

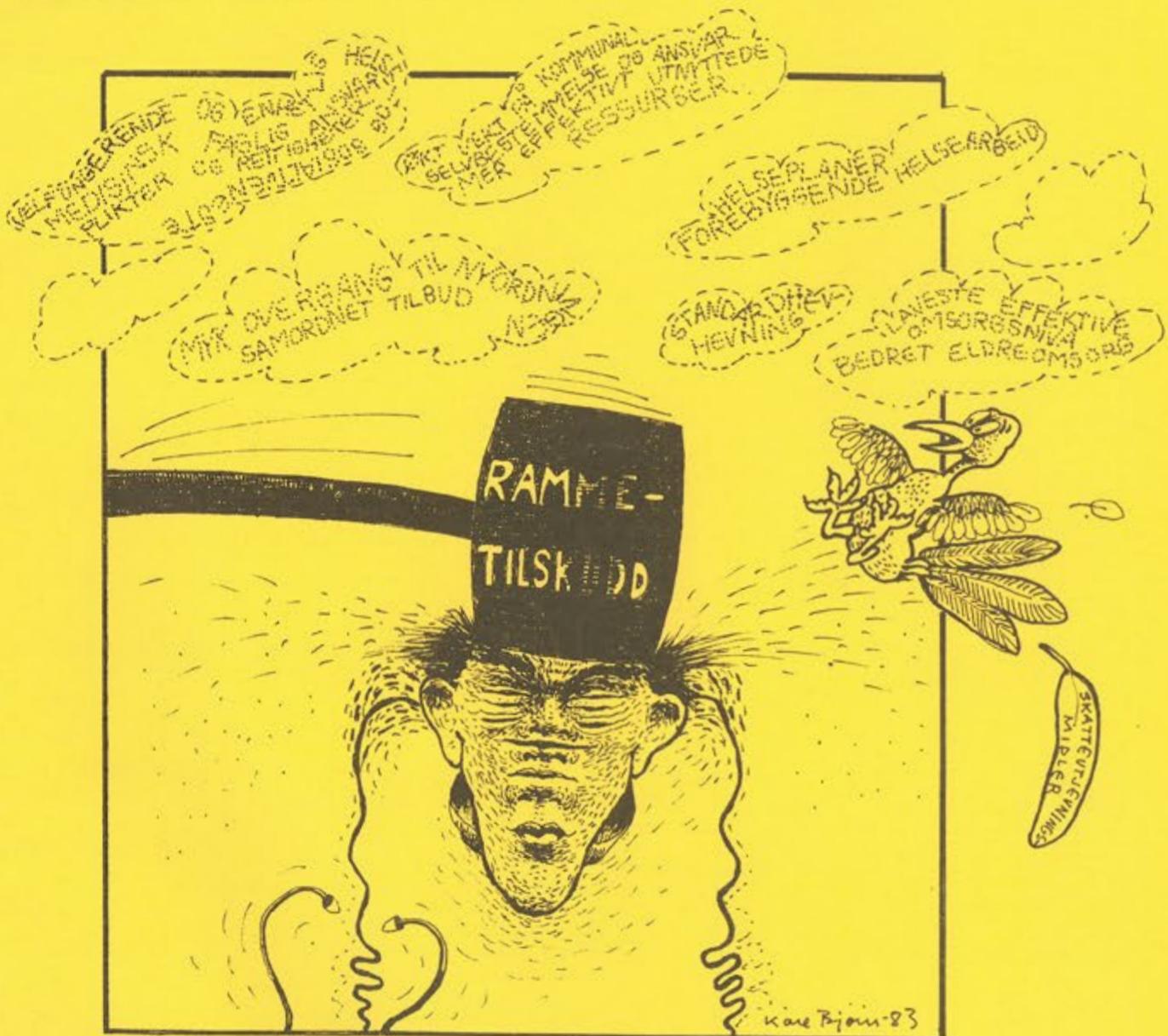
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 8

1983

ÅRGANG 12



AV INNHOLDET:

HVORDAN BLIR DEN KOMMUNALE
HELSEØKONOMI I 1984?

av Magne Nylenna

1

GRENSEOPPGANG FOREBYGGENDE
HELSEARBEID/POLITIKK?

av Berit Olsen

32

TEMA: HELSEOPPLYSNING

ved Frode Heian

3

REGULERING AV TORSKEFISKET

av Gunnar Tellnes

30

EDB I PRIMÆRHELSETJENESTEN

av Jon Hilmar Iversen

35

ALMENPRAKSISLÆRER UTEN ALMENPRAKSIS

av Even Lærum

38

OG MER!

Våre forventninger til en omorganisert helsedirektør

□ Av Jon Hilmar Iversen □

De offentlige legene i primærhelsetjenesten har ofte inspirert hverandre ved å peke på den faglige akse i det offentlige legevesen fra helsedirektøren gjennom fylkeslegerne til distriktslegerne på hver sin utpost.

Framfor overgangen til kommunal helsetjeneste har mange uttalt at de håper denne faglige samfunnsmedisinske samhørighet og kommunikasjonslinje må bevares. Vi trenger en slik faglig akse i det offentlige helsearbeid, ikke minst for å inspirere til utførelsen av viktige samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver, som til tider kan være både kjedelige og tidkrevende.

Vi ønsker fylkesleger og helsedirektør som sentrale og inspirerende faglige ledere. Det blir ikke mindre viktig når primærhelsetjenesten blir mer avhengig av den enkelte kommunenes prioriteringer og økonomi.

Helsedirektør Torbjørn Mork har hatt visse vansker med å framstå som vår sentrale faglige leder og inspirator. Dette har han selv begrunnet med sin dobbeltstilling, som både vår faglige leder i departementet og departementets tjenestemann i helsedirektoratet. Denne dobbelrollen har skapt vansker for kontakten mellom helsedirektøren og de offentlige legene. Vi har ikke alltid følt oss sikre på om han sloss mot oss eller for oss.

Når dette leses, er helsedirektoratet omorganisert, nettopp for å skille mellom de helsefaglige avgjørelser og råd i helsedirektoratet og de politiske/økonomiske avgjøresler i sosialdepartementet.

Det som Karl Evang vant i 1945, tapte Torbjørn Mork i 1983. Karl Evang satte som betingelse for å bli helsedirektør at han skulle få en slik dobbelrolle. Karl Evang var helsedirektør i en tid med stadig økende ressurstilgang til helsetjenesten, og den makt han hadde som helsedirektør virket gunstig både innad i helsetjenesten og utad mot resten av samfunnet.

Torbjørn Mork er helsedirektør i en tid med begrensete ressurser og økende gap mellom det medisinen kan gjøre og det vi vil/kan ta oss råd til. Dette har ført til mere strid i helsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre samfunnssektorer. Helsedirektørens stilling er da naturlig nok blitt mer problematisk for alle parter.

Helsedirektøren blir nå frittatt fra den endelige politiske og økonomiske avgjørelse om helsetjenesten og overfor administrasjonen og politikerne.

En av helsedirektørens viktigste oppgaver vil være å inspirere, veilede og kontrollere at profesjonene i helsetjenesten gjør

jobben sin tilfredsstillende og samarbeider for å nå felles målsettinger.

Vi håper den faglige aksen fra helsedirektøren gjennom fylkeslegerne til de offentlige legene på denne måten skal styrkes. Helsedirektøren burde ha tid og mulighet til det nå. At vi skifter arbeidsgiver fra staten til kommunene behøver ikke være noen hindring for bedre samarbeid.

Lytte til som omorganisert helse-direktør! ■

Hvordan blir den kommunale helseøkonomi i 1984?

□ Av Magne Nylenna □

Arbeidet med helsekapittelet i neste års kommunebudsjetter har skapt problemer for mange. Ikke bare har den tekniske budsjettering vært vanskelig på grunn av manglende tallmateriale og forhandlingsbrudd, men mange har også oppdaget at de kommunale netto-utgiftene ville øke betydelig. Ut fra St.prp. nr. 72 (82/83) har det vært mulig å anslå i hvertfall inntektsiden i budsjettet og særlig i små kommuner har dette passet dårlig sammen med de antatte utgifter og gitt angst for store kommunale ekstrautgifter i en tid som ikke akkurat innbyr til nye utgifter for kommunene. Riktignok har det hele tiden blitt presisert at en "pott" på 100 millioner var holdt utenom for skjønnsmessig fordeling. Disse midlene vil fordeles som ekstraordinære skatteutjamningsmidler og kan således ikke innkalkuleres i de kommunale budsjetter.

For å kartlegge konsekvensene av den nye finansieringsordningen noe nærmere har Norske Kommuners Sentralforbund (NKS) bedt kommunene om å anslå utgiftsnivået for 1984 sammenlignet med 1983 for å vurdere forskjellen (rundskriv 101/1983).

I alt 330 kommuner besvarte henvendelsen, og dersom byene Oslo, Stavanger, Bergen og Tromsø holdes utenfor, dekker disse kommunene 72,4 % av landets innbyggertall. Før den ekstraordinære og skjønnsmessige fordeling viste det seg at 101 av de 330 kommunene ville få en reduksjon av sine helseutgifter på i alt 63,6 millioner, mens de resterende 229 kommunene ville få en utgiftsøkning på i alt 112 millioner. Gapet på ca. 48 millioner kroner skulle altså kunne inneskrives i den resterende "potten".

Det var særlig de mindre kommunene som kom dårlig ut, og spesielt gjelder dette fylkene Oppland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland og Finnmark. Av kommuner med under 3000 innbyggere ville så og si alle få økte utgifter, henimot 40 % mer enn en fordobling av sine utgifter. Kommuner med mellom 10 og 50 000 innbyggere syntes å komme best ut av omleg-

ingen. Hele 60 % av disse kommunene ville oppnå en reduksjon i utgiftene. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere var dårlig representert i materialet, men de syntes å få en gjennomsnittlig utgiftsøkning på 17 %, Bærum kommune endog en økning på 28 %.

Selv om totalbevilningsrammen syntes å stemme godt overens med de faktiske utgifter var det altså store forskjeller mellom de forskjellige kommunene. Med bakgrunn i disse tallene, hele tiden beregnet før den skjønnsmessige tildeling, sendte NKS 26.10 et brev til Sosialdepartementet der man bl.a. konkluderte med at "..... det kan synes som om fordelingsnøkkelen ikke tar tilstrekkelig hensyn til forholdene i de minste kommunene. Staten bør derfor vurdere behovet for å endre fordelingsnøkkelen ... Med den fordeling av bevilningene som er foreslått er det etter Forbundets oppfatning vesentlig at særarbeidsproblematisken kommunene imellom tas opp til nærmere vurdering. Enkelte sentrumskommuner er helt avhengige av særarbeidsavtaler for å oppnå balanse i budsjettet. Dette kan bli et av de største problemene i forbindelse med omleggingen,".

Det endelige resultat

Etter at brevet ble sendt foreligger imidlertid Sosialdepartementets forslag til fordeling av de 100 millionene, og bildet kan beskrives noe mer komplett. Det viser seg at denne fordelingen langt på vei kompenserer på skjevhetsene de forskjellige kommunetyper imellom, selv om det fortsatt er de minste kommunene som kommer dårligst ut. En oversikt over kommunenes utgiftsendringer på helsesektoren i 1984 i forhold til 1983 er gitt i tabellform. I tabellen er det forsøkt gitt en oversikt over andelen kommuner som får nedgang eller økning i sine netto helseutgifter fordelt på kommunegrupper etter folketall. Som det fremgår av tabellen vil totalt 48,8 % av kommunene få reduserte helseutgifter i 1984 i forhold til 1983, mens 51,2 % av kommunene vil få utgiftsøkninger. I forhold til situasjonen før de skjønns-

messige fordelinger er nå andelen av de minste kommunene som ville få fordoblet sine utgifter redusert fra ca. 40 % til under 10 %. Men fortsatt vil et klart flertall av kommunene med under 5 000 innbyggere få økte kommunale nettoutgifter, og økningen for disse er gjennomgående større enn nedgangen for de andre.

Selv om den skjønnsmessige fordeling utvilsomt har ført til utjevnninger er det fortsatt slik at de mellomstore kommunene kommer best ut av finansieringsomleggingen. For de minste kommunene som til tross for ekstraordinære bevilgninger likevel får en betydelig økning av sine helseutgifter må følgende spørsmål være aktuelle:

- Har disse kommunene et "for godt" helsetilbud?
- Eller betaler de for lite for sine helsetjenester pr. i dag?

Det må antas at dette er spørsmål som vil bli grundig diskutert i den enkelte kommune i tiden som kommer.

I de kommunene som synes å få redusert sine helseutgifter, og det er tross alt omkring halvparten av landets kommuner, eksisterer det en helt annen problemstilling. I disse kommunene kan man risikere at finansieringsomleggingen medfører en fastfrysing av dagens aktivitetsnivå og at de "innsparte midlene" benyttes på andre kommunale virksomhetsområder. Det var på ingen måte Lovens intensjon, men det må nok arbeides iherdig fra

såvel fagpersonell som engasjerte helsepolitikere for å opprettholde de kommunale nettoutgiftene på dagens nivå i disse kommunene. I kommuner som synes å ville få redusert sine helseutgifter må det med god grunn kunne spørres om ikke dette nettopp er et uttrykk for at dagens aktivitetsnivå er for lavt og at innsatsen derfor bør økes.

Selv finansieringsmåten med skjønnsmessig fordeling av 100 millioner kroner representerer et eget problem. Tildelinger i form av skatteutjamningsmidler kan ikke innkalkuleres i de kommunale budsjetter og de vil dessuten kunne variere sterkt fra år til år. For de minste kommunene betyr tilskuddet gjennom denne ordningen så mye at de er helt ut avhengige av en garanti for fast tilskudd for å kunne planlegge sin kommunehelsetjeneste. De klare skjønheter før den skjønnsmessige fordeling tyder på at en form for "mindre-kommunetillegg" bør innarbeides i tildelingskriteriene forøvrig. I de minste kommunene gjør helt spesielle forhold, bl.a. innen legevaktordning og hjemmesykepleievaktordning seg gjeldende.

Det synes totalt sett som om kommunehelsetjenesten kommer ut av den nye finansieringsordningen i balanse. Det eksisterer imidlertid fortsatt store variasjoner kommunene imellom og det er bekymringsfullt at dét særlig er de minste kommunene som kommer dårligst ut økonomisk. Oppgavene fremover blir nå å sikre muligheten

for overføringer kommunene imellom og få i stand et system som både stimulerer til økt aktivitet på feltet og som sikrer kommunene en trygghet i planleggingen og driften av kommunehelsetjenesten. En spesiell overvåking av de kommuner som nå ser muligheten til å spare inn på sine helseutgifter burde også iverksettes.



Prosentvis andel kommuner fordelt etter utgiftsendring

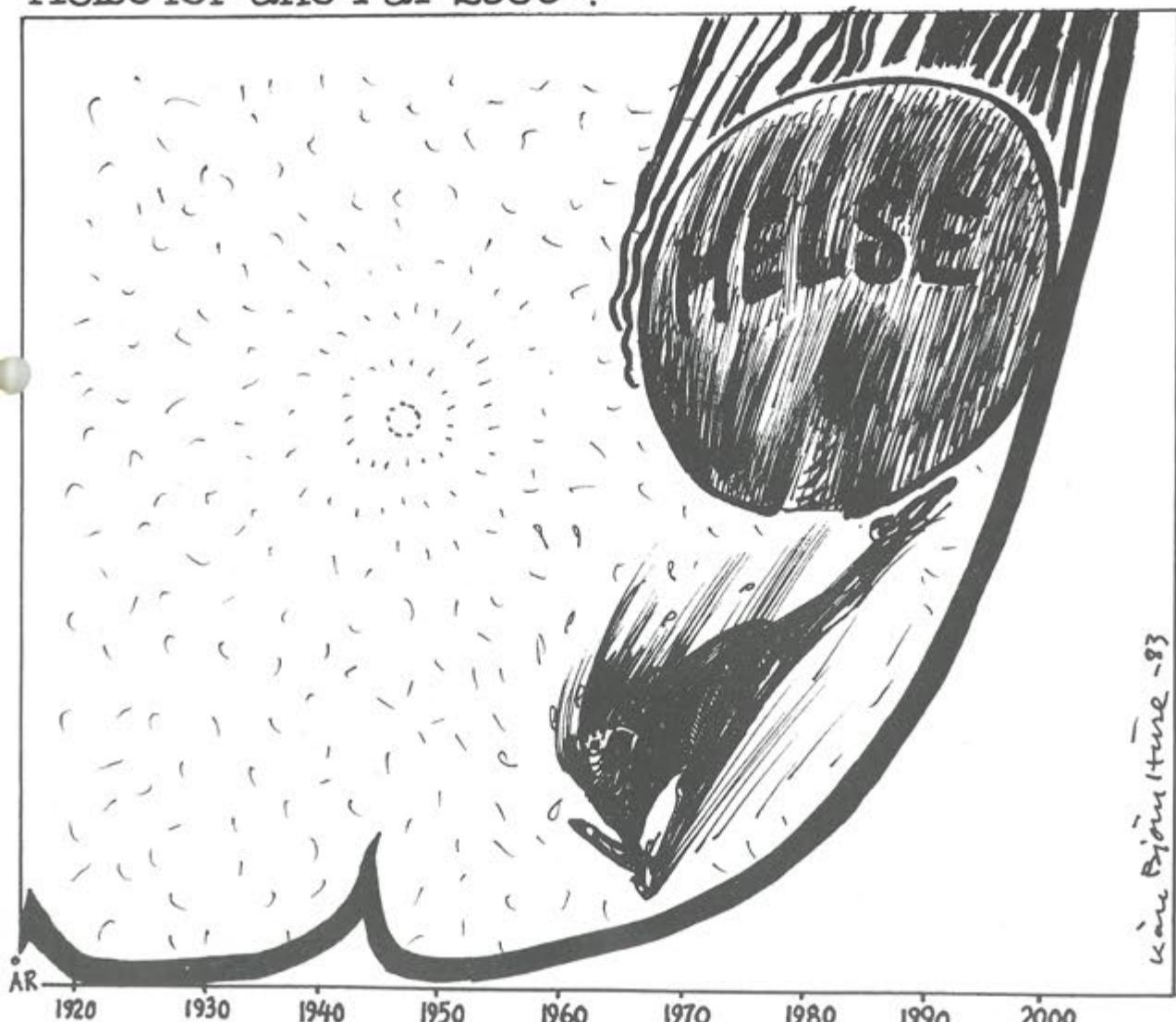
Kommunens størrelse	(kommuner med utgiftsreduksjon)		(kommuner med utgiftsøkning)				(N=104)
	Utgiftsendring: > + 20%	+ 0-19%	+ 0-29%	+ 30-59%	+ 60-99%	> + 100 %	
0- 3000 innb	23.1	10.6	26.0	16.3	14.4	9.6	
3- 5000 "	21.6	24.3	18.9	21.6	9.5	4.1	(N= 74)
5-10000 "	28.4	17.6	32.4	18.9	2.7	0	(N= 74)
10-15000 "	42.1	36.8	18.4	0	2.6	0	(N= 38)
15-20000 "	46.6	30.8	15.4	7.7	0	0	(N= 13)
20-30000 "	42.9	21.4	35.7	0	0	0	(N= 14)
30-50000 "	66.7	22.2	11.1	0	0	0	(N= 9)
> 50000 "	0	25	75	0	0	0	(N= 4)
Totalt	28.8	20.0	25.2	14.5	7.6	3.9	(N=330)

Kommunenes endringer i netto helseutgifter i 1984 i forhold til 1983 etter fordeling av ekstraordinære skatteutjamningsmidler.
(Basert på 330 av landets 454 kommuner).

TEMA:

Helse- opplysning

Helse for alle i år 2000 ?



INNLEDNING

Ved Frode Heian

Det er ikke lenge siden UTPOSTEN hadde et temanummer om helseopplysning (nr.1/81, med bidrag av Aage Bjertnæs, Odd Vellar, Sigurd Seim, Per Wium og Peter Bäckström) Dengang ble helseopplysning utropt til "vår tids viktigste helseoppgave".

Vi synes det er viktig å følge opp temaet, som ikke var utømt med forrige nummer, og blir det heller ikke med dette.

Helseopplysning har mange fasetter og vi har gått ut i mange retninger for å hente stoff. Leserne vil finne en del overlapper og en del hull, vi pretenderer ikke å gi noen fullstendig oversikt. Stoffet er tatt inn etter prinsippet "la hundre blomster blomstre", -og vi håper med det å inspirere til videre blomstring (også i UTPOSTENS spalter). Den relative mangelen på konkrete eksempler fra praksis vil leserne kanskje bøte på ved egne bidrag, slik Gunnar Tellnes har gjort i UTPOSTEN nr.2/83.

Tilbakeblikk

Helseopplysning er ikke noe nytt i Norge. En av de mest betydningsfulle kampanjer hadde vi allerede på 1700-tallet, med poteprestenes virksomhet.

Henrik Wergeland drev aktiv folkeopplysning, og Eilert Sundt fulgte i hans fotspor på det sosiale området. Han drev som resultat av sin forskningsinnsats helseopplysning både "oppover"-til de styrende, og "nedover"-til almenheten.

Sundhedsloven av 1860 la grunnlaget for et organisert forebyggende arbeid. Den påla offentlige leger å drive forebyggelse,-og så behandle sykdomstilfeller i den grad tiden tillot det.

De frivillige organisasjonene har i mange år drevet betydelig helseopplysningsvirksomhet. De oppsto rundt århundreskiftet i den hensikt å ta seg av oppgave, som det offentlige ikke hadde evne -eller vilje- til å ta seg av.

Sosialdepartementet har ikke organisert drevet helseopplysningsvirksomhet så lenge, men organisasjoner med forskjellig tilknytning til Sosial- og andre departementer, har virket over lengre tid.(Statens tobakkskaderåd, -ernæringsråd, -legemiddelkontroll, Edruskapsdirektoratet,mm.)

Uttalt vilje

Behandlingen av St.meld.15 (77/78) ga to konkrete resultater:

- I 1980 opprettelsen av SOHO-samarbeidsorganet for helseopplysning. Dette er et kontaktorgan for 24 statlige og frivillige organer som har det til felles at de også driver med helseopplysning.
- Opprettelsen av en stilling innen helsedirektoratet/sosialdepartementet øremerket helseopplysningspørsmål, som også skal ivareta sekretariatfunksjonen for SOHO.

Det er fristende å se disse resultatene som et påskudd til å si at noe er gjort på helseopplysningsområdet.

Til sammenlikning var det i Sverige inntil nylig, 45 sentrale helseopplysingstillinger, nå redusert til 25 samtidig som virksomheten er kraftig desentralisert.

For ordens skyld: Ut.prp.66 fremhever helseopplysning som en viktig del av kommunehelsestjenesten.

Penger?

Tilsammen ble det i 1981 brukt vel 50 mill. kr. til forskjellig helseopplysningsvirksomhet. Statens andel av dette er liten -ca.2 mill. (men de frivillige organisasjonene får betydelig statsstøtte.)

Til sammenlikning:

Maarud gård bruker 20 mill.kr. på sin snacks-reklame, og Statens tok i -79 inn 9296 mill.kr. i avgifter på alkohol, tobakk, sotsaker (tilsammen ca.4000 mill.) -og motorvogner (5000 mill.) 1% av det ville rekke langt...

I "Helseplan for 80-åra" foreslås bevilget 5 mill.kr. til statlig opplysningsvirksomhet, stigende til 10 mill. i -87 og 20 mill. i 1990.

Viten/forståelse

Fra slutten av -70-årene har det vokst frem en bredere forståelse for helseopplysingens muligheter og dens sterke og svake sider. Den økte oppmerksomheten etter st. melding 15 og større evne til å høre på andre profesjoner, er blant årsakene. Boka "Helseopplysning - hvorfor og hvordan" (S. Stenmarck og P.F.Hjort -Aschehoug -79) er med på å stake ut kursen fremover. Vi håper UTPOSTEN, bl.a med dette temanr., også kan være med å bidra. Stikkord er bevisstgjøring, aktivisering, avprofesjonalisering m.

m. Det er viktig å gi våre helseopplysningsbidrag på målgruppens premisser, og at vi retter virksomheten også "oppover", mot nøkkelpersoner i styringen av samfunnet.

Vi må se kritisk på våre metoder, og være oppmerksomme på uheldige bivirkninger. Dårlig samvittighet hos målpersonene har altfor ofte vært resultatet av våre fremstøt. Altfor ofte dytter vi våre oppfatninger på mennesker i helt andre livssituasjoner og og uten evne til å gjøre noe med det.

På den annen side: Har vi rett til å la være å informere folk om sentrale problemer av betydning for deres helse?

Alt for mye helseopplysning har gått ut på å tilpasse enkeltmennesker et helsefarlig samfunnsmiljø, i steden for å skape holdninger som kan bidra til å påvirke samfunnsforhold som virker inn på helsen.

Holdning/handling

Vi begynner altså å få en videre forståelse: Helseopplysning er vanskelig. Det er ikke bare å lire av seg medisinske "fakta" og tro at folk forstår og sluker rått.

Men vi mangler metodene. Vi mangler evne til å omsette den nye erkjennelsen i praktisk handling. Vi mangler også erfaring i å skyve problemene over til andre, ansvarlige instanser. Vi mangler også holdningene. (Helseopplysingstrappen på neste side kan også appliseres på oss.) De fleste av oss vil si at vi også mangler tid og overskudd.

Vi trenger:

- a)Forskning som kan vise oss hvilke metoder som er effektive på hvilke målgrupper.
- b)-Å lære mer av andre profesjoner (pedagoger, psykologer, sosiologer, ernæringsfysiologer fysioterapeuter m.m.)
- c)-Å lære mer av "vanlige" folk.
- d)-På grunnlag av ovenstående, å prøve selv, formidle idéer og erfaringer. Vi vet allerede nok til å sette noe om i handling, -og ikke alt er like ressurskrevende.

Idébank

En instans som kan samle erfaringene som blir gjort, samordne, korrigere og inspirere, er helt nødvendig.

En "Sentral enhet for helseopplysning" ville dekke denne oppgaven. De ressurser Helsedirekte-

ratet nå stiller til rådighet gir ingen mulighet til å gjøre det.

For å sette vår "nye forståelse" for helseopplysning litt i perspektiv vil jeg vende tilbake til Henrik Wergeland.

Han drev en intens og omfattende folkeopplysningsvirksomhet gjennom dannelsen av bygdebokslinger, utgivelsen av skrifter som "For Almuen", om "-legeruter og nytteplanter som vokser på

bondens jord", m.m. Han kjempet aktivt mot "Dannelsesmonopolet":

"Du skal lære selv å prøve hva din prest sier deg fra prekestolen

-selv fornuftig domme hva Dommen sier i dommersetet".

Wergeland hadde forståelsen for bevisstgjøring, aktivisering og politisering.-Og han praktiserte den!■

Hva fremmer og hva hemmer helseopplysning?

2 viktige spørsmål:

1. Hvordan skal vi nå fram med informasjon til de enkeltpersoner og grupper som er viktig å nå?
2. Og hva skal vi gjøre for at den informasjon vi gir skal få den ønskede virkning?

Hvilket mål?

Vi har i mange år drevet informasjonsarbeid på mange plan, men å måle effekten av den innsatsen vi gjør er av nyere dato.

Så hva som egentlig hemmer og fremmer helsen har vi ikke nok viden om.

Den tradisjonelle metoden, som benyttes av markedsfolk og Statens informasjonstjeneste, er å undersøke hvor mange mennesker som kan huske en bestemt annonse, fjernsynsprogram, en brosjyre, plakat e.l., -dvs. man måler om innsatsen overhodet har fanget folks oppmerksomhet.

Dette er et beskjedent mål.

Noe bedre, eller mer brukelig, er om man måler befolkningens kunnskap om et bestemt emne, f.eks. før man setter i gang en kampanje. Dette er forholdsvis enkelt, og spørreskjemaer er en vanlig metode.

Andre undersøkelser går på folks holdninger - om man gjennom en

innsats klarer å endre målgruppens holdninger i hensiktsmessig retning.

De beste undersøkelser går imidlertid på adferd, altså om man gjennom forskjellige tiltak har fått målgruppen til å gjøre noe den ikke før har gjort, eller endre på inngrodde vaner.

Altså:

Oppmerksomhetsmål er verdiløst alene.

Kunnskap - er den minst krevende målsetning.

Holdning - er mer krevende, men ikke tilstrekkelig.

Adferdsendring - er selvfølgelig det vi er ute etter, og det nødvendige helsemessige målet, men også klart vanskeligst å nå.

Men all adferdsendring er ikke like vanskelig å få til:

- Det er lettere å få folk til å slutte å røyke dersom de nettopp har begynt.
- Det er lettere å få folk til å endre kostvaner dersom vi kan tilby dem gode erstatninger.

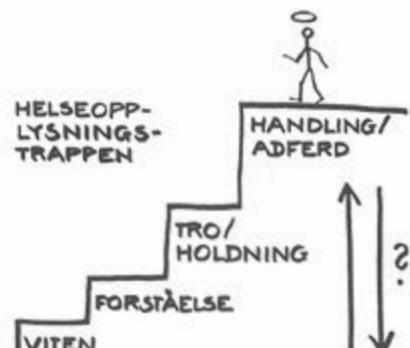
Noen ganger kan det være nødvendig å slåss bare for å oppnå oppmerksomhet når det gjelder helsefarlige forhold:

Det ferskeste eksempelet her er alkoholindustriens fremstøt i U-landene. Nordmannen Jan Ording har fremlagt en alvorlig rapport om omfanget av salgsfremstøt og følgende skadevirknings, -for WHO. Denne rap-

□Av Marit Christie □

Marit Christie er cand.mag."statsviter", tidligere opplysningssekretær i Nasjonalforeningen for Folkehelsen. Nå er hun konsulent ved Hygienekontoret, Helsedirektoratet, og sitter også i den stillingen som ble opprettet i HD som et resultat av st.m.15(77/78)

Dette bidraget er hentet fra et foredrag på helsepersonellmøtet i Nord-Trøndelag i september -83, tilrettelagt for UTPOSTEN av Frode Heian.



CORONARE RISIKOFAKTORENE OG
SOSIAL GRUPPE Ø 40-49 ÅR OSLO

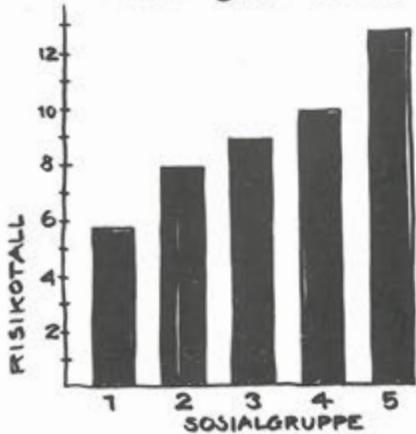


fig. 2

STANDARDISERT DØDELIGHET (SMR)
15-64 ÅR ENGLAND & WALES
1921-1972 SOSIALGRUPPE I-V

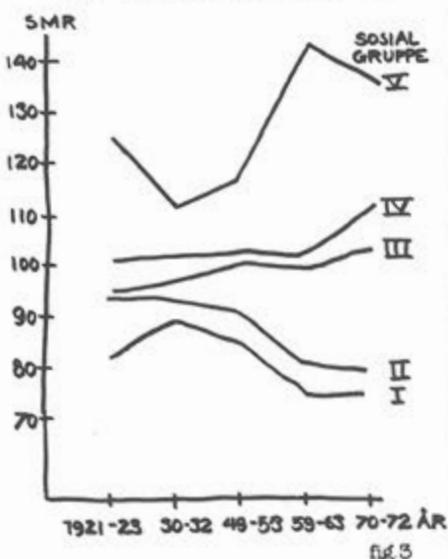


fig. 3

300 LÆRERE KARMØY 1982 ANDEL SOM ØNSKER MER INFORMASJON OM ULIKE EMNER:

PSYKISCHE PROBLEMER:	90 %
ALLERGIER:	84 -
YRKESSYKDOMMER:	83 -
LEGEMIDLER:	81 -
MUSKEL-SKJELETT:	79 -
INFESTASJONER:	71 -
ULYKKER:	64 -
SAMVÆR/SAMLIV:	56 -
KREFT:	54 -
HJERTE-KAR:	51 -
NARKOTIKA:	44 -
KOST:	38 -
TANPLEIE:	34 -
MOSJON:	33 -
ALKOHOL:	21 -
RØYKING:	10 -

fig. 4

porten er foreløpig lagt på is - og så kan man jo lure på hvem som står bak.

Helseopplysningen støter på interesseomsetninger der tobaksindustrien arbeidsplasser settes opp mot røykens skadelige bivirkninger, og hvor hoteller trues av nedleggelse dersom alkoholsalget stoppes.

Europa har jo videre stort sett løst sine problemer med asbest-industrien og dens skadelige virkninger ved å opprette fabrikker i U-land hvor man finner det viktigere med arbeidsplasser enn sikkerhetstiltak for å beskytte befolkningen.

Personer med gunstige levevaner scorer gjerne høyt på skalaer for helsemessig kontrollplassering, dvs. de har høy indre kontroll, og tro på betydningen av egen innsats.

Sosialklasse I scorer selvfølgelig høyere også her - de har da også vanligvis større kontroll over sin livssituasjon generelt.

Det må altså være en alminnelig målsetting, uansett temaområde, å øke befolkningens bevissthet om at det nytter å gjøre noe selv for å bedre helsen. Det gamle ord om at lastenes sum er konstant er dessuten slett ikke sant. Ivertomser det ut til at lastene korrelerer positivt, en last drar en annen med seg og omvendt!

LIVSSTIL OG HELSE BLIR ALTSÅ LIKE MEGET ET PRODUKT AV SOSIALE OG KULTURELLE FAKTORER SOM HELSE OG SYKDOMSBEGREPER.

Bevisstgjøring omkring slike forhold jeg her har nevnt vil trolig være den viktigste helsepedagogiske oppgaven i årene framover.

Med en slik viten vil det være nærmest umoralisk av helsearbeideren å ikke politisere helseopplysningen.

Vi kan ikke i vår informasjon tilsløre de samfunnsforhold som bidrar til de største helseproblemmene.

Bevisstgjørende helseopplysning må settes inn overfor politikere, fagorganisasjoner og eksperter på områder utenfor helsesektoren.

HELSE MÅ ALTSÅ TIL ENHVER TID SES I SAMMENHENG MED DE ALMENE LEVEKÅR.

Når vi snakker om å påvirke folks helsevaner er det viktig å klargjøre både hvilke mål vi har, og ikke minst hvilken målgruppe. Alle kan i hvert fall ikke opplyses om alle sunne ting samtidig.

Hva ønsker folk?

En undersøkelse i Karmøy (Fig. 4) viser hva lærere prioriterte av helseopplysning, det er verd å merke seg hvilken plass de tradisjonelle temaene har fått.

Det ville være nyttig for hver og en av oss om vi prøvde å kartlegge de områder i vårt eget miljø som vi synes det er viktig å arbeide for, og dernest ta utgangspunkt i hva vi synes vi mukter best, og så evt. skaffe hjelp der vi trenger det.

Helsemessig kontrollplassering er et relativt nytt begrep innen helseopplysningsforskingen. Det beskriver i hvilken grad individet ser sin egen helse som noe det selv har innflytelse over og noe det selv kan gjøre noe med.

Almene regler for helseopplysning

1. HELSEOPPLYSNING HAR EFFEKT

Oslo-undersøkelsen er her det norske flaggskipet: Ved hjelp av opplysning alene klarte helsepersonell, i samarbeid med forsøkspersonene, å redusere antall tilfeller av hjerteinfarkt og plutselig død for en risikogruppe til det halve i løpet av en 5-årsperiode. Jeg skal komme tilbake til metoden litt senere.

2.-MEN BEGRENSET

Helseopplysning har vanligvis ikke så stor effekt som vi tror og ønsker. Spenn ikke forventningene for høyt. Folk VET - de tørster ikke etter kunnskap, og forebyggende tiltak gir sjeldent raske resultater.

3. KUNNSKAP ER IKKE NOK

Det er ikke nødvendigvis overenstemmelse mellom viten, holdning og adferd. Folk kan uttrykke meget gode holdninger til f.eks. kvinnesak eller fremmedarbeidere, men ikke alltid følge opp når teorien blir satt på prøve. Det er heller ikke uvanlig å ha en klar holdning mot tobakk og sjokolade, uten at det har så store konsekvenser.

På den annen side, vi behøver ikke alltid gå veien om kunnskap og holdninger for å endre adferd. Bilbeltenes "truert" folk til bruk, - og så utviklet holdningene seg deretter til å være i overenstemmelse med egen adferd.

Vi kan også lære opp småbarn til tannpuss uten at kunnskapen om caries er der. Adferden kan altså føre til holdninger!

4. EFFEKT

Effekten av helseopplysning er forskjellig for forskjellige

personer, avhengig av alder, kjønn, klasse o.l.
Husk: rett budskap til rett person til rett tid. (fig.5)

5. IKKE ALLE NÅS

Det er alltid noen man ikke kan nå med et budskap. Svært ofte er dette ungdom. At man ikke når frem med et helsebudskap til ungdom betyr ikke nødvendigvis motstand mot selve budskapet, men mer mangel på interesse. Ungdom er som bekjent uødelige og for en 16-åring er det som skjer etter fylte 60 år totalt uinteressant. Økonomen sier det slik: Hva som gjør det vanskelig er at folk har så kort tidshorisont og så lav kalkulasjonsrente - eller gjort om til menneskespråk: De ørste 5 minuttene av mitt liv er viktigere enn de 5 siste årene.

Derfor er det viktig i helseopplysningen om man kan finne måter til å satse på velvære her og nå: Du føler deg bedre, ser penere ut, lukter bedre, blir gladere om du gjør som vi sier allerede nå.

6. EFFEKTEN AVTAR

Effekten av et helseopplysnings-tiltak - uansett form - er vanligvis størst i begynnelsen. Ved apotek i Tønsberg ble det i -75 solgt 4-5000 flasker fluor skyllenvann, i -81 bare 150 flasker.

Jobben er altså ikke gjort ved engangsinnsats. "Det er det stadige drypp, drypp som skal slite forståelsen inn i folk."

7. STOR SANNSYNLIGHET ØKER EFFEKTEN

Effekten er mer påvirkelig av høy risiko for å bli skadet enn av at skaden er alvorlig men risikoen er liten.

Eksemplet her kan kanskje være at det er lettere å nå frem med budskapet om ikke å drikke når du skal kjøre bil (risikoen for egen skade er stor) - enn med at du skal ikke drikke for du risikerer å få skrumplever.

8.-MEN FOR SENT

Effekten av et helsebudskap er

størst når det er i ferd med å bli for sent.
Etter hjerteinfarktet slutter nesten alle å røyke!

9. FORSKJELLIG MÅL-SETNINGER TRENGER ULIKE METODER

Målet er å endre en persons holdning og adferd.

Oslo-undersøkelsen er beviset på at helseopplysning alene har effekt, og jeg vil komme tilbake til metoden:

I begynnelsen av 70-årene ble menn i 40-årsalderen med høy risikoscore for hjerte/karsyklodammer bl.a. gitt:

- 10-15 min. samtale med legen
- 30 min. med dietetiker,
med råd om reduksjon av sine risikofaktorer. Innsatsen var ikke større enn vanlig helsepersonell med rimelighet kan klare overfor en hvilken som helst pasient.

Metoden har altså vist at individuell påvirkning er virkningsfull, spesielt om man kan påvirke personen gjennom lengre tid og fra flere sider, og ut fra personens forutsetning.

Denne munn-til-øre-metoden har klare fordeler, vi kan tilpasse det som skal formidles til den enkelte tilhører, og bør kunne åpne for en dialog.

Men vi må ikke glemme at individuell livstilpåvirkning også blir anklaget for å påføre individet skyld- f.eks. lungekreft-pasienter. Vi må finne en balanse her, og huske at ansvaret svært ofte ligger utenfor enkeltmenneskets påvirkning-eller evner og forutsetninger.(Ved forurensset drikkevann løses ikke problemet ved å be folk om å koke vannet.)

Individpåvirkning vet vi kan være virkningsfullt, og spesielt overfor personer som befinner seg i en risikogruppe.

Grupper

Men dette kan være ressurs-krevende, og gruppemetoder har hødigvis også vist seg virkningsfulle, da best om folk kjenner hverandre.

Ett eksempel er et forsøk i Bergen der 36 kvinner med gjennomsnittlig vekt på 90 kg fullførte et slankeprogram over 2 runder.

De ble delt i 2 grupper der den ene fulgte et opplegg som er nokså utbredt her i landet, med såkalt "ja-mat" og "nei-mat".

I den andre gruppen ble det lagt vesentlig vekt på kost-kunnskap.

Begge gruppene gikk ned i vekt, men vektreduksjonen var betyde-

TIDSPUNKTER FOR MOTTAKELIGHET AV HELSEOPPLYSN.



lig større i gruppe 2. Her gikk kvinnene i gjennomsnitt 10 kg. ned i vekt på 2 mndr., -og:de de så ut til å beholde sin nye vekt!

Der det blir arbeidet med forståelsen av mekanismer, som gir en mestrende holdning, får man bedre resultater enn bare ved å følge forskrifter eller beskjeder.

Brosjyrer/massemedia

MINST VIRKNINGSFULL er den informasjon som kommer anonymt og uten å aktivisere folk selv: Brosjyrer, plakater, fjernsynsprogrammer, avisartikler o.l. Brosjyrer må aldri gis i steden for muntlig informasjon, men den kan være bra for oppfølging og utdypning "på kammerset" - som huskliste senere, etter den muntlige informasjon. Bør bare utdeles på oppfordring. Massemedia kan være effektive når det gjelder å påkalle befolkningens oppmerksomhet, altså i starten av en helseopplysningsinnsats, men må aldri stå alene.

Tradisjonelle metoder som kampanjer i massemedia, plakater, brosjyrer, foredrag og artikler har altså vist seg å ha begrenset effekt, spesielt hvis de brukes hver for seg.

Vår synskjning bør derfor omfatte følgende påstander:

Legfolk

For å komme videre i påvirkningsprosessen fra oppmerksomhet til endringer i holdning og adferd, må vi gå via personlig påvirkning. Og her viser det seg at legfolk ofte er bedre helseopplysere enn helsepersonell. Forsøk med helseopplysing på arbeidsplasser i Sverige (Volvo) viser at folk hørte hørt mer på arbeidskamerater enn på bedriftslegen - altså når det gjaldt helseoppsmål, ikke bare biler og fotball.

En modell som har vist seg å virke i praksis, er bruk av såkalte opinionsledere. Enkelte nøkkelpersoner i et nærmiljø, på en arbeidsplass, i en vennekrets o.l. avgjør i større grad enn andre hva som skal menes om det en mottar av informasjoner. Opinionslederne behøver ikke ha spesiell bakgrunn, men kan komme fra de mest ulike sosiale lag og grupper.

Kriteriet på at de er opinionsledere er at deres ord blir tillagt særlig stor vekt når andre personer skal avgjøre sitt standpunkt og forme sine holdninger. Dermed kan virkningene i mottagergruppen beskrives som en to-trinnsprosess der opinionslederens funksjon blir en fortolkning, en vekt-

legging og tilpasning av ulike sider ved det budskap som blir mottatt.

Helsepersonell bør derfor akseptere at legfolk kan være gode støttespillere.

"Mestrer"

Vi må arbeide for å få folk til å forstå mekanismer, til å forstå sykdommers årsak, og få en mestrende holdning fremfor bare det å følge forskrifter og beskjeder, altså adlyde.

Den amerikanske psykologen Carl Rogers sier det slik:

"Jeg tror at i en verden som forandrer seg stadig raskere, må pedagogikkens mål være å utvikle personer, personer som er åpne for forandringer, som er fleksible og tilpasningsdyktige og som har lært hvordan de skal lære, og som følgelig er i stand til å fortsette læreprocessen resten av livet."

Jeg synes vi skal ta uttrykket "tilpasningsdyktige" med en klype salt, etter det som tidligere er sagt om vi skal tilpasse mennesket til et dårlig samfunn eller om samfunnet skal tilpasses menneskenes behov.

Dette bringer meg tilbake til det som har stått for oss som et tankekors når det gjelder nedgang i tobakksbruk og bedring i alle andre levevaner i sosialklasse I i forhold til klasse V. De svakeste gruppene vet også hva som er skadelig, men har ikke klart å endre vanene sine i tilsvarende grad.

Jeg tror at de svakeste gruppene i vårt land er vant til at ingenting de selv foretar seg har særlig stor innvirkning på deres livssituasjon. Har man de dårligste jobbene har man også liten innvirkning på arbeidets utforming, tempo eller pauser, man blir systematisk fratatt troen på selv å beherske sin fremtid.

Vårt skolesystem, med ganske tidlig utplukking av de som lykkes og de som ikke klarerer også med på å bygge opp et selvbilde som ikke er sterkt nok til å tro at man selv kan få kontroll over sitt liv. Men noen av oss er privilegerte, og overfører også til våre barn denne følelsen av at vi i stor grad selv kan bestemme.

Erkjennelsen av dette burde få oss til å se mer på barns levekår og også på hva vi kan gjøre for å styrke skolen og lærerne i deres oppgave med å forme våre barn til gagns mennesker - som det allerede står i monsterverplanen.

For å oppsummere: et viktig

stikkord for å få folk til å føle at de "mestrer" - er AKTIVITET.

10. UNDERHOLDNING

Det sies at helseopplysning sammen med underholdning minsker antallet som forstår budskapet, fordi det kan oppstå tvil om hva som er riktig, og hva som er spøk.

Trolig oppveies dette av de som tar imot budskapet fordi det kommer sammen med underholdning og som ellers aldri ville tatt mot. (jfr. Trond Viggo TorgerSEN i TV.)

Det er i alle fall fint om vi kan unngå moralbudene "DU SKAL IKKE".

Hvor mye bedre er det ikke med positive budskap som f.eks.: KYSS EIN IKKJE-RØYKJAR OG NYD SKILNADEN!

11. FAKTA

Fakta er bedre enn skrekpropaganda. Vanskeligheten her er definisjonen av hva som er hva som er det ene og hva som er det andre. Det som for noen fortørner seg som nyttige fakta, virker på andre som så overveldende skrekbilder at man avviser budskapet totalt.

(For eksempel kan kanskje bildet av barnet som faller ut av vinduet i 3. etg. mottas svært forskjellig. -Kjønnsforskjeller?)

12. BREDDER

Virkningen av helseopplysning blir større jo flere midler og kilder man kan benytte seg av samtidig og i oppfølgingen.

Man kan gjerne sette i gang en innsats fra sentralt hold med TV, annonser, plakater og brosjyrer, med utarbeide lysbildeserier, foredrag, videofilmer osv., men dette er bare hjelpebidrag i jobben som må gjøres lokalt, ved at temaet blir diskutert med naboer, venner og familie, i studieringer og på arbeidsplasser.

Ønsker man å drive helsepedagogikk i nærmiljøet, må helsepersonellet ut og stimulere til debatt, få igang aktivitet rundt de spørsmål som har tilknytning til folks virkelige problemer.

Generelle råd:

Noen generelle råd for dem som setter i gang slik virksomhet på lokalplanet, det være seg helsepersonell, lærere, i regi av en organisasjon e.l.:

forts. side 13

Helseopplysning – inndoktrinering eller bevisstgjøring

Innholdet i de to følgende artiklene er hentet fra et hefte med ovenfor angitte titel, som kom ut i januar i år. Det er ført i pennen av Anne Johanne Søgaard og Knut Fylkesnes etter et gruppearbeid under kurset "Praktisk pedagogisk utdanning for helsepersonell". De som deltok er alle distriktsannleger i Tromsø, men de to forfatterne er samfunnsodontologer, med vel 10 års praksis fra klinisk og administrativt tannhelsearbeid i folketannrøkta i Tromsø.

Det er interessant hva de skriver i forordet:

"Kurset var initiert av en gruppe tannhelsepersonell, som etter 2 1/2 års kamp mot en lang rad offentlige "vindmøller" til slutt kom i gang med en halvårs enhet i pedagogikk i samarbeid med Universitetet i Tromsø og Tromsø friundervisning.

Ønsket om å lære mer om sosiale prosesser, kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner, sprang ut fra et selvopplevd behov. Vi hadde en klar erkjennelse av ikke å mestre rollen som veiledere og "helsefremmere". Spesielt var vi opptatt av vår manglende evne til å nå frem med helsebudskapet til dem med dårligst tannhelse og størst behov.

Vi fant snart ut at medisinske og odontologiske eksperter ikke kunne hjelpe oss med det vi var ute etter. Derimot greide fagfolk innen filosofi, sosiologi, pedagogikk og psykologi på en glimrende måte å få oss til å se forhold og sammenhenger som vi tidligere ikke hadde vært bevisst!"



Opplysningsarbeid - tilpasning eller danning?

Ved Knut Fylkesnes og
Anne Johanne Søgaard

Når helsearbeideren griper inn i denne sosialiseringssprosessen gjør hun/han det på en bestemt måte, som bygger på et syn på menneske og samfunn, på vitenskap og læring.

TILPASNING/DANNING

Opplysningsarbeid har som endelig mål å få folk til å endre adferd. Helsepersonell som driver helseopplysning griper dermed inn i individets sosialiseringssprosess. Med sosialisering menes her den prosessen hvorved individet vokser inn i en ny rolle og innlemmes i en sosial gruppe. Alle blir sosialisert, men det finnes ingen almen sosialisering. Den vil avhenge av det samfunn den foregår i, av religion, kultur, samfunnets oppbygning og produksjonsmåter; det vi kan kalte sosiale og materielle områder eller strukturer.

I det følgende vil begrepene tilpasning og danning stadig gå igjen. Begrepene er tatt fra Hellesnes' bok "sosialisering og teknokrati" og beskriver to hovedformer for sosialisering. (15)

Danning er uttrykk for en kritisk og bevisst holdning til tilværelsen. Det har å gjøre med innsikt, moral og selvstendighet. Menneskene skal lære å se problemstilinger som gjelder forutsetninger for det som skjer rundt dem og med dem.

Tilpasning er det motsatte, det at folk lærer seg spillereglene og følger dem uten at de ser at "spillet" kan diskuteres og forandres.



Å bli tilpasset er altså å bli behandlet som en passiv brikke som kunnskapen skal puttes inn i. Danning eller bevisstgjøring derimot, skjer i et likeverdig forhold der individet selv gjennom dialog former sine standpunkter.

INNDOKTRINERING/ POLITISERING

Tilpassing og danning er knyttet til to andre begreper: inndoktrinering og politisering.

Inndoktrinerte personer forstår situasjonen ut fra andre, og da helst autoritetene, mener er riktig.

Den politiserte satser derimot på egen fornuft og egne øver til å forstå hva som er riktig og galt.

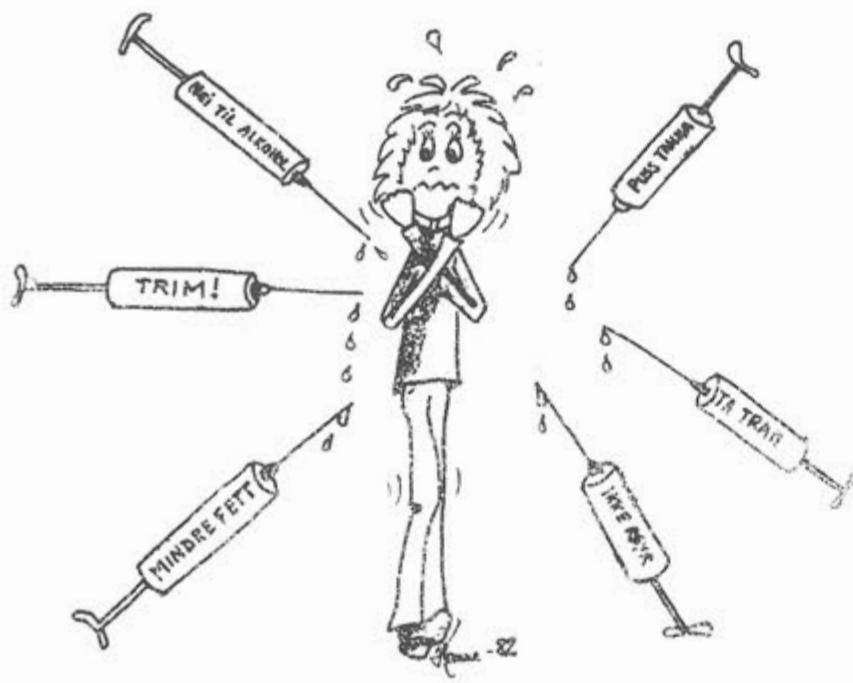
Hellesnes' politiserte mennesker vil, i motsetning til hans inndoktrinerte, være i stand til å se de sosiale og materielle rammeffaktorene som påvirker vår innsstilling og vår adferd, og vil kunne påvirke samfunnsutviklingen ut fra dette.

Det å kunne se kunnskap og innsikt som evne til undring, det å kunne stille grunnleggende spørsmål og til å spørre etter intellektuelle og moralsk rettferdig-gjøring ved det som gjøres, synes å være typiske karaktertrekk ved en politisert person. Å politisere er m.a.o å vekke til ettertanke slik at folk begynner å forstå sin egen situasjon med sin egen fornuft og støte på sin egen dommekraft.

HELSEBEVISSTGJERING

Ord og omgrep har makt. Helsebevisstgjering er eit betre ord enn helseopplysning. Dette fordi opplysnings reflekterar det rådande synet på kunnskap/handlingsforholdet: at det er nokon som har kunnskap og verdier å selja til nokon som manglar slikt, til nokon som treng å bli overtala.

Dersom helseopplysaren har dette grunnsynet, er det altfor lett å bli lurt av kortskiftige teknikkar som kjem og går alt etter kva "undersøkingar har vist gir best effekt". Teknikkar er farlege fordi dei lett fungerar som redskap for maktutfalding som gjer folk handlingslamma og let folk forstå seg sjølv som objekt. Med andre ord legg eit slikt syn altfor lett til rette for ein indoktrinerande praksis. Bevisstgjering reflekterer eit betre syn på kunnskap/handlingsforholdet. Å oppfatta sosiale, politiske, økonomiske og kulturelle motsetningsforhold, og å gjera noko med dei ■



KANYLEPEDAGOGIKK.

Helseopplysning- hvordan virker den ?

Av Anne Johanne Søgaard

Helseopplysning slik vi definerer den i dag, har ikke vært praktisert særlig lenge. Stortingsmeldingen om helsemessig opplysningsvirksomhet ble behandlet så sent som i 1978 (1,2,3). Samme år kom også utredningen om offentlig informasjon.(4)

"Et hvert menneske har rett til kunnskaper om hvordan en skal leve for å oppnå best mulig helse. Særlig viktig er det at mennesker i ung alder forstår verdien av helse og får kunnskaper om forutsetningene for god helse, slik at grunnlaget for gode helsevaner og sunn livsførsel kan legges allerede i barne- og ungsomsårene."

Innst.S.nr.220(77-78)

DET RÅDENDE SYNET

Utfra det som er sagt om helseopplysning og holdningskapende informasjon i disse sammenhenger, vil det være mulig å få et syn på undervisning og læring, og dermed hvilket bakenforliggende grunnsyn politikerne og ekspertene har lagt seg på.

"En hovedmålsetting for helsemessig opplysningsvirksomhet bør være å spre kunnskaper om og øke forståelsen for helse slik at den enkelte og befolkningen kan ta bedre vare på og bedre sin egen og den almene helsetilstand."

St.meld. 15.(77-78.)

Offentlig hodningskapende informasjon "tar sikte på å opparbeide holdninger som allment er ansett som tjenlige både for den enkelte og for samfunnet som helhet."

NOU-78:34

Disse utdragene gir oss inntrykk av at spørsmålet som sykdom og helse er individets egen sak og ansvar.

Selvom det også blir understreket at helsemessig opplysningsvirksomhet skal gi befolkningen bedre grunnlag for å stille krav både til seg selv og til samfunnet når det gjelder forhold som kan på-



TILPASSENDE UNDERVISNING.

"virke helsetilstanden"(3), er slike synspunkter lite fremhevret i meldingen.

VI BLIR "TILPASSET"

Når vi vet at befolkningens helsetilstand i stor grad er et ikke-medisinsk anliggende (5,6,7,8,9), vil en tilsløring og "ikke-politisering" av sammenhengen mellom helse og samfunn, virke tilpassende. Ved å individualisere helseproblemet, isolerer man det fra sammenhengen; man gjør det vanskelig for folk å se de samfunnsmessige rammer de fungerer innenfor. Disse rammer blir tatt for gitt, de blir sett på som noe som ikke angår problemet, noe som ikke er noe å gjøre noe med, fordi "det er sånn".

En tilpasset person vil ikke kunne se at forebyggende arbeid i alt vesentlig er politikk, og at all politikk i virkeligheten er helsepolitikk, fordi alle beslutninger berører helsen, enten det dreier seg om bolig, sysselsetting, samferdsel, økonomi eller undervisning.(7)

Dagens tradisjonelle skole virker i stor grad tilpassende og inndoktrinerende. Dette vil kunne få alvorlige konsekvenser.

"Om borna vert inndoktrinerte og tilpassa, vert dei eit lett bytte for den seinare inndoktrininga i vaksen alder, både den som tener den vidare tilpassing-sosialiseringa og den som evt. tener den medvitslause mobiliseringa. Et skulesystem som er lagt til rette for å sosialisere individ slik at dei vert tilpassa eit "moderne samfunn", er eit skulesystem som fremjar "avdaning" og avpolitisering. Danande og politiserande oppsæding inneber å gi borna tillit til si eiga fornuft ved til dømes å vise at saker og ting er diskutabile. Den inneber å gi dei noko å seie over sin eigen situasjon." (10)

Lærere som avpolitiserer seg selv og undervisningen avpolitiserer også elevene ved at all diskusjon stoppes eller hindres. Man kan ikke snakke samfunn eller helse uten å komme inn på evt. mangler, også politiske.

"Den som ikkje tolerer ta sjansen på politisering i skulen, hamnar mellom inndoktrineringsapostlane anten han vil eller ikkje. Den som ikke tolerer ta sjansen på politisering, tolerer eigentleg ikkje ta sjansen på demokrati." (10)

De som skal påvirkes i helsepositiv retning gjennom helseopplysning, og de som skal drive helseopplysningen, har alle gjennomgått en skole som legger liten vekt på politisering, bevisstgjøring, aktivitet og dialog.

Også de som har forfattet St.m.15 og innstillingen til denne, har i stor grad blitt sosialisert til å se samfunnsforholdene som gitt, noe som man må innde finne seg med. Om politikerne ideelt sett hele iden forsøker å påvirke samfunnsutviklingen, vil den forutgående tilpasningssosialiseringen gjøre det vanskelig å se at Stortinget kanskje har større innflytelse på folkehelsen ved å sikre sysselsetting, styrke det sosiale nettverket, hindre for sterkt sentralisering av arbeidsplasser, boliger osv., enn ved å utdanne flere leger eller bevilge flere penger til medisiner og teknisk apparatur.

En helseopplysning slik den er skissert i målsettingen i st.m.15 vil ikke kunne synliggjøre for befolkningen den virkning ulike samfunnsforhold har for helsen. I følge de gjengitte sitatene skal det legges sterkt vekt på overføring av kunnskap om helsen. Ord som refleksjon, bevisstgjøring, handlig, dialog, diskusjon og kritisk tenkning blir sjeldent nevnt i meldingen.

HELSEPERSONELLET ER DÅRLIG KVALIFISERT

Helsemessig opplysningsvirksomhet skal inngå som en del av helsetjenesten på alle plan.(3) Det er m.a.o. i stor grad helsepersonell, uten særlig utdannelse i f.eks. pedagogikk og psykologi, som skal stå for helseopplysningen.

Helsevesenet og de fleste helsepersonellutdanninger, er utpreget naturvitenskapelig orientert. Dette har skapt en holdning og en som om sykdom og syke mennesker stort sett er spørsmål om teknikk. Den menneskelige siden ved helseapparatet er neglisjert. Man ser ikke at det er hele mennesker og sosiale forhold det dreier seg om.

"PROFESJOKRATIETS DIKTATUR"

Per Nyhus tar i kritiske ordelag opp "Profesjokratiets diktatur" og advarer sterkt mot det han aner konturene av, nemlig en profesjonalisering også av alt forebyggende helsearbeid og av helseopplysning:

"Kanskje trenger den enkelte og folket beskyttelse mot profesjokratene for å kunne be-

holde sin rett til selv å velge og til å bestemme gjennom lovlige valg? Har vi i vår egen profesjonelle selvvurdering og selvbestaltethet som folkets rette talsmenn, glemt å vise respekt for andres meninger og rett til å være med på egne premisser, de være seg aldri så uprosjonsnelle?"

"Hva er egentlig vår berettigelse som fagfolk? Hva er det vi kan som ikke andre kan? Hvordan vet vi at det vi gjør virkelig gjør noen nytte? Kanskje vi skulle foreta et rollebytte og for en gangs skyld spørre folket til råds? Hva er det egentlig det forventer av oss?" (12)

Nyhus setter fingeren på et ømt punkt. Hans spørsmål lar seg neppe besvare, men mye tyder på at også helseopplysningen vil bli profesjonalisert av fagfolk, uten pedagogisk skolering, men med en utdanning som er grunnlagt på en reparativt orientert naturvitenskapelig medisin, der syke mennesker betraktes som "ting" og behandling som teknikk. Resultatet kan bli en helseopplysning som virker tilpassende, og ikke dannende.

Det finnes mange, innenfor både som utenfor helsevesenet, som ser farene og som virkelig ønsker og mener at helseopplysningen bør være bevisstgjørende og aktiviserende. Disse har oppdaget de samfunnsmessige rammer som de fleste tar for gitt, og forsøker stadig å advare mot passiviseringen, individualiseringen av helseansvaret og monopoliseringen av helsen. Men her som i andre sammenhenger er vi stillet overfor spørsmålet om idéen og idealismen er sterkt nok til å "vinne" over de materielle strukturene, og alle dem som ikke ønsker å politisere helsespørsmålet.

Gjennom et sitat av Dag Østerberg kan vi kanskje se problemet noe klarere:

"Visse strøk av landet vårt pleide særlig før, men kanskje ennå, å hjemsøkes av såkalte vekkelser.

Folk begynte på et nytt og bedre liv for en stund, inntil alt igjen ble som før. Slik gikk det fordi materiellstrukturene ikke ble forandret mens vekkelsen pågikk. Forandringen foregikk i de "vaktene" sinn eller i deres forhold til hverandre, i deres indre liv, mens det ytre livs betingelser forble uforandret.

En vekkelsesbølge ble derfor en bølge av idealistiske bestrebeler, som gikk ut på å ta seg sammen. Men å ta seg sammen er ingen sikker måte å forandre seg på". (13)

Det er vanskelig å se hvordan helsepersonell som gjennom primær og sekundær sosialisering er tilpasset og inndoktrinert, uten videre skal kunne løsribe seg, bygge opp et mer menneskelig helsevesen og utvikle en politiserende helseopplysning.

I dag er det helseekspertene som definerer folks problemer, det er de som mener å kjenne folks behov og motiver når det gjelder helse.

Til tross for at medisinske sannheters levetid stadig blir kortere, er det likevel en utbredt oppfatning blant helsepersonell at de forvalter den evige sannheten. Kanskje ligger forklaringen på dette i hjelppers behov for å være hjelbere, og dermed nødvendigheten av å definere fler og som klienter? Nils Christie har lansert dette som en forklaring på veksten av klientsamfunnet. (14) Hvis det er noe riktig i dette, er det ikke lett å se hvorfor og hvordan helsepersonell skal kunne drive politiserende helseopplysning.

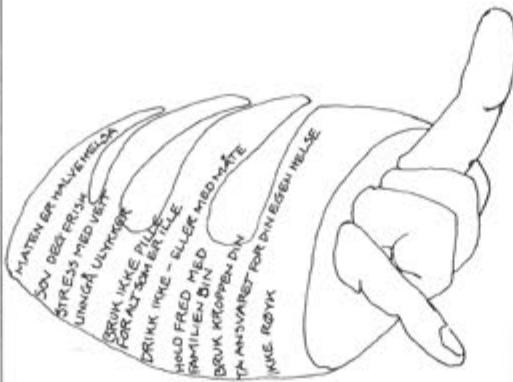
NÅR HELSEOPPLYSNINGEN FRAM?

I følge st.m.15 skal det helsebudskalet som skal spres: "bidra til å utvikle befolkningens ansvarsfølelse med hensyn til helse." Oppfatninger av helse og helseadferd er i stor grad sosialt, kulturelt og tidsmessig betinget. Helsepersonell skal, med bakgrunn i sin utdannelse og sin sosiale posisjon forsøke å overbringe de helseråd som er fastlagt sentralt. Disse helserådene er forutsett å passe like godt enten man er fisker på Finnmarksstyken, 4-barns mor med en alkoholisert mann, eller hjemmeverende advokatfrue med voksne barn.

Dette er selvfølgelig umulig. Man klarer bare å "treffe" en del av befolkningen, det er bare visse grupper som har mulighet for å omsette helserådene i praksis. Flere undersøkelser og utredninger konkluderer med at helseopplysning og informasjon for det meste når den velutdannede delen av befolkningen med høy status og gode levekår.

EN ANNEN VEI

Helseopplysningen i Norge er ennå i startfasen av sin oppbygning og utvikling. Til tross for alle tegn som ser ut til å trekke i retning av en tilpassende, inndoktrinerende helseopplysning, vil det ennå være tid og muligheter til å snu utviklingen. Dette fordrer i første rekke en bevisstgjøring om hva som er i ferd med å skje, blant dem som står i spissen for oppbygningen



av norsk helseopplysning.

Man bør i den forbindelse nøy vurdere og diskutere den kritikk som er kommet til uttrykk mot den danske "sundhedspedagogiken":

"Min mening er, at begrebet ansvar er helt centralt i forståelsen av sundhedspedagogiken. Det handler om at tage ansvar. Men til at tage ansvar hører også at have magt over de faktorer, der virker ind på det område, ansvaret skal tages overfor. Det er noget indlysende vigtigt i den tanke at den enkelte skal tage ansvaret for sin egen sundhed. Men der kræver til gengæld, at den enkelte, sammen med andre, får magten over de faktorer, hvoraf sundhed og sygdom afhænger.

Sundhedspedagogiken er på mange måder problematisk. Især hvis den ensidigt skal bruges til at legitimere nedskæringer og forringelser på sundhedsvesenet.

Det positive er, at den rejser spørsmålet om den enkeltes ansvar for, og dermed magt over, samspillet mellom mennesker og miljø, over faktorer af betydning for sygdom og sundhed." (14)

Det ligger m.a.o. muligheter i helseopplysningen, hvis man bare vil bygge den på en teori som muliggjør bevisstgjøring, evne til kritisk tenkning, aktivitet og diskusjon i nærmiljøet, oppløsning av helsemonopolet og avprofesjonalisering av ansvaret for folks helse.

1. Forhandlinger i Stortinget nr. 183, 78.
2. Innst.S. nr.220 77-78. (om helsemessig opplysningsvirksomhet.)
3. st. meld. nr. 15 77-78. helsemessig opplysningsvirksomhet.
4. NOU 78:34. Offentlig informasjon.
5. Brundtland, Gro Harlem. Foredrag på landsmøtet til Nasjo-

- nalforeningen for folkehelsen, -81.(ref. i Helsenytt for alle nr. 4,-81)
6. Jan Grund. Foredrag i NKS, om "Helsevesenets økonomi, status og fremtidsutsikter". Kommunalforlaget.
 7. Peter F. Hjort. "Helseopplysing i samfunnsmessig perspektiv", stensil.
 8. Stenmarck og Hjort: Helseopplysning. Hvorfor og hvordan. Aschehoug-79.
 9. Wildavsky, Aron: Doing better and feeling worse. Norton Co., New York -78.
 10. Hellesnes, Jon. Sosialisering og teknokrati. Gyldendal -75.
 12. Per Nyhus. Profesjokratiets diktatur. NAVF-rapport nr.7-77
 13. Österberg, Dag. Stensil. Inst. for sosiologi, Oslo.
 14. Johannessen, Henrik. Tannlegebladet 1980:84 nr.2
 15. Jon Hellesnes: Sosialisering og teknokrati. Gyldendal 1975 ■



TØRKAR HELSEARBEIDARANE GOLVET MEDAN KRANA RENN ?

Hva fremmer... fortalt fra side 8

SENDER AV BUDSKAPET:

Best om det er en folk kjenner, bedre med lokale folk enn eksperter utenfra, og viktig at hun er troverdig.

Dersom det bare er eksperten som formidler budskapet, fører det lett til passivisering hos mottakerne. Om vi andre også deltar, blir det lettere for alle å aktivisere seg.

BUDSKAPET:

må være pålitelig. Vi må ikke risikere tilbakakalling av det vi har sendt ut. Mange tilfeller av upålidelig helseinformasjon vil svekke virkningen av senere innsats og vil hos mottageren lettere kunne føre til bortforklaringer ■



"Strategisk modell"

Frivillige organisasjoner og patientforeninger - f.eks. Norges idrettsforbund, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Landsforeningen for hjerte- og lunge- syke.

- Regional og lokal offentlig myndighet - f.eks. fylkesting, kommunestyre, lokale utvalg og råd, administrative organer.
- Etc.

Nivå 3. Utførende organisasjoner og organer.

- Undervisningsinstitusjoner.
- Lokale organisasjoner, f.eks. humanitære, religiøse, ungdoms- og idrettsorganisasjoner.
- Forretninger, bedrifter, produsenter.
- Storkjøkken
- Etc.

Nivå 4. Observerende organer og personer.

- Opinionsformidlere.
- Massemedia.
- Etc.

Nivå 5. Organer for støtte og oppmuntring.

- Familie, venner, arbeidskamrater, naboer etc ■

Nivå 1. Sentral offentlig myndighet.

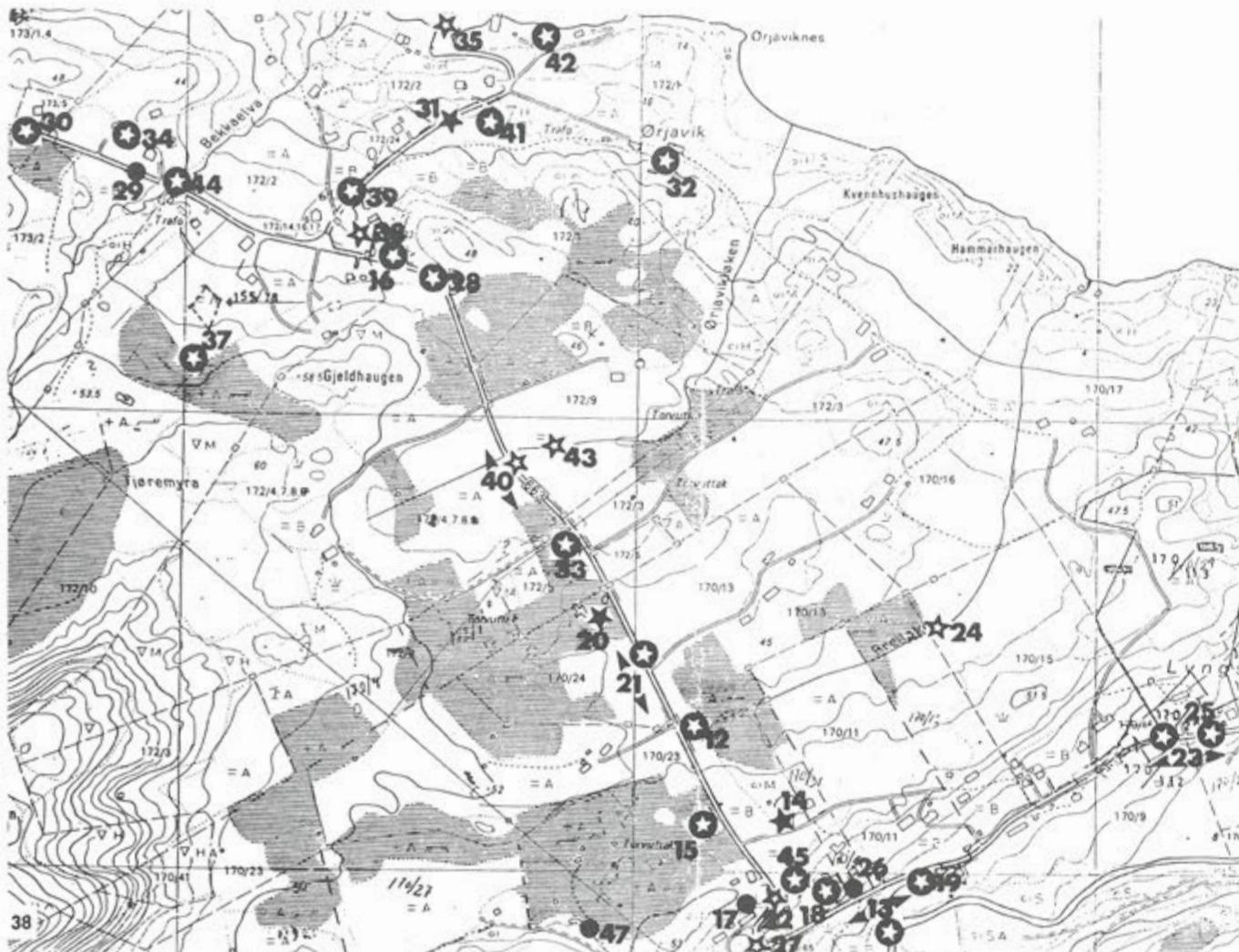
- Det politiske system- f.eks. partier, utvalg, komitéer, den enkelte stortingsrepresentant.
- Samtlige departementer.
- Direktorater og råd, f.eks. helsedirektoratet, Statens ernæringsråd, Statens informasjonstjeneste.

Nivå 2. Den strukturelle oppbygning.

- Næringslivsorganisasjoner, fagforbund og andre samfunnssorganer - f.eks. NKS, LO, NAF.

Helsebevisstgjøring – forebyggelse av barneulykker

Utdrag fra "Etatenes arbeidshefte" utarbeidet av LUMBU/NIBR 1983



FARLIGE OMRÅDER	FORSLAG	ETATENES FORELØPIGE KOMMENTARER		
		Ansvarlig	Kostnad	Andre kommentarer
37. Åpne torvhull	- dreneres	★		
38. Store maskiner	- sikres	★		
39. Mye fergetrafikk	- kun for kioskkunder	★		
40. Hele riksveg 663	- bygge gangfelt langs hele vegen	★		
41. Farlig stup	- sette opp gjerde	★		
42. Industriområde	- bør gjerdes inn	★		
43. Farlig kanal	- gang- og sykkelbane	★		
44. Farlig, uoversiktig bru, farlig elvekant (3)	- utvide brua så den blir trygg og ferdes på - sikring med gjerde	★		
45. Farlig bergknaus ved skolen (2)	- må sikres med gjerde	★		

- "Må utbedres STRAKS",
 - "Må utbedres RASKT",
 - "Kan utbedres SIDEN"
 - ["Bør VURDERES nærmere".
 - Uprioriterte farlige områder.

□ Ved Frode Heian

Knut Fylkesnes har i sin artikkel argumentert for begrepet "Helsebevisstgjøring" til erstatning for "helseopplysning".

Prosjektet i Eide på Nordmøre er et godt praktisk eksempel på helsebevisstgjøring.

Bakgrunn

Forbruker- og administrasjonsdepartementet har som kjent opprettet et handlingsutvalg mot barneulykker (LUMBU).

Det lokale utvalget mot barneulykker (LUMBU) i Eide ble dannet våren -82 og fikk bevilget kr. 2 500 til sitt arbeide.

LUMBU startet i februar -83 et prosjekt som tok sikte på:

- å kartlegge steder i nærmiljøet der barn ikke kan ferdes trygt.

- å vurdere hva som kunne gjøres for å sikre/eliminere ulykkesfeller.
- gjennomgang av materialet i samarbeid med NIBR og samling i et hefte som
- skal brukes som diskusjonsgrunnlag og dokumentasjon overfor aktuelle kommunale etater og eiere av de farlige stedene.

Kommunen ble delt inn i ni lokalområder. Et arbeidshefte med aktuelle kart og registreringsskjema ble delt ut til samtlige 350 husstander i områdene. Rundt 40 mennesker fra helselag og velforeninger var engasjert i dette arbeidet.

Farlige steder ble registrert og avmerket etter 5 grader av hast for utbedring.

Samtidig ble det også sendt rundt en sjekkliste for hjemmet, til alle husstander i kommunen.

Utvalget har også laget en oversikt over Barnesikringsutstyr og hvor det er å få kjøpt.

263 arbeidshefter ble besvart.

Materialet ble bearbeidet ved NIBR og foreligger nå i et 100 siders hefte bygget opp som på side 14.

Resultater

Det er funnet 400 farlige steder for barn, hvorav 135 bør utbedres straks.

Heftet er forelagt de kommunale myndigheter som etter avisoppslag å domme tar prosjektet meget alvorlig.

Prosjektet er et eksempel på informasjon som med aktiv innsats (men med f.h.vis små økonomiske midler) -bringes fram til bred offentlighet. Aksjonen har startet på grunnplanet, og ved siden av de faktiske opplysningsene som er kommet fram, er det opplagt skjedd en solid bevisstgjøring av kommunens innbyggere. Denne bevisstgjøringen har kanskje vel så stor ulykkesforebyggende effekt som utbedring av farefulle steder i seg selv.

Prosjektet er også et godt eksempel på hvordan helseopplysning ikke bare bringes utover, men også oppover.

Materialet vil ganske sikkert påvirke kommunal planlegning framover.

Helseopplysningskampanje NORSK KOMMUNEFORBUND

□ Av Lisbet Halvorsen

Dosent Odd D. Vellar ved yrkeshygienisk institutt i Oslo er en banebryter på helseopplysingens område. Han har i mange år praktisert det innlysende viktige prinsippet: For å nå frem til dem som trenger helsepåvirkning må gå til dem, på deres premisser, og ikke sitte og vente på at de skal komme og høre på ditt foredrag eller lese ditt helseopplysende innlegg i avisene.

Resultatene fra Osloundersøkelsen satte en støkk i mange, ikke minst i fagbevegelsen.

På landskonferansen i Norsk Kommuneforbund, januar -79, holdt Vellar et foredrag. Etter det uttalte konferansen:

"Mange undersøkelser viser at helsetilstanden er avhengig av utdanningsnivå og sosiale arv. Landskonferansen krever at forbundsledelsen reiser krav overfor myndighetene om at en snarest får en utredning for å klare legge nærmere hvordan en skal få til en bedre helsemessig rettferdighet i samfunnet."

Det ble besluttet i samarbeid med Norsk Folkehjelp, å lage et pionerprosjekt for å prøve ut en modell som senere kunne brukes i landsmålestokk. Sekretær i Helse- og sosialavdelingen, NKF, Lisbet Halvorsen, forteller her kort om arbeidet til nå.

Utgangspunktet for å starte en debatt om helseopplysning er at det ikke finnes rutinemessig rettferdighet i dag. Helsetilstanden vår er sterkt avhengig av:

- Sosial arv.
- utdanning
- yrke
- inntekt

Resultatet av "Osloundersøkel-

sen" fortalte oss dette. Den fortalte oss også at helserisikoen for "arbeidere" er fire ganger så stor som for "funksjonærer" og "akademikere". Hovedtyngden av medlemmene i NKF er såkalte "arbeidere" og har altså en høy helserisiko.

Et samarbeid med Norsk Folkehjelp dr.med. Odd Vellar og LO ble inngått for å se hva man kunne gjøre med dette store problemet.

Vi gikk i gang med et helseopplysningsprosjekt i Holmestrand for å undersøke muligheten for å få igang en helseopplysningsdebatt blant folk for å bevisst gjøre dem om at helse er betinget av det totale miljø på godt og vondt.

Vi ville forsøke, gjennom prosjektet, å få deltakerne til å føle et eget ansvar for sin helse og evt. legge grunnlaget for en omlegging av uheldige vaner og livsmønstre som gjør oss mer utsatt for helseskader enn andre. Vi ville gi folk kunnskaper uten pekefingermentalitet, og det finnes mye faktamateriell som det ble informert om.

Vi ville diskutere hvilke forandringer som var nødvendige i en helsepolitikk.

Prosjektet ble igangsatt i mai-80 og avsluttet i mars-81. Ca 30 deltakere som besto av familier og enkeltpersoner deltok i gjennomføringen.

Gruppa hadde møter ca. hver 14. dag basert delvis på diskusjoner av lest materiale, og delvis på spesielle forelesere som var innkalt for temakvelder.

Av temaene som ble gjennomgått kan nevnes:

- Belastnings- og slitasjesykdommer.
- Psyko-sosiale forhold.
- Kosthold og helse.
- Arbeidsmiljøets betydning.
- Kroppen vår.
- Alkohol og narkomani.
- Bedrifshelsetjenesten.
- Oslo-undersøkelsen.
- Ulykkesforebyggende arbeid i hjemmet.
- Helse for alle

Jeg har lyst til å peke på de momenter som kom fram under arbeidets gang:

- Helseopplysing må være en naturlig del av fagforeningsarbeidet.
- Helseopplysing bør ikke bare komme fra autoritetene, men like gjerne fra kolleger eller tillitsvalgte.
- Helseopplysing må få en språkbruk som alle forstår.
- Vi må få et bedre samarbeid med frivillige organisasjoner.
- Vi må få en forståelse for at

det er nært sammenheng mellom god helse og livskvalitet.

- Helsearbeid er først og fremst et politisk spørsmål, praktisk politikk som har som siktemål forebyggende helsearbeid, som igjen gir mennesker en bedre livskvalitet.

Retten til å utvikle og bruke evner og anlegg for å kunne skape et selvstendig og meningsfylt liv er særlig sentralt for de av oss som på grunn av sykdom, funksjonshemming eller dårlig sosialt startgrunnlag har fått svekket våre utviklingsmuligheter.

Dette kan ikke oppnås gjennom vedtak i Stortinget, fylkesting eller kommunestyre alene. Innen rammer det offentlige trekker opp må en gjøre bruk av ressurser i de frivillige organisasjonene og i nærmiljøet. Vi må bryte ned fordommer og forestillinger som er vanskeligere å overvinne enn fysiske og økonomiske sperrer.

Mange tiltak som vil ha stor betydning for helse- og sosialpolitikken må derfor løses utenfor det egentlige helse- og sosialpolitiske arbeidsfelt.

Vi må arbeide for å skape forhold for enkeltmennesket og grupper som bedre hindrer at det oppstår helse- og sosialproblemer.

Konklusjonen etter at arbeidet med Holmestrandprosjektet var såvidt positiv at Norsk Folkehjelp, LO og NKF vedtok å arbeide videre for å spre helseopplysing.

I samarbeid med Folkets Brevskole vil vi nå lage et debattheft basert på erfaringer og konklusjoner som kom fram ved gjennomføringen av Holmestrandprosjektet. Heftet vil ikke være ment som et rent kunnskapshefte, men også et diskusjonshefte.

Det skal reise problemer, skape debatt, gi beskjed om hvor dokumentasjon er å finne og det skal "tenne" diskusjon.

Innholdsmessig vil det ha 7 ulike temaer:

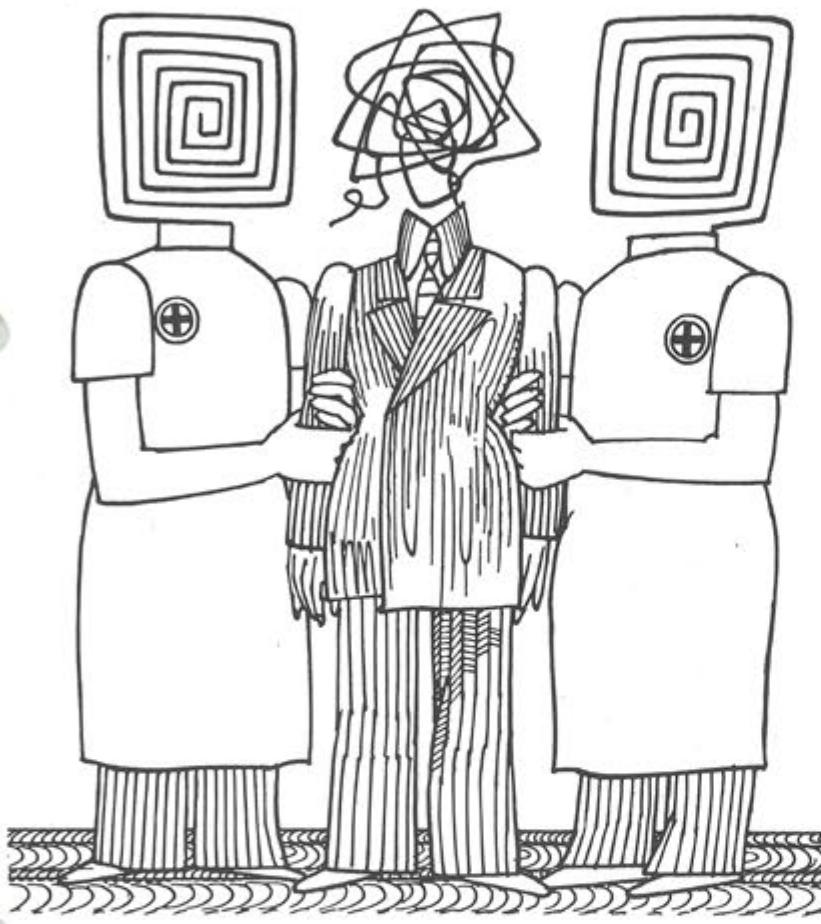
1. Hjerte- og karsykdommer.
2. Belastnings- og slitasjesykdommer.
3. Kosthold og helse.
4. Ulykkesforebyggende arbeid i hjemmet.
5. Alkohol og narkomani.
6. Røyking og arbeidsmiljø.
7. Kroppen vår.

Debattheftet vil foreligge våren 1984. Det er ikke tenkt brukt kun for Norsk Folkehjelp's og NKF's medlemmer, men i hele fagbevegelsen. ■



Helseopplysning og kreft

Av Magne Nylenna
og Per Fugelli



Det er almen enighet om at det er bedre å forebygge enn å behandle. På denne bakgrunn saint i erkjennelse av at behandling heller ikke alltid er mulig, har det forebyggende helsearbeid fått en sentral plass i dagens helsepolitiske debatt (1). Ett av de viktigste elementene i det forebyggende helsearbeid er helseopplysningen. Det er gitt offisiell politisk støtte for at helseopplysning er nyttig og viktig både i sykdomsforebyggelse og i helsefremmende arbeid (2). Helseopplysning baserer seg på at livsstil og vaner både i samfunnet og hos enkeltindividet kan endres med helsegevinst til følge, og helseopplysning anses særlig viktig overfor våre tre største dødsårsaker: hjerte/kar-sykdommer, kreft og ulykker (3).

Selv begrepet helseopplysning har imidlertid for mange et både udefinert og diffus innhold. Sannsynligvis er det denne manglende konkret-

tisering mer enn motvilje og manglende tro på virkningen som har ført til at helseopplysningsarbeidet i mange medisinske miljøer ikke har fått det store gjennomslag. Primærhelsetjenesten har et spesielt ansvar for helseopplysing overfor publikum, og praktiske og konkrete helseopplysningsprogrammer for denne delen av helsevesenet har stor betydning.

Innen feltet helseopplysning og kreft har den internasjonale kreftunion (UICC) utviklet en betydelig aktivitet de senere år. Det er etablert et eget program for å øke legenes medvirkning i kreftopplysningsarbeidet (DIPEC-programmet-Doctor's Involvement in Public Education about Cancer), og det er avholdt internasjonale møter om emnet i Torino, i 1979 (4) og i Helsingfors, i 1981 (5). Det teoretiske fundament for dette arbeidet er nedfelt i en egen rapport fra UICC som omhandler nettopp legers engasjement

i kreftopplysning (6).

Som et ledd i dette programmet møttes 16.-18. oktober 1983 omkring 50 leger og annet helsepersonell fra i alt 12 nasjoner til et nytt møte i kibbutz Shefayim, Israel. I alt fem norske delegater deltok, og undertegnede representerte Landsforeningen mot kreft. Hensikten med møtet var nettopp å konkretisere kreftopplysningsarbeidet og å finne metoder som kan øke legenes engasjement og omsette teori til handling. På en spennende og lærerik måte ble hovedproblemene gjennomgått i grupper og i plenum. Det var enighet om at primærlægene har et helt spesielt ansvar for kreftopplysningsarbeidet. De viktigste grunnene for sviktende resultater ble antatt å være, først og fremst legenes manglende kreftkunnskaper og dernest det faktum at leger ikke ser seg selv som helseopplysere og ofte heller ikke har utdannelse og erfaring som helseopplysere. Kommunikasjon med kreftpasienter ble tatt opp som eget tema, og også her ble primærlægenes ansvar understreket. Spørsmålet om legers utdannelse i og kunnskap om pasientkommunikasjon ble på nytt aktualisert.

Flere konkrete helseopplysningsprogrammer innen kreftforebyggelse og tidligdiagnostikk ble gjennomgått. En presentasjon av det norske programmet for å øke almenpraktikernes engasjement i kreftarbeidet vakte stor interesse (7). Dette programmet som er initiert og finansiert av Landsforeningen mot kreft og som gjennomføres i samarbeid med Norsk Selskap for Almenmedisin har følgende hovedpunkter:

1. Universitetskurser med temaet "Kreft i almenpraksis" ved alle landets medisinske fakulteter i 1984..
2. Utarbeidelse av en håndbok spesielt beregnet for almenpraktikeren omkring kreftproblematikken som utgis i 1985..
3. Mulighet for almenpraktikere til å tjenestegjøre ved onkologiske avdelinger i kortere perioder fra 1984..
4. Et forskningsprosjekt omkring almenpraktikeren og kreft for å kartlegge omfanget og håndteringen av kreft og kreftmistenkte tilstander i almenpraksis.
5. Utarbeidelse av spesifikke helseopplysningsprogrammer for almenpraktikeren til bruk overfor publikum.

Kampen mot kreft må føres på mange plan og ett av dem er utvilsomt en intensivering av det forebyggende arbeidet. Troen på helseopplysning i kreftarbeidet ble styrket under møtet,

og flere av de foreslalte tiltak for å øke legenes engasjement ble notert med interesse. Det ligger betydelige oppgaver og utfordringer på dette område, og dersom disse kan konkretiseres og gis en praktisk utforming skulle muligheten for gevinst være stor.

Litteratur

1. Grund J m.fl. Helseplan for 80-åra. Oslo: Gyldendal, 1982.
2. St.meld. 15 (77/78)

3. Stenmarck S, Hjort PF (red). Helseopplysning - hvorfor og hvordan? Oslo: Aschehoug, 1978.
4. Fugelli P. Kreftopplysning. Referata fra "Workshop on Doctor Involvement in Health Education about cancer". Tidsskr Nor Laegeforen 1980;100:XIII-XVII.
5. Fugelli P: Referat fra "Läkarrana och cancerupplysningen" Nordisk seminarium i Hälsingfors. Tidsskr Nor Laegeforen
6. 1981, 101, III-VII.
7. UICC Technical report Series. Vol 44. Involving Doctors in Health Education about cancer, Geneva 1979.
8. Fugelli P, Nylenna M. The Norwegian DIPEC-program. Paper presented at The UICC Workshop on Doctors involvement in Public Education about cancer, Kibbutz Shefayim, Israel, 17. october 1983■

Følgende tre innslag er hentet fra gruppessjonen om helseopplysning ved:

3 NORDISKA KONGRESSEN

I ALLMÄNMEDICIN



TÄMMERFORS 15-18.6.1983

Hälsoupplysnings- tänkbara orsaker och följder

□Av Johann A. Sigurdsson □
Dr.med., distriktsöverläkare
Vårdcentralen
220 Hafnarfjördur • Island

I det komplicerade samhälle vi nu lever har sjukvården expanderat explosivt. Det är dock inte självklart att hälsa och välbefinnande har ökat i samma takt. I vår primärvårdsideologi har vi som syfte att göra värden tillgängligare och billigare utan att minska kvaliteten.

För att nå detta mål behöver vi ha olika metoder. En självklar utgångspunkt är att hälsoupplysnings har en viktig funktion i primärvården. Alla har vi bedrivit hälsoupplysnings i någon form, men kanske har vi inte närmare funderat på begreppet eller på vilka möjligheter hälsoupplysnings ger, vilket syfte den har, hur den skall värderas o.s.v.

Jag tänker därför försöka analysera funktionen "Hälsoupplysnings i primärvården" närmare.

DEFINITION

Det finns ingen klar definition av begreppet "hälsoupplysnings". I följande avsnitt kommer hälsoupplysnings att tolkas som infor-

mation om hälsan, dvs. information om kropp och själ, om problem och sjukdomar som kan drabba människan, och om hur man kan förebygga, bota eller acceptera det som påverkar eller utgör riskmoment för vår hälsa.

1. VARFÖR BEDRIVS HÄLSOUPPLYSNING?

Vi tar kanske för givet att all hälso- och sjukvårdspersonal skall bedriva någon form av hälsoupplysnings. Man kan dock fundera över vad det är som får oss att bedriva hälsoupplysnings.

Vårdpersonal anser det som en etisk plikt att informera om hälsa och sjukdomar. Många bedriver hälsoupplysnings av rutinmässiga skäl som en del av arbetet, t.ex. på den administrativa sidan, hos fackföreningar, andra föreningar, i skolorna osv. Vi får inte glömma att hälsoupplysnings också medvetet eller eller omedvetet kan ha kommit stånd av ekonomiska skäl. Företakstledningen ser t.ex. en klar vinst i att minska sjukligheten hos arbetarna genom att satsa på hälsoupplysnings och friskvård för att minska sjukskrivning. Läkare och annat vårdpersonal vill mähhända expandera sin specialitet, och med information om hälsa och förebyggande vård ser man kanske en möjlighet till detta genom att

informera om sin egen verksamhet inom sjukvården och därigenom skaffa pengar till egen specialitet eller institution. Ofta och kanske i de flesta fall är orsaken till att man bedriver hälsouupplysning en kombination av alla ovenstående punkter. Förhoppningsvis är det emellertid i de flesta fall av ren entusiasm och ren ideologi som man i primärvården satsar på hälsoupplysning för att göra primärvården effektivare, mänskligare och billigare.

2. VILKA METODER SKALL ANVÄNDAS?

I skolor och föreningar använder man sig oftast av föreläsningar, broschyrer eller böcker. Administratörer inom sjukvårdssektorn använder vanligtvis alla typer av massmedia såsom radio, TV och dagstidningar, men de har inga möjligheter att komma i direktkontakt med individen. Den offentliga informationen brukar alltid vara väl organiserad, målmedveten och bygger på vetenskapliga resultat och beprövad erfarenhet. Nackdelen med den är att den ofta är tråkig och inta når ut till allmänheten.

Läkare och annan vårdpersonal kan naturligtvis också använda sig av massmedia, men de har också en enestående möjlighet att använda den kontinuerliga kontakten med patienten för hälsoupplysning. Primärvårdsläkare har därvid förmånen att kunna skapa sig en helhetsbild av patienten, dennes familj och sosiala nätverk. Vid varje kontakt med individen kan man skaffa sig ytterligare information och samtidigt smyga inn hälsouupplysning, information som är aktuell i samband med kontakten med läkaren eller sjuksköterskan, information som man vet kan påverka patientens hälsa.

På detta sätt blir informationen meningsfull för patienten. Man har också möjlighet att upprepa eller kontrollera effekten av hälsouupplysning vid nästa besök. Detta kan således bli ett mångårigt projekt.

HÄLSOUPPLYSNING I RAMPLJUSET

Den periodiska information om hälsa och sjukdom som forekommer i radio och TV har fördelen att den väcker intresse och snabbt når allmänheten. Nackdelen är att den ofta är dåligt organiserat och präglas av sensationsjournalistik. I et litet land som Island kan detta få speciellt stor betydelse.

Här följer några exempel på hälsouupplysning via massmedia på

Island under det senaste året. Samtidigt som jag nämner dessa exempel ska jag försöka analysera tänkbara orsaker till och följd av denna hälsouupplysning.

I. Dagspressen, TV och radio interesserade sig för forskningsresultat från en internmedicinare, som lade fram bevis för att det var en ökad risk för juvenil diabetes hos pojkar vars föräldrar hade konsumerat rökt kött vid tidpunkten för concepcionen.

Orsak och följd:

Läkarens tro på resultaten och strävan att förebygga juvenil diabetes?

Ekonomin vinst för massmedia?
Ökad möjlighet att erhålla fortsatt stöd för forskning inom området?

II. Cancerföreningen kom med ett väl organiserat program i alla massmedia om orsaker till och behandling av cancer. Samtidigt, och under de närmaste väckorna efter denna hälsouupplysning i TV påpekades behovet att förbättra cancervården i landet och att bygga upp ett nytt cancercentrum i Reykjavik. Efter upprepad propaganda lyckades man väcka allmänhetens intresse för ämnet. Under en insamling fick man sedan under en helg in 12 miljoner islandskra kronor värdla vid denna tidpunkt omkring 4,5 miljoner norska kronor.

Orsak och följd:

Ekonomska skäl.
Entusiasm och ideologi.
Medicinska fakta?
Förbättrad cancervård?

Siffrorna visar att deras metoder var mycket effektiva. Målet i detta fall var uppenbart från början, nämligen att samla in pengar.

III. Islandska barnläkareföreningen annonserade i TV, radio och dagspressen om att det var farligt att använda acetylsalicylsyra, om man hade influensa eller påssjuka, på grund av visst samband med s.k. Reye's syndrom med levernekros och dödsfall.

Orsak:

Medicinska fakta?

Följder:

Minskad acetylsyrakonsumtion.
Rädsla och oro.

Ökad belastning för allmänläkarna.

Ökad respekt för barnläkare?
Minskad respekt för allmänläkare?

Bättre behandling?

Metoderna i detta fall var mycket effektiva och försäljningen av acetylsalicylsyra minskade drastiskt.

Allmänlärlena fick däremot många telefonamtal och fick göra många hembesök för att lugna oroliga föräldrar.

Enligt barnläkarna skulle det ha tagit för lång tid, om man informerat kollegerna före allmänheten. Emellertid anså många läkare att det fanns alltför bristfälliga medicinska bevis för nämnda samband och att det därför var oetiskt att framföra sådan information i massmedia.

TV, radio och dagspress om att massundersökningar eller hälsokontroller hade ett begränsat värde, åtminstone när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar.

Detta verkade vara helt ny information för allmänheten, som under de senaste 15 åren informerats av andra specialistföreningar om nytta av att genomgå sådana massundersökningar med vissa intervall.

Orsak:

Medicinska fakta.
Ideologi?
Ekonomska skäl?

Följder:

Debatt inom läkarvärdet.
Minskad intresse för hälsokontroller?
Bättre ekonomisk planering?

Ovannämnda exemplen, delvis bygda på vetenskapliga resultat och beprövad erfarenhet men delvis på sensationjournalistik, har påverkat allmänheten på olika vis. Jag tänker inte försöka ge svar på alla de frågor som kommit fram vid denna granskning, men mina generella slutsatser blir följande:

1. Expansionen inom sjukvården kan inte fortsätta hur länge som helst. Information om metoder som kan ge billigare, bekvämre och mänskligare vård måste prioriteras.
2. Inbördes kamp om ideologi bland läkare har ökat. Detta kan drabba allmänlärlena på grund av läkaröverskott inom andra

specialiteter.

Allmänläkarna måste delta i denna kamp för att betona sin ideologi och sin egen existens. Allmänläkareföreningen måste organisera sin hälsoupplysning på sådant sätt att den blir effektivare och mer målmedveten.

3. Vi måste göra stora ansträngningar för att motivera våra medarbetare, kolleger, men också politiker och andra indi-

vider i samhället.

Vår traditionella och sannolikt mest effektiva metod är att informera våra patienter i samband med den aktuella kontakten vi har med dom, men vi behöver utnyttja massmedia också.

4. Läkarkåren måste vara försiktig med sensationsjournalistik och eftersträva att bygga sin information på väl grundade data. ■

HELSEOPPLYSNING

Åsa Rytter Evensen har foruten virksomhet som almenpraktiker siden -72, jobbet med barne- og ungdomspsykiatri ved Oslo Helseråd og i USA.

Hun er for tiden bydelslege ved Rodeløkka helse- og sosialsenter i Oslo, og dessuten gjennom mange år helseoppler i radio og presse.

Hun skisserte på gruppessjonen en ramme og praktiske retningslinjer for helseopplysning som her presenteres omrent så kortfattet og fyndig som hun la fram stoffet.

MÅLET - HVA ER HELSE?

- Fravær av sykdom
- Trygghet på egen verdi
- Evne til å ta ansvar
- Mestring av vanskter/kriser
- Evne til å utnytte sine muligheter
- Livsglede

MÅLET FOR HELSEOPPLYSNING

- Øke troen på egen vurdering
- Bedre egenomsorg
- Mer rasjonell bruk av helse-tjenester
- Fornuftig bruk av råd
- Mer likeverd lege-pasient

HVA ER VELLYKET HELSEUNDERVISNING?

- Budskapet må kunne overføres
- Vi må overbevise om at budskapet er riktig
- Overbevisningen må omskapes i handling

KOMMUNIKASJONEN AV VÅRT BUDSKAP SKJER:

- Verbal
 - Non-verbal
- Vi må ikke glemme vår egen adferd som betyr mye for vår troverdigheit, og som eksempel.

BUDSKAPET MÅ OVERBEVISE

- Ta utgangspunkt i pasientens situasjon
- Hold deg til sikker kunnskap, unngå "moteretninger"
- Gi ros før du gir råd
- Unngå å skremme

HUSK TIL SLUTT:

- Gi gjennomførbare råd. Få mennesker ønsker å være sunne til enhver tid. (synden har også tiltrekning).
- Det er viktig å minne en del pasienter om at det gode liv er mer enn normale laboratorieprøver.
- "Det du kjerner er godt for deg, er også bra for deg." (Men det er lett å lure seg selv) ■

Pedagogiske bilder vid patientkontakt och undervisning

□ Av Atle Wohrm

När det gäller patientkontakt, föreläsning eller demonstrationer har jag upptäckt att man kan få bättre kontakt och gehör genom pedagogiska stordiabilder.

Konstnären Sonja Johnson på sjukvårdsförvaltningen har tecknat färgglada stordiabilder på situationer som patienten eller åhöraren känner igen. Ibland kan man

ATLE WOHRM er norsk, men har i en rekke år vært allmänläkare ved Jourcentralen, Annedalsklinikerna, 413 46 Göteborg.

Han har jobbet utradisjonelt med "friskvård", og er kjent fra UTPOSTEN's spalter fra før, med en artikkel om skolehelsetjenesten i Sverige. (1981, nr.5.)

Hans originale bilder er i farger og de som er gjengitt her yter dem ikke full rettferdighet. Bruken av bilder ved patientkontakt er et spennende alternativ i helseopplysningen. Andre ville kanskje velge en annet bildeutvalg, og lesere som har gode forslag er hjertelig velkommen i UTPOSTEN's spalter.



Bild nr.2 visar att många uppfattar sin arbets situation som en raket i ändan, där ett gäng smådjävlar fyrar av precis när det passar dom och inte när det passar oss. Många kan inte säga nej och arbets situationen kan jämföras med 4 X 10 km. stafett i Falun där man springer med i alla fyra etapperna.

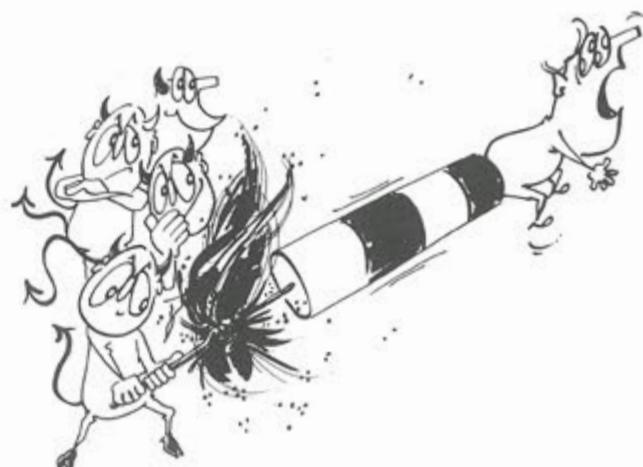


Bild nr.1 visar mångas arbets situation. Man blir jagat som en räv på rövjakt. Om patienten t ex har ont i magen börjar man inte med Billroth II eller selektiv vagotomi men försöker ändra patientens arbets situation.

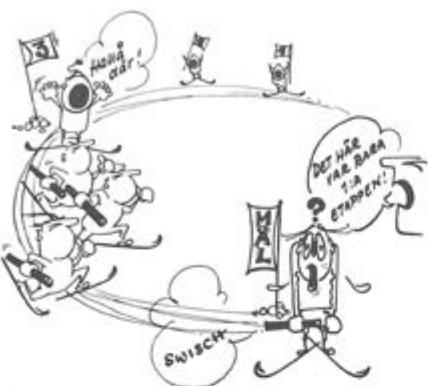


Bild nr. 3 4 X 10 km. stafett i Falun.



Bild nr. 6, ett plasterförslag är att man sätter klockan en halvtimme tidigare på morgonen och frossar i mat och tidningar och får i sig en tredjedel av kaloritaget. Man kommer sedan tio minuter tidigare till arbetet i stället för fem minuter senare med hjärtat i halsgropen.

Materiaattröppet — överansträngning

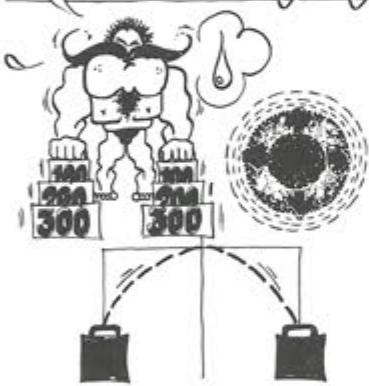


Bild nr.4 visar överansträngningsmekanismen. Är man en 100 kg.-lyftare och lyfter 200 kg. i stället så viks materialet. Det är viktigt att man inte tar i överkant och alltid har resurser se kapacitetscirkeln till höger. Många tar i överkant, går över sin förmåga och tar av sina reserv.

Bild nr.5 visar den psykosomatiska mekanismen där närvsystemet under de 3 första åren utvecklas. Många får ömma punkter i närvsystemet de 3 första åren.

I samband med krisproblem senare i livet kan dessa ömma punkter spricka upp och bli till öppna sår. Man kan få symptom som är

beskrivna på bilden men kan också få trötthet, klump i halsen, hjärtklappning, ont i ryggen, sömuproblem, nackbesvär e t c. Jag definierar då friskvård som det man gör när man lägger plåster på de ömma punkterna. Givetvis är det viktigt att man försöker lösa de yttre problemen i första hand.



Bild nr.7 visar jogging. Effekten av jogging kan vara lika med en tablett Valium. God effekt i 24 timmar!



Bild nr.8 visar tryckerilådemodellen. I alla hem finns en tryckerilåda där man sätter in små gubbar. Här kan man sätta in sina egna gubbar för sin egen friskvård.

Det kan t ex vara att man samlar frimärken eller mynt, är med i en musikförening, har husdjur, går ut och lyssnar på fågelkvitter, rider, har akvariefiskar, promenerar i naturen, gymnastik i grupp, musik i grupp eller spelar badminton. Det finns naturligtvis många andra lösningar. Skalden Legnér låg i varmvatten en halvtimme varje morgon och kväll för att lugna ner sig.



Bild nr.11 visar nyttan av uppvärmning. Man ser Stemark och spjutkastare Eldebrink som bedriver lång uppvärmning innan tävlingens början. Fönsterputsare och murare däremot börjar sitt arbete med kall muskulatur och får dålig nakke, värk i skuldrorna och tennisarmbåge etc.

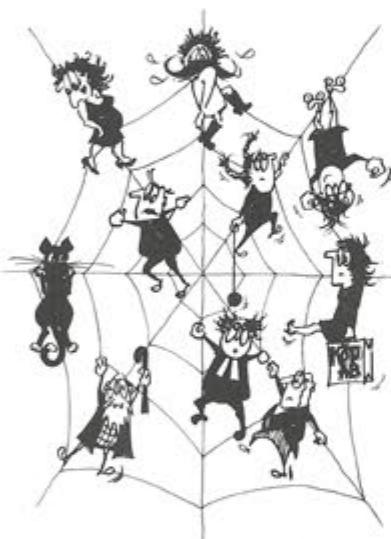


Bild nr.9 visar det sociala nätverket. Man mår så dåligt i dag pga att det är för dålig kontakt mellan familjemedlemmar, mellan familjen och invandrare, pensionärer och kyrkan. Vi har vattentäta skott emellan oss och kommuniseras för dåligt.

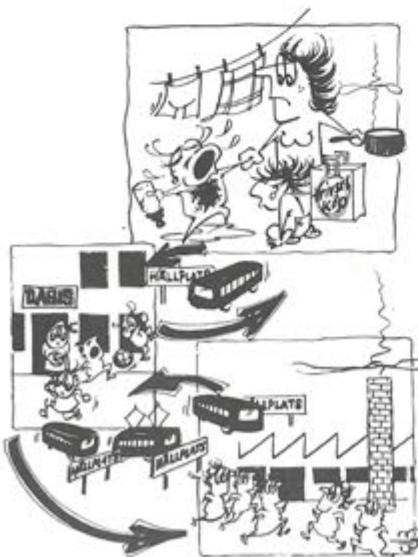


Bild nr.10, de som mår dåligast i det sociala nätverket är ensamstående mödrar. Kvinnan på bilden har ett barn som matvägrar och ett barn som kissar på sig om natten. Hon har stora problem att få dem till dagis samt sedan sedan tre busbyten till fabriken. När mamman kommer hem om kvällen börjar hemarbetet. När man rekommenderar jogging är detta ett skymp mot henne då hon inte har någon som kan ta hand om barnen när hon är ute och motionerar.

Preventionsmedet I

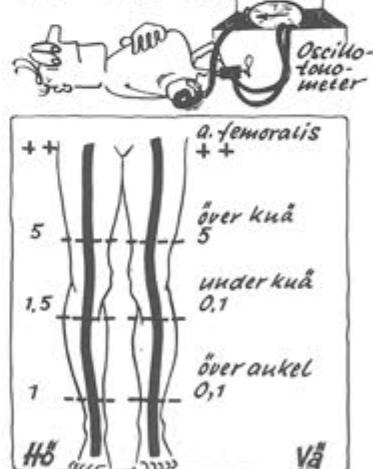


Bild nr.12 visar prevention I hur man med hjälp av oscilometri kan påvisa nedsatt cirkulation i benen. Patienter som är fönsterlättare blir sålunda mera motiverade att sluta röka och motionera mera.

Preventionsmedel II



Bild nr.13 visar prevention II i primärvården. Man berättar för patienten hur rökningen ödelägger flimmerhår och lungorna fungerar så småningom som sopnedkast. Med hjälp av antibiotika och nikotintuggummi kan man påvisa effekt och motivera patienten vid Airflowmeterkontrollen till att sluta helt med rökning.

I mitt kliniska arbete använder jag ytterligare pedagogiska stor-diabilder.

Här sammanfattningsvis använt psykosomatiska bildspråket på drygt 12% av mitt patientmaterial där magproblem av typ gastrit och colon irritabile domineras. Bilden på Prevention I och II samt Stenmark har jag använt endast i 3% och 6%.

Sammanfattningsvis har jag alltså haft nytta av bilderna i över 15% Fortsatt utvärdering pågår ■

Vet vi hva vi gjør?

Gjør legene nok?

Nei. Mange undersøkelser viser at i gjennomsnitt 35% av pasientene er misfornøyde (stor variasjon: 11 - 65%).

Av avlevert budskap blir i gjennomsnitt 50% oppfattet.

En undersøkelse blant 1304 gravide viste at 33% rakte daglig.

Bare 1/3 av legene i undersøkselsen spurte rutinemessig de gravide om røykevaner.

Bare 1/5 av de gravide som rakte daglig opplyste at legen tok fatt i dette.

Brosjyremateriell ble lite brukt.

Kan legene utrette noe?

Ja. Et eksempel er en undersøkelse i England i -79 som viste hvilken effekt felles innsats av primærleger i England hadde på røykevanene:

Vel 2000 rökere ble inndelt i 4 grupper:

1. Kontrollgruppe.
2. fylte ut et enkelt spørreskjema om røking.
3. ble rådgitt å slutte å røke.
4. som 3, men fikk i tillegg en brosjyre + beskjed om oppfølging.

Effekten var størst den første måneden.

Andelen som fremdeles ikke røkte etter et år, var i gruppene:

1: 0,3%. 2: 1,6%. 3: 3,3% og 4: 5,1%.

Totalt reduserte 25% av røkerne forbruket betydelig.

Ut fra det faktum at vel 90% av voksne briter går til legen minst en gang hvert 5. år (røkerne gikk litt oftere til lege enn ikke-røkerne), -vil over 18 av Englands 20 mill. rökere kunne nås av primærlegene på denne tiden. Hver lege vil kunne oppnå 25 vellykkede (røkeslutt i over ett år) - resultater i året.

1/2 mill. engelskmenn ville i 5-årsperioden slutte å røke.

Dette overgår langt hva selv de mest effektive massekampanjer kan utrette, dessuten når man langt flere i "lavere" sosialgrupper ved direkte kontakt.

Liknende resultater ville heller ikke kunne oppnås ved å øke tallt på spesielle avvenningsklinikker fra 50 (i -79) til over 10 000.

□Av Leif E. Aarø
ref.v/Frode Heian

Leif E. Aarø er 1.amanuensis ved institutt for sosialpsykologi i Bergen.

Han hadde ikke selv mulighet til å tilrettelegge sitt foredrag på helseopplysningskurset på Bygdø 31/10 i år, for UTPOSTEN.

Bet følgende er derfor et referat som selvsagt ikke yter ham rettferdighet, men med hans tillatelse gjengis her innholdet i korte trekk.

Hvordan stoffet presenteres.

Undersøkelser av presentasjonsform for helseopplysning viser at formidlet kunnskapsmengde kan økes:

Budskapet Økt kunnskapsmengde med:

Presentert først i en samtale	74%
Viktigheten understreket	38%
Kategorisering	24%
Forenkling	48%
Be pasienten repetere	20%
Spesifikke råd i stedet for generelle	21%

(Betydningen av ulike presentasjonsformer varierer selvskjønt med tema, men det skulle av ovenstående likevel fremgå at formidlet kunnskapsmengde kan økes betydelig.)

Viktigheten av å gi spesifikke råd er verd å merke seg. -ref.ann.)

Teknikker for å forbedre lege-pasientkontakt.

Husk mulighet for toveis-kommunikasjon.

- Unngå belærrende tone.
- Sett deg inn i pasientens situasjon
- La pasienten få anledning til å spørre.

Ved bruk av skriftlig materiell:

- Gå gjennom de viktigste punkter med pasienten.
- Be pasienten lese noe du vil diskutere senere.
- Be pasienten diskutere med familie og andre.

Etisk spørsmål: Det er usikkert hvor mange som ikke klarer å følge rådene, og som av den grunn trekker seg ut også av det øvrige behandlingstilbuddet.

Eksemplets makt.

Hvis begge foreldre røker er det mye mer røking hos barna enn hos gjennomsnittet.

Hvis bare en av foreldrene røker: litt mer.

I -78 ville foreldre som røkte, men forbød barna sine å gjøre det oppnå at barna røkte mer enn dem selv. I dag vil barna deres likevel røke noe mindre, pga. endret holdning generelt i samfunnet.

Antirøkekampanjene på skolene har hatt god effekt, ikke minst på lærerne, men enda bedre på foreldrene.

Påvirkning fra andre (kamerater, yrkesfeller etc.) virker sterke enn fra legen. Ved helseopplysning i en gruppe vil derfor mye av resultatet komme gjennom ringvirkninger, og det vil derfor være en viss latentstid for gruppen som helhet■

• På talefot med radioreporteren

□Av Kjell Harald Lunde□

Kjell Harald Lunde er programsekretær i NRK og har laget en rekke program fra helsesektoren. Han har tilrettelagt sitt foredrag under helseopplysningskurset på Bygdø for UTPOSTEN.

Mitt beste råd: Ver deg sjølv - på radioreporteren sine premissar!

Helsestoff er godt stoff!

Det held liv i store delar av norsk vekepresse. Radio-og fjernsynsprogram med slike emne har høye lydarter.

Det er du som lækjar som kjenner dette stoffet. Det er du som kan formidle dette - i samarbeid med

radioreporteren. Det gjeld berre å få det presentert på ein engasjerande måte.

Som medvirkande i radioprogram er det somt du bør ha i mente. I utsangspunktet set profesjonen din visse stengsel. Eller om du vil: profesjonen gjev deg visse uvanar som radioaktør.

- Du er vane med å velja tid sjøl når du vil seia noko - og du er vane med å velja seiemåten. Du er vane med ikkje å verte motsagt (pasientant gjer det aldri, medarbeidarane sjeldan).
- Du vankar i eit miljø der du er

autoriteten. Du omgjer deg til dagleg med status.

Framføre mikrofonen må du lausriva deg frå dette véremonsteret. Du må ikkje ta deg sjølv for høgtideleg. Du kan vera respektert likevel - sjå berre på distriktslækjar Emil Moe i Stord!

Gløym omsynet til kollegaer. Dei kan du tenkja på når du føreløs eller skriv i fagtidsskrift. Men ikkje når du snakkar i radio.

Du må foenkla stoffet - og du må skifta ut faguttrykk med gode, norske ord. Kreft i staden for cancer, collegift i staden for cytostatika, svulst i staden for tumor - for å nemna nokre få døme. Det kostar så lite å bruka forståelege omgrep, men eit radioprogram kan stå eller falla med det. Det skal lite til før lydarane misser tråden.

Du må ofra nyansane. Sløyf alle tenkjelege og utenkjelege atterhald. Det held oftast at du fortel at det er dei kvite blodlekamane som vernar kroppen mot sjukdomar, og som grip inn når vi får smitte i oss. Du treng ikkje vanskeleggjera det med å seia at "rett nok finst det fleire kategoriar av desse kvite blodlekamane, og at dei har differensierte funksjonar..."

Du må spilla ut litt av deg sjøl - vér naturleg! Appeller kanskje til skodespælaren i deg. -Når du

vert spurta om å vera med i eit radioprogram, er det som regel tale om eit enkelt intervju. Men stundom er det stoff som fengjer betre dersom vi lagar små "scener". Det er ofte lite som skal til for eit tørt studiointervju vert eit innslag som gjev både medinnleiving og medoppleving for dei som hører på. Snakkar vi om eit laboratorieforsøk, bør vi gå inn på laboratoriet og gjera opptaket der, osv. Teieplikt og reglement må ikke vera unødige hindringar - det går oftast å gjera unnatak utan at det går ut over dei teieplikta og reglementet er meint å verna.

I grunnen er det tale om innbyrdes tillit mellom du som lækjar og eg som radioreporter.

Eg lyt lite på at det du fortel er korrekt. Du er fagmannen på dei medisinske spørsmåla - på "stoffet".

Du lyt lita på måten du vert beden om å fortelja det på.

Innanfor denne råma av felles tillit lyt vi sjølvsaqt diskutera innhald og form - og påverka kvarandre.

Du som lækjar sit på mykje interessant stoff. Stoff som vi i radioen er interesserte i å bringa vidare.

Ta kontakt med oss - ring eller send ei pressemelding-kort sagt: kom på talefot med radioreporteren■

Si AAA....

- Legen må delta

Den som effektivt vil bruke lokalpressen i sin helseopplysning, bør godta at informasjonen gis på pressens egne premisser. Det er pressens oppgave å gi en dag-til-dag beskrivelse av det samfunn som omgir oss, og det er dessuten pressens erfaring at informasjon som formidles på denne måten har den klart største gjennomslagskraft.

Det betyr at legen og helsepersonalet må gå aktivt inn og delta i den aktuelle strøm av informasjoner. Ved å gå inn i selve nyhetsprosessen vil de best kunne lykkes i å formidle den informasjon som de har faglige kvalifikasjoner for å bidra med.

Norsk presses samlede pedagogiske

holdning har utvilsomt betydd meget for folkeopplysningen. Men pressen har etterhvert lagt vekten på et langt sterkere virkemiddel. Det er nyhetsformidlingen, altså den aktuelle situasjon.

Det er min arbødig påstand at den er det sterkeste virkemiddel når det gjelder å spre opplysning om en hvilken som helst sak eller gjenstand. Det at opplysning og ny kunnskap blir knyttet til aktuelle hendelser - av mer eller mindre dramatisk natur - i menneskenes hverdag, gir en langt større effekt enn om det fremlegges som en lærebok.

Dette er jo selvsagt. Men det er få eksempler på at fagmiljøer er seg bevisst den rollen daglig ny-

□Ved Rolf Kluge

Rolf Kluge er redaktør i Asker og Bærums budstikke. Han holdt foredrag under kurs i helseopplysning på Bygdø 31/10-83 og har tilrettelagt sitt manuskript for UTPOSTEN.

hetsformidling spiller for utbredelsen av kunnskap om det de holder på med.

Vi finner en barrièvre her som leger og helsevesen trolig har enda vanskeligere for å bryte ned enn de fleste andre yrkeskretser. I medisinen dreier det seg for det første om et fagområde som har vært preget av autoritære holdninger. Man har ikke funnet det umaken verd å meddele seg til andre enn faglige kolleger, som bruker samme sprog - fortinnsvis latin. Populære fremstillinger med upresise betegnelser og karakteristikk når det gjelder medisinske forhold er møtt med skepsis, og man har slett ikke hatt tillit til den formidling av medisinsk stoff som har foregått gjennom dagspressen, - og kanskje enda mindre i ukepressen.

Holdningene kan vel forklares med at medisinen er et fagområde der presisjonsnivået må være høyt og hvor feil kan være skjebnesvandre. Men de som setter seg inn i pressens arbeidsmåte og forutsetninger vil forhåpentlig kunne bli noe mindre lettskremt.

For det er nødvendig med kompromisser her. Ingen er perfekt som kjent, og pressen vil sjeldent være i stand til å fortelle den endelige sannhet. Våre mest lærde historikere gjør heller ikke det. Ja, gjør legene det?

Det jeg vil fram til er at vi må bruke informasjonssamfunnet på godt og på ondt. Det nyttar ikke å avvise det med henvisning til at informasjonene til tider er ukorrekte eller ufullstendige.

Dessuten, i det mangfoldige media-

bilde vi har i dag, er feil ikke opprettelige, selv om de nok kan skade. Og til tross for de mangler som hefter ved denne dagsaktuelle informasjon, så er den som jeg tidligere har påpekt, vår mest effektive spreder av opplysning og kunnskap.

Den som ønsker å spre helseopplysning eller enhver annen opplysning gjør det etter min mening best ved å gå inn i selve nyhetsprosessen. Det vil si at man selv er kilde for nyheter, kommentator til løpende nyheter, stiller seg åpen for intervjuer, åpner sin institusjon for repørtasjer osv. La pressen komme til kilden.

Man vil oppdage at pressen har andre aktualitetskriterier enn er selv. Den vil legge vekt på andre sider enn det fagkilden gjør. Den vil forenkle utover det fagmannen finner forsvarlig, eller kanskje helst ønsker å stå frem med overfor kolleger. Pressen arbeider som sagt etter andre forutsetninger og på andre premisser. La den stort sett gjøre det. Men delta selv innenfor denne rammen, og påvirk informasjonen innenfra. I sum blir det et rikt og mange-sided bildet av det man ønsker å få frem. Som kilde vil fagmiljøet likevel ha meget stor innflytelse på det som formidles. Alternativet til å gli inn i nyhetsformidlingen som beskrevet her, er f. eks. kampanjen. I tillegg til at denne er begrenset i tid, har den også mange andre begrensninger. Man vil oppdage at heller ikke der kommer man utenom pressens nyhetsformid-

ling. Den kampanje som representerer noe nytt vil påkalle langt mer interesse enn den som er en gjentagelse av tidligere aktiviteter på området. Og blir den ikke møtt med noen interesse fra pressen, er det fordi pressen ikke påregner noen interesse fra publikum. Og på det området tror jeg faktisk jeg vil arbefale å lytte til pressen. Den har en merkelig fin nese for slikt.

Regelen er selvsagt ikke uten unntakser. Det finnes pressefolk som har talent for å gjøre de fleste kampanjer, hva vi vil kalle journalistisk interessante. -Og hvordan gjøres det? Jo nettop ved å knytte tiltaket til noe aktuelt, noe som foregår i publikums hverdag.

Den kampanjeleder som sender ut tre informative artikler om revmatikernes situasjon vil antagelig sikrest kunne gjenfinne dem i redaksjonens papirkasse. Men det kan også tenkes at en våken journalist har lest artiklene før de havner der, og nå er i gang med å lage aktuelle artikler om revmatikere i avisens lesekrets. Muligheten for at dette skal skje er imidlertid ti ganger større hvis legen eller kampanjelederen selv går inn i prosessen og opptrer som kilde, kontaktskaper eller inspirator for levende og aktuell journalistikk om det spørsmål det ønskes å spre opplysning om■

Referat fra kurs i helseopplysning på Bygdø 31.10.-2.11.1983

De fleste deltagerne på kurset var personer fra helsedirektørens kurs i offentlig helsearbeid for leger. I tillegg var det 5 ernæringsfysiologer, en legesekretær og en del andre almenpraktikere til stede.

Tilsammen var vi 51 stykker, og det var enighet om at dette er for mange. Det var dårlig kontakt med foreleserne og ikke alltid like lett å høre hva som ble sagt

noe som førte til en litt ukonsentert forsamlig. Programmet var meget allsidig, vi vil her gi vår vurdering av de ulike emnene som ble tatt opp og diskutert.

1. Virkning av helseopplysning

Denne delen vakte størst interesse og burde nok vært gitt mer

■ Ved Stine Wohl Sem ■
Inst. for ernæringsforskn.
Blindern
■ og Anne Wyller Shetelig ■
Distriktslege, Klæbu

tid både til forelesninger og til diskusjon. Leif Aarø fortalte meget spennende om hvem helseopplysningen når og hva slags metoder som har størst gjennomslags-effekt. Han viste at direkte mellommenneskelig kontakt har størst overtalelseeskraft.

Odd Vellar fra institutt for forebyggende medisin og Børre Pettersen fra LO innførte begrepet levekårsgrupper i stedet for sosialklasser. Det ble hevdet at det er de lavere gruppene som trenger helseopplysningen mest, og det er også disse det er vanskeligst å nå.

Den helseopplysningen som generelt drives i dag er med på å øke kløften mellom de ulike levekårsgruppene. Det er de bedrestilte gruppene som endrer sin adferd i samsvar med den informasjonen som blir gitt.

"Helsemessig, rettferdighet finns ikke i dag," ble det hevdet fra talerstolen.

Disse tankene ledet oss inn på diskusjonen om hvorvidt arbeidsløsheten er i ferd med å bli vårt største helseproblem. Kan man forvente at personer uten arbeid og med dertil store bekymringer av ulike slag kan ha overskudd og interesse for å endre sone leveraner i positiv retning? Kanskje leger burde arbeide mer politisk for å få gehør for de helsemessige konsekvensene av lediggang?

Vellar mente at vi i sterkere grad burde betone det fordelak-

tige og trivelige ved det å ha god helse og ikke legge så stor vekt på elendighetsprinsippet (dersom du ikke slutter å røyke så.....). Kanskje det er noe å tenke på for de fleste.

2. Hvordan opplyse, og med hvilke hjelpermidler?

Uforholdsmessig mye tid ble brukt på bruken av tekniske hjelpermidler ved formidling av helsebudskapet. Foredrag om kontakt med pressen og bruk av radio og video var etter vårt syn overdimensjonert.

Men det var svært nyttig å få presentert hvor liten verdi brosjyrer, kampanjer og foredrag alene har på folks forståelse av helsebudskapet. Det ble sterkt understreket at aktiv deltagelse er nødvendig for at folk flest skal oppnå helsemessig gevinst. Debatt om helse og om hvilke faktorer som virker inn på helsa er like viktige eller viktigere enn generell markedsføring av gode leveregler.

3. Organiseringen av helseopplysningen.

Siste dag ble helseopplysningens rolle i den kommunale og sentrale helseplan diskutert. Loven om kommunehelsetjenesten nevner helseopplysningens rolle som en del av kommunens helsetjeneste. Dette

krever en mer bevisst holdning fra helsepersonell, til helseopplysning. Behovet for opplysning, målgrupper m.m., bør kartlegges og helsepersonalet må holde seg å jour med faglige spørsmål og formidlingsmetoder.

I denne forbindelse ble behovet for en sentral helseopplysningssenhed diskutert, og de fleste mente vel at det er både til stor hjelp og nødvendig med et slikt organ.

4. Gruppearbeid.

To av dagene var det satt av tid til gruppearbeid. Denne arbeidsformen var nok for mange den mest stimulerende del av kurset, og burde fått større plass.

Hjem som skal drive helseopplysning ble det snakket en masse om i alle gruppene. Felles for gruppene var at de kom fram til at det ikke primært er legen som skal ivareta denne oppgaven. Andre yrkesgrupper som ernæringsfysiologer, helsesøstre, lærere m.fl. burde bli mer brukt til å spre helsebudskapet til ulike grupper.

Vi mener da også at neste års kurs i helseopplysning burde rette seg til også andre faggrupper enn legene. Vi tror at en tverrfaglig sammensatt gruppe vil virke stimulerende og kan gi økt innblikk i helseopplysningens roller i samfunnet. ■

Annonse

KORTTIDSSTILLING FOR ALMENPRAKTIKER VED DET NORSKE RADIUMHOSPITAL.

Landsforeningen mot kreft har bevilget midler til korttidsstilling for almenpraktiserende leger ved onkologiske sentra i Norge. Som en prøveordning er det bevilget midler for 1984, og foreløpig er stillingene lagt til Alminnelig avdeling, Det norske radiumhospital.

Det lyses herved ut fire korttidsstillinger a 3 måneder for 1984.

Hensikten med tjenesten er å gi den almenpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og institusjonene innen dette feltet. Tjenesten vil være delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen målbeskrivelse.

Stillingene er plassert i lønnstrinn 22, og tjenesten teller både i videre- og etterutdannelsen til Almenpraktiker Dnlf.

Nærmere opplysninger om stillingene kan gis av professor Herman Høst, Det norske radiumhospital, tlf. 02-55 40 80 eller stipendiat Magne Nylenna, Institutt for almenmedisin, tlf. 02-56 37 80.

Søknad med angivelse av ønsket tidsrom og tidligere tjeneste i almenpraksis og sykehus samt motivasjon/behov for tjenesten sendt til Norsk selskap for almenmedisin, Fr. Stangsgate 11/13, Oslo 2 innen 1. februar 1984.

Forsag til en sentral enhet for helseopplysning

□ Ved Frode Heian □



Sosialminister Leif Arne Heløe opprettet i desember -82 en arbeidsgruppe for å vurdere helseopplysningens organisering, og en sentral enhet for helseopplysning.

Gruppen hadde bred sammensetning:
Ottar I. Christiansen
Helsedir., formann.

Peter F. Hjort
Gruppe for helsetjenesteforskning/SIFF

Jan Grund
Helsedir.

Kjell Bjartveit
Statens skjermbildefotogr.

Sonja Stenmarck
Nasjonalforeningen for folkeh
Odd D. Vellar
Inst. for forebygg. med. Oslo.

Leif E Aarø
Inst. for sos.psyk., Bergen.

Marit Christie
Helsedir. Sekretærer.
Per Morten Løchsen

Inst. for forebygg. med. Oslo
De kom med sitt forslag i form av
en 15 siders rapport, avgitt i
mars -83.

Etter behandlingen av Stortingsmelding nr. 15 (1977-78) om helsemessig opplysningsvirksomhet, ble samarbeidsorganet for helsemessig opplysnin (SOHO) opprettet. Det ble også opprettet en saksbehandlerstilling i Helsedirektoratet til å ivareta sentrale helseopplysningsoppgaver, også sekretariatfunksjonen for SOHO.

Gruppen peker på at mangelen på en sentral enhet for helseopplysning som ressursinstans for lokalplanet, er årsak til mangelen på desentralisering av opplysningsvirksomheten som stortingsmeldingen la opp til.

Gruppen mener at en sentral helseopplysningssenhett bør ha følgende oppgaver:

- Samordning av helseopplysningsvirksomheten i frivillige organisasjoner og offentlige institusjoner.
- Opplysning og service til helseopplysningsorganer og kommunehelsetjenesten.
- Forskning og forsøksvirksomhet.

For å oppfylle disse målene skisseres følgende oppgaver og funksjoner:

Enheten bør:

1. Være helsemyndighetenes rådgivende og utredende instans når det gjelder helseopplysn.
2. Gi veileding til kommuner, fylker, offentlige organer og frivillige organisasjoner ved utarbeidelsen av materiell og opplegg for opplysningsstiltak. Formidle erfaringer med bruk av informasjonsfaglige tjenester.
3. Arrangere og delta i opplæring av personell som skal drive praktisk helseopplysning f.eks. skolerings av helse- og skolepersonell og journalister i emner med relasjon til helseopplysning og i formidling av helseopplysningsmetodikk, erfaringer og mål.
4. Ha oversikt over og samling av opplysningsmateriell, litteratur/mediatek med tanke på brukerne i kommuner og fylker. Senteret bør også på sikt bidra til utgivelse av et tidskrift om helseopplysning.
5. Være sekretariat for SOHO.
6. Delta i planlegging og tilrettelegging av større samarbeidsprosjekter mellom offentlige organer og frivillige organisasjoner.
7. Forske i helseopplysningsmetoder. Ta initiativ til og delta i praktisk rettede evalueringundersøkelser og forsøk, og i formidling av forskningsbehov og resultater. Senteret skal også bidra til å koordinere eksisterende helseopplysningsforskning.
8. Ha kontakt med massemedia.
9. Ha kontakt med internasjonale helseopplysningsorganer.

Gruppen anbefaler at enheten blir frittstående med egen styringsgruppe, men at den blir administrativt tilknyttet sos.dept./Helsedirektoratet etter tilsvarende ordning som Statens ernæringsråd og Statens tobakkskaderåd. (Det er noen uenighet om dette, formannen tiltråd enheten lagt direkte under HD/Sos.dept.)

Virksomheten skal styres av et bredt sammensatt faglig råd på 5-7 medlemmer som "kan yte nødvendig faglig støtte og trekke

opp faglige retningslinjer."

En fullt utbygd enhet for helseopplysning med ovennevnte oppgaver vil kreve ca. 15 årsverk. Gruppen legger imidlertid opp til en gradvis oppbygning med minimum 7 ansatte fra starten, hvorav 2 forskere. Bemanningen bør være bredt sammensatt, med helsefaglig, samfunnsfaglig, informasjonsfaglig og pedagogisk innsikt og erfaring.

Driftsbudsjettet blir fra starten av 2,8 mill.kr.

På lengre sikt foreslås samling av alle institusjoner (Statens ernæringsråd, - tobakkskaderåd, - edruskapsdirektorat, - skjermbildefortografering, Sentralrådet for narkotikaproblemer, Gruppe for helsetjenesteforskning m.fl.) i et HELSEOPPLYSNINGENS HUS.

Det understrekkes at institusjonene bør beholde sine selvstendige funksjoner.

Dette kan gjøre mulig et godt faglig miljø, og nærmere samarbeid institusjonene imellom ■

Regulering av torskefisket -en alvorlig sak for fiskerfamiliens helse

□Av Gunnar Tellnes
Distriktslege, Værøy



Gunnar Tellnes har etter studiene i hjembyen Bergen vært i turnus ved sykehuset i Arendal og i Askvoll distrikt. Distriktslege på Værøy siden 1979 og helserådsordfører siden 1980. Drev med slektsforskning i studie- og turustiden, men er etter hvert blitt mer opptatt av helseopplysning og forebyggende medisin i lokalsamfunnet. Som forskningsstipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo vil han i 1984 evaluere verdien av skadeforebyggende arbeid og dessuten sin egen psykofarmakaforskrivning gjennom 4 år i et nordnorsk legedistrikt.

Dette bidraget fra Gunnar Tellnes mottok vi i april. Det er blitt liggende værfast i redaksjonen, vel vesentlig i en storm av kommunehelsetjeneste. Nå synes vi dette er en praktisk illustrasjon av Berit Olsens generelle beskrivelse av å identifisere og å formulere helsepolitikk i lokalsamfunnet. (Ola L.)

Det er nå klart at det er nødvendig å redusere beskatningen av den norsk-arktiske torskestammen. Dette er også akseptert av fiskerne, havforskerne og politikerne. Saken dreier seg derfor om på hvilken måte dette skal gjennomføres.

De reguleringer som ble forespeilet fiskerne og delvis gjennomført under årets skrei-fiske i Lofoten, har en uheldig helsemessig konsekvens for fiskeren og hans familie: Dette gjelder særlig de som driver med passive reskaper, d.v.s. line, garn og juksa.

Mine erfaringer bygger på daglig kontakt med innbyggerne i en fiskerikommune ytterst i Lofoten. Hele kommunens eksistens er avhengig av det utbytte havet kan gi, og "Lofotfisket" står her helt sentralt.

I vintermånedene januar til april arbeider fiskerne ca. 16-20 timer i døgnet. De får minimalt med sovn, spisepauser og hvile. Mange valgte "å stå på" i de ca. 12 ukene de var forespeilet å få lov å fiske skrei. To uker fredning i mars/april var planlagt av departementet. Sent fikk fiskerne vite at det ble bare en ukes fredning. Denne vinteren har kuling og storm herjet nesten daglig like frem til påske. De minste båtene som driver med line og juksa, hart forholdsvis sjeldent kommet seg på havet mens andre har prøvd å trosse vær og vind. Ytterst i Lofoten gjennomfører naturen selv en ubønnhørlig regulering i tillegg til den myndighetene bestemmer.

Når fisket står på, er hele familiene i arbeid for å gjøre klar redskapen, egne, fiske og skjæretunger. Skal inntekt sikres slik at årslønna blir brukbar, må fritid, lekselesning og sovn vente til senere.

Den helsemessige konsekvens er klar. Unødige sjanser blir tatt. Fiskebåtene går ut i kuling og storm for å sikre familiens inntekt før fredningstiden begynner. dette medfører angst, nervøsitet, hodepine og redsel for hustru, barn, mødre og fedre. Enkelte kvinner går i en kronisk Angst og er søvnlos hele vinteren. Fiskeren på havet får redusert sin sikkerhet, og hans konsentrasjonsevne blir svekket som følge av for lite sovn og hvile. Bølgene kan være høye som hus, og mye av energien går da med til å holde seg fast mens man arbeider.

Da fiskeprisene nå er redusert, blir det også til at fiskerne setter ut maksimalt med redskaper for å få en akseptabel lott. Dette medfører ekstra lange arbeidsdager.

Den utvidede helgefredning som startet fra midten av april, er også betenklig sett fra et medisinsk synspunkt. Man må nå drive hardt 5 dager i uka mot 6 tidligere. I tillegg kommer bestemmelser om at redskapene skal være oppe av havet før fredag kl. 2400. Vi har ferske eksempler på at fiskerne p.g.a. været ikke har funnet det forsvarlig å dra ut på havet en fredag for å ta i land redskapen, men myndighetene har likevel beordret dem ut i kuling og høy sjø. Liv og helse settes på spill, ikke bare for fiskeren selv, men for hele hans familie som venter på land, lammet av redsel.

En bedre løsning, sett fra et medisinsk synspunkt, må være å gi reguleringen en endret form. Hver fisker bør få en "kilo-kvote" han har lov til å fiske. Det bør også tildeles en "kilo-kvote" knyttet til hver båt. Kvoten må beregnes utifra båtens størrelse, kostnad og nedbetalingsgrad: Den lott som i dag går til selve båten, kunne brukes i en fremtidig fordelingsnøkkel. dette betyr at myndighetene lettere kan bestemme hvor mange tonn som tillates fisket hvert år. Fiskeren kan dessuten bruke den tid han trenger på å skaffe seg sin årsinntekt. Han slipper å ha 20 timers arbeidsdag og er ikke tvunget til å gå ut i kuling og storm med livet som innsats. Hver fisker og båt kan få tilsvarende kvoter for andre fiskeslag som fiskes resten av året.

Med slik drift trenger heller ikke fiskeren å ha så mye redskap i sjøen til enhver tid. Han vil lettere kunne klare å trekke alt "bruket" hver dag, hvilket også vil høyne kvaliteten på fisken. dette har igjen stor betydning for det videre salg av fisken til

markeder som krever prima vare. Resultatet vil bli en sikrere avsetning og mer stabil sysselsetting på land.

Diskusjonen har også dreiet seg om trålerflåten som tar opp store kvanta fisk sammenlignet med de som driver med passive redskaper: Trålerne som har kvoteordninger, fisker dessuten aktivt i den tiden fredningsbestemmelsene gjelder for de mindre båtene. De aller minste, som driver med med lina og juksa, er tvunget til å holde seg på land i dårlig vær i tillegg til fredningstiden. Dette er inkonsekvent fordi disse små båtene beskatter torskestammen minimalt sammenlignet med trålerne. De minste sjarkene bør derfor ikke være underlagt fredningsbestemmelsene i helgene og i Lofotfisket. Dette gjelder særlig Værøy og Røst der kuling og storm sørger for regulering for de minste båtene. Ved tildeling av kg-kvote til fisker og båt/bruk slipper mange å dra ut i dårlig vær eller sitte igjen med minimalt økonomisk utbytte slik tilfellet er i dag.

Vi lever i en tid da sysselsettingen skal sikres samtidig som torskestammen må unngå for stor beskatning. Hvordan skal vi mestre en slik vanskelig oppgave? I denne sammenheng må det være viktig hvor mange fiskere eller fiskerfamilier som kan leve av (ha en rimelig inntekt av) f.eks. 100 tonn oppfisket torsk. Sammenlignende beregninger må gjøres for trålerflåten, garn-, line- og juksafiskerne. Hvis den ene brukstypen beskatter torsken særlig mye i forhold til antall personer sysselsatt, bør andre brukstyper prioritieres. Beskjefrigelsen av lineegnere på land bør også tas med i regnestykket.

Myndighetene bør på ny vurdere hvilken form regulering av torskefisket skal ha. I denne forbindelse bør det også tas hensyn til fiskerfamilienes helse og sikkerhet. Beskatningen må også vurderes i lys av sysselsettings- og distriktpolitikk. det trenges politisk mot og dyktighet til å gjennomføre dette i praksis■

Er det mulig
å trekke en grense
mellan forebyggende helsearbeide
og politisk arbeid ?

Av Berit Olsen
Helserådsordfører i
Hamerfest

Mitt svar er nei,
hvis man med politikk forstår:
ikke partipolitikk, men:
striden om verdifordelinga i
samfunnet.

Jeg vil forsøke å begrunne det nærmere.

Primær forebyggende: dvs. hindre oppst  en av sykdom. (Dette er nå ved lovensl  gt kommunene)

Sekundært forebyggende: er tidlig behandling for å forebygge uheldige konsekvenser av eksisterende sykdom.

Tertiær forebyggende: er rehabilitering.

Primordial forebygging: som består i å forebygge innføring av risikofaktorer i grupper av befolkningen som enda ikke har akvirert disse risikofaktorene. Et uproblematisk eksempel: Hindre barne- og ungdomskull i å overta alkohol- og røykevaner fra de voksne. Et mer problematisk eksempel: Hindre at U-land importerer en helsemessig uehdlig røyke/alkohol og dietvane fra I-land.

Konflikten mellom helsearbeid og politikk er liten - kanskje ute-lukkende økonomisk? - mellom sekundær og tertiar forebygging. Ser vi derimot på primordial og primær forebyggende virksomhet, griper disse direkte inn i hvordan friske mennesker prioriterer sine liv, og i aktuelle samfunnss-forhold.



Berit Olsen har både røttene og føttene i Finnmark: født og oppvokst i Havøysund, et sted hvor politikk er ensbetydende med fiskeripolitikk, og hvor oppslutningen om Arbeiderpartiet nærmest har "folkedemokratisk" karakter. Cand.med. fra Bergen 1974. Tidligere distriktslege i Berlevåg. Distriktslege/helserådsordfører i Hammerfest fra 1979. (Bildet var tatt før distriktet ble oversvømt av unge doktere: et ferskt bilde med smil over hele ansiktet var for grått til å tåle reproduksjon)

Jeg synes det må være en grunnforutsetning for i det hele tatt å begi seg inn på slikt forebyggende helsearbeid, at vi erkjenner begrensningene i vårt mandat. Med dette mener jeg eksempelvis: Kan vi ta det for gitt at vi har mandat til å klassifisere befolkningssgrupper etter alle mulige og umulige slags risikofaktorer og "overvåke" dem livet ut?

Hvilket mandat har vi?

Det vil sannsynligvis være enighet om at en overordna målsetting for forebyggende helsearbeid må være et samfunn som ikke skaper helsemessige problemer. Dersom man aksepterer det, må løsningsstrategien nødvendigvis bli å påvirke de beslutninger som tas, enten av individer eller samfunn

(de politiske organ), i en retning som kan virkelig gjøre denne målsettinga.

Men dette er pr. definisjon politikk.

I følge cand. polit. Rolf Rønning, som jeg - i sterkt forenklet form - har hentet dette resonnementet fra, så betyr dette at forebyggende arbeid ikke kan fagliggjøres eller profesjonaliseres. En profesjonalisering ville bety en avpolitisering i den forstand at legfolk ville bli frattatt retten til å mene noe om sentrale verdiprioriteringer i samfunnet.

Konsekvensen må bli at vi erkjenner at forebyggende helsearbeid er en del av den politiske arena, og forholder oss deretter. Med det mener jeg at helseprofessionene må akseptere ansvar for forskning, utdanning, screening, informasjon og rådgivning, - og ikke minst -skolering av legfolk, avdekking og problematisering av forhold som har helsemessige konsekvenser, samtidig som de må godta at ansvaret for avgjørelsene ikke er deres. Det betyr naturligvis ikke at ikke helsearbeidernes feed-back tilbake til samfunnet er helt vesentlig, - det er de som samler erfaringer om hvor skoen trykker, og som sitter best til for å peke ut løsninger.

Det kan være verdt å dvele ved det umulige i å skille forebyggende helsearbeid og politikk, også rent praktisk: Selv om en ønsker å innta en helt verdinøytral, "objektiv" holdning som informant og rådgiver, er det åpenbart at ens personlige engasjement, hvor sterkt en føler for saken, vil påvirke måten en prøver å "selge" sine råd på, hva nå enten det er en tørr og bortgjemt konklusjon på s. 249 i en tettskrevet rapport, eller det er ved aktivt å søke å påvirke opinionsledere eller sentrale politikere til å innta "rett" standpunkt. Men dette kan vanskelig være annet enn politisk aktivitet, hva enten man liker det eller ei.

Et par eksempler fra hverdagen i mitt distrikt kan belyse konflikten i praksis:

Det er helserådene oppgave å føre tilsyn med næringsmiddelomsetningen i distriket. Og det er gitt en rekke, til dels meget detaljerte, forskrifter fra sentralt hold. De virkemidlene som helserådene har til disposisjon etter næringsmiddelloven, hører til de kraftigste vi har; og inkluderer bl.a. øyeblikkelig

stengning av bedrifter, beslag i produksjon, stans i omsetning etc.. Hos oss er det, som sikkert i de fleste utkantstrøk, en rekke små næringsmiddelprodusenter og leverandører. De holder ofte til i små og uhensiktmessige lokaler, under hygienisk elendige forhold, ofte med begrenset lønnsomhet o.s.v... Neppe en håndfull kan passere den lempeldigste fortolkning av forskriftene.

Samtidig er det slik i vårt distrikt, at vi for alt i verden må sikre hver eneste arbeidsplass, fordi nye er vanskelig å oppdrive. ikke bare er kampene for arbeidsplassene viktig forebyggning på individnivå. Hver eneste tapt arbeidsplass i Finnmark truer bosettingsgrunnlaget, og dermed vår sosiale eksistens.

Å slå seg på forskriftene og søker å holde sin faglige sti ren i slike situasjoner, vil kunne medføre uante konsekvenser i mange småsamfunn.

Et annet eksempel som illustrerer begrensningene i det forebyggende helsearbeid: Mange fiskeindustribedrifter har såkalt lagakkord-system, dvs et arbeidslag har felles akkord. Dette bidrar til å holde et høyt tempo, samtidig med at alle voktes med mistankens skjerpede blikk av lagkamerater, som frykter for at akkorden ikke skal overholdes. Fiskeindustrien er naturligvis storleverandør av muskel/skjelettsykdommer, akutte så vel som kroniske, og det rimelig å gi akkordsystemet, sammen med ensidige arbeidsstillinger og det høye arbeidstempoet en vesentlig del av skylden for det. Det kunne synes som et naturlig forbyggende tiltak å ta vekk akkordsystemet, og f.eks. satse på timebetaling. Dette har vært forsøkt i mange bedrifter, men de ansatte ønsker ikke det, av frykt for å gå ned i inntekt som rimelig kan være. Helsearbeidet her mangler naturlige alliansepakter: De som ikke har problemer med å overholde akkordene, de blir stående i produksjonen i år ut og år inn, de blir medlemmer og besetter sentrale posisjoner i fagforeningene: Mens de som faller utenfor gjør det enkeltvis over lang tid, de er ikke organisert eller samlet, de har kanskje vært i kontakt med forskjellige personer i sosial- og helsevesenet, - eller kanskje ingen. Deres erfaringer er ikke samlet, deres stemmer blir ikke hørt, og selv skammer de seg over fiaskoen, og holder kjeft om nederlaget.

Jeg forestiller meg forebyggende helsearbeid inndelt langs en skala, hvor det i den ene enden finnes et område hvor leger og

annet helsepersonell besitter et kunnskapsmonopol, f.eks. gjelder det for infeksjonsprofylakse og teknisk hygiene. Midt på skalaen finnes et større område som domineres av livsstilssykkommene, her er helseprofessionenes kunnskapsmonopol mer tvilsomt. Og i andre enden av skalaen finnes et enormt område hvor leger ikke besitter noen spesielle kunnskaper framfor informerte legfolk.

Hvor grensene går mellom disse områdene er en skjønnssak, og vil variere med den kunnskap vi mener å besitte m.h.t årsakssammenhenger. I dag vil sannsynligvis svært få leger avvise arbeidet med å redusere tobakks- og alkoholforbruket som en viktig oppgave for det forebyggende helsearbeid. Mange vil antageligvis sette grensen ved forsøk på å motarbeide sosiale og kulturelle opplosningstendenser, eller "arbeidskraftens mobilitet", til tross for at disse sannsynligvis er gode bakenforliggende forklaringer til det økte alkoholforbruket, til økt stress og økt roykepress, som aksepteres som legitime helseoppgaver. Eller man vil sette grensen ved arbeid for å påvirke opinionen i spørsmål som er partipolitisk brennbare, slik som problematikken omkring kjernefysisk krigføring, A-våpen og våpenkappløpet generelt. Men det kan vel ikke være slik at forbyggende helsearbeid kun skal beskjefte seg med saker som ikke er politisk aktuelle?

Slik jeg ser det, kan forebyggende helsearbeid for å bedre folkehelsa bare drives effektivt dersom folkeopinionen er villig til å akseptere de nødvendige tiltakene, ikke minst fordi det er politisk valgte organ som rår over de mest effektive virkemidlene: lovgivning, skattelegging, subsidiering. Men skal slike virkemidler tas i bruk, må det eksistere et politisk grunnlag for det.

Forebyggende tiltak som ikke kan individualiseres eller løses teknisk/medikamentelt eller med flere behandlere, vil ofte motarbeides i systemet. Ikke minst fordi næringslivets lønnsomhet synes å være gitt forutsetning i vårt samfunn, og helse- og sosialsektoren blir passive mottagere av problemer skapt i andre samfunnssektorer.

Vanligvis blir spørsmålet stilt slik:

- Hvordan skal helsesektoren oppfylle sitt ansvar for helsa til folk, når så mange av faktorene som påvirker helsa ligger utenfor helsesektorens innflytelses-

område?

Jeg synes det hadde vært riktigere å spørre:

- Hvordan skal vi i helsesektoren nå fram med krav om en næringsstruktur som skaper færrest mulig problemer i vår sektor?

Og i følge denne tankerekken må neste spørsmål bli:

- Er vi virkelig (personlig) interessert i en annen næringsstruktur?

- Hvor ligger vår lojalitet? (til hvilket verdigrunnlag)

- Er det mulig å være engasjert i forbyggende helsearbeid samtidig som man er politisk konservativ?

Kan det være slik at en eventuell konflikt mellom forebyggende helsearbeid og politisk arbeid heller enn i en abstrakt sfære utafor oss, går tvers gjennom oss, fordi også vi er deltakere i dette samfunnet, ikke passive observatører?

Helse kan i økologisk perspektiv sees på som menneskets respons på omgivelsene. En strategi for forebyggende helsearbeid som bygger på en sykdom-etter-sykdom løsning, eller omvendelseskampanjer for å få folk til å forandre sine individuelle risikofaktorer, er derfor lite egnet til å gi de store bidrag til ei bedra folkehelse. En strategi for å bedre folkehelsa må ta hensyn til hele menneskets miljø og omgivelser, og må derfor nødvendigvis bli politisk. Og hvis vår interesse for forebyggende helsearbeid er ekte, kan jeg vanskelig forstå at vi kan unnlate å søke å påvirke samfunnet til å ta i bruk effektive virkemidler for å skape et helsemessig sunnere samfunn.

Å satse utelukkende på individualistisk pregede forbyggende helsetiltak i dag, ville være omtrent håpløst som om gårdagens hygieneforkjempere hadde anbefalt hver husstand å koke drikkevannet istedenfor offentlige fellesløsninger.

På oppfordring har Berit O. sendt oss en orientering om arbeidet i hennes distrikt:

Hammerfest legedistrikt har knapt 10 000 innbyggere og består av de to kommunene Hammerfest og Sørøysund. De to kommunene har separate helseråd, men felles lege-tjeneste. Fra 1.9.79 har distriktet hatt forsøksordning med fast lønn, og fra dette tidspunkt har et interkommunalt styre hatt til-

syn med virksomheten. Dette er i samsvar med kommuneloven. Den noe uvanlig vri vi har gjort, er at dette styret består av begge orførerne i de kommunene pluss begge helserådsordførerne. En av helserådsordførerne er formann og forbereder sakene for styret. Dette styret utarbeider budsjettforslag og fremmer forslag om anskaffelse og fornyelse av nødvendig utstyr, ansetter hjelpepersonell og utarbeider forslag til arbeidsplan for legene.

Denne måten å styre virksomheten sikrer gode kommunikasjonsforhold og et nært samarbeid med de politiske organer i kommunene, og det har vært lett å vinne forståelse for helsesektorens problemer. Vi synes denne ordninga fungerer svært godt, men det skal ikke stikkes under en stol at politikerne i Finnmark av naturlige grunner nok har vesentlig bedre innsikt i primærhelsetjenesten enn i andre fylker hvor denne tjenesten har fungert uten at det har vært nødvengig med spesielle tiltak. Uansett er det vår oppfatning at både kommunens faglige og politiske organer er fornøyde med ordningen og finner den hensiktsmessig.

Vi anbefaler den gjerne videre ■

EDB i primærhelsetjenesten status

□ Av Jon Hilmar Iversen □
Distriktslege i Eide

Like viktig som et EKG-apparat er for almenmedisinsk diagnostikk og behandling, er et EDB-apparat for samfunnsmedisinsk diagnostikk og behandling. Dessuten vil et EDB-apparat kunne utnyttes til effektivisering av pasientadministrasjonen.

To forhold gjør det viktig å tenke på EDB i primærhelsetjenesten nå: For det første er teknologien blitt rimelig og alment tilgjengelig. For det andre fører Lov om helsetjenesten i kommunene til en omorganisering med nye muligheter (på godt og vondt). Det er nå det skjer, i løpet av de første måneder og år.

Er EDB nyttig i primærhelsetjenesten?

Fornuftig bruk av EDB vil føre til en faglig kvalitetsforbedring og en effektivisering av primærhelsetjenesten. Dessuten vil EDB ikke minst hjelpe oss til å utføre samfunnsmedisinske oppgaver som vi ikke har hatt tid eller råd til å utføre tidligere. Videre vil EDB kunne bedre kommunikasjonen i helsetjenesten, ikke minst mellom helsetjenesten innenfor og utenfor institusjon.

I primærhelsetjenesten kan EDB i dag først og fremst brukes til

- administrative
- samfunnsmedisinske
- almenmedisinske oppgaver

EDB-utviklingen i primærhelsetjenesten har til nå foregått gjennom to litt ulike innfallporter. Noen har koncentrert seg om å utvikle pasientjournal på EDB, mens andre har tatt i bruk EDB i bruk for samfunnsmedisinske oppgaver uten å legge hele pasientjournalen på EDB. På sikt bør begge disse oppgaveområdene dekkes av samme EDB-system, samtidig som en oppnår en kontoreffektivisering og etterhvert også god kommunikasjon mellom ulike deler av helsetjenesten.

Vi skal her summere opp hvilke erfaringer som finnes og se nærmere på hvilke tilbud som finnes i dag.

Samfunnsmedisinsk og administrativ bruk av EDB.

Samfunnsmedisinsk bruk av EDB skal kunne gi en oversikt over hele befolkningen og dens sykelighet og legesøkning og medvirke til å gi grunnlag for dimensjoner og forbedring av helse-tjenesten. Samfunnsmedisinsk oversikt over befolkningen er viktig for fornuftig planlegging av forebyggende arbeid og for å kunne måle effekter av forbyggende arbeid.

Samtidig bør EDB-systemet for-enkle og forbedre pasientadminis-trasjonen og gi muligheter for tekstbehandling, regnskap/buds-jettkontroll og annen generell databehandling

1. Distrikts Helse Data (DHD), Alta distriktslegekontor:

Ved Alta distriktslegekontor har de flere års erfaring med i perioder å benytte det alminne-lige regningskortet til trygde-kontoret med plass til bestemte tilleggsdata som registrerings-grunnlag for inntasting i egen lokal mikrodatamaskin. Slik har de utført flere avgrensede under-søkelser av epidemiologisk og driftsmessig art i et normal-tariffssystem.

2. Registreringssystem for administrative og epidemiologiske data (RAMO), Eide distriktslegekontor:

Eide distriktslegekontor har nå ett års erfaring med fortløpende registrering av en del grunnleg-gende epidemiologiske data for alle pasientkontakter i kommunen. Registreringen foregår ved hjelp av et eget A4 registreringsark, som også fungerer som et nyttig redskap for intern kommunikasjon mellom respsjon, legen, laborato-riet, sykepleier og apoteket. Dataene fra skjemærtastes tastes dagen etter inn i lokal EDB-maskin og gir grunnlag for periodisk ut-kjøring av drifts- og epidemiologisk statistikk.

Datamaskinen har også vært be-nyttet til regnskaps/budsjettkon-troll, postjournal på EDB, arbeidstidsregistrering, møtebok for helseråd/helsestyre og som tekstu-behandler for årsmelding, artikler o.l..

3. MARK-DATA, Markveien legesenter i Oslo.

Markveien legesenter i Oslo har flere års erfaring med et eget A4

regningskort/registreringskort som glir inn i de daglige rutinene som et vanlig regningskort til trygdekassen i et normaltariffssystem. Men ved Markveien legesenter sendes kortene bungevis hver 14. dag til en datasentral for inntasting. Systemet gir automatisk avregning med trygdekassen og drifts- og epidemiologisk statistikk for legesentret.

Systemet er i dag tatt i bruk ved flere bydelslegeentra i Oslo og i en kommune utenfor Oslo. Systemet krever ikke egen lokal EDB-maskin.

4. Komune Helse Data (KHD) % Markveien legesenter i Oslo.

På bakgrunn av erfaringene fra Alta, Eide og Markveien legesenter i Oslo holder Kommune Helse Data-gruppen i samarbeid med KOMMUNEDATA Øst-Norge (KDØ) på med å utvikle et samfunnsmedisinsk og pasientadministrativt EDB-system for kommunehelsetjenesten. Det skal kunne tas i bruk 1.1.84. Papirversjonen vil bygge på de samme prinsipper som MARKDATA i dag, dvs med sentral databehandling.

I løpet av januar-februar 1984 vil skjermversjonen på en mikrodatamaskin være klar, og da vil papirskjemaet som følger pasienten rundt på legekontoret kunne tas inn i resepsjonen samtidig med at pasienten betaler, får ny time o.l.. Lokal EDB-maskin vil videre kunne gi mulighet for tekstbehandling, regnskap/budsjettkontroll og annen generell databehandling.

Etterhvert vil det også bli utviklet pasientjournal på EDB, med fulle samfunnsmedisinske muligheter til oversikt over hele pasientmassen.

5. Hydro-Helse, Rogalandsdata, Stavanger.

Hydro-helse er et spesielt system for bedriftshelsetjeneste i større bedriftshelsetjenester. Det synes å ivarta både almenmedisinske oppgaver overfor den enkelte pasient og en god samfunnsmedisinsk oversikt over alle ansatte, deres lidelser, eksponeringer o.l..

Almenmedisinsk og administrativ bruk av EDB.

Almenmedisinsk bruk av EDB med pasientjournal og kontoreffektivisering krever en terminal på

hver arbeidsplass (en til hver lege, resepsjon og laboratorium). Derfor er dette et dyrere alternativ, med det vil kunne erstattes behovet for skriving av dikterte journaler og brev.

De systemene som finnes i dag har ikke fulle samfunnsmedisinske muligheter for statistiske oversikter over hele pasientmassen, men vil bli utvidet i den retningen. Derimot har de automatisk utskrift av resepter, sykemeldinger, brev og regningskort til trygdekassen.

Følgende systemer for pasientjournal finnes på det norske markedet i dag:

1. INFODOC, informasjons-systemer A/S, Bergen.

Dette systemet er kommet lengst i utvikling og salg. Det har pr. oktober 1983 11 enebrukere og 11 flerbrukere, bl.a. Askøy legesenter utenfor Bergen, Lier legesenter på Østlandet, Mo i Rana, Tromsø og Hisøy.

2. BALFJORDSYSTEMET, Fylkeslegen i Troms, Tromsø.

Systemet er laget av Universitetet i Tromsø med midler fra staten og har vært i drift i Balsfjord legesenter siden mai 1981. Fra og med januar 1984 skal det gå i prøvedrift i 3 nye nabokommuner, Bardu, Salangen og Lavangen, med 1.24 mill. fra Nord-Norgemidlene. Prøvedriften vil sannsynligvis skje i samarbeid med Kommunedata Nord-Norge (KDN), og systemet vil da kunne komme på markedet i løpet av 1984.

3. Pasientkartotek på EDB, EMMA EDB, Bergen.

Systemet er ferdig utviklet for salg, men har ennå ikke solgt noen enheter til nye kunder utover den legen som var med på å utvikle systemet.

4. Tekstbehandling som pasientjournal.

Noen leger bruker et rent tekstbehandlingssystem som pasientjournal på EDB, men da oppnås stort sett bare en slags kontoreffektivisering, fordi et vanlig tekstbehandlingssystem ikke inneholder noen spesielle faglige rutiner eller logiske inndelinger av journalen med automatiske funksjoner.

ADRESSER:

MARK-DATA og Kommune Helse Data (KHD), c/o Markveien legesenter, Markveien 51, Oslo 5
Tlf. 02-377062.

INFODOC: Informasjonssystemer AS, Totlandsveien 2, 5050 Nesttun.
Tlf. 05-102440.

BALSFJORDSYSTEMET: c/o Fylkeslegen i Troms, 8000 Tromsø.
Tlf. 083-84560.

PASIENTKARTOTEK på EDB, EMMA EDB, Lars Hilles gt. 20 A, 5000 Bergen
Tlf. 05-321300

HYDRO-HELSE: Rogalandsdata AS, Boks 369, 4001 Stavanger ■



Rådgivningsgruppe for bruk av EDB i primærhelsetjenesten

□ Av Toralf Hasvold □
Distriktslege i Bardu

Det er en stadig økende interesse for å ta i bruk EDB-systemer i primærhelsetjenesten. I Norge er det utviklet flere journalsystemer som er mer eller mindre skreddersydd for norsk primærhelsetjeneste. I nordisk sammenheng er vi i Norge kommet svært langt innenfor denne utviklingen: Samtidig som interessen for å ta slike systemer i bruk er økende, er det fare for at markedet blir oversvømmet med tilbud fra ulike datafirma. De færreste av disse tilbudene vil være anvendelige i norsk primærhelsetjeneste, de er stort sett basert på utenlandske store operativsystemer: Bare de færreste primærleger vil ha innsikt og kunnskaper nok innenfor dette feltet til å kunne velge ut det EDB-system som passer den enkelte bruker best. Denne usikkerhet og angst for å gjøre store investeringer som senere kan vise seg å være helt bortkastet, har også ført til at mange har latt være å skaffe seg EDB-systemer. Jeg vil derfor henstille til selskapet for almenmedisin at det blir oppnevnt en rådgivningsgruppe som kan bistå interesserte primærleger i å veilede i den

jungelen av datasystemtilbud som snart kommer på markedet. En slik rådgivningsgruppe bør fortrinnsvis velges blant de som pr. i dag har noe innsikt i disse systemene og som vil holde seg ajour med utviklingen innenfor dette feltet. En forbrukerrådgivningsgruppe for EDB-systemer i primærhelsetjenesten vil ikke ha behov for reise- eller møtebudsjettt, men bør kunne gi sin veiledning og sine råd via brev eller telefon direkte til de som ville være interessert i slik veiledning.

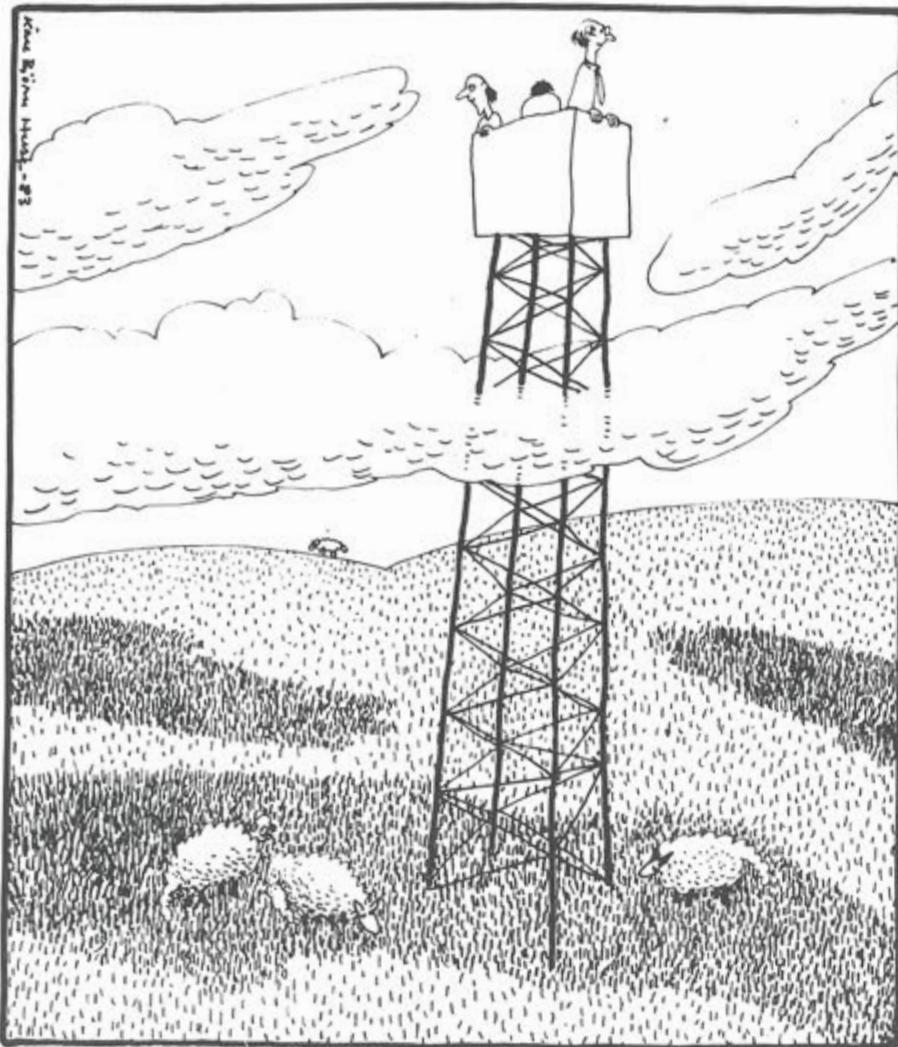
Jeg tror det viktig å få etablert en slik rådgivningsgruppe som bør bestå av 4-5 personer så snart som mulig da utviklingen innenfor dette feltet går uhyre raskt ■



"What hurts is that I wasn't replaced by a whole computer - just a transistor."

Almenpraksislærer uten almenpraksis?

Skal legene ved instituttene for almenmedisin ha almenpraksis?



□Av Even Lærum



Even Lærum er født og oppvokst på Voss. Dessuten cand.med. fra Oslo 1970. Almenpraksis i Nedre Eiker i ca. 10 år. Stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo siste par år. Doktordisputas planlagt medio januar 1984.

Spørsmålet vil trolig i mange ører lyde som et paradoks. Er det ikke selvsagt ting at leger ved et institutt for almenpraksis selv må drive almenpraksis - like innlysende som at en pianist ikke kan spille uten piano?

En av grunnene til å reise spørsmålet er imidlertid at det foreligger en betydelig variasjon med hensyn til omfanget av løpende pasientrettet praksis, og denne variasjonen gjelder både instituttene imellom og de tilknyttede legene immellom. Variasjonsbredden er faktisk fra tinnærmest ingenting og opp til fulltids praksis. Like store har også forskjellene vært på omfanget av

almenmedisinsk praksis forut for legenes ansettelsesforhold ved våre fire almenmedisinske institutter. På denne bakgrunn dukker spørsmålet om praksisomfang jevnlig opp sammen med en diskusjon om hva et optimalt praksisomfang kan tenkes å være. Ikke minst reises og diskuteres disse spørsmålene når man møter kolleger som arbeider ute i felten. "Har dere overhode pasienter på Institutt for almenmedisin i Oslo?" Bakom spørsmålet fornemmer man en undertone av kritikk og undring. Et institutt for almenmedisin uten løpende fornankring i den almenmedisinske hverdag hvor klinikks og møte med pasienter står sentralt, synes det

vansklig å forestille seg og å identifisere seg med. Man aner en grøft mellom institutt og grastrot, en grøft som til tider beskrives både dyp og bred.

På den ene siden av grøfta antydes et tårn av praksisfjerne teoretikere som skuer vidt og bredt ut i en tåketilhyllet heim fylt av helsepoliteikk og store luftige vyer.

Samtidig vet man også at det finnes eksempler på driftsformer hvor praksisen kanskje i stor grad dominerer. Legene "drukner" i sin praksis, og dermed kommer oppgaver som forskningsaktivitet, publisering, undervisning og i

videste forstand fagets teoretiske aspekter helt i en bakevje.

Hva er så årsaken til disse store variasjonene?

Som så ofte ellers i medisinen står vi overfor et multifaktorielt årsaksbilde. Organisatoriske forhold spiller selvagt inn. Heri inngår avtaler med universitetet, stat, kommune og eventuelt legeforening, det inngår tilgjengelighet på helsepersonell og lokaliteter - og økonomiske forhold kommer alltid inn.

Faglig bakgrunn er en annen faktor. En bakgrunn som i hovedsak er modulert på spesialiserte universitetsklinikker kan tenkes å antagonisere lysten på å drive vanlig almenpraksis.

Til syvende og sist er det sannsynligvis de mer vanskelig målbare faktorer som lyst, interesse og peronlige prioriteringforhold om er mest utslagsgivende.

Hvorfor ha pasienter?

For løpende pasientrettet almenpraksis kan følgende grunner anføres:

1. Bygge bro mellom instituttene og primærlegene.

Personlig anser jeg dette som en meget viktig grunn. Flertallet av primærlegene vil trolig ikke eller i liten grad identifisere seg med et institutt som ikke i rimelig omfang har en fast og kontinuerlig forankring i den almenmedisinske kliniske hverdag. Uten pasientrettet virksomhet blir man neppe tilstrekkelig troværdig. Som instituttansatt bør man også selv stadig føle faget på kropp og sinn for på best mulig måte være på faglig bølgelengde med sine faglige kolleger på bakkeplanet. Utveksling av synspunkter, erfaring og kunnskap - kommunikasjon i videste forstand - vil derfor katalyseres.

I blant kan en ha inntrykk av at en del kolleger forventer at et institutt i almenmedisin skal ha noe bortimot en orakelfunksjon. Svært ofte dreier spørsmålene seg om praktisk kliniske forhold. Hvor lenge anbefaler eksempelvis dere ved instituttet at man behandler en ukomplisert cystitt? Slike spørsmål er det nettopp at hverdagen er fylt av for almenpraktikeren. De samme spørsmål forventes vår "teoretiske og faglige høyborg" å være oppatt av, og relevante erfaringer og synspunkter får man ikke minst ved å møte den vanlige almenmedisinske pasient, hvor man løpende tvinges

til å holde seg faglig, praktisk orientert. I denne sammenheng skulle det også være grunn til å minne om at glemselets hastighet ofte er mer enn stor.

2. For faget almenmedisin.

Løpende pasientkontakt oppfatter jeg også helt essensiell for å kunne definere, oppleve og forstå det spesielle og særegne ved vårt fag. ikke minst gjelder dette for å kunne argumentere med tyngde for at almenmedisinen har en plass som et eget fag ved universitetet og i studentundervisningen - argumentere for at vi ser helt andre pasientgrupper enn spesialistene, andre ytringsformer av sykdommer og symptomer, må anvende andre utrednings-, undersøkelses- og behandlingsopplegg o.s.v.. Fra spesialisthold, bl.a. også på universitetsnivå, møter man det synspunktet at man fra samme hold løpende underviser i almenmedisin, at faget bare er litt av de andre spesialitetene puttet opp i en "lapskausgryte". For å møte en slik argumentasjon er det ikke nok bare er det ikke nok bare å snakke om KOPF - det kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende, eller vifte med tilsvarende ideologiske faner. Konkretiserende eksempler må underbygge argumenteringen og forfektring av selvstendig, særlig faglig eksistens for at den skal kjøpes.

Spesielt viktige synes disse spørsmål i en tid da man etablerer et eget selskap for norsk almenmedisin: både kontakten med primærlegene og definering og avgrensning av faget er sentrale oppgaver for Selskapet. Og det er vel ingen grunn til å fortie i denne sammenheng at instituttene er relativt bredt representert i Selskapet.

3. For undervisning, videreføring og etterutdannelse.

Det er en faglig erfaring at både studenter og leger i almenpraksis fortrinnsvis vil lære om matnyttig, praktisk medisin som har et utgangspunkt i pasienten og den kliniske hverdag. Jo mer konkret og praktisk jordnært, jo bedre. Dette gjelder nesten alle rutiner og metoder som alldagen består av. Selvfølgelig er ikke teori, begrepsanalyse, defineringer etc. overflødige, men de må alltid gå hånd i hånd med de de "jordiske" realiteter. Spørsmålet om en pasient med pruritus anogenitalis konsekvent bør undersøkes i gynækologisk leie og med anoskop kan lett glemmes i en rusaktig begjistring over å ha funnet et nytt polypeptid som årsak til

analkløe hos en pasient med Crohns sykdom.

Et annet viktig moment er at levende engasjement alltid synes å være av stor betydning om en undervisning skal bli god. Ja, kanskje et av de viktigste pedagogiske elementer: og få ting blir så engasjerende som det en selv opplever i møte med pasientene. Selv føler jeg i sterkt grad at jeg er helt avhengig av fortøpende kontakt med pasienter for å kunne gjøre undervisningen både levende og praktisk.

4. For forskning.

For å kunne både få og selektere ideer om relevante forskningsideer er også løpende virksomhet i almenpraksis av stor betydning. Klinisk og praktisk rettet forskning vil derigjennom lettere få den prioritert den fortjener. Man vet selv hvor skoen trykker. Løpende praksiserfaring vil sannsynligvis også være en styrke for de som har veilederfunksjon for andre som gjennomfører forskningsprosjekter.

Jeg tror også at man får større "kjerlighet" til egne prosjekter som unnfanges i egen praksis. Dermed øker også sannsynligheten for optimal ytelse og at et prosjekt blir fullbragt.

5. For egen glede.

Dette kan lyde egoistisk, men er det sannsynligvis ikke. I tider da "sutte- og klagesyken" kan fare som epidemi over land og strand og også ramme almenpraktikeren, er det all grunntil å understreke den ekte og til tider store glede kontakten med pasientene kan og bør gi. Det er faktisk mulig å kose seg med pasientene: Mange av de fineste ting en kan oppleve i møte med mennesker - som tillit, trofasthet, livsvisdom, takknemlighet, ros og følelse av å bety noe, humor, muligheten for å gjøre noe for andre og mye, mye mer kan alt oppleves på beste vis i den almenmedisinske hverdag. Man opplever gleden ved å være en nær lege med ansvar for den hele pasients ve og vel.

Et annet aspekt er at muligheten for å kunne veksle mellom teori (institutt) og praksis også kan innebære at pasientene stort sett møter en mer opplagt doktor som ikke er luta lei og har trukket ned sin mentale, beskyttende, gardin. Vekselbruket kan komme begge parter til gode.

Gledesringer sprer seg også i vannet

Hvor mye praksis?

Noe almengyldig svar kan neppe gis, dette er noe som må tilpasses individuelt og ved de respektive institutter: Selv har jeg en tid hatt en praksisdag pr. uke ved siden av universitetsstipendiatstilling og opplevet det som klart for lite. Ikke minst blir det lett en mangelfull kontinuitet og for liten grad av tilgjengelighet overfor pasientene.

I Danmark har man hatt gode erfaringer med halve lektoratstilinger enten ved å være i praksis 3-4 timer pr. dag eller annenhver dag: Personlig anser jeg en slik to-deling i en eller annen form med halv praksis og halv institutt-tilknytning som det optimale: Mange kolleger som jeg har snakket med om dette spørsmål, synes på samme måte å se for seg en slik modell som en god og riktig løsning.

Hva er innvendingene?

Jeg ser ikke mange. Men det er klart at den manglende kontinuitet og tilgjengelighet som lett kan oppstå ved ikke å være i fulltidspraksis, kan representere et problem - ikke minst overfor pasientene.

Enkelte leger vil nok også oppleve problemer ved å leve "stykkevis og delt" og stadig skifte mellom forskjellige yrkesoppgaver. Et annet moment er også at praksisdelen kan tenkes å fortrenge instituttoppgavene av pekuniære grunner og fordi pasientomfang og -krav kan ha en tendens til å øke etterhvert som man blir mer og mer kjent med dem.

En tredje innvending er at noen leger kan ha helt spesielle evner i retning av det teoretiske - filosofiske og kanskje helsepolitiske sider av vårt fag og følge-

lig bør helt og holdent vie seg til disse. Jeg tror imidlertid at det dreier seg om ganske få, og farene er der alltid at bakkekontakten snart tapes.

Som konklusjon vil jeg hevde at spørsmålet reist i tittelen på dette innlegget ikke i første rekke dreier seg om hvorvidt leger ved et institutt for almenmedisin skal ha pasienter - det opplever jeg som noe bortimot et imperativ - spørsmålet blir mer hva omfanget skal være, og det må tilpasses både individuelt og de foreliggende praksismuligheter ved de respektive institutter. Personlig anser jeg en to-deling i en eller annen form som det optimale ■

Annonse

... abonnerer du på **UTPOSTEN**

Kanskje kjenner du noen som ikke gjør det?
Kan et gaveabonnement på Utposten være
årets julegave
til den som har nesten alt?

Jeg bestiller ett års abonnement på Utposten (1984) · kr. 100,- (Student/personalist) kr. 25,-

Navn:

Jeg bestiller ett års gaveabonnement på Utposten (1984) · kr. 100,- (Student/personalist) kr. 25,-

Til:

Fra: (betaler)

Krise?

"Da er det godt å kunne gni seg i øynene, puste inn frisk fjell- eller sjøluft og se omkring på øyer eller i daler fjernt fra Akersbakken og Pilestredet og kunne konstatere: Det er ingen krise i norsk helsevesen i dag, men mange utfordringer og oppgaver".

Slik står det i Magne Nylenas sin leiarartikkel i Utposten nr. 5. Artikkelen er retta mot profesorane Ivresen og Kåss, som vil ha meir pengar til Rikshospitalet og desslike og har misstilitt til den lokale helsetenesta. Det vil seie, at slik er artikkelen meint, men eg som distriktslege i ein øy kommune, vart også kraftig provosert. Nemleg av den andre, underliggende tendensen i artikkelen, som best kjem til uttrykk i den siterste setninga.

Har vi inga krise i helsetenesta? Det er i alle fall ei utbreidd oppfatning i bygd og by at vi har det. Nokre har beskrive kriza som ei "forventningskrise". Andre meiner (m.a. Nylenas?) at problema kan løysast ved å fordele det samla ressurstilfanges i helsevesnet på ein annan måte, dvs forbedre dei organisatoriske tilhøva internt i helsevesnet. Spesielt er det vanleg å hevde at problem kan løysast ved at primærhelsetenesta skal få det som måtte bli av vekst i sektoren vår, institusjonane (serleg sjukehus) må stagnere eller få berre minimal vekst (sjå t.d. "Norsk helseplan for 80-åra"). Eg er samd i at primærhelsetenesta må styrkast, men har litra tru på at problema kan løysast dersom ikkje helsevesnet totalt sett, også institusjonane, får ein monaleg vekst. Eg har inga tru på at vi i kommunane er så geniale i vår nytenkning at vi kan organisere oss ut av krisen.

Men krise, det har vi jo ikkje, etter Nylenas. Lat meg prove å beskrive litt av situasjonen slik eg oppfattar han:

- i primærhelsetenesta: Den kommande lov inneber etter det totale rammetilskott på landsbasis ei så og så sterkt styrking av kommunehelsetenesta prosentvis. Dette er etter mitt syn helt fiktivt. Det er heva over tvil at dei aller flest småkommunar får tilskota sine vesentleg reduseret

jamfört med dagens finansieringsordningar. Sannsynlegvis kjem dette då av at småkommunane har hatt ei gjennomsnittleg sett betre utbygd primærhelsetenesta enn byane. Kan nokon forklare meg det rimelege i at ei lov for styrking av kommunehelsetenesta skal redusere denne tenesta i kommunar som frå før ligg over gjennomsnittet? Denne redusjonen i seg sjølv medfører inga krise, men utgjer ein føresetnad for kommunane sin evne til å gjøre noko med dei følgjande område,

- krise på sjukeheimssektoren: Eg vil ikkje trøyte lesarane med å forklare omfanget av menneskelege lidinger, for pleiepasientane og deira pårørande, som følge av dei lange ventelistene på dette området.

- krise på HVPU-området og for- og ettervern for psykiatriske pasientar. Her ligg det kjempeoppgåver og venter i kommunane, m.a. i takt med den faglege kursendringa (og også i oponionen, sjølv sagt) når det gjeld å bygge opp meiningsfylte tilvære for desse pasientane i lokalmiljøet. M.a. med verna bu og arbeidstilbod.

- på institusjonssektoren: Stor kapasitetsmangel når det gjeld rheuma- og arthrosepasientar. Når det gjeld alvorlege livstrugande sjukdommar, er det mitt inntrykk at situasjonen varierer frå landsdel til landsdel. Men for einskilde landsdelar er et korrekt å seie at kapasitetsmangel gjev mindreverdig tilbod m.a. til hjarte- og kreftpasientar.

Eg skal ikkje gjøre nokon freistnad på å nevne alle slags område med krise. Berre ha dette nevnt. Men, kan ein seie, er dette nytt, har det ikkje lenge vore slik? Til dels, kanhende. Det nye er etter mi meinig dette: Det eksisterer ikkje lenger truverdige planar om korleis dei ulike kritiske tilhøve skal løysast. Sjukehuslova og auka løvingar i samband med denne retta opp noko av trøngen for sjukehusplassar først i 70-åra. Reguleringslova av 1979 og aksjonane i samband med den førte til at det nokre år vart ei vesentleg auke i talet på nye distriktslekestillingar. Heimesjukepleien i kommunane vart vesentleg styrka i 70-åra. Det

□ Av Sverre Rørtveit □
Distriktslækjar i Austvoll

Sverre Rørtveit skriv at han ikkje kan finne noko høveleg portrett å sende. Han har arbeidd ved Harstad sjukehus, kir. avd., i 1978. Vinteren 1979/80 var han deltakar i Palestinakomiteen sitt helseteam i Libanon. Frå 1981 distriktslækjar i Bekkjarvik, Austvoll kommune i Hordaland.

var før det, no for tida får vi, jamført med dei svære behov for ressursaake som eksisterer, hovudsakeleg nye lover og forskrifter, besvergelsar og gode tankar.

Eg synes altså ikkje at vi skal dette styresmaktene sitt (vonleg) därlege samvit med å påta oss ei rolle vi ikkje har sakleg dekning for: Supermenn og -kvinner i primærhelsetenesta som løysar problema ved betre organisering og omfordeling. Eg veit nok korhen den omfordelinga i praksis vil føregå: det blir strid og kamp og splid i kommunane om helsesektoren, teknisk etat eller skuleverket skal få ei stilling meir eller mindre: Og den kampen

er ikkje eigna til å inspirere.

Mange utfordringar og oppgåver, skriv Nylenna. Den største utfordringa ligg i et at legane sluttar seg til den folkelege motstanden mot nedskjeringar og for auka løvningar. Sjukepleiarane i Oslo gjennomførte nyleg ein flott aksjon mot krisa på sjukehussektoren i Oslo. Kvifor der det så sjeldan legane går i brodden for slikt?

Til slutt. Eg er samd med Nylenna i at vi bør gå mot snevert sentrumorienterte professorar. Men ein treng ikkje køyre ut i ei grøft berre fordi ein vil unngå ei anna■



Svar til Sverre Rørtveit

□ Av Magne Nylenna □

Sannsynligvis er enigheten mellom Sverre Rørtveit og meg større enn uenigheten hva angår status i norsk helsevesen.

Uenigheten går på spørsmålet om situasjonen i dag er kritisk eller ikke. Uenigheten her er nok mer enn semantisk, selv om vi sikkert også definerer krisebegrepet noe forskjellig. Etter min mening har ord som krise og katastrofe blitt såvidt inflaterete i dagens mediasamfunn at de er i ferd med å miste sitt egentlige innhold. En kritisk situasjon representerer en akutt og overhengende fare, og dette er etter min mening ikke dekkende for situasjonen i dagens helsestall.

Dersom norsk helsevesen er inne i en akutt krise må dette ses i forhold til et eller annet, og jeg kan umiddelbart tenke meg to perspektiver:

1. Historisk perspektiv

I 1950 arbeidet ca. 33 000 nordmenn i helsevesenet, i 1980 var talet 168 000. Antallet institusjonssenger var i

2.

1967: 38 349 og i 1981: 69 602. Ingen annen sektor har opplevd en vekst i personell og ressurser som helsesektoren.

Globalt perspektiv

Internasjonalt har norsk helsevesen en standard og et tilbud til befolkningen som er ganske unikt. Tryggheten for behandling og omsorg ved sykdom er en av de viktigste grunnpillarer i vårt velferdssamfunn.

Hverken i historisk eller i globalt perspektiv kan jeg således se at det er grunnlag for å karakterisere situasjonen som kritisk.

Ettersom etterspørselen fortsatt er større og til dels langt større enn tilbuddet, er jeg likevel enig med Sverre Rørtveit i at situasjonen er vanskelig både i primærhelsetjenesten, i sykehjemmene og innen institusjonene forvrig. Dette kaller jeg utfordringer og oppgaver. Jeg ser heller ikke bort

fra at krisebegrepet kan brukes om situasjonen innen enkelte faglige felt-er eller geografiske enheter.

At også jeg er bekymret frengår bl.a. av min leder i Utposten nr. 6/7. Imidlertid er nok mine bekymringer for den kommunale helseøkonomi likevel noe redusert etter å ha sett en oversikt som NKS har laget for 330 av landets kommuner, og som delvis er gjengitt i dette nummer av Utposten.

Jeg har liten eller ingen tro på "krismaksimering" som virkemiddel for å løse problemene i norsk helsevesen, og det var dette jeg delvis polemiserte mot i den aktuelle leder.

Når vi skal foreslå tiltak for å møte dagens utfordringer kan vi ikke lukke øynene for det faktum at de samlede utgifter til norsk helsevesen har økt fra 3.901 millioner i 1970 til 7.822 millioner i 1980 (i 1970-kroner) og at denne veksten er enestående sammenlignet med andre offentlige sektorer. Dersom det er krise nå, hvordan var det da i 1970? →

Diskusjonen om videre- og etterutdannelse går videre. Dagfinn Balsvik er formann i videre- og etterutdanningskomiteen i Troms. Han er assisterende fylkeslege i samme fylke.



VIDERE- OG ETTERUTDANNING

serende legen og medarbeideren. Dessverre måtte dette kurset avlyses pga. altfor liten påmelding fra leger.

På bakgrunn av arbeid i kurskomiteen i Troms legeforening og ved fylkeslegekontoret vil jeg komme med noen tanker om videre- og etterutdanningen av almenpraktiserende leger.

Kurstilbudet som har vært gitt ved Universitet/Regionsykehuset i Tromsø har i stor grad vært rettet mot almenpraktiserende leger, og har dekket et bredt spektrum av emner. En svakhet har det nok vært at almenpraktiserende leger i for liten grad har deltatt som undervisere. Ett av medlemmene i Troms legeforening har de siste årene vært en av de kursansvarlige legene ved RSI. Derved har det vært enkelt å diskutere neste års kurstilbud og fremme ønsker og behov til RSI. Kurskomiteen har de siste årene arrangert få kurs i egen regi. Det tradisjonelle "Marskurset" måtte avlyses for 3 år siden på grunn av for dårlig deltagelse og har siden ikke vært avholdt. Kurskomiteen har imidlertid medvirket ved avviklingen av blant annet av kurs innen fysikalisk- og idrettsmedisin.

De to siste årene er det kommet i gang kursvirksomhet i noen lokale legegrupper i de største kommunene, men også i mindre kommuner har leger slått seg sammen og arrangert regelmessige møter.

Denne aktiviteten er blitt godkjent som relevant kursvirksomhet når møtene er blitt holdt regelmessig over oppsatte tema, og der en lege har vært ansvarlig for å innlede. Deltagerliste er blitt fert.

Kurskomiteen forsøkte i høst å få til et kurs om den almenprakti-

serende legen og medarbeideren. Dessverre måtte dette kurset avlyses pga. altfor liten påmelding fra leger.

Etter min mening bør lov om helsetjenesten i kommunene bety noe for hvordan etter- og videreutdanningen av almenpraktiserende leger skal skje. Loven, med den omfattende formålsparagrafen og bestemmelsen om helsetjenestens 4 funksjonsområder i kommunene, bør i noen grad prege temavalget for videre- og etterutdanningen.

Blant annet må kurstilbudet i større grad tilgodeses temaer som Helsebegrepet, forebyggende og helsefremmende arbeid - blant annet helseopplysning og påvirkning til større ansvar for egen helse, og legens rolle som medlem i et team av helsearbeidere i kommunen.

Administrative og organisatoriske spørsmål, bl.a. lederansvar blir viktigere. Likeledes helseøkonomi. Innen medisinsk etikk vil prioritering måtte få en mer sentral plass enn hittil. Likevel vil de kliniske emner fortsatt ha en dominerende plass innen videre- og etterutdanningen.

Den 15. og 16. mars vil kurskomiteen arrangere et to dagers kurs i Tromsø om "Begrensede ressurser og medisinske beslutninger".

En større vektlegging av de tema som er antydet ovenfor, vil også ha konsekvenser for den form videre- og etterutdanningen må få. Det vil etter min mening i større grad enn hittil bli nødvendig med lokal undervisningsvirksomhet der ulike helseprofesjoner deltar.

For å finne fram til en videre- og etterutdanning som kan tjene befolkningens helse best mulig, vil det være nødvendig å gå nye veier med større bruk av fantasi og dristighet.

Her kan de lokale kurskomiteer spille en sentral rolle.

"Alternative Medicine is no Alternative"

Av Ola Lilleholt

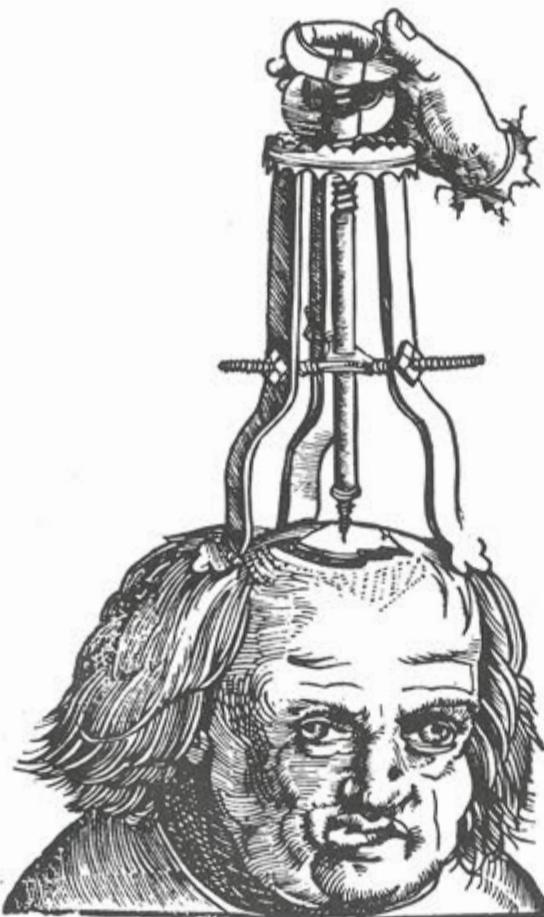
Dette er titelen på en leder i *The Lancet* tidligere i høst. Den har sin bakgrunn i at British Medical Association nå setter i verk en større undersøkelse av alternativ medisin. Det er ingen hemmelighet at dette er kommet i stand vesentlig etter henvendelser fra Prins Charles. Lederen starter noe syrlig med at "To have Royalty as your titular head carries obligation as well as prestige." Lederen er stort sett kritisk til denne storstilte undersøkelsen, bl.a. fordi den vil legge beslag på ressurser kunne ha vært anvendt bedre i dagens situasjon. Lederen slutter imidlertid med en boomerang-effekt: "If concern for the individual, sympathetic understanding, and reassurance are too poorly developed (in orthodox medicine) to offer an alternative to phony pseudoscientific constructions, this requires urgent

attention in its own right." og "the subject of the next BMA investigating committee should be contemporary orthodox medical practice."

Dette vil nok bli en krevende øvelse i selvevaluering. En liten trøst er det å vite innerst inne at vi aldri kan løse alle problemer og alltid sende tilfredse pasienter ut gjennom dørene. Derfor vil det også alltid eksistere et marked for alternativ medisin. Kanskje vil det bli mer tid for sympati, empati og forståelse når ikke hver dag lenger er en kamp for å ekspedere køen som alltid er for lang.

Ref.:

Leder: Alternative Medicine is no Alternative. *The Lancet*. Vol.II 1983. 773-774 ■



Morsom og inspirende lesning

Almenpraktikerbiblioteket, som er navnet på den serien av bøker spesielt rettet mot almenpraksis som Universitetsforlaget nylig har presentert, har fått en løfterik start. En av de første bøkene i serien er "Forskning i almenpraksis", redigert av Steinar Westin. Boken baserer seg delvis på et kurs med samme navn og består av bidrag fra i alt 11 forfattere.

Bokens disposisjon er logisk og gretet aktuelle forskningsområder innen almenmedisin først gjennomgås og deretter følges forskningsprosessen via planlegging og gjennomføring til manuskriptbearbeidelse, med kortfattede innføringer i statistikk og epidemiologi underveis. Et eget kapittel beskriver på en nyttig måte litteratursøkning og bruk av bibliotektjenester og til sist gis en oversikt over aktuelle finansieringskilder for almenmedisinsk forskning. Som vedlegg finnes både Vancouver-systemet for litteraturklassifisering og Helsinkideklarasjonen.

Bokens styrke er først og fremst den lette og uhøytidelige formen. Ordet forskning er fortsatt omgitt av ærbødighet og kanskje også angst. En bok som denne kan være et nyttig redskap i arbeidet med å fjerne den overdrevne respekt for almenmedisinsk forskning. Flere av kapittlene kan fortjene betegnelsen humørfylte og kanskje kan dette være med på å senke terskelen for deltagelse og engasjement i praktisk almenmedisinsk forskningsarbeid.

I forordet sier redaktøren at det er lagt vekt på at boken skal bli en bruksbok. Det er mye som tyder på at dette har lykkes, men her vil nok brukeren av boken mere enn noe annet bli den endelige dommer.

Boken "Forskning i almenpraksis" fyller utvilsomt et tomrom og vil forhåpentligvis bli en basisbok for alle som vil engasjere seg i større eller mindre forskningsprosjekter innen feltet. Det er åpenbart at flere emner som f.eks. forskningens forhold til legelov og lov

om personvern, bruk av datateknologi i almenmedisinsk forskning og praktiske problemer ved multisenterundersøkelses kunne vært grundigere belyst. Også til denne innvendingen gir imidlertid redaktøren svaret: det er boken som mangler plass, ikke faget.

Jeg vil konkludere med at det er en nyttig og anbefalelsenverdig bok som her foreligger, og det er mitt håp at boken ikke bare må bli lest, men også brukt. Den eneste kritiske bemerkning måtte være til prisen.

Steinar Westin (red): *Forskning i almenpraksis*, Universitetsforlaget, Oslo 1983. 187 sider. Pris kr. 220,-■

Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

NSAM's første generalforsamling Trondheim 21.-22. oktober 1983

□ Av Ola Lilleholt

I dagene 21.-22. oktober sto det almenmedisinske miljøet i og rundt Trondheim som vertskap for NSAM's første generalforsamling. Motet var kombinert med en kursdag om selvevaluering og kvalitetskontroll i almenpraksis.

Mer enn 80 kolleger kan en telle på deltakerlista. Antallet er nok adskillig større enn arrangementskomiteen hadde regnet med. En ser også at her var kolleger fra hele landet. Dette er oppmuntrende for entusiastene som har båret fram og realisert ideen om NSAM som en felles faglig paraply over APLF, OLL og de almenmedisinske instituttene.

I samarbeide med British Council hadde kurskomiteen lykkes i å engasjere et av de store navn i britisk almenmedisin, David Morell. Han foreleste om "Outcome measures in general practice" og kom med mange eksempler på hvordan han hadde organisert grupper som hadde samarbeidet med evaluering av egen praksis.

Kursdagen var svært heterogen: spørsmålet om kvalitet og kvalitetskontroll har inspirert til mange typer aktiviteter i det almenmedisinske miljøet. En kan ane konturene av mer permanente ordninger for standardiserte og løpende kontrollprosedurer.

Formannen, Chr. F. Borchgrevink, leste årsmeldinga. Arbeidet i selskapet er foreløpig mest preget av det svake økonomiske fundamentet. Det er tatt en del initiativ for å justere en del almenmedisinske komiteer og forstå forhold til NSAM's eksistens.

Konkret har selskapet vært ansvarlig for å inngå en generell avtale med Norsk Medisinaldepot om registrering av enkeltlegers og gruppens medikamentforskrivninger slik som omtalt i Utposten tidligere.

I henhold til vedtekten var det valg på 3 av medlemmende i det sittende styret: Olav Rutle, Dag Søvik og Kirsti Malterud. Igjen var det en del forhold med geografi og kjønnsfordeling som kom til å påvirke valget av kandidater. Olav Rutle og Dag Søvik ble gjenvælt. Signe Flottorp kommer inn i Kirsti Malteruds sted.

Den obligatoriske festmiddagen var preget av taleføre og vittige kolleger fra nord og sør ■

Utposten ønsker
God Jul



**-GODT NYTT ÅR
(DET TRENGS!)**

Politikerne som avgjør egenandelene:

HAR FREI LEGE OG MEDISINER

Mens regjeringen og det borgerlige flettalet i Stortinget nå skal utforme detaljene i det nye egenandselsystemet på helse-tjenester, trenger de ikke ha bekymringer for hvordan ordningen vil slå ut for deres

Det betyr at hvis en Høyre-representant, eller sosialministren selv, skulle få hodepine av de protestene som kommer mot regjeringens forslag, kan de uten fremstyringens lommebok gå på apoteket og skaffe seg en eske globuli. id. eller sterke saker om de skulle ha behov for det. Deres utgifter til medisiner og legebehandling betales i siste instans av samfunnets felleskasse. Skatteverket. Sammen med Arbeiderpartiet og Venstre, går SV inn på en slik omlegging som regjeringen legger opp til.

OPPHEVES?
Mye tyder imidlertid på at politikere skal ha en slik servord-

ingen når det samtidig bur inntatt statsrådene, statssekretærane og stortingsrepresentantene, blir nødt til å gi avkall på sin spesielle ordning for å få trumfet igjen. Stortinget vedtar det usosiale opplegg i regjeringens forslag, SVs Hanna Kvammo planlegger nemlig å foreslå at ordningen skal oppheves, hvis de dørlige bruker sitt flertall i Stortinget til å vedta regjeringens som andre, sier Kvammo til Aftenpostens Oslo-redaksjon.

Arbeiderpartiets Grethe Knudsen, som er medlem av sosialkomiteen, er enig med Kvammo og sier at det vil være usmakelig hvis politikerne skal beholde en slik særordning samtidig som det gjøres verre for andre mennesker. Også Venstres Hans H.

ing mån i egen lommebok. Saken er nemlig at statsråder, statssekretærer og stortingsrepresentanter har en spesialordning som gir dem helt gratis legebehandling og medisiner.

Kossbach vil støtte et forslag om å oppheve ordningen.

Et av regjeringens hovedargumenter for de foreslalte øgningene skal være med å betale for de dørlige bruker sitt flertall i Stortinget til å vedta regjeringens pressens Oslo-redaksjon.

Arbeiderpartiets Grethe Knudsen, som er medlem av sosialkomiteen, er enig med Kvammo og sier at det vil være usmakelig hvis politikerne skal beholde en slik særordning samtidig som det gjøres verre for andre mennesker. Også Venstres Hans H.

vært diskutert i regjeringen, og at det er mitt personlige syn jeg uttrykker, sier Heloe.

NATURLIG
Heller ikke de borgerlige partiene i Stortinget, ventes å ville motsette seg et forslag om å gi avkall på ordningen. SPs Johan Buttedahl sier at politikere bør være med å betale som andre mennesker, også Hans Olav Tungesvik fra KrF finner det helt naturlig å oppheve gratisordningen. Hakon Randal fra Høyre, og Jens Marcussen fra FrP, sier det samme: — Det er ingen grunn til at politikerne skal ha noen sær-

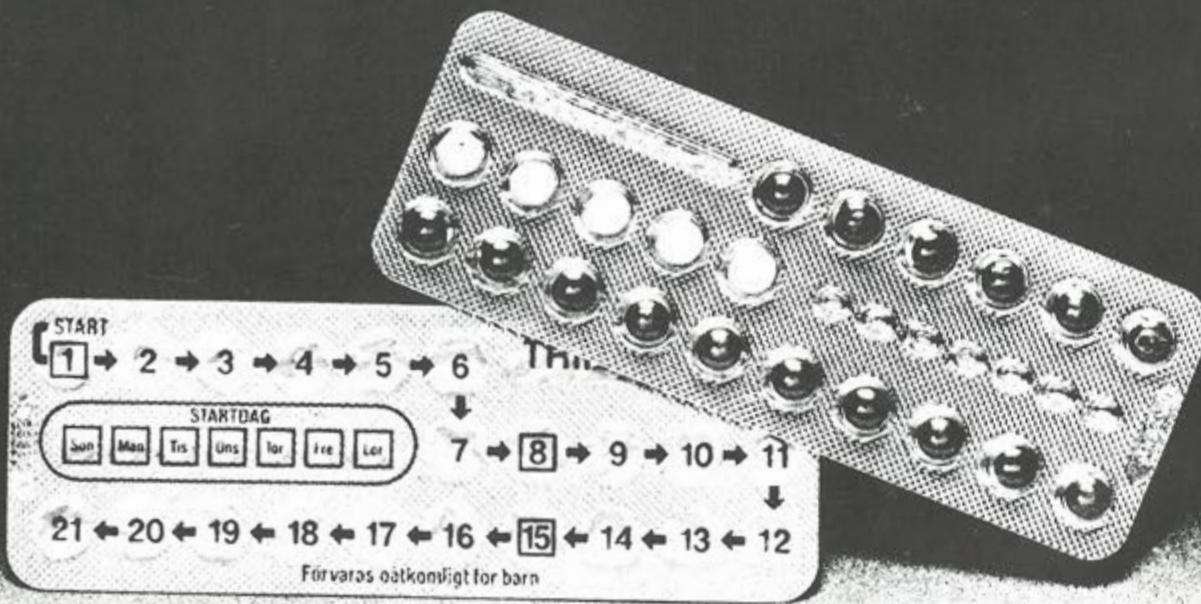
ordning.

— Jeg synes det er uhørt at vi ser meg at denne spesielle ordningen oppheves. Men la meg legge til at dette spørsmålet ikke har

Klippet fra Tidens Krav (A), Kristiansund, 11. november 1983.
Har Stortinget bedriftshelse-tjeneste også?

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene
– men med **40% lavere gestagenmengde**.

- Høy sikkerhet
- Cyklustilpasset hormontilførsel
- God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL - 80-årenes p-pille

*etinyloestradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50





TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

- (1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
- (2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
- (3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
- (4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

BLETTER:

- 1 brun tablette inneholder: Etyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 50 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
- 1 hvit tablette inneholder: Etyloestradiol 40 µg + levonorgestrel 75 µg, const. q.s.
- 1 gul tablette inneholder: Etyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 125 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:

Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lavt estrogen- og progestogen-mengder.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermene passasjer vanskliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.

Absorbasjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etyloestradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1-2 timer etter oral inn gift.

Halveringstid: Etyloestradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og faeces.
Ubergang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmeiken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebit eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Ulpreget familiær disposition for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leveresykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom. Gravidetsicterus. Sicklecellanemi. Herpes gestationes. Udiagnosert genitalblodning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:

Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:

Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I størst mulig grad tilpasser kvinnens naturlige hormonmonster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenliknet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blodninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorrøe av varierende lengde kan oppføre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, ødem, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blodning. Galisten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.

Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-syklommer. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advarer mot samtidig røyking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migrenelignende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som er erfaringmessig forverres under graviditet blir preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uten og myrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan oppføre. Uteblir blodningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenorø eller amenorø, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenorø med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjeldent, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:

Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B₁₂. (I: 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:

Antikonsepsjon: 1 tablet daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tabletterfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartningsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablet daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1-6 på brettet). Deretter 1 hvit tablet hver dag i 5 dager (7-11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12-21).

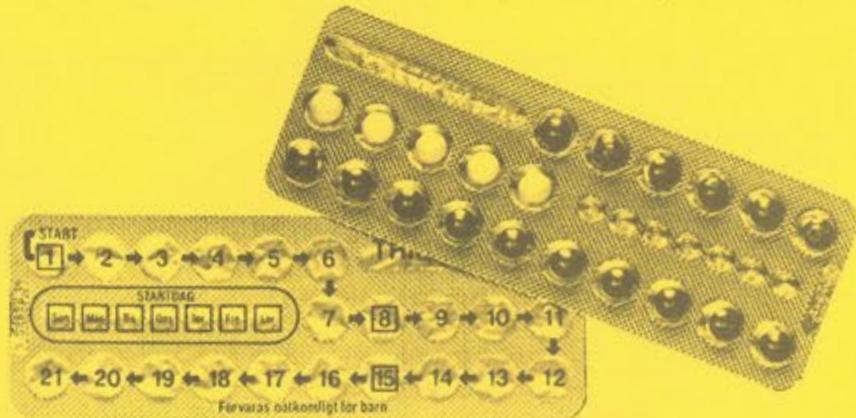
Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:

1 tabletterbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
6 brett x 21 stk.
13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn
alltid 1. blodningsdag -
også ved overgang
fra andre p-piller.



KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50



RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

SURMONTIL® 10 mg

Justeringsdose
med DELESTREK!



INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårevælen 150, Postbox 20, N-1473 Skårer, Tel. (02) 70 55 20



Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingingen av søvnloshet



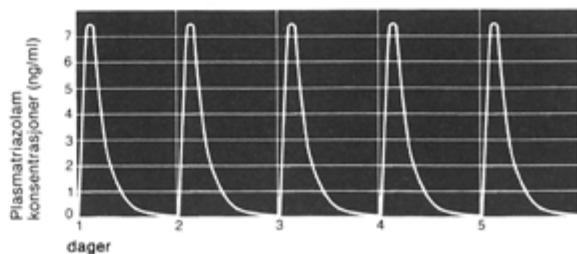
- **Halcion®**
(triazolam)

**Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet**

- kort innsøvningstid
- normal søvn lengde med færre nattlige oppvåkninger
- ingen signifikant residualeffekt neste morgen
- pasienten opplagt neste dag



Halcion® (triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

Hypnotikum

Tabletter:

Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin.

Egenskaper:

Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir noen akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelaksante og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponenten er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7–3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene α-hydroxymetyltriazolam og 4-hydroxymetyltriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i faeces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:

Alle typer søvnloshet, både vanskeligheter med å falle i søvn og hyppige og/eller tidlige oppvåkninger. Akutte og kroniske medisinske situasjoner som krever rolig søvn.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsakelig doseavhengige. Døsigheit, omtåkethet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

Forsiktigheitsregler:

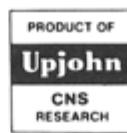
Bør ikke brukes sammen med alkohol eller sentralt virkende farmaka. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofylt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering.

Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125–0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25–0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25–0,5 mg. **Geriatriske pasienter:** 0,125 mg (økes trinnvis til 0,25 eller 0,5 mg ved behov). **Hospitaliserte pasienter:** 0,25–0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 30 tabl. kr. 28,80 – 100 tabl. kr. 71,05
0,25 mg: 30 tabl. kr. 36,35 – 100 tabl. kr. 92,30



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon, Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm, tlf. (02) 53 98 06