

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 6 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: Samhandlingsreforma så langt. AV LISBETH HOMLONG	1
Tidligere redaktører reflekter over Utposten.	2
Kavalkade fra Utpostens tidlige år.	8
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Konsultasjoner med fremmedspråklige. Refleksjoner over en pasient. AV ESPERANZA DIAZ	27
Fokus på sped- og småbarns psykiske helse. AV BRITT ROBERTSEN OG ELISABETH HOLMBOE	31
Hvordan har samhandlingsreformen påvirket kommunale tilbud og pasientforløpene? EN ENQUETE BLANT KOLLEGER PÅ SYKEHJEM	34
Telefonråd og beslutningsstøtte. AV ELISABETH HOLM HANSEN	36
Tanker om motivasjon og endring. AV TORGEIR GILJE LID	38
Legevakthåndboken i elektronisk utgave – godt mottatt av allmennleger. AV TOM SUNDAR	40
BOKANMELDELSE: Flerkulturell forståelse i praksis. ANMELDT AV ESPERANZA DIAZ	43
Faste spalter	44

KONTOR:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no**Esperanza Díaz**

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com**Ole Andreas Hovda**

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com**Ann-Kristin Stokke**

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com**Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDE/2. OMSLAGSSIDEBILDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Aurskog

REPRO OG TRYKK:
07 Aurskog**07**Du finner Utposten på
www.utposten.no

Samhandlings- reforma så langt

Våren 2009 lanserte dåverande helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen samhandlingsreforma. Viktige målsetningar var følgjande: fleire fastlegar, innføring av økonomiske incentiv for å stimulere kommunane til å gi betre og meir effektive helsetenester, koordinerte tenester for pasientar med samansette lidningar, utvikling av IKT-system for å effektivisere og kvalitetsforbetre helsetenesta – dette er saksa frå Utposten si eiga oppsummering av reforma kort tid i etterkant.

Det nærmar seg no eit år sidan samhandlingsreforma vart innført. Tida er inne for å samle røynslar og diskutere kva som fungerer og kva som fungerer mindre bra. Fleire fastlegar og satsing på IKT kan vi framleis sjå langt etter, men når det gjeld utvikling av helsetenesten elles ute i kommunene, har det mange stadar skjedd ting.

I dette nummeret av Utposten har vi snakka med tre sjukeheimslegar frå ulike delar av landet om deira røynslar og refleksjonar så langt. Ei felles oppleving er at pasientane som blir behandla på korttidsplassar på sjukeheimar og intermedisæravdelingar

generelt er sjukare enn før. Dette krev god og effektiv informasjonsflyt mellom dei ulike tenesteytarane, noko som ikkje alltid fungerer like godt. Samstundes er både helsefagleg kompetanse og bemanning i kommunane blitt styrka.

Ei viktig målsetning med reforma var å spare pengar. Å gje kommunen eit større ansvar for pasientbehandling og dermed spare sjukehusa for liggjedøgn skal ideelt sett vere kostnadseffektivt. Informantane våre er usikre på korleis dette førebels har slått ut. Kommunene har nok enno ein meirkostnad etter innføring av reforma, men dersom tiltak blir sett inn på førebyggjingssida, så skal det kunne gi færre sjukehusinnleggjingar og dermed lågare totalkostnader.

Åndeleg påfyll også er viktig for helsa, og mange rundt omkring i landet kan no få med seg Riksteatret sin turné med Ibsen-stykket «Fruen fra havet» – kanskje eit av dei mest tidsaktuelle stykka han har skrive. Eg hadde nyleg gleda av å sjå førpremieren og vart imponert over kor god sjølve teksten er, og kor sentralt temaet også er i vår tid og kultur, der

individet står i sentrum og vi i stor grad er frie til å forme våre eigne liv. Dei vala vi gjer i livet står sentralt i stykket, for når vi veljer noko, så veljer vi også vekk noko anna. Og kven har ikkje reflektert over korleis livet kunne ha vore dersom ein hadde valt annleis? Stykket sin hovudperson, Ellida Wangel, sjølve frua frå havet, står midt oppe i denne eksistensielle problemstillinga. Fortida innhentar ho og ho får sjansen til å velje ein annan veg på nytt. Korleis skal ho handtere det? Sjølve framsyninga er nedstrippa og minimalistisk, tilpassa vår samtid. Eg synast dette fungerer godt og gjer at teksten verkeleg kjem til sin rett.

Dersom du må velje ein artikkel å lese i dette nummeret av Utposten, så synast eg at du skal ta deg tid til å lese denne utgåva si «Historie fra virkeligheten». Den er ikkje ekstraordinær eller eksepsjonell på nokon måte, men eg synast den illustrerer så godt kva det er som gjer fastlegekvardagen så god å vere i! Det er pasientmøtet det handlar om, og det unike vindauget vi her får inn til eit menneske sitt liv.

Lisbeth Homlong

Tidligere redaktører reflekterer over Utposten

Det er 40 år siden Utpostens første nummer så dagens lys. Som vi kan lese i artikkelkavalkaden lengre ut i dette nummeret, var Utposten de første 10 årene åpenbart «provokatorisk» i sin formidlingsform, mens dagens blad er preget av en mer saklig og «strømlinjeformet» profil. Noen vil kanskje mene at Utposten er blitt for kjedelig – eller for «politisk korrekt»?



Aage Bjertnæs 1978–1982

150 leger årlig er vårt krav!



Vi har invitert tidligere redaktører til å dele noen refleksjoner rundt sin tid i Utposten, med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Når var du i redaksjonen?
- Hva husker du best av jobben som redaktør?
- Hva tenker du Utposten har betydd for norsk allmennmedisin gjennom årene?
- Hvordan ønsker du Utposten om 10 år?

Høsten 1977 holdt APLF sitt landsmøte i Trondheim. Et lite men oppglødd allmennpraktikerkorps bestående av circa 30 allmennleger fungerte som lokalt vertskap. Under møtet ble jeg kontaktet av Harald Siem som spurte om jeg kunne tenke meg å være redaktør for Utposten, et blad som jeg leste med stor interesse fra perm til perm. Etter en kort diskusjon med kollega Martin Holte takket vi ja og startet 1. januar 1978 som skrivende redaktører på Risvollan legesenter.

Det var ikke alltid like lett å få inn stoff til bladet, men provoserende uttalelser og spissformuleringer gav ofte tilsvar som vi satte på trykk og dermed var debatten i gang. Bladet fikk en viktig rolle som debattforum, myntet på de som hadde klare meninger og som syntes at Dnlfs tidsskrift ble for høytydelig og alvorsfylt. Utposten tok opp en rekke tema vi var opptatt av, som bedre lønns og arbeidsvilkår for primærlegene, eller klare ansvarsområder hvor allmennlegen fikk ansvaret for en begrenset populasjon (Fastlege). Her hadde vi ingen støtte i Dnlf! Vi gikk imot beordringsloven for å skaffe flere leger til Nord Norge, men støttet etableringsloven som hindret at alle de nyutdannede legene forsvant inn i sykehusene eller etablerte seg på «Guld-kysten» langs Oslofjorden.

Vi jobbet aktivt for at det skulle bli flere av oss. Vårt motto i samtlige numre var: 150 LEGER ÅRLIG ER VÅRT KRAV! FØLG UTPOSTEN, HOPP IKKE AV!

«Allmennpraktiker Dnlf»-tittelen skulle utvides til full spesialisitet i allmennmedisin, som ble en fem års utdanning med to-årig veiledning i gruppe. Allmennmedisin utviklet seg til et betydelig universitetsfag på linje med indremedisin og kirurgi. Vi prøvde å legge hindringer i veien for særomsorger som spiste opp faget

vårt fra alle kanter, som for eksempel at bedriftshelsetjenesten etter mønster fra Øst-Europa også skulle behandle ikke bare arbeidsfolk, men også deres familier; eller helsestasjoner for unge og eldre. I den tiden jobbet vi også for å plassere norsk allmennmedisin i et internasjonalt selskap som WONCA. Vi sloss for å få kommunehelseloven etablert og ønsket at APLF og OLL skulle bli en slagkraftige organisasjoner. Vi ønsket oss et Norsk selskap for allmennmedisin som var faglig forankret...

Det ble fem travle år, med deadlines og masse jobb med layout, illustrasjoner og montering. Seine nattetimer på vei til trykkeriet hvor vi etter en uke fikk 1500 blad som skulle distribueres. Gøy? Ja ... men slitsomt. Etter fem år takket vi for oss og leverte pinnen videre, vel vitende om at vi hadde bidratt til å gi allmennmedisin nytt blod og muskelkraft.

Hvilken betydning har bladet hatt gjennom årene? Den har styrket vår faglige identitet, uten det hadde norsk allmennmedisin vært anemisk, kraftsløs og levet helt i skyggen av våre sykehusspesialister. Utposten var arnestedet for tanker, ord og gjerninger som ble gjentatt og lest helt inn i Stortinget!

Hvordan bør bladet utvikle seg videre? Det bør revitaliseres til det debattbladet det engang var. Vi har fått Eyr, et diskussionsforum som for mange av oss blir for spontant, lite gjennomtenkt og uoversiktlig. Utposten bør være obligatorisk lesning for alle fastleger. Skulle jeg ønske meg mer faglig stoff burde det være innen praksisorganisering og management samt emner innen medisinsk innovasjon. Jeg ønsker alle fremtidige redaktører lykke til og ser frem til jubileet. Gratulerer med dagen!

Aage Bjertnæs

Risvollan legesenter, Trondheim



Martin Holte 1978–1982

Starten på en livslang bevisstgjøringsprosess

Siden turnustjenesten i Molde i 1973/74 har jeg bodd, og bor fortsatt, ved siden av nabo, venn, kollega og samtalepartner Aage Bjertnæs. En mørk høstkveld i 1977 kom han over tunet med følgende spørsmål: «Martin, hva tenker du om at vi to overtar Utposten-redaksjonen?» Harald Siem hadde ringt. Vi kjente Utposten fra tiden i Molde hvor vi hadde mange faglige og fagpolitiske diskusjoner med daværende redaktører. Det var viktig for allmennmedisinens fremtid å løfte faget videre fremover i tråd med det arbeidet som var påbegynt på Aukra og Midsund av distriktslegene Harald Siem, Per Wium og Tor Ruud.

Dette var en tillitserklæring. Med et tidligere kort redaktørintermesso i studentavisen «Hymen intactus» – bladet for norske medisinerstudenter i Münster i Westfalen – tenkte jeg at «det måtte vi da klare!», og før vi viste ordet av det var vi på vei til Aukra for å overta utstyret og studere arbeids- og produksjonsmetodikk. Det var starten på en livslang bevisstgjøringsprosess for mitt forhold til det allmennmedisinske fagfelt.

Etter en høytidelig og ikke minst festlig overtakelse av stafettpinnen «Utposten» reiste vi hjem med bilen full av optimisme, gamle utgaver, blyant, skrivemaskin, limstift, saks og

ett egg. Vi «arvet» også den eminente karikaturtegner Kåre Bjørn Huse, som med en begavet strek krydret forsider og tekster. Etter tekstinnsamling la vi oss på stuegulvet med 16 blanke kartongsider, klippet og limte det som skulle bli neste utgave – og flere ble det!

Årene i redaksjonen 1978–82 var faglig, fagpolitisk, etisk og sosialt berikende.

Wonca-kongressen i 1978 i Montreux var også en faglig øyeåpner hvor vi fikk kontakt med mange allmennmedisinere fra våre naboland. Kontakter som vi gjennom mange år har hatt stor glede av. Vi var opptatt av allmennmedisinens identitet, integrering av faget i medisinerutdanningen, rekruttering til faget og styrking av videre og etterutdanning. Utposten deltok i diskusjonen om opprettelse av Norsk selskap for allmennmedisin og innføringen av kommunehelsetjenesteloven. Likeledes var stimulering til forskning med basis i allmennmedisin og ikke minst våre lønns- og arbeidsvilkår viktige saker.

Tilgang på stoff og tema var uuttømmelig. Når vi ser oss tilbake ble de fleste «kampsakene» realisert til fagets beste. Rekrutteringen til faget var og er fortsatt en utfordring. Jeg er ganske overbevist om at Utposten var medvirkende til å sette dagsorden for essensielle poli-

tiske beslutninger og fortsatt fungerer slik. Et godt eksempel på det er fastlegeordningen, som først ble omtalt i Utposten i 1980 og innført i Norge som en forsøksordning i 1993.

De senere redaksjoner har dreiet seg mer mot kvalitet og faglige oversiktsartikler og det er tema som også er viktig for fagets utvikling. Kanskje debattforumet Eyr har overtatt de diskusjoner som ble frontet i Utposten i vår tid?

Hvor er Utposten om 10 år? Undertegnede begynner da å nærme seg 80 år og Utpostens eksistens 50 år. Forskjellen er at den ene begynner å dra på årene og med kanskje noe redusert livskraft, mens Utpostens fortsatt står i full blomst.

Hemmeligheten ved denne Utpostens «perpetuum mobile» er jevn berikelse av faglige entusiaster og ildsjeler som brenner for allmennmedisin som fag og dets utøvelse og som ønsker å være med på stafetten.

Om papirutgaven fortsatt lever eller alle sitter med sin iPad? – det vil tiden vise.

Gratulerer med 40 livskraftige år.

Martin Holte

Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin,
Risvolla legesenter, Trondheim



Mette Brekke 1988–1992

Et kvinnekupp

I 1988 ble Utposten utsatt for et kvinnekupp og fram til 1992 besto redaksjonen av Eli Berg, Marit Hafting, Kirsti Malterud, Berit Olsen, Janicke Thesen, samt undertegnede. I tillegg hadde vi knyttet til oss en noe varierende referansegruppe på hele 17 kvinnelige

allmenn- og samfunnsmedisinere og vår dyktige illustratør var også allmennlege og kvinnen: Karin Skallsjø.

Jeg var den yngste og minst erfarne i redaksjonen og syntes nok det var en skrekkelig blandet fryd å skulle jobbe sammen med

denne ambisiøse, målrettede og viljesterke gjengen. I min generasjon var det stor mangel på kvinnelige allmennlegeforbilder – ja, på damekolleger i det hele tatt. I jobbsammenheng var man stort sett «en av gutta». Plutselig satt jeg der med et helt nettverk av kvinnelige kolleger med felles mål: nemlig å utvikle, styrke og prege norsk allmenn- og samfunnsmedisin via Utposten. Idealene var høye og idéene mange – og deadline for levering av neste nummer viste seg hele tiden å være like om hjørnet.

Det jeg husker best fra redaksjonsårene er på den ene siden moroa og gleden ved å planlegge hva Utposten skulle handle om: Hvilke temanumre skulle vi ha framover? Hva fortjente et kritisk søkelys? Hva brant vi for? Som sagt kan jeg ikke huske at det noen gang var idétørke... Og så begestringen over å se det ferdige produktet (med unntak av enkelte

trykkerimessige kalamiteter). På den andre siden husker jeg en tungrodd og til dels frustrerende logistikk. Redaksjonsmedlemmer, illustratør og sekretær var grundig spredd utover landet, og dette var før vi kunne kommunisere på e-post og mens IT fortsatt var til mer bry enn nytte. Samarbeidet foregikk via telefonmøter og ved sending av disketter oss imellom. Når disketten endelig kom i postkassen, var den sjelden mulig å åpne i min pc... Telefonmøtene ble holdt sent, slik at alle skulle ha fått ungene i seng. En kveld var jeg så trøtt etter foregående nattevakt at jeg tok telefonen og et glass vin med i badekaret. Jeg trodde jeg var lur, inntil Kirsti forsiktig spurte: «Unnskyld, men hva er det som skulper sånn?».

Det var MYE klipping og liming ved kjøkenbordet i de årene, helst i sene nattetimer. Og det var det verdt. Det var stas å være med å lage Utposten!

Blant mine kullinger (Bergen, 1979) var det mange som begynte som allmennleger like etter turnustjenesten og som fortsatt er allmennleger. Det var med det for øye vi hadde studert medisin. Hvorfor var det slik? All-

menn- og samfunnsmedisinpåvirkningen i studiet var nærmest lik null. Veiledning og videre- og etterutdanning eksisterte ikke og arbeidstid og vaktbelastning var ikke regulert. Det må antakelig ha vært den generelle politiske og ideologisk baserte «tidsånden» som gjorde at så mange av oss fant det meningsfylt å bli primærleger. Men jeg må innrømme at jeg følte meg noe fortapt da jeg dagen etter fullført turnustjeneste inntok distriktslege- og helserådskontoret i Karasjok sammen med en like fersk kollega/ektefelle og turnuslegen. NEL og Legevaktshåndboka var jo heller ikke oppfunnet. Mestringen kom nok etter hvert, men i disse årene var det et høydepunkt når Utposten kom i postkassen. Det var som et brev direkte til meg fra andre som var i samme båt. Enten det nå dreide seg om fagpolitiske refleksjoner eller om rene behandlingsanbefalinger.

I løpet av de 30 årene som er gått har heldigvis allmennmedisinen etablert seg som et fag med en solid identitet: klinisk hovedfag i medisinstudiet, videreutdanning med gruppeveiledning, spesialitet, etterutdanning. Univer-

sitetsinstitutter og forskningsfond, årlige kongresser og Løvetannpris, egen fagmedisinsk forening. Utposten har ikke de samme hullene å tette som den en gang hadde.

Så – er da Utposten fortsatt liv laga, og vil den fremdeles være det om ti år? Jeg håper det, men noen selvfølge er det ikke. I dag må vårt kjære blad kjempe mot «information overload» og den allmennmedisinske identitetsbyggingen hos unge kolleger skjer på så mange arenaer. «Brevveksle» med kolleger kan vi gjøre i diverse nettbaserte fora og behandlingsregimer slår vi opp i NEL eller Helsebiblioteket. Hvis jeg selv om ti år (som fersk pensjonist...) og de som da har overtatt stafettspinnen fortsatt skal åpne Utposten med forventning, må den ha noe vi ikke finner andre steder. Den må være en primærmedisinsk merkevare og et nisjeprodukt. Nøyaktig hva dette skal innebære – se, det vil tiden og fremtidige redaksjoner vise.

Mette Brekke

Fastlege Kurbadet legesenter, Oslo
Professor, Avdeling for allmennmedisin,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo



Eivind Vestbø 1993–1997

Veien blir til der vi går

Gjennom Utposten sitt lange liv har mange uttala seg om kvifor eit fagblad av denne typen er viktig for norsk primærmedisin. Eit argument som har gått att er behovet for eit fagblad med låg skriveterskel; Utposten som talerøyr for dei som ikkje skriv vitskapelege artiklar. Andre har lagt vekt på allmennmedisinen sine vilkår i Noreg. Atter andre har meint at vi treng eit blad for alt som vedkjem faget vårt, men som ikkje kjem fram i medisinske tidsskrift. Argumenta overlappar kvarandre, men bak ligg det truleg ei erkjenning som er like aktuell i dag som då eg sjølv var med i redaksjonen frå 1992 til 1996. Det heiter ofte at «vegen blir til medan vi går», men like viktig er det at «vegen blir til der vi går».

Vi er implementeringsspesialistar

Som allmennpraktikarar vandrar vi i eit klinisk, kulturelt, eksistensielt og organisatorisk landskap. Den kunnskapen som nærast brøy-

tar seg veg inn i oss under denne vandringa er unik. Den finnes ikkje i helsedirektoratet sine vegleiingsseriar, i diverse handlingsprogram, i lover og føresegner eller NAV sine mange forordningar. Dei fleste som står bak alle desse innspela er sektorspesialistar som vanskeleg kan sjå heilskapen. Det kan heller ikkje vi som praktikarar. Men likevel er vår posisjon spesiell. Vi er implementeringsspesialistar. Det er gjennom oss mange sentrale innspel møter folket og livet. Samfunnet krev, og vi bøyer oss oftast. Men vi bør òg reisa oss og krevja tilbake. For tynga av alle krava må vi improvisera, oversjå, omgå og omprioritera for å tilpassa kartet til terrenget. Dette bør vi gjera med tyngde og saklege argument. Men av og til tek kjenslene over når innspela avslører mangel på kunnskap om det verkelege livet langt borte frå økonomen, statsvitaren og juristen si teoretiske verd. Eit godt døme på ein slik innebygd konflikt er harmen som blei det før-

ste utkastet til fastlegeforskrift til del. For meg er det heilt openbart at alle reformer, faglege innspel og prioriteringar sentralt frå, må bryna seg på praksis og smelta saman med kunnskap frå denne for at ting skal fungera. Men makta er ulikt fordelt, og sjølv med høyringsrundar fangar ein ikkje opp den nødvendige kunnskapen frå praksis. Mykje av dette er taus kunnskap som ikkje treng vera taus. Den treng refleksjon talerøyr og publisering.

Redaksjonen 1993–1997

Det var denne erkjenninga som gjorde at eg sjølv blei med i 1993. Det var ein veg inn i det ukjente sidan eg kjente berre ein av fem personleg. I tillegg var det ei overvekt av skarpe hjernar som hadde ballast og interesse for samfunnsmedisinske spørsmål medan eg sjølv var til dei grader ein praktikar. Geir Sverre Braut var ein kunnskapsrik kreativ samfunnsmedisinsk ideolog med sans for det verkelege terrenget. Sonja Fossum hadde lang fartstid og klare tankar om allmennpraksis i ein storby. Betty Pettersen var den samfunnsmedisinske forskaren som var flink til å krevja presisjon og halda oss varsamt i øyrene. Øystein Straume hadde ei sterkt samfunnsmedisinsk og saftig distriktslegeballast med seg. Helge Worren var allmennlegen med bein inn i sen-



Geir Sverre Braut 1993–1997

Ein faglitterær folkehøgskole

Eg var i redaksjonen i perioden 1992–1996. For meg blei det ein faglitterær folkehøgskole; eit djupdykk i primærmedisinsk tekstarbeid utan eksamen. Arbeidet med Utposten gav meg mengdetrening i kritiske vurderingar av eigne og andre sine fagtekstar.

Dette var jo før internett hadde hatt sitt allmenne gjennombrudd. Utvekslinga av tekstar skjedde ved bruk av telefaks, med etterfølgjande drøftingar over telefon i redaksjonen. Diskusjonane i dei mange telefonmøta under kyndig leiing av koordinerande redaktør Helge Worren, blei kvar for seg eit primærmedisinsk seminar. I etterhand ser eg at redaksjonen kunne konsentrere seg om det faglege innhaldet i tekstane, ikkje minst fordi bakkemannskapet i RMR (Tove og Kari) fiksa det meste av det praktiske i nært samarbeid med Helge. Sjølv sagt var arbeidet i redaksjonen også krydra med årlege samlingar, som fagleg og sosialt både i dåtid og ettertid tydeleg har prega den medisinske ståtaden min.

Gjennom redaksjonsarbeidet vaks det fram i meg ei undring over kor teorilaus den medisinske vitskapen, og særleg då spesialistmedisinen, eigentleg er. I beste fall er det medisinske teorigrunnlaget fragmentert, i verste

fall beint ut fråverande. Det sterke empiriske fokuset i medisinen hindrar kanskje rommet for undring. Kan det vera at jakta på forklaringar sperrar for djupare forståing?

Det var då godt å lesa stadig nye tekstar frå det primærmedisinske feltet, med undringar og forsøk på utfordringar. Etter kvart gjekk det opp for meg at primærmedisinen sine tolkingar var minst like slitesterke som spesialistmedisinen sine forklaringar. Dette gav meg personleg mot til å ytra meg i større faglege samanhengar enn dei som Utposten nådde fram til.

Eg har ikkje ein klår analyse av kor redaksjonen eg var med i er å finna i forhold til Utposten si 40-årige historie. Eg trur kanskje vi var vel mykje samfunnsmedisinsk orienterte. Men i så fall har etterfølgjande redaksjonar retta det opp att med eit meir allmennmedisinsk, klinisk prega innhald.

Derimot har eg klåre tankar om kva Utposten har betydd for norsk primærmedisin. Bladet har heilt frå starten stått som ein grunnmur for sakleg, ryddig og fagleg grunnlagt debatt. Dei ulike redaksjonane har vore trufaste mot ideen om at innhaldet skal byggja på primærmedisinen sine eigne føresetnader. Tida som trengst for skrivning, redigering

tral helseadministrasjon og funksjon som redaksjonens milde sjef og organisator. Peter Øgar var den samfunnsmedisinske tenkaren med stor kunnskap og vitsebok. Men som i alle samliv med ulike interesser slo snart den reddande faktoren inn. Den personlege kjemien dreiv oss saman til ein tanke- og diskusjonsklubb der den brynande meiningsutveksling samla meir enn ho skilde. Respekten og fellesskapet sto støtt alle fem åra, godt dandert av Tove Rutle sin publiseringkunnskap og moderlege omsorg.

Ei illustrerande hending

Eg har lyst til å dra fram ei hending som ikkje står fram som spesiell, men som illustrerer utveksling av tankar frå ulike bakgrunn. Den faglege debatten gjekk høgt om den offentlege legen sin rolle og innverknad i kommunehelsetenesta. Mange meinte at vi som offentlege legar hadde ansvar utan mynde og at kommunane ikkje var interesserte i våre råd. Trygve Anjensen starta ein Utposten artikkel i 1994 med eit sitat frå sin kommunale overordna. «Kommer du i dag. Kva faen er det du vil stenge nå da». I nummeret etter skreiv Petter Øgar ein artikkel med overskrifta «Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur?» Her gjorde

han seg til talsmann for at den offentlege legen måtte sjå si rolle i eit kommunalt system, og bli ein god premissleverandør på dei vilkår som systemet tillot. Gjennom diskusjon i redaksjonsgruppa slo det meg at posisjon og verkemiddel i konsultasjonssituasjonen ikkje var så ulike den vi har som samfunnsmedisinske premissleverandørar. Begge deler handlar om å kommunisere med, og få gjennomslag for kunnskap vi sjølv sit inne med enten det gjeld rådmann eller pasient. Utpostenutgåva og den leiaren eg skreiv fekk difor namnet «treng vi ein «klinisk» samfunnsmedisin». På same måten som allmennpraktikaren vil mislukkast utan gode kommunikasjonsevner, vil òg samfunnsmedisinen mislukkast i høve til den «kollektive» pasienten. Seinare fekk eg vita av Dagfinn Haar i Kristiansand at han tykte dette poenget var så slåande at han like godt hang eit skilt der det sto «avdeling for klinisk samfunnsmedisin» på døra til sitt offentlege kontor.

Kva med framtida til Utposten?

Utposten sine redaksjonar har vore ulike, og lagt ulik vekt på fagpolitikk og fagideologi, samfunnsmedisin og praksis, samfunnsutvikling og samfunnsdebatt. Men alle redaksjonsmedlemmer hat hatt bakgrunn i primærme-

og trykking hindrar sjølv sagt det kjappe ordskiftet. Men det langsame perspektivet gjer også at ein har bygd ein grunnmur som står støtt. Bladet har etter kvar prega fleire generasjonar av legar i primærhelsetenesta.

Ikkje minst i åra som kjem, trur eg at dei kjappe ordskifta får nok av plass i det offentlege rommet. Det er difor god grunn til å verna om arenaer som sikrar rom for dei langsame tankane. Eg vonar at bladet også i åra som kjem kan finna si form med trykksverte på papir, i tillegg til den obligatoriske elektroniske arkiveringa. Teksten kan gjerne få storkna i tida, men bladet må framleis drista seg til å ta opp uferdige tankar; ikkje minst prøva å få uferdige tankar utforma som leseverdige tekstar. Det er vel også slik at tekstane i Utposten høver best under sjangeren essays; nemleg noko ein prøver seg med.

Omgrepet «heilag uro» blir av og til bruk om manglande tolmod som byggjer på solid ideologi. Kanskje det kan vera ein tankemodell for det vidare arbeidet med bladet? Eg trur at dette omgrepet høver godt på bladet slik det har vore gjennom alle sine 40 år – nemleg heile tida stilla spørsmål, utfordra, prøva ut tankar og prosjekt med trygt ankerfeste i ein primærmedisinsk ideologi. Og så trur eg at det framleis skal få lov til å vera eit blad av medisinarar, for medisinarar.

Geir Sverre Braut

Assisterende direktør i Statens helsetilsyn,
fra 21.8 i år konstituert direktør

disinen, og i eit kvart nummer av bladet har det vore større eller mindre innslag av «å skrive sitt fag». Mitt største ønske for Utposten om 10 år er at dette siste ikkje skal forsvinna. Det gjeld ikkje berre «implementeringskunnskapen», men òg alle dei klinsike verktøy som i dag er gøymt i den tause kunnskapen, legekusten og det gode lege/pasient forholdet. Etter 40 år i praksis må eg innsjå at eg ikkje ville overlevd som allmennpraktikar utan mine eigne tilnærmingsmåtar i klinikken. Det meste av det eg har lært frå andre kjelder er nødvendig, men ikkje tilstrekkeleg. Det er òg mi røynsle at mykje av den personlege røynsle kan gjerast eksplisitt og utvekslast som felles røynsle. Men i motsetnad all annan kunnskap som vedkjem oss, har ikkje dette feltet gode publiseringkanalar. Ein del blir formidla som «meister/svenn»-læring, men dette er ikkje nok. Min store draum for Utposten ville vera at det blei eit blad dominert av artiklar om det landskapet vi jobbar i, korleis ein må møta og bruka dei sentrale karta som drysser ned over oss, og utveksling av kunnskap om dei verktøya vi alle bruker.

Vegen blir til der vi går.

Eivind Vestbø
Fastlege Finnøy



Torgeir Gilje Lid 1998–2002

Et felles prosjekt

Jeg hadde abonnert på Utposten helt fra allmennmedisinterminen syv til åtte år tidligere da jeg i 1997 ble spurt om å være med i redaksjonen. Det vil si, jeg trodde jeg ble spurt om å være med i en redaksjon, men det viste seg at det bare var jeg som var spurt. Jeg fikk en liste med forslag til andre redaksjonsmedlemmer, med noen ord om hver enkelt, og ble ønsket lykke til. Jeg kjente ingen på listen, men plukket meg ut to som jeg hadde spesielt lyst til å ha med. Begge sa ja, og de hadde også hver sin kandidat som de gjerne ville ha med. På kort tid hadde redaksjonen blitt utvidet fra en til syv. Med på lasset fikk vi også Tove, Utpostens mangeårige sekretær. Det ble fort tindrende klart for oss at vi ville vært ganske hjelpeløse uten Tove.

I november 1997 hadde vi vårt første redaksjonsmøte, og for de fleste av oss var det første gang vi møttes. Der la vi også fram våre tanker om hva vi ville skrive om. Ambisjonene var store, og vi ønsket å være med på å sette dagsorden og bidra til å videreutvikle norsk allmennmedisin og samfunnsmedisin. Vi laget derfor et tema for hvert nummer, og vi tok for oss alt fra rekrutteringskrise og klagesaker til

sosial ulikhet og helse, og vi ønsket å beskrive allmennmedisinens innhold heller enn å klage over at den allmennmedisinske bøtten var full. Men innpakning er også viktig, og vi hadde store ambisjoner for bladets utseende, i tillegg til et ikke ubetydelig markeringsbehov. Illustrasjoner jobbet vi mye på, og den gamle layouten ble lagt helt om. Vi ville at det skulle synes at det var en ny sheriff i byen.

Men det som sitter sterkest igjen etter årene i Utpostens redaksjon er opplevelsen av å ha et felles prosjekt. Ingen av oss kjente mer enn høyst to andre fra før, og vi kom fra svært ulike miljø og regioner. Det var mye engasjement og sterke meninger, til tider diskusjoner med høy temperatur, men likevel hele tiden denne sterke opplevelsen av å ha et felles prosjekt. I løpet av fem år opplever også alle at tilgjengelig tid og krefter varierer, men den felles energien var der likevel hele tiden. Gleden ved å lage et blad med tekster som betyr noe, pakket inn på en måte som kunne vekke interesse og glede, var sterk. Men ingen ting av det hadde betydning noe uten alle bidragene og tilbakemeldingene fra kolleger. Jeg har i de snart ti årene som har gått siden min tid

i redaksjonen mange ganger savnet opplevelsen av et slik felles prosjekt, hvor vi ikke bare skal få til noe én gang, men om igjen og om igjen over flere år.

Jeg tror Utposten har betydd mye for norsk allmennmedisin i så mange år nettopp fordi redaksjonene har bestått av vanlige leger fra hele landet. De har ønsket å forstå tiden de lever i, og samtidig ønsket å påvirke og utvikle faget. De faste utskiftningene har skapt sårbare overganger, men samtidig sikret at Utposten ikke stivner. Nye redaksjoner har tolket utfordringene på nytt, forkastet ting fra forrige redaksjon, men også tatt med seg videre det som fortsatt oppleves som gyldig.

Redaktørene spør hva vi tror Utposten vil bety om 10 år. Jeg tror at Utposten vil være viktig også i 2020 hvis bladet fortsetter helt som før, det vil si blir noe helt annet enn det er i dag. Utposten-redaksjonen anno 2022 må bestå av helt vanlige uvanlige leger. De må være forankret i hverdagspraksis, enten det er allmennmedisin eller samfunnsmedisin, men samtidig i stand til å se ut over sin arbeids hverdag og ut over sin samtid.

Torgeir Gilje Lid

Fastlege Nytorget legesenter, Stavanger
Stipendiat ved inst. for
samfunnsmedisinske fag, UiB





Gunhild Felde 2003–2007

Et blad i virkeligheten

Da jeg kom med i Utpostens redaksjon i 2003, hadde de andre redaktørene allerede jobbet sammen i ett år. Det var Anders Svensson, kommunelege i Bø i Vesterålen og leder av veiledningsgruppa jeg hadde gått i, som ringte og spurte om jeg var interessert i jobben. Anders stod for meg som en typisk Utposten-representant og en allmennlege med stor A på den ytterste ø. Selv var jeg på vei til bypraksis i Bergen. Jeg trengte ikke lang betenkningstid. Jeg hadde hørt om Utposten i to år i veiledningsgruppa, om bladets historie og betydning, om de fantastiske redaksjonsmøtene med de gode, oppbyggelige samtaler og diskusjonene, og skjønte at dette var noe en ikke sa nei til. Så selv om jeg hadde en tanke om at en ekte Utposten-redaktør helst skulle ha sitt virke på en geografisk utpost, hoppet jeg i det. Å få fire år i Utposten tidlig i yrkeslivet var for meg formende og identitetsskapende som allmennlege.

Som fersk fastlege hadde jeg rukket å erfare at terrenget i allmennpraksis ikke alltid stemte med det på studiet innpugged kartet og det vi hadde lært på sykehuset. Hvertfall var det slik at kartet ikke alltid var til så mye hjelp. Jeg hadde opplevd at den kliniske hverdagen i allmennpraksis var så mye mer enn en persons kropp i en hvit sykehusskjorte. Jeg hadde rukket å lure på hvordan jeg skulle møte de små og store plagene der strategiene ikke er så godt beskrevet i de tykke bøkene. Og det var der Utposten kom inn. I Utposten er historiene fra virkeligheten og spalten «Slik gjør nå jeg det» like selvfølgelige og viktige som kardiologens artikkel med føringer for hjertesviktbehandlinga. De kliniske temaene er utvalgt fordi allmennleger synes de er relevante og interessante – og de er oftest matnyttige. Ingen kliniske problemer er for små, ingen for store. Gode kliniske Utposten-artikler bruker jeg stadig i hverdagen, og særlig etter at Utposten ble tilgjengelig på nett er disse lette å finne.

Samtidig er det i Utposten også god plass for det hevede blikket som utforsker hele det allmennmedisinske rommet. Det er lange tankerekker, takhøyde og rom for refleksjon

om faget, samfunnet og livet som lege der. Og det er nok fra artiklene og intervjuene innen dette feltet jeg har de sterkeste minnene fra tida i redaksjonen. Redaksjonsmøtenes idemyldring gav ofte ideer til serier der kollegaer og andre yrkesgrupper ble invitert til å skrive om temaer og stikkord som «Magi, rasjonalitet og moral i helsetjenesten» (tema i nummer 8/2005) og «Profesjonell, personlig og privat» (tema i nummer 8/2006). Og ikke minst husker jeg kollega Regin Hjertholms fotografier til den første av disse seriene, et eksempel på kunstdimensjonen som flere ganger har vært selvstendige bidrag og løftet et tema i Utposten. I intervjuerien vår fikk jeg møte mange flotte kollegaer, møter som jeg husker godt, og som ofte gjorde sterkt inntrykk.

Av alt jeg opplevde i Utposten, står minnet om redaktørkollega Karin Frydenbergs avsløring av de etiske sidene ved MIDIA-prosjektet i en særstilling. Denne kritikken ble først formidlet i Utposten, og førte etter hvert til at hele dette prestisjetunge forskningsprosjektet måtte stanses. Å være en kritisk røst har ligget til Utposten fra begynnelsen av og er en viktig arv å ta vare på. Utposten har valgt å være uavhengig av foreninger og myndigheter, og det er etter min mening en frihet Utposten bør beholde også i framtida. Men det forutsetter at kollegaer vet å verdsette dette, og viser det med å abonnere på bladet, slik at Utpostens frihet ikke hindres av økonomiske bindinger.

Produktiviteten og hvor lett det gikk, opplevde jeg kunne svinge underveis i tida som medredaktør. Fra den første redaksjonssamlinga i Vesterålen der jeg nærmest svedde av inspirasjon og entusiasme i flere uker etterpå og følte at ideene bare boblet fram, til andre perioder der deadline stadig kom som julekvelden på kjerringa og en kjente at redaktørjobben virkelig kom på toppen av annen jobb, og korrekturlesing i helgene var i hard konkurranse med barn og fritidsaktiviteter. Det var nyttig å se hvor mye arbeid som ligger bak et nummer. Når et nytt Utposten ligger i postkassa, vet jeg hva som ligger bak av man-

ge måneders planlegging og jobb på fritida, og sender ofte redaksjonen en takknemlig tanke.

Jobben i Utposten var også mye mer enn å skrive, intervju og levere fra seg stoffet. Det gav en erfaring med det å lage et helt blad; det å tenke på bilder, layout, salg, markedsføring og økonomi. Det å ha allmennleger i redaksjonen er bladets styrke, men svakheten er at de fleste av oss verken er journalister eller har kunnskap fra før om det å lage blad. Da er Tove, Utpostens alltid bankende hjerte, helt sentral. Hun er kontinuiteten når redaksjonene kommer og går, hun er den som med klokskap ser og tar vare på den enkelte skribent.

Utposten beskriver den mangfoldige hverdagen i allmennpraksis og samfunnsmedisin fordi det er allmennleger og samfunnsmedisinere fra felten som lager bladet. Det bør være et mål og et ansvar når redaksjoner skal velges, å sette dem sammen slik at det er en viss spredning i både interesser, geografi, alder og arbeidsmiljø. Det er redaksjonsmedlemmenes horisont og bakgrunn som skaper ideene som preger innholdssida i bladet og som gjør bladet aktuelt og relevant for alle allmenn- og samfunnsmedisinere. Det bør være en balanse mellom klinisk, samfunnsmedisinsk og mer reflekterende, filosofisk stoff. Redaksjonsmedlemmenes forskjellige interessefelt, bakgrunn og skrivestil er krydder i bladet.

I spennet mellom de mest hverdagslige kliniske utfordringene og de store og kloke tankene utspiller Utposten sin genuine rolle i norsk allmenn- og samfunnsmedisin fordi den speiler selve den mangslungne kliniske hverdagen som består av alt dette. Utposten har en historie å ta vare på samtidig som utfordringen ligger i å fornye seg slik at bladet stadig tar pulsen på dagens allmenn- og samfunnsmedisinere. Med stadig nye og friske redaksjoner er Utposten godt rustet til å møte førti nye år – som et blad i virkeligheten!

Gunhild Felde
Fastlege i Bergen

Utpostens
40-årsjubileum

Kavalkade fra Utpostens tidlige år

Et møte med fylkeslegene og Helsedirektoratet (1973, nr. 2)
I de første årene var Helsedirektoratet og Legeforeningen ofte skyteskiver for Utposten-redaktørens skarpladde penner. De to «bastionene» representerte et hovedstadsbyråkrati som mange distriktsleger anså for å være sendrektig, fjernt og sogar distriktsfiendtlig. Her omtaler redaktørene et møte med helsedirektøren og fylkeslegene – med utislørt ironi, noe som kjennetegnet Utpostens formidlingsform.

TEMA: ARBEIDSFORHOLD I DEN PRIMÆRE HELSETJENESTEN
Aug. 1 1972
UTPOSTEN Nr. 1 August

HELSETJENESTEN I LOKALSAMFUNNET
Vår bidragsyteren i Aukra: Torbjørn Rasmussen

Ar innholdet:
Et helsepersoners opplegg
Praktisk legeskriv
Formidlingsform
Rapport fra et legemøte

TEMA - ETTERUTDANNELSEN
UTPOSTEN

KONTAKTBEHOVET ER STIKKOR

TEMA: SAMARBEID PRIMÆRLEGE - SYKEHUS/ SENTRALADMINISTRASJON
Aug. 1
UTPOSTEN Nr. 2

På Aukra
På Aukra har vi utvalgt en distriktslege som har vært en viktig samarbeidspartner mellom distriktslegen og sykehuset. Vi har valgt en lege som har vært en viktig samarbeidspartner mellom distriktslegen og sykehuset. Vi har valgt en lege som har vært en viktig samarbeidspartner mellom distriktslegen og sykehuset.

Ar innholdet:
Fyringsplaner på legeskriv
Praktisk samarbeid
Innsett for allmennheten i Oslo
Melding om epidemiske og smittsomme sykdommer

Ar innholdet:
Fyringsplaner på legeskriv
Praktisk samarbeid
Innsett for allmennheten i Oslo
Melding om epidemiske og smittsomme sykdommer



SKRIV SELV - SEND DET TIL UTPOSTEN

“I dette nummeret tørker vi støvet av gamle artikler fra 1970-årene, den gang Utposten kjempet med nebb og klør for å styrke primærhelsetjenesten og distriktsmedisinen. Bladet ble lansert i 1972 som et kontaktblad for distriktsleger, men utviklet seg raskt til å bli et frittallende forum for helsepolitikk så vel som et primærmedisinsk fagblad. Redaktørene utfordret makt og myndighet og gjorde bladet til en pådriver for å styrke allmennmedisin og samfunnsmedisinen som fag og spesialitet. Sist, men ikke minst: Utposten målbar et klart budskap om at det var på høy tid å bedre arbeidsforholdene for leger i distrikt.

Bladets formidlingsform var direkte, til tider noe røff – men bitende ironi ble elegant balansert med humoristiske, underfundige og latterfremkallende tekster. I en lederartikkel fra 1977 (bla videre for å lese), oppsummerer Harald Siem og Per Wium sin redaksjonelle «policy» slik:

Som kommunikasjonsorgan kan man ikke ta sikte på finpussete artikler, og vente med å ta opp emner til en fremherskende enighet har etablert seg. Redaktørene har derfor sett på det som et garantistempel at mye av det som har vært bragt frem i spaltene har vært kontroversielt.

På de neste sidene gir vi deg en nostalgisk kavalkade med innlegg og artikler fra de første Utposten-årene. God lesing!

Utpostens tre første utgaver fra den første årgangen som kom i 1972.

Et møte med fylkeslegene og helse-direktoratet

"Den Herren giver et embede, den give Han også forstand." Innen det offentlige helsevesen har det synes akseptert at den som får en distriktslegestilling, han har også de nødvendige kvalifikasjoner for stillingen. Noe av oppgaven til UTPOSTEN, er å vise at så ikke er tilfelle, og å arbeide for lettere å kunne hente vann fra kildene når det har vanskelig for å gro i grasrota. Til dels er det vel kildenes forvaltere som bør ha plikt til å vanne når så synes påkrevet.

Dette ønsket lå også bak vår bønn til den nye helsedirektør i tidligere nummer av UTPOSTEN.

Det er derfor med glede vi nå kan berette at to av UTPOSTEN's redaktører ble innkalt til hoffet, til et møte med helsedirektøren og fylkeslegene. Vi ble dus med helsedirektøren og de andre adelige. Ved siden av å treffe fylkessosionomene, fikk vi se fylkeshelsesøstrene i bukett, vi fikk se fylkespsykiatrene i øynene, og vi fikk se Helsedirektoratets underskrivende i persona. Vi fikk også fravriset helsedirektøren en løvehistorie som er gjengitt på et annet sted i dette nummer. På programmet stod en diskusjon om samarbeidet mellom den lokale helsetjeneste, fylkeslegekontoret og Helsedirektoratet. Innledere var fylkeslege Tor Heide, distriktslegene Per Wium og Harald Siem.

Generelt ble det pekt på at det offentlige helsevesen må oppfatte seg som en enhet. Det er sterkt ønskelig at både Helsedirektoratet og fylkeslegekontoret ikke ensidig arbeider som et forvaltningsorgan for de forskjellige lover innen helsevesenet, men også som et serviceorgan for den lokale

helsetjeneste når det var behov for faglig støtte og råd i det perifere arbeidet. I motsetning til statssekretær Høybråtens utsagn om at man burde kunne nedlegge Helsedirektoratet, fremholdt vi sterkt ønskeligheten av at Helsedirektoratet blir styrket på en måte som gjør dem bedre i stand til å bli rådgivende, og lettere kan distribuere aktuell informasjon.

Det ble svart at Helsedirektoratet arbeider med å utgi Meddelelsesbladet hyppigere enn hittil er tilfelle. Det var enighet om at målet som er best mulig og mest mulig likeverdig helsetjeneste i hele landet, best kan nås ved en toveiskommunikasjon mellom Helsedirektoratet, fylkeslegene og distriktslegene. Ønskeligheten ved møter på fylkesplan mellom fylkeslegekontor og den lokale helsetjeneste ble understreket. Det ble påpekt at man her ikke nødvendigvis krever noe imponerende faglig program, det viktigste er kommunikasjonen som vil foregå på et slikt møte. Det er en oppgave å røke ut flest mulig distriktsleger til å delta på slike møter. Det ble også understreket at det er nødvendig for fylkeslegen å føle ansvar for nyltatte distriktsleger, spesielt de som tidligere ikke har arbeidet som distriktslege. Disse burde aktivt oppsøkes av fylkeslegene. Det ble opplyst at "kokeboka", en praktisk veileder for distriktsleger, som har ligget i Helsedirektoratet noen år, nå snart vil bli trykket i ajourført stand og distribuert.

På tross av noen knehøner som ble satt av Per Wium og en kelte kanskje forsiktig innpakkede skrekkehistorier fra svikt i samarbeidet, fikk møtet en rolig karakter med

UTPOSTEN

Redaksjon:

Harald Siem
Per Wium
Tore Rud

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra 17
Postgiro:
34 78 23

Abonnement:

kr. 50 pr. år
Studenter:
kr. 25 pr. år

Utkommer med

ca. 8 nr. pr. år

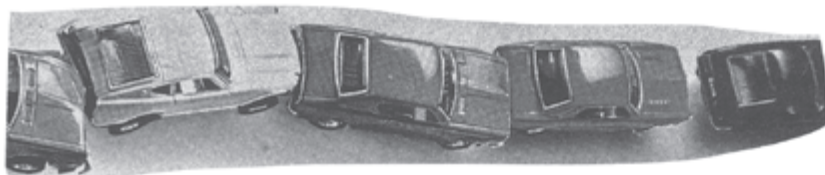
Trykk:

ST-TRYKK A.s./Orkla-Trykk A.s.,
7300 Orkanger

sømmelig utveksling av argumenter. Fra benkene hørte vi til og med noen som mente at innleiderne ikke hatt vært provoserende nok, men på den annen side fikk man inntrykk av at alle som hadde innlegg, var like klar over at svikt og svakheter foreligger i alle ledd. Vi er taknemlige for å ha vært med på en slik diskusjon, og håper den har gjort deltagerne mer sensitive for samarbeidsproblematikk.

Per Wium og Harald Siem.





Glør Halvorsen:

Blinkende, blått varsellys

Merking av legebiler i utrykning

Jeg henviser til mitt brev til fylkeslegen av 18.8.72 foreløbig ubesvaret. I UTPOSTEN nr. 7 - 1972 tar distriktslege Leif Tormod Hansen opp samme saken. Er det ikke mulig for fylkeslegene å få omgjort bestemmelserne for bruk av varsellys på legebiler? Veterinære har jo sitt hvite kors på svart bunn, kan leger få noe lignende? Vi kjører jo ganske almindelige biler, og de fleste av oss har sett såpass mange skadede og såpass mange drepte på eller ved våre veier at vi til daglig kjører "pent". Men en og annen gang må vi kjøre på mer enn fart, vei og føre tillater. For mitt vedkom-mende har dette skjedd fire ganger sommeren -72. Om igjen og om igjen har jeg erfart hvordan andre trafikkanter som kjenner meg og min bil, omgående gir plass når jeg kjører fort. Har jeg tilfeldigvis legefrakk på meg, gir også andre nok-så fort plass. Men så har vi også de bilister som betrakter meg som en fordomt råkjører, de holder 80 km/time og vil absolutt ikke slippe forbi "den tusselad-den av en råkjører som kommer bakfra med litt større fart! Veiene i Rindal innbyr de fleste stedene ikke engang til å kjøre 80 km/time - foreløbig. Enda verre er de som kjører med ca. 70 km/time, enkelte ganger langsommere, og som plutselig øker farten når de blir innhentet. Akkurat dette skjedde ved en ulykke da jeg måtte frem til et barn på 7 år som var blitt påkjørt med kraniefraktur og blottet dura interna. I de aller fleste tilfeller utover i distriktene er jo legen hos den syke eller skadede lenge før ambulanse

eller sykevogn når frem. Statens Veivesen sitter vel i Oslo-gryta og hører ambulansvognenes sirener, uten å ane noe om hvordan det hele foregår i landdistriktene. Det er vi profane landsens leger som må yte førstehjelpen, ikke ambulansepersonellet. Svært ofte har jo ikke almindelige folk en gang greie på å ringe etter ambulanse eller sykevogn, det hender slett ikke så sjelden vi til vår overraskelse får vite at personell som har vogn med lovlig blått blinklys ikke er varslet. Ta bare ulykken på selve julaften i år. Først måtte jeg få pasienten ned fra en stol og ned på gulvet for å få sjokkvirkningene litt minsket. Deretter måtte jeg i all hast konstantere alvorlige intra-abdominale skader. Så måtte jeg få rekvirert ambulansen som kom etter vel en halv time. Først i ventetiden før ambulansen kom, fikk jeg tid til blant annet å verifisere sjokkdiagnosen - blodtrykket var 70/50, så fikk jeg tid til å vurdere nøyere hva slags abdominalska-dar pasienten hadde. Pasienten var så dårlig at jeg fulgte med i ambulansen, og det tok nesten halvannen time fra jeg fikk telefonvarslet før pasienten var på sykehuset. Ulykken skjedde midt i verste trafikken julaften. Veiene var nifst glatte, og det hadde vært til stor hjelp om en blinklampe kunne varsle utrykningskjøring. I dette tilfellet var det viktigere for meg å komme fort frem de 20 km jeg hadde å kjøre enn de 2 x 26 km ambulansen måtte kjøre.

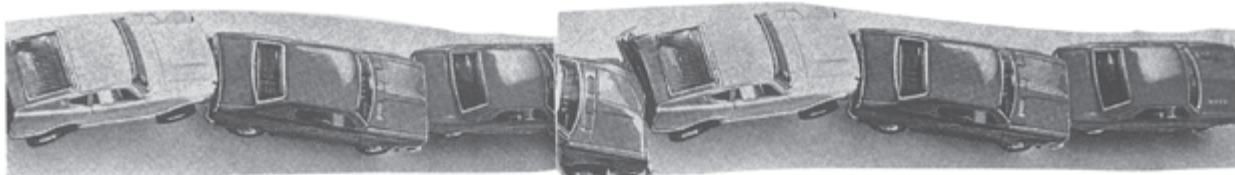
Jeg har vært innom et elektroteknisk firma i Levanger som tilbyr en liten batteridrevet lampe som er meget fiks. Den gav skarpt blinken-

de lys, og det var ikke noe problem å utstyre den med blått glass. Det ville heller ikke by på noen vanskeligheter i en fart å plassere den i egnet holder på biltaket, evt. i forbindelse med ski-stativ.

Fylkeslegene bør ta opp saken med Veidirektoratet. Fylkeslegene bør undersøke blant legene hvem som mener de har behov for å varsle utrykningskjøring. Tillatelse til å bruke en slik lampe kunne kanskje gis av de respektive myndigheter etter anbefaling fra fylkeslegen. Misbruk kan til en viss grad forhindres ved at vi melder fra til politiet hver gang lampen har vært i bruk. Jeg pleier jo alltid å melde fra til lensmannen når jeg har kjørt i fortteste laget - jeg har vel til og med plikt til det. Under hurtigkjøring er vi jo en potensiell trafikklfare både for andre og for oss selv. Enhver er jo seg selv nærmest. En blinkende utrykningslampe vil etter min mening øke sikkerheten fordi andre trafikkanter vil forstå vi trenger å komme fort frem, at vi ikke er råkjørersvin.

Glør Halvorsen
distr.lege i Rindal





Bengt Lasse lund:

Blinkende, blått varselllys

I den senere tid er det kommet til offentlighet referat av brev fra distriktsleger til Vegdirektoratet om montering av blått varselllys på sin bil under utrykning til særs dårlige pasienter. Distriktslegene i Gamvik og Nittedal kan vise til håndfaste eksempler på at de kunne hatt nytte av dette varslingshjelpemiddel. Myndighetenes innstilling til søknadene er klart negative. Da det subsidiært ble søkt om gult varselllys, var holdningen den samme. Dette er særdeles beklagelig og det burde være en oppgave for oss å ta denne saken opp med myndighetene på bred basis.

I Sør-Aurdal legedistrikt, Oppland hvor jeg selv holder til innførte jeg ordningen med blått varselllys på vakthavende leges bil for vel et år siden. Dette gjorde jeg, vel vitende om at det var ulovlig i følge vegtrafikkloven, fordi jeg ved egen erfaring har sett hva det kan ha å bety i en kritisk situasjon. Gjennom dette distriktet løper E 68 som er svært trafikert i ferietiden i helgene, og ellers spesielt ved høytidene, men også til daglig. Jeg har ganger vært utsatt for "kappkjøring" ilter lysblinking fra forbikjørende

fra forbikjørt medtrafikk - kanter når jeg har hatt grunn til å komme forttere frem enn den øvrige ferdsel for å hjelpe en pasient. Etter en stunds opplagret irritasjon over dette, monterte jeg blålys. Etter det har utrykningskjøring gått som en lek i forhold til tidligere.

Vegdirektoratet angir at loven ikke åpner mulighet for private til å ha blått varselllys montert. Loven er tydeligvis ikke lik for alle i dette land. Loven sier at det kun kan monteres på politiets biler, ambulanser og brannbiler. Som politiets biler er definert de biler

staten eier og som er registrert på et politikammer. Hva da med lensmannsetaten? Jo, lensmannen har kunne bekræfte at han ikke hadde lov til å benytte blålys, men han gjør det. Slik er det over det ganske land. Vegdirektoratet har selektive skylapper.

Et annet forhold. Hvam som helst kan gå og kjøpe en ambulansebil og få den utstyrt med så mange blålamper og sirener han bare vil. Han kan bruke den til handleturer hvis han vil. Vi kan også kjøpe ambulansebil til bruk ved utrykning i praksis. Burde man ikke da heller bruke litt fornuft og vurdere dette problem?

Vegdirektoratet var redd konsekvensene. Det kan da ikke være noe problem. De fleste distrikter i landet i dag har en ordnet primærvakt på ettermiddag og kveld i hvert fall. Det skulle altså ikke være nødvendig med mer enn ett blålys til hvert distrikt, ikke det engang, for på de steder der det er legeambulanseordning, faller behovet naturlig bort. Jeg vil tro at de leger som sitter ute i primærtjeneste er såpass ansvarsfulle at de burde kunne få lov å administrere bruken av blålampe på like linje med ambulanseførere som kun trenger fører - kort for bil for å bruke lampen. Det kunne settes opp klare retningslinjer for bruken av lampen, og det kunne appelleres til brukerne om å bruke den med fornuft, så ville ikke dette representere noen fare. Politioverbetjenten ved det lokale politikammer, (Vestoppland), har uttalt på et møte om ambulanse - tjeneste at han ikke kunne se noe motargument mot bruken av lampen for primærvaktleger, som er sterkt nok til å hindre bruken. At Vegdirektoratet avslø søknaden om bruk av gult lys, skal man vel bare være takknemlige for, denne lampen ville ikke på langt nær ha

den samme effekt, tror jeg. Det finnes mange trafikkanter som positivt ser lampen, men som allikevel ignorerer den. En gul lampe ville lett kunne forveksles med utdige vegvesen/jordbruks/televerks /lysverks/osv.-kjøretøyer. Det er vi ikke interessert i. Misforstå meg ikke, jeg mener ikke at vi skal markere at her kommer dokter'n, men jeg mener lampen som et alvorlig hjelpemiddel for å kunne komme en nødlidende hurtigst mulig til hjelp når det er skikkelig indikasjon for det.

En tanke man kan leke med, er den at det kunne bygges ferdige units på skistativliknende holdere, med blålys, sirene, radiotelefonantenne og skilt som markerer at det er legeutrykning, koplet til bilens sigarett-tenner. Det ville kunne være et aktivum for vaktordningene å få en slik unit, da kunne man sikre seg at vakthavende lege kunne nås på mobiltelefon, og at han hadde muligheten for å markere seg når det var behov for hurtig kjøring. Den ville på grunn av sin enkle tilkopling til el-systemet i bilen lett kunne skiftes fra bil til bil etter som vekten gikk på turnus.

Det kunne være artig å høre kollegers tanker om disse problemer. Her kommer vi til å bruke vårt blålys til vi blir nektet. Fjerne det gjør vi vel først når den norske lensmannsetat og private brannsjefbiler blir renset for blålys.

Bagn, 10. januar 1973.

Bengt Lasse Lund,
Distriktslege.

Blinkende, blått varselllys (1973, nr. 2)
Skulle distriktslegene ha lov til å bruke blått varselllys på sine private biler under utrykning til kritisk syke pasienter? Spørsmålet ble behørig og heftig drøftet i Utpostens spalter i 1972-73. Her gjengis to leserinnlegg fra 1973. Pro-argumentene er ført i pennen av distriktslegene Gløer Halvorsen og Bengt Lasse Lund.

Dr. Torleiv Robberstad skriver lattervekkende og underfundig om behovet for båtskyss hos leger som virker ved fjord og kyst. Han presenterer et utvalg av fartøy som kan egne seg til formålet – og ikke minst, hvordan man går frem for å skaffe til veie finansieringen.

Distriktslege T. Robberstad:

HAR DU BRUK FOR SKYSSBÅT?

Til alle tider har folk ferdest langs kysten vår. Men dersom du går langt nok kjem du til ein fjord som er for lang til å gå rundt, for djup til å vasse gjennom og for kald til å sømje over. Og dei fleste distriktslegar i kystdistrikt har for lengst funne ut at det alltid bur einkvan på andre sida av alle fjordar.

Men kva side av fjorden folk no bur på, så finn dei seg ikkje i å døy med resignasjon. Dei vil gjerne spørja fagfolk til råds om annan utveg, enten fagmannen no er medisinsmann, seidkjerring, gandkall, jordmor eller distriktslege. Og dette er slett ikkje ein nytanke i vårt moderne forbrukarsamfunn, men resultatet av ei utvikling som ser ut til å ha byrja i førhistorisk tid.

På eit helleristingsfelt i Hjelmsland er avbilda ein tynn mann og ei fyldig kvinne som sit overskrevet på ein stokk, og mannen held ei lang stong. Dette er den eldste kjende avbildinga av jordmorskyss her i landet. Og på eit nes i Meløy er nyleg funnen ei runeinnskrift, som er noko omstridd, men som truleg skal tolkast slik: Torleiv riste desse runer då seidmanns skysskarar var sjuke.

Desse funna stør oppunder teorien om at det alt i førkristen tid var eit system av distrikts-seidmenn langs kysten. Desse blei etter kvart sentralisert bort då Harald Hårfagre bygde sentraladministrasjonen så urimeleg sterkt ut. På Olav Trygvassons tid finn mes stort sett berre seidmenn att i fylkesadministrasjonane og desse var så bundne i rituelt byråkrati at dei ikkje kunne gjere effektiv motstand mot kristendomen og andre radikale nye behandlingssopplegg. Men ein rest av denne striden finn me ennå i Rikstrygdeverket, som ikkje vil refundere for seiding utanom institusjonar som kjem innunder reglane i sjukehuslova.

Til alle tider har altså medisinsk personell tronge båtskyss men no meir enn før. Dette er ikkje alle offentlege instansar klar over, så nokre av våre kolleger slåst framleis om båtskyssen med mjølkespann og skuleungar. Så dersom du treng betre båtskyss lyt du fyrst få ein høveleg offentlig instans med på tanken. – dersom du ikkje har tenkt å betale båten sjølv.

Du er heilt avhengig av treskotelegrafen for å finne fram til beste båttypen. Fylkeslegen kan truleg gje deg eit vink om andre distrikt i fylket som nyleg har hatt skyssbåtproblematikk men vent deg ikkje meir av han. Elles får du leite og spørje deg fram. Helsedirektoratet kan ikkje hjelpe deg. Du lærte ikkje noko om dette på dokterskulen. Men 2-3 år etter eksamen er det kanhende du som får det avgjerande ordet om korleis ein skal bruke ein halvmillion kroner eller så til båtskyss.

Det er mange typar å velje mellom. Du kan få 28-30 fots cabincruiserar med doble hekkaggregat og barskåp med innebygd lys. Men dette er



høgtrimma finmekanikk som ikkje plar tåle langvarig hardkøyting utan protest. Så finn fyrst ut kor lang ventetida i praksis er for reservedelar til motorar og drev. Elles kan du få ein 32 fots båt med 2 midtmonterte dieselmotorar og 24 knops fart for ca. 270 000. Eller du kan få ein 53 fots båt med 20 knops fart for 630 000. Du kan få mykje anna rart og, dersom du leitar.

Korleis ein finn pengar til kjøpet? Lån. Detaljar? Veit ikkje, men spør kommunen. Moderne utkantkommunar er utruleg flinke til å leite fram lånehøve.

Etter alt for lang tid er båten kontrahert, du er lei av å krangle med kommunen og flyttar bort, og ettermannen din får innvie nybåten. Då skal det søkjast om godkjenning av kilometerpris for båten. Dette skal (sjølv sagt) gjerast på fastsett skjema: "Søknad om samtykke til bruk av egen større motorbåt på tjenstereiser" (2 eks.), endå det ikkje er din men kommunens skyssbåt. Der er mange rubrikkar, så som løn til båtførar, til maskinist og til dekksmann samt til "kull, petroleum og fett" men ikkje til avskriving. Eg har sterk mistanke om at dette skjemaet blei fødd for ca. 90 år sidan. då distriktslegen drog 13 000 kroner opp or vadsekken og kjøpte seg eigen dampbåt samt hyrte 3 stk. mannskap å kr. 24,-/månad til denne.

Så sender du skjemaet frå deg, og det vandrar vidare til fylkeslege, fylkesmann, Helsedirektoratet og Løn- og Prisdepartementet. Overalt møter det sjølvsagt båtvane folk som veit korleis det er å arbeide i eit værhardt kystdistrikt. Og nokre månader seinare kjem samtykket tilbake, med gjenpartar til trygdekontor, RTV og Riksrevisjonens 573. kontor. Sammenlikne for eit år, søk på nytt neste år.

Tap ikkje motet, du kjøre, om du ikkje får godkjent den kilometertaksten du søkte om. Dess fortare ein skyssbåt går, dess meir får den å gjere, og då er det gode sjansar for at budsjettet vil balansere likevel, vel å merke dersom det er kort ventetid på reservedelar. For nokre år sidan fortalte truverdige folk meg at ein fattig kystkommune under sterke tvil hadde nytta sine siste lånesjansar til å kjøpe ny skyssbåt. Men denne bar seg så godt økonomisk at fleire særskilte brukte skrivemaskiner blei overført frå skyssbåten til kommunehuset ved årsslutt. Det er heilt sant, men Riksrevisjonen har ikkje funne fram dit enno.

4150 Vikevåg, 4. februar 1973.
Beste helsing,
Torleiv Robberstad.

Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste – og det utviskede ansvar (1973, nr. 5)
Her utfordrer Henrik Seyffarth statsfysikus Fredrik Mellbye. Det var friske debatter også i 1973.

Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste – og det utviskede ansvar

Statsfysikus Fredrik Mellbye hadde en meget interessant artikkel i nr. 3 – 1973. Jeg siterer: "Et annet sett av årsaker til det store behov for ytelser ligger i at i vårt samfunn og i vår kultur – eller mangel på kultur – finnes en rekke sykdomsårsaker som alle erkjenner, men som ingen vil gjøre noe effektivt med. Samfunnet sit-ter og ser på at disse årsaker som virker med stigende styrke, og kaster de medisinske konsekvenser av dem i fanget på helsepersonalet og i fanget på hver eneste lege som i dette land ikke har trukket seg helt tilbake til et vitenskapelig elfenbens-tårn."

Blant konkrete eksempler nevner han mangel på den mest elementære viten om hvordan menneskets kropp og sjel fungerer. Men så kommer det: "Har viten til å bekjempe langt effektivere enn vi gjør, – men samfunnet vil åpenbart ikke det, – og det er lite som tyder på at vi vil komme ut av den onde sirkel som til dels ligger bak det stadig økende behov for helsetjeneste."

Her må jeg få lov til å spørre statsfysikus: Hvem er samfunnet? Det er neppe de alminnelige mennesker. Jeg har i mange år holdt opplysningsarbeide om forskjellige belastningssykdommer, nervøs

anspenhet, arbeidsmåte osv. – og på alle steder synes det å være utbredt interesse blant alminnelige mennesker.

En slik interesse har jeg dog savnet hos dem som vakt skulle være, – f.eks. i Helseledirektoratet, hvor statsfysikus Fredrik Mellbye var et fremtredende medlem i mange år. Eller på Universitetet, som skulle undervise våre leger. I begge tilfeller er det altså snakk om institusjoner som bemannes med leger, – og man må få lov til å spørre: Er det samfunnets skyld at medisinske studenter ikke får den mest elementære viten om hvorledes menneskets kropp og sjel fungerer? Er det ikke legene selv? Hvem er det som har mest ansvar, – enten det er Helseledirektoratet eller Universitetet, kan jeg ikke uttale meg om. Men dette har jeg stor lyst til å vite. Jeg finner at det er feigt av Fredrik Mellbye å si at samfunnet åpenbart ikke vil det. Hele vår administrasjon kan ikke være bare en graut. Det må dog være noen som har ansvaret for utviklingen av medisinen på dette området.

Jeg håper Fredrik Mellbye vil være så snill å svare meg på disse spørsmål her i Utposten.

Vennlig hilsen
Henrik Seyffarth

SVAR:

Jeg tar gjerne opp Henrik Seyffarths hanske. Uten å gå inn på en detaljert debatt om hvem samfunnet er, mener jeg ganske bestemt at det verken er Helseledirektoratet eller Universitetet eller forsåvidt noen annen bestemt institusjon, enn si enkelt person, og slett ikke Seyffarth eller Mellbye. Jeg oppfatter et demokratisk samfunn som en beslutningsprosess av særdeles komplisert natur hvori den enkelte person – men i relativt liten grad den enkelte institusjon – kan gi sitt beskjedne bidrag til det endelige resultat. Det er bare i de diktaturstyrte stater man muligens kan personifisere samfunnet.

Jeg kan meget vel forstå at Henrik Seyffarth er skuffet over at hans innsikt i og oppfatning på det spesielle område han særlig har interesse for, ikke er vunnet frem. Han er ikke alene om å befinne seg i en slik situasjon. Mitt inntrykk er at vi alle gjør det for de saker vi er særlig opptatt av. Etter den oppfatning jeg har dannet meg om det jeg kaller vårt samfunn, vil jeg avstå fra å legge den eventuelle skyld for dette på bestemte personer eller institusjoner. Vi får heller hevde våre synspunkter i skrift og tale med det forfengelige håp at våre synspunkter vinner frem på en eller annen måte. Når jeg da hevder at samfunnet sit-ter og ser på at enkelte forhold som jeg anser som uheldige, fortsatt får utfolde seg, er det fra min side ikke noe forsøk på å legge skylden på noen andre. Det er bare en konstatering av et faktum, og jeg vil – på samme måte som Henrik Seyffarth gjør – søke å yte min lille skjerv til at den prosess som jeg oppfatter samfunnet som, tar en fra mine synspunkter sett gunstig retning.

Jeg synes med andre ord at Seyffarth ikke bør lete med lys og lykte blant andre personer for å finne årsakene til at hans syn ikke er vunnet frem på en slik måte han gjerne ønsket. Det kan hende at årsaken er lettere tilgjengelig.

Fredrik Mellbye

Astri Selmer-Olsen:

«Doktorfrua»

på utpostene

«Doktorfrua» på utpostene (1973, nr. 7)
Astrid Selmer-Olsen tar tingene på kornet, når hun setter ord på lokalbefolkningens forventninger til distriktslegens ektefelle.
Et absolutt «must» å lese!

De fleste legefamilier har antagelig, før eller siden, vært gjennom følgende situasjon:

Familien kommer glade og forventningsfulle til et nytt distrikt, stedet hvor de i tiden framover skal arbeide, få nye omgangsvener og hvor familien skal trives.

Vel innenfor døren med kufferter, pakkasser, barnevogn - eller hva det nå måtte være, kimer telefonen. Det er åpningsfanfaren til det liv som blir så ganske annerledes enn man egentlig tenkte seg den gang man lovet å dele "gode og onde dager." Den hårdt tiltrengte, og av befolkningen etterlengtede doktormann, befinner seg med en gang nedlesset i arbeid. På utrolig kort tid får han anledning til å bli kjent med størstedelen av befolkningen, og - om han noensinne får tid til å tenke på det - vil han ha grunn til å føle at han er akseptert av menneskene på stedet, og at han gjør meget stor nytte for seg blandt dem. Skulle bare mangle! Det ligger jo i sakens natur!

Det samme er som oftest ikke tilfelle med legens kone. Etter en travel tid med utpakking og med å få evt. barn til å tilpasse seg de nye omgivelsene, får hun lyst til å finne ut hva dette nye, spennende livet går ut på. Nyttig føler hun seg nok. Ansvar for barna hviler mye på henne alene. Huset skal stelles, og middagsmaten holdes varm og "nylaget" fra middagstid til midnatt for den alltid forsinkede ektemann. Telefonpass er også hennes jobb. Standardsvaret: "ta temperaturen og ring igjen", passer jo ikke både på evt. pneumonia og hærhold, men det er slike ting man lærer etter hvert.

snakker høyere og høyere. Litt ille tilmote går man inn. Hilser på samtlige. Fram med den beste stolen til doktorfrua, selvsagt. (Og vi som trodde det var "selvsagt" i riktig gamle dager, og ikke i vårt moderne likestil-lingssamfunn!) Man setter seg og oppdager --- stillhet! Strikkepinnene klirrer og går, annen lyd eksisterer ikke. Man klynger seg til emnet om været for - om mulig - å bryte den tause mulen. Noen få forsøker å være hyggelige, andre derimot blir rett så stramme i ansiktet. Man aner at hvert ord som blir sagt, blir veiet på en usynlig vekt. Som mennesker flest har også



Behovet for omgang og kontakt melder seg, og forsiktig nølende forsøker man å få innpass i den stedlige forening (fortrinnsvis av arten veldedighetsforening). Oh, gru! Hvem glemmer noen sinne det første møtetets sødme: Man er litt sent ute. På lang avstand hører man "the hens party". Det kakler og summer av kvinnestemmer. Alle i sin iver etter å bli hørt,

legefruer behov for kontakt. Derfor gjentar man gjerne ovenstående eksperiment noen ganger. Hvis man er heldig, kan man virkelig oppnå å få noen få, gode venner, samtidig som avstanden overfor andre bare øker.

Hvis en legefrue skal ha håp om å trives på slike steder, må hun antagelig sette seg inn i problematikken, og selv takle situasjonen uten hjelp fra andre.

Noen generell oppskrift på framgangsmåten eksisterer ikke, men kanskje kan det være litt trøst og nytte for den enkelte å vite følgende:

Forhold fra "de kondisjonertes tidsalder", eksisterer fremdeles enkelte steder. Når man kommer til et nytt distrikt i utkantstrøk, må man derfor regne med å bli satt på en pødestall. Helt bortkastet å bli innbilske av den grunn! Årsaken er bare en gammeldags, inngrodd respekt for medisinnmannen og alt hans vesen!

Ja, så inngrodd kan dette være at noen av stedets fastboende synes at "doktorfrua" ser ut som et vanlig snilt og hyggelig menneske som det ville være hyggelig å bli mer kjent med, så våger man bare ikke å ta et slikt initiativ. Risken for en harddom fra noen av stedets medsøstre, - lett krydret med misunnelse (?), er tilstede. Janteloven eksisterer i små samfunn!

Hvilke forventninger stiller egentlig den stedlige befolkning til distriktslegens kone? Bortsett fra at de av og til venter at hun skal være "klok kone" som kan ordne opp rent medisinsk når mannen ikke er tilstede, så venter de nok noe mer på det rent menneskelige plan. Noen steder ventes at hun skal kaste seg ut i alt foreningsarbeid, og helst være formann i samtlige foreninger. Andre steder er det motsatt: Foreningsarbeidet har de alltid greid opp med selv, her skal ikke tilføres noe nytt fra utenverdenen.

Allikevel forventes nok frivillig innsats på det sosiale plan. Hvor man her skal sette inn sine krefter, må bli opp til den enkelte, alt etter evner og anlegg. Om man tar initiativet og forsøker å hjelpe til med å dekke iøynefallende behov når det f.eks. gjelder felles barneparkering, ungdomsarbeid, studiegrupper o.l., vil dette sikkert bli hilst velkommen. Men viktig er det nok å huske at man må opptre neutralt og vennlig overfor alle, og framfor alt vise toleranse for de allerede bestående ting.

Har man ikke overskudd og krefter til å være så voldsomt aktiv, har det allikevel sin betydning at man er utadvendt og vennlig mot alle. Begynn med å bryte ned den usynlige muren ved først å snakke med barna på stedet

og med de gamle, så følger kontakten med de andre allerede seg selv.

De fleste distriktsleger blir ikke boende lenge i et distrikt. Årsaken til at de er så lite stasjonære ligger nok delvis i at kona ikke finner seg tilrette. Det hjelper lite å bygge gode boliger og ellers legge alt, materielt sett, vel tilrette for en distriktslege og hans familie, om ikke miljøet på stedet er slik at man trives med det.

Dette problemet kan ikke løses på annen måte enn ved å ta spørsmålet opp med folk på stedet. Kunsten er å benytte sjansen til det akkurat i det øyeblikk den byr

seg. En sak har alltid to sider, og selv om vi kanskje aner den annen parts innstilling, så må vi, om det skal føre til noe, være villige til å snakke ut med dem om vårt syn på det hele. Først da kan det bli godt å være "doktorfrua" på utposten.

Astrid Selmer-Olsen

UTPOSTEN takker for innlegget og stiller sine spalter åpne for andre "doktorfruer" som har noe på hjertet.

Red.

Helsesøstrenes lønnsforhold

Fra "Helsesøstren", organ for landsgruppen av helsesøstre, trekker vi frem artikkelen om vanskeligheter i samarbeidet, og dette hemmer gruppen av helsesøstre når de nå skal prøve å bedre lønns- og arbeidsvilkårene. Det ser altså ut som om distriktsleger og helsesøstre har samme problemer på dette området, i alle fall når det gjelder å stå sammen for å bedre arbeidsvilkårene. Lønnsforholdene har Den norske legeforening tatt seg meget godt av, og det skal vi være takknemlige for. Men når helsesøstrene nå skal prøve å få hevet sine lønninger opp til et akseptabelt nivå, vil de sikkert møte vanskeligheter

ter på grunn av at de er en relativt liten gruppe. Jeg håper Legeforeningen og de enkelte leger vil støtte helsesøstrene i dette arbeid. Kløften blir jo markant og uttalt etter hvert som hjemmesykepleierne kommer i arbeid, og hvor det viser seg at sjefen for hjemmesykepleien i kommunen vil ha høyere lønn enn helsesøster. Med dette mener jeg ikke å senke lønnen for hjemmesykepleiesjefen, men helsesøstrene må få en skikkelig betaling som den krumtappen hun er i den primære helse-tjeneste. Dette ville også sikkert kunne bedre på rekrutteringen og den primære helsetjeneste vil ha stor fordel av dette.



KRUMTAPPER ER VIKTIGE OG SKAL VÆRE DYRE

Trygdesjefens seier over fornuften



Søkeren er langsom og svært lite tess - er psykisk på linje med barn. Fysikken er voldsom, i omfang og vekst langt over hva kalles normalen.

Gangen er ynkelig, er ustø og treg, så kun med besvær hun seg røre. Ryggen er skrøpelig, det verker i ben, så neppe for brann hun kan løpe.

Å bøye seg, sitte på huk eller stå - med så mange fysiske plager - kaste, banke samt heve seg på tå - slett intet av dette hun klarer.

Ferdighet i fingre er så som så, vel kan hun stoppe en strømpe med "kaliber 16" i nål og tråd og kanskje en buksebak bøte.

Litt mat kan hun lage - middag til to - og koppene vaske i blandt samt tørke litt støv av reol og bord og kanskje en rammekant.

Golvvask og annet som krever litt kraft, er slikt hun ikke formår, så snart hun skal prøve å bruke litt makt, det verker og murrer så sårt.

Tilstanden er varig - blir verre etter hvert. Behandlingen helst brakt til opphør. Så langt som vi kjenner vår søker her - på det nærmeste helt er hun ufør.

Aldri en husmor i sådan tilstand noe stort av betydning utfører. La derfor skje fyldest i lovens navn: La armingen få hva hun ønsker.

Dette er en innstilling til en søknad om uføretrygd. Innstillingen ble oversendt Fylkesnemda, men om søknaden ble innvilget vet man ikke.

RTV KAN OGSÅ BLI BEDRE

Jeg tillater meg å påpeke rutinen med søknader til folketrygden hvor legen gjør mye arbeide i og med at han fyller ut legeerklæring. Han gir da direkte eller indirekte sin mening til kjenne om hvor vidt vedkommende er berettiget til støtte eller ei. Gjennom trygdekontoet går saken til fylkesnemda som tar sin avgjørelse, men legen som har skrevet legeerklæringen hører ikke et pip om hvordan saken har gått med mindre han på eget initiativ oppsøker fylkesnemda eller trygdekontoet. Han vet desuten ikke når saken blir avgjort og har derfor vanskelig for å komme i kontakt med selve avgjørelsen og begrunnelsen for denne. Så vidt jeg har fått opplyst blir avgjørelsen i form av en orientering om hvor mye kontanter vedkommende søker får sendt til søkeren. Det blir lagt et ark inn i sakspapirene, ligningskontoet og sosialkontoet får sitt og Rikstrygdeverket skal også ha en kopi. Det er meg litt uforståelig hvorfor ikke legen som utfyller legeerklæringen får kopi av for det første begrunnelsen for et eventuelt avslag og dernest størrelsen på stønaden.

Trygdesjefens seier over fornuften (1973, nr. 7)

Også på 70-tallet sukket legene over tung saksgang i trygdesystemet. Her kan vi lese noe så originalt som en lyrisk søknad om uføretrygd - oversendt Fylkesnemda. Hvem forfatteren er, vites ikke - ei heller utfallet av saken.

Den gamle distriktslegens jolekveld

Ein legende, restaurert av Torleiv Robberstad

Det var jolekveld i Avdalen, det vesle distriktet langt frå byen. Den korte dagen var forlengst blitt borte i grå snøskyer, og den gamle distriktslegen var på veg heim frå sjukebesøk i den gamle Volvoen sin. Den gamle distriktslegen kom forbi den vesle raude stova & svingen nedmed elva, og måtte tenkje på vesle Anne som budde der ein gong for så lenge sidan. Mang ein gong før i tida hadde han behandla vesle Anne for bronkitt, ofte seint på kvelden. Og ofte hadde vesle Anne etterpå lagt dei so runde armene kring halsen hans, sett på han med dei alvorlege grå augene sine, og sagt: "Takk, onkel doktor. Eg skal bli distriktslege og hjelpe deg når eg blir stor". Den gamle distriktslegen måtte smile når han mintest dette. Men Anne og den gamle mor hennes hadde fått fråflyttingstilskot for mange år sidan, og flytta til byen. Og sidan hadde han aldri høyrte noko meir om dei. Men det hadde vore ei flink jente, ho hadde evner i seg til å bli både spesialist og forskar og meir til. Den gamle distriktslegen sukka tungt. Ja, ja. No såg han taket heime. Men enno hadde han eitpar timars arbeid att før han kunne gå kring joletreet med familien sin.

Vaktordning trong han slett ikkje tenkje på. For grannedistriktslegen, kollega Sjøue i Breivik, hadde alltid meint at slikt var noko nymotens tull: ein distriktslege skulle ta det fullstendige ansvaret for distriktet sitt. Men Sjøue var nyleg død.

Den gamle distriktslegen svinga opp framfor huset, men der var det kome folk til gards: ein raud Mercedes med Oslo-skilter. Byfolk med virus-sjukdom, sukka han for seg sjølv. Han visste av lang erfaring at då var han sikra arbeid med febersjuka barn resten av den jolehelga.

Den gamle distriktslegen steig inn gjennom dørå. Men kva var dette? Der kom ei ung kvinne mot han i gangen, og ho la armene kring halsen hans og sa: "Eg kom tilbake, onkel doktor, slik eg lova deg. No er eg blitt distriktslege i Breivik, og no skal me ha vaktordning saman. Og eg skal hjelpe deg med helsestasjonsplanen." Den gamle distriktslegen såg undrande på henne. Men dei alvorlege grå augene hennes vekte minne frå gamle dagar. "Nei, meiner eg ikkje det er deg, Anne", sa han glad. Bak henne kom ein smilande ung mann, og ho sa: "Du må helse på mannen min. Han er blitt likningssekretær i Breivik, og no kan han skrive sjølvmeldinga for oss begge".

Den gamle distriktslegekona sto attmed og var så glad: "Og Anne har alt sett på sju pasientar her, mens me venta på deg". "Naturligvis", sa Anne, "for i denne jolehelga skal eg ta vakta, så får du heilt fri".

Den gamle distriktslegen låg vaken seinare på natta, vel preparert med lutefisk og Doctor's Special. Telefonen hadde nett ringt om ei kvinne med galledesmerter, - ho hadde vel forsynt seg for godt av jolematen. Men ektemannen hadde vore rørende glad for at den gamle distriktslegen endeleg hadde fått vaktordning, "for me hentar så

gjerne lege frå Breivik når du synes du treng å ha fri", hadde han sagt. Langt borte høyrde den gamle distriktslegen eit helikopter blafre i den stille jolenatta, og han smilte for seg sjølv. Mens han glei inn i søvnen, tenkte han: "Til våren reiser eg på Gausdalkurset".

Merknader:

Denne legenden høyrer til den store syklusen med bergtakingsmotiv, og har truleg opphavet sitt i eldgamle overleveringar, frå før Sunnhetsloven av 1860. Motivet fins i ei mengd medisinalberetningar, frå ulike tider og frå størstedelen av landet, og botnar visseleg i sterke munnlege tradisjonar. Det inverterte kjønnsrollemønsteret tyder på nyare tillegg: sterk prins/ung prinsesse er her blitt til ung kvinne/gamal distriktslege.

Bak legenden ligg eit vart straumdrag av idealisering og populisme. Den unge legen fylgjer sine barndoms draumar og blir distriktslege, trass i Mercedes og evner til å bli forskar og meir til. Pasienten set distriktslegens fritid over alt anna. Men me finn også meir overnaturlige detaljar: grannedistriktslegen var nyleg død, men her var det ikkje lange vakansen før det kom ein ny.

Det heilage talet sju har magisk symbolikk. Sju heitte han som var med på å trollebinde den gamle distriktslegen, og sju konsultasjonar trengs for å løyse fortrolinga, slik at han endeleg kunne rive seg fri.

Den gamle distriktslegens jolekveld
Dr. Torleiv Robberstad
(1976, nr. 8)
var en flottig leverandør av innlegg og essays. Han skrev med kløkt og vidd om en rekke temaer av så vel faglig som kulturell art. Her om distriktslegen som på julekvelden endelig kunne rive seg fri fra tjenestens tarv.

Eksemplar nr. 40 (1977, nr. 1)

I en lederartikkel i 1977 forkynner redaktørene Utpostens oppdrag: Å si fra! De legger ikke skul på at de har et horn i siden på andre tidsskrifter, idet de tar til orde for at Utposten fortsatt må være et frittalende og uhøytidelig medium – etter deres redaktørtid.

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 50,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S-Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger

JANUAR 1977:

UTPOSTEN kommer med eksemplar nr. 40!

GODT NYTT ÅR og rikets sunnhetstilstand og alminnelige hygieniske forbedringer og alt som viktig er for alle! – Jeg mener: Alt som smaker av høytid og store ord får være for en stund. Dårlig legebemanning i nabodistrikt har satt sitt preg på denne julen, og etter nærmest sammenhengende vakt i et halvt år finner jeg det på tide å se etter en ledig jobb annet sted.

Det er det man kaller exit. Exit, voice and loyalty. – Kjente slagord fra administrasjonsteorier. Når forholdene er lite tilfredsstillende, har en tre muligheter:

Exit = liste seg stille ut, forlate arenaen.

Voice = si ifra, klage, foreslå forbedringer (jevnfør UTPOSTEN).

Loyalty = føye seg, syng allsang, si store ord, korps-ånd.

"Vi i distriktshelsetjenesten!"

"Det offentlige legevesen er en etat med lange tradisjoner, bla-bla."

" – Jeg er stolt av mine distriktssleger....."

HAN FALT PÅ SIN POST.

Ulempen med exit er at det løser problemet for den enkelte, men distriktshelsetjenesten blir neppe bedre (tja-hvem vet?) hvis distriktsslegen sniker seg over i en mer karriere-, familie- og ulcusvennlig stilling. Lojalitet i en viss grad er jo nødvendig forutsetning

for at vi skal kunne fortsette vårt arbeid, men jeg nøler – jeg vil vise lojalitet når jeg får mer enn store ord tilbake. (Dette blir forhåpentligvis lest på fylkeslegekontoret, i helsedirektoratet og i sosialdepartementet).



UTPOSTENS oppgave er å fortsette å si fra. Snakke om tingene, peke på problemer, helst før det er blitt fastlåste konflikter. Helsedirektørens blad, SYNAPSE, som jo redigeres av helsedirektøren selv, kan vel neppe tjene som noen voice før vesentlige forand-

ringer er foretatt. Hvis det ikke kommer ut med et nytt nummer snart, kan det ikke tjene som noen ting i det hele tatt.

Tidsskrift for Den norske lægeforening har en seksjon for voice: avdeling for forenings- og standsinteresser. Men den redigeres jo av generalsekretæren. Han har som hovedoppgave å forsvare standens interesser. Så da skal man ikke være forbauset om debatten i hans spalter kan bli noe dempet.

Hva med oss selv? Tillitsverv og innflytelser, komitéer og annet øker på, og de nåværende redaktører er snart så "etablerte", har så meget å forsvare av tidligere meninger og forsømmelser (?) at de vanskelig kan skrike om seg. Det har for eksempel vært lite kritikk av OLL's styre i UTPOSTEN's spalter! Hvis medlemmenes aktive kritikk uteblir, risikerer foreninger å bli selskapsklubber. Vi tror at UTPOSTEN bør fortsette som umiddelbart, uhøytidelig, alminnelig blad for distriktshelsetjenesten, men at vi selv etter hvert står i veien for det umiddelbare, uhøytidelige og alminnelige. Vi kommer til å fortsette med UTPOSTEN ut året 1977, men lyser samtidig ut: REDAKTØRSTILLING I UTPOSTEN FRA 1978 (se egen annonse).

Og så gjenstår det da å ønske et godt, alminnelig, umiddelbart og uhøytidelig 1977 med 8 nye nummer av UTPOSTEN.

Spørsmålet stilles av dr. Bjørn Martin Aasen i åpent brev til sosialministeren i januar 1977, der han peker på distriktslegenes uholdbare arbeidstid: Han fremlegger et regnestykke fra eget distrikt, der det fremgår at den enkelte lege er bundet av sitt arbeid 12,6 timer hver eneste dag!
– Ikke rart det var rekrutteringskrise.

Åpent brev til Sosialministeren:

Hvorfor vil så få bli distrikts- leger?

Jeg undres om Sosialministeren har stilt seg dette spørsmål? I så fall håper jeg Sosialministeren vil finne det formålstjenlig å svare på ovennevnte spørsmål.

Vi som sitter ute i distriktene, har den senere tid merket at det er blitt vanskeligere og vanskeligere å få søkere til distriktslegestillingene. Det er videre flere og flere stillinger som blir lyst ledige, og siste utlysning i 1976 omfattet ca. 35 ubesatte stillinger.

Hva som skjuler seg bak disse tallene, er i dag ingen annen forunt å ane enn de distriktslegene som sitter som vikarer i vakante stillinger.

For å belyse bare en liten del av problematikken, har vi i vårt distrikt utført en enkel arbeidstidsregistrering de siste 9 uker av 1976 (inkludert juleuken som har gitt legene noen kjærkomne fridager).

Arbeidsforholdene kan beskrives slik:

- 8000 mennesker,
- 3 leger ved to kontor,
- 3-delt vakt,
- 4 ukers venteliste for ikke-akutt syke pasienter.

Timetallene for distriktslegen så slik ut for uke 45-53 (6 hele fridager i julen er inkludert i utregningene):

Arbeidstimer	490 timer
Passiv vakt	302 "
Fritid	720 "
Sum 9 uker	1512 timer

Dersom man regner litt på dette, finner man at distriktslegen har ved 3-delt vakt (arbeidstid registrert over 3 vaktcykler) hatt en gjennomsnittlig arbeidsuke på 57,7 timer, eller gjennomsnittlig 7,8 timer arbeid hver eneste dag i de 9 ukene. Det tilføyes videre at en del av dette arbeidet er utført utenfor vanlig arbeidstid og i helgen.

Gjennomsnittlig passiv vakt pr. dag blir 4,8 timer, slik at distriktslegen i disse 9 uker har vært bundet av sitt arbeid 12,6 timer hver eneste dag.
Sett med distriktslegens fa-

milie sine øyne, så hadde distriktslegen gjennomsnittlig 11,6 fritimer pr. døgn de siste 9 uker i 1976. Hva dette betyr for distriktslegen og hans familie (for distriktslegen har også familie, Sosialminister!), kan vel alle tenke seg.

Hvordan forholdene er i mange andre distrikt hvor der er bare en eller to leger, kan med letthet utregnes.

Undres Sosialministeren fortsatt over hvorfor det er så få som vil bli distriktslege?

Eggesbønes, 19.01.77

Bjørn Martin Aasen





Utposten 10 år – et historisk tilbakeblikk (1982, nr. 4)
Vi har sakset tre artikler fra Utpostens gullnummer som kom i forbindelse med 10-års jubileet. Redaktørene Aage Bjertnæs og Martin Holte ga her et historisk tilbakeblikk over Utpostens første 10 år samtidig som de beskriver tidens utfordringer. Stikkordene her er folkehelsearbeid og samhandling. Tankevekkende når vi står midt oppe i det samme i 2012. Per Fugelli og Berit Tveit stiller seg i køen av gratulanter ved jubileet og filosoferer over Utpostens rolle og over forholdet mellom sykehusmedisinere og allmennmedisinere.

UTPOSTEN

STARTET 1972

Kr. 100,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Utposten 10 år — et historisk tilbakeblikk

Da Harald Siem, Per Wium og Tore Ruud tok initiativet til å starte Utposten i 1972, fikk norsk primærmedisin et talerør som kunne brukes og høres. Med ett ble primærleger i vårt vidstrakte land knyttet sammen med konturene av et fellesskap i den veven som etter hvert tok form.

Etterkrigstidens utvikling med ensidig sykehusutbygging hadde ført til fullstendig stagnasjon i distrikthelsetjenesten. Praktiserende leger og distriktsleger satt oftest faglig og fagpolitisk isolert langt fra hverandre.

Utposten gav oss langsomt en følelse av fellesskap og nærhet til problemer og gleder vi kunne dele. Bladets uformelle tone uten krav om tungtveiende videnskap og litteraturhenvisninger, fikk primærlegens naturlige meddelelsesevne til å fungere. Leserinnlegg og artikler om store og små saker strømmet inn og bekreftet felles interesser og tankegods i den almenmedisinske hverdag.

Da vi overtok stafettpinnen i Januar 1978 var det ikke uten en viss skepsis. Ville det lykkes å flytte Utpostens redaksjon fra øyriket i Møre og Romsdal

til storbyen med dens problemer? Det har vært en spennende tid full av utfordringer som har gitt glede og inspirasjon.

Hva har skjedd i løpet av de 10 årene Utposten har skildret almenmedisinsk historie?

Vi har vært vidne til en fremvoksende yrkes stolthet blant primærlegene. Vår husmannsrolle i norsk medisin er iferd med å forsvinne. Den almenpraktiserende lege fremstår som fagmann på sitt felt. Dette har først og fremst skjedd ved ihrdig arbeid med videre- og etterutdanning tilrettelagt av våre regionale kurskomiteer og APLF. Mange kolleger har gjort et stort arbeid med å tilpasse det faglige innholdet vår praktiske hverdag. Almenpraktiker DNLF-tittelen gav oss en definert videreutdanning. Vi står nå ved terskelen til forhåpentlig i 1983 å få en fullverdig spesialistutdanning i almenmedisin.

Kravet om bedre arbeidsvilkår har ført til at man har fått opprettet stadig flere fastlønnsstillinger i distriktene for å sikre en nødvendig vaktfordeling. I byer og tettbebygde strøk praktiseres fortsatt nor-

maltariffen av de fleste. Verdien av denne har variert; med de nye kompensasjoner for praktiserende leger synes den de fleste steder å fungere bra.

I en tid hvor legeoverskuddet synes uunngåelig kan en stille spørsmål om systemets mere langsiktige verdi. Når legene blir mange, er faren for at et system som favoriserer den kurative medisin så sterkt, snarere vil skape en syketjeneste for mange, enn en helsetjeneste for alle. Den nye loven om distrikthelsetjenesten som i snart 20 år har vært etterlengtet og savnet skal snart settes ut i livet. Hvordan fordelingen i fremtiden blir mellom driftstilskott, egenandel og refusjonsdel fra trygdekasse, vil være avgjørende for graden av styring og utvikling av praksis.

For å unngå kaos og overkapasitet i primærhelsetjenesten er det på det nåværende tidspunkt riktig at en tilbyr en godt strukturert videreutdanning som i størrelsesomfang er tilpasset et riktig antall sluttstillinger. Her trengs det et godt samarbeid mellom myndighetene og Dnlf.

De kommende tiår synes å by på mange utfordringer

for vår voksende primærlegestand. Først og fremst må primærlegene gå mere aktivt med i de samarbeidende organer som planlegger våre bo- og arbeidsmiljøer.

Fra våre reseptorer i det pulserende liv har vi mange nyttige opplysninger som kan gis politikere og samfunnsplanleggere. Kanskje kan dette virke inspirerende på å få frem sluttregningen når man fremstiller kostnader i samfunnet.

Hvor store er de totale kostnader når man nedlegger skipsverftet i lokal-samfunnet?

Hva lød regningen på da skolen ble nedlagt, eller gjennomføringen av kort-siktige besparelser i skoleverket, etter at kriminalomsorgen og sosialapparatet hadde betalt sin andel?

Hva er de årlige driftsutgifter for våre moderne bomaskiner rensset for naturlige sosiale kontaktpunkter og interpersonell glede.

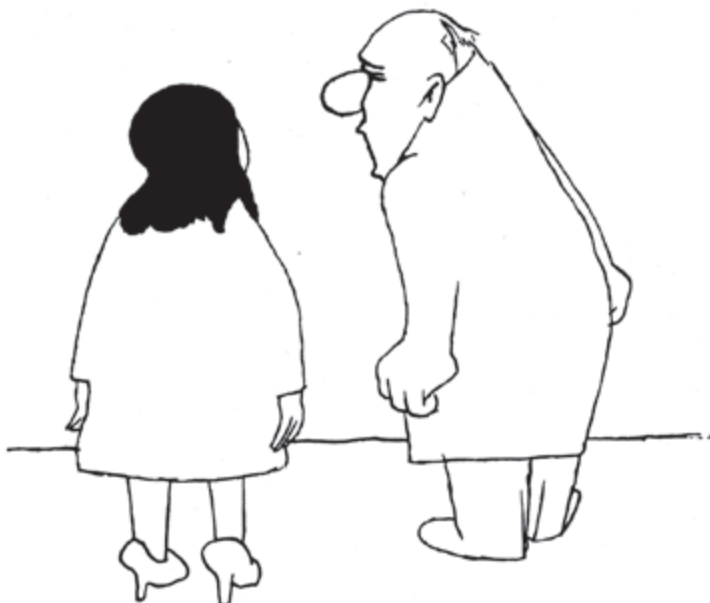
Det er ikke bare innskudd og husleie som stiger. Stedets primærleger og sosialetat registrerer også en stadig øking av hjelpebehov.

Fremtidens primærleger må bli bedre skolert til å se hvordan samfunnet og omgivelsene avspeiles som symptomgivende kriser i individet. Her hjelper vår viden fra våre klassiske universiteters sykdomspanorama og sykdomsmodeller lite. Innholdet av det medisinske studium må påny i støpeskjeen, revurderes kontinuerlig i takt med samfunnets behov.

Eldreomsorg, hvilket utfordrende felt!

Tiden løper fra oss om vi ikke snarlig får en bedre struktur på dette området. Det problemet som idag forstyrrer politikernes nattesøvn, vil om tjue år føre til kontinuerlig søvnløshet når vi har dobbelt så mange 75-åringer og 80-åringer som idag. I dagens situasjon bruker enorme sentral- og region-sykehus milliardbeløp. Samtidig angis fra enkelte

„Noch eine Widerrede von Ihnen, und ich überweise Sie an einen Spezialisten.“



hold at opptil 60% av pasientene er feilplassert og heller burde vært pleiet i sykehjem. Disse er igjen ofte fullstendig blokkert fordi hjemmesykepleien og distriktshelsetjenesten ikke fungerer på grunn av akutt pengemangel.

Her ligger en stor utfordring til morgendagens primærleger som sammen med hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere må medvirke til at de eldre får bo i sitt hjem så lenge som mulig. Til det kreves at primærlegene i langt større utstrekning må være villig til å ta hjemmebesøk til den mest trengende gruppe i vårt samfunn, de eldre.

Man hører ofte kravet om at det må satses mere på forebyggende medisin. Resultatene av forebyggende arbeid kaster som regel lite av seg på kort sikt. Rollen som observatør av utviklingen i samfunnet og hos det enkelte individ gjør at primærlegen kanskje er den som først øyner resultatene.

I dette ligger også store forskningsmessige utfordringer. Og her tangerer vi en foreløpig erkjent svakhet. Vi mangler viden. Basale facts og forskningsresultater trengs til den videre argumentasjon.

Våre institutter for almenmedisin har sammen med Den norske lægeforenings almenpraktikerstipend vært en viktig inspirasjonskilde for forskningslystne almenpraktikere.

Men vi trenger mere bredde, forskning fra hverdagen. Et Norsk selskap for almenmedisin vil kunne virke enzymatisk for store og små oppdagelsesreiser.

Det vil i sannhet ikke mangle på inspirerende oppgaver for fremtidens almenpraktiserende leger, eller Utpostens redaktører.

Aage Bjertnæs
Martin Holte

Klipp fra Utpostens
gullnummer 4/1982

Fra tanke til handling i norsk almenmedisin

Av Per Fugelli

To fødselsdagsvitser.

Når ungene mine har bursdagsselskap passer jeg alltid på å fortelle en vits eller to. Litt for gjestens fornøyelse håper jeg, men først og fremst til min egen, for de ler så godt når de er rundt om lo, og det er jo hyggelig. I håp om at det er med blader når de fyller år som med barn, forsøker jeg meg med to sannferdige medisinske skrøner nordfra, den ene har med helseøkonomi og den andre med helseopplysning å gjøre.

På Værøy gikk det mange historier om en distriktslege som jobbet der i mellomkrigstiden, og alle handlet om hvor grådig etter penger denne doktoren var. En gang kom en fisker til doktorgården om kvelden og klaget over tannpine. Doktoren visste råd, gikk inn i sitt apotek og tilberedte et hvitt pulver, aspirin etter sigende, som pasienten fikk i en pose mot å erlegge kr. 2,75. Fiskeren takket og gikk, men var bare kommet 50-60 meter ned i veien da døren til legekontoret fløy opp og doktoren kom opp på trappen og hojet og skrek at han måtte stoppe. Fiskeren stanset og doktoren kom løpende, pustende og pesende, i stor opphisselse, og fortalte at han hadde tatt feil medisin, - han hadde fått arsenikkpulver i stedet for aspirin.

" - Ka forskjellen er?" undret fiskeren.
"Forskjellen", - ropte doktoren, - "forskjellen er 3 kroner og femti øre".

Nå, fra Lofoten skal vi som vanen er på denne årstid dra nordover til sommerfiske på Finnmarka. Vi runder Nordkapp, stevner inn Porsangerfjorden, når frem til Lakselv og tar inn på stedets Gjestgiveri. Her, for ikke helt å glemme duften av den store verden og det søte liv, skeiet vi ut med

å spise søndagsmiddag en gang i mellom mens jeg arbeidet i distriktet fra 1977-1980.

En søndag kom kelneren haltende, trekkende på sitt venstre ben, ryggen var tilstivnet og ansiktet bar preg av lidelse, - han slepte seg frem til vårt bord og ga oss spisekartet med et tappert bukk. Jeg spurte medfølelse: "Har de ischias?", - hvortil han svarte beklagende: "Nei, - men vi har en utmerket chateaubriand".

UTPOSTENS VERDI

Jeg vet ikke hvor morsomt dette ble, men vitsene er ikke bortkastet, de kan tjene som innfallsport til en omtale av de almenmedisinske verdier Utposten har forvaltet gjennom sine lo år.

Humor er noe av det jeg har satt størst pris på med bladet. Skiftende redaksjoner har sørget for å ta vare på den treffende illustrasjon, den burleske billedtekst, den sarkastiske replikk. Det har vært en godartet humor, like gjerne rettet mot en selv som mot andre. Robberstads dikt og distriktsnissens brev kan stå som foreløpige minnestøtter (støtter for minnet) over denne del av Utpostens særpreg.

Hverdagslig tone.

Humoren har vært med på å bygge opp bladets andre styrke, - uhøytideligheten. Utposten er blitt vårt hverdagsblad. Her kan vi pludre med hverandre om små og store ting uten å stille alt for strenge krav til form og innhold. Terskelen er lav i Utposten, og derfor har dette bladet maktet å få frem enkle, jordnære emner, viktige for faget, men ikke "fine" nok til å tas opp i mer vitenskapelige tidsskrifter. Ved sitt alminnelige- og ufarliggjorte preg har bladet stimulert kolleger til skriving og engasjement som ellers ville forholdt seg tause - til armod for debatten og skade for faget. Denne upretensiøse tone har også gjort Utposten til et publikasjonsorgan for små, enkle primærmedisinske utredningsarbeider og slik hjulpet forskere til å ta det første, famlende skritt på en spennende løpebane.

Forsonende, sammenbindende virkning.

Nettopp ved å skape et genuint almenmedisinsk forum for debatt og fagutvikling har Utposten kommet til å bety mye for den identitets- og solidaritetsfølelse som er bygget opp i norsk primærmedisin det siste decennium.

Ikke så å forstå at her har hersket betenkelig enighet. Tvert om har det



i Utpostens spalter vært harde, om enn ikke blod - så blekksprutende kriger om stykkpris mot fastlønn, om etableringslov, om adgang til å få danne lokalforeninger av almenpraktikere osv. Men diskusjonen har hele tide vært preget av den toleranse som følger av at partene, tross ulike meninger om midlene, har et felles mål - en helsetjeneste bygget på almenpraktikeren som kjerne.

Ikke minst i de senere tider med tendens til unødigg polarisering og skyttergravsmentalitet etter helsetpolitiske og næringspolitiske skiller, kan Utposten stå som et forbilde med sin romslige åpenhet og sin satsing på følgende hovedprinsipp:

Det går utmerket godt an å drive fullverdig almenpraksis og samfunnsmedisinsk arbeid etter stykkprissystemet som etter fastlønnsordning, som enelege eller i gruppe, som distriktslege i kombinert stilling eller som selvstendig næringsdrivende. Det er smålig og tåpelig av ulike primærlegegrupper å mistro hverandres hensikter og evner. I stedet for å sløse bort krefter på innbyrdes strid bør vi samles om den store og krevende oppgave det er å foredle det felles gods av erfaringer og kunnskaper og ferdigheter som utgjør det almenmedisinske fag, hva enten det praktiseres av en høyremann eller av sosialist.

Almenmedisinsk fagutvikling.

I dette ærend har Utposten gjort en fremragende jobb. Ikke minst viktig har bladet vært ved å sikre det faglige utviklingsarbeid ankerfeste i praksis. Institutter, forskere og lærere står stadig i fare for å bli hverdagsfjerne og dermed urealistiske i sine emnevalg og anbefalinger. Vi trenger noen som kan holde oss på jorden når tankeflukten går for høyt.

I så henseende har Utposten vært et nyttig bindeledd mellom akademi og grasrot i norsk almenmedisin. Også på en annen måte har Utposten vært et nødvendig korrektiv.

Dere vet almenmedisinen kan lett bli forferdelig almen.

Så almen at pasienten og fagets kliniske kjerne skjules av lag på lag med helsetjenesteforskning, medisinsk sosiologi, samfunnsmedisin og meget annet som viktig og bra er, men som bør være biting og ikke hovedsaker i almenmedisinsk forskning og undervisning. Utposten har vært en garantist for pasientene og det kliniske arbeid i dette spill av kryssende interesser.

Westin og Østensen's interessante serie med pasienthåndteringsproblemer er et godt eksempel på hvordan Utposten har lagt prisverdig vekt på et område mange av oss andre har forsmømt, - den konkrete almenmedisinske klinikk.

ALMENMEDISIN I 80- ÅRENE

Så til del 2 av min bestilling. Redaksjonen har beordret noen gylne jubileumstanker om norsk almenmedisin i fortid, nåtid og fremtid. Frykt ikke - jeg skal være kort, - for jeg er lei av å tenke og vil heller handle. Det mener jeg faget vårt også bør gjøre.

1970 årene var ideenes loår for norsk almenmedisin. Vi fant oss selv og slo på store trommer og blåste i basunene og bar bud om vår storartethet.

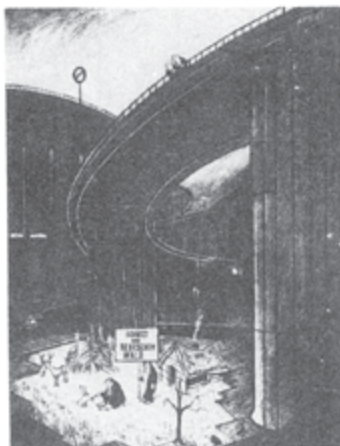
Det var som en oppbyggelse og den var nødvendig. Men etter vekkelsen kommer virkeligheten og troen forsvinner hvis vi ikke fyller

ordene med håndgripelig og målbart innhold. Derfor bør 1980-årene bli handlingens lo-år for norsk almenmedisin.

Vi må forstå, og dette gjelder meg like meget, kan hende mer enn dere, for jeg har vært blant de gammeltestamentlige profeter - vi må begripe at religionskriger hører andre århundrer til. Tiden har modnet forbi tro og evige sannheter. I mange år, så mange at det nå lyder som et hult ekko, har vi slått oss på vårt bryst og påstått oss å forvalte enestående verdier: kontinuitet, helhetssyn, medmennekelighet, kjennskap til pasientens personlige legning, kjennskap til pasientens nærmiljø og alt annet som gjevt og godt er. Det holder ikke lenger. Vi blir neppe tatt på alvor hvis vi ikke kan godtgjøre det vi alle føler, nemlig at det er målbart og beviselig innhold bak de store ord.

Altså, almenmedisin kan ikke, og jeg vil si bør ikke, overleve i det lange løp med en slags indirekte identitet, definert som forskjeller fra noe annet in casu spesialmedisinen. Vi må lage en original av almenmedisinen til erstatning for den nåværende reproduksjon bestående av uklare spesialmedisinske kontrapunkter. Vi må gå inn i vårt fag, hente ut deler av det, foredle verdiene, klargjøre feilene og slik gjennom møysommelig arbeid bygge et ekte bilde av hvem vi er og hva vi står for. Bare på den måten, tror jeg, kan vi få og forsvare den plass vi bør ha i helsetjenesten.

Det faglige klargjøringsarbeid bør først og fremst ta for seg den almenmedisinske klinikk. Vi vet at 90% av pasientene som søker lege her i landet tas hånd om av primærlegene og av oss alene. Det gir seg selv at dette store flertall av sykdommer som stopper opp i første linje bare kan utforskes der. Vi er en egen verden, er vårt omkved, forskjellig fra sykehusmedisin, med våre egne sykdommer og behandlingsformer.



Flue på sykehusveggen

Kjære Utposten!

Gratulerer med tiårsdagen! Jeg håper det blir en hyggelig dag, kanskje med selskap?

Det er også på tide med en helsekontroll, selv etter Siems strenge kriterier. Mange er skikket for oppgaven, for de har et Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende forhold til både almenmedisinen og Utposten. Jeg er en av dem. I tillegg til at andre ser på "resten", velger jeg å følge Koksviks metode for "Helsjekk, doktor!" og konsentrere meg om en sak som synes å gi den ellers høyst levende kontrolland plager: Familieanamnesen, nærmere bestemt forholdet til våre fettere og kusiner i sykehusmedisinen.

Forholdet er ambivalent. Jeg har ofte følt meg dum sammen med sykehusleger. De omgås med faguttrykk så lett og presist, vet hvor de har lest hva og forteller det gjerne. Samtidig ser de av og til på meg med noe som ligner svært nostalgisk beundring.

På grunn av det infernalske påfunn fra diverse komiteer om tidsbegrenset almenpraktikertittel, ble jeg nødt til å søke nærmere kontakt med slekta. Jeg stilte med angst og skepsis: Hva er egentlig så viktig med sykehustjeneste siden "alle" mener at det hører med?

Tjeneste som ass.lege ga ikke noe svar. Ukjente former for rutinearbeid tok overskuddet, først den siste måneden begynte faget selv å bli spennende og jeg lånte tykke bøker. Nyttig lærdom fikk jeg, men var det verd alle timene med journaler, vakter osv.? Jeg var ikke alene om å være usikker på svaret. På ekte medisinsk vis ble det gjort forsøk med en ny terapiform: Strukturerert sykehustjeneste. Anført av Kjell Johansen foretok noen Vestlands-

Av Berit Tveit

leger ekskursjoner til sykehusavdelinger. I to arbeidsuker av gangen vandret vi i de hellige haller, fri for rutinearbeid og ansvar, men med plikt til å holde øynene åpne. Vi lærte endel om fagene, og at sjeldne sykdommer finns.

For meg ble det like viktig at vår stilling som "fluer på veggene" ga en helt annen synsvinkel enn fra ass.lege-nivå. Det ble mulig å se sykehusets indre dynamikk som helhet. Resultatet ble noe annerledes enn ventet.

Vi erkjenner at et sykehus har to hovedoppgaver: Å behandle pasienter og å utdanne spesialister. Vi mistenker at hverken pasientgrunnlag eller spesialkunnskaper er av grunnleggende verdi for almenpraksis. Det ble bekreftet. Men jeg fikk noen punkter å tygge på:

- 1- Timeplanen var lik ved alle avdelingene, og lignet den eldgamle: morgenmøte, røntgen, nye pasienter, visitt osv. Men strukturen - inklusiv et fleksibelt og rommelig tidsskjema - tjente noe mer enn pasientbehandling: Det var anledninger til å møtes.

Det var likegyldig om man startet med noe i nattrapporten, et prøve-svar eller en pasient, og om det foregikk på sykesal, vaktrom eller i korridorene. Fagprat ble det.

Sykehuslegene minner



om hvite blodlegemer: De flyter fritt i systemet. Men et hvilket-somhelst problem medfører øyeblikkelig klebing til nærmeste faste gjenstand, ytterligere tilstrømning av hvite frakker og iherdige forsøk på å penetrere problemet.

En pasient med et uvant utslett ga en slik reaksjon. Hvordan legene fikk rede på at problemet var tilstede, forstår jeg ennå ikke. Kanskje de har en egen form for telepati? De kom iallfall, og bøker, preparater og ord fløy veggimellom i timevis. Resultatet var faktisk nok så viktig for behandlingen.

- 2- Jeg begynte å ane hvorfor sykehusleger imponerer meg slik. All denne mer eller mindre tilfeldige fagprat er egentlig en gjensidig og jernhard trening og konsis tale. Epikrisenes tåkeprat og sjabloner er ikke typisk for den interne informasjonsutveksling.

Det kom særlig godt frem når vi våget oss frem på med spørsmål. Kjappe miniforelesninger eller "Vet ikke helt, men la oss slå opp- mmm- den boken". Punktering av fremmedordballonger var en yndet sport. Tross anfall av spisse albuer var den gjensidige toleranse stor. Det er tillatt å være uvitende, og å dumme seg ut. Men ikke å forbli dum.

3. Min bekymring for sløsing med ressurser på sykehus ble noe mindre, (men ikke borte!) Tross alt er det en annenlinjetjeneste. Det innebærer at systemet må ha en viss reservekapasitet overfor katastrofer, som ulykker, epidemier og opphopning av infarkter. Når reserven ikke brukes, er ressursene ikke passive. De brukes til og med ganske intenst, særlig til undervisning og forskning. (Men de så på ski-VM også, stående ved pasientenes TV).
4. Den praktiske konsekvens ble at pasient-behandling og gjensidig læring er håpløst innfilitret i hverandre. Ingen av delene syntes å lide vesentlig av den grunn, selv om en hyppig bivirkning blir utveksling av fremmedord over liggende pasient. Men når praktisk arbeid, undervisning, forskning og kollegialt samvær blir blandet så ettertrykkelig, og kokt sammen med gamle tradisjoner både vel og lenge, da er det ikke underlig om vi har vansker med å skille ut de ingrediensene i suppen som er brukbare i almenmedisin.

Vi har litt lettvt begynt med sluttresultatet:

Når prosessen frembringer brukbare og kyndige spesialister, kan den også frembringe gode almenpraktikere. Under vår vandring på avdelingene lærte vi at den tanken måtte være gal.

Man har nok forvekslet kunnskapsinnholdet med selve læreprosessen.

Men så kon Jacobs-stigen.

Prytz og hans komite tegner konturene av fremtidens spesialitet i almenmedisin. Der snakkes om lengre praksis enn sykehustjeneste, om evaluering og supervisjon. Slikt er ennå fremmedord for oss, men jeg tror de inneholder noen av de samme momentene som sykehuslegene så elegant har blandet sammen med pasientbehandling.

Vi kan ikke gjøre det på samme måte, og har noen viktige vansker å overvinne:

1. Konsultasjonen er prinsipielt en "jeg-du"-situasjon, hvor samhandling foregår mellom pasient og lege alene. Erfaring med studentundervisning tyder på at mange pasienter reagerer lite på en tilhører, bare han/hun er definert som lege. Men likevel bør vi tenke oss godt om.
2. Selvstendighet er grunnleggende i almenpraksis. Dette fører med seg et særlig utvalg av leger, som både tåler og liker å arbeide alene. Sykehus-prosessen innebærer et intimt medisinsk samliv, med alle de bivirkninger slikt fører med seg. De vil vi nødig ha. Men vi er nok nødt til å både gi og ta imot mere enn før overfor hverandre.
3. Almen praksis er første linjetjeneste. Vårt innarbeidede system er at vi fyller dagen opp med presserende oppgaver og mest med direkte pasientkontakt. Det fins lite reservekapasitet. Behovet er tilstede. Men det var først etter to perioder med sykehustjeneste at jeg våget å karakterisere egen lunsjpause i legegruppen som arbeidstid.

Uformell læring er god læring.

Vi er oppdradd til å tro på den hellige tre-enighet av Forelesninger, Timeplan og Skriftlesning, med Eksamen som konfirmasjon. Som nevnt er det en viss struktur også på sykehus. Men både tre-enigheten og eksamen er liksom smuldret opp i småbiter. All min erfaring tyder på at læreprosessen da blir bedre. Den tar atskillig mer tid, og ens selvbilde lider unektelig noe. Men det er en gjensidig prosess. Vi observerte at professor-tittel ikke ga immunitet! Kanskje vår viktigste oppgave fremover blir å overbevise samfunnet om at bevilgninger til læreprosesser i almenmedisin er god

investering, og at det vi trenger mest er større reservekapasitet.

I og med at politikere ifølge ryktet også har korridorer og kaffepauser, burde de ane at vi ikke er ute etter hverken mer fritid eller mer penger.

Prytz & Co. har antydnet 10% av arbeidstiden til "læring osv". På grunn av sykehuslegenes grundige blanding av pasientarbeid og læring er det umulig å si noe sikkert om deres prosentandel, men det føltes som minst 30%. Så la oss ikke være for beskjedne!

Under sykehusoppholdet fikk vi våre velfortjente smekk for utidig summing, men også det endelige bevis på at almenmedisinen har fått sin status: Fluene fikk lov til å smake på suppen!

PS: Hvor mange har "løst" Utpostens problemserie til kaffen, og hvor mange har lært noe av det? Q.E.D.



Klipp fra Utpostens gullnummer 4/1982 – og hermed er det slutt på kavalkaden!

Allmennedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Konsultasjoner med fremmedspråklige

Refleksjoner over en pasient

■ ESPERANZA DIAZ fastlege i Bergen og førsteamanuensis ved Faggruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen

Norge er blitt et flerkulturelt samfunn hvor godt over en halv million av innbyggerne har innvandrerbakgrunn. Halvparten kommer fra Asia, Afrika og Latin Amerika, og mange bor i de større byene. To av ti innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år, mens fire av ti har bodd her i fire år eller kortere tid (1). De fleste fastlegene møter derfor pasienter med innvandrerbakgrunn daglig. Noen pasienter klarer utmerket å snakke norsk, men det er flere tilfeller hvor samtalen enten er umulig uten tolk eller ikke kan utdypes på grunn av språklige eller kulturelle barrierer.

Nanto kom for første gang til kontoret mitt for to år siden. På enkelt norsk forklarte han at han var fra Kina, hadde bodd i Norge i mange år og var lastebilsjåfør. Han hadde smerter i høyre skulder. Han ble undersøkt, fikk NSAID og en kort sykemelding. Et par uker etterpå kom han tilbake. Han hadde fortsatt smerter, nå strålende til nakken, kunne ikke sove og hadde ikke bitt bedre av NSAID. Bevegeligheten så ut til å være redusert sammenlignet med forrige gang, men det var likevel vanskelig å få ham med på undersøkelsen, siden den var smertefull. En mer grundig samtale viste seg også å bli vanskelig på grunn av språk. Vi avtalte en ny time med tolk på et språk jeg ikke hadde hørt om. Han fikk videre sykemelding og en time uken etterpå.

INNVANDRERE OG HELSE: Helsefordeler som forsvinner over tid

En innvandrer er en innbygger som er født utenfor Norge og som har begge foreldre fra utlandet. Først og fremst er «innvandrere» en så heterogen gruppe at det knapt er forsvarlig å beskrive dem som en gruppe. Både hvor man kommer fra, hvor gammel man var da man emigrerte, hvor mange år man har bodd i Norge og årsaken til migrasjonen, som for eksempel jobb, flukt, eller familiegjenforening, er avgjørende for hvordan den enkelte tilpasser seg den norske kulturen. Ikke minst er det enkelte individet akkurat det, et unik individ med sin egen personlighet og sine egne ressurser. På toppen av det hele kan man havne midt i et åpent og inkluderende lokalsamfunn eller blant naboer som har «fått nok» av innvandrere.

På tross av dette, er det en del teorier som

sier noe om «innvandrere» og helse. Den mest utbredte er kalt «*frisk innvandrerteori*» (2). Det ble beskrevet for mange år siden i Nord-Amerika, hvor forskerne oppdaget at immigranter var gjennomsnittlig friskere enn tilsvarende mennesker i vertslandet. Man har prøvd å forklare dette gjennom enkelte variabler som sunnere kost, mindre røyking, osv. Hovedforståelsen er likevel at de friskeste eler mest ressurssterke mennesker fra et land har større sjanse til å klare å komme seg til et annet land. De syke, de som ikke har personlige ressurser, de som ikke er i stand til takle forandringer, blir igjen. Dette gjelder i større grad for innvandrere som kommer på grunn av flukt eller jobb, og ikke så mye når man ser på innvandrere som kommer for familiegjenforening. Likevel kan det være godt å huske når vi vurderer ressursene til våre pasienter.

Helsefordelene beskrevet over forsvinner likevel ettersom tiden går. Innvandrere som har bodd i et annet land i mange år, «mister» etter hvert sine helsefordeler. Dette kan igjen forklares på mange måter, også ved at innvandrere adopterer de dårlige vanene som de innfødte hadde, men den andre hovedteorien om innvandrere og helse går på at selve migrasjonen blir en overbelastning for de fleste mennesker. Å reise fra egen familie, eget språk og kultur, en viss posisjon i samfunnet, og kjent mat og klima, til blant annet et nytt språk, lite eller intet sosialt nettverk, ny kultur



FOTO: ESTHER DIAZ

og muligens nye allment aksepterte verdier, kan for mange føre til en langvarig stressende situasjon. Dermed kan innvandrere oppleve det man kaller for *allostatic load* i forbindelse med selve migrasjonen og tiden i det nye landet. Modellen, som er relatert til kognitiv aktiviseringsteori om stress (CATS) (3), beskriver hvordan kronisk stress fører til økt nevroendokrin respons over tid, som igjen har negative fysiologiske konsekvenser for kroppen (allostatic load). Denne teorien er brukt for å prøve å forstå kompliserte tilstander som medisinske uforklarte plager og sykdommer (MUPS), og sammenheng mellom en rekke sykdommer som hjerte-kar sykdommer eller kreft ... og levd liv. Teorien kan i høyeste

grad være relevant for en del av innvandrere som står på listene våre.

Den norske legeföreningen sendte i 2008 en hefte med tittel «Likeverdige helsetjenester? Om tjenester til ikke-vestlige innvandrere» (4) til alle leger. De fire hovedfunnene angående «ikke-vestlige» innvandrere og helse i Norge er følgende:

1. Levekårene for innvandrere er dårligere enn for majoritetsbefolkningen.
2. Sykdomskurven stiger brattere med alderen hos innvandrere.
3. Det går dårligere med dem når de først er blitt syke.
4. Mange som har et stort behov for legehjelp, søker ikke lege.

En gang i måneden i nesten ett år hadde jeg konsultasjoner med min pasient fra Kina og tolken. Den første var en dobbelttime; deretter brukte vi ikke mer en 20 minutter hver gang, og relasjonen ble etter hvert bygget opp. Da fikk jeg høre om en enslig muslimsk mann som var skilt, men hadde ansvar for en alvorlig syk sønn og en eks-kone som ikke håndterte situasjonen og som ringte ham hele tiden. Hver gang hun ringte måtte han bare gå fra alt. Han var sliten og sov ikke om natten. Tankene gikk i ett. Økonomien var elendig og han kunne egentlig ikke være sykemeldt, men klarte heller ikke å jobbe. Han hadde vondt i skulderen og var redd for å sovne mens han kjørte. Samtidig var han stolt av å være i arbeid, en mann som begynte å jobbe som fem-åring ved å selge tingene som familien lagde for å overleve. Nanto hadde hatt en alvorlig arbeidsulykke før han kom til Norge, men hadde ikke sluttet å jobbe for det. I Norge hadde han ikke andre å snakke med enn legen og tolken og de få menn med samme kulturell bakgrunn som bodde i byen. Og de pratet alltid mens de røykte, så det var ikke snakk om å slutte med røykingen på tross av oppdaget KOLS i disse konsultasjonene. Jeg fikk også høre at han fikk mye bedre hjelp av de tradisjonelle urtetablettene fra hjemlandet enn av de smertestillende jeg hadde skrevet på resept. Han trengte egentlig ikke dem...

PASIENT-SENTRERT KOMMUNIKASJON: også med innvandrere

Det finnes mange modeller for å tenke gjennom en pasientsentrert konsultasjon. De fleste modellene begynner med en kort åpning, fulgt av sykehistorien og klinisk undersøkelse og til slutt forklaring av tilstanden og videre tiltak før man avslutter konsultasjonen. Disse fasene skjer ikke alltid i den samme rekkefølgen, men vi bruker teorien både for å undervise studentene og for å vurdere våre egne konsultasjoner ved for eksempel gjensidig praksisbesøk. I forbindelse med sykehistorie eller sonderingsfasen lærer vi studentene i Bergen å være oppmerksom på fem punkter som alle begynner med «f»:

- **Forståelse:** Hvordan forstår pasienten sin egen situasjon?
- **Følelser:** Er pasienten engstelig, bekymret, er det skam knyttet til situasjonen, er pasienten rolig og fornøyd?
- **Forutsetninger:** Hva vet vi om pasientens familie, fag, fritid, økonomi, fortid (også når det gjelder helse)?
- **Forventninger:** Hva vil pasienten oppnå med legebekket?
- **Forestillinger:** Hva tror pasienten selv om årsak, diagnose, prognose, hva bør gjøres?

Det er dokumentert at en samtale som tar opp disse f-punktene gir en mer treffende diagnose og behandling og bedre muligheter for compliance. Med min pasient og mange av dem som vi samtaler med på dårlig norsk, er det mulig å håndtere en overfladisk samtale og en enkel undersøkelse, men det kan være en utfordring å finne ut av ovenstående spørsmål uten tolk. Dette kan igjen føre oss til dårligere diagnose, og behandling, høyere risiko for bivirkninger og skadelige konsekvenser av behandling, samt lav etterlevelse og råd og lav compliance (5–7).

TABELL 1. Kulturell tilpasning

	LOKAL KULTUR (NORGE)	EGEN KULTUR
Assimilering	+	–
Integrering	+	–
Separasjon	–	+
Marginasjon	–	–

Kulturell bevissthet og kulturell kompetanse

Man kommer langt ved å tenke pasientsentrert også i møte med innvandrere, men det finnes to nyttige begrep som utvider perspektivet i møte med pasienter: kulturell kompetanse og kulturell bevissthet. Overlapp og egne spesifikke bidrag mellom pasientsentrert metode og kulturell kompetanse som teorier er godt forklart i en artikkel fra 2008 fra Saha et al., som anbefales til spesielt interesserte lesere (8).

Både kulturell bevissthet og kompetanse tar utgangspunkt i kultur som prosess i motsetning til statisk begrep. Man blir ikke født med en kultur, men i en kultur. Det er individets jobb å ta stilling til verdiene, normer og tradisjoner på en mer eller mindre bevisst måte gjennom livet. Prosessen blir tydeliggjort hvis man flytter til nye omgivelser hvor verdiene, normer og regler er annerledes enn tidligere, og hvor man må bestemme i hvilken grad man velger hvilke deler av den nye kulturen. Hvert

individ må revurdere sine tidligere valg ut ifra ressursene og mulighetene, slik at man kan bli integrert, assimileret, separert eller marginalisert fra vertssamfunnet (TABELL 1). Prosessen er ofte knyttet til en viss kulturell ambivalens på en rekke temaer. Hvor pasienten står på de forskjellige livsområdene, kan ikke legen vite på forhånd når pasienten kommer inn gjennom døren på legekontoret.

Kulturell kompetanse reflekterer ferdigheter i å kommunisere med folk fra andre kulturer. Det har å gjøre med å forstå betydningen av kultur, å vite noe om forskjellige kulturer, å verdsette diversitet, å være bevisst på forskjeller i helse og diskriminering mot enkelte minoritetsgrupper og, ikke minst, om effektiv bruk av tolk.

Forfatterne som A. Kleinman (9) klarte å sette kulturell kompetanse på dagsordenen ved mange amerikanske universiteter for noen år tilbake. Dessverre kokte dette ned en del steder til en liste over «lure spørsmål»

FOTO: ESTHER DIAZ



man burde stille til alle med utenlandsk bakgrunn, noe som ikke var hensikten til Kleinman. Kulturell kompetanse kan nemlig ikke oppsummeres i en liste over «gjør/ikke gjør», men kan med fordel inkluderes i det profesjonelle curriculum til helsearbeidere for å forbedre kvaliteten av helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn (10).

Kulturell bevissthet kan bli beskrevet som en holdning. En kulturelt bevisst lege er opptatt av pasientens kulturelle bakgrunn, men bør være like opptatt av sin egen kulturelle bakgrunn. I utallige situasjoner når vi mener at vi er verdinøytrale, har vi røttene dypt festet i egen kultur. Når jeg spør studentene hvilke utfordringer de har hatt i møte med pasienter fra Afrika eller Latin-Amerika svarer de ofte at disse pasientene «overdriver så mye» når de har smerter. Jeg prøver å sende svaret tilbake: Kan det tenkes at nordmenn viser for lite av egne smerter og følelser når de er syke? Vi eier ikke 0-punktet. Uten at man trenger å konkludere med at alle kulturer er like riktige eller likeverdige på alle plan, er det en forutsetning for en høy kulturell bevissthet å prøve å se på både egne og andre sine argumenter og begrunnelser fra et kulturelt perspektiv.

Pasienten ble etter hvert bedre, men det var vanskelig å hjelpe ham videre med skulderen, og han ble henvist til andrelinjetjenesten. Første gang forsto han ikke innkallelsesbrevet fra spesialisten før det var for sent. Jeg ringte spesialisten og forklarte, og han fikk ny time der, men uten tolk (på tross av dette sto tydelig i henvisningen). Det kom ikke noe ut av timen. Pasienten fikk da enda en ny time, men han fikk selv beskjed om å skaffe seg tolk. Dette fikk pasienten ikke til med en gang, og det gikk lang tid før neste time var på plass. Tiden gikk. Pasienten kom fortsatt en gang i måneden til meg for forlengelse av sykemeldingen. Etter ett år valgte han å gå tilbake til jobben, fortsatt med plager i skulderen – men bedre på mange andre måter – og oppgitt over hjelpen som var å få i andrelinjetjenesten.

Bruk av helsetjenester

Mye er skrevet rundt bruk av helsetjenester blant pasienter med innvandrerbakgrunn. Noen studier tyder på at innvandrere bruker legevakten oftere i forhold til den innfødte befolkningen, også for plager som bedre hadde blitt håndtert av fastlegen (11, 12). Andre studier rapporterer lavere bruk av helsevesenet blant innvandrere (13, 14), og enda flere studier beskriver ulikheter vedrørende bruk av primærhelsetjenesten ved forskjellige innvandrergrupper (15–18). Årsakene til forskjellene er kun delvis kjent, men, i tillegg til

helsesituasjonen til den enkelte, spiller andre faktorer sannsynligvis en rolle, blant annet tilgjengelig informasjon om systemet, annerledes system i hjemlandet (19), forventninger ovenfor helsevesenet (20) og en opplevelse av å ikke få hjelp (21–23).

Det er også påvist forskjeller i henvisninger og bruk av andrelinjetjenesten (13). En ny studie fra England viser at pasienter med innvandrerbakgrunn fra Asia og Afrika med forskjellige typer kreft måtte oftere gå flere ganger til allmennpraktikeren før de ble henvist til spesialisten med mistanke om kreft, sammenlignet med innfødte pasienter. Forskjellene var større hos eldre pasienter (24).

Paragraf 28 i den nye fastlegeforskriften sier at «Fastlegen skal benytte tolk ved behov» og det er kommunen som skal stå for utgiftene. I andre linjetjenesten er tolkebruk en del av det totale budsjettet og kan derfor noen ganger blir salderingspost når økonomien blir trang (4). Underforbruk av tolketjenester er rapportert flere steder (25), blant annet i forrige Utpostens nummer (26). Ifølge legeforeningen (4) er en av konsekvensene for pasienter som opplever språkbarrierer, dårligere tilgang til helsetjenester. Dette gjelder også for barn av foreldre som opplever slike barrierer.

En siste del av kulturell bevissthet har å gjøre med kulturen i selve helsesystemet. Vår vestlige biomedisinske tankegang, evidensbaserte tilnærming og økende ansvarliggjøring av pasienten (forhåpentligvis ikke på en ulovlig måte som det hendte med pasienten min) er goder i våre samfunn, men de er ikke kulturnøytrale, og kan, uten videre refleksjon, noen ganger være en måte å beholde stigma på. Å veilede pasienten i det nye systemet må begynne, som all god veiledning, fra pasientens ståsted.

REFERANSER

- Henriksen K, Østby L, Ellingsen D. Innvandring og innvandrere 2010. Statistisk Sentralbyrå– Statistikk Norge, 2010.
- McDonald JT, Kennedy S. Insights into the «healthy immigrant effect»: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1613–27.
- Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 567–92.
- Nissen-Meyer M, Shuja AL, Sletnes T. Likeverdige helsetjenester? Om tjenester til ikke-vestlige innvandrere. In: *legeforening Dn*, ed, 2008.
- Hogenhuis C, Grigoryan L, Numans MM, et al. Differences in antibiotic treatment and utilization of diagnostic tests in Dutch primary care between natives and non-western immigrants. *European Journal of General Practice* 2010; 16: 143–7.
- Reiff M, Zakut H, Weingarten MA. Illness and Treatment Perceptions of Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel. *American journal of public health* 1999; 89 (12): 1814–8.
- Suurmond J, Uiters E, Bruijne mCd, et al. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2011; 11:10.

- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100 (11): 1275–85.
- Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS medicine* 2006; 3(10):1673–6.
- Rosenberg E, Richard C, Lussier M-T, et al. Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field. *Patient Education and Counseling* 2006; 61: 236–45.
- Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health* 2007; 17 (5): 497–502.
- Goth US, Berg JE, Akman H. The Intercultural Challenges of general practitioners in Norway with Migrant Patients. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 2010; 6 (1): 26–32.
- Sanz B, Regidor E, Galindo S, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health* 2011.
- Gimeno-Feliu LA, Magallon-Botaya R, Macipe-Costa R, et al. Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients. *J Immigrant Minority Health* 2012; On line 22 May 2012.
- Scheppers E, Dongen Ev, Dekker J, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice* 2006; 23: 325–48.
- Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med* 1997; 45 (3): 485–96.
- Setia MS, Quesnel-Vallee A, Abrahamowicz M, et al. Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health and Social Care in the Community* 2011; 19 (1): 70–9.
- Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 308.
- Goth US, Godager G. Use of primary Care Emergency Services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence. *Nordic Journal of Health Economics* na.
- Lamkaddem M, Spreeuwenberg PM, Devillé WL, et al. Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system reference. *Scand J Prim Health Care* 2012; 40: 25–34.
- Lien E, Nafstad P, Rosvold EO. Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *BMC International Journal for Equity in Health* 2008; 7 (7).
- Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, et al. Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. *Arch Intern Med* 1999; 159: 997–1004.
- Wiking E, Saleh-Statinn N, Johansson S-E, et al. Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scand J Caring Sci* 2009; 23: 290–7.
- Lyratzopoulos G, Neal RD, Barbiere JM, et al. Variation in the number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from a national patient experience survey for cancer. *The Lancet Oncology* 2012; Feb 23. [Epub ahead of print] PMID: 22365494.
- Kaldheim O. Fastleger og tolketjenester. In: IMDI, ed. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2007: 50.
- Kongshavn T, Aarseth S, Maartmann-Moe K. Allmennlevers bruk av tolk. *Utposten* 2012; 5: 25–8.

Fokus på sped- og småbarns psykiske helse

■ **BRITT ROBERTSEN** • psykologspesialist med fordypning i klinisk barne- og ungdomspsykologi

ELISABETH HOLMBOE • psykologspesialist med fordypning i klinisk nevropsykologi.

Begge jobber i sped-og småbarnsteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Moss i Sykehuset Østfold. Robertsen sitter i ressursgruppen for sped-og småbarnsnettverket i Sykehuset Østfold

Mennesket er ikke en øy alene, men er helt fra starten av sitt liv avhengig av dype og stabile relasjoner til andre for å utvikle seg, for å overleve.

Forskning og erfaring gjennom de siste 30 til 40 år har gitt kunnskap om at spedbarns evne til læring, hukommelse og sosialt samspill er mye større enn man tidligere har antatt. Man har også funnet at forekomsten av psykiske forstyrrelser er like høy hos de små barna som i de eldre aldersgruppene. Dette har gitt oss nye perspektiver for å kunne fange opp barn med risiko for skjevutvikling tidligere, samt å utvikle tiltak som hjelper. Dette gir mulighet for å endre fokus fra «vente og se» til «riktig tiltak til riktig tid».

De siste årene har det vært aktiv satsning på dette området både fra fagmiljøer og helsemyndighetene. I veileder for kommune og spesialisthelsetjeneste (BUP) er sped- og småbarns psykiske helse definert som et viktig område. Det har blant annet medført at mange barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har etablert sped- og småbarnsteam.

I arbeid med småbarn fra null til fem år er det helt nødvendig å ha et samarbeid med foreldrene. For alle barn, enten de har medfødte



ILLUSTRASJONSFOTO: SKC.HU

vansker eller ikke, er relasjonene til deres primære omsorgspersoner helt avgjørende for deres utvikling.

I denne artikkelen vil vi fokusere på de relasjonelle aspektene ved små barns utvikling, hvordan man forstår dem, og hva som skjer når de svikter. Vi vil prøve å peke på noen av kjennetegnene man kan være oppmerksomme på i møte med sped- og småbarnsfamilier.

Tidlig samspill og tilknytning

Ved fødselen er det to viktige systemer som trer i kraft; barnets tilknytningssystem og foreldrenes omsorgssystem. Samspillet mellom disse to systemer påvirker barnets utvikling.

Det tidlige samspillet handler mye om regulering av barnets tilstander. En viktig omsorgsoppgave for foreldrene er å tolke og gi mening til barnets uttrykk. For eksempel tolker mor spedbarnets gråt eller uro: «Å, så du er sulten! Du ville jo ha mat!».

Med foreldrenes empatiske tilstedeværelse får barnet en grunnleggende opplevelse av at sterke følelsesmessige og somatiske tilstander blir håndterbare og mulig å dele med andre.

Tilknytning til primære omsorgspersoner

er en av de viktigste oppgavene spedbarnet har etter fødsel. Gjennom forskning og klinikk har man utviklet standardiserte metoder for å utrede tilknytningskvalitet og har kommet frem til fire ulike former for tilknytning: Trygg tilknytning, utrygg ambivalent tilknytning, utrygg unnvikende tilknytning og desorganisert tilknytning.

Trygg tilknytning utvikles hos barn hvor foreldrene gir dem omsorg som betegnes som god nok. Dette innebærer at foreldrene er stabilt engasjerte, kjærlige, tilgjengelige og aksepterende, og møter barnet på en måte som gjør at det føler seg trygt ivaretatt. Foreldrene er både opptatt av barnets mentale indre tilstander og deres fysiske behov.

Måten de hjelper barnet å regulere sine tilstander på vil etter hvert medføre at barnet har forventninger om at det vil bli trygt ivaretatt når tilknytningsbehov vekkes. Barnet vil utvikle en opplevelse av seg selv som en person som er verdt å elske, og som kan gjenkjenne, forstå og regulere sine følelser. Dette vil også gjøre at det etter hvert utvikler evne til forståelse av andres følelser og behov. Trygg tilknytning kan beskrives som å gi barnet et «godt immunforsvar» i sin psykiske utvikling.

Utrygg tilknytning utvikles hos barn som opplever at voksne er der for dem, men at de ikke alltid vil gi dem den beskyttelse og trygghet de trenger. De vil derfor bruke mye av sin kapasitet til å finne ut hvilken reaksjon omsorgspersonen vil gi, og får dermed mindre mulighet til utforskning og gledesfylt kontakt sammen med den viktige andre.

Utrygg unnvikende tilknytning: Omsorgspersoner som blir sinte, engstelige og avvissende overfor barnet når det er emosjonelt oppbrakt, avviser denne formen for tilknytningsatferd hos barnet, og kan avvise barnet når det trenger nærhet og trøst. Barn som opplever å bli møtt slik utvikler utrygg unnvikende tilknytning. For å oppnå omsorgspersonens oppmerksomhet tilpasser barnet seg ved å nedtone sine egne emosjonelle behov. Barnet kan dermed fremstå som selvstendig og selvtilstrekkelig, og er samarbeidsvillig stort sett sammen med foreldrene sine, men

kan også ha raseriutbrudd som er vanskelige for foreldrene å håndtere.

Utrygg ambivalent tilknytning: Omsorgspersoner som er oppatt av egne behov og egen engstelighet blir uforutsigbare og lite involverte i sin omsorgsutøvelse av barna sine. Barn som opplever denne form for omsorg kan utvikle utrygg ambivalent tilknytning. For å vekke den voksnes tilgjengelighet overspiller barna med en slik tilknytning sine emosjonelle uttrykk for opprørthet eller fortvilelse. Idet den voksne er tilgjengelig kan de imidlertid være vanskelige å få kontakt med, bli sinte og fremstår som utrøstbare.

Både ambivalent og unnvikende tilknytning beskrives som organiserte former for tilknytning fordi barnet utvikler en strategi som sikrer den voksnes oppmerksomhet.

Desorganisert tilknytning kan utvikles hos barn som utsettes for omsorgssvikt, overgrep og vold, og som opplever at omsorgsgiver er

skremmende og uforutsigbar i sin kontakt. Barn som er desorganiserte har uklare mønstre i sin tilknytningsatferd. Deres atferd kan fremtre som kaotisk og forvirrende. Foreldrene kan selv ha opplevd omsorgssvikt og overgrep i sin barndom. De kan være fylt av egne kaotiske følelser av sinne og fortvilelse, og greier ikke å finne måter å trygge barnet sitt på. Barnet opplever at uansett hva det selv eller forelderen gjør, så gir det ingen løsning, de har ingen å vende seg til som kan gi dem trøst og som hjelper dem å regulere ned den indre uroen som oppstår.

Utrygg tilknytning kan ha stor betydning for barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Risikoen for psykiske lidelser er særlig forhøyet i kategorien desorganisert tilknytning. Gjennomgang av barnevernets register gir indikasjoner om at barn under et år er i største risiko for omsorgssvikt. Et øket fokus på tidlig utvikling hos barn fra alle instanser i helsevesenet og andre som arbeider med små barn vil kunne bidra til å avdekke alvorlig omsorgssvikt.

Symptomer på at barn ikke har det bra

Sara (3 år) blir henvist til BUP av fastlegen etter at hun og mor har vært til konsultasjon der. Legen har spurt mor hvordan hun synes det går med Sara, og da forteller mor at hun opplever at Sara er mye sint og at det er vanskelig for mor å håndtere sinnet hennes. Mor forteller at det går utover hverdagen deres, og at det etter hvert også påvirker leggesituasjonen og nattesøvn. Mor lurte på om Sara kan ha ADHD eller andre medfødte vansker i og med at hun er så urolig og vanskelig å forstå. Legen er også mors fastlege og kjenner til at mor har psykiske vansker. På BUP fokuserer man på samspillet mellom Sara og mor, og mors forståelse av Sara. Man forstår at mor blant annet blir redd når hun opplever Saras sinne. I tillegg ser man at mor forventer at Sara skal kunne klare ting, som er for vanskelig for hennes alder.

I behandlingen er man både opptatt av det som skjer i samspillet mellom Sara og mor, og man har fokus på mors forståelse av Sara. I samtalene med mor fokuserer man på ting i mors liv og oppvekst som kan forklare eller gi mening til hennes reaksjoner. Mor blir etter hvert klar over at disse reaksjonene forstyrrer hennes forståelse av Saras behov. Man jobber også med å hjelpe mor til å finne andre måter å møte Sara på, blant annet å stille mer aldersadekvate krav. Etter hvert bidrar disse endringene til å dempe Saras sinne og frustrasjon.

Barn kan tidlig vise symptomer på skjevutvikling. Symptomene kan skyldes vansker med det tidlige samspillet. Disse symptomene er udifferensierte og kan være sammenfallende med medfødte vansker, temperament og normalt utfordrende utviklingsfaser. Overdreven gråt, spisevansker og søvnvan-





sker kan være viktige signal fra barnet om stress og tilpasningsvansker. I de siste årene har det vært en økende bevissthet om at også spedbarn kan utvikle symptomer på depresjon, som nedstemthet, passivitet og sosial tilbaketrekning. Når barna er litt eldre kan de vise vedvarende klengete atferd og engstelighet. Svak lekeevne, forsinkede språklige og sosiale ferdigheter er også viktige signaler. Hyperaktivitet, impulsivitet, raseriutbrudd og opposisjonell atferd er blant de mest vanlige henvisningsgrunnene til BUP. Disse symptomene er viktige markører både for skjevutvikling hos barnet og for samspillvanskeligheter mellom barnet og foreldrene.

For barn med medfødte utviklingsforstyrrelser har tilpasset samspill fra foreldrenes side svært mye å si for en optimal utvikling.

Omsorgssystemet i risiko

Tilknytningsatferd synes å gå i arv gjennom generasjonsledd dersom ikke foreldre får mulighet til et innblikk i egne erfaringer. Truende og vanskelig erfaringer fra egen historie, stort pågående psykososialt stress, rus og psykiske lidelser kan komme i veien for en god nok forståelse for barnets behov. Å oppdage familier som trenger hjelp handler om å se etter kvaliteter som ikke umiddelbart gir seg til kjenne i form av symptomer med objektive kjennetegn.

Samspillsobservasjoner anses i dag som en nødvendig del av BUPs utredning av sped- og småbarn. En har i økende grad tatt i bruk standardiserte metoder der foreldre og barn observeres i situasjoner der de skal håndtere definerte oppgaver i form av frilek, oppgaveløsning, atskillelse og gjenforening. Man vurderer blant annet grad av vitalitet og delt positiv affekt, passivitet og reserverthet, grad av irritasjon og sinne, avvising og opposisjon. En viktig del av observasjonene er å skape utfordringer i form av oppgaver eller krav, slik at man ser hvordan relasjonen påvirkes av stress. En annen viktig del av observasjonene er å vurdere hvorvidt foreldre klarer å forestille seg og forstå hva barnet har behov for. Man ser f.eks. om den voksne tilpasser oppgavene til barnets utviklingsnivå, om forelderen gir nok hjelp og støtte. Det er også viktig å gjøre seg opp en mening om hvilke særtrekk barn og foreldre har med seg inn i samspillet. Foreldrenes emosjonelle responsivitet er her sentralt.

Barseldepresjon

Sammenhengen mellom mors psykiske helse etter fødsel og barnets utvikling har hatt økende fokus i forskning og klinikk. Depresjon kan medføre forsinkelse i tilknytnings-

prosessen for barnet idet mors tilstand kan være preget av innadvendthet og egne bekymringer, hvor hun ikke klarer å være tilgjengelig for å møte barnets behov. Depresjon hos mor kan medføre at barnet ikke finner den nødvendige forutsigbarheten i samspillet, og man kan se at barnet reagerer med utilfredshet. Det er utviklet et spørreskjema; The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Denne screeningen brukes på mange helsestasjoner for å fange opp kvinner som har barseldepresjon.

Anne går til svangerskapskontroll hos jordmor, og hun oppleves som svært ambivalent til å være gravid. Etter fødsel følges hun opp av helsesøster som reagerer på at hun er lite interessert i barnet, og virker tiltakende trist og irritabel. Helsesøster følger opp Anne med støttesamtaler, men opplever at hennes psykiske tilstand ikke endrer seg, og at samspillet mellom henne og babyen er preget av lite smil og glede. Helsesøster tar opp med Anne at hun tror hun trenger mer og litt annen hjelp enn det helsesøster kan gi, og anbefaler henvisning til BUP. Anne får også et tilbud på DPS. I de første timene på BUP forteller Anne om hvordan hun har det, og hvor vanskelig det er for henne å ha gode følelser overfor barnet sitt. Psykologen ser at mor og gutten har lite direkte øyekontakt, og det er lite glede og vitalitet i relasjonen. Anne sier at hun ser at gutten hennes gir bedre kontakt med andre personer, og forteller at det gjør henne enda mer resignert i samspillet med han. Mor og barn får tilbud om ukentlig behandling på BUP hvor fokus i timene handler om livet deres her og nå, og etter hvert også om mors egen historie. Parallelt med samtaler med mor er man oppmerksom på hvordan gutten reagerer på mor, og hvordan han tar kontakt og kommuniserer med henne. Mors depresjon slipper etter hvert, og det skjer en gradvis utvikling hvor mor klarer å glede seg over gutten sin, og hvor hun i større grad klarer å tone seg inn affektivt overfor ham og hans tilstander. Gutten tar mer øyekontakt med mor, og det skjer en utvikling hvor de i økende grad deler forventning og glede.

Det hjelper å spørre og lytte

Sped- og småbarn har et begrenset sett av uttrykksformer, og tegn på misstilpasning og skjevutvikling kan være vanskelig å oppdage.

Det spesielle i arbeidet med små barn er at behandlingen må foregå via foreldrene. Den voksnes egne relasjonserfaringer og psykososiale stressfaktorer har stor betydning for relasjonen og barnets utvikling. Ved siden av kartlegging av barnets kognitive, kommunikative og emosjonelle vansker, må utredningen også rette seg mot den voksnes oppfatning og relasjon til barnet.

For å få et innblikk i vanskene er det avgjørende å spørre foreldre om hvordan de har det; hvor fastlåste vanskene er, hvor lenge de har strevd med barnet sitt og hvordan dette påvirker livssituasjonen for hele familien.

Det kreves tid til å lytte, og man må forsøke å være oppmerksom på hva foreldrene forteller mellom linjene. Mange foreldre er redde og kan oppleve skam og mislykkethet over hvordan de strever i hverdagen. Av denne grunn er det avgjørende å ha en aksepterende og empatisk holdning til de foreldrene man møter, og å gi dem mulighet for å få hjelp til det de strever med.

Kasuistikkene som beskrives i denne artikkelen kan ikke knyttes opp til konkrete personer. For interesserte kan nettsiden www.circleofsecurity.net anbefales.

REFERANSER

- Moe V., Slinning K., Bergum Hansen M. (red), (2010). Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Brantzæg I., Smith L., Torsteinsson S. (2011). Mikroseparasjoner. Fagbokforlaget, Bergen.
- Bergum, Hansen M. og Jacobsen, H. (2008). Sped- og småbarn i risiko-en kunnskapsstatus. Regionssenter for barn og unges psykiske helse.
- Eberhard -Gran, M., Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Folkehelseinstituttet.
- Zero To Three. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: Zero To Three Press.
- Papousek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (Eds.). (2008). Disorders of behavioural and emotional regulation in the first years of life: Early risk and intervention in the developing parent-infant relationship. Washington, DC: Zero To Three Press.

Elisabeth.Holmboe@so-hf.no

Hvordan har samhandlingsreformen kommunale tilbud og pasienter

En enquete blant kolleger på sykehjem

Et snaut år etter innføringen av samhandlingsreformen ville vi gjerne vite hvordan forandringene etter 01.01.12 fungerer rundt omkring i landet. Vi har derfor spurt noen kolleger som jobber i eller med sykehjem og omsorgstjenesten om deres syn på hvordan kommunens omsorgstjeneste fungerer etter innføring av samhandlingsreformen.

SPØRSMÅLENE:

- 1 Er det gjort strukturelle endringer i sykehjemmet/ene i kommunen du arbeider for å klare å ta imot pasientene når de er utskrivningsklare?
- 2 Har det vært noen endring i hvor syke eller friske pasientene er når de kommer til dere?
- 3 Fungerer varslingsrutinene etter det som er avtalt, og opplever dere at dette er god nok tid?
- 4 Blir det, totalt sett, mer forflytning av pasientene (for eksempel sykehus-avdelingen deres-korttid sykehjem-hjem)?
- 5 Har dere opplevd at pårørende er mer fornøyd med å ha pasientene nærmere seg?
- 6 Tror du at ordningen sparer penger i det store og det hele (hvis man tenker både kommune og sentralt)?



Tobias Nieber

46 år, spesialist i allmennmedisin. De siste to år i full stilling i Fjell kommune med ansvar for 50 pasienter på sykehjemmet og en intermediæravdeling, som er et samhandlingsprosjekt mellom fire kommuner med ca 60 000 innbyggere vest for Bergen og HF Helse Bergen.

1 Absolutt – jeg jobber i en kommune som er foregangskommune i forhold til samhandlingsreformen, og som har vært tidlig ute med planlegging av forskjellige samhandlingsprosjekter. Flaggskipet er den intermediære avdelingen med seks senger, der vi ferdigbehandler pasienter som har fått utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og som har behov for videre behandling før de reiser hjem. Disse pasientene er ikke «utskrivningsklare» når de kommer til oss, men forventes å være «utskrivningsklare» i løpet av ca. en uke.

Helt konkret om de strukturelle endringene: det ble inngått avtaler før 2010, en helt ny fløy i tilknytning til et eksisterende sykehjem og en terapiavdeling ble bygget i 2010. Sykepleiere og hjelpepleiere ble ansatt, en hospiteringsordning som involverte alle del-

takende kommuner og helseforetaket ble opprettet. I tillegg ble legetjenesten omstrukturert fra tre tilsynsleger i hver sin 20 prosent stilling til en lege i 100 prosent med ansvar for sykehjem og intermediæravdeling. De tre tilsynslegene gikk over i beredskapsmodus for å overta når den faste legen er på kurs, ferie eller er syk.

Etter oppstart av medisinsk strakshjelp har vi nå to leger på institusjonen, som vel helst skulle kalles for behandlingshjem, en spesialist i indremedisin og en spesialist i allmennmedisin i til sammen 160 prosent.

Den strukturelle endringen for å ta imot utskrivningsklare pasienter er at vi alltid har en sykepleier tilgjengelig på telefon som tar imot melding om disse pasientene. Kapasiteten planlegger vi slik at vi hittil uten unntak har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter innen fristen.

Videre har vi åpnet to rom for maksimalt fire pasienter som trenger medisinsk strakshjelp men der det ikke er behov for innleggelse i annenlinjetjenesten. Fast- eller vaktlege har undersøkt pasienten og planlagt videre overvåking og behandling. Oppholdet skal ikke overskride tre døgn. Disse pasientene har legevisitt hver morgen og kveld, der legen vurderer behov for videre opphold/oppføl-

2 Sykehjemmene har alltid tatt imot svært syke mennesker. Våre intermediære pasienter har som regel et relativt kort sykehusopphold bak seg, noen har gjennomgått hjerneslag eller hjerteinfarkt, mange er postoperative pasienter, de fleste er multimorbide. Disse er ofte sykere enn den klassiske sykehjemspasienten, men har et større rehabiliteringspotensiale.

Subjektivt opplever vi også en økning i grad av sykkelighet og hyppighet av innleggelser fra sykehus til sykehjem. Det er litt tidlig å konkludere, men det virker som om sykehusene har høyere forventninger til kommunene etter at samhandlingsreformen er kommet i gang. Og så virker det som om driften av den intermediære avdelingen har bidratt til at sykehuslegene føler seg tryggere når det gjelder overføring av syke pasienter til kommunehelsetjenesten.

3 Varslingsrutinene fungerer som avtalt. Tiden er knapp. Informasjonsflyten rundt pasientene har vært og er fortsatt til dels klanderverdig. Epikrisene er av svært varierende kvalitet, til dels glimrende, til dels med manglende opplysninger og skrevet av siste avdeling etter at pasienten har vært på flere avdelinger. Viktig pasientinformasjon fra fastlegen mangler ofte. Sykepleier- og legeressurser (mis)brukes en god del til sekretærarbeid. Her er det et åpenbart behov for mer kantile oppgaver i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4 I teorien kan det selvfølgelig bli et ekstra ledd i pasientforløpet, altså til intermediær avdeling eller sykehjem istedenfor rett hjem. I praksis er det også slik for noen pasienter. Vi er overbevist om at det store flertallet profiterer på det «nye» leddet i og med at det er et supplement i forløpet som ikke har eksistert slik tidligere, og som bidrar til bedre og hurtigere helbredelse.

5 Det har vi – mange av de pårørende setter pris på kort besøksvei til deres syke pårørende. Pasientene selv er nesten utelukkende fornøyd med oppfølging både nær bostedet, og ikke minst i roligere omgivelser utenfor en hektisk spesialisthelsetjeneste.

6 Et viktig spørsmål. Enda viktigere er spørsmålet om kvalitet. Blir kvaliteten på tjenester i kommunen like bra som i spesialisthelsetjenesten? Etter min vurdering et klart JA forutsatt at to viktige kriterier er oppfylt:

Reformen påvirket utforløpene?

En må ha gode seleksjonskriterier/sorteringsrutiner for pasienter: Noen tilstander trenger sykehusbehandling, andre kan få behandling på legevakt, på sykehjem eller hjemme med hjelp av hjemmesykepleie. Punkt to er godt samordnede tjenester innad i kommunen og mellom kommunene og helseforetaket. Gode rutiner, en god dialog basert på forståelse for de andre tjenester må være tilstede for at samhandling skal fungere i praksis.

Om en til syvende og sist sparer penger på samhandlingsreformen? Det har jeg ikke kompetanse til å svare på. «Samhandlingsreform» er jo et klassisk politikerslagord. Greit nok det – jeg tror at reformen er et riktig valg i retning av et pasientnært helsetilbud her i landet. Men da må en ta vare på og utbygge fastlegenes og ikke minst sykehjemsmedisinsens rolle videre. Og det koster. Forhåpentlig og sannsynligvis mindre enn en stadig voksende spesialisthelsetjeneste med dessverre voksende tendens til subspecialisering.



**Rebecca
Setsaas Skage**

kommuneoverlege i full stilling i enhet helse i Sarpsborg kommune, Østfolds nest største kommune med ca 53 000 innbyggere. Enhet helse har ansvaret for å planlegge og utvikle tjenester i samhandlingsreformen.

❶ Sarpsborg kommune har etablert totalt 19 nye korttidsplasser det siste året. Vi ønsker å stå godt rustet til å ta imot de utskrivningsklare pasientene fra Sykehuset Østfold og gi korttidsopphold for hjemmeboende som er i behov av det. Det har vært en styrking av helsefaglig kompetanse, og større bemanning av både sykepleiere og leger i avdelingen som ligger i Helsehuset vårt.

❷ Det oppleves som om det er noe mer syke pasienter nå. Det har vært en stor økning i pasienter som får utvidet behandling i form av intravenøs behandling, og pasienter med avansert utstyr med PEG sonde, CVK, respiratorer eller pasienter på sondeernæring.

❸ Varslingsrutinene fungerer i hovedsak godt. Det er et godt samarbeid mellom kommuner

og sykehus i Østfold. En utfordring er at sykehuset i mange tilfeller varsler for sent, og dette gir kommunen dårligere tid til å planlegge. Både kommuner i Østfold og sykehuset jobber med å forbedre rutinene begge veier. For å kunne ta i mot og kommunisere godt rundt de utskrivningsklare pasientene er det ansatt en kommunal pasientkoordinator i full stilling. Hun er tilstede på sykehuset og møter alle innlagte pasienter som har behov for kommunale tjenester. Målet med dette er å skape trygghet, gjøre forventningsavklaringer og gi riktig informasjon om kommunens tilbud og oppfølging. 60 prosent av pasientene reiser hjem med eller uten tjenester og 40 prosent av pasientene drar til en korttidsplass.

Noen få pasienter har behov for direkte langtidsplass. Det er få reinnleggelser både fra sykehjem og korttid, og de fleste pasientene er eldre og skrøpelige med mange sykdommer.

❹ I hovedsak blir det ikke mer forflytning av pasientene nå enn tidligere. Pasientene drar enten fra sykehuset til en korttidsplass, eller direkte hjem. Noen vil ha direkte behov for langtidsplass og får det, andre vil kunne trenge ytterligere opphold i korttidsoverdelingen eller allikevel ha behov for en langtidsplass, men dette er de samme rutinene som det også var før samhandlingsreformen.

❺ Vi opplever at både pasientene og pårørende er fornøyde med vårt helsehus og at pasientene er der på korttidsopphold. Flere uttrykker at det er enklere å få oversikt på helsehuset, at det er færre personell å forholde seg til, at miljøet er roligere og at kommunikasjonen blir bedre i et mer oversiktlig miljø.

❻ Synes det er for tidlig å mene noe om ennå. Men vi i kommunen opplever at det er usikkerhet rundt finansieringen både når det gjelder de utskrivningsklare og med medfinansieringen. Vår kommune som de fleste andre kommuner ligger an til merforbruk når det gjelder medfinansieringen. Det oppleves at vi hverken har noen reell påvirkningskraft på eller kontrollmulighet av. Vi har satt i gang mange ulike tiltak for å forebygge sykehusinnleggelser, men dette synes ikke på tallene. Det er vanskelig å finne noen gode svar på hvorfor det er slik.



Thor Asbjørn Løken

fastlege i Moss for 950 innbyggere og 40 prosent stilling på rehabiliteringsavdelingen på Peer Gynt Helsehus (tidligere sykehjem) siden 1994. Tidligere kommunelege i Alvdal i 10 år.

❶ Det er gjort endringer på sykehjemmet som tar imot utskrivningsklare pasienter. Det er det samme huset jeg jobber i. Her er det opprettet tre vurderingssenger som kun er til dette formålet. Disse er rimelig godt bemannet både på sykepleier og legesiden. I Moss er også det ambulante rehabiliteringsteamet styrket, så flere får hjelp hjemme.

❷ Mitt klare inntrykk er at pasientene er blitt vesentlig sykere. På min avdeling ser jeg at pasienter sendes raskere ut fra sykehuset både etter operasjoner og hjerneslag. Det er f.eks. ikke sjelden at vi må fortsette intravenøs behandling som er påbegynt på sykehuset. Litt rart er det at også før kunne vi ta imot pasienter den dagen de var utskrivningsklare, men disse var jevnt over mindre syke enn de som kommer nå.

❸ Jeg har inntrykk av at varslingsrutinene fungerer rimelig greit etter at en koordinator er ansatt som både er på sykehjemmet og i sykehuset. Et tilbakevendende problem er seine eller mangelfulle epikriser. Det samme opplever jeg på min avdeling som har samme oppgave for pasienter med rehabiliteringspotensial. Dette er ikke noe nytt og ikke blitt bedre med årene.

❹ Jeg tror det i en del tilfeller blir noe mer forflytning av pasienter nå enn tidligere. Før ble nok flere skrevet direkte hjem. Jeg er ikke sikker på om det er så galt. På våre avdelinger er det mye roligere tempo, færre mennesker å forholde seg til og mer nærhet mellom pasienter og pleiere/leger. Mange er glad for mellomstasjonen hos oss. Selv om det er korte avstander i Østfold, er det for mange godt å komme «hjem», selv om det ikke er til hjemmet.

❺ Jeg har opplevd at pårørende er glade for å ha sine nærmere seg. En del har ikke bil og vegrer seg mot buss og tog til Fredrikstad. Noe stort poeng er dette neppe hos oss.

❻ Jeg tror ikke det sparer landet for penger. For kommunen er det en ekstra utgift. Noe som er fint oppi det hele er økt kompetanse på helsehuset og et større faglig miljø. Det blir et mer spennende sted å jobbe for alle profesjoner, og vi er bedre rustet til å få det lokalmedisinske senteret opp og gå.

Telefonråd og beslutningsstøtte

■ ELISABETH HOLM HANSEN PhD og forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Uni Helse, Uni Research. Førsteamanuensis v/Haraldsplass Diakonale Høgskole

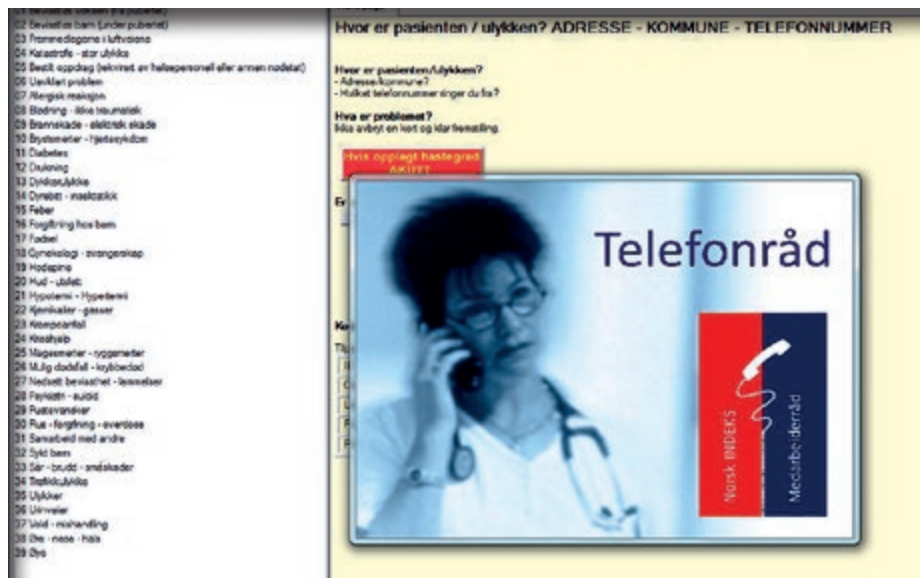
Henvendelser fra pasienter til legevakt og fastlegekontor skjer oftest per telefon, enten det gjelder problemstillinger som haster, eller noe som kan vente. Sykepleier eller helsesekretær vurderer disse henvendelsene, også hastegrad. Det er av stor betydning at denne vurderingen og de råd som blir gitt holder god kvalitet. Telefonråd er et beslutningsstøtteverktøy som bidrar til dette. Det er nå gratis og kan lastes ned fra www.helsebiblioteket.no.

Legevaktsykepleiere representerer stabilitet

Sykepleiere på legevakt og i legevaktsentral har som oppgave å kartlegge pasientens situasjon, vurdere, prioritere og iverksette tiltak etter hastegrad. Slike tiltak kan være å henvise til legekonsultasjon eller sykebesøk. Sykepleiere på legevaktsentral gir i varierende grad medisinske råd, og om lag 24 prosent av alle henvendelsene til legevakt håndteres av sykepleier uten kontakt med lege (1).

Data fra studier som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) har gjennomført gjennom flere år viser at ca 75 prosent av alle henvendelser til legevaktsentralene er såkalte grønne hastegrader, det vil si at de ikke haster, mens 23 prosent er gule og henvendelser som haster. Kun to prosent av alle henvendelsene er såkalte akutte, livstruende tilstander som betegnes som røde hastegrader (2).

Sykepleiere håndterer stor bredde i kontaktårsaker og ofte komplekse pasientsituasjoner, i telefon og i mottak på norske legevakter. Det er derfor viktig med høy faglig kompetanse og gode beslutningsstøtteverktøy for å sikre en god kvalitet på tjenesten. Sykepleiere utgjør den største personalgruppa på norske legevakter, og ved at de er fast ansatt i kommunen eller i helseforetak representerer de sta-



blitet og kontinuitet ved legevakten. Derimot varierer sykepleiers kompetanse og erfaring i og mellom legevaktene, og opplæringen oppgis å være fra noen timer til flere uker (3).

Helsesekretærene tar beslutninger

Også ved legekontorer håndteres det mange pasienthenvendelser per dag. Selv om mange pasienter er kjent for personalet, skal hver enkelt henvendelse vurderes til legetime i tillegg til at øyeblikkelig hjelp skal prioriteres. Det gis råd i varierende grad, og behov for beslutningsstøtte er viktig både i kontakt med pasientene direkte og ved opplæring.

At pasienter blir vurdert og prioritert på en ensartet måte i flere ledd styrker kvaliteten og pasientenes sikkerhet. Legevakt og fastlegekontor forholder seg til de samme pasientene, og hvordan disse blir håndtert har betydning for både tillit og forutsigbarheten til tjenestene. Et felles beslutningsstøtteverktøy vil kunne bidra til en tryggere og enklere samhandling mellom legevakt og legekontor.

Større utfordringer i vente

Legevaktene og fastlegekontorene står foran store utfordringer i tiden som kommer. Samhandlingsreformen betyr flere oppgaver for

kommunen og sykere pasienter i sykehjem og i hjemmene. Legevaktene planlegger observasjonssenger, og akuttplaner i sykehjem er allerede på plass flere steder. Flere og sykere pasienter i kommunen gir økt aktivitet i legevaktsentralene og ved fastlegekontorene, noe som igjen krever høyere kompetanse og gode beslutningsstøtteverktøy når pasientene skal prioriteres. Et felles nasjonalt legevaktnummer, 116 117, er planlagt innført innenfor de nærmeste årene. Det blir både gratis å ringe og lettere å huske, og kan bidra til et økt press på sentralene. Det er rimelig å tenke seg at flere som før har ringt AMK-sentralene av den grunn nå kanskje ringer legevaktene i stedet (4).

Et mål må være at pasienter som kontakter legevakten og legekontorene skal få en best mulig førstevurdering og prioritering, og da er det viktig med beslutningsstøtte som bidrar til dette. Gode støttesystemer kan hjelpe sykepleieren og annet helsepersonell til å gi en likere og mer riktig vurdering og rådgivning både i og mellom sentralene. I forslag til nasjonal Handlingsplan for legevakt som ble utarbeidet ved Nklm, foreslås det at legevaktsentralen bør ha et elektronisk beslutningsstøtte- og rådgivningsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap, og som er tilpasset norsk medisinsk tradisjon og allmennmedisinsk epidemiologi.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp har vært brukt i AMK-sentraler siden tidlig på 90-tallet, mens Medarbeiderråd primært har vært benyttet ved legevakter og legekontorer i varierende grad.

Hva er Telefonråd?

Telefonråd er et elektronisk oppslagsverk for legekontorer og legevakter og som redegjør for håndtering av den første kontakten i luka eller på telefon med pasienten. Telefonråd utgis i samarbeid mellom Lærdals fond for akuttmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Telefonråd består av to oppslagsverk som tidligere er gitt ut hver for seg. Det ene er «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» (Den norske legeforening/Lærdal foundation) som skal dekke tidskritiske henvendelser, og det andre er «Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer» som dekker rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger. I Telefonråd er de to oppslagsverkene knyttet sammen gjennom krysshenvisninger til aktuelle kapitler og vil dermed være komplementære.

Indeks inneholder standardiserte utsagn innenfor rød, grønn og gul hastegrad for ambulanse-ekvirering og førstehjelp. Det er et kriteriebasert responsverktøy med algoritmer ved håndtering av livstruende tilstander. I tillegg beskriver Indeks ansvar og roller for ulike aktører (legevakt, lege i vakt og AMK-sentral). Utgangspunkt er kontaktårsaker med konsensusbasert kriterier.

Den andre boka i Telefonråd er Medarbeiderråd som er et elektronisk beslutningsstøtteverktøy for de vanligste kontaktårsakene i legevakt og på allmennlegekontorer. Det er et rådgivningsverktøy ved henvendelser av ikke-akutte tilstander og et opplæringsverktøy for nye sykepleiere/medarbeidere. Det er tenkt å være et grunnlag for faglige diskusjoner og refleksjoner der utgangspunkt er kontaktårsaker og symptomer. Det er utarbeidet erfarings- og konsensusbaserte råd med dokumentert styrke på rådene.

Medarbeiderråd er et grasrotprosjekt fra 1989 ved Skien legevakt. Mange avgjørelser og høyt tempo med risiko for feilvurderinger, varierende kompetanse og ønske om kvalitetsforbedring var motivasjonen for utviklingen av verktøyet.

Fra og med februar 2012 ble det redaksjonelle ansvaret for Telefonråd flyttet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Bruk Telefonråd

Beslutningsstøtteverktøyet er ment å være faglig tilpasset legevakter og allmennlegekontorer, og det skal være så raskt å bruke at en kan slå opp mens pasientene står i luka eller er



ILLUSTRASJONSFOTO

på telefonen. Videre skal det kunne brukes på alle typer hendelser, fra allmenne problemstillinger, til akutte tilfeller der rask og riktig respons er avgjørende. Men den viktigste bruken er likevel i forbindelse med opplæring og faglig oppdatering. Brukes programmet i diskusjon og refleksjon rundt aktuelle problemstillinger, kan det være et godt hjelpemiddel i løpende oppfølging og kompetanseheving.

Telefonråd skal kunne gi grunnlag for formell delegering av ansvar fra lege til medarbeider i ulike tilfeller av rådgivning, og kan også fungere som et hjelpemiddel for opplæring av nyansatte med hensyn til prosedyrer og rutiner for rådgivning og utspørring av pasienter. Telefonråd er ikke et dokumentasjonsverktøy for loggføring av tiltak eller råd på pasientnivå. Selv om bruken av Telefonråd genererer en loggfil som kan vise når og hvor det er foretatt oppslag, kan dette ikke foreløpig knyttes til journalprogrammet og den enkelte pasient.

Artiklene er utarbeidet med tanke på rask tilgang til den viktigste og mest relevante informasjonen for rådgivningssituasjoner ved legevakt og fastlegekontor. Alle mulige røde hastegrader i Medarbeiderråd er lenket til Indeks og alle grønne hastegrader er lenket til Medarbeiderråd.

Det faglige innholdet er sjekket mot anerkjente kilder, særlig Norsk Elektronisk Legehåndbok, Legevakthåndboken og Best Practice. Denne utgaven av Telefonråd er sist oppdatert i 2011 og har med de siste endringene fra Indeks. Beslutningsstøtteverktøyet er tilgjengelig fra Helsebiblioteket til gratis nedlastning, www.helsebiblioteket.no. For at Te-

lefonråd skal være mest mulig funksjonelt og relevant for brukerne er det ønskelig med tilbakemeldinger på artikler og forslag til temaer som er ønskelige å ha med. Henvendelser som gjelder faglig innhold kan rettes til redaktøren.

Bedre og likere vurderinger

Hovedmålet med Telefonråd er bedre og likere vurderinger og prioriteringer i både legevakt og legekontorer. Dette bør i praksis bety at de som er syke får hjelp til rett tid på rett plass. Pasientene får hjelp til egenomsorg og mestring av enkle plager. Riktige prioriteringer og god formidling av faglige råd vil kunne gi pasientene trygghet og tillit til tjenestene.

REFERANSER

1. Hansen EH, Zakariassen E, Hunskaar S. Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9: 123
2. Eikeland O-J, Hansen EH, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport for 2011. Rapport nr. 4/2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2012.
3. Morken T, Hansen EH, Hunskaar S. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2009. Rapport nr. 8/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Uni Research 2009.
4. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137> (04.09.2012)

 elisabeth.holm-hansen@uni.no

Tanker om motivasjon og endring

■ TORGEIR GILJE LID *fastlege ved Nytorget legesenter, stipendiat ved institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB*

Allmennlegen forholder seg ofte til pasienter som ønsker å gjøre endringer i sitt liv, men også til pasienter hvor legen mener at endring i livsstil er nødvendig. Noen ganger møter vi pasienten i en situasjon hvor noe viktig står på spill, eller de er i ferd med å få en ny erkjennelse. Dette kan være et gyldent øyeblikk for endring. Iblant kan vi også selv bidra til at pasienten ser at noe viktig står på spill, og slik kan bli motivert for endring. Men det forutsetter at pasienten opplever at legen er oppriktig interessert i hvordan pasienten har det og hvordan han kan få det bedre, og at pasienten tror på at eventuelle råd som gis er relevante for eget liv. Hvis pasienten ikke opplever legen som genuint interessert, eller ikke opplever rådene som relevante for sitt eget liv, er det lite sannsynlig at legen kan bidra til endring.

En del allmennleger har lært seg teknikker fra kognitiv terapi, eller fra motiverende samtale, for å bidra til endring. Elementer av disse tilnærmingene kan en finne igjen i løsningsorienterte samtaler, som det også arrangeres kurs for allmennleger i. Motiverende samtale er en pasientsentrert metode for å styrke pasientens motivasjon for endring. Det ligger utenfor denne lille artikkelens siktemål å gi en fyllestgjørende beskrivelse av metoden, men ambivalens er et sentralt begrep. Legen må utforske pasientens ambivalens, og motiverende samtale tilbyr noen konkrete strategier for å gjøre dette. Poenget er ikke å forsterke pasientens motstand (de som har tenåringer i huset vil intuitivt forstå dette), og i stedet prøve å utforske mest mulig omkring hva pasienten tenker og føler selv. Dette kan gjøres med å sette opp for og i mot-lister over endring versus å fortsette som før, det kalles en beslutningsbalanse. En må også lytte etter spontane utsagn som tyder på endringsvilje, og tanken er at det pasienten sier selv vil ha større effekt enn det legen sier for pasienten.

Et helt sentralt punkt er å avklare best mulig hva pasienten selv mener er viktig. Dette vil i seg selv kunne styrke pasientens vilje til endring, og det gjør det også mulig å finne strategier som styrker pasientens mulighet for endring. Det krever at legen ønsker å finne ut hva som er viktig for pasienten, og har respekt for pasientens verdier og valg, noe som kan styrke viljen til endring og troen på at

endring er mulig. Allmennlege Liv Tveit Walseth i Kristiansand har vist dette godt i en artikkel om livsstilsintervensjoner hos fastlegen, hvor hun bruker Habermas' begrep «livsverden» som utgangspunkt. Legen vet mye i utgangspunktet om rett og galt innenfor avgrensede livsstilsområder, men ofte for lite om pasientens livsverden og hva pasienten opplever som mulig og ønskelig. Det hjelper lite å gi gode råd om røykeslutt eller redusert alkoholforbruk hvis en ikke også har snakket om hva som er viktig i livet for pasienten, og hva pasienten selv tror er mulig å få til slik livet nå engang er.

Men det er ikke bare pasienter som trenger endring. Det er etter hvert mye forskning som viser at det også for leger er en lang vei fra nyervervet kunnskap til faktisk endring i praksis. Nye retningslinjer gir lite endring i praksis. Ny kunnskap ervervet på kurs gir i liten grad endring i hverdagen når kurset er over. Det kan være verdt å ha i bakhodet neste gang vi ergrer oss over en pasient som ikke klarer å begynne å trene eller spise sunnere.

Hva skal til for endring i legens praksis? Det hjelper lite å komme hjem fra kurs med ny kunnskap hvis en ikke også tenker gjennom hvilke endringer som er mulig å gjøre i egen praksis hver dag for å kunne anvende den nye kunnskapen. Hvilke endringer ønsker du å gjøre? Hvilke endringer er viktigst for pasientene og de andre på kontoret? Hva er mulig å få til slik hverdagen nå en gang er hos dere? Videre kan en, inspirert av motiverende samtale, tenke gjennom hva fordelene med endring og fordelene med ikke å endre seg vil være. Deretter kan en tenke gjennom ulemper med endring og ulemper med å ikke endre seg.

Men et legekontor er en kompleks organisasjon, med store krav til kunnskap og ferdigheter parallelt med store krav til effektiv logistikk og sunn inntjening. Midt oppi dette skal en hele tiden søke oppdatert kunnskap og omsette det i nødvendige endringer i praksis. Som med røykeslutt og trening er det lettere å få til endringer på legekontoret hvis en går sammen om det. Gjensidig interesse og forpliktelse styrker både motivasjon og gjennomføringsevne. Mestringsfølelsen som følger av vellykkede endringer inspirerer til nye endringer. Hvis legene og de ansatte sammen

finner ut hva som trenger å endres, kan det styrke både tilhørigheten til arbeidsplassen og opplevelsen av eierskap til det som skjer.

Noen ganger kan motstand mot endring også skyldes at ønsket om endring kommer utenfra, og strider mot viktige verdier. Det er ikke gitt at det rette alltid er det beste. For pasienter kan det også være at de har prøvd så mange ganger å få til endring at velmente tiltak for å skape endring bare forsterker opplevelsen av å ikke mestre. Fastlegene opplever betydelig økt press på å sette inn forebyggende tiltak, og finne alle dem som ikke lever som de burde. De friske trener stadig mer og tjener stadig mer, mens de som ikke klarer å gjøre de riktige tingene opplever sterkere utstøting. Dette ser vi ekstra tydelig for røykerne, som blir mer og mer marginalisert. Der røyken for en generasjon siden var en naturlig del av sosialt samvær på jobb og fritid, har nå alkohol tatt røykens plass som felles aktivitet og sosialt lim.

Røykerne i dag er i stor utstrekning de som heller ikke mestrer å gjøre ting riktig på andre livsstilsområder, som kost og trening. Den virkelige store utfordringen for fastlegene er å bidra til endring og bedre helse og samtidig arbeide mot utstøting og marginalisering av de som ikke klarer å gjøre de riktige tingene. Pasienter med kroniske livsstilssykdommer er en av samfunnets mest sårbare grupper. Når helsemyndighetene mener vi må bli flinkere på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon, må vi minne oss selv og hverandre på at vårt viktigste oppdrag er å gi god behandling og omsorg til de som trenger det mest.

REFERANSER

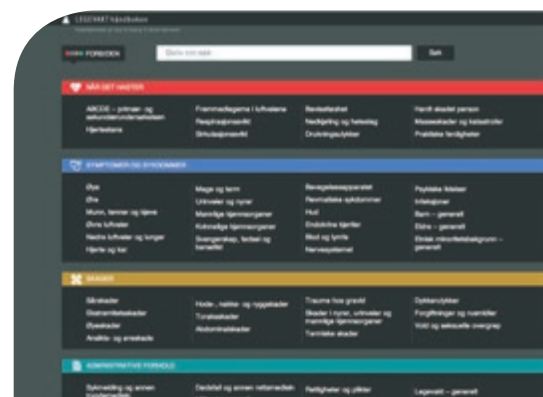
- Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Lifestyle, health and the ethics of good living: Health behaviour counselling in general practice. *Patient Educ Couns* 2011; 83: 180–4.
- Vansteenkiste M, Sheldon KM. There's nothing more practical than a good theory: integrating motivational interviewing and self-determination theory. *Br J Clin Psychol*. 2006 Mar; 45 (Pt 1): 63–82.

Aase Omrand er i byline på side 8 i Utposten 5/2012 gjengitt med feil info: Korrekt info skal være: Aase Aamland, fastlege i Vennesla, stipendiat ved AFE Bergen/UiB

Legevakthåndboken

– godt mottatt av allmennleger

Legevakthåndboken utgis nå i 4. utgave – og for første gang i elektronisk versjon. I tillegg til den nettbaserte utgaven, vil en applikasjon for smarttelefon foreligge mot slutten av 2012.



Både som applikasjon og nettsversjon er Legevakthåndboken gjort gratis tilgjengelig av Helsebiblioteket, via www.helsebiblioteket.no og www.lvh.no.

Målgruppen er leger og annet legevaktpersonell. Legevakthåndboken er ikke en «lærebok», men en praktisk håndbok. Tidligere utgaver har også vært i bruk av legestudenter, turnusleger, ambulansepersonell og andre. Disse gruppene bør fremdeles finne Legevakthåndboken nyttig.

Siden den første utgivelsen i 1993, er Legevakthåndboken blitt revidert to ganger – i 1997 og 2005. I 2011 fikk Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin oppdraget med en ny revisjon tilrettelagt for digitalt medium. Lege og forsker Ingrid H. Johansen og spesialist i allmennmedisin og forsker Jesper Blinkenberg er redaktører av den nye utgaven.

Her gir tre allmennleger og en turnuslege sin vurdering av Legevakthåndboken på nett, med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Er den nye versjonen en forbedring som er tilpasset sitt formål?
- Hva synes du er mest positivt ved innholdet?
- Hvordan er funksjonaliteten?
- Er det noe du umiddelbart savner?
- Vil du anbefale legevakthåndboken til kolleger?

LINE BOYM, LØTEN LEGESENTER: «Lett å slå opp i»

Jeg har ikke brukt den «gamle» versjonen av Legevakthåndboken på mange år, fordi den ikke har vært i nettsversjon. Jeg opplever derfor den nyeste versjonen som lett tilgjengelig og brukervennlig.

Den er svært oversiktlig og fint inndelt med god «layout». Det gjør at den er enkel å slå opp i og nyttig som et oppslagsverk på legevakt. Den vil jo også bli nyttig utenfor kontoret når den kommer som «app». Jeg synes også at den er så kortfattet og presis som den bør være for at den skal kunne brukes på en travel vakt.

Etter en rask gjennomlesning av temaene som er tatt med, er det ingenting jeg savner umiddelbart. Den er absolutt verd å anbefale til kolleger.

ANNE LISE FOSSMO (TURNUSLEGE), RENDALEN LEGEKONTOR: «Gleder meg til app'en kommer»

Jeg synes Legevakthåndboken ser kjempebra ut. Jeg har aldri brukt selve boken – men bare bladd raskt igjennom den. Jeg synes det er veldig positivt at det blir en gratis nettsversjon og en app – som blir fritt tilgjengelig, i motsetning til NELs app som koster over 630 kroner.

Innholdet i Legevakthåndboken på nett er godt og logisk organisert.

Fra forsiden finner man lett det man er ute etter. Og det viktigste kommer først. Spesielt liker jeg siden med listene over anbefalt utstyr for legevakt. Dette er svært nyttig for oss turnusleger – som ikke har så mye erfaring fra tidligere. Legevakthåndboken vil jeg helt sikkert få bruk for.

JØRN KIPPERSUND, VOLDAL LEGESENTER:

«God på differensialdiagnoser»

Jeg har faktisk ikke brukt Legevakthåndboken på noen år, men i stedet benyttet NEL. Nå har jeg prøvd den nye håndboken – og jeg ser at informasjonen fremstår mer kortfattet og lettere å navigere i, sammenliknet med NEL.

Innholdet er kortfattet og direkte. Jeg liker spesielt at listen over differensialdiagnoser inneholder noen stikkord med andre relevante ting å tenke på: Feks. finner man under «hevelse rundt øyet» differensialdiagnosene «Hyperthyreose – nervøsitet, slapphet, palpitasjoner, tremor». Jeg synes også sorteringen «Når det haster» – «Symptomer og sykdommer» – «Skader» – «Administrativt» er meget hensiktsmessig.

Om funksjonalitet: Jeg er imponert over hvordan man har klassifisert alt innholdet i en oversiktlig forside som virkelig inviterer til å klikke seg videre uten frykt for å gå seg vill. Man kan også velge å gå direkte på søk. Mine testsøk ga svært relevante resultater.



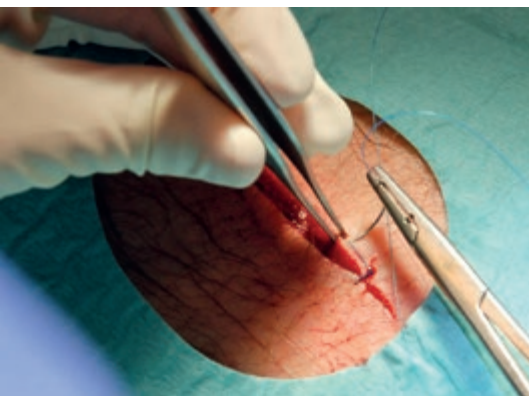


FOTO: TONE MØRKEN, NKL.M. TILLATELSE ER GITT FRA ALLE PASIENTENE.

Noe av det viktigste med NEL er muligheten for å skrive ut pasientinformasjon. Legevaktåndboken er vel ikke tenkt å være noen direkte konkurrent til NEL, men behovet for å kunne gi skriftlig informasjon til pasientene er stort, også på legevakt. Om dette blir en del av innholdet i Legevaktåndboken, vil den bli komplett. Men uten tvil kan jeg anbefale Legevaktåndboken til kolleger.

STÅLE SAGABRÅTEN, NES LEGEKONTOR (NESBYEN):

«Kvalitetsverk som mangler det lille ekstra»

Hvis hver fastlege øker antall sykehusinnleggelser med bare en prosent, betyr det om lag 30 prosent flere sykehusinnleggelser på landsbasis. Det er derfor avgjørende at legevaktlegen har gode referanseverk å støtte seg på, for best mulig håndtering av problemstillinger han eller hun møter på vakt. Legevaktåndboken har siden første utgave vært et av de mest sentrale referanseverkene når en ønsker kjappe, men grundige råd med utgangspunkt i kliniske problemstillinger på vakt eller på allmennlegekontoret. Boken har, sammen med NEL, utgjort en slags rettesnor for god allmennmedisinsk praksis. Når fjerde utgave av håndboken nå gjøres tilgjengelig på nett og etter hvert som en «app», vil den trolig i enda større grad bli konsultert. Da stilles det enda større krav til at de faglige råd er i tråd med det en regner som god allmennmedisin.

Ingrid H. Johansen og Jesper Blinkenberg – som har tatt over stafettpinnen som nye redaktører etter grunnleggerne Cecilie Arentz-Hansen og Kåre D. Moen – har fått en formidabel oppgave, men løser utfordringen på en god måte. Undertegnede synes likevel redaktørene med hensyn til «normen» som boken vil bidra til å danne blant legevaktlegene, på fagets vegne burde ha lagt opp til en enda mer ambisiøs standard hva

gjelder utredning og behandling. Det finnes mange kompetente legevaktleger som er vant til å gjøre en solid innsats i utredning og behandling før pasienten eventuelt sendes videre til sykehus. Disse fortjener derfor et godt referanseverk å støtte seg på.

Etter samhandlingsreformens ikrafttreden, vil det bli stilt krav om at enda flere problemstillinger løses på laveste effektive omsorgsnivå. Under mange av tiltakene synes jeg «innleggelse» kommer opp litt for raskt, i alle fall fra et distriktsmedisinsk ståsted: Når avstanden til sykehus er lang, må legevaktlegen gjøre mer før innleggelse i sykehus – hvis ikke lokal sykestue eller øyeblikkelig hjelp-senger i kommunal regi er et alternativ. Legevaktlegen vil da trenge råd om tiltak og behandling. Tiltak utover en minstandard kunne gjerne ha blitt rubrisert som «avansert behandling» for å markere at dette er behandling som krever mer erfaring og tettere overvåkning av pasientene.

Ambisjonsnivåene for diagnostikk og behandling er noe varierende for de ulike tilstandene. Omtalen av akutt koronarsyndrom er i så måte solid – gjennom beskrivelsen av mer avansert behandling, inkludert prehospital trombolys – men hopper over rutinen om at så å si alle disse pasientene skal ha klopidogetrel (Plavix) før innleggelse. Huskeregen «MONA-P» (Morfine – Oksygen – Nitroglycerin – Acetylsalisylsyre og Plavix) for hjerteinfarktbehandling, kunne med hell vært gjengitt. Under omtalen av supraventrikulære takykardier omtales ikke medikamentell behandling med f. eks. Verapamil (Isoptin), slik som i tidligere utgaver. Det er noe som vil bli savnet av oss som praktiserer langt fra sykehus. Også kapittelet om atrieflimmer er litt «tynt» fordi det ikke omtaler f.eks. de mye brukte CHADS₂-kriteriene for valg av antikoagulasjon.

Symptomkapitlene er greie å ha, siden det er slik tilstandene ofte møter oss. At f. eks. septisk sjokk er utelatt som en mulig årsak til akutt dyspné, er muligens bare pirk, men vik-

tigere er det at legevaktlegen minnes om at mortaliteten øker med sju prosent for hver time som går før intravenøs antibiotikabehandling iverksettes ved septisk sjokk. Slik behandling skal derfor startes etter at blod er sikret til dyrkning og når reiseveien er mer enn ½ time. Såpass blir det krevd av oss, og da må Legevaktåndboken gi litt mer konkrete råd om type antibiotika og doser. På enkelte punkter er behandlingsrådene fra forrige utgave tatt bort uten nærmere forklaring, f.eks. har en tatt bort rådet om å gi H₂-blokker i tillegg til H₁-blokker ved anafylaktisk sjokk (begge medikamenter har svak dokumentasjon, adrenalin er det sentrale).

Under omtalen av bruddskader, synes forfatterne å ha glemt at røntgenutstyr ikke er uvanlig på allmennlegekontor i mer grisorgråe strøk eller i kommuner med høy frekvens av bruddskader (skisteder). Typiske distale radiusfrakturer blir da både diagnostisert med røntgen og primærbehandlet med reponering og anleggelse av gipsplasse på legevakt. Når vi først er inne på radiologi: Stadig flere allmennleger skaffer seg kompetanse i bruk av ultralyd. Derfor savner jeg en omtale av bruk av ultralyd i diagnostikk på allmennlegekontoret, ved tilstander der dette kan være aktuelt.

Den elektroniske versjonen av Legevaktåndboken er brukervennlig og god. Innholdet i hovedkapitler er logisk og en kan raskt komme seg tilbake til start ved å trykke på «forsiden»-knappen. Det er lett å søke i fritekst. Med den store utbredelsen av smarttelefoner i Norge, vil jeg tro den kommende app'en vil bli lastet ned i et stort antall av både unge og erfarne kolleger som ønsker å få med seg Legevaktåndboken i lomma – papirversjonen får ikke engang plass i de største jakkelommene. Mulighetene for bruk av hypertekstoppslag kunne vært utnyttet i enda større grad, men det kan komme i neste oppdatering på nett. Legevaktåndboken anbefales!

Tom Sundar

RED. ANM.: Utpostens redaktør Jesper Blinkenberg har en sentral rolle i arbeidet med Legevaktåndboken. Utpostens redaksjon anser imidlertid at disse kryssende interesser ikke er til hinder for en utførlig omtale av Legevaktåndboken, da håndboken har relevans for alle allmennleger som deltar i legevakt.



Om flerkulturalitet som ressurs



Per Inge Båtnes og Sissel Egden (red)
Flerkulturell forståelse i praksis
Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
256 s.

«Vi tenker lett at de andre er mer produkter av kultur og religion enn det vi selv regner oss for å være. Kanskje den mest utfordrende fordommen relatert til andres kultur er at 'de andre' er mer kulturstyrte enn en selv?»

I motsetning til dette, forstår denne boken kulturbegrepet som den *inkorporerte kulturen*, noe som vi bærer med oss, uansett hvor vi bor, også gjennom en migrasjon, og som velges av enhver av oss på en mer eller mindre eksplisitt eller bevisst måte. «Det rådende kulturbegrepet i dag reduserer betydningen av den ytre og materialiserte kulturarven til fordel for merkene av kultur i individet, den *inkorporerte kulturen*... Når kulturen som vektlegges, er den som er inne i det enkelte menneske, vil kultur samtidig kunne forstås som en plattform og en ressurs for egenutvikling.» Hele boken er preget av en fin balanse mellom dette perspektivet og en presentasjon av reelle utfordringer i forbindelse med flerkulturelle møter.

Flerkulturell forståelse betyr, også ifølge forfatterne, å fremme samhandlingen mellom kulturbærende individer. *Flerkulturell forståelse i praksis* er en bok som presenterer teori på feltet på en forståelig måte og samtidig inviterer til den nødvendige refleksjonen rundt eget ståsted i vårt multikulturelle samfunn.

Redaktørene Per Inge Båtnes og Sissel Egden jobber med videreutdanning i flerkulturell forståelse ved Institutt for internasjonale studier og tolkeutdanning, Høyskolen i Oslo og Akershus. I innledningen skriver de at boken henvender seg til leserne som har et yrkesaktivt forhold til den flerkulturelle norske virkeligheten. I et land der over 12 prosent av befolkningen har innvandrerbakgrunn vil dette i praksis være en bred invitasjon, som ikke minst bør fange leger og annen helsepersonell.

Boken er strukturert i tre deler. Den første, «Hvorfor er flerkulturell forståelse viktig», er teoretisk orientert, men lettlest og skrevet av redaktørene selv. I den andre delen, «Flerkulturalitet og profesjonelle utfordringer» presenterer flere forfattere et utvalg av erfaringer og utfordringer i møte med flerkul-

turalitet. Vi kan lese refleksjoner, argumenter, kontra-argumenter og læring fra møter med personer fra andre kulturer i forskjellige kontekster: barnehage, fosterhjem, skole, politi, NAV eller i sykepleieutdanning. Den tredje delen dreier seg om «Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse» og er etter min mening litt overfladisk og kanskje unødvendig etter at man har lest boken, men kan være nyttig for avklaring av enkelte begreper for studenter.

I det første kapittelet skriver Per Inge Båtnes om to metoder som kan brukes for å utvikle ens flerkulturelle forståelse. *Metodisk kulturrelativisme* er den første og mest kjent, og blir forklart på følgende måte:

«...at man i læringsøyemed setter sine egne vurderinger ut av spill for en stund og retter sin oppmerksomhet mot å forstå den andre kulturen på denne kulturens egne premisser. Vi behøver ikke å være verdirelativister samtidig. Å være positiv til et flerkulturelt samfunn betyr ikke å måtte gi avkall på egne normer og verdier.»

Avkulturalisering er den andre.

«Denne øvelsen betyr at vi letter på kulturteppet og betrakter det som ligger der, med politiske briller – det gjelder både vår egen kultur og andres. ... Å øve på å betrakte kultur som om den kun var en blanding av vaner og uvaner som har vart lenge, og studere de enkelte handlingene som utøves i kulturens navn, som om de var individuelle valg relatert til konkrete livsprosjekter.»

Forfatteren advarer tidlig mot faren for multikulturalisme, eller at man konkluderer med at alle kulturer er autonome og har verdi i seg selv:

«På denne forestillingen vokser det så i siste instans fram en robust kulturalisme som prediker at kulturen eier sin egen begrunnelse og derfor

Argumenter for hjelp til politisk formidling Argumenter mot hjelp til politisk formidling Ulike perspektiver Referanser og anbefalt litteratur	189 190 191 192
kapittel 11 romfolket i Norge og utdanning Johnny Aasen Historisk bakgrunn Hva er utfordringene? Referanser og anbefalt litteratur	195 196 197 198 199
kapittel 12 læring i heterogene klasser – nivådeling eller integrerte læringsfellesskap? Karin Skarstad van der Kooij og Jørn Pihl Skoleprestasjoner og sosioøkonomiske forhold Tilgang på gode bøker Bokstasjonene ble en suksess Hvor skal fokus for litteratutviklingen være? Referanser og anbefalt litteratur	201 202 203 204 205 206 207 208
kapittel 13 retorikk, språk og kultur – når snakker vi egentlig samme språk? Anne Birgitte Nilsen Referanser og anbefalt litteratur	211 212 213
del 3 begreper kapittel 14 utvalgte begreper i flerkulturell forståelse	217 219
Tone Hornvold Assimilering Diskriminering Diskurs Etnisitet Etnisitet Fordomsfri Fremmedt Identitet Inkludering Integrering Kultur Kulturrelativisme Marginal Multikulturalisme Rasisme Segregering Stereotyper	221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251
om forfatterne	251
kapittel 10 hjelp i politisk formidling Lars Gule Den religiøse og kulturelle bakgrunnen for kulturen Myndighetsendringer	255 256 257 258

ikke må finne seg i andre kulturers dominans eller kritikk. Prosessen ender paradoksalt med at kulturene blir hverandres gjestander for motvilje og mistillit. Da er sirkelen sluttet. Kulturene er fremmed for hverandre, slik det var før kulturinteressen oppstod.»

For den målrettet leseren ville jeg i tillegg til den første delen anbefale kapittelet om «Tverrkulturell veiledning – på veien til jobb». Cecilie Glomseth, rådgiver ved NAV Intro Oslo, skriver godt om veiledning og motivasjon, kulturell bevissthet og kulturell kompetanse for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til mennesker med annen kulturell bakgrunn enn vår egen. En kort sitat fra denne delen kan vel fungere som appetittvekkende til slutt. Det kunne brukes for alle våre pasienter, men boken bygger akkurat på det: at vi alle er kulturbærende individer.

«En av de største utfordringene når det gjelder brukere med en annen kulturell bakgrunn, blir enkelte ganger å forstå de motivene som ligger brukerens liv nærmest, og ansvarliggjøre i forhold til disse – og deretter støtte de valgene som bruker tar, selv om de ikke nødvendigvis korresponderer helt med veilederens egne forslag.»

Esperanza Diaz

En lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Stian i nabogården skriver dikt. Han gir ut dikt. Han kan dikt. Jeg går til ham. Og får en liten bok, et hefte. Fullt av asfalt, fotball og drømmer. Disse må det bli.

sikker u på obama

ankrer
blant bøflene
ved vaterlandsbruas vannhull
et øyespleiseblikk unna
de fire stupende dykkerne
tar meg til bunns
i en frydenlund
den lave sola
knappt et sporlys
inn i den koboltblå dagen
byen tjåka av limousiner og veisperringer
finner fram tippekupongen
holder en knapp på hull hjemme

en barnevogn forbi
de møkkete vinduene
på bardisken står en halvliter
full av bærekranspenger
en stamgjest i polaroid
teipa på glasset

kvinner og menn
utenfor hitlistene
stoler ikke på chelsea
verken borte eller hjemme
gir kampen to kryss

ikke mindre ensomt av den grunn
selv om en eller annen
legger ut
om tipsene sine

får bordbesøk av ei viftereim
som stinker
pall mall uten filter
har ikke sett deg her før
sier hun
men jeg er her nå, sier jeg

seint i sesongen

campingminnet
om drømmetreffet
et tent luftskip

ligger der
høstbleik og fintefri
med pølsepapir i pasningsskyggen

ekebergsletta, søle
sol og foreldre
i tilfluktsstol

driblefanter fra volvo b.i.l. og innlegg fra india

løpe seg tom
i gressenkeløse bakrom
den lange nedturen
når man rager i boksen

den plutselige erkjennelsen
idet ballen blir klarert
ned åsen, legger seg in
punga og ferdigscora
på oslo hospital

dommere med krokodillehud, noen hundringser
for å stå feilplassert i 2x regnvær
fløyte i munnen og tankene i offside

den plutselige fornemmelsen av samhold
idet forsvaret rykker ut

Folk med lyst som sprer ord finnes det mange av. På Rosenhoff driver Stian **detstilleforlag** som gir ut bøker i lite format og små opplag. Overraskelser som gjør lille Oslo større. Diktsamlingen *Nedenom og Volvo* er skrevet av Inge Haugane og Stian Johansen og ble utgitt på Kontur forlag i 2010.

Stafettpinnen sendes i internposten til Halvor Harnæs Lund.

Med vennlig hilsen
Jan Arne Holtz

Flere legekantor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekantor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekantoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekantor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Læringsnettverk.

Verktøy for å analysere pasientdata

Vi ved Nordbyen legesenter i Tromsø har i mange år vært opptatt av kvalitetsarbeid og takket derfor ja da Legeforeningen i fjor inviterte til å være med i Læringsnettverk for kvalitetsarbeid.

Det var tre legekantor i Troms som ønsket å delta: Senjalegen på Silsand, Langnes Legesenter i Tromsø og oss.

Alle starta året med å kartlegge legekantorene sine ved hjelp av metoden Maturity Matrix, en kartlegging av sterke og svake sider ved driften av legekantoret. Vi på Nordbyen var fornøyd med flere områder av driften, men på et område var vi svake, og det var å bruke egen pasientdata.

Vi bruker Winmed journalsystem og statistikk programmet der er ikke spesielt bra.

I læringsnettverket fikk vi tilbud om å bruke et uttrekksprogram som heter MedRave, ved hjelp av dette dataprogrammet kan man hente ut pasientdata på to hovedmåter: statistikk rapporter og sykdomsrapporter.

I statistikkrapportene har vi forsøkt å finne svar på:

- I hvor stor grad får pasientene komme til sin fastlege og ble dette verre eller bedre etter innføring av Time Samme Dag? Har noen leger underkapasitet eller overkapasitet?
- Hvilke forskjeller er det på listene i forhold til diagnoser, for eksempel psykiatri diagnoser?
- Hvilke prøver tar vi på labben? Tar noen leger betydelig mer prøver enn andre?
- I hvor stor grad henviser vi pasientene til andrelinjetjenesten, er det store forskjeller på legene?

I sykdomsrapportene har vi forsøkt å finne svar på:

- Hvor mange diabetes pasienter har vi på legesenteret og hvordan er antallet i forhold til prevalensen i befolkningen? Hvor ofte tar vi glucose av våre pasienter?

- Hvordan ligger vi an med å hjelpe pasientene til å nå sine behandlingsmål for Diabetes behandlingen?

Vi fikk svar på de fleste av disse spørsmålene, noe som førte til spennende diskusjoner om fag og administrasjon.

I året som er gått har vi jobbet enkeltvis, sammen på legekantoret i smågruppe og sammen med de to andre legekantorene på tre fellessamlinger.

Det å delta i et Læringsnettverk har vært givende, det har vært inspirerende å høre hva de andre kantorene har jobbet med, både medarbeidere og leger har utvekslet erfaringer og det har vært greit å ha litt press over seg slik at kvalitetsarbeidet faktisk har blitt gjennomført. Anbefales!

Jeg utfordrer sykepleier Anita Ustad hos Senjalegen.

Sirin Johansen
fastlege i Tromsø



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Sør-Øst
Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge
Tlf. 72 82 91 00

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

SSRI ved emosjonell inkontinens hos pasient med multippel

Spørsmål til RELIS

Allmennlege er kjent med at selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) har vært brukt ved emosjonell inkontinens (pseudobulbar affekt) hos slagpasienter. Legen har en pasient med multippel sklerose (MS) og uttalt pseudobulbar affekt, og spør om SSRI også har vært brukt ved denne tilstanden hos pasienter med MS. Hvilket preparat bør man i så tilfelle velge?

Emosjonell inkontinens, eller pseudobulbar affekt, er en tilstand med utbrudd av ukontrollert latter eller gråt uavhengig av eller svært overdrevet i forhold til pasientens følelser, som kan ha stor betydning for pasientens sosiale funksjon. Patofysiologien bak pseudobulbar affekt er ikke kjent, men tilstanden forekommer hos pasienter med nevrologisk sykdom. Nærmere 50 prosent av pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) utvikler pseudobulbar affekt, men tilstanden forekommer også hos pasienter med multippel sklerose (MS), atypisk Parkinsons sykdom og ved fokal hjerneskade etter traume, tumor eller slag (1, 2).

SSRI til MS-pasienter med pseudobulbar affekt

I tilgjengelig litteratur er det totalt beskrevet kun 10 MS-pasienter som har fått behandling med SSRI mot pseudobulbar affekt. Alle pasientene hadde god effekt av behandlingen innen 14 dager. I de beskrevne tilfellene ble det benyttet fluoksetin 20 mg daglig (fem pasienter), fluvoksamin 100 mg daglig (fire pasienter) og paroksetin 20 mg daglig (en pasient) (3–5).

SSRI til slagpasienter med pseudobulbar affekt

En oversiktsartikkel fra 2011 oppsummerer dokumentasjon på farmakologisk behandling av pseudobulbar affekt hos ulike pasientgrupper. Her beskrives totalt 363 pasienter som har fått behandling med SSRI, hovedsakelig etter slag eller hjerneskade (1). Av disse er det gjort to større placebokontrollerte studier,

som til sammen så på behandling med SSRI mot pseudobulbar affekt hos 229 slagpasienter. I disse studiene viste behandling med SSRI signifikant bedre effekt enn placebo (1, 2). Generelt oppnås effekt mot pseudobulbar affekt mye tidligere enn antidepressiv effekt av SSRI, og det benyttes ofte lavere doser enn ved behandling av depressive symptomer. I de aktuelle studiene ble fluoksetin 20 mg daglig, citalopram 10–30 mg daglig og sertralinn 50 mg daglig benyttet (1, 2). SSRI kan være et godt terapivalg for pasienter med pseudobulbar affekt som også har symptomer på depresjon (2).

Dekstrometorfan/kinidin til MS- og ALS-pasienter med pseudobulbar affekt

Pseudobulbar affekt hos pasienter med MS og ALS er godkjent indikasjon for Nuedexta, et nytt legemiddel som i 2010 ble registrert i USA. Dette inneholder 20 mg dekstremetorfan og 10 mg kinidin. Dekstremetorfan er en NMDA-reseptor antagonist og en sigma 1-reseptor agonist. Dekstremetorfan metaboliseres av CYP 2D6, og kinidin benyttes for å øke plasmakonsentrasjonen av dekstremetorfan ved å hemme CYP 2D6 (6). Effekten av dekstremetorfan ved pseudobulbar affekt synes å være knyttet til binding til sigma 1-reseptorer i hjernen, som kan være assosiert med adferd. Den eksakte virkningsmekanismen er imidlertid ikke kjent (7).

Vurdering

Det er sparsom dokumentasjon på bruk av SSRI ved pseudobulbar affekt hos pasienter

inens sklerose

med MS. SSRI har imidlertid lav bivirkningsrisiko, og kan dermed være et alternativ som kan forsøkes hos den aktuelle pasienten som har uttalte plager. SSRI er et godt egnet alternativ dersom pasienten i tillegg har symptomer på depresjon. Det foreligger imidlertid ikke tilstrekkelig dokumentasjonsgrunnlag til å anbefale et spesifikt SSRI til MS-pasienter med pseudobulbar affekt. Ett nytt legemiddel med dekstromorfan og kinidin har vist effekt ved pseudobulbar affekt hos pasienter med MS og ALS, og er godkjent for denne indikasjonen i USA. Dette har imidlertid ikke markedsføringstillatelse i Norge.

REFERANSER

1. Pioro EP. Current concepts in the pharmacotherapy of pseudobulbar affect. *Drugs* 2011; 71 (9): 1193–207.
2. Balakrishnan P, Rosen H. The causes and treatment of pseudobulbar affect in ischemic stroke. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2008; 10 (3): 216–22.
3. Seliger GM, Hornstein A et al. Fluoxetine improves emotional incontinence. *Brain Inj* 1992; 6 (3): 267–70.
4. Iannaccone S, Ferini-Strambi L. Pharmacologic treatment of emotional lability. [Abstract] *Clin Neuropharmacol* 1996; 19 (6): 532–5.
5. Nahas Z, Arlinghaus KA et al. Rapid response of emotional incontinence to selective serotonin reuptake inhibitors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10 (4): 453–5.
6. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Label information Nuedexta. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/> (Godkjent: 29. oktober 2012).
7. Dextromethorphan and quinidine: Drug information. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (13. september 2012).

Hilde Erdal

rådgiver, master i farmasi
RELIS Vest, Haukeland universitetssjukehus

Humor er ofte god medisin

Etter mange år som fastlege, er det mange historier som har gjort inntrykk. Historier om pasienter som har kjempet med alvorlig sykdom og tapt, pasienter med traumer og sår som lærer å leve videre, dramatiske legevaktsopplevelser og solskinnshistorier.

Jeg har valgt å skrive en munter, selvopplevd historie om en fargerik kvinne som bruker humor i kampen mot sine leddgiktssmerter.

Første gang jeg møtte henne, var hun ca 60 år, og kom til meg for å få fjernet en klump hun hadde kjent i labia major. Jeg hadde nylig hatt ett år på kirurgisk avdeling, og gikk løs på oppgaven. Det var et atherom, og det lille inngrepet gikk greit.

Vel nede fra GU stolen spurte hun om jeg kunne skrive ut en resept på Somadril til henne. Den gangen var Somadril et ærverdig B preparat, og hun brukte å ta 1 tablett til natten. Mens hun kledde på seg, skrev jeg resepten stående, bøyde over kontorstolen.

Hastverk er lastverk, så da resepten kom ut av printeren stod det:

Somadril no 30. «1 tablett til katten». Vi lo så tårene trillet begge to!

Da vi kom til hektene, svarte hun: «Ja, ja, det kunne gjedna vore det besta!»

Resepten ble rettet opp, og dama forlot kontoret småleende.

Ei god uke senere, traff jeg henne igjen på gata. Det regnet, som vanlig på mine trakter, så jeg la ikke merke til hvem hun var under paraplyen. Men hun kom bort til meg, løftet paraplyen over oss begge og hvisket til meg: «Veit du kva? Det gjekk bra både med katten og musa!»

Jeg trengte noen sekunder før jeg «tog'an», men har flirt mange ganger av denne historien.

Et år senere, kom hun på kontoret og hadde veldige smerter i hofta. Jeg fant at hun hadde en trokanterbursitt, og tilbød en kortisonprøyte. Mens jeg blandet kortison og xylokin gikk praten livlig, om løst og fast, og først da sprøyta var satt, sier hun: «Du satte ikkje bedøvelse, vel? Det tåler eg ikkje..»

«— Å skitt! Føler du deg dårlig?» «— Nei det går fint!»

Jeg turde ikke slippe henne ut av kontoret den første halvtimen, og deretter ba jeg henne sitte ytterligere en time på venteværelset. Jeg gav beskjed til andre som satt der at de måtte gi beskjed med en gang hvis hun ble «løyen».

Det vakte allmenn munterhet, for hun er kjent for å være «løyen» til vanlig. Det gikk bra, hun merket ingen ting, og ba etterhvert om å få gå hjem.

Man kan si mangt både om forsvarligheten og taushetsplikten i denne historien..

Jeg ble både kald og varm da hun sa at hun ikke tålte bedøvelse. Hvorfor spurte jeg ikke? Hadde jeg glemt å sjekke CAVE? Etter hvert kom jeg jo på at jeg hadde gitt henne lokalbedøvelse i fjor i forbindelse med det lille inngrepet, og at hun tålte det, men likevel..

Og hva med å bruke pasientene på venteværelset til å observere henne? Tja. Det var vel ikke så bra, det. Men hun kjente alle der, og jeg kjente alle der, og hun syns det var helt greit. Kjenner jeg henne rett, underholdt hun de andre på venteværelset med gode historier, sikkert også om meg, mens hun satt der.

Dagen etter, en lørdag, en av de få lørdagene Vår Herre unnet oss fint vær, gikk jeg på fortauet på «byen». Plutselig kom hun hoppende ut fra en kafé jeg passerte og ropte tvers over gata: «Ser du, Brita! Eg lever ennå!»

Brita Øygard