \quad P(N)=0.88$$

Anta på basis av et større datamateriale at vi har følgende kunnskap om testens egenskaper. I 90% av tilfellene gir testen korrekt positivt utslag når den anvendes på en alvorlig syk pasient. Tilsvarende gir testen positivt utslag i 60% av tilfellene når den anvendes på en litt syk pasient, mens den helt feilaktig gir positivt utslag i 10% av tilfellene når den anvendes på en helt frisk pasient. La $P(+|S)$ betegne den betingete sannsynlighet for

at testen gir positivt utslag gitt at pasienten er alvorlig syk med tilsvarende definisjoner for $P(+|L)$ og $P(+|N)$. Utfra informasjonen over kan vi anta at:

$$P(+|S)=0.90 \quad P(+|L)=0.60 \quad P(+|N)=0.10$$

Vi ønsker nå å beregne sannsynligheten for at pasienten vår virkelig er alvorlig syk gitt at testen har gitt positivt utslag, dvs. vi er på jakt etter $P(S|+)$. Det er her Bayes teorem fra sannsynlighetsregningen er som skreddersydd. La $P(S \cap +)$ betegne sannsynligheten for S «snitt» +, dvs. sannsynligheten for at både pasienten er alvorlig syk og at testingen av ham gir positivt utslag med tilsvarende definisjoner for $P(L \cap +)$ og $P(N \cap +)$. Utfra definisjonen på betingete sannsynlighet har vi at:

$$P(S|+)=\frac{P(S \cap +)}{P(+)}$$

(se figur),

der $P(+)$ er sannsynligheten for at testen gir positivt utslag på en uspesifisert pasient. Det burde være lett å overbevise seg om at:

$$P(+)=P(S \cap +)+P(L \cap +)+P(N \cap +)$$

(se figur),

siden en uspesifisert pasient kan tilhøre en av følgende gjensidig utelukkende grupperinger: de alvorlig syke, de litt syke eller de helt friske. Ved å bruke definisjonen på betingete sannsynlighet en gang til har vi at:

$$\begin{aligned} P(S \cap +) &= P(+|S)P(S) \\ P(L \cap +) &= P(+|L)P(L) \\ P(N \cap +) &= P(+|N)P(N) \end{aligned}$$

Samler vi dette, får vi at:

$$P(S|+)=\frac{P(+|S)P(S)}{P(+|S)P(S)+P(+|L)P(L)+P(+|N)P(N)}$$

Dette er nettopp Bayes teorem anvendt på vår problemstilling. Ved å sette inn de numeriske verdier for sannsynlighetene på høyre side av likhetstegnet får vi at:

$$P(S|+) = \frac{0.90 \cdot 0.02}{0.90 \cdot 0.02 + 0.60 \cdot 0.10 + 0.10 \cdot 0.88} = 0.11$$

Det er følgelig en sannsynlighet så lav som 0.11 for at pasienten vår virkelig er alvorlig syk gitt at testen har gitt positivt utslag. Dette er selvsagt betenkelig lavt noe allmennmedisineren må ta hensyn til i vurderingen av og kommunikasjonen med pasienten. Enkelte vil hevde at testen rett og slett er ubrukelig.

En kan imidlertid bøte på situasjonen ved å foreta en ytterligere, uavhengig test for å skaffe mer informasjon. Dette svarer til A og B prøver i dopingtesting. Begge disse må være positive for å gi domfellelse. Vi ønsker nå å beregne sannsynligheten for at pasienten vår virkelig er alvorlig syk gitt at begge testene har gitt positivt utslag. La oss innføre følgende notasjon:

- +₁ = {Første test gir positivt utslag}
- +₂ = {Andre test gir positivt utslag}

Vi er følgelig på jakt etter $P(S|+ \cap +)$.

Betrakt situasjonen etter at første test er utført og har gitt positivt utslag. I stedet for å ta utgangspunkt i $P(S)$, $P(L)$ og $P(N)$, basert på generell norsk helsestatistikk, starter vi nå med de oppdaterte sannsynligheter $P(S|+)$, $P(L|+)$ og $P(N|+)$ basert på informasjonen at første test av vår pasient ga positivt utslag. Ved Bayes teorem beregnet vi over at $P(S|+) = P(S) = 0.11$. Tilsvarende finner en at:

$$P(L|+)= \frac{0.60 \cdot 0.10}{0.90 \cdot 0.02 + 0.60 \cdot 0.10 + 0.10 \cdot 0.88} = 0.36$$

$$P(N|+)= \frac{0.10 \cdot 0.88}{0.90 \cdot 0.02 + 0.60 \cdot 0.10 + 0.10 \cdot 0.88} = 0.53$$

Uavhengigheten av testene kan fortolkes på følgende måte. Hvis vi skal beregne sannsynligheten for at

andre test gir positivt utslag gitt at pasienten er alvorlig syk, avhenger ikke denne av resultatet av den første testen. Dermed har vi at:

$$\begin{aligned} P(+_2|S \cap +_1) &= P(+_2|S) = P(+|S) = 0.90 \\ P(+_2|L \cap +_1) &= P(+_2|L) = P(+|L) = 0.60 \\ P(+_2|N \cap +_1) &= P(+_2|N) = P(+|N) = 0.10 \end{aligned}$$

som er de samme sannsynlighetene som inngikk i beregningen av $P(S|+)$ over.

Dermed erstatter vi bare $P(S)$, $P(L)$ og $P(N)$ med $P(S|+)$, $P(L|+)$ og $P(N|+)$ og får igjen ved å bruke Bayes teorem at:

$$P(S|+ \cap +)= \frac{0.90 \cdot 0.11}{0.90 \cdot 0.11 + 0.60 \cdot 0.36 + 0.10 \cdot 0.53} = 0.27$$

Dette er vesentlig bedre enn 0.11, men fortsatt altfor lavt.

Hovedpoenget med disse beregningene er imidlertid å påvise hvor perfekt Bayes teorem passer til å oppdatere sannsynligheter når ny informasjon dukker opp. Dette er helt ukontroversielt i beregningene her fordi all informasjon er basert på «håndfaste» data. Bakoversveisen hos enkelte statistikere oppstår hvis utgangspunktet er subjektiv tilleggsinformasjon om pasienten i stedet for generell norsk helsestatistikk. Igjen kan en stille spørsmålstegn ved «påttatt objektivisme».

En anvendelse av Bayesiansk beslutningsteori

La oss forfølge vår pasient et skritt videre etter at begge testene har gitt positivt utslag. Allmennmedisineren må nå fatte en beslutning på grunnlag av de oppdaterte sannsynligheter. Vi har at $P(S|+ \cap +) = 0.27$. Tilsvarende finner en at:

$$P(L|+ \cap +)= \frac{0.60 \cdot 0.36}{0.90 \cdot 0.11 + 0.60 \cdot 0.36 + 0.10 \cdot 0.53} = 0.59$$

$$P(N|+ \cap +)= \frac{0.10 \cdot 0.53}{0.90 \cdot 0.11 + 0.60 \cdot 0.36 + 0.10 \cdot 0.53} = 0.14$$

På grunnlag av de to testene er det klart mest sannsynlig at pasienten bare er litt syk, hvilket ikke skulle tilsi nærmere og mer kostbar utredning i denne omgang. På den annen side er det en ikke ubetydelig sannsynlighet for at pasienten faktisk er alvorlig syk og dermed omgående bør innlegges på sykehus. Allmennmedisineren står overfor en beslutning under stor usikkerhet. Skal pasienten innlegges eller ei? Innfør følgende notasjon svarende til de to alternativene:

- B_1 = {pasienten hospitaliseres omgående}
- B_2 = {en ser det hele an inntil videre}

For å fatte en beslutning kommer en ikke utenom å subjektivt anslå tap av nytte ved å velge B_1 eller B_2 i forhold til pasientens faktiske tilstand S , L eller N . Hvis en f.eks. hospitaliserer en helt frisk pasient, representerer dette bortkastede ressurser for samfunnet, forlenget ventetid i sykehuskø for andre pasienter, tapt arbeidsinnsats for pasientens eventuelle arbeidsgiver og endelig i beste fall bortkastet tid og ressurser for pasienten. La meg igjen sitere den sistnevnte artikkel (3):

«Generelt kan personer som har fått påvist funn som ikke er uttrykk for sykdom, invalidiseres av angst og sosial forventning om sykerollen. Forskning har lært oss at den subjektive sykdomsopplevelse for slike pasienter kan være like sterk som blant dem med reell sykdom. Mange har fått uføretrygd på grunnlag av slik ikke-sykdom. Vi ser slike pasienter, men de er ikke egnet for sensasjonsoppslag i pressen.»

Hvis en på den annen side ser det hele an inntil videre, og pasienten er alvorlig syk, kan dette medføre invalidisering eller tidlig død med tilhørende omkostninger for familie og samfunn. Anta allmennmedisineren, som til syvende og sist skal fatte beslutningen, kommer frem til følgende tabell over tapt nytte målt i norske kroner.

		Pasientens tilstand		
		S	L	N
Beslutning	B ₁	0	25000	50000
	B ₂	100000	25000	0

Tabell over tapt nytte ved de to alternative beslutninger.

Vi ser av tabellen at hvis pasienten er alvorlig syk og allmennmedisineren helt korrekt fatter beslutningen om omgående hospitalisering, er tapt nytte lik 0. Dersom allmennmedisineren i denne situasjonen velger å se det hele an, gjøres den alvorligste feilen med tapt nytte kr. 100 000. Hvis pasienten er litt syk, vurderes de to alternative beslutningene å ha det samme nyttetapet på kr. 25 000,-. For tilfellet at pasienten er helt frisk og allmennmedisineren helt korrekt fatter beslutningen om å se det hele an, er igjen tapt nytte lik 0. Dersom allmennmedisineren i denne situasjonen velger å hospitalisere pasienten omgående, gjøres den nest mest alvorlige feilen med tapt nytte kr. 50 000.

Den vanlige matematiske definisjon av risiko ved en beslutning er forventet tapt nytte. Dette betyr at en må veie sammen tapt nytte ved de ulike tenkelige tilstander

som kan oppstå, der vektene er de best mulig estimerte sannsynligheter for disse tilstandene.

Risikoen ved beslutningen om å hospitalisere pasienten omgående er følgende:

Risiko ved B₁ =

$$0 \cdot P(S|+1 \cap +2) + 25000 \cdot P(L|+1 \cap +2) + 50000 \cdot P(N|+1 \cap +2) = 0 \cdot 0.27 + 25000 \cdot 0.59 + 50000 \cdot 0.14 = 21750$$

Tilsvarende er risikoen ved å se det hele an inntil videre:

Risiko ved B₂ =

$$100000 \cdot 0.27 + 25000 \cdot 0.59 + 0 \cdot 0.14 = 41750$$

Følgelig ser vi at forventet tapt nytte eller risikoen ved å se det hele an inntil videre, er nær dobbelt så stor som ved at pasienten omgående hospitaliseres. Dermed er det opplagt at allmennmedisineren bør treffe den siste beslutningen selv om den best mulige estimerte sannsynlighet for at pasienten er alvorlig syk er så lav som 0.27. Det er også klart at vi kan gjøre relativt store endringer i tabellen over tapt nytte ved de to ulike beslutninger, og likevel ende opp med en beslutning om at pasienten hospitaliseres omgående.

Bayesiansk beslutningsteori generelt

Bayesiansk statistikk og beslutningsteori, samt andre former for beslutningsteori, er behandlet i (4). Vi skal belyse litt av denne Bayesianske teorien i det følgende. Nøkkelparameteren vi er interessert i, betegnes ofte med den greske bokstaven θ . Den kan gjerne være en vektor av flere størrelser. Nøkkelparameteren er fast, men ukjent for beslutningstageren. Beslutningstageren formulerer sin usikkerhet om parameteren før data er samlet inn ved hjelp av en såkalt *à priori sannsynlighetstetthet* (punktsannsynlighet) betegnet med $\pi(\theta)$.

I gjennomgangseksemplet vårt er nøkkelparameteren, θ , pasien-

tens helsetilstand. Den kan anta tre verdier θ_1 , θ_2 og θ_3 gitt ved:

$$\theta_1 = S, \theta_2 = L, \theta_3 = N$$

Den tilhørende *à priori* punktsannsynlighet er gitt ved:

$$\begin{aligned} \pi(\theta_1) &= P(S) = 0.02 \\ \pi(\theta_2) &= P(L) = 0.10 \\ \pi(\theta_3) &= P(N) = 0.88 \end{aligned}$$

En samler så inn data betegnet med D . Sannsynlighetstettheten (punktsannsynligheten) for disse dataene, gitt nøkkelparameteren θ , betegnes $f(D|\theta)$. Som funksjon av θ betegnes denne med $L(\theta)$, dvs. $L(\theta) = f(D|\theta)$.

$L(\theta)$ kalles *rimelighetsfunksjonen* (engelsk likelihood function). I gjennomgangseksemplet vårt har vi at de første data er at testen gir positivt utslag, dvs.:

$$D = +$$

Rimelighetsfunksjonen er der gitt ved:

$$\begin{aligned} L(\theta_1) &= f(D|\theta_1) = P(+|S) = 0.90 \\ L(\theta_2) &= f(D|\theta_2) = P(+|L) = 0.60 \\ L(\theta_3) &= f(D|\theta_3) = P(+|N) = 0.10 \end{aligned}$$

Vi er nå på jakt etter usikkerheten i nøkkelparameteren etter at dataene D er samlet inn. Denne usikkerheten er gitt ved en såkalt *à posteriori sannsynlighetstetthet* (punktsannsynlighet) betegnet med $\pi(\theta|D)$. Denne finnes ved Bayes teorem, og er rett og slett proporsjonal med produktet av rimelighetsfunksjonen, $L(\theta)$, og *à priori* sannsynlighetstettheten (punktsannsynligheten), $\pi(\theta)$. Følgelig har vi:

$$\pi(\theta|D) = L(\theta)\pi(\theta)/K$$

K er her en konstant som sikrer at $\pi(\theta|D)$ virkelig er en sannsynlighetstetthet (punktsannsynlighet). Følgelig har vi hvis θ kan anta verdier i $\Theta = \{\theta_1, \theta_2, \dots\}$ at:

$$K=L(\theta_1)\pi(\theta_1)+L(\theta_2)\pi(\theta_2)+\dots$$

Hvis θ kan anta verdier i en mengde, Θ , av reelle tall, må vi erstatte summasjon med integrasjon og får at:

$$K=\int_{\Theta} L(\theta)\pi(\theta)d\theta$$

I vårt gjennomgangseksempel får vi f.eks. at:

$$\pi(\theta_1|D) = \frac{L(\theta_1)\pi(\theta_1)}{L(\theta_1)\pi(\theta_1)+L(\theta_2)\pi(\theta_2)+L(\theta_3)\pi(\theta_3)} = 0.11$$

Får en nye data, gjentar en prosedyren over men med ny a priori sannsynlighetstetthet (punktsannsynlighet) gitt ved den gamle a posteriori sannsynlighetstettheten (punktsannsynligheten). Det var nettopp det vi gjorde i gjennomgangseksemplet der de nye data er at også den andre testen gir positivt utslag.

Anta vi nå skal velge mellom k mulige beslutninger B_1, B_2, \dots, B_k . Beslutningstageren må da subjektivt anslå tap av nytte ved valg av beslutningene B_1, \dots, B_k i forhold til den sanne verdi av nøkkelparameteren θ . Dette tapet av nytte er gitt ved *tapsfunksjonen* $L(\theta, B_i)$ som gir tapet av nytte ved å fatte beslutningen B_i når nøkkelparameteren antar verdien θ . Tapsfunksjonen er følgelig en funksjon av to variable. I gjennomgangseksemplet vårt fremstilte vi denne ved hjelp av en tabell.

Risikoen, eller a posteriori forventet tapt nytte, ved beslutningen B_i er gitt ved:

$$L(\theta_1, B_i)\pi(\theta_1|D)+L(\theta_2, B_i)\pi(\theta_2|D)+\dots$$

hvis θ kan anta verdier i $\Theta=\{\theta_1, \theta_2, \dots\}$. Hvis θ kan anta verdier i en mengde, Θ , av reelle tall, må vi erstatte summasjon med integrasjon og får i stedet

$$\int_{\Theta} L(\theta, B_i)\pi(\theta|D)d\theta$$

Risikoen ved beslutning B_i er følgelig et veiet gjennomsnitt av tapt

nytte for de ulike verdier av θ , der vektene er gitt ved a posteriori sannsynlighetstettheten (punktsannsynligheten) $\pi(\theta|D)$.

Å posteriori Bayes beslutningen er da den beslutning blant B_i , $i=1, \dots, k$ som har lavest risiko.

Generelt vil tapsfunksjonen alltid måtte vurderes subjektivt av beslutningstageren. På denne bakgrunn er det overraskende at

mange stritter i mot å trekke inn subjektivt skjønn også i sannsynlighetsvurderingene som en slik risikoanalyse baserer seg på.

Bayesianske metoder i medisin

Jeg presenterte noen hovedidéer i Bayesiansk beslutningsteori på et seminar som Sosial- og helsedepartementet arrangerte 9.-desember i fjor «Klinisk forskning – er de statistiske arbeidsmåter gode nok?». La oss hente følgende utdrag fra innledningen til Statsråd Gudmund Hernes (5):

«Disse problemene ligger i grenselandet mellom metode og moral, statistikk og etikk. Noen av disse problemene fikk brå aktualitet ved den debatt vi hadde om høydosebehandling i sommer, men de spenner videre og stikker dypere.»

«For en som ser medisinen utenfra, er det slående å registrere i hvilken grad man bygger på den klassiske eller frekventistiske tilnærming til statistikk. Formålet med den klassiske statistikk er først og fremst å teste hypoteser. Eller sagt på en annen måte: å dikotomisere resultatene etter hvorvidt de er signifikante eller ikke.»

Det som ellers er medisinenes kjerneproblem, er å treffe beslutninger, særlig beslutninger under usikkerhet. Her vil også klinikerne mene at man i tillegg til generell viten også må vektlegge klinisk skjønn. Skal man f.eks. gi høydosebehandling, kan man ikke bare bygge på estimater

om hvor hyppig slik behandling lykkes – en rekke andre trekk ved pasientens tilstand må vurderes i tillegg.

Bayesiansk statistikk er utviklet for å ta hensyn til skjønn og (voksende) tilleggsinformasjon på en måte som er forenlig med sannsynlighetsregningens regler. Slik skulle den passe særlig godt til medisinske beslutninger som nettopp er beslutninger under usikkerhet.

Sagt på en annen måte: I klassisk statistikk undersøker man om to behandlinger A og B er like gode. Klassisk statistikk sier at vi skal velge behandling A hvis A er så mye bedre enn B at det er urimelig å tro at forskjellen skyldes tilfeldigheter. Jo mer urimelig det er å tro på tilfeldigheter, desto mer signifikant er forskjellen mellom behandling A og B.

Bayesiansk statistikk, derimot begynner med den observerte forskjellen mellom A og B og spør hvor stor sjans det er for at A faktisk er bedre enn B gitt den observerte forskjellen.

Klassikerne spør altså hva sjansen er for å få den observerte forskjell ved rene tilfeldigheter hvis det ikke er noen forskjell.

Bayesianerne spør hva er sannsynligheten for at det skal være en underliggende reell forskjell gitt den forskjellen vi faktisk observerer. Man starter med det man vet eller tror, og undersøker hvor mye ny informasjon har forbedret kunnskapen.

Konklusjonene som trekkes ved disse to ulike tilnærmingene er ikke alltid den samme. Og likevel er det den klassiske statistikk som rår grunnen blant norske klinikere – ja, i stor grad også internasjonalt, selv om ekspertene i matematisk statistikk i økende grad er blitt Bayesianere.

Om jeg formulerer det spisst: Den klassiske kliniske forskning velger en statistisk hovedretning som reduserer effekten av den fornuft som ligger i klinikerens skjønn.

Eller hvis jeg sier det på en annen måte: I medisin er problemet mer å treffe beslutninger enn å teste hypoteser. Da må hele tiden utgangspunktet være det en vet eller har gode grunner for å tro – selv om det

er skjønnsmessig – på forhånd. Det et forsøk gir, er informasjon som setter en i stand til å justere det en trodde. Resultatene fra den ene undersøkelse danner grunnlaget for den neste.

Spørsmålet blir derfor: Hva er grunnen til at norske medisinerer i så liten grad bygger sine undersøkelser på en Bayesiansk tilnærming?»

Rett etter departementsseminaret fikk jeg sammen med Ivar Aursnes, Institutt for farmakoterapi, UiO et oppdrag fra departementet. Oppdraget var å gi en vurdering basert på Bayesiansk statistikk av den vitenskapelige dokumentasjon av legemidlene etidronat (Didronate) og alendronat (Fosamax) for reduksjon av antall brudd hos kvinner med osteoporose. Det ble utført også i samarbeid med mine kolleger Geir Storvik og Jørund Gåsemyr. Som evalueringskriterier benyttet vi først og fremst sammenligning av de relative effektivitetsforbedringer i forhold til placebo for de to legemidlene. Nøkkelparametrene for hvert enkelt studie som vi baserte oss på, var:

p_1 = Sannsynligheten for minst en fraktur i løpet av 3 år når placebo er brukt

p_2 = Sannsynligheten for minst en fraktur i løpet av 3 år når legemiddelet er brukt

og

λ_1 = Intensitet av frakturer per år når placebo er brukt

λ_2 = Intensitet av frakturer per år når legemiddelet er brukt.

Helt sentralt i den Bayesianske metodikk generelt er som vi har sett, å beskrive usikkerheten i slike nøkkelparametre ved hjelp av sannsynlighetsfordelinger. Denne usikkerhet blir beskrevet også etter at data er samlet inn, dvs. når beslutninger skal fattes, og ikke før som ved klassiske konfidensintervall.

Innsikten i parametrene sanne verdier før data er tatt hensyn til,

ble i dette oppdraget beskrevet ved såkalte ikke-informative a priori sannsynlighetsfordelinger. I praksis spilte det her liten rolle hvilken a priori innsikt som ble lagt til grunn da datagrunnlaget var svært omfattende. På bakgrunn av data ble disse fordelinger oppdatert til a posteriori sannsynlighetsfordelinger. Dette gjør det mulig å evaluere og ta hensyn til usikkerheten som ligger i effektivitetsforbedringene på en enklere og mer konsistent måte. Datamateriale fra ulike studier er koblet sammen for å gi en mer pålitelig vurdering av legemidlene. Denne sammenkoblingen er igjen gjort ved hjelp av Bayesiansk statistikk. Endelig ble det foretatt en kostnadsvurdering av de to legemidlene som igjen er basert på Bayesiansk statistikk. En kompliserende faktor ved studiene som var tilgjengelige, var at forekomsten (prevalensen) av symptomgivende osteoporose i populasjonene som er testet, varierer til dels svært mye. En kombinerende faktor ved studiene er likevel mulig å utføre hvis en gjør en antagelse om at den relative effektivitetsforbedring av legemiddelet er den samme for alle nivåer av forekomsten. Dette betyr at vi kan konsentrere oss om usikkerheten i de avledete nøkkelparametrene:

$$\alpha = (p_1 - p_2) / p_1, \quad \beta = (\lambda_1 - \lambda_2) / \lambda_1$$

som er felles for de underliggende studiene.

British Medical Journal hadde 7.-september i fjor en artikkel (6) «Bayesian statistical methods. A natural way to assess clinical evidence», skrevet av Laurence Freedman – Acting chief. Artikkelen er absolutt verdt å lese. Her henvises også til en annen lærebok (7). Dette inspirerte teamet nevnt over som utførte Departementets oppdrag, til å sende en engelsk oversettelse av den norske rapporten (8) til dette tidsskriftet. Denne fant de så interessant at vi ble bedt om å utarbeide en publisert artikkel på grunnlag av rapporten.

Dette har vi nå gjort. Uansett skjebne til akkurat dette arbeidet – Bayesianske metoder er på full fart inn i statistikkfaget i sin alminnelighet og i medisinsk statistikk spesielt. Forsøkene i visse kretser på skrubbing kan bare skotøybransjen glede seg over.

Professor Bent Natvig
Universitetet i Oslo
Matematisk institutt
Boks 1053 Blindern
0316 Oslo

Litteratur:

1. Øgar P. Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen. Utposten 1996; 25:7-8: 268-272.
2. Getz, L. Den allmennmedisinske vitenskapen. Utposten. 1995; 24:7:326-330.
3. Hunskår, S., Meland E. Myten om det ufeilbarlige helsevesen (1). Utposten 1995; 24:1:4-6.
4. Berger, J.O. Statistical decision theory and Bayesian analysis. Second edition. Springer-Verlag, 1985.
5. Hernes, G. Innledning ved Sosial- og helsedepartementets departementsseminar 9.-desember: Klinisk forskning – er de statistiske arbeidsmåter gode nok?, 1996.
6. Freedman, L. Bayesian statistical methods, A natural way to assess clinical evidence. British Medical Journal 1996; 313: 569-70.
7. Berry, D.A. Statistics. A Bayesian perspective. Duxbury Press, 1996.
8. Storvik, G., Natvig, B., Gåsemyr, J., Aursnes, I. Vurdering basert på Bayesiansk statistikk av den vitenskapelige dokumentasjon av legemidlene etidronat (Didronate) og alendronat (Fosamax) for reduksjon av antall brudd hos kvinner med osteoporose. Rapport utarbeidet for Sosial- og helsedepartementet, 1997.



BJERTNÆS, AAGE

Groblad, meitemark og krutt

Kjerringråd og folkelig behandling i 1000 år

*Bjertnæs, Aage
Groblad, meitemark og krutt
Kjerringråd og folkelig behandling i
1000 år. Gyldendal fakta, 1997*

214 sider.

Pris: Kr. 298,-.

Anmeldt av Helge Worren

Kjerringråd – vi leter etter røtter

Allerede tittelen på boken «Groblad, meitemark og krutt» får en til å trekke på smilebåndene og skepsisens verbale og nonverbale repertoar. Det er lett å oppfatte boken som underholdning og bare det – en variant av eventyrfortellingene, hvor den ene fantastiske og virkelighetsfjerne fortellingen avløser den andre. Man skal ikke ha lest mange sider i boken for å skjønne at den er mye mer enn bare underholdningen. Underholdende er den også, ikke minst fordi allmennpraktikeren Aage Bjertnæs (og tidligere UTPOSTEN-redaktør) evner å bruke et levende språk, som er enkelt, forståelig og fylt med eksempler. Boken er dessuten spekket med gamle illustrasjoner som gir sitt eget budskap og harmonerer godt med teksten.

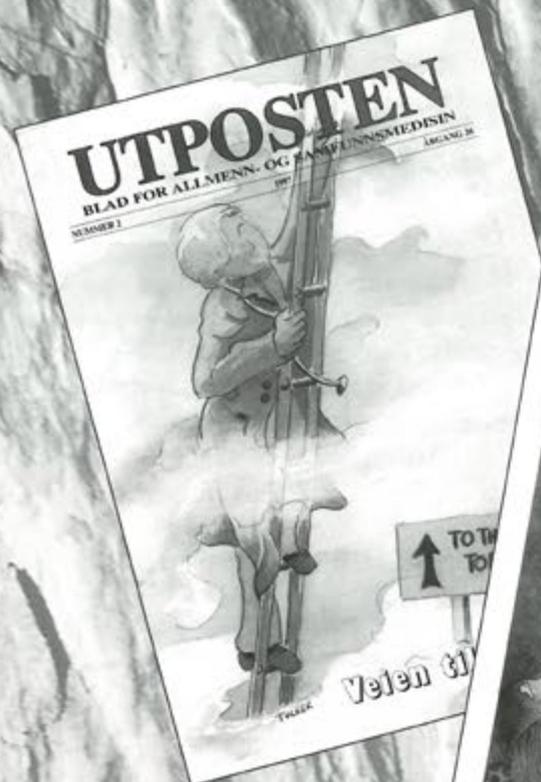
Aage Bjertnæs har tydeligvis hatt mye morro med å lage boken og har høstet nyttige erfaringer fra sin virksomhet som radiodoktor i NRK-programmet «Kjerringråd».

Bjertnæs skriver i sitt forord at...«vi må ikke bli historieløse...». Her er vi en av de verdifulle kjernepunkter ved boken. Det er lett å la boken bli nettopp bare eventyr.

Makter vi imidlertid å se det som Bjertnæs formidler, nemlig at vi kan forstå mye mer av «...det pasienten ser...» (for å holde oss i en Kierkegaards referanseramme) ved å forstå de forestillingene som folk har hatt og fortsatt i ikke liten grad fortsatt har i forhold til sykdom, helse, liv og død – da blir boken et nyttig redskap også for nåtidsmennesker, ikke minst nåtids helsepersonell. Vi kan i dag lett finne oss i en steril tilværelse, hvor såvel medisinen og helse-

tjenesten er frirensset såvel fra andre fagfelt og samfunnssektorer som fra historien. En slik forestillingsverden er en vrangforestilling og der er Bjertnæs' bok et nyttig «antipsykotisk» middel. Vår vitenskapsbaserte medisin har en kort historie, men den er ikke uten røtter bakover. Tvertimot. Det folk var opptatt av tidligere er mange av de samme problemstillinger vi er opptatt av i dag, selv om løsningene har forandret seg. Tidligere tiders «løsninger» var nok i mye





UTPOSTENS annonsører

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

Tidsskrift nr. 1998

Nr. 1
Nr. 2
Nr. 3
Nr. 4
Nr. 5
Nr. 6
Nr. 7
Nr. 8

Materiellfrist:

16. januar
20. februar
27. mars
8. mai
21. august
11. september
9. oktober
30. oktober

Utsendelse

20. februar
27. mars
8. mai
12. juni
2. oktober
16. oktober
13. november
4. desember

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

MATERIELL:
Avtrykk, reprokopi eller negativ
film med speilvendt hinneside.
Netto format: A4
Raster: 54 linjer
Trykkeri: Nikolai Olsens
Trykkeri a.s, Kolbotn.

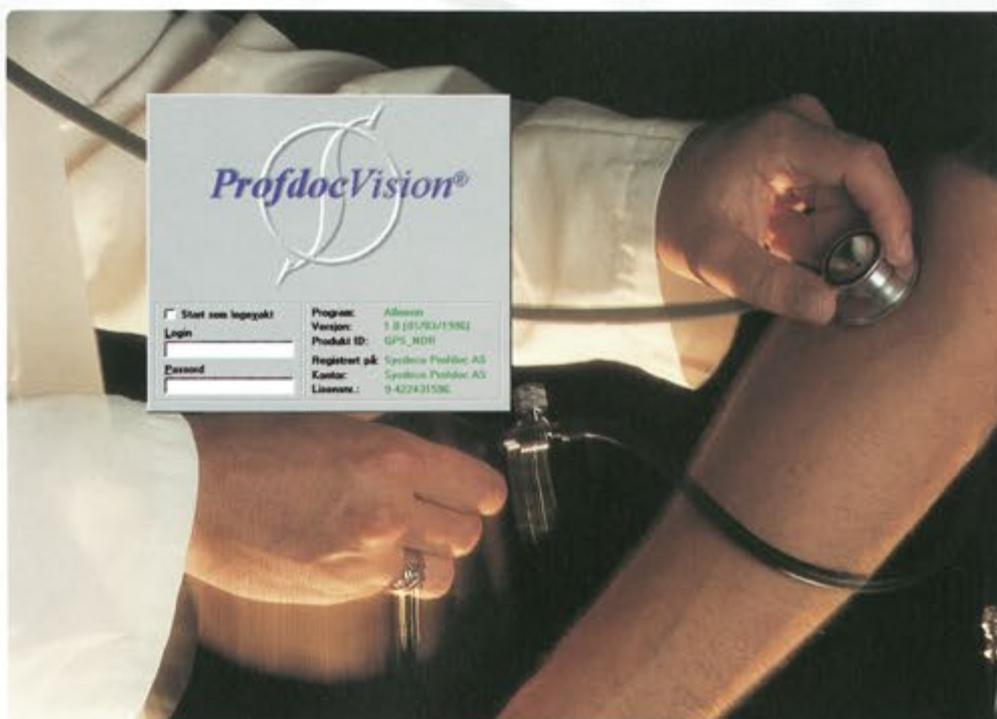
PRISER:

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

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,-, pluss kr. 0,90 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.

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:

