

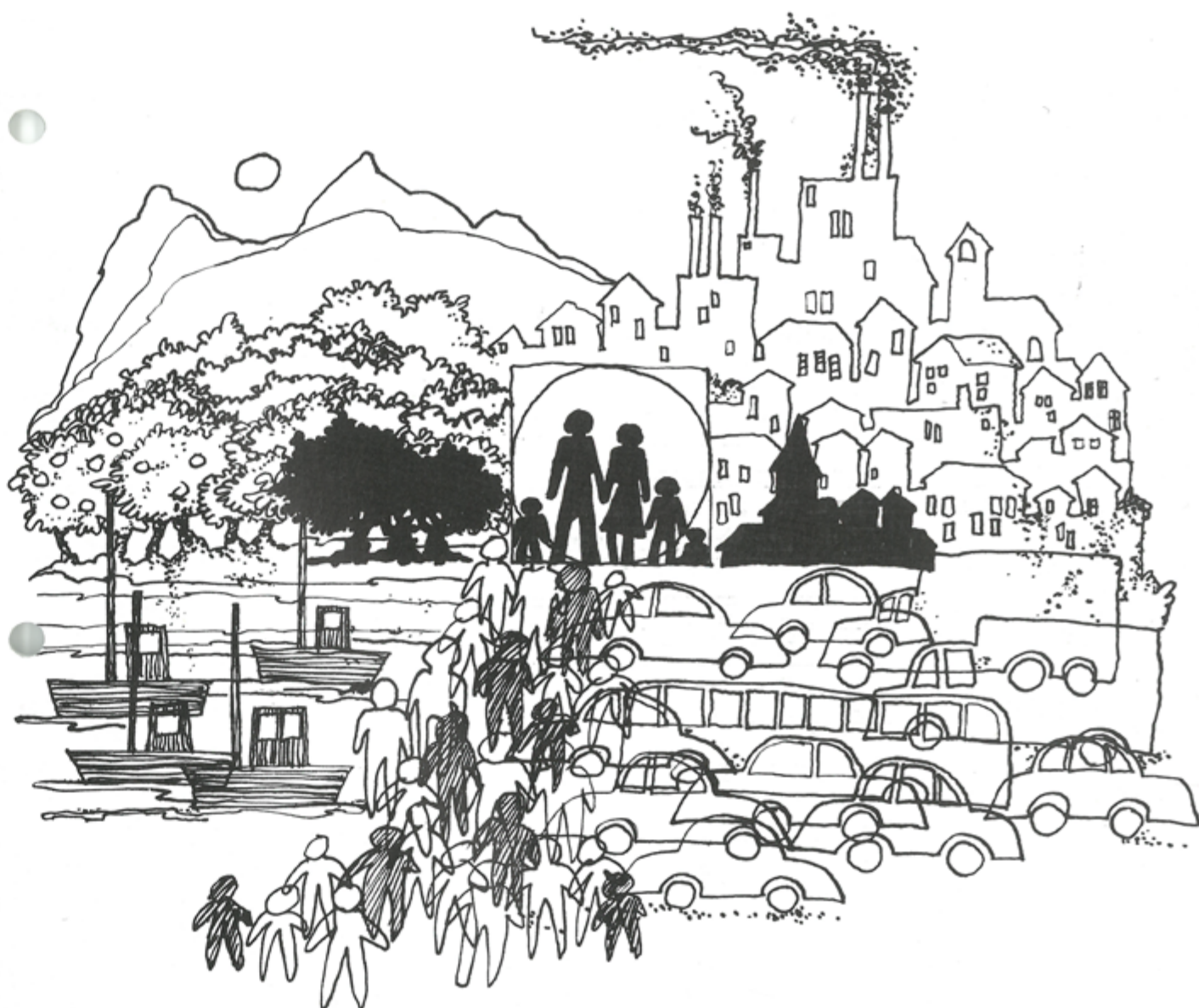
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7-8

1989

ÅRGANG 18



Hovedtema: Samfunnsmedisin

Med herr Petter på Finnmarka

"Det var greit nok for Noah", sier Odd Børretzen i et forsøk på å forsvare oss båteiere,- "etter ham kom jo Syndfloden". For oss andre i liten båt langs kysten er det mer problematisk. Jeg hører til de bokstavtro som ikke samler skatter på jorden,- og derfor har min på sjøen. Og min aksjonsradius er finnmarks-kysten i storm og stille.

Det å gå med liten båt her er ofte en ensom foreteelse. Lite fisk i havet gir lite sjøfugl og lite aktivitet fra fiskebåter. Ikke sjelden er min eneste følgesvenn en og annen sovjetisk lastebåt langt ute i horisonten.

Det er ellers mi meining at fagtidsskrift inneholder for mye sakprosa og for lite lyrikk. Det er ikke bare enøyd og snevert smalspora, det er også *urasjonelt* fordi så mye mer kan formidles via poesien.

Når Petter Dass i Nordlands trompet sier :

*Skul' Torsken os feile, hvad havde vi da,
Hvad skulle vi føre til Bergen herfra,
Da seilet vist jegterne tomme;
Hvad haver vi andet, her bygger og boer,
End søge vor Føde med Angel og Snoer,
Og pløje de Bølger hin grumme.*

*Og skulle du Herre forkorte din Haand
At stænge Skrej-Torsken og fisken fra land,
Da lagdes vi hastelig øde;
Vi har ey at lide paa Most eller Viin,
Her findes ey heller Sølv-Biergene fiin,
Os mangler Guldgruven den røde.*

*Vort land er ey heller et Canaan sød,
Hvor Marcken med Melk og med Honning omflød,
Her findes ey Druer at plucke;
Ney, fisken i Vandet, det er vores Brød,
Og miste vi hannem, da lide vi Nød,
Og jammerlig nødes at sucke.*

så er det hva jeg ville brukt flere UTPOSTEN-sider på,- og sannsynligvis enda ikke fått hjem poenget ved. (Ottar Brox har brukt ei hel bok på det : "Kan bygde-næringene bli lønnsomme ?")

Fra et gyngende båtdekk kan samfunnsmedisin ikke handle om stort anna enn resurssene i havet. Samfunnsmedisin er hovedtema for dette dobbelt-nummeret av UTPOSTEN, og at det er sørgelig aktuelt fremkommer av at samtidig som landet for tida gjennomgår raske samfunnsmessige endringer med betydelig skadevirkninger for mange enkeltmennesker, grupper, næringer og geografiske strøk,- så har samfunnsmedisinen tapt terreng, tapt attraktivitet og blitt gissel for en helse-tjenestereform som sliter med å makte de mange nye opp-gavene.

OLL-styret med Kristian Hagestad i spissen har hatt ansvaret for temadelen til dette nummeret, og redaksjonen vil herved sende dem en stor takk .

Sjøl synger jeg - i aleine båt på det vide havet - med Hr. Petter :

*Hvor glædeligt var det i Landet at boe
Hvor lysteligt var det paa Vandet at roe
Naar Folk kunde Næringen finde !*

Berit Olsen

Ansvarlige redaktører for dette nr. er Mette Brekke og Berit Olsen.

Redaksjonen er avsluttet 1/9-89.

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 4 89 92 90

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG

Mette Brekke
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 200,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Lærdal; 056 66 100, Janecke Thesen eller Ruth Sprakehaug.

ISSN 0800-5680

Samfunnsmedisinen - mot vekst - eller latensfase?

Leder:

Kristian Hagestad f. -46 - OLL's leder siden 1988 - er gjesteredaktør for dette nummeret av Utposten.

Distriktslegekommunelege/ helsesjef i Marnardal 1974-86, siden ass. fylkeslege i V. - Agder. Spes. i allmenn- og samfunnsmedisin. Karl Evangs pris for helseopplysning; 1985.

Norske samfunnsmedisinere kan feire dobbelt femårsjubileum i 1989: For godkjenning av faget som egen medisinsk spesialitet, og for kommunehelsereformen. Jubileumsfeiringa kan supplerast med markering av eit anna "halvrunder" årsskifte; OLL (Offentlige legers landsforening) er 55 år.

Samfunnsmedisin er definisjonsmessig *gruppe*-retta helsearbeid. Folkehelse, best moglig helse for befolkninga, er målet. Enkeltindividets helsestilstand er i prinsippet interessant bare som indikator på populasjonstilstanden. Her trengst det likevel ei rask presisering for å unngå fatale misforståingar. Spesialistreglane for norsk samfunnsmedisin knytter faget nært til primærhelsetenesta i samsvar med tradisjonar rotfesta i distriktslege-systemet, kombinasjonsdokteren og Sunnhetsloven. Vår samfunnsmedisinske modell

er ikkje prega av livsfjern byråkratmedisin, slik vi ser tendensar til i andre land. Idealet er kombinasjon av mikro- og makro-perspektiv. Vegen bør vere kort frå erfaringar i daglig individkontakt til tiltak av forebyggande, administrativ og helsepolitisk karakter. Stortparten av norske samfunnsmedisinere arbeider i kommunehelsetenesta, dei fleste med kombinasjon av allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgåver, evt. også/eller med bedriftsmedisin. Mange har dobbel-spesialitet.

Jubileum innbyr ikkje bare til feiring. Dei kan utnyttast til status-oppsatt og gjerne ein liten Ibsensk dommedag over seg sjølv: Koss er situasjonen for vårt samfunnsmedisinske fagfelt anno 1989? Kor står faget og utøvarane innafor norsk medisinsk miljø? Kva rolle spelar samfunnsmedisinen i norsk helsevesen og samfunnsliv? Har kommunehelsetenesta svart til reform-entusiastane sine forventningar?

I dette nummeret av Utposten er samfunnsmedisin hovudtema. Artiklane og rapportane gir neppe svar på alle dei retoriske spørsmåla i forrige avsnitt, - men dei viser fragment av eit spennande heilskapsbilde. Trass i sin unge alder som formell

spesialitet har faget æverdige historiske røter, slik Dag Brekke redegjør for. Over 300 spesialistar er nå godgjente, men vegen er lang fram til antatt behov er dekkja. Kommunalt opplæringsprogram, styrking og flytting av spesialistkurset til SIFF, folkehelsestudiet i Tromsø, eit alternativt utdanningsopplegg i Trondheim, arbeid med strukturert etterutdanning; - alt dette vitnar om aktivitet og entusiasme på utdanningssektoren. Samstundes manglar spesialiteten ei fast akademisk forankring ved eitt eller fleire universitet, slik allmennmedisin har.

Tor Inge Romøren sin rapport "Kommunehelsetjenestens fem første år" bør vere obligatorisk lesestoff for alle som vil meine noe om kommunehelsereformen, konfr. Fredrik Mellbye sin omtale av rapporten. Det lar seg ikkje nekte at mange kommunelegar I har opplevd ein problematisk arbeids-situasjon etter 1984. Profesjonsstrid, fagleg isolasjon, barrierar for levering av faglige premiss til ansvarlige politiske organ, lojalitets-konfliktar og uklare ansvarslinjer, økonomiske innstrammingar som rammer forebyggande helsearbeid; - dette er kvardagen for mange samfunnsmedisinere i kommunane. Her ligg ei kjempeutfordring for OLL!

Men også KS, Helsedirektoratet og Sosialdepartementet bør ta denne situasjonen langt meir alvorlig enn hittil.

Samstundes foregår det faktisk mye spennande samfunnsmedisinsk nybrotts-arbeid nettopp på kommune-nivå: Nærmiljødiagnostikk (konfr. artikkelen til Gunnar Kvalvaag), jordnært og praktisk planarbeid, engasjement innan miljøretta helsevern (konfr. rapporten til Nakling og Lindemark) og annan forebyggande aktivitet. Vi manglar i dag kanalar for spreiding av informasjon om slike lokale erfaringar. OLL's nyoppretta samfunnsmedisinske prisoppgåve vil forhåpentlig bidra til at fleire av desse blir allment kjente.

Distriktslegen er død, - men kombinasjonsdokteren lever (ikkje bare i Botswana!, konfr. Tarald Hetlands artikkel). Helseråds-ordføraren er død, men det lever mange samfunnsmedisinske engasjerte kommunelegar rundt omkring i Noregs land. Spesialiteten samfunnsmedisin har lagt bak seg sine første fem år. I følge Freud står nå latens-fasen for døra. Kjenner eg norske samfunnsmedisinere rett, ber dei på alt for mange gjærande og skapande krefter til at neste femårs-periode blir prega av ro og stillstand i den unge spesialiteten.

Kristian Hagestad

Faget samfunnsmedisin



Dag Brekke er privatpraktiserende lege og kommunelege i Molde. Spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Tidligere distriktslege i Stryn og fylkesplankonsulent for Møre og Romsdal Fylkeskommune. Leder av veiledningsprogrammet i samfunnsmedisin i Finnmark. Tidligere formann i Møre og Romsdal Lægeforening. Styremedlem og formann i Offentlige legers landsforening. Medlem av Dnlf's sentralstyre. Formann i spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Medlem av Spesialitetsrådet.

- historiske røtter
- dagens situasjon
- tanker om fremtiden

Av Dag Brekke

Fremveksten av en spesialitet

Italieneren Ramazzini ga en banebrytende beskrivelse av sammenhengen mellom arbeids-/samfunnsmiljø og helse på 1600-tallet. Det 9-bindsverket som professor Johan Peter Frank i Wien utga i 1779-1821 - "System einer vollständigen medicinischen Polizey" - ga støtet til økt interesse for samfunnets helseproblemer og for samfunnets ansvar for folkehelsen i de europeiske land.

Utbyggingen av det offentlige legevesen og tilsetning av leger ved bergverk og industri i Norge fra 1700-tallet og utover, var uttrykk for det syn at samfunnet hadde plikt til å bedre levekårene for de lavere samfunnsklasser slik at alle fikk mulighet for god helse.

Sunnhetsloven av 1860 og reorganiseringen av det offentlige legevesen i Norge i 1912 bygde på det prinsipp at helsevesenet "skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse...."

I prinsippet er dette likelydende med formålsbeskrivelsen i "Lov om helsetjenesten i kommunene" som trådte i kraft i 1984.

Allerede på slutten av 1800-tallet arrangerte medisinalvesenet spesielle kurser for de offentlige leger. Dette ble systematisert i "Kurs i offentlig helsearbeid for leger" fra begynnelsen av 50-årene, fra 1962 kjent som "Bygdøykurset". Fra 1986 arrangeres dette "Kommunelegekurset" ved Statens Institutt for Folkehelse i Oslo, og har fått sin parallell ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø.

Mer strukturert *spesialistutdanning* i samfunnsmedisin (community medicine eller public health) etter anglo-saksisk mønster, ble foreslått av daværende helsedirektør Karl Evang i 1948. Offentlige legers landsforening ved daværende formann Egil Willumsen, foreslo i 1967 at det skulle opprettes en spesialitet i offentlig helsearbeid. Det førte ikke frem, men Lægeforeningens landsstyre anbefalte i 1973 et "utdanningsopplegg ved tilsetning av leger i administrative stillinger innen primærhelsetjenesten".

Et nytt fremstøt fra OLL førte til at landsstyret i 1981 behandlet "Innstilling om samfunnsmedisin i Norge". Denne la grunnen for Skogland-utvalgets "Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og i administrasjon for leger" som førte til positivt landsstyrevedtak i Loen i juni 1983. Fra 1. januar 1984 opprettet Sosialdepartementet de nye *spesialiteten samfunnsmedisin* med utdanningsregler som foreslått av Lægeforeningen. Lægeforeningen oppnevnte spesialitetskomite i samfunnsmedisin. I løpet av de to første årene ble 209 meget erfarne leger godkjent som spesialister.

Legene har villet være best mulig rustet til å arbeide for folkehelsens beste og har derfor gått foran med en systematisering av videre- og etterutdannelsen. Bare i liten grad har de akademiske miljøer bidratt i denne utviklingen. Dette skiller seg fra utviklingen innen bedriftsmedisinen der en rekke akademiske kontakter har bidratt til en omfattende produksjon av fagartikler fra forskjellige sider av arbeidslivet.



Ill.: Ragnhild Gjerstad

Etablering av Folkehelseutdanningen ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø i 1986, og flyttingen av "Bygdøykurset" til SIFF samme år, er ledd i en strategi for å få en sterkere akademisk og forskningsmessig basis for samfunnsmedisinen. Dette anser vi som vesentlig for utvikling av fagområdet, selv om siktemålet er å beholde samfunnsmedisinen som et praktisk arbeidsområde for leger i lokalsamfunnet.

Samfunnsmedisinens stilling i dag.

Det er nå godkjent 310 spesialister i samfunnsmedisin i Norge siden opprettelsen av spesialiteten i 1984. Vi regner med en årlig tilvekst på 30-40 spesialister. Tatt i betraktning at vi mener det bør være omkring 900 samfunnsmedisinske stillinger i landet, har vi langt igjen til kompetansen har fått den ønskede utbredelse. Målgruppene er kommunelege I, leger i administrative stillinger i fylke og stat, og kommunelege II som stedfortreder for kommunelege I.

En undersøkelse i 1988 (1) viste at 62 % av de da 255 godkjente spesialister arbeidet i kommunene som kommuneleger, gjerne i kombinasjon med allmennpraksis eller som bedriftsleger. En pågående undersøkelse (2) av situasjonen blant de 209 leger som ble godkjent som spesialister i 1984-85 viser at 49 % er kommunelege eller bydelslege, 7 % avtaleleger og 7 % bedriftsleger i hovedstilling. 17 % er leger i statlige stillinger, men kun 1 % har fylkeskommunen som arbeidsgiver.

Hovedutdannelsen skjer i kommunelege I - stilling. Hvor mange som sitter i slik stilling i utdanningsøyemed, vet vi ikke.

Kommunelege II kan få hovedutdannelsen ved å gå inn i "kommunalt opplæringsprogram" med formalisert avtale med godkjent veileder. Spesialitetskomiteen godkjenner opplegget, som må følge de hovedretningslinjene som er vedtatt og beskrevet av Siem (3). Ordningen ble satt i verk i 1988.

Medio august 1989 er det 23 godkjente veiledere som i alt har 55 spesialistkandidater, da medregnet 11 stk. i det spesielle utdanningsprogram som er

etablert i Finnmark (4) og 11 stk. i et spesielt opplegg i Trondheim.

Søkningen til spesialistkursene i Tromsø og ved SIFF er tilfredsstillende, om enn ikke så overveldende som omkring 1984. Et interessant prøveprosjekt er etablert i Trondheim for avtaleleger, kfr. egen artikkel.

Romørens rapport om kommunehelsetjenestens 5 første år (5) bekrefter de inntrykk såvel styret i OLL som spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har hatt. Slik vilkårene har utviklet seg, er legenes entusiasme for arbeidet i kommunehelsetjenesten sterkt varierende. Dette farger nok rekrutteringen til samfunnsmedisinen noe. Men det er også tydelig at såvel metodesiden, miljøfokuseringen som det forebyggende og grupperettede sikte som samfunnsmedisinen har, fenger og tiltrekker primærlegene både i bedriftsmedisinen og i allmennmedisinen.

Det vil vi arbeide videre med.

Mot år 2000; - hvor går samfunnsmedisinen?

"Samfunnsmedisineren må tilpasse seg det kommunale spill, skaffe seg allierte og gå inn i rollen som kommunal funksjonær. Gjør han det, blir han akseptert (av politikerne) og får gode skussmål (av administrasjonen)". - Såvel Kommunenes Sentralforbund som enkelte leger hevder dette. "Den distriktslege som ikke er på kant med sin kommune, gjør ikke jobben sin", het det tidligere.

Interessekonflikter.

Endel av den mistrivsel som Romøren avdekker blant kommunelegene, tyder på at legene og kommunene ikke aksepterer at konflikter er en naturlig konsekvens av en del samfunnsmedisinsk arbeid. Samfunnsmedisineren skal avdekke sykdomsskapende forhold og skaffe til veie grunnlaget for helsefremmende tiltak. Innenfor miljørettet helsevern ligger store og kontroversielle oppgaver (6). Nødvendigvis må en da gå inn i interessekonflikter, anbefale noen tiltak og fraråde andre. Dette setter folkehelsen midt inn i politiske avveininger. Slik kommunehelsesloven er laget og med den rådende politiske styringsmodell, må politikerne ta stand-



punkt til faglige spørsmål som de nødvendigvis ikke har faglig bakgrunn for å vurdere. Problemene med dette er det ikke lagt tilstrekkelig vekt på av lovgiverne (7).

Det paradoksale i dagens situasjon er at politikerne er lite villige til å delegere faglige avgjørelser til de sakkyndige. Siste utvekst i så måte er at helse- og sosialstyret skal avgjøre om smittefare gjør det nødvendig at en trygdet ikke arbeider og dermed tilkommer sykepenger (8).

Det må være en sentral oppgave i den fremtidige utvikling av samfunnsmedisinen å bevisstgjøre legene på hva som er politiske prosesser og spørsmål som bør overlates til politiske vurderinger. Like viktig er det å få frem hva som er basert på vitenskap og faglig erfaring og la dette bli grunnlag for beslutninger som overlates til den sakkyndige.

Lojalitetskonflikt.

Noen leger føler at de pålegges dobbel lojalitet: mot kommunen som arbeidsgiver, mot folket som objekt for det helsefremmende arbeid og mot faget og kunnskapen om de ideelle løsninger. Den som ikke aksepterer å leve med denne konflikten og vil godta kompromisset, bør velge en annen spesialitet enn samfunnsmedisin. En skal være seg bevisst at "det beste lett blir det godes finde". Langsiktige strategier krever tålmodighet.

Det gies intet fasitsvar, men samfunnsmedisineren må finne seg i å være:

- lege på samfunnets premisser
 - lege på pasientens eller befolkningens premisser
 - lege på fagets premisser.
- Og dette må av og til skje samtidig!

Spesialisering.

Allmenntidisin, bedriftsmedisin og samfunnsmedisin har et stort fellesgods. Og kanskje viktigst: De har felles pasientpopulasjon, felles arbeidsmåte og metoder.

Den politiske styring har så langt medført omfordeling av legearbeidet med mer allmenntidisin på avtalelegene og mer administrasjon, forvaltning og forebyggende arbeid på fastlønnslegene. Men kombinasjonslegen er hovedmodellen for primærlegens arbeid over hele landet (9).

Alle de tre spesialområdene hevder at de har et *helhetsansvar*:

- for individ og familie (allmenntidisinieren),
- for arbeidstakernes problemer som enkeltpersoner eller gruppe (bedriftsmedisinieren),
- for alle grupper og hele befolkningen (samfunnsmedisinieren).

Dette lar seg ikke praktisere isolert. Menneskene er hele. De tar del i en rekke aktiviteter i fritid og arbeid som påvirker helsen. Og syntesen av positive og negative påvirkninger skjer i det enkelte individ. Slik samfunnsstrukturen er i vårt land må samfunnsmedisineren være beredt til både å gå inn i de problemer fritids-, arbeids- og næringsliv påfører individene og dermed befolkningen, og gjennom individene søke å påvirke hele befolkningens adferd. Mangfoldigheten i befolkningen tilsier en bred tilnærming og fortsatt satsing på kombinasjonslegen som førstelinje-lege.

Samordning av spesialistutdanningene.

Jeg har selv tatt til orde for en tilnærming mellom spesialforeningene i primærlegetjenesten (10). De utdanningsopplegg som gjelder for spesialområdene i primærlegetjenesten har et betydelig fellesgods. Det må vi nå få klarlagt i detalj. Slikt fellesgods er f. eks:

- allmenntidinsk praksis
- sykehustjeneste
- opplæring i statistikk og epidemiologi
- opplæring i trygdemedisin og atfføring
- opplæring i administrasjon og forvaltningslære i varierende grad
- opplæring i miljømedisinske problemstillinger i varierende grad
- opplæring i sosialmedisin og medisinsk sosiologi i varierende grad.

Listen kunne forlenges. Det som er likt, bør telle likt i alle tre spesialiteter. Det som er spesifikt for hvert av de tre områder, bør utdypes ytterligere. Dagens konsept for en medisinsk spesialitet tillater ikke det som kunne være naturlig:

En felles basisspesialisering over f. eks. 3 år, der fellesområdene ble utdypet. Deretter en 2-årig påbygging innenfor det enkelte hvedområdet. Ytterligere kvalifisering kan så gis

gjennom MPH eller licensiatgradsstudier, eller ved ren vitenskapelig opplæring på doktorgradsnivå som f. eks. omtalt av Roemer (11). Tilsvarende arbeides det også med ved Nordiska Hälsovårdsskolan i Göteborg.

Professorat i kommunehelsetjeneste.

For samfunnsmedisinen som fagområde er det nå særdeles viktig at vi får et sterkere akademisk fotfeste. Og faget må dyrkes ut fra en videre synsvinkel enn biostatistikkens og epidemiologiens. Dette er viktige redskaper. Strategier og teknikker for å nå frem til individer og grupper i lokalsamfunnene med helsefremmende tiltak, må utvikles samtidig som nye aggregerte data innsamles og fortolkes. Et professorat i samfunnsmedisin med ansvar for kommunehelsetjenestens oppgaver bør komme ved alle de fire medisinske fakulteter.

Samfunnsmedisineren vil være det viktige bindeledd mellom vitenskap og akademi, mellom samfunnsstyring og befolkning. Kanskje ligger den viktigste oppgave for faget nettopp i denne formidlerrollen der konflikter og interessemotsetninger må være en del av hverdagen og lojaliteten må fordeles mellom individ, fag og samfunn. Dette forutsetter faglig selvstendige og uavhengige leger!

Litteratur:

1. Brekke D: Spesialister i samfunnsmedisin - hvor befinner de seg? Tidsskr Nor Lægeforen 22; 1988; 108; 1672.
2. Brekke D: Etterutdanning i samfunnsmedisin, en spørreundersøkelse. Under bearbeidelse.
3. Siem H: Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Universitetsforlaget. Oslo 1987.
4. Brekke D: Veiledning i samfunnsmedisin. Rapport fra Finnmark 1988. Fylkeslegen i Finnmark. Vadsø 1989.
5. Romøren TI: Kommunehelsetjenestens fem første år. Rapport nr 12 1989. Sosialdepartementet. Oslo 1989.
6. Miljørettet helsevern i kommunene. Nordisk workshop 1987. Teknisk Hygienisk Forum, Oslo 1988.
7. Sosialdepartementet. Ot. prp. nr 40 (86-87). Miljørettet helsevern i kommunene.
8. RTV. Sykepenger etter folketrygdlovens § 3. Kom. 03-00 av 190689.
9. Helsedirektoratet. Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten 1984-87.
10. Brekke D: Norske primærlegers fellesorganisasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 17-18, 1989; 109; 1925-6.
11. Roemer MJ: 47 år i kampen for folkehelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107; 3046-8.



Samfunnsmedisin

Overordnet målsetting for spesialiteten samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde som har sin oppmerksomhet henvendt på helsetilstanden i *grupper av befolkningen og samfunnet* som hele. Samfunnsmedisinen har sykdomsforebygging og tiltak som fremmer helsen som sitt oppmerksomhetsområde med en bredning av folkehelsen generelt som mål.

Samfunnsmedisinen tar sikte på å avdekke sykdoms- skapende forhold av biolo-

gisk, fysisk, kjemisk og sosial natur i menneskenes livsmiljø på bakgrunn av klinisk kunnskap og erfaring, og ved å erverve seg kunnskap om hele populasjoner eller definerte grupper. Samfunnsmedisinen søker å gjøre kunnskap om disse forhold kjent for beslutningstakerne på alle nivå i samfunnet. Samfunnsmedisinen søker også å klarlegge grunnlaget for å kunne foreslå helsefremmende tiltak rettet mot individ, gruppe og sam-

funn overfor alle forvaltningsnivåer, og tar del i utviklingen av strategier og metoder for å fremme slike tiltak.

Samfunnsmedisinen omfatter administrasjon og forvaltning av helsetjenester generelt og evaluering av konkrete tjenestetilbud spesielt. Dette kan innbefatte kostnads- og nyttevurderinger som kan være kontroversielle ut fra prioriteringsønsker hos individer, blant fagfolk og i de politiske miljøer.

I dette vil det ligge etiske spenninger, da målsettingene for den individrettede og den grupperettede medisin kan divergere. Den etiske konflikt er åpenbar når hensynet til hele befolkningens helse binder midler som kan benyttes til individrettede kurative tiltak.

Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin 1988.

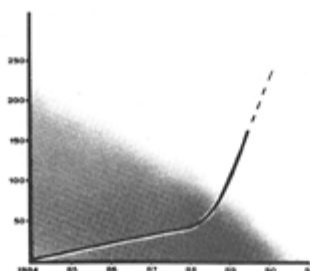
LEGENE I NORGE OG SVERIGE HAR BESTEMT SEG -

PROFDOC^{AS}

DET ER IKKE LENGER NOEN TVIL!

PROFDOC HAR INNGÅTT AVTALE MED PRAKTIKERTJENST
- DEN SVENSKKE ORGANISASJONEN FOR PRIVATPRAKTISERENDE LEGER

SUVERENT
MEST SOLGTE
LEGEPROGRAM
SISTE 2 ÅR



61 NYE
PROFDOC-SYSTEMER
INSTALLERT
I. HALVÅR 1989

L E G E N E S D A T A P R O G R A M

Tanker om samfunnsmedisinerens rolle i kommunene.

1. Historien kan fremvise mange eksempler på at myndigheter har alliert seg med medisinsk kompetanse. Legens fagkunnskap og legekunsten har vært vanskelig tilgjengelig for utenforstående. Kunnskapen har gitt legen en maktposisjon overfor myndigheter og individer. Legen har vært tjener, men også herre - elsket og hatet.

2. Selv om kunnskapen i vår tid på en helt annen måte enn tidligere er blitt allemannseie, er det legene som videreutvikler eksisterende medisinsk kunnskap og utforsker ny. Legens kunnskap omhandler bl.a. menneskenes (individets og gruppens) tilpasning til det omliggende miljø. Samfunnet trenger denne kunnskap, noe historien viser. Men ikke alltid er denne kunnskap blitt satt pris på. Og legene har tidvis måttet samle seg om deler av medisinen som har provosert makthaverne lite for å finne arbeidsforhold som er til å leve med. (F. eks. Rudolf Virchow i forrige århundre, og vi har norske eksempler fra de senere år).

3. Samfunnsmedisineren i Norge har gjennom årene hatt en blanding av kommandant- og konsulentrolle. Samfunnsstrukturen og sykdomspanoramaet gjorde at kommandantrollen var mer fremtredende tidligere (kfr. helserådsordførervervet). Endringer i sykdomspanoramaet, den alminnelige samfunnsutvikling og reformer i lokalforvaltningen har svekket kommandantrollen ved overføring av ansvar bl.a. til kommunale politiske organer. I sin nye konsulentrolle (medisinsk-faglig ansvarlig lege), er ikke alltid legen gitt den nødvendige mulighet til på en uavhengig måte å målbære sine råd. Allerede Ibsen har i "En folkefiende" beskrevet betydningen av legen som selvstendig rådgiver.

Kommandantrollen er stadig nødvendig (f. eks. i akutt medisin, ved epidemikjempelse og i en beredskapssituasjon).

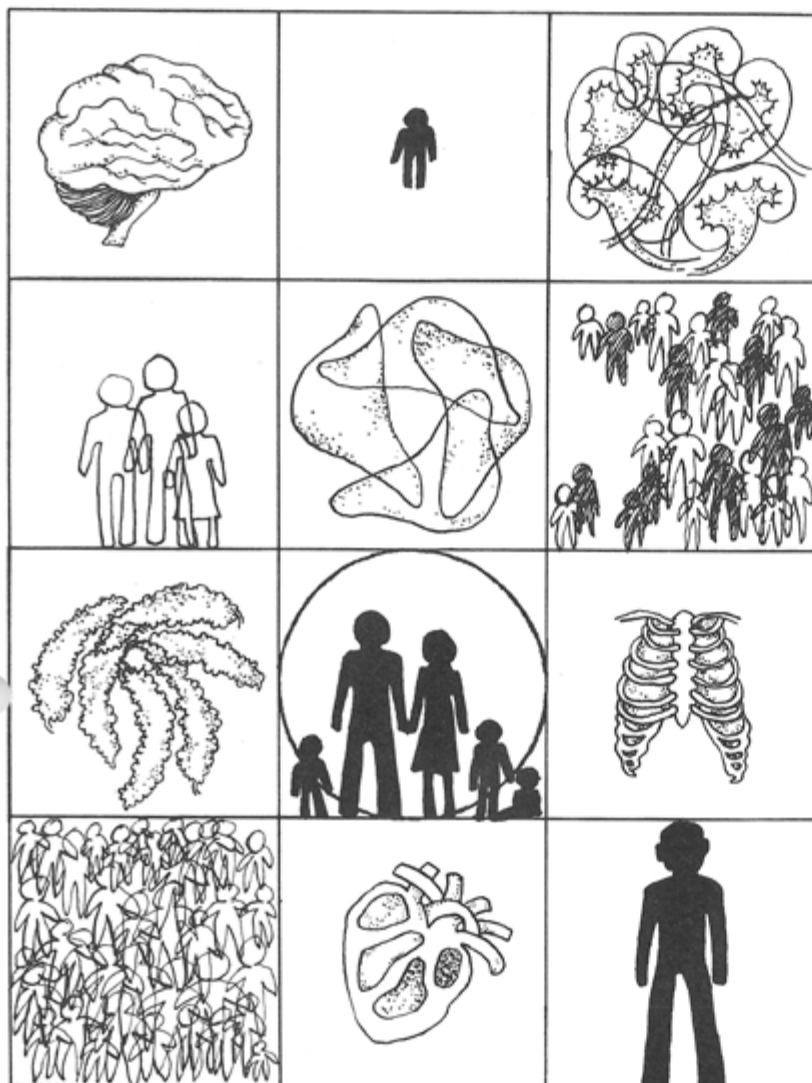
Konsulentrollen har vært etterspurt av enkeltpersoner, grupper og samfunnet. Kommandantrollen krever utøvende myndighet knyttet til det å ha ansvar. Ved reformen i 1984 og den senere utvikling er samfunnsmedisineren kommet i den stilling at ansvar og myndighet ikke alltid følges ad, - en vanskelig og lite meningsfylt posisjon. Det finnes mange eksempler på at avansert samfunnsmedisinsk kunnskap neglisjeres av kommunale myndigheter. Da blir også konsulentrollen vanskelig og lite meningsfylt.

I samfunnsmedisinske heldagsstillinger er det viktigste at den *faglige* lederfunksjon kan ivaretas. Rent praktisk er mange samfunnsmedisinske stillinger i dag tillagt mye administrativt arbeid som kan gjøres av underordnet personell uten helsefaglig bakgrunn. Dette medfører at legen får for lite tid til samfunnsmedisinsk utrednings- og rådgivningsarbeid på spesialistnivå.

4. For å kunne være faglig premissleverandør, må samfunnsmedisineren uhindret kunne legge frem sine vurderinger for beslutningstakerne. Det forutsetter innstillingsrett i et politisk styringssystem. Uten innstillingsrett vil legens premisser kunne bli silt, fortolket eller helt utelatt av en administrator før de når politikerne. Vi har mange eksempler på dette.

Rådende holdninger i mange kommuner og Sosialdepartementet til legen som samfunnsmedisinsk rådgiver, gjør det mer påkrevet nå enn tidligere å verne om legens innstillingsrett for helse- og sosialstyret i spørsmål vedrørende miljørettet helsevern. Å bevare denne retten er fundamentalt viktig.

For å kunne være effektiv utøver på det samfunnsmedisinske felt, kreves dessuten delegasjon av myndighet, - kfr. kommandantrollen.



Ill.: Ragnhild Gjerstad

5. Enkelte har tatt til orde for at samfunnsmedisineren i kommunen må finne seg allierte på politisk eller administrativt hold, eller selv bli politiker for å få igjennom endringer som kan tjene folkehelsen. Dette krever i så fall en sterk rollebevissthet om en skal unngå sammenblanding av fag og politikk, - unngå sammenblanding av det uavhengige faglige standpunkt og den engasjerte personlige holdning.

6. Befolkningen forventer med rette at en leges faglige vurderinger skjer fritt og uavhengig. Politiske bindinger kan kanskje være tjenlige i enkelte saker og på kort sikt, men kan på lang sikt svekke tilliten til legens faglige vurderinger og uhildethet, og vanskeliggjøre allianser som kan være tjenlige i andre saker.

Samfunnsmedisineren skal gi råd, være premissleverandør for administrative

og politiske beslutninger. Men myndighetene har rett til selv å velge strategier og løsninger uavhengig av faglige råd.

Samfunnsmedisineren må sørge for at de råd som gis er i tråd med den siste tilgjengelige kunnskap, og aktivt gå inn med forskning og fagutvikling på områder der kunnskapsgrunnlaget er svakt.

Befolkningen må kunne forvente at legene opptrer med spesialistens kunnskap og erfaring og vitenskapens troverdighet. Som leger må vi også gjøre det helt klart at vi ikke lar oss binde til maktstrukturer i samfunnet som hindrer eller fordreier formidlingen av vår kunnskap.

7. Samfunnsmedisin er en ung spesialisert med en beskjeden akademisk tradisjon i Norge. Deler av fagområdet er velutviklet (statistiske og epidemiologiske metoder), mens mye er basert

på gammel empiri og lite forskningsbasert kunnskap (deler av hygienens og annet forebyggende helsearbeid). I det kommende ti-år bør det gjøres en kraftanstrengelse for å rette på dette.

Aktuelle arbeidsoppgaver er:

- a) Metodeutvikling - valg av forskningsmetoder tilpasset for forskjellige mindre prosjekter i kommunene.
- b) Prosjektarbeid i kommunene
 - Deskriptiv epidemiologi
 - Analytisk epidemiologi
 - Kartlegging av risikofaktorer
 - Kommunedagnose
 - Intervensjonsstudier.
- c) Case - kontrollstudier
 - (Her er kontakten mellom samfunnsmedisin og allmennmedisin viktig. Samfunnsmedisineren bør bl.a. av den grunn være oppdatert på den kurative sektor).
- d) Kohortstudier
 - Prospektive studier av helsefremmende arbeid.
- e) Miljøforstyrrelser
 - Sammenhengen mellom helsefaktorer og fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale risikofaktorer.

8. Samfunnet synes villig til å satse på samfunnsmedisinsk fagutvikling gjennom programmene innen miljørettet helsevern og HEMIL. Det må være et ansvar for leger med samfunnsmedisinsk spesialistutdannelse og andre med interesse for fagområdet, å gå inn i disse mulighetene. Dette er nødvendig også for å styrke vår faglige posisjon og troverdighet.

9. På dette grunnlag - med en konsentrering om å utvikle ny kunnskap, og med et uforvarelig krav om faglig uavhengighet - skal samfunnsmedisineren til enhver tid stå parat til å gå inn i lederroller i helsevesenet, det være seg som faglig kommandant, administrator eller rådgiver.

10. Rammebetingelsene som kommunelegene har for å utøve medisinsk-faglig ansvar er ikke tilfredsstillende. Dette må endres ved målrettet satsning. Det ligger store faglige utfordringer foran oss. Forskning og fagutvikling vil vise at vi forvalter kunnskaper som samfunnet ikke kan være foruten.

Okt. 1988

Styret i offentlige legers landsforening. □

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin i Trondheim

Lege Tor Åm, spesialist i allmennmedisin, p.t. konsulent ved Trondheim helsekontor.

Av Tor Åm

I Trondheim har vi de siste 10-15 år hatt et stabilt og godt allmennmedisinsk miljø. Flertallet av allmennmedisinerne har spesialitet i allmennmedisin. Primærlegedekningen i Trondheim er dårlig, men vi har hatt relativt gode arbeidsbetingelser ved legesentra i byen, både faglig og økonomisk. På tross av dette sitter nok mange av oss med følelsen at vi ikke er "skikkelig doktor". I vår allmennmedisinske hverdag savner vi kontakt med samfunnsmedisinske problemstillinger. Distriktslegemodellen med arbeidsoppgaver både innenfor allmennmedisin og samfunnsmedisin er hva vi kanskje egentlig forbinder med det å være "doktor". Det var i alle fall en stor gruppe allmennmedisinere i Trondheim som var interessert i å "snuse" på samfunnsmedisin da vi ble gjort kjent med muligheten for et opplæringsprogram i samfunnsmedisin.

Kommunalt opplæringsprogram i samfunnsmedisin.

I november 1987 skrev undertegnede til helsekontoret, Trondheim kommune, Institutt for samfunnsmedisin, UniT og Fylkeslegen i Sør-Trøndelag, og ba om et møte for å drøfte muligheten for kommunalt opplæringsprogram i samfunnsmedisin i Trondheim. Det ble dannet en styringsgruppe med de overnevnte parter, og arbeidet ble startet for å utforme et lokalt opplæringsprogram beregnet på gruppeveiledning.

I juni 1988 ble det sendt invitasjon til legene i Trondheim om deltakelse i et slikt kommunalt opplæringsprogram. Invitasjon ble også sendt de andre kommunene i Sør-Trøndelag. I alt meldte det seg 13 leger til opplegget; 11 fra Trondheim og 2 fra nabokommuner. Såvidt jeg vet er alle deltakerne spesia-

lister i allmennmedisin. Gruppen har 2 veiledere, helsesjef Bernt Dahl og kommuneoverlege Eivind Senneseth, begge fra Trondheim kommune. Vi følger utdanningsprogrammet til spesialitetskomiteen, men veiledningen foregår som gruppeveiledning i stedet for en-til-en-veiledning. De praktiske oppgavene løses for det meste individuelt, men enkelte ganger også i grupper.

Veiledningsprogrammet i Trondheim ble formelt godkjent av spesialitetskomiteen høsten 1988. Vi er godt i gang både med temamøtene og de praktiske oppgavene.

Spesialistkurs i samfunnsmedisin.

For å bli spesialister i samfunnsmedisin må vi også ta spesialistkurs. Alternativene for oss har vært enten 3 mndr. i Oslo på Siff-kurset, eller et høstsemester på folkehelseutdanningen i Tromsø. Alle deltakerne driver allmennpraksis med driftstilskudd. Det vil by på store problemer å skaffe vikar for en 3 mndrs. periode. Ingen av oss vil få lønn mens vi går på spesialistkurs. I tillegg har de fleste av oss familiære forpliktelser som gjør at det ikke er enkelt å være borte 3 mndr.

Styringsgruppen har derfor arbeidet for å få lagt et alternativt spesialistkurs til Trondheim. Slik vi har planlagt dette, skal det arrangeres 13 ukerskurs over en 3-års periode parallelt med opplæringsprogrammet. Kursene arrangeres over UniTs kursbudsjett som åpne kurs, som kan søkes av alle leger, og finansieres over fond i Lægeforeningen. Institutt for allmennmedisin står som arrangør, og er faglig ansvarlig for innholdet.

Spesialistkurset er delt opp i 4 "bolker";

- 1) Statistikk, generell epidemiologi og spesiell epidemiologi; tre ukes-kurs i alt.
- 2) Administrasjon og ledelse; tre ukes-kurs.
- 3) Sosialmedisin, forebyggende medisin; tre ukes-kurs.
- 4) Mijø/hygiene; tre ukes-kurs.

I tillegg kommer et avslutnings-/oppsummeringskurs på en uke.

Forutsetningen for å få godkjent kurspakken som spesialistkurs er at kandidaten samtidig deltar i godkjent kommunalt opplæringsprogram. Styringsgruppen har foreslått at det skal

avlegges eksamen etter hver "kursbolk". To godkjente spesialister i samfunnsmedisin vil være kursledere for hele kurspakken, og ha ansvar for kontinuiteten og sammenhengen i opplegget (Helge Garåsen og Harald Torske).

Søknad om å få godkjent opplegget som spesialistkurs ble fremmet overfor spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin i april 1989. Saken ble tatt opp i sentralstyret i Lægeforeningen i juni, og fikk der en prinsipiell godkjenning. Detaljutformingen vil bli utarbeidet mellom styringsgruppen i Trondheim og spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin.

I tillegg til 13 deltakere fra Trondheim, vil vi få med 4 kandidater fra Malvik kommune, som har fått godkjent egne veiledningsavtaler.

De 17 kandidatene kan starte spesialistkurset høsten 1989, og vil være ferdig med opplæringsprogram og spesialistkurs høsten 1991. Vi vil da ha 17 nye spesialister i samfunnsmedisin i Trondheimsregionen.

Vi som arbeider i Trondheim håper at vi vil få delegert samfunnsmedisinske oppgaver til hvert enkelt "distrikt" i byen, slik at vi får brukt våre nyervervede kunnskaper. Vi mener primærhelsetjenesten i en storby vil tjene på å oppheve et kunstig skille mellom allmenmedisin og samfunnsmedisin. □



ANMELDELSER

Samfunnsmedisin i arbeidslivet

Bedriftshelsetjenesten seiler i medvind for tiden. Den har tatt til seg flere gode samfunnsmedisinere og oppfattes tydeligvis som del av et felles arbeidsmarked.

Gjennom årtier har akademisk velskolerte leger hatt bedriftslegearbeid som bistilling. Gjennom dette har de bidratt i betydelig grad til fagutvikling og utvikling av forskningsbasert kunnskap om arbeidslivets helseeffekter. Bedriftsmedisinerne har i

vår utgitt to bøker som samler mye av denne kunnskapen og viser at bedriftsmedisinen er opptatt av samme problemer som samfunnsmedisinen. Bøkene vil være gode redskaper for leger som arbeider med kommunehelse-tjenestens mangslungne problemer.

"Arbeidsmedisin" (1) tar opp en rekke miljømedisinske spørsmål i industri, landbruk, fiske, skole, offentlig sektor, støyproblemer, belastnings-

lidelser og atferding blant annet.

"Arbeidsmiljø og helse" (2) omtaler yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens utvikling i Norge. Boken har en meget omfattende referanseliste på over 1200 nummer, som omtaler et mangfold av miljømedisinske spørsmål i industri og samfunn.

Dette er to gode bidrag til den samfunnsmedisinske

faglitteratur, som kan være en god hjelp i den praktiske hverdag.

Dag Brekke

Litteratur:

1. Larsen Ø, Lie A, Sjølyst RA: Arbeidsmedisin. Yrke og helse i moderne norsk arbeidsliv. Den norske lægeforening/Det norske medisinske Selskab. Oslo 1988.
2. Natvig H, Thiis-Evensen E: Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. Norsk Bedriftslegeforening. Oslo 1989.

Samfunnsmedisineren som tilsynsmyndighet



Hans Petter Schjønby f. -36 har vært offentlig lege siden 1965. Fylkeslege i Hedemark fra 1986. MPH-grad fra Nordiska hälsovårdshögskolan. Spes. i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Tidligere formann i spesialitetskomiteen i samf. med. og medlem av sentralstyret i Dnlf.

En oppgave for kommunelege I

Av Hans Petter Schjønby

I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, er Helsedirektoratet og fylkeslegekontorene statlige tilsynsmyndigheter. Samfunnsmedisinere i kommunene ble fratatt denne oppgaven ved overgangen til kommunalt ansettelsesforhold i 1984.

Da brorparten av norske samfunnsmedisinere arbeider i kommunene, og forhåpentligvis samtlige leser "Utposten", vil jeg likevel her konsentrere meg om samfunnsmedisineren som tilsynsmyndighet i kommunene. Først noen innledende bemerkninger om tilsyn generelt.

Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen (1979) har fastslått hovedprinsippene bak tilsynet med helsevesenet.

"Tilsynet med helsevesenet bør etter vanlige prinsipper utføres av andre enn de organer og det personell som yter helsetjeneste til befolkningen".

"Den langt overveiende del av helsevesenet er kommunalt eller fylkeskommunalt, dette tilsier at tilsynsoppgavene bør ligge hos staten". Disse statlige tilsynsoppgavene består i å:

- påpeke og motvirke *usaklig forskjellsbehandling*
- påpeke og motvirke *skjevfordeling av helsetjenester*
- tilse at helsetjenesten holder et *rimelig minstemål*.

De statlige tilsynsmyndigheters oppgaver medfører ikke noen begrensning i fylkeskommunens og kommunens ansvar for å etterleve lover, forskrifter og gitte retningslinjer.

Dette innebærer at fylkeskommuner og kommuner har ansvar for at det er utviklet retningslinjer, rutiner og instruksjoner som medvirker til å sikre befolkningen adekvate helsetjenester og klarest mulig ansvarsfordeling. (Rettsikkerhetshensyn).

Ansvaret går mer spesielt på utarbeidelse og utforming av rutiner som "klarest mulig definerer institusjonens og virksomhetens alminnelige målsetting og stillingshavernes rettigheter og plikter".

At helsevesenets tilsynsoppgaver i prinsippet skal tilligge statlige organer, forhindrer altså ikke at det i hver kommune må foreligge et "internt kontrollsystem". Dette *egenkontrollsystemet* er kommunenes eget tilsyn med at helsetjenesten utøves i samsvar med gjeldende regelverk, aksepterte normer mv.

Sagt med andre ord: Enhver instans som yter helsetjeneste til befolkningen, må ha et egenkontrollsystem som sikrer at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige, er i samsvar med det sentrale regelverk, og der ansvarsfordelingen er presisert.

Det er kommunens medisinsk-faglig ansvarlige lege, vanligvis kommunelege I, som overfor kommunestyret er ansvarlig for at egenkontrollsystemet er utviklet. Kommunelege I har her en klar tilsynsoppgave. Fylkeslegens oppgave er å påse at det foreligger et slikt system, at det er i samsvar med regelverket, og at det blir fulgt opp av kommunal ansvarlig instans.

Den oppmerksomme leser vil ha forstått at det egenkontrollsystemet kommunelege I er tilsynsansvarlig for, ikke bare begrenser seg til strikt faglige kvaliteter. Det må omfatte en rekke kvaliteter langt utenom det vi vanligvis definerer med helsetjeneste; - så som

tilgjengelighet, kvalitet, informasjon, pasientrettigheter og rettssikkerhet. Brukerservice og befolkningsbehov er viktige stikkord.

Kommunelege I's tilsynsansvar følger av § 3-4 i kommunehelseloven.

Paragrafen sier at en lege ansatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten. Ut fra lovbestemmelsen har det vært mulig å trekke ut følgende oppgaver for kommunelege I:

- Vurdere om de behandlingmessige avgjørelser innen kommunehelsetjenesten er i samsvar med de faglige krav som stilles til tjenesten.

I forhold til dette ansvar har kommunelegen også instruksjonsmyndighet, men bare angående spørsmål av administrativ og forvaltningsmessig natur. Den enkelte yrkesutøver har et selvstendig ansvar for at utøvelsen skjer faglig forsvarlig, kfr. f.eks. legelovens § 25.

- Melde fra til sentrale helsemyndigheter når kommunelege I anser at virksomheter ikke oppfyller forsvarlighetskravet.

I forbindelse med dette har kommunelegen også ansvar for å:

- Veilede og informere om sitt syn til vedkommende lege, pasient og eventuelt andre impliserte avhengig av sakens natur.

I vårt desentraliserte forvaltnings-system og med kommunalt ansvar for helsetjenesten, har gjeldende lovgivning svært få bestemmelser der faglig ansvarlig kommunelege har regelfestet uttaleplikt til statlig helsemyndighet. Her nevnes 2 eksempler:

- § 4 i forskrift om tidsbegrenset lisens for leger over 75 år, her må den offentlige lege påse at de nødvendige opplysninger er gitt, og sende disse til fylkeslegen med *sin* uttalelse.
- § 2 i forskrifter om legemiddel-forsyningen i kommunehelsetjenesten; her fremgår at kommunelege I har tilsynsplikt og ansvar for at regelverket følges i den enkelte kommune.

Kommunelegens tilsynsansvar er koblet til begrepet medisinsk-faglig ansvar. Et slikt klart definert og beskrevet ansvar må bl.a. innebære tilsyns- og instruksjonsmyndighet.

Kommunehelsetjenestens funksjon og kvalitet er i høy grad avhengig av at det foreligger klare begrepsavklaringer når det gjelder medisinsk-faglig ansvar. Som alle vet, foreligger ikke dette. I offentlige dokumenter fra senere år finnes det nesten ikke informasjon som muliggjør en videre presisering av tilsynsansvar og tilsynsmyndighet tillagt kommunens medisinsk-faglig ansvarlige lege.

Denne oversikten over samfunnsmedisinerens tilsynsmyndighet i kommunene, er derfor mager, den er litt springende og ikke helt oversiktlig. Det mangler liksom et system. Det haster å få gjort noe med dette! Ansvarsforholdene i kommunehelsetjenesten er rotete nok som de er. Samfunnsmedisinerens tilsyn vanskeliggjøres enda mer ved at press- og interessegrupper effektivt har vist seg å kunne hemme en klargjøring.

Istedet for ansvarsforskrifter har sentrale helsemyndigheter bebudet en veileder. Innenfor et så viktig og brennbart felt som ansvarsklarering i helsetjenesten er det å frykte at en slik veileder blir for tannløs.

Sosialdepartementet bør ta denne viktige saken opp igjen! □



Samfunnsmedisinske utfordringer i en storby



Bydelsoverlege Gunnar Kvalvaag. Distriktslege i Giske 77-80. Psyk.avd. FSH Ålesund 80-81. Bydelslege Oslo 81-88. Bydelsoverlege Nordstrand fra 88. Medlem av styret i OLL. Leder av OLL's EDB-utvalg. Medlem styringsgruppa for SIFF-kurset.

Av Gunnar Kvalvaag

Flere av våre større byer har gått sammen for å gjøre sentralmyndighetene oppmerksomme på sin vanskelige økonomiske situasjon. Dette bekrefter at de har grunnleggende problemer felles. Forskningsrapporten "Levekår i storby" viste at karakteristiske storbyproblemer har omtrent samme mønster i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Selv om denne artikkel er skrevet med ståsted Oslo, er ikke Oslo-problemene helt enestående, men "Oslo har mer av alt". Det verktøy eller de samfunnsmedisinske metoder vi har til rådighet, er imidlertid stort sett de samme.

Storbyens utfordringer:

Befolkningssammensetningen:

Oslo har høyere andel eldre enn andre kommuner. 14,2 % er over 70 år, mot 11,1 % i landsmålestokk. 4,9 % er over 80 år, mot 3,6 % i hele landet. At en stor andel eldre lever uten nære pårørende, gir økt behov for offentlige hjelpeordninger.

I Oslo er 38 % gift, mot 44 % i hele landet. Manglende nettverk har helsemessige konsekvenser også for yngre aldersgrupper. Kommunen har dessuten den største andel innvandrere fra den 3. verden av alle landets kommuner. Dette representerer faglige utfordringer ikke minst innenfor forebyggende helsearbeid.

Levevilkår og livsform:

Hvert år skjer det ca 8000 skilsmisser i Norge. Disse berører ca 9000-10000 barn, og er mest utbredt i Oslo. 71 % av alle barn i Oslo bodde sammen med mor og far, mot 83 % på landsbasis (1986). 23 % av Oslo-barna har opplevd at foreldrene skilte lag, det samme gjaldt 15 % av barna i de andre storbyene og 12 % av barna i andre kommuner. Nesten hver tredje ungdom i alderen 14 til 17 år i Oslo har foreldre med ulik adresse, mot hver sjettede ungdom i andre kommuner. Oslo har det

høyeste alkoholforbruk i vårt land, med en omsetning av i overkant 10 liter ren alkohol pr. innbygger over 15 år.

Ifølge intervjuundersøkelse (1985) er alkoholforbruket 49 % høyere enn i landet som helhet.

Storbyen har en høy konsentrasjon av personer med spesielle problemer, slik som rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser.

Livsmiljø:

Høy (og økende) biltetthet også i boligstrøk gir helseproblemer.

Det er beregnet at halvparten av byens befolkning utsettes for trafikkstøy over Miljøverndepartementets grenseverdi. 65 000 av disse er utsatt for helse-truende støybelastning (er sterkt plaget) ved sin bolig.

Biltrafikken er dessuten viktigste årsak til at ca 200 000 personer i Oslo utsettes for et forurensningsnivå over anbefalte grenseverdier ("Anbefalte grenseverdier for luftkvalitet", SFT 1982). Dessuten plages ca 300 000 personer av lukt og støv.

Samfunnsmedisinske utfordringer:

Vi finner i Oslo en betydelig overdødelighet av de moderne

livsstilsykdommer: Alkoholrelaterte sykdommer, lungekreft, hjerteinfarkt. Forøvrig er her en generell overdødelighet av mange sykdommer.

Målt etter de fire dødsårsaker hvor alkohol er nevnt i selve diagnosen, har skadene i Oslo i 1980-87 vært 128 % høyere enn som landet som helhet.

Alkohol er den viktigste dødsårsak for Oslo-borgere under 50 år (Fekjær).

10 av 1000 barn i Oslo er under sosial omsorg, mens 4 av 1000 er det på landsbasis. Det er større grad av sykelighet blant barn og unge i storbyene i forhold til spredbygd strøk. I aldersgruppen 16-24 år hadde 49 % av de unge sykdom på et gitt tidspunkt, mot 35 % i spredbygde strøk. I den yngste aldersgruppen (0-6 år) var tallene



Ill.: Ragnhild Gjerstad

henholdsvis 33 og 22 %.

Det har dessuten vært en økt sykkelighet i storbyene fra 1975 til -85, spesielt hos barn opp til 16 år. Økningen har vært fra 21 til 34 % i Oslo og Akershus.

Det er i første rekke hudsykdommer som har økt sterkt blant barn og unge i dette området.

Aborthyppigheten er nesten dobbelt så stor i Oslo som i landet som helhet. Hvert tredje svangerskap ender i abort. 55 % av registrerte HIV-positive er bosatt i Oslo. 59 % av nordmenn som hadde fått AIDS, var hjemmehørende i kommunen.

Ulikheter mellom bydeler:

Det er store forskjeller i sykkelighet og dødelighet mellom ulike bydeler. Dette gjenspeiler først og fremst store sosioøkonomiske forskjeller mellom bydelene, som igjen kan gi ulike forutsetninger for gunstig helseatferd. Også ulikheter mht. livsmiljøet har betydning for forskjellene.

For å utvikle en helsetjeneste tilpasset befolkningens behov, er det gjennomført en desentralisering av primærhelsetjenesten til 25 bydeler. I hver bydel er det ansatt en samfunnsmedisiner (bydelsoverlege).

For samfunnsmedisineren er det en viktig oppgave å delta i diskusjoner om prioriteringer og ressursforvaltning.

I en spørreundersøkelse blant bydelsoverlegene fant de fleste av de som svarte størst utfordring i administrative oppgaver og i prioritering av ressursbruken. Det ble dessuten påpekt behov for lokal epidemiologi og evaluering av helsetjenesten. Blant utfordringer innen miljørettet helsevern opplevde de fleste støy og sosiale miljøfaktorer som de største problemer. Litt overraskende fikk helseopplysning og ulykkesforebyggende arbeid relativ lav prioritet.

Oppsummering:

Storbyen har store samfunnsmedisinske problemer som bør bekjempes. Når det gjelder vårt engasjement mot livsstilssykdommene, står det om selve vår faglige troverdighet. Men også i forhold til helsemessige konsekvenser av livsmiljøet, har vi vært svake og tafatte som epidemiologer og premissleverandører. For den enkelte

samfunnsmedisiner er det viktig at ens engasjement og prioriteringer har rot i det miljøet som kjennetegner byen/bydelen og i hva som der påvirker menneskers valg og atferd.

Referanser:

1. Levekår i storby. NOU 52/78. Statistisk sentralbyrå.
2. Statistisk årbok for Oslo 1988.
3. Fakta om barn i Norge. Bameombudet 1989.
4. Miljøvempplan for Oslo, del-1. 1989.
5. Sluttrapport fra et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og SFT. 1989.
6. Alkohol i Oslo. Melding til Sosialdirektøren. Hans Olav Fekjær. 1987.
7. Helse og livsstil i figurer og tekst. Utviklingstrekk 1975-1985. Statistisk sentralbyrå-rapport 88/23. Liv Grøtvedt og Otto Carlson.
8. Statistisk ukehefte nr. 11/89 og 26/89. Statistisk sentralbyrå.
9. MSIS-rapport 1989; 17 (2).

Neste år i Kirkenes og Murmansk !

OLL's tradisjonelle samfunnsmedisinske kurs og årsmøte i 1990 er lagt til Kirkenes med ekskursjon til Murmansk. Programmet er miljørettet helsevern i lokalsamfunnet, geomedisintoxicologi, bedriftsmedisin, allmennmedisin, helsetjenesteforskning i nord.

Sett av tida 2 - 8. september 1990 !

Samfunnsmedisin og bedriftshelsetjeneste - to navn for samme fag?



*Olav Røynealand.
Distriktslege/helserådsordfører i Tokke
71 - 85. Kommuneoverlege/helsesjef
Porsgrunn 85 - 88. Bedriftslege Statoil
fra 88. MPH Gøteborg 1984. Spesialist
i allmennmedisin og samfunnsmedisin.*

Av Olav Røynealand

Samfunnsmedisinen har gjennom de senere år gjennomgått en utvikling hvor faget er definert og har fått sin egen spesialitet. Bedriftshelsetjenesten er i denne utviklingen det tredje faget i det primærmedisinske området.

Primærmedisin:



Disse tre fag utgjør tilsammen primærmedisinen i motsetning til helsetjenestens annenlinjetjeneste. Disse tre fagene har mye felles, men noe er forskjellig. Det største skillet går vel mellom ren kurativ tjeneste på den ene side og administrativ medisin på den andre ytterkant. Uten kurativ medisin ville vi ikke ha kunnskap om hvordan sykdommer kan forebygges eller hvordan helsetjenesten bør ledes. For å drive forebyggende helsetjeneste, må vi ofre tid og arbeid til å administrere og koordinere de ulike helsetiltak, slik at de enkelte deler blir vektlagt og prioritert etter faglige kriterier.

Den gamle helserådsordføreren som nå heter kommunelege I, er i de fleste norske kommuner en kombinert primærlege. På den ene siden driver han/hun kurativt arbeid, og på den andre siden forebyggende helsearbeid. Legen skal være premissleverandør for politiske beslutninger. På bakgrunn av slike premisser skapes forutsetninger for forebyggende arbeid. Ved kunnskap

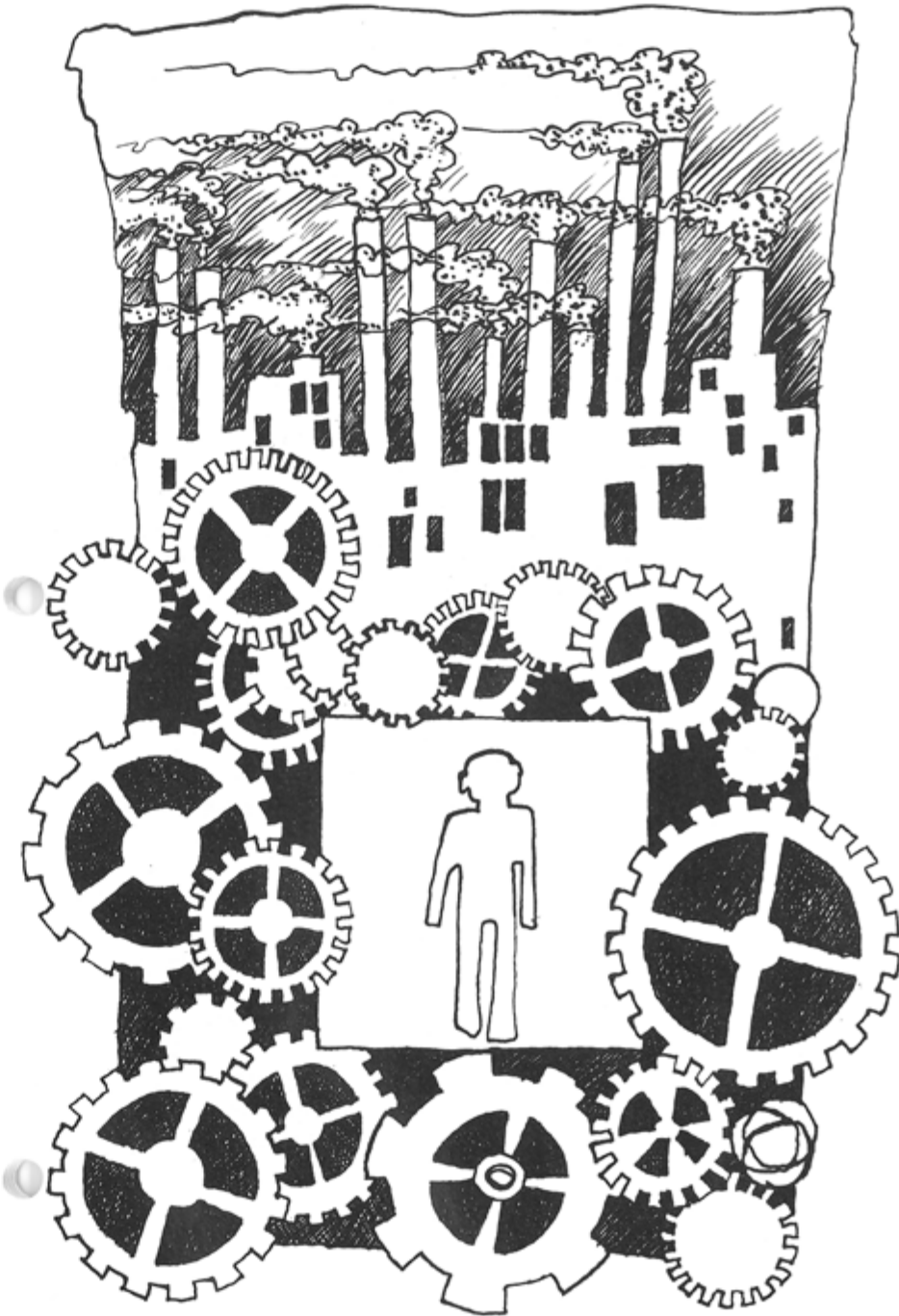
i epidemiologi, statistikk og lokale, aktuelle problemer, skapes faglig forutsetning for legens premisser til politikkerne.

Den basale forutsetning er at legen kjenner befolkningens helseproblemer ved personlig pasientkontakt ved siden av innsikt i hvilke faktorer i lokalsamfunnet som forårsaker sykdom. Dette vil variere noe fra kommune til kommune. En typisk landbrukskommune vil ikke ha samme problemer som en bydel i Oslo. Jeg tror kommunelegene med samfunnsmedisinsk utdanning med mindre justeringer kan tilpasse seg de forskjellige problemstillinger han/hun møter i to så forskjellige kommuner.

Jeg ser stort sett de samme utfordringer for bedriftslege og kommunelege. Bedrifter av noe størrelse er som et samfunn eller en kommune. Den har en produksjon og en administrasjon. Legen må gjennom kunnskap om produksjon, personlig kontakt med ledelse og ansatte, skaffe seg kunnskap om aktuelle problemer i bedriften. Det vil variere mellom bedriftene, men sammen med sin medisinske bakgrunn og kjennskap til statistikk og epidemiologi, vil legen ha en plattform for lokal tilpasning.

Jeg ser i prinsippet liten forskjell mellom en bedriftslege og en kommunelege og vil prøve å vise det.

Aksepterer vi at en bedrift er som et samfunn, vil befolkningen (ansatte) søke legen for aktuelle problemer eller bli innkalt til legen. Gjennom en slik lege/pasientkontakt får man kunnskap om aktuelle problemstillinger. Med den kunnskapen går man så ut i samfunnet (bedriften) og orienterer seg om og peker på faktorer som kan forårsake sykdom. Eller man får mistanke til faktorer og starter utredning/forskning.



Ill.: Ragnhild Gjerstad

Både en kommunelege og bedriftslege skaffer seg spesiell kunnskap om de faktorene som er særegne for den aktuelle kommune eller bedrift. Ut fra sin lokale kunnskap, sin utdannelse i forebyggende helsearbeid og kurative erfaring, er legen rustet til å være premissleverandør for de som skal prioritere og ta beslutninger.

Administrasjonen i en bedrift og kommune er egentlig bygd opp etter en felles mal.

<i>Kommune</i>	<i>Bedrift</i>
Kommunestyre	Generalforsamling
Formannskap	Styre
Ordfører	Direktør
Etatsjefer	Avdelingssjefer
Helse- og sosialutvalg	Arbeids- og miljøvern-utvalg (AMU)
Kommunelege I	Bedriftslege

Legen skal uten stemmerett være saksforbereder og "selge" sitt budskap på lik linje både i helse- og sosialutvalget og AMU.

For meg er det liten forskjell i intensjonen til lovverket om miljørettet helsevern en kommune skal forholde seg til og det lovverket bedriften må oppfylle i arbeidsmiljøloven. Begge har SFT og Arbeidstilsynet som kontrollorgan. Bedriftene har egen sikkerhetsavdeling, og verne- og miljøingeniører er stort sett ansatt i de fleste bedrifter av en viss størrelse. Her ligger bedriftene foran kommunene som synes å stritte imot ansettelse av teknisk, hygienisk personell. Men i begge samfunn finnes de samme oppgaver. Spørsmål som eksposisjon og utslipp, smittsomme sykdommer og helsekontroller er oppgaver helsetjenesten i både bedrift og kommune må ta stilling til. For ikke å nevne ulykker og livsstil. Det er kommuneleger i større kommuner som ikke har pasientkontakt. Jeg tenker her på tidligere stadsleger. De har i dag miljørettet helsevern og administrasjon som hovedbesjeftigelse. Større bedrifter har sjefsleger som administrerer helse-tjenesten i konsernet eller bedriften.

Det finnes bedriftsleger som mener de ikke skal ha kurativ pasientkontakt. Men skal en bedriftshelsetjeneste få tillit og få tidlige signaler om at noe er galt i miljøet, må legen gjøre det kun legen kan. Det er å diagnostisere og behandle. Uten disse funksjonene, vil man ikke føle bedriften eller kommunen på pulsen på samme måten. Man vil heller ikke få signaler om miljøfaktorenes innvirkning på individet på samme måten.

"Bedriftsleger må ikke glemme at de er leger", sa dr. Arne Bruusgaard på bedriftslegeforeningens årsmøte i Sandefjord i 1987. Det oppfattet jeg som en advarende pekefinger fra en eldre og meget erfaren kollega. Legen må bli ved sin lest og ikke helt slippe kontakten med pasientrettet problemstilling. Kun med den kontakten kan han/hun være en nyttig samarbeidspartner til andre profesjoner som teknikere, ingeniører, veterinærer osv. Hverken kommunelegen eller bedriftslegen vil noen gang alene dominere det forebyggende helsearbeidet. Men gjennom sin individkontakt er han/hun en



viktig problempåviser, ikke nødvendigvis en problemløser.

Bedriftslegene har under arbeid egen spesialitet. Landsmøtet på Røros fant ikke tiden moden og bad om en bredere kontakt med de andre primærmedisinske fag og yrkesmedisinen. Flere talere på landsmøtet og innkomne uttalelser hadde problemer med å forstå behovet for egen spesialitet for bedriftshelsetjeneste. Selv synes jeg det bør drøftes om samfunnsmedisin og bedriftshelsetjeneste har så mange fellesnevner at de bør utvikle en spesialitet i forebyggende helsetjeneste. Som en annenlinjetjeneste vil vi ha yrkesmedisinen ved sykehusene. Disse er også i dag naturlige samarbeidspartnere for kommunelene da yrkesmedisinen er kompetansen lokalt for statistikk og epidemiologisk tenkning og metodikk. Om problemstillingen er effekten av en gass eller et stoff på en ansatt i en bedrift, eller et livsstilsproblem for en kommune, spiller epidemiologisk ingen rolle. Det er de samme teknikker som skal nyttes.

Vi bør derfor starte diskusjonen om samfunnsmedisin og bedriftshelsetjeneste har så mye felles at de kan samordnes, eller er de så forskjellige at de bør ha hver sin spesialitet?

□



Lokal helseopplysning - en verktøykasse

Et idehefte fra Helsedirektoratet

I det lokale helseopplysningsarbeid etterlyses redskaper å arbeide med. Etterlysningene skjer ofte i form av spørsmål som:

- hvordan skal vi komme i gang med arbeidet?
- hvordan skal arbeidet organiseres?
- hvordan planlegger vi lokal helseopplysning?
- hvilke metoder og tiltak er aktuelle?

Mange vil gjerne ha en enkel kokebokoppskrift. Den finnes ikke, men vi har etter hvert fått en god del erfaringer det kan være nyttig å bygge videre på. Idehefte 1/89 *Lokal helseopplysning - en verktøykasse* fra Helsedirektoratet formidler ideer og erfaringer til det lokale arbeid - et arbeid som må skreddersys den enkelte kommune. Heftet tar utgangspunkt bl.a. i de spørsmål som er nevnt. Avdeling for helseopplysning, Statens helseundersøkelser har stått for utarbeidelsen. Idehefte 1/86 (*Helseopplysning i en kommune*) kan være nyttig å bruke i tillegg.

Heftet kan egne seg bl.a. som arbeidsbok - enten for å komme i gang eller utvikle arbeidet videre. Det er i særlig grad de som ligger i startgropa idehefte henvender seg til. *Lokal helseopplysning -*

en verktøykasse er ikke et endelig produkt, og heller ingen fullstendig verktøykasse. Helseopplysning kan oppleves som vanskelig, men vi håper de redskap heftet byr på viser at mye allikevel kan oppnås gjennom engasjement, organisering og planlegging, systematisk arbeid og samarbeid.

Idehefte 1/89 bestilles gjennom Statens trykksaksseksjon, bestillingsnr. IK 2286. Øvrige henvendelser vedr. heftet kan gjøres til Avdeling for helseopplysning, Statens helseundersøkelser, Postboks 8155 Dep, 0033 Oslo 1, tlf: (02) 20 76 55.

Helge Worren

□

MED
MELKESYRE

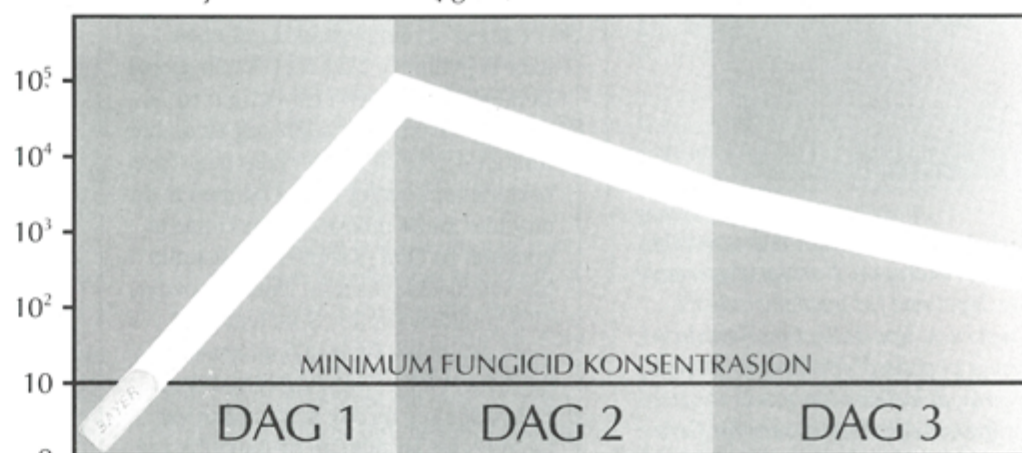
Canesten® 500 mg 1 gang

✿ UNIK FORMULERING –
MED 70 mg MELKESYRE

Hurtig frigjøring av clotrimazol

Fungicid effekt i mer enn 3 døgn

Konsentrasjon av clotrimazol (µg/ml)



Konsentrasjoner av clotrimazol i vaginalt sekret, 1, 2 og 3 dager etter innsettning av et enkelt 500 mg vagitorium av Canesten.

Ritter, Wolfgang, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 945-947, (Aug. 1, 1985).

✿ Canesten® 500 mg 1 gang

Hurtig symptomlindring

Canesten «Bayer»

Antimykotikum. ATC-nr.: D01AC01 og G01AF02

KREM 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., octododecanol. et alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. D01AC01

LINIMENT 1%: 1 ml inneh.: Clotrimazol, 10 mg, isopropanol., macrogol. 400 et propylenglycol. ad 1 ml. D01AC01

PUDDER 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, amyl. non mucilag. ad 1 g. D01AC01

VAGINALKREM 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., octododecanol. et alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. G01AF02

VAGINALKREM 10%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 100 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., isopropyl. myrist., alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. G01AF02

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clotrimazol, 100 mg, lactos., amyl. mayd., acid. adip., natrii hydrogenocarb., magnesiustear., acid. stearyl., polysorbat. 80 et silic. dioxid. q.s. G01AF02

VAGITORIER 500 mg: Hver vagitorie inneh.: Clotrimazol, 500 mg, lactos., cellulose microcryst., acid. lact., amyl. mayd., povidon., calc. lact., magn. stearyl., silic. dioxid., polyhydroxymetylcellulose. q.s. G01AF02

Egenskaper: Klassifisering: Imidazoliderivat med et bredt antimykotisk virkningspekter. Virksomt mot dermatofytter, Candida-artene, Pityrosporum spp. samt mot enkelte Gram-positive bakterier. Har også god virkning mot Trichomonas vaginalis. Primær eller sekundær resistens er ikke påvist, heller ikke kryssresistens. Gir hurtig innsettende effekt med rask lindring av symptomer. Da prepa-

ratet senker forhøyede pH-verdier i vagina, gjenopprettes hurtig den fysiologiske balanse hvorved Døderlein-floraen normaliseres. **Virkningsmekanisme:** Virker fungicid ved å øke permeabiliteten av cellens membransystemer. **Absorpsjon:** Krem og liniment penetrerer lett huden, men absorberes i liten grad over i blodbanen ved lokalbehandling.

Indikasjoner: Krem, liniment og pudder: Dermatomykoser forårsaket av dermatofytter (Trichophyton-, Epidermophyton-, Microsporum-arter), gjær-, mygg- og andre sopparter. Dermatoser med sekundærinfeksjon av sopp. Pityriasis versicolor, Erythrasma. **Vagitorier 100 mg og vaginalkrem 1%:** Vulvo-vaginale mykoser forårsaket av gjær- og Trichomonas. **Vagitorier 500 mg og vaginalkrem 10%:** Vaginale candidainfeksjoner.

Bivirkninger: Det er rapportert enkelte tilfeller av lett lokal irritasjon. Toleransen er god selv ved langtidsbehandling. Kun ett tilfelle av sensibilisering er hittil rapportert.

Forsiktighetsregler: Linimentet bør ikke komme i berøring med øyne eller slimhinner.

Dosering: Krem, liniment og pudder: Kremen, ev. linimentet påsmøres tynt 2-3 ganger daglig. Om ønskes kan man deretter drysse på pudder. Behandlingstid normalt 3-4 uker. For å unngå residiv anbefales behandling 2-4 uker etter oppnådd symptomfrihet. Pudderet er egnet til profylaktisk behandling og vedlikeholdsbehandling. Ved lutsopp bør føttene vaskes og tørres grundig før behandling. Ved mykoser på hendene anbefales det å smøre disse inn etter hver håndvask. **Vaginalkrem og vagitorier:** 1 dags-(1 gangs-)behandling: 1 vagitorie 500 mg eller vaginalkrem 10% (1 applikator = 5 g vaginalkrem) dyt i skjeden om kvelden. Hvis nødvendig gjentas

behandlingen. **3-dagers behandling** (ved Candidainfeksjoner): 2 vagitorier à 100 mg i skjeden hver kveld i 3 dager. Hvis nødvendig gjentas behandlingen. **6-dagers behandling:** 1 vagitorie 100 mg dypt i skjeden hver kveld i 6 dager eller en fylt applikator (5 g) meg vaginalkrem 1% hver kveld i 6 dager. Hvis nødvendig gjentas behandlingen. Behandlingen skal fullføres selv om de subjektive plagene er forsvunnet. Samtidig vulvit behandles med krem 2-3 ganger daglig. **Partnerbehandling:** Etter vask av glans penis og forhud gnis kremen inn 2 ganger daglig i 2 uker. Ved graviditet: Behandlingen bør bare skje ved vagitorier, ettersom disse kan innføres med fingrene.

Andre opplysninger: Vagitoriene og vaginalkremen er fargeløse og smusser ikke til undertøy.

Utlevering: Krem 20 g, liniment 20 ml og pudder 30 g er unntatt fra reseptplikt til bruk mot lutsopp.

Pakninger og priser: Krem: 20 g kr 42,70, 50 g kr 86,20. **Liniment:** 20 ml kr 49,10. **Pudder:** 30 g kr 61,80. **Vaginalkrem: 1%:** 50 g med 6 engangsapplikatorer kr 104,90. **10%:** 5 g med engangsapplikator kr 75,20. **Vagitorier: 100 mg:** 6 stk. med applikator kr 56,60. **500 mg:** 1 stk. med applikator kr 56,20. **Kombinasjonspakninger:** 6 vagitorier à 100 mg + 2 g krem kr 80,20, 1 vagitorie à 500 mg + 20 g krem kr 78,40.

8/89

Bayer

Bayer Norge A.s
Postboks 311
1324 Lysaker



Militærstøvlen som førte til revolusjon i min behandling av overflatiske infeksjoner



Lodvar Bleken, spes. i indremedisin. Gårdbrukersønn. Kortvarig yrkesmilitær løpebane før medisinstudier i Innsbruck. Spesialist i indremedisin, privat praksis i Lillehammer. 4 barn, hvorav den eldste har store militærstøvler. Faglig sett: for flere kvinnelige leger og satsing på egenomsorg. Tror på kombinasjonen offentlig og privat helsetjeneste, og at det er urettferdig med helsekøer og at de best kan nedbygges ved ovennevnte kombinasjon.

Av Lodvar Bleken

Det hele startet for et par år siden da jeg gikk med en pussdannelse på haken som det var kul umulig å bli kvitt. Jeg prøvde med desinfeksjonsmidler, antibiotica i salver og tablettform, men alt forgyeves: Hver morgen hadde det dannet seg en ny dråpe puss. Etter noen uker begynte jeg å tenke: (Det tar gjerne så lang tid). Her har du tydelig med resistente bakterier å gjøre, og alt du har foretatt deg er en kamp - ikke mot disse bakteriene, men for dem, i og med at du utrydder andre mikrober som kunne ta knekken på dem. Kaninene i Australia ble vel utryddet da man innførte rovdyr, eller hvordan var det. Som tenkt så gjort. Jeg måtte finne andre bakterier, helst fra et annet miljø og tilføre dem. Det hadde seg da slik at min sønn var hjemme fra Trondheim og han gikk i et par store militærstøvler.

Jeg tok så en bomullsdott, gned den på og i skoene hans og gned så dette ned i såret på haken. Nesten morgen var såret tørt. Pussdannelsen var vekk! Hva hadde skjedd. Jo, jeg hadde oppdaget det samme som Flemming med sin muggkoloni. Hva han oppdaget in vitro, oppdaget jeg in vivo. Dette var et resultat av den bakterielle terrorbalanse. Dette skjer ikke bare blant dyr, fisk og fugler, men også blant mikrobene.

Jeg mener å huske fra min studietid i Østerrike at en professor der nede helbredet syfilis med å påføre pasientene malaria.

Neste skritt var å finne en uskadelig bakterie som kunne drepe skadelige mikroorganismer, og den fant jeg i melkesyrebakterien. Jeg hadde ikke hørt at den kunne forårsake infeksjon. Siden har jeg prøvd Yoghurt eller "Culturamelk" på nær sagt alle slags overflatiske infeksjoner på hud og slimhinner, og - som regel - med meget oppsiktsvekkende resultater. Infiserte leggsår har tilhelet i løpet av få dager, også slike

som har vært behandlet etter alle kunstens regler ved sykehusets poliklinikk. Effekten på infiserte sår har jeg kontrollert med å la noen sår eller effloresenser være ubehandlet på samme pasient, f. eks. ved impetigo. Recidiverende ukompliserte cystitter holdes elegant i sjakk ved å applisere melken i skjeden. En kvinne ble bra av sine recidiverende sinusitter ved å behandle seg i nesen. Tannkjøttssykdommer, tannverk, belegg på tenna forsvinner med munnfuller av melk, spes. etter tannpuss om kvelden. Jeg har sett effekt mot acne, lette neglerotsbetennelser etc. Et annet felt er intertriginøse utslett. Et akutt utslett hos en ung gutt (mellom tærne) (fotsopp?) forsvant som dugg for solen.

Men jeg har også erfart at ikke alle infeksjoner lar seg behandle. En stygg balanitt, hvor det var fissurer, vollformig oppdrevne, salveaktige sårrender, hvor antiinfektiva og antimycotica ikke hadde virket, heller ikke krystallviolett. Her hjalp ikke Yoghurt. Jeg måtte da prøve knepet fra militærstøvlen. Støv og smuss fra golvkroker og dørkarmer ble gnidd inn i sårene og disse grodde i løpet av 1 uke og etterlot dype sirkulære arr (balanitis circinata??).

Noen infeksjoner tilheler langsommere. Alle bakterier er ikke like fiendtlige til hverandre, på samme måte som rovdyrrene foretrekker visse byttedyr. Et eksempel: Gammelkatten vår begynte å skranke, den magret svært av, hårene falt av i store felt og huden var uren og stygg. (Jeg tenkte at er ikke dette reveskabb, så er det i allefall nummeret foran). Jeg dynket "Culturamelk" i et håndkle og gned inn katten, og det var som et under: Pelsen rensset seg. Nytt fint hår skjød opp fra bunnen av de hårløse feltene og i løpet av noen få dager hadde vi en ny fin pus. Det rare var jo at katten skulle jo ha vært i kontakt med alle slags mikrober på "grasrotplan", men altså i dette tilfellet var det melkesyrebakteriene som skulle til.

Det er allerede anerkjent å bruke Paraghurt mot tarminfeksjoner og lactobasiller i suppositorier i skjeden. Det er snakk om at disse normaliserer Ph. Jeg tror det primære er at de utrydder de skadelige bakterier. Jeg tror man skulle gjøre forsøk med Yoghurt overfor halsinfeksjoner, (hvorfor forsvinner de recidiverende tonsillitene i senpuberteten? Er det ikke fordi man da begynner å bytte ut halsflora med det annet kjønn?). Profylaktisk kunne man ved tilfeller av meningitt pålegge omgivelsene å ta munnfuller med denne melken med jevne mellomrom, f. eks. i skoler, militærleirer og lignende.

Det bør forskes seriøst på dette, og det kan tenkes at Meierienes Salgssentral vil kunne støtte slike prosjekter.

I veterinærmedisin kunne en bekjempe mastitter etc. hos kyr.

Fliseproduksjon kunne lactobacillus eller andre uskadelige bakterier, erstatte den forskrekkelige bruken av antibiotika.

I videre perspektiv skulle de bakteriologiske avdelinger ha "batterier" med uskadelige bakterier og utprøve disse på samme måte som man i dag utfører resistensbestemmelser overfor antibiotica, vel og merke ved overflatiske infeksjoner.

Hva med sykehusinfeksjonene? Infeksjonsavdelingene? Ville immunosupprimerte pasienter få infeksjon av lactobacillus??

Avslutningsvis vil jeg sammenligne vårt forhold til bakteriene med nasistenes forhold til jødene: Fordi at noen jøder ikke var mors beste barn, skulle alle utryddes. De spesifikke infeksjoner kaster unødige lange skygger. Det er med bakterier som med mennesker. Man kan og må lære seg til å leve med de fleste av dem.

□



Kristian Hagestad:
"Spør huslegen".
Utgitt av: Cappelen forlag, 1988.

Dette er ei bok man gjerne kunne tenke seg utkonkurrerte litt av de svære helseleksika som finnes i bokhyllene hos folk. Disse bindene blir kanskje ofte stående ulest i sin imponerende utilnærmelighet. Eller de virker like skremmende som opplysende i sin kjølige saklighet.

Denne boka derimot er fristende enkel å gi seg i kast med. Enkelt språk. Nesten helt fri for fremmedord. Som tittelen antyder får du som ikke-fagmann svar på svært mye av det du nettopp kunne tenke deg å spørre din huslege om, - om du bare hadde en (huslege). Du får nesten en fornemmelse av å bli snakket til direkte - på tomannshånd - av legen. Ja, du får rett og slett lyst til å møte ham!

"Spør huslegen" er en imponerende innholdsrik og samtidig lettlest bok. Ikke lettlest i ukebladbetidningen av ordet. Den er nemlig spekket med opplysninger og praktiske råd fra allmennmedisinsk hverdag. Temaene er vanlige lidelser, sykdommer og helseproblemer. For den ikke-faglærte må den være meget lærerik. Og uten å virke altfor "faglig", - enn si belærende.

På disse knapt 300 sidene behandles alt fra sykdommer som eczem, fotsopp og bleieutslett til hjerteinfarkt, kreft og mentale lidelser. Dagligdagse og vanlige

"Spør huslegen"

helseproblemer av enhver art har fått rikelig plass.

De innledende pasienthistoriene til mange av stykkene er ofte rene blinkskudd. En skjønner forfatteren sitter inne med utrolig mye menneskekunnskap. Ja, disse innledende avsnittene virker så selvopplevde at både pasient og lege kjenner seg godt igjen. Hvert enkelt tema eller sykdomsomtale blir ofte avsluttet med en kort liste med punktvis oppsatte konkrete råd. Dette er meget praktisk og oversiktlig.

Jeg finner svært lite å utsette på boka. Men alkoholproblemer kunne med fordel vært viet noe større plass. I kapittelet om vaksinasjoner er det litt for mange tall. Hvor mange er interessert i årstall for når vaksinasjoner mot de forskjellige sykdommer ble satt i gang i Norge? Men dette er bare for små skjønnehetsfeil å regne.

Boka fortjener å nå mange i de tusen hjem utover i Norges land. Lettfattelig for gammel og ung. Den gir nyttig informasjon om utrolig mange tema, - og først og fremst om slike som er aktuelle for folk flest. Etter å ha lest boka vil de vite atskillig mer i forhold til undertittelen:

"Kan vi hjelpe oss sjøl eller må vi til legen?"

Jeg satte også pris på bokas henvisninger til sunne leve-regler nevnt i Bibelen. Sistnevnte er en mer allsidig bok enn Ola Nordmann synes å tro.

Hans Skuterud
Kommunelege, 2650 Kvam.

□

Rapport fra Botswana

Tarald Hetland f. -43. Utøver for tiden sin samfunnsmedisinske virksomhet i NORADS tjeneste. Tidligere stilling som stadslege i Drammen, distriktslege i Leksvik og i Hurum. MPH-grad fra USA. Formann i OLL 1979-83.

Samfunnsmedisinsk arbeid i utviklingsland

Av Tarald Hetland

Botswana har 1 mill. mennesker spredt over et område større enn Frankrike. I slutten av 60-åra var det ett av verdens fattigste land. Heldige mineralfunn og god politisk manøvrering har medført stabil infrastruktur og positiv økonomisk utvikling.

Kalahari-platået ligger ca. 1000 meter over havflaten og kan ha ekstreme temperaturforskjeller. 7 års tørke ble brutt av kraftig regn i begynnelsen av 1988. Dårlige avlinger og nød er en naturgitt tilstand, som bl.a. søkes avhjulpet ved sterk reproduksjon, 3,7 % pr. år, en av Afrikas høyeste. Hver kvinne føder gjennomsnittlig 6,6 barn. Ved siden av tradisjonell folkemedisin har utviklingen av "moderne" helse-tjeneste stått høyt på dagsordenen. Både befolkningsveksten og den raske kulturelle transformasjonen har gitt helse-tjenesten en primærrolle i landets utvikling. Helsetjenesten har i seg selv blitt et utviklingsmål.

Bakgrunn.

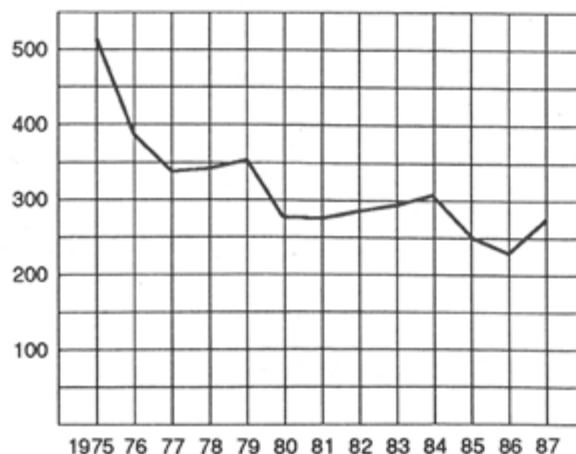
NORAD har støttet helsesektoren i Botswana siden 1973 og har nylig inn-

gått en ny 5 års avtale. Støtten har hatt og vil fortsatt ha klar primærhelse-tjeneste-/og utkantstrøk-profil. Hjelpen har gått til oppretting av helsesentra, klinikker og helseposter. Den omfatter også nøkkelpersonell som fysiokjemikere, farmasøyter, sykepleiere, fysioterapeuter, arkitekter, tannleger og leger. Over hundre norske helsearbeidere har vært med på å skape det menneskelige innhold i tjenesten, og hatt en klart positiv innvirkning på utviklingen.

Landet er inndelt i "distrikter" med 50 til 100 000 mennesker. Helsetjenesten her ledes av team med lege som koordinator. Det er ingen botswanske distriktsleger. De rekrutteres fra India, Tanzania, Kenya, Uganda, Frankrike og Norge. Botswana har totalt ca. 120 leger i virksomhet, 20-25 er selv Botswanere, men det er vanskelig å motivere disse for arbeid i utkantstrøk. Basis i tjenesten er klinikkene som ledes og drives av sykepleiere. De betjener en befolkning på 2000 - 5000. De fleste gir ambulant tjeneste til fjerntliggende små landsbyer. Helsepostene, betjent av "landsbyhelsearbeiderne" FWE, er de minste institusjonene med befolkningsgrunnlag på 500 - 1000. Det er et mål at alle helsepostene skal bemannes med minst en sykepleier.

Distriktet er Selebi-Phikwe/Bobirwa.

Distriktet jeg betjener, er delvis by og delvis landsbygd, grensende til Zimbabwe i øst og Sør Afrika i sør. Tilsammen har distriktet ca. 100 000 innbyggere. I byen er det ett statlig sykehus med for tiden 3 leger. Kopperminen har eget sykehus. Distriktet har 2 helsesentra, begge NORAD-finansierte, med egne sykehusavdelinger, fødeavdeling, barneavdeling, tuberkuloseavdeling, men dessverre



Figur 1

ennå ingen leger. Det er tilsammen 9 klinikker i distriktet, 2 med fødeavdeling. Vi har 14 helseposter, hvorav 5 er bemannet med en sykepleier. Jeg forsøker å besøke de fleste institusjonene månedlig.

De viktigste sykdommene er respirasjonsykdommer inklusive tuberkulose, diare, veneriske sykdommer og malaria. AIDS ulmer under overflaten, og har ennå ikke brutt ut for fullt som i subsahelske land.

Epidemiologi.

Epidemiologisk tenkning er ikke alltid avhengig av sofistikerte metoder og computere. Man kan trekke nødvendige slutninger fra en landsbyhelsearbeiders dagbok ved å stille følgende spørsmål, slik WHO anbefaler:

1. Hva var problemet?
2. Hvem ble angrepet, og hvor omfattende var det?
3. Hvor hendte det?
4. Når hendte det?
5. Hvorfor hendte det?

Bekjempning av smittsomme sykdommer i et lett mottakelig (eventuelt endemisk) område forutsetter at alle ledd i helsetjenesten analyserer og forstår konkrete data ut fra felles grunntenkning. Min viktigste oppgave er å påse at dette fungerer, og at tiltakene er mest mulig effektive. Epidemiologien er slik vårt viktigste prioriteringsgrunnlag.

Tuberkulose.

Tuberkulose er fortsatt et hovedproblem. I absolutte tall er forekomsten faktisk stigende, men stor befolkningsvekst gjør at raten pr. 100. 000 har sunket noe siden 1984. (Se figur 1.)

TB-programmet er strengt sentraldirigert. Korttidsterapi med 2 SHRZ og 4 HR er hovedkomponenter. Ansvar for kontroll og overvåking påligger distriktslegene sammen med TB-koordinatorene. Diagnosen bygger på kliniske symptomer, sputumundersøkelser, tuberkulintest, røntgen og SR. Resistens er sjelden, så behandlingen er effektiv, men med noen tilbakefall. Oppfølging og compliance er god, 97,5 % i dette distriktet siste år. Jeg besøker regelmessig TB-avdelingene i helsesentra og kontrollerer pasientene under behandlingstiden.

Malaria.

Bare nordligste del av Botswana betraktes vanligvis som endemisk område. Etter 6 års tørke og plutselig regnfall i januar-mars 1988, opplevde også vårt distrikt alvorlig malaria-utbrudd. Dette falt sammen med overflømming av elvene, som enkelte steder umuliggjorde pasient-transport. Helsetjenesten ble "tatt på senga", vi fikk en del unødige dødsfall. Vi erfarte viktigheten av skikkelig beredskap for epidemi-utbrudd. Situasjonen i 1989 ble atskillig roligere, sannsynligvis fordi både befolkningen og helsetjenesten var forberedt og informert. (Se figur 2).

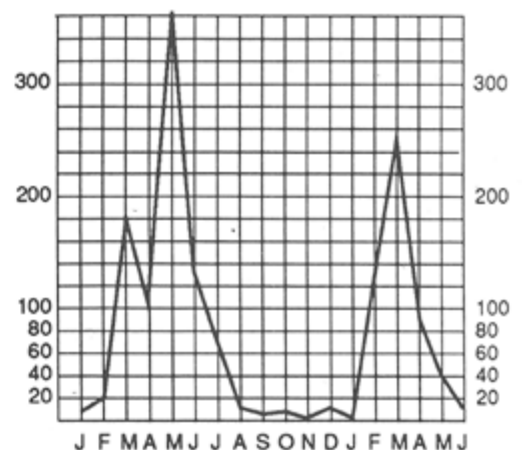
Tidlig behandling på symptomer er viktigst. Generell chloroquine-profylakse anbefales ikke. Ved å følge spredningen både geografisk og numerisk, kunne ekstratiltak og folkeopplysning skje selektivt via et mobilteam vi sendte ut.

Perspektiver på arbeidet.

2 års kontrakter er for kort til at man kan gjøre en skikkelig jobb: For kort for mottakerlandet til å kunne gjøre optimalt nytte av oss, og for kort for en selv til å kunne trekke slutninger retrospektivt. Skal du ta jobb i et u-land, må du sikre deg mulighet for 3 års fravær fra jobben i Norge. Kanskje lægeföreningen og/eller NORAD kunne se på dette sammen med KS?

Som i Norge er vi midt i en prosess med desentralisering av primærhelsetjenesten. Finansieringsmåten er ikke med i prosessen, noe som kanskje reduserer komplikasjonene. Det byr dog på kjempeproblemer å overføre ansvaret til en uerfaren lokal-administrasjon som mangler en egen ⇒

Figur 2



identitet. Sentralmyndighetenes tafatthet og manglende vilje til reell delegering etter klare retningslinjer er også her en alvorlig hindring for prosessen.

Tradisjonelt er det lokalpolitiske system bygget rundt landsby-allmannamøter, hvor etter hvert også kvinner kan delta. The Chief er den bestemmende og tildels utøvende

myndighet, men politiske saker søkes løst etter consensus-prinsippet. Denne grunnideen er bærende og gjør at helsepolitiske saker ikke kan avfeies pga. en partipolitisk egotrip. Gode argumenter og prioriteringer bygget på holdbare epidemiologiske data blir tatt med i betraktningene.

Som distriktslege i Botswana har jeg bruk for hele det primærmedisinske

armamentarium, alt fra allmenmedisin til epidemiologi og organisasjonslære. Det som enklest betegner arbeidet, er en assosiasjon som stadig vender tilbake, nemlig den gamle norske "kombinerte distriktslegen". Dens ånd lever videre i beste velgående - om enn på et annet kontinent. Har du anledning, så kom og opplev det selv! □

12 WONCA kongress i Jerusalem 28 mai - 2 juni 1989

Kvaliteten av de internasjonale kongresser i allmenmedisin er i stadig stigning. 12 WONCA kongress var oppmuntrende både faglig og sosialt selv om enkelte ting kunne vært bedre. Som aktiv deltaker kan man falle for fristelsen til å overdrive lovprisningen av arrangementet - en fallgrube jeg skal forsøke å unngå.

Kongressen hadde samlet 1000-1100 deltakere fra hele verden, hvorav 300 led-sagere. Fra Norge kom ca. 45, hvorav 20 hadde satsset på May Brith Mandts 2 ukers tur med badeferie i Nathanya inkludert. Svært rimelig og meget bra arrangement.

Det vitenskapelige program var henlagt til Jerusalem Convention Center og Jerusalem Hilton Hotel. 2 svære bygninger som lå side om side vel 3 km vest for bysentrum. Ypperlige lokaliteter med rikelig plass til foredrag, workshop, posters og små cafeterias - gjorde dagligdagene bekvemme for alle deltakere.

Søndag 28 mai: Kongressen ble åpnet kl. 20.30 av professor Yair Yodfat. Musikk og en håndfull prisverdig korte taler, bla. av den israelske sunnheitsminister. Jerusalems International Doctors Orchestra bekreftet legers og legefamiliers interesse for musikk. Kl. 22 startet kveldens sosiale og gastronomiske høydepunkt med såkalt "uformelt samvær" i kongresshallens store lobby. Vin, fruktsaft og delikatesser i rikelige mengder brakte lise til magene og tungene på gli. Dresser, kjoler og slips i alle farger. Barmer og hofter i alle bredder og fasonger.

Mandag 29 mai: A.W.T.Loh fra Singapore og W.W.Rosser fra Canada talte over teksten: "How much do we help?" Begge konkluderte - til forsamlingens letelse - at vi hjelper ganske bra. Loh's utmerkede innlegg ble satt noe i skyggen av W.W.Rosser som tok alle om hjertet ved å påpeke hva forsamlinger egentlig sitter og tenker på når talerne pøser ord, sammenhenger og sann-

heter ut over tilhørerne. Hans påstand at 65 % tenker på sex, 25 % på hjemlige problemer, 8 % hører etter og 10 % ikke tenker i det hele tatt - ble møtt med bifall og mange lystige (lystne?) sideblikk.

Ordstyrer Henk Lamberts fra Nederland (kongressens enfant terrible) grep heretter uventet ordet og holdt et gnistrende innlegg om ICPC. Hans nypolerte kranium og suverene engelsk-uttale var i særklasse. Hertil kom et kroppsspråk og en taleiver som en italiensk gateselger. Om kvelden resepsjon og besøk på Israelmuseet som er meget interessant, og en gullgrube for mennesker med historiske og bibelske interesser.

Tirsdag 30 mai: Plenumsforedragene handlet om "The crux of clinical competence", E. Fisher fra Australia og Levenstein fra Sør-Afrika holdt middels bra innlegg om "symptom interpretation". Foredragene bet seg ikke særlig fast i min erindring.

Fisher hadde noen merkelige lysbilder jeg forsto lite av. Levenstein var bedre.

Om kvelden et lysshow på Jerusalem Citadel hvor man med lyseffekter og høytalere gjennomgikk høydepunktene i Jerusalems historie.

Onsdag 31 mai: Emnet for plenumsforedragene var "Is the family a unit of care". David Metcalfe startet, men skuffet noe det første kvarter da han leste opp fra sitt manuskript uten pauser eller illustrasjoner. Så endret han plutselig stil og kom med en ypperlig gjennomgang av familiekonstellasjoner av alle typer. Heretter kom et foredrag av halvdårlig kvalitet og med 4-5 dårlige overheads.

Om kvelden festbankett på Jerusalem Hilton Hotel hvor vel halvparten av kongressen var tilstede. Vi ble rikelig bevertet ved 10-mannsbord og eiendommelig var det totale fravær av taler og sanger. Derimot

startet orkesteret sin aktivitet kort etter start og kongressen danset mellom rettene og fortsatte til midnatt. Festlig kveld som sluttet alt for tidlig.

Torsdag 1 juni:

Dagen startet bra med to middels gode foredrag om temaet: "What should we know about our practice population". G.Fischer fra Vesttyskland og M.Weingarten fra Israel klarte oppgaven rimelig godt.

Nå var det siste mulighet for å se posters og delta i de mangfoldige workshops som de forutgående dager hadde vært fylt med. Disse programpunkter var så mange og forskjellige at referat er umulig, men det er jo her at den virkelige kontakt og diskusjon foregår.

Ved avslutningssermonien om kvelden var det høytidelig innsettelse av Donald Rae fra Canada som ny president. Avgående president M.K.-Rajakumar fra Malaysia hadde ikke kunnet komme til kongressen, men er fortiden travelt opptatt av WONCAS samarbeidsprosjekt med Kina. Peter C.Y.Lee fra Hong Kong ble President Elect. Gøran Sjønnell fra Sverige ble valgt til Executive.

Blant høydepunktene ved avslutningen var utnevnelsen av bla. professor Bent Guttorm Bentsen til Fellow of WONCA. Dette er en sjelden heder som bare er gitt to ganger tidligere, men ble gitt for Bentsens store innsats for allmenntjenesten og WONCA gjennom mange år, se særlig omtale i Tidsskriftet nr. 17-18, side 1919.

Kongressen ble avsluttet med avtale om å møtes i Vancouver Canada mai 1992

hvor temaet vil være: FAMILY MEDICINE IN THE 21st CENTURY.

WONCA's viktigste arbeid fremover må være samarbeidsprosjekt med Kina som ikke har primærhelsetjeneste for sin store befolkning. Behovet er enormt og M.K.Rajakumar bør hjelpes av alle som har interesse for denne sak. Undertegnede formidler gjerne opplysninger om saken. Veien fram omfatter også europeisk samling med deltagelse av Øst-Europa og de få land i Vest-Europa som ennå ikke er medlemmer av WONCA.

Av kritiske kommentarer har jeg følgende:

Talere:

1. Fortsatt kan mange ikke overholde tiden og bruker 5-10 minutter mere enn tildelt.
2. Dårlig foredragsteknikk og kjedelig skravl - selv av gode folk.
3. Dårlige illustrasjoner som enten er irrelevante eller overbrodert med tekst. Både tyskere, hollendere og spaniere brukte tekster på sine språk.
4. For dårlige språkkunnskaper. Særlig kolleger fra Finland snakket dårlig engelsk.
5. Enkelte talere hadde flere foredrag slik at kvaliteten ble noe påvirket.

Tilhørerne:

6. Mange kommer forsent.
 7. Uvanen med å sette seg ytterst er alminnelig.
 8. Snakker sammen under foredragene.
 9. Bruker heis bare de skal i etasje opp.
- Ordstyrere (chairmen):*
10. Ikke strenge nok med å styre taletiden (jfr. pkt. 1).
 11. Tilbøyelige til å skamrose de enkelte taleres kvalifikasjoner.

Kommentarer forøvrig:

Ypperlig godt forberedt arrangement, men vi manglet en deltakerliste. Programmet var noe uoversiktlig og notatblokken av et upraktisk format. Nederland dominerte sterkt med mange foredrag av god kvalitet som tyder på et inspirerende miljø, men hvis ikke WONCA skal bli til DONCA (Dutch Organization...) må alle land delta aktivt, og de nasjonale institutter for allmenntjenesten har et særlig ansvar i denne forbindelse.

Nils Carl Lønberg.



Øredøvende diskorytmer

- en utfordring til miljørettet helsevern!

Av Y. Nakling og K. Lindemark

Vi har foretatt en undersøkelse av ungdomsskole-elevene i Arendal om sammenheng mellom hørselsskader og interessen for diskotek. På den ene skolen var det ingen med nedsatt hørsel, samtidig som interessen for diskotek var lav. På den andre skolen var interessen for å gå på diskotek atskillig større, og her ble ca. 25 % av elevene sendt til hørselssentralen for nærmere undersøkelser. I en klasse hvor interessen for diskotek var spesielt stor, ble 9 av 22 elever videresendt til undersøkelse med mer nøyaktige måleinstrumenter.

I forsvaret blir det foretatt hørselsundersøkelser av rekruttene. I 1987 var hver tredje, eller 35 % larmskadet som følge av fritidsstøy. I 1981 hadde 15 %, knapt hver syvende, larmskade. Årsaken til

doblingen regnes å være fritidsstøy, da stadig flere rekrutter kommer rett fra videregående skole. Det kan ikke være yrkesskader som er årsaken.

På bakgrunn av den skremmende utviklingen blant ungdomsskole-elever og rekrutter har helse- og sosialetaten v/helseavdelingen i Arendal kommune tatt initiativ til en kartlegging av diskotekene i byen. Foreløpige stikkprøvemålinger ble tatt der folk flest oppholder seg, i baren og på dansegulvet.

Resultater og vurderinger

Talell I viser våre stikkprøvemålinger. Ut fra tabellen ligger de fleste maks- og gjennomsnittsverdiene på over 100 dB, bortsett fra sted nr. 5 og 6 hvor målingene var tatt tidlig på kvelden. Av samtale med disc-jockeyene framgikk at de pleide å skru opp volumet ut over kvelden på de to stedene.

Forslag til tiltak

I første omgang satser vi på at diskotekeiere skjønner problemet og selv bidrar til å skru ned volumet. Ut på høsten 1989 vil det bli foretatt ny og grundigere undersøkelse for å se om nivået har blitt senket.

Vi vil også spre informasjon og opplysning om vårt prosjekt til alle helseavdelingene i landet og håpe at de kan få satt i gang lignende prosjekter andre steder. Videre vil vi bruke pressen til å spre informasjon for å få en folkeopinion mot så høyt lydnivå på diskoteker, pop-konserter osv.

For at lydnivået skal komme ned, må det settes i verk strengere tiltak i form av lover og forskrifter. Det bør komme krav om at helseavdelingen griper inn i større grad enn nå. Videre bør det stilles krav til stereoanleggene som selges og brukes på markedet, om at strømmen koples ut over et vist nivå.



Yngve Nakling, kommunelege, Arendal.
Kirsti Lindemark, konst. ingeniør.

Tabell I: Resultat av lydstyrke-målinger ved diskoteker i Arendal 1. halvår 1989.

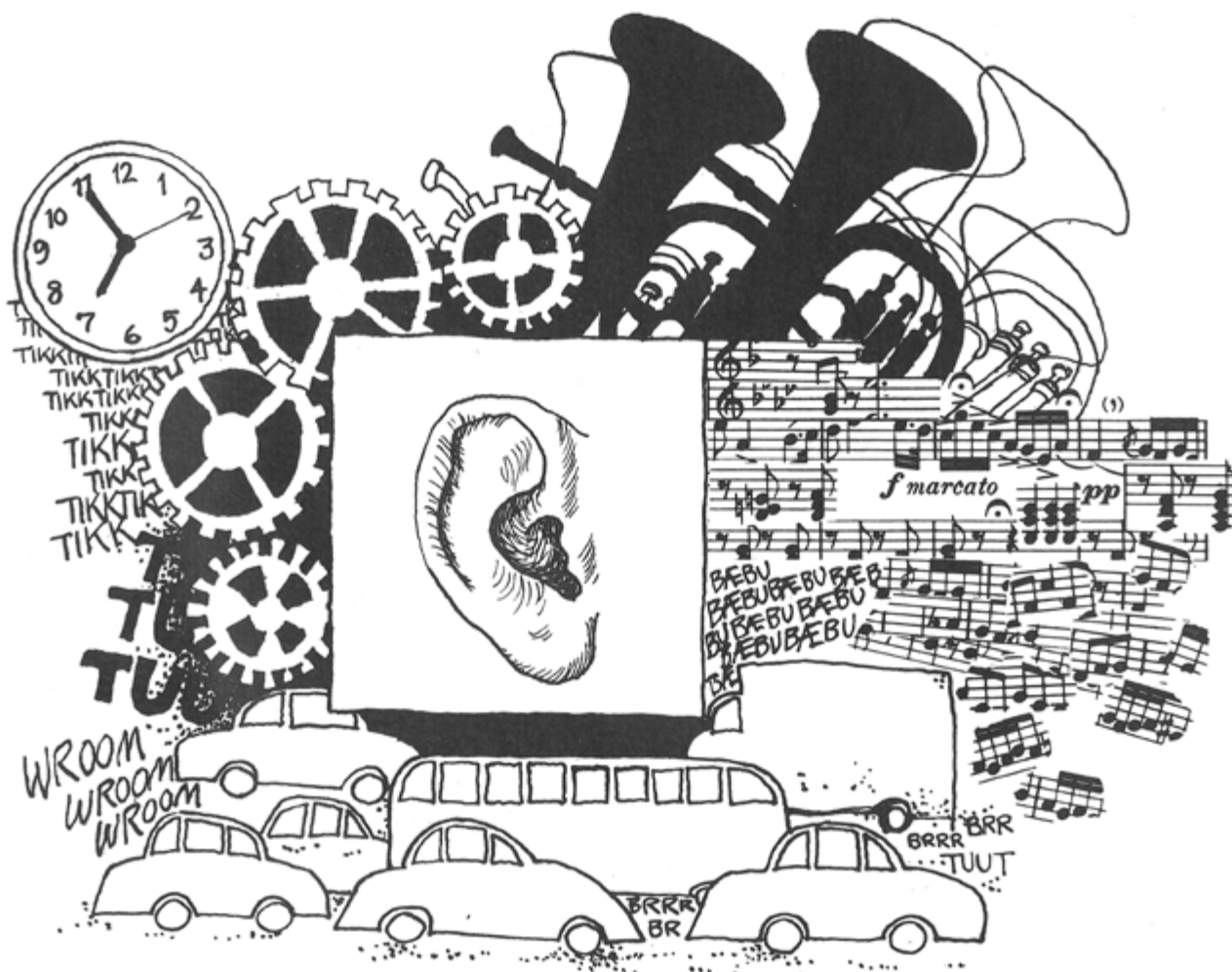
Diskotek	Sted i lokalet	Maks (dB)	Lydstyrke Intervall
nr. 1	Baren Dansegulv	105 102	97-105 97-102
nr. 2	Baren Dansegulv	105 109	100-105 103-107
nr. 3	Baren Dansegulv	100 109	95-100 97-103
nr. 4	Baren Dansegulv	100 112	95-100 105-110
nr. 5	Baren Dansegulv	90 98	85-90 90-98
nr. 6	Sittekrok	90	85-90

Vi har sendt brev og kopi av rapporten vår til Helsedirektoratet i håp om at det kan bli gjort noe. Tidligere har Helsedirektoratet mottatt brev om samme

tema fra Bærum kommune uten at noe har skjedd. Nå er det på tide det blir gjort noe; - støyskadene blant unge mennesker er alarmerende!

SIMG-JANSSEN RESEARCH FOUNDATION PRIZE

Den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen, SIMG, har i samarbeide med det belgiske farmasøytiske firmaet Janssen utdelt en årlig pris på 100 000 BEF (ca 2500 USD) for et forskningsarbeide utgående fra allmennpraksis. Interesserte kolleger kan få nærmere opplysninger fra kommunelege Ola Lilleholt, 6657 Rindal (Tlf. 073-65217) eller juryens sekretær, Prof. R. De Smet, U.Z. -Blok A, De Pintelaan 185, B-9000 Gent. Men det haster! Protokoll på 1000 ord må innsendes før 30. november 1989. Rekker du det ikke i år - planlegg med tanke på neste år!



Sentrale helseregistre

- er de nyttige på kommunenivå?



Distriktslege Tingvoll 77-84. Helsesjef i Sandefjord fra 84. Allmennpraktiker Dnlf, spesialist i samfunnsmedisin. Aktiv i prototyp utvikling av samfunnsmedisinske EDB-systemer.

(foto : Olaf Akselsen, Sandefjords Blad.)

Refleksjoner over en dødsårsakstabell.

Av Arnt Ole Ree

Kommunale helsekontorer utfører mye registrerings- og ekspedisjonsarbeide for viktige sentrale helseregistre.

Enkelte registre gir god, rask og regelmessig tilbakemelding, f. eks. Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS), Statens tuberkuloseregister (STR), System for barnehelsekontroll (SYSBARN) m.fl.

Men ofte har man følelsen at registreringsarbeidet er til liten glede lokalt.

Det er lett å finne eksempel på aktuelle sentrale EDB-registre med mangelfulle rutiner for oss ute i kommunene. Det er ønskelig med utskrifter for kommunenivå for:

For alle disse registrene er det kommune-helsetjenesten som enten avgir data til registrene eller mottar kopier av meldinger til registrene fra andre kommuner eller fra fylkeslegene f. eks.

Trenger vi å føre slike registre lokalt?

En del kommuner systematiserer disse opplysningene (utover protokoll- og arkivplikten) i egne registre.

Dersom man ønsker helt ferske opplysninger i egne arkiver (manuelt eller ved bruk av edb), er dette nødvendig. Imidlertid er det ofte like interessant å følge utviklingen fra år til år, og statistikken et år tilbake er ikke uinteressant. Helsevesenet bør også tilstrebe unødvendig parallellregistrering.

Register:

Opplysninger om:

Medisinsk fødselsregister:

Oversikt over fortidlig fødte, medfødte sykdommer, arvelige sykdommer, svangerskapskomplikasj.

Dødsregister:

Diagnosekoder fordelt på kommunenivå, jfr. Dødsårsakstabell 10 - dødsfall etter kjønn, alder og årsak i Dødsårsakspublikasjonen fra Statistisk Sentralbyrå.

Helsepersonellregister:

Oversikt sykepleiere, leger, fysioterapeuter mm.

Legemiddelmisbrukerregister:

Utskrift kan fås fylkesvis, (dessverre ikke med standard fødselsdatoformat).

Fra trygdekontorene:

Diagnoser, alder/kjønn mm. ved sykemeldinger og uførestønader.

Hva med lokal utskrift fra Statistisk Sentralbyrå's dødsårsakstabell?

Da jeg mottok "Dødsårsaker 1986", som sendes alle kommuner, grep jeg pennen fatt og skrev omtrent følgende til Statistisk Sentralbyrå:

"Som helsesjef i kommunen gjennomgår jeg hver dødserklæring for døde i Sandefjord kommune før videresending til Statistisk Sentralbyrå. Likeså mottar helsesjefen kopi av alle dødsmeldinger for innbyggere i Sandefjord som dør i andre kommuner. I forbindelse med vurdering av den lokale helsetjeneste, årsrapporter mm, ønsker jeg om mulig å få tilsendt rapport for Sandefjord kommune, tilsvarende tabell 10 for Oslo kommune i publikasjonen Dødsårsaker 1986".

Ut fra mindre heldige erfaringer med liknende spørsmål til andre instanser, var jeg ikke optimistisk. En del sentrale registre er angivelig så mangelfulle at de f. eks. ikke kan sortere på kommunenivå (helsepersonellregisteret) eller etter tradisjonell skrivemåte for fødselsdato (legemiddelmisbrukerregisteret).

I dette Informasjons- teknologiens satsningsår skyldes det på edb-systemene! I en tid med et stort utbud av fleksible edb-systemer sitter sentrale myndigheter enten med antikvarisk verktøy eller mangelfull kompetanse.

Bedre lykke denne gang!

Bare etter et par uker luktet det fersk printerutskrift i postkassen. "Vedlagt følger dødsårsakstabell for Sandefjord 1986" Med hilsen til og med! Hva gleder en samfunnsmedisiner mer enn en nydelig edb-utskrift med data for sin "egen" populasjon kodet etter internasjonal standard, med totaloversikter og fordeling etter alder og kjønn?

Øynene "scanner" utskriften. Dødsfall i alt totalt 410. Stemmer det med min årsmelding basert på vårt register-system? Ned i skuffen etter årsmeldingen. Javisst!

Noen flere kvinner enn menn, en håndfull under 5 år, over halvparten over 75 år. Blikket glir nedover listen som er kodet og sortert etter forkortet nordisk liste for ICD 9. Tankene svirrer. Kunne noen av dødsfallene ha vært unngått, f. eks. ved intensivert helseopplysning, endring av livsstil, ulykkesforebyggende tiltak? Stemmer statistikken med det forventede?

Tuberkulose, mange ulike svulster - bare en eller to registreringer for hver kategori, som rimelig er. Men der, - der er det noe pågang: Ondartet svulst i åndedretsorganene og brysthulen. I alt 20 dødsfall. 15 menn og 5 kvinner har altså sluttet å røyke. Grovt regnet 5 prosent av dødsfallene. Jaha. Neste er cancer mammae, 8 dødsfall. En kvinne under 45 år, 4 over 75 år.

Mammografi-debatten pågår for fullt. Screeningundersøkelse av alle kvinner er beregnet å koste helsevesenet ca. 120 kr. pr. undersøkt kvinne pr. år. 20 kvinner må gjennomgå omfattende undersøkelser for å finne den ene med cancer mamma.

Til sammenlikning har vi på budsjettet for helseopplysning i regi av helseseksjonen ca. 75 øre pr. innbygger pr. år til disposisjon. Tankene vandrer.....

De øvrige cancerformer fordeler seg på en rekke ulike lokalisasjoner.

Ischemisk hjertesykdom hele 90 dødsfall, herav 50 over 75 år, 15 under 65 år. Det er vel her resten av livsstilsproblemet fremgår. Alkoholrelaterte dødsfall kodes trolig "bort" under en rekke ulike diagnoser. Andre hjertesykdommer følger med 27 dødsfall, karlesjoner i sentralnervesystemet 48, herav 39 over 75 år. Lungebetennelsen tar sitt i høy alder, 31 dødsfall.

Bronkitt, emfysem og asthma likeså, 15 dødsfall. Så en serie diagnosekoder med noen få registreringer.

Plutselig død er oppgitt som dødsårsak ved 9 dødsfall. Reglementet tilsier at

utfyllende opplysninger alltid skal innhentes, men av og til kommer man ikke nærmere sannheten. Uff! Volsomme dødsfall i alt 34. Fordelt i alle aldersgrupper. Trafikkulykker var skyld i 5 av disse. Fallulykker hele 15. Jaha, dette med fallulykker hos eldre er såpass alvorlig, hele 12 over 75 år med døden tilfølge. Til sist: 6 personer fant ikke livet verd å leve lenger.

Dagene går. Notatet om øyeblikkets gleder blir liggende i påvente av neste år. Kanskje variasjonene er så store at man ikke kan dra en eneste konklusjon av et års tallmateriale?

Mersmak koster.

I februar 1989 skrev jeg igjen til SSB og anmodet om tilsvarende tabell. At det sentralt tar et år før produksjonstallene er klare må man akseptere. Innsamling, purring, koding, kontroll etc. tar tid. Utskrift på kommunenivå er ikke standardprogram for kontor for helsestatistikk i SSB. Utskriften i år kostet 300 kr. I følgebrevet het det videre: "Statistiske opplysninger skal presenteres på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere personer. Dette kan være et problem med noen av tallene i tabellen....."

Lokal årsrapport.

I årsrapporten for Sandefjord kommune for 1988 presenterer jeg dødsstatistikken slik:

	1986	1987	1988
Dødsfall for personer hjemmehørende i Sandefjord	410	401	388
Dødsfall fordelt på enkelte sykdommer/hendelser med tanke på evt. forebyggelse:			
Lungekreft	20	12	
Brystkreft	8	9	
Ischemisk hjertesykdom under 65 år	15	16	
Volsomme dødsfall, trafikkulykker, fallulykker, selvmord, andre	34	24	

Flere detaljer er neppe relevante for politikere og publikum. ⇒

Er lokale tall representative?

Hvordan er så våre tall i forhold til landsstatistikken? SSB, Kontor for helsestatistikk vedla svaret: "En sender med dette en del særtrykk fra serien Statistisk ukehefte (nr. 3 og 4, 1989) med statistiske oppgaver for 1987 over:

- Folkemengde etter alder og kjønn
- Dødsårsakene
- Dødeligheten omkring fødselen og i første leveår
- Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer
- Dødeligheten av ondartete svulster
- Dødsfall ved ulykker, selvmord og drap"

God service! Statistisk ukehefte finnes f. eks. på bibliotekene og gir interessante kommentarer til tabellene.

Mange forhold om dødsårsaker i ulike aldre, ikke minst om selvmord, trafikulykker mm.

Tallene for ulykker, hjerte- og karsykdommer og ulike kreftformer avviker i "min kommune" lite fra landsstatistikken.

Men tallene er liksom mer interessante på lokalnivå!

Lokalt føres helseseksjonens dødsregister på EDB, men uten at vi koder dødsårsakene. Jeg vurderer dette slik at det er tilstrekkelig å få dødsårsakstallene gjennom utskrift fra SSB årlig etterskuddsvis. Fra vårt eget system produseres bl.a tabeller som fordeler registrerte dødsfall etter alder og kjønn i hht. SSB's standard for aldersgrupper. Andre rapporter gir oversikt over meldte dødsfall totalt, antall hjemmehørende her i kommunen, antall som

døde utenbys og dødsfall blant personer bosatt i andre kommuner, men som døde her i byen.

Konklusjon.

Utskrift over dødsårsaker fra SSB for "min kommune" nyttig lesestoff, både for øyeblikkets refleksjoner og for videre planarbeide.

Facts - Sykdom - Smerte - Død. Livet går videre.

Kan vi influere på dødsårsakene gjennom forebyggende arbeide i kommunehelsetjenesten? Hvilke måltall skal formuleres?

Bruker vi samfunnsmedisinere tilgjengelig statistikk som grunnlag for våre beslutninger og råd?

Det inviteres til debatt med kommentarer, andre synspunkter og eksempler!

□



Bruk av datamaskiner i allmennpraksis.

I Utposten nr. 2/88 skriver Egil H. Lehmann om bruk av datamaskiner i sin praksis. Etterhvert disponerer flere og flere leger en datamaskin. For de som ikke har tilgang til de profesjonelle journal/regnskapsprogrammene kreves det mye tid og innsats for å kunne bruke maskinene til noe nyttig. Jeg tror mange med meg har erfart at den tiden man sparer lett går med til å lage programmer eller lignende. Ideen med utveksling av ideer og programmer er derfor svært god.

Etter en lang legevakt brukte jeg før lang tid på å fylle ut alle regningskortene. Det er mange forskjellige takster, flere utregninger og mye skriving. Jeg begynte da så

smått å arbeide med et program for utregning/utskrivning av regningskort. Etter mye prøving og feiling er jeg nå kommet fram til et program som fungerer brukbart for mitt bruk.

Utskrift av regningskortene krever at man skriver inn navn, fødselsdato, adresse, kommune og diagnose. Dette tar mye tid. I tillegg vil utskrivning av regningskortet forsinke programmet vesentlig. De eksisterende regningskortene egner seg heller ikke for utskrift på dataskrivere. På bakgrunn av dette valgte jeg å lage et program som *ikke* skriver ut regningskortene, men kun tar seg av utregningsarbeidet med takster ol.

Programmet er laget som et såkalt regneark. Jeg har brukt LOTUS 1-2-3 versjon 2.01. Bruk av programmet krever altså at man har tilgang til en IBM-kompatibel datamaskin og dette regnearksystemet eller et helt kompatibelt. Programmet er menybasert, og det er derfor ikke noe krav med kjennskap til bruk av regneark. En slik kjennskap vil selvsagt være en fordel, slik at man forstår programmet og eventuelt kan gjøre rettelser og egne forbedringer. Jeg vil anta at man kan ha full glede av programmet etter en times innføring. Man vil selvsagt få større glede av programmet jo mer man bruker dette.

En nærmere beskrivelse av

programmet vil føre litt for langt her. Jeg har derfor laget en egen manual til programmet som beskriver dette nærmere. Denne kan fås tilsendt sammen med programmet. De som er interessert i å se hva dette er/hvordan et slikt program fungerer kan sende en diskett og ferdig frankert svarikonvolutt til meg og jeg vil returnere programmet og/eller manual. Det ville og være interessant å komme i kontakt med andre som driver med liknende "prosjekter" for utveksling av erfaringer.

Pt. militærlege Torstein Seip Johnsen, Langmyrvn. 3a, 7112 Hasselvika.

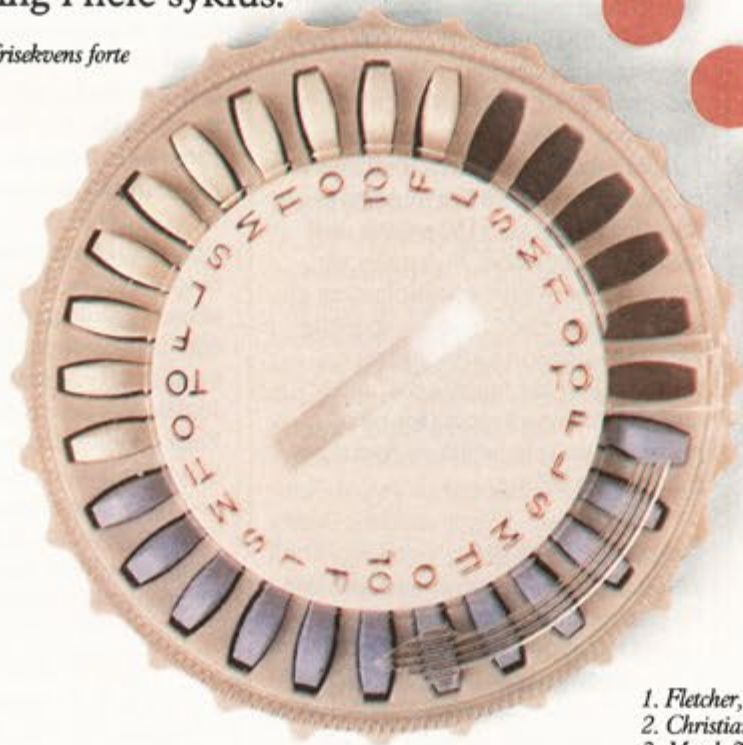
NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens[®]

Eneste* sekvenspreparat med aktiv behandling i hele syklus.

*Gjelder også Trisekvens forte

Aktive tabletter også i 4. syklusuke gir symptomlindring i hele syklus.



Nøytral lipidprofil^{1,2,3}

1. Fletcher, C D et al, *Maturitas* 1984; 6: 279-83
2. Christiansen, C et al, *Maturitas* 1984; 6: 193-99
3. Munk-Jensen, N (*Pres.Crans Montana* 1988)

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progestogen sekvenspreparat. ATC-nr.: G03F B05

TABLETTER: Trisekvens: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver blå tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 1 mg østrol. Hver hvite tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 1 mg noretisteronacetat. Hver røde tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 0,5 mg østrol. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Indigotin, jernoksyd.

TABLETTER: Trisekvens forte: Hver pakning inneholder 12 gule, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver gul tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 2 mg østrol. Hver hvite tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 2 mg noretisteronacetat. Hver røde tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 0,5 mg østrol. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Jernoksyd.

Egenskaper: Klassifisering: Trefasiske østrogen-progestogenpreparater bestående av de naturlige humane østrogener 17- β -østradiol og østrol samt progestogenet noretisteronacetat i behandlingens annen fase.

Virkningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelssymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behandlingssyklus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avløstes og resulterer i en menstruasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave østrogen dosen i tredje fase påvirker ikke blødningen og er i stand til å holde pasienten symptomfri. Den objektive effekt kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasma FSH. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol og østrol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Via urin. Undersøkelser med Trisekvens og Trisekvens forte har vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i leverfunksjonen er observert. Undersøkelser har ikke vist noen forandringer i antitrombin III verdene.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel. Forebygging av knokkeltetthetsfall hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometriumcancer eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling uten tillatelse i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Levertilstander, alvorlige sykdommer, tromboflebitt, tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulær sykdom, koronararteriosklerose og klassisk migrene eller med familær disposisjon for slike lidelser. Udiagnostisert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller dipopi pga vaskulær øyesykdom. Svangerskap.

Bivirkninger: Brystspenning samt blødningsuregelmessigheter initialt, som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektforandringer kan forekomme, men de kliniske undersøkelser har ikke vist noen klar tendens i retning av vektøkning eller vekttap. Blodtrykket har ikke stegtt under de utførte undersøkelsene.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometriumcancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes da østrogen har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Sekvensbehandling med østrogen plus progestogen i annen fase resulterer i midlertidig transformasjon av endometriet som avløstes fullstendig i slutten av hver behandlingssyklus. Nyere

prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og endometriehyperplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenhengen mellom hyperplasier og karsinomer i endometriet er usikker. Anamnese: Det er holdpunkter for at overvekt og antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometriekarsinom, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfeller og der familær disposisjon for slike lidelser er tilstede. Pasienter med epilepsi, migrene, diabetes, astma eller hjerte- og karsinomer bør kontrolleres omhyggelig, da østrogen evt. kan forverre disse tilstander. Forsiktighet må også utvises ved myomer/vekst av myomer. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammaetumor. Grundig gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig hver 6-12 måned. Seporering: Ved tegn på tromboflebitt, tromboemboliske lidelser, akutt hepatitt, migrene-lignende hodepine, grått øye, synstap eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-6 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengelie eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, bør det foretas en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6-12 måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatene har ingen kontraseptiv effekt.

Dosering: Anbefalt behandling: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessige blødninger opptrer vanligvis når de røde tabletterne tas, evt. allerede ved de siste hvite tabletter. Kvinner som fremdeles har menstruasjon, begynner behandlingen på 5. menstruasjonsdag. Pasienter som har gjennomgått ablasjon, begynner behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. Generelt bør behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt etter 2-3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. Evt. uregelmessige blødninger oppstår under behandling med Trisekvens de første 2-3 måneder av behandlingen, avminneres vanligvis ved å skifte til Trisekvens forte. Hos pasienter med kraftige symptomer bør behandlingen innledes med Trisekvens forte. Alternativ behandling: Kvinner med intakt uterus som ikke vil akseptere månedlige blødninger, kan i postmenopausen behandles med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innskutt etter f.eks. 1-3 måneders behandling med rene østrogenpreparater. Et slikt behandlingsregime inducerer avstøtning av endometriet med forlengede intervaller. Forglemmelse: Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. Den innerste skiven på esken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett.

Pakninger: Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

Novo Industri A.S.
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720



Nedleggelse av en bedrift - konsekvenser for allmennpraktikeren.



Nils Grude, Halvd. Svartestgt. 12, 3200 Sandefjord.
Allmennpraksis Sandefjord 81-87 kombinert med halv bedriftslegestilling ved Framnes mek. verksted.

Av Nils Grude

Beskrivelse av situasjonen

Undertegnede har drevet allmennpraksis i Sandefjord fra 1979, fra 1981-87 kombinert med halv stilling som bedriftslege ved Framnes Mek. Verksted, FMV, et skipsverft som drev bygging og reparasjon av skip og boreplattformer. Etter flere år med ulønnsom drift og meget vanskelige forhold innen bransjen, ble bedriften nedlagt i juni -87. På begynnelsen av 80-tallet var det ca. 1150 ansatte, ved nedleggelsen ca. 650. Verkstedet var således en betydelig arbeidsplass, en av de største i Vestfold fylke og en viktig hjørnesteinsbedrift i lokalmiljøet. Nedleggelsen har følgelig hatt tildels omfattende konsekvenser for nærmiljøet, byen i sin helhet og ikke minst for tidligere ansatte.

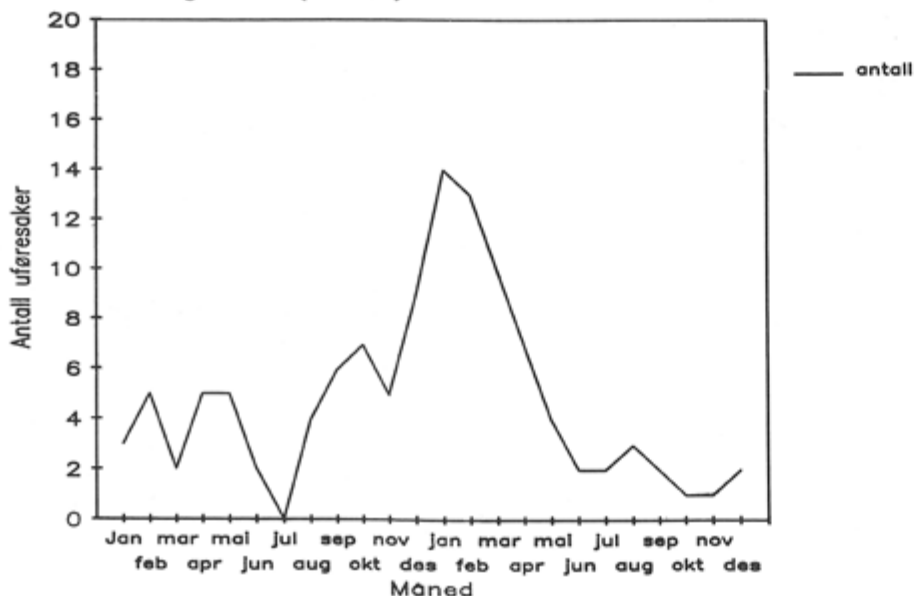
Legens oppgave

Min tid som bedriftslege ved FMV, særlig de siste 3 årene, falt altså sammen med nedgangstider for bedriften. Bedriftshelsetjenesten ble betydelig pre-

get av dette. Disse forhold skal ikke kommenteres nærmere her, men jeg vil forsøke å belyse hva jeg opplevde som allmennpraktiker. Naturlig nok var det relativt mange av de ansatte som også hadde meg som sin "vanlige lege". I forbindelse med nedgangstider og innføring av permisjoner ble det et økende antall pasienter med kroniske sykdommer som ønsket sykemelding og uføretrygd. Særlig stor pågang ble det utover våren og sommeren -87 i forbindelse med den endelige nedleggelsen.

I fig. 1 er framstilt antall uføresaker pr. mnd. i 1987 og 1988. Man ser betydelig økning i jan/feb. -88, altså ca. 1/2 år etter nedleggelsen. I tabell 1 ser man totalt antall søknader i 1987 og 1988, fordelt på kvinner og menn, ansatt på FMV i forhold til andre. Man ser en betydelig dominans av menn ansatte ved FMV som søkte om trygd, dette en naturlig konsekvens av bedriftens struktur vedrørende ansatte, relativt få kvinnelige arbeidstakere.

Figur 1. Antall uføresaker pr måned i 1987 og 1988 (n=114).



Tabell 1: Antall søknader om uføretrygd.

	1987	1988	menn	kvinner	Tils.
FMV	43	54	94	3	97
Andre	10	7	10	7	17
Totalt	53	61	104	10	114

Tabell 2: Antall uføretrygder i rel. til alder.

Alder, år	Antall
41-45	1
46-50	5
51-55	20
56-60	36
61-65	51
66 -	1
Totalt	114

De fleste som søkte om trygd var relativt gamle. Tabell 2 viser alder ved søknad. Gruppen på 61-65 år dominerer, altså personer med lang tid bak seg i arbeidslivet. Når det gjelder diagnose og årsaker til trygdesøknaden går dette fram av tabell 3. En del har fått to hoveddiagnoser. Det er total dominans av sykdommer i beveg. apparatet, i hovedsak dreier det seg om slitasjeplager i nakke, skuldre og rygg. Dette en naturlig følge av at flesteparten som søkte var rel. eldre menn med lang ansettelse på FMV i hardt og slitsomt fysisk arbeide.

Psykiske og sosiale følger

Å miste jobb, bli oppsagt og se at en tidligere bunnsolid bedrift ble nedlagt, var for de fleste ansatte samt pårørende en betydelig psykisk belastning. Mange, både trygdesøkere og andre, kom til legen for å få hjelp for problemer som f. eks. søvnvansker, angst og uro, depressive tendenser eller frykt for framtida. Man prøvde etter beste evne å bearbeide disse forhold, mange ga uttrykk for lettelse ved å få snakke ut. En del følte irritasjon overfor "ledelsen" som kunne "rasere gode arbeidsplasser", enkelte ga uttrykk for å føle seg medskyldige, "kanskje jeg ikke jobbet effektivt nok". Enkelte isolerte seg, ville ikke gå ut av frykt for å treffe kjente og ville helst ikke prate om det inntrufne. Hos disponerte personer så man tendens til økt alkoholforbruk. I arbeid var disse i et sosialt nettverk som ga god støtte, det var bl.a. et godt fungerende AKAN-arbeid.

Tabell 3: Diagnoser.

Beveg. app.	92
Hjerte/kar	6
Lidelser i CNS	8
Psyk./sos.	20
Lunge	5
Hud	2
Mage/tarm	7

Samarbeid med andre instanser

Da jeg våren -87 så tendens til økt legesøking, pga. bedriftens vanskelige stilling, var det naturlig å ta kontakt med aktuelle samarbeidspartnere. Her var trygdekontoret sentralt, og vi diskuterte utsiktene til en betydelig økning i antall trygdesaker. Ved arbeidskontoret fikk jeg hjelp til vurdering av muligheten til annet arbeid, omskolering og opplæring. En del pasienter ble også henvist til vurdering og eventuelt behandling hos spesialist, særlig nevrolog, rheumatolog, fysikalsk med. og psykiater. Det ble også tatt kontakt med tidligere klubbledelse og anbefalt sammenkomster der tidligere arbeidskamerater kunne samles og diskutere felles problemer. Dette har vært til hjelp for mange, "felles skjebne - felles trøst!"

Problemer for legen

Generelt er en praksis med mange langtidssykemeldte en relativt stor belastning. Slike pasienter krever tid, henvisninger og utredninger, mye søknader og papirarbeid. Det har også vært frustrerende å oppleve at personer gir opp, de ønsker trygd, man skulle ønske bedring og friskmelding. Det store problemet har vært personer som ønsker sykemelding uten klare objektive kriterier for dette. Økonomisk er jo det en betydelig gevinst i forhold til ledighetstrygd, i alle fall det første året. Generelt ble dette ordnet slik at man primært var liberal med sykemelding, men så raskt som mulig

henviste til trygdekontor, arbeidskontor eller spesialister for nærmere vurdering, spesielt med tanke på det videre grunnlag for sykemelding. Jeg har således følt at jeg ikke har stått alene med ansvaret.

Avsluttende kommentarer.

Hensikten med denne artikkel har vært å peke på et problem som for tiden er høyst aktuelt, allmennpraktikerens oppgaver og rolle når arbeidsplasser går tapt og arbeidsmarkedet er stramt.

Hvem skal sykemeldes? Hvordan skal oppfølging skje? Er vi faglig forberedt på disse problemstillingene? Saken har også betydelige samfunnsøkonomiske sider. I hvor stor grad kan sykemelding benyttes når ledighet er det rette?

Her skjuler det seg nok et uttalt mørketall i den offisielle ledighetsstatistikk. Legerollen bør vurderes, skal vi la oss bruke som problemløser i arbeidsmessige og økonomiske nedgangstider? Disse forhold må vi tenke gjennom og debattere, hvordan kan vi best mulig klare kombinasjonen av å være pasientens advokat samt forvalter av samfunnets ressurser?

Litteratur:

1. Westin S, Norum D, Schlesselman J: Medical Consequences of a Factory Closure. Int. J. of Epid. Vol. 17, No. 1.
2. Claussen B., Arbeidsløshet og helse Tidsskr. Nor. Lægefor. nr. 8-9, 1988.
3. Nordisk Medicin nr. 2, 1988, Temahefte om arbeidsløshet.
4. Halvorsen, Bakken og Fugelli: Arbeidsløshet i velferdsstaten, Universitetsforlaget 1986.



Ill.: Ragnhild Gjerstad

Desentralisering



Nils Petter Pedersen. Leder sekretariatet for folkehelseprogrammet "Helse og ulikhet" og evalueringen av særskilte statlige tiltak ovenfor helsetjenesten i Finnmark og psykisk helsevern i Troms.

Kommunalkandidat, NKSH, Oslo.

Avdelingsleder ved Kommunalavdelingen, Fylkesmannen i Finnmark, Høgskolelektor i helsevesenets organisasjon, NKSH, Oslo.

To perioder i fylkeshelsetjenesten, sist som fylkeshelsesjef i Finnmark. Vært særlig opptatt av kommunaløkonomisk og statsvitenskapelig tilnærming til helsetjenesten.

Lokaldemokrati eller pervers styringseffekt?

Av Nils Petter Pedersen

En av landets fremste lokalsamfunnsforskere, Ottar Brox, har i sine arbeider brukt uttrykket "pervers regional styringseffekt". Med dette mener han at energien til folkestyret i kommuner og fylkeskommuner er bundet opp til å administrere oppgaver hvor man ikke har lokalpolitisk herredømme over styringsredskapene. I stedet for til livsviktig lokal og regional sysselsettings- eller tiltaksarbeide, som knapt kan standardiseres, er lokaldemokratiets kapasitet bundet opp til arbeidet med tunge nasjonalt standardiserte sektorer som undervisning og helsestell.

Hovedkomiteén for lokalforvaltningen har lagt fram NOU 1988:38 NYE MÅL OG RETNINGSLINJER FOR REFORMER I LOKALFORVALTNINGEN.

Om man skulle forvente å se noe nytt - nye perspektiv på lokalpolitikk eller nye veier for lokaldemokratiet - blir utredningen og tilrådingene en skuffelse. Med det perspektiv Hovedkomiteén legger til grunn er det ikke så rart. De tunge prinsippene, organisatorisk og finansielt, er allerede iverksatt. Skoleverket og helsetjenesten, to av velferdsstatens grunnpillarer, er kommunaliserte og nytt inntekts-overføringssystem er etablert.

Passiv tilpasning ?

Kap. 4: "Utviklingstrekk og problemer", er særlig interessant fordi det gir uttrykk for hvilke *problem* komiteen anser som selve grunnlaget og begrunnelsene for framtidige reformer. Målsetting og forslag til reformer vil være en logisk konsekvens av hvilken vekt en legger på ulike utviklingstrekk og hvilken problemoppfatning en har.

Den regionale ubalanse i befolkningsutviklingen og fortsatt nedgang i omsorgsfunksjonen i familien er to utviklingstrekk som framheves. De er viktige nok. Det interessante her er likevel det man utelater - det man *overser* mulige virkninger av.

Hvilke virkninger på ubalansen i befolkningsutviklingen ville en endring av planene for de store offentlige investeringene i det sentrale Østland gi? Kan det settes inn familiepolitiske tiltak for å styrke omsorgsfunksjonen i familien? Man tar ikke engang opp behovet for offentlige tiltak *utover* tilpasning av kommunestruktur og funksjonsfordeling.

Mange av årsakene til de regionale ulikhetene bl.a. i helsetilstand og tjenestetilbud ligger jo nettopp i den regionale og lokale ubalanse i befolkningsutviklingen.

Det er også oppsiktsvekkende at man unngår å problematisere at en her snakker om ulike typer oppgaver; både de oppgaver som er standardisert etter nasjonale normer, og oppgaver som ikke er det, og som de lokalt folkevalgte i beskjeden grad kan påvirke. Dette gjelder ikke bare kvalitet og kvantitet, men også kostnadene som i praksis er standardiserte lønninger for hele landet.

Utredningen gir et inntrykk av passiv tilpasning. Man tar befolkningsutviklingen for gitt og tilpasser lokalforvaltningen til de nasjonalt standardiserte oppgavene.

Enøyet styring.

Denne manglende problematisering av oppgavestrukturen går igjen i behandlingen av den *interne organisering*. Her er det særlig *sektoriseringen* som framheves som problem. Det er større forskjeller i holdninger og problemoppfat-

ning mellom ulike sektorer i en kommune enn i en sektor som t.eks. i helse-tjenesten på lokalt, regionalt og sentralt nivå. Problemene oppstår dersom sektorene unndrar seg helhetlig styring og eventuelt aktivt motarbeider overordnede signaler.

Det er greit å være enige i at det overordnede helhetsperspektiv kan svekkes i et sterkt sektorisert system. Men man må da ikke til de grader "rette baker for smed". Hva med rådmennenes ansvar for helhetsperspektivet?

I disse innstrammingstider er det i alminnelighet ingen grunn til å gå ut fra at det bak rådmennenes tilråding om endringer i tjenestetilbudet ligger overveielser av de helsemessige konsekvenser. I kommunenes og fylkeskommunenes budsjetter er det ikke noen klar sammenheng mellom sykdomsbilde og ressursinnsats.

Det er dessverre så at innslaget av ensidig og "enøyet" bevilgningsstyring ennå er for stort på overordnet nivå i kommunene og fylkeskommunene. En systematisk kobling av den enkelte enhets prioriterte oppgave i året - og ressurstildelingen - nyttes i meget beskjeden grad. Spørsmålet blir derfor hvorfor det er slik og hva vi kan gjøre for å få til en slik sammenheng. Utgangspunktet må være en erkjennelse av at helsetjenesten og forvaltningsnivåene er to forskjellige "system" - med forskjellig "kultur", men som selvfølgelig er gjensidig avhengig av hverandre.

Pervers regional styringseffekt.

Utredningens ufullstendige problemopptatning avspeiles videre i komiteens drøfting av forholdet mellom styringsnivåene.

En utvidelse av selve problemforståelsen og bruk av etablert kunnskap og viten, ville gitt to diametralt motsatte alternativ som utgangspunkt for debatten om framtidige reformer:

1. Å ta konsekvensen av den standardiseringsprosess som har foregått, dvs. overføre ansvaret for de standardiserte ytelsene til staten direkte. Og å la lokaldemokratiet få høve til å konsentrere kreftene om de sektorene som ikke er standardiserte, og som knapt nok standardiseres - i første rekke sysselsettings- eller tiltakssektoren.

2. Å la kommunene/fylkeskommunene sette standarder for alle kommunale ytelser, la de lokale markedene bestemme kostnadene, også lønnskostnadene, og la kommuneskatten variere i samsvar med den kommunale aktiviteten.

Slik jeg kjenner den politiske virkelighet i landet er jeg overbevist om at alternativ 1 vil være den mest fruktbare tilnærming til det alvorlige dilemma som ligger i at herredømme over de mest kritiske områder for målstyring er spredt. For helsetjenestens del har to forvaltningsgrener - kommunene og fylkeskommunen - ansvaret for å fastsette funksjonen eller oppgaven. Staten fastsetter de totale rammene for økonomien og helsepersonellet dvs. profesjonene har sammen med staten hånd om utdanning og forskning.

Fraværet av lokalpolitisk herredømme over de viktigste styringsredskaper fører til at næringspolitiske tiltak retta mot en balansert utvikling i landet, må konkurrere med de tunge nasjonalt standardiserte sektorene. Hovedårsaken til den regionale ubalanse, og dermed ulikhetene, ligger her. Disse to hovedoppgavene for det offentlige må derfor skilles effektivt fra hverandre, dvs. tillegges klart adskilte institusjoner eller forvaltningsnivåer.

Om man ikke, som Ottar Brox, tar en slik tilnærming til problemet og uten et slikt skille mellom hovedoppgavene, får en det han selv så treffende har karakterisert som "pervers regional styringseffekt".

Hvor går vi - hvor skal vi?

Utredningen er for sterkt basert på perspektivet i alternativ 2. Det er dette alternativet som er grunnlaget for bl.a. forslaget om fri beskatningsrett for kommuner og fylkeskommuner. Et forslag som er helt logisk ut fra målet om styrket lokaldemokrati, men som umuliggjør den omfordeling av skatteinntekter som nå ivaretas av kommunesektorens inntektsoverførings-system.

Det er heller ikke tvil om at det er perspektivet i dette alternativet som i altfor sterk grad har preget 80-åra og som bidrar til å forsterke de negative regionale ulikhetene. At dagens oppga-

vefordeling ikke fremmer resultatlikhet har vi mange eksempler på. Disse lokale og regionale ulikheter både i helsetilstand og tjenestetilbud, aksepteres ikke i opinionen.

Den første Hovedkomité for reformer i lokalforvaltningen ble oppnevnt i 1971. Mye tyder på at komiteén som står for NOU 1988:38 blir den siste. Det vil være et sunnhetstegn om utredningen blir avslutningen på 70 og 80 års reformer basert på 60 års idéer. 90-års utfordring ligger i å utvikle en lokalforvaltning som ivaretar resultatlikhet, ikke å bygge videre ut et system som opplagt fremmer uønskede ulikheter.

Mange spør om en ikke nå for alvor burde begynne - med visse tilpasninger - å reversere ordningen? Jeg er overbevist om at det viktige for lokaldemokratiet nå, er å tilpasse statlige myndigheters rolle til den videre utvikling. Det vil si de sentrale statlige organer og ikke minst deres redskaper regionalt på fylkesnivå. Også her er de to prinsipielt forskjellige tilnærmingene til problemene anvendelig.

Om man legger alternativ 1 til grunn vil det kreve et statlig apparat som for det første er istand til å forme mål og oppgavefordeling. For det andre ikke bare er istand til å utøve tilsyn og kontroll, men også til å følge opp finansielt og organisatorisk.

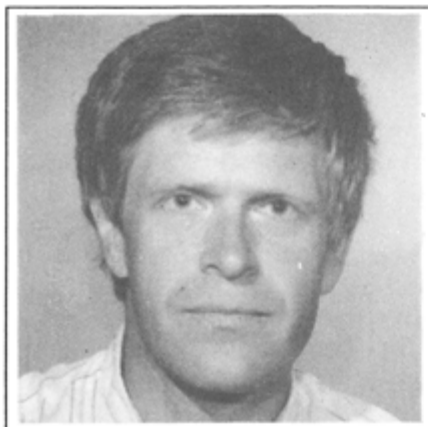
Om man som i alternativ 2 legger utviklingen av lokale og regionale markeder for offentlige tjenester til grunn, vil utfordringene for det statlige apparat bli noe annet. I dette perspektivet vil behovet for et sterkere Forbrukerråd og statlige klageavdelinger i fylkene, bli det framtreddende.

I en videre utvikling av lokaldemokratiet som også ivaretar en sentral verdi som likhet, vil jeg slutte meg til Tor Inge Romøren som i rapporten Kommunehelsetjenestens fem første år, avslutter med: "Det går ingen vei tilbake, bare nye - og spennende - veier framover."

Fylkeslegen i Finnmark
Damsv.1
9800 Vadsø

□

Om AIDS-arbeidet i Stord



Kommunelege Odd Winge. Allmennpraksis fra 1970. Kommunelege I i Stord fra 1985. Interessert i opplysningsarbeid. Har bl.a. jobbet med nærradio i kommunehelse-tjenesten. Medlem NSAM's referansegruppe i helseopplysning. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Av Odd Winge

Stord kommune har 14 000 innbyggere. Befolkningen har lav gjennomsnittsalder, det er gode muligheter for å tjene penger. Det er i perioder svært mange gjestearbeidere her, de aller fleste er unge menn. Antall kjønnsykdommer er høyere enn ellers i Sunnhordaland. Det blir stadig registrert narkotikabruk, og det fins en kjerne av faste blandingsmisbrukere. Det er sannsynligvis lite sprøytebruk blant misbrukerne.

AIDS-planen.

Kommunen besluttet våren -87 at det skulle lages en handlingsplan for hvordan AIDS-arbeidet skulle drives. Komite ble nedsatt, den besto av kommunelege II, utekontakt og helsesøster, og planene passerte helse- og sosialstyret den 23. juni. Det ble samtidig fremmet bevilgningssak for kommunestyret som stilte kr. 20 000 til rådighet for utvalget i 1987, og 50 000 for 1988.

AIDS-utvalget.

AIDS-planen forutsatte et arbeidsutvalg, dette ble utnevnt samtidig med at det ble gitt bevilgning til arbeidet. Utvalget ble sammensatt av kommunelege I, helsesøster, 2 lærere, psykiatrisk sykepleier, utekontakt, sosionom og psykolog. De fleste var allerede ansatt i kommunen, og kunne bruke en del av sin arbeidstid på AIDS-informasjon og aksjonsarbeid.

Informasjon i skolene.

AIDS-arbeid dreier seg mye om informasjon. Vi opprettet derfor en informasjonssentral i utekontaktens lokaler, hvor hvem som helst kunne komme og få brosjyrer, låne bøker eller videoer. Informasjonskontoret ble raskt flittig benyttet. Til vår store glede kom det mye uorganisert ungdom, som forsynte seg bra med informasjonsmateriellet.

Målsetningen for arbeidet i skolene gikk ut på å få spredd AIDS-

informasjon til alle elever over 6. - klasse-nivå, enten direkte til elevene eller gjennom lærerne. De fleste ungdomsskoleklassene fikk besøk av medlemmer i AIDS-komiteen. Vi hadde også en del klassesamlinger i yrkes-skolen og gymnaset. Ellers troppet vi opp med videoer og foredrag på lærernes planlegningsdager. Kommunens helsepersonell ble også skolert med et 3-timers kurs supplert med kaffe og kursbevis.

Aksjonsuke.

Vi fant at uke 16. i passe avstand fra forstyrrende helligdager, var en bra tid for en aksjonsuke. På forhånd hadde vi laget avisartikler, slik at lokalavisen hadde noe stoff hver dag. Uken startet med pressekonferanse for de avisene som dekker distriktet. Vi hadde lagt ut brosjyrer og satt opp plakater på steder hvor de kunne være bra synlige, på apoteket, sykehuset, trygdekontoret og selvsagt i kommunens bygninger. Medlemmer av AIDS-utvalget tok hver sin økt og sto på stand på kjøpesenteret og torget, slik at vi kunne nå dem som var ute og handlet den dagen. Å stå på stand var en uvant opplevelse både for helsesøster og kommunelege, men det var avgjort hyggelig at så mange tok i mot brosjyrene. En del mennesker stoppet også for å stille spørsmål og diskutere.

Fredag kveld hadde vi bestilt tid i nærradioen, hvor vi stilte vel forberedt, med notater, lydbånd, kaffe, brus og smørbrød. Musikkvalget var lagt opp for å tekkes den yngre del av befolkningen. Nærradioen står ofte på som bakgrunnsmusikk, kanskje spesielt på fredags kveld når ungdommen kommer sammen. Vårt håp var at våre budskap var så interessante at ungdommene skrudde opp radioen, også mellom musikkinnslagene.

Å snakke om samme emne i 2 timer var ganske slitsomt, men de to timene gikk svært raskt. Vi oppfordret lytterne til å

ringe inn spørsmål og kommentarer, men spørrelysten var heller laber. Likevel var vårt inntrykk i dagene etter at mange ungdommer hadde hørt på oss, og da var vi bra fornøyde.

Ukens store arrangement var rocke-konserten i Kulturhuset. Hele huset sto til vår disposisjon. Fylkeslegen hadde bidratt med kr. 8000 og inngangsbilletten var satt til kr. 30, altså rimelig, men ikke gratis. Vi hadde leid 4 av distriktets rockeorkester og arrangementet startet med konsert i kinosalen. På lerretet bak scenen vistes lysbilder fra kondomkampanjen mens orkestrene spilte. I pausen mellom to orkestre fremførte vi rollespill med situasjoner som tok opp AIDS og smitte. Senere på kvelden var det dans i vestibulen til kraftig desibelmusikk. For den som ville ha det noe roligere var det anledning til å gå i "småsalen" hvor vi viste videoer med info om HIV og AIDS. 240 ungdommer, de aller fleste fra 14 til 20 år, møtte opp. Arrangementet var annonsert som rusfritt, og de som var for blanke i øynene ble avvist med hard hånd. Inkludert i inngangsbilletten var også ekstrabuss hjem, slik at ingen behøvde haike midt på natten.

8. klasse-aksjonen.

Etter at alle ungdomsskoleklassene hadde fått AIDS-informasjon i en eller annen form var det tid for å tenke på hva som skulle gjøres når AIDS-arbeidet kommer inn i fastere former.

Vi tenker oss at AIDS-undervisning må komme inn i skolen på samme måte som informasjon om tobakk, narkotika og alkohol, slik at ANT heretter blir ANTA. Vi mente at 8. klassen var det riktige tidspunkt å starte på. 8. klassingene er gamle nok til å vite en del om sex og samliv, samtidig når vi dem før de fleste har hatt sin seksuelle debut. Vi tok inspirasjon fra Onsyprosjektet, som gikk ut på å la eldre elever undervise yngre medelever. Vår vri på opplegget var å la 8. klassingene undervise hverandre.

Tillitsvalgte fra alle 8. klassene ble invitert til "seminar" på hotellet. De ble tatt vel i mot med skikkelige kursmapper med kulepenn og brosjyrer, cola og brus på bordene. Kursprogrammet besto av videoer, korte foredrag og diskusjoner. Deretter ble de bevertet med et gedigent koldtbord, som var vår baktanke for å styrke motivasjonen. Økt nummer to besto av å planlegge et opplegg om AIDS for resten av klassen. Vi la vekt på at elevene skulle føle seg privilegerte, og lot arrangementet få litt preg av luksus. De tillitsvalgte elevene slapp skolen den dagen, til gjengjeld forpliktet de seg til å holde et minikurs for sine medelever når de kom tilbake i klassene. Viktigere enn det var det at nå hadde vi fått en AIDS-ekspert i hver klasse. Vårt håp er at det kan tilflyte ungdommene en del kunnskaper og holdninger gjennom samtaler på tomannshånd eller i smågrupper.

Videre arbeid.

1988 var et startår. Vi visste at så mye aktivitet var det umulig å følge opp, hverken med penger eller personell, derfor må vi nå planlegge hvordan det videre opplegget skal være. AIDS-trusselen er her fortsatt, og vi må fortsatt drive AIDS-forebyggende arbeid. Vi synes at 8. klasse-opplegget var så vellykket at det kan gjentas, kanskje som et fast opplegg for hver 8. klasse i tiden framover. Et lignende opplegg planlegges også for yrkesskolene. Så mye mer enn dette blir det ikke tid og anledning til for helsearbeiderne uten at det går ut over andre viktige oppgaver. Vi mener at det er lærerne som blir de viktigste helseopplysnerne i AIDS-arbeidet. Helsepersonellens oppgaver blir mer å stimulere til at AIDS-informasjon går inn i skolens undervisning, og bidra til at lærernes kunnskaper og motivasjon holdes vedlike.

Var det verd innsatsen?

Vi har stilt oss spørsmålet om det var riktig å bruke så mye tid og krefter, samtidig med at mange andre oppgaver i helsestellet var uløste. Vår begrunnelse for at svaret var ja er at vi nå i begynnelsen av epidemien har en enestående sjanse til å demme opp for smitten. Et krafttak mot AIDS nå vil gi en langt større effekt enn et mer omfattende opplegg når og hvis HIV-sykdommen får et større omfang. Krafttaket i 1988 ga oss også erfaringer som kommer godt med i det videre arbeidet.

Tallene på AIDS-tilfeller og HIV-smittede øker nå adskillig langsommere enn vi regnet med for 1-2 år siden. For den som tror på helse-opplysning som virkemiddel i AIDS-arbeidet må denne utviklingen være en god inspirasjon.

Kommunelege Odd Winge, Postboks 352, 5401 Stord.

□



Stordprosjektet

Av Odd Winge

Ideen til prosjektet kom mens vi satte opp en plan for AIDS-arbeidet i kommunen. Helsearbeiderne hadde vært i mange av klassene på ungdomsskolen og snakket om AIDS, men alle satt igjen med det inntrykk at man snakket til mer enn man snakket med ungdommene. Verst var det i store forsamlinger, bedre i små grupper. NGU har i flere år drevet rusmiddelinformasjon ved å invitere utvalgte ungdommer på kurs, og la disse stå for å la klassen, vennene og bekjentskapskretsen få del i de kunnskaper og holdninger ungdommen fikk på kurset. I Onsøyprosjektet (1) lot man eldre elever undervise yngre. Tekstilbransjen har forlenget oppdaget at det er viktig å nå ungdom med prestisje blant sine jevnaldrende, og har gjennomført markedsfremstøt hvor de utrustet "prestisjeungdom" med siste nytt av årets klesmote, for at andre ungdommer skal følge etter og kjøpe de samme klærne.

Ut fra slike erfaringer besluttet vi oss for å gjøre noe lignende i Stord. Åttende klasse ble valgt. På den ene siden er de så unge at flertallet ikke har hatt sin seksuelle debut, på den andre side så pass gamle at de har bra kunnskaper om sex og samliv, og de er i en alder hvor varige holdninger til disse viktige tingene i livet er i ferd med å dannes.

Vi visste vi var ute på upløyd mark, derfor var det viktig å få en evaluering av prosjektet. Fem elever ved Stord Lærarhøgskule tok evalueringen av prosjektet som en FoU-oppgave (2), og registrerte kunnskaper og holdninger før og etter vi gjennomførte prosjektet.

Prosjektopplegg.

Vår hovedtanke var at de ungdommene som ble invitert til å være med på opplegget skulle føle seg privilegert, gjerne på en slik måte at de fikk større

status hos sine medelever. I undervisningen la vi vekt på at elevene skulle behandles som voksne. Etter kurset håpet vi at de skulle fungere som "ressurspersoner" i sin klasse, og spre kunnskaper om AIDS/HIV blant sine jevnaldrende. To tillitsvalgte fra hver 8. klasse ble valgt ut. Det ble kjørt et intensivkurs på en dag, lagt til et hotell. Elevene hadde fått fri fra undervisningen, de ble tatt vel i mot, fikk utdelt kursmapper med informasjonsmaterieell og kulepenn, og ble bevertet med rikelig brus og cola. Undervisningen besto av korte foredrag, videoer, diskusjoner og gruppearbeid. Mellom to økter ble det servert en skikkelig lunsj fra hotellets rikholdige koldtbord, noe som viste seg svært populært. Kursledere var helsesøster, lærer og utekontakt, dessuten noen av studentene som arbeidet med prosjektet. Foredragene og videoene ga for det meste faktakunnskaper om rus, seksualitet og HIV-smitte. Etter lunsjen arbeidet elevene i grupper med å forberede seg på hvordan de nyervervete kunnskapene skulle formidles til medelevene i form av en plakat og et opplegg til klasseundervisning. Aktiviteten var stor, og elevene ga uttrykk for at dette var gøy.

Etter kurset skulle de 2 fra hver klasse lage en time om AIDS-HIV i sin egen klasse, helst i samarbeid med læreren, men enkelte var så ivrige at de hadde holdt sin klasseundervisning før læreren ble informert. Vårt viktigste siktemål var ikke denne ene undervisningstimen, men at de tillitsvalgte i løpet av dagskurset var blitt litt tent på oppgaven, og fungerte som formidler av AIDS-kunnskap i samtaler på tomannshånd og i mindre grupper.

Evaluerings.

Før AIDS-kurset hadde lærerhøgskolestudentene vært i alle kommunens 8. klasser med spørreskjemaer. 12 av spørsmålene var rene kunnskaps-spørsmål. De resterende gikk på hold-

ninger til HIV-smittede kamerater, om hvor de får sin informasjon om sykdommen fra, om hvor meget de hadde snakket om AIDS med sine kamerater. To måneder etter seminaret ble de samme elevene (ca 210) forelagt de samme spørreskjemaene. Spørreskjemaet så slik ut:

Det var tydelig at det var skjedd en kunnskapsforbedring. For samtlige spørsmål var det større prosent av riktige svar i 2. i forhold til i 1. spørsmålsrunde.

SPØRRESKJEMA OM HIV-SMITTE / AIDS.

Kryss i ei av dei tre rutene:

	JA	NEI	VEIT IKKJE
1. AIDS er ein farleg sjukdom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Har vi behandling mot AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Har vi vaksine mot AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan HIV smitte ved:			
-kroppskontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kyss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nysing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-blod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-sød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-svette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-spytt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-tårer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Set kryss i ei av rutene til kvart av spørsmåla under:			
3. Korleis trur du kondom vernar mot HIV-smitte?			<input type="checkbox"/>
-100% det som kondomet sit på under heile samleiet.			<input type="checkbox"/>
-Svært godt dersom kondomet sit på under heile samleiet.			<input type="checkbox"/>
-Gjev nesten ikkje vern i det heile.			<input type="checkbox"/>
4. Kven kan få AIDS?			<input type="checkbox"/>
-Berre homofile			<input type="checkbox"/>
-Berre narkomane.			<input type="checkbox"/>
-Alle			<input type="checkbox"/>
-Berre menn.			<input type="checkbox"/>
5. Tenk deg at kameraten/venninna di vart HIV-smitta. Ville du då:			<input type="checkbox"/>
-Framleis vere ven med han/hø.			<input type="checkbox"/>
-Slutta å vera ven med han/hø.			<input type="checkbox"/>
-Helde kontakten, men til dømes ikkje drukke av same flaske, ikkje teke han/hø i handa og liknande.			<input type="checkbox"/>
6. Har du og venene dine snakka om AIDS?			<input type="checkbox"/>
-Ofte.			<input type="checkbox"/>
-Nokre få gonger.			<input type="checkbox"/>
-Aldri.			<input type="checkbox"/>
7. Korleis trur du ungdom i dag reagerer på AIDS-krusset?			<input type="checkbox"/>
-Ei dei redde for å verta smitta?			<input type="checkbox"/>
-Tenkjer: Det hender ikkje meg. Det er ikkje AIDS her på Stord.			<input type="checkbox"/>
8. Kvar får du det meste av informasjonen om HIV/AIDS frå?			<input type="checkbox"/>
-Heime.			<input type="checkbox"/>
-På skulen.			<input type="checkbox"/>
-I media (aviser, fjernsyn og liknande)			<input type="checkbox"/>
-I hjå vener.			<input type="checkbox"/>

TAKK FOR BILHJEP.

Tabell 1.

Kunnskapsnivå før og etter seminaret:

(i %)	før	etter	diff.
1 a. Behandling	73	80	7
b. Vaksine	89	93	4
2 Smitte			
a. kroppskontakt	80	90	10
b. kyss	53	70	17
c. nysing	73	80	7
d. blod	97	99	2
e. sød	94	96	2
f. svette	71	76	5
g. spytt	36	60	24
h. tårer	71	79	8
3. Kondom	68	80	12
4. Hvem kan bli smittet	95	98	3
Antall	210	210	

Dersom vi grupperer elevene etter hvor mange riktige spørsmål de hadde, blir forskjellen mellom "før" og "etter" tydeligere:

Tabell 2.

Kunnskapsnivå før og etter seminaret:

Prosent av elevene med riktige svar

	Før	Etter
1-6 riktige svar	9	6
7-9 riktige svar	65	21
10-12 riktige svar	28	73

Et vesentlig spørsmål er om et tiltak som dette kan påvirke holdninger.

Tabell 3.

Holdninger før og etter seminaret.

(i %)	før	etter	diff.
Fremdeles være venn	72	72	-
Slutte å være venn	7	4	- 3
Holde kontakt	21	24	+ 3
	100	100	
Antall elever	210	210	



Det er bedring av holdningene, men tydelig mindre enn bedring i kunnskapene.

Før prosjektet startet oppga de fleste elevene hjem og media som viktigste kilde til informasjon om HIV/AIDS. Da de ble spurt andre gangen ble skolen oppgitt som viktigste kilde.

På spørsmål 7 (om de selv var redde for å få AIDS) svarte 63 % i første spørsmålsrunde at de var redde, mens 72 % ga samme svar etter prosjektet var gjennomført.

Diskusjon:

Resultatene indikerer at den beskrevne fremgangsmåten for å formidle kunnskaper på virkelig virker. Vi mener at resultatene er så vidt oppmuntrende at vi vil bruke dette opplegget også neste år som det viktigste informasjons-tiltaket for ungdomsskolen. Vi vil også prøve det i yrkesskolen. Undersøkelsen viser også at det er vanskeligere å påvirke holdninger enn kunnskaper.

Vi vet ikke om en slik metode vil bedre elevenes adferd slik at de unngår risikoadferd senere. I Gjøvikundersøkelsen (3) ble det avslørt et betydelig misforhold mellom kunnskaper om AIDS og ungdommenes seksualadferd. Ungdommene i Gjøvik var imidlertid noe eldre enn våre 15-åringer, og var eldre da AIDS-epidemien kom enn disse elevene. Kunnskaper alene skaper ikke adferdsendringer, men er en nødvendig forutsetning for bedret adferd. Kunnskap inngår i ungdommenes "meningsklima", og er med å legge grunnen for et riktigere handlingsvalg (4). Ved å gi kunnskap til 15-åringer håper vi at vi har større gjennomslagskraft enn ved å gi de samme kunnskaper når de unge allerede har etablert sine seksualvaner. Gjennom slik undervisning vil etter hvert alle årskull fra 15 år og oppover ha et visst minstemål av kunnskaper om AIDS/HIV. Vi tror også at "meningsklimaet" påvirkes mer effektivt av at kunnskapene formidles gjennom jevnaldrende enn om det gjøres fra lærer eller helsepersonell.

Det er nylig påvist (5) at seksualvanene er blitt sikrere i løpet av de siste par årene. Vi må regne med at dette skyldes informasjonsvirksomheten i forbindelse med HIV-epidemien, og dette skulle gi inspirasjon til å fortsette med dette arbeidet.

Litteratur.

1. Johannessen SS, Kristiansen E, Andres M, Bjerkedal T. Undervisning av jevngamle om AIDS ga gode resultater. Norsk Skoleblad 1988; 32: 18-9.
2. Lier S, Vassenden R, Fykse V, Grønhaug H, Dahle BA. Stordprosjektet - HIV/AIDS. Evaluering av eit kursopplegg for 8. klasse. Stord 1989.
3. Helse- og sosialetaten i Gjøvik kommune. Gjøvikundersøkelsen. Om kunnskaper, holdninger og adferd til HIV/AIDS. Gjøvik 1988.
4. Aarø LE, Nylenna M. Kunnskap er makt - og bør deles med andre. Oslo: Universitetsforlaget, 1987: 70-81.
5. Kraft P. Ungdomsundersøkelsen. Foreløpig omtale i AIDS-nytt nr. 2, 1989.

Odd Winge,
kommunelege,
postboks 352, 5401 Stord.

□

Nord-Trøndelag legeförenings vårkurs på Sør-Gjæslingen 1989

Solen skinner alltid på Sør-Gjæslingen - i hvertfall når Nord-Trøndelag legeförening arrangerer sitt tradisjonsrike Vårkurs!

13 leger, 8 "legefruer" av begge kjønn og 17 barn fant 2. - 4. juni lun havn i dette nedlagte fiskevær en times båttur fra Namsos ut i Folla-havet. Med base i Fiskarheimen under mottoet "Hør så skal eders sjel leve" spleises Nord-Trønderske legefamilier sammen til en storfamilie. Trivsel og tilhørighet på tvers av kommunegrensar, spesialitet og praksisform er målet.

Årets program bød som vanlig på fotball, tegning, parorientering, vandring i fjæra med biologen, fisketur, mange hyggestunder i solveggen, allsang, musikk fra gitar og to-rader og grilling. Høyde-

punktet var nok engang skall-dyraften på Ungdomshuset med førsteklases råvarer, gode historier og underholdningsinnslag. Arne Ivar Østensen slipsklippekunst tok prisen, selv om reprisen ikke falt i smak hos barna (feil slipsfarve etter klipping).

Nytt innslag i år var vakker sang fra kursets barnekor hver kveld. All honnør til dirigent Bjørn Simensen og ikke minst til vår faste kokk Buppa Harr som gjør sitt beste for å skjemme oss bort med rømmegrøt, spekemat og alskens gode saker.

Arne Ivar Østensen, formann i spesialitetskomiteen i allmennmedisin, var årets hovedforeleser. Formannen forlangte å bli invitert også neste år. Han har allerede avtalt med skipper på M/S Juvik-

ingen at han skal få medbringe flere islandshester. Selvalgt tema var "Hvorfor islandshester som hobby?" Foredraget var rikt illustrert fra Arne Ivars ridesenter på Hjerkin. Budskapet kan kort sammenfattes slik - "smilende livskunst".

Under temaet "Grenseopp-gang allmennmedisin/spesialisttjeneste" ble behovet for et godt samspill og god kommunikasjon mellom sykehusleger og primærleger understreket. Rutiner og arbeidsfordeling må stadig vurderes og videreutvikles. Dagkirurgi og knappe sykehusbudsjetter stiller nye krav til primærlegene. Sykehuslegene bør stille krav om en skikkelig primærutredning og returnere ufullstendige henvisningsskriv. Ventelistene ved poliklinikkene kan reduseres

betydelig ved å overføre flere kontroller til primærlegene (mindre "selvmating").

Overlege Ole Dehli, Namdal sykehus, foredro om "Angina pectoris, medisinsk og kirurgisk behandling i Trøndelag". Angina-pasientene kan se framtiden lyst i møte med kommende overkapasitet på hjertekirurgisk utredning og behandling. Institusjonene nærmest fallbyr hverandre med England som klart billigste alternativ.

Til slutt takk til kurskomiteen ved Steinar Fretland, Inger Finnanger og Jannecke Reymert for nok et vakkert våreventyr på landets flotteste kurs- og konferansesenter.

Sjur Agdestein

Utpostens essaypris 1989

Juryen i Utpostens essaykonkurranse har i telefonmøte 29.08.89 besluttet å gi førsteprisen til

Ubehag i faget - en nøkkel til livslang læring

Essayet tar opp en rekke hverdagsgjenkjennelige dilemmaer i allmennpraktikerens faglige tilværelse:

Den kliniske usikkerheten som følger av at mange av de genuint allmenmedisinske arbeidsmåtene hverken er utforsket eller beskrevet,-

den kliniske usikkerheten som følger av at allmennpraktikeren ofte må ta beslutninger på kort tid og med lite utstyr-
den kliniske usikkerheten som følger av at allmennpraktikeren arbeider i gråsoner mellom klassisk medisin og livs-, samlivs- og samfunnsproblemer- den kliniske usikkerheten som følger av at allmennpraktikeren er tillagt makt og kontrolloppgaver som reiser etiske problemer både i forhold til forvaltning av fellesskapets midler og i forhold til enkeltmenneskets integritet.

Forfatteren framstiller disse dilemmaene ved hjelp av klare, konkrete eksempler og kasuistikker fra egen praksis.

Dette erfaringsgrunnlaget smelter han så sammen med en rikelig og oppdatert lesing. Resultatet blir kloke refleksjoner omkring et høyrelevant og tidligere lite bearbeidet allmenmedisinsk emne.

Av de ialt 6 innkomne bidrag til essaykonkurransen fant vi at det også i år må bli en 2. pris. Juryen vil premiere essayet med tittelen *De lukkede rom*.

Dette bidraget tar for seg et tema som vi har hatt i søkelyset i lengre tid nå,- nemlig konsultasjonen. Vinklingen er ny og interessant. Sympati og antipati mellom lege og pasient er et viktig tema. Mye av det som skjer i konsultasjonen er ikke rasjonelt begrunnet og vil neppe kunne bli det heller. Derfor er refleksjonene så viktige. Essayet synliggjør hvordan legens egen barndom, ungdomserfaringer og personlige legning er viktige ingredienser i konsultasjonen. Likeledes får forfatteren fram hvordan legens faglige tiltrekninger og frastøtninger former klimaet i konsultasjonen. Essayet belyser et scotom i konsultasjonsanalysen.

Bidraget er kanskje noe kort, men oppbygningen er spennende og elegant og det er lettlest.

Kongsberg/ Oslo/ Kongsvinger /Bergen, 29.08.89.

Inger Marie Steinsholt
Magne Nylenna
Eli Berg
Per Fugelli.



Sverre Lundevall - hvem er han?

Vinneren av Årets Essaykonkurranse er en person du merker deg - dersom du er så heldig å komme i nærheten av ham.

Via kirurgi og lærervirksomhet på sykepleieskole havnet han i primærmedisinen som Kommunelege i Tromsø. Via Institutt for Samfunnsmedisin har han nylig tatt spranget til Storbymedisinen - som Bydelslege på Sandaker Helsesenter.

Sverre er en klok fyr,
en å lene seg til som kollega,
en som aldri påtar seg noe uten å fullføre det.
Han er en faglig entusiast som er voksen nok til ikke å skjule sine faglige dilemmaer. Når han reiser, reiser han gjerne langt. Før han begynte på Doktorskolen var han i Australia og lærte å lage sandaler av gamle bildekk. Noen år seinere var han i Egypt og lærte.....
Det kan du lese mer om i UTPOSTEN like over årsskiftet. Inntil da, kos deg med vinneressayet, kjenn litt på ubehaget og de spirer til faglig og menneskelig vekst som ligger der.

Ubehag i faget

-en nøkkel til livslang læring?

Vinner av Utpostens essay-konkurranse: Sverre Lundevall

Allmennt medisinsk praksis kjennetegnes kanskje enda mer enn sykehuspraksis av usikkerhet, tvil og følelse av faglig ubehag. Vi er underforstått opplært til å se dette som noe negativt som av mentalhygieniske grunner må fortrennes. I dette essayet vil jeg legge fram noen premisser for å se disse vanskelige følelsene som noe positivt i vår personlige utvikling som fagmennesker, og som viktige i et etterutdanningsopplegg.

Av Sverre Lundevall

På bølgen av inspirasjon skapt av spesialitetsutdanningen i allmennt medisin, og der diskusjonene nå går om fortsatt gruppeaktivitet, etterutdanning og kvalitetssikring vil jeg argumentere for at vi systematisk tar i bruk det potensiale som den enkelte leges opplevelse av faglig ubehag er. I bunnen av denne argumentasjonen ligger min tro på at faglig ubehag er et allestedsnærværende fenomen, at hver av oss mange ganger i det daglige arbeid, kjenner et subjektivt faglig ubehag, en følelse vi ikke liker og må gjøre noe med for å komme videre.

Følelser

Følelser blekner med årene. I ungdomstiden var følelseslivet mitt sterkere. To høydepunkter i medisinstudiet kommer jeg på nå; Det første er fra kjemilaboratoriet på Blindern, første studieår. Vi slipper en og en dråpe fra en byrette ned i en løsning. Plutselig kommer et fargeomslag. Bufferkapasiteten er oppbrukt. Det finnes altså tidspunkter der en ytterligere liten endring i kvantitet fører til et omslag, en tydelig endring i kvalitet. Sigmakurven illustrerte fenomenet, og jeg husker min faglige glede: Plutselig så jeg det samme mønster alle steder, i enzymers aktivitet, i mitt personlige liv, i samfunnet og naturen! Aha! Det andre fra fysiologilaboratoriet nede i sentrum.

Vi har "decapitert" hver vår frosk og åpnet thorax. Vi får nå froskehjertet til å slå langsommere eller fortere ved å dryppe adrenalin og acetylcholin på hjertet. Så gjør vi noe annet, anemiserer kanskje en kanin, får forelest stadig nytt lærestoff, går videre. Senere i studiet lærte vi mange ganger det samme, å fortrenge det følelsesmessige ubehag knyttet til faget, å la baller passere uten å ta dem, holde oss flytende på overflaten (være overfladiske), gå videre.

Læring

Læring er ikke bare tilegnelse av ny kunnskap. I et essay om læring i boka "Steps to an ecology of mind" (1) skriver Gregory Bateson om læring på flere nivåer. Man kan lære en regel, og kan da reglen utenat. Samtidig har man forandret seg i den forstand at man har blitt flinkere til å lære regler. (Lært reglelæring). Den som ikke kan forandre seg kan heller ikke lære. Bateson illustrerer dette ved et eksempel som kalles von Neumanns spill, som er et tankeeksperiment. En von Neumann-spiller er en som har den fulle oversikt over et spillers regler, som husker alle trekk som har foregått, og er istand til å kalkulere sannsynligheter og konsekvenser for alle mulige trekk medspillerne og han selv kan gjøre. Han gjør utfra dette til enhver tid det riktige trekket i situasjonen. En von Neumann-spiller gjør

derfor per definisjon aldri "feil". Selv om spillet skulle føre til tap på grunn av en usannsynlig tilfeldighet eller et hendelig uhell vil von Neumann-spilleren oppsummere at han gjorde de riktige trekkene. Han er perfekt i utgangspunktet. Og han kan aldri lære. Teoretisk kunne vi tenke oss en "von Neumann-lege" som gjorde sine fullkomment rasjonelle beslutninger om diagnostikk og behandling utfra perfekte og selv-oppdaterende kliniske ferdigheter, oversikt over alle sykdommers prevalenser i alle slags populasjoner, over alle testers sensitivitet og spesifisitet, og over alle behandlingsformers risikoer og nytteverdi. Et slikt fantom (vårt alles ideal?) ville heller ikke kunne lære. Annerledes med oss mennesker. Vi gjør feil og vi strever for å forandre oss. I læringssammenheng tror jeg feilene, tvilen, krisene, er det mest verdifulle vi har. Når målet er å forbedre en praksis eller ferdighet man allerede har, er første skritt i forandringsprosessen å avlæres. Man må gi opp sine nåværende synsmåter og vaner før man kan ta i bruk de nye. Da må man først erkjenne at det man gjør som fagmenneske ikke er godt nok, og det er ubehagelig.

Faglig ubehag

Refleksjon over fenomenet faglig ubehag får meg til å tenke at ubehag er et uttrykk for et misforhold eller et manglende samsvar eller en avstand. For eksempel avstanden mellom den jeg er og den jeg ville være, mellom realiteter og idealer, mellom terrenget og kartet. Det er noe som "burde" passe sammen som ikke gjør det. Og kravet om samsvar møter oss tidlig. Husk den barneleken som består av en plate med tre hull, ett firkantet, ett rundt og ett trekantet, og tre tilsvarende klosser som passer til hvert sitt hull. Freud skriver i sin bok "Ubehaget i kulturen" om hvordan kravet til orden er ett av de viktige kulturkravene: "Studiet av de store astronomiske systemer har ikke bare gitt mennesket forbildet, men også holdepunkter for orden i dets eget liv. Orden er en slags gjentakelsestvang som en gang for alle gjør det klart når, hvor og hvordan noe skal gjøres, slik at man i hvert enkelt tilfelle kan spare seg for tvil og vakling. Man behøver ikke tvile på betydningen av orden, den muliggjør for mennesket den beste utnyttelse av tid og rom, samtidig som de psykiske krefter spares.

Man kunne faktisk ha ventet seg at orden fra begynnelsen av og uten motstand var gjennomført i all menneskelig gjøren og laden, men merkelig nok har mennesket en større trang til slapphet, uregelmessighet og upålitelighet i sitt arbeid, og først etter mye strev kan det oppdras til å ta etter de himmelske forbilder". (2)

Et mer tvetydig "himmelsk forbilde" er å finne i Det egyptiske museum i Kairo. Der står en statue av en farao som blir klappet på kinnet av to guder. På høyre kinn av guden for orden, på venstre kinn av guden for anarki. Og farao smiler.

Hvis jeg ser på avstanden som fins mellom min drøm om en gang for alle å være faglig ajour (eller "i forkant" som det heter nå) og alt rotet og de løse endene i mitt faglige liv, blir jeg mer ansent enn smilende, og kunne nok trenge et par vennlige guder. Det er så mye som ikke passer sammen!

Liv og lære

Arthur Kleinman, psykiater og antropolog, har skrevet boka "Patients and healers in the context of culture" om sine undersøkelser i Taiwan. Han undersøker blant annet de forskjellige forklaringsmodeller på sykdom hos pasienter og ulike typer leger og andre praktiserende helbredere. Forklaringsmodeller er de begreper om en sykdomsepisode og dens behandling som tas i bruk av alle som er engasjert i den kliniske prosess. Det var langt lettere å få de praktiserende til å presentere sine forklaringsmodeller til forskerne enn å få pasientene til å gjøre det. Men forklaringsmodellene som de praktiserende ga i intervju med forskerne var svært forskjellige fra de forklaringsmodellene som de formidlet til pasientene eller brukte i daglige kliniske beslutninger. Disse måtte forskerne slutte seg til gjennom å observere konsultasjonene, og de fant at disse forklaringsmodellene stort sett var underforstått, og at de sjelden kunne formuleres i testbare hypoteser. Snarere var de et produkt av omstendighetene, impresjonistiske oppfatninger som den praktiserende kunne være opphengt i selv om det forelå belegg for det motsatte. De var formet av på den ene siden den praktiserendes handlingsimperativ og på den annen side hans tvingende behov for å rasjonalisere sine handlinger. Følgelig, skriver Kleinman, må man

skille mellom de *kliniske* forklaringsmodeller som de praktiserende anvender overfor pasienter, og de *teoretiske* forklaringsmodeller de bekjenner seg til. Mellom disse er det en avstand (av Kleinman kalt kognitiv avstand). (3) For meg ble dette skillet mellom kliniske og teoretiske forklaringsmodeller klargjørende. Det har gått opp for meg i hvor liten grad det vi faktisk sier og gjør i allmennpraksis er omtalt og beskrevet; hva vi sier når vi skal forklare ryggsmertene eller hvorfor vi ikke gir penicillin til barnet med feber eller hva vi gjør nå vi skal orientere oss om pasientens "nevrologiske status". En førstegangsgavid oppsøker meg på legevakten om natten. Hun er i 22. uke, alt er gått bra hittil, men idag merket hun brunlig utflod, som gammelt blod, og hun er redd hva dette kan bety. A priori føler jeg savnet av kunnskap fra klinisk epidemiologi: Hva er sannsynligheten for at et slikt tegn kan være starten på en sen abort? Og hvordan kan jeg ved enkle undersøkelser svekke eller styrke denne sannsynlighet? Hun forteller at ved ultralyd-undersøkelse satt morkaken høyt. (Altså ikke placenta previa?) Hun har ikke sterke magesmerter, og er ikke hard i magen. (Altså ikke abruptio placentae?) Som Kleinmanns "praktiserende helbredere" er også jeg opphengt i visse ideer. En av dem er at GU på gravide må gjøres veldig forsiktig. (Kanskje jeg ser for meg som i en fryktelig visjon at jeg kommer borti noe som setter igang en styrtfødsel?) Jeg tar sterile hansker og er veldig lett på hånden med spekelet. Så lett at jeg ikke får se portio ordentlig, og to viktige spørsmål forblir derfor ubesvarte: Er mormunnen lukket? Blør det fra cervix? Hun kjenner sting i høyre lyske. Er det uttrykk for starten på en prematur riaktivitet eller er det "voksesmerter" fra peritoneum og livmorsligamenter? Det sparker i magen og fosterlyden er god. Jeg gjør en samlet vurdering: "Dette ser fredelig ut, det kan ha vært en liten blødning fra en rift eller lignende, men så lenge det ikke er friskt blod er det ikke farlig. Dra hjem og hvil deg noen dager". Hun går. Ikke helt beroliget av min forklaring. Hun fornemmer vel noe av min usikkerhet. Det må være et mål i kvalitetssikring å kvantifisere denne kognitive (og ubehagsskapende) avstand mellom liv og lære i kliniske situasjoner. Til det kreves mer eksplisitte formuleringer av både livet og læren.



Tautologier

Utfra min grunntanke om manglende samsvar som kilde til faglig ubehag kan Gregory Bateson på nytt kaste lys over refleksjonen. Han skriver i sin bok "Mind and nature": "Creatura, det vil si tankeprosessen, vil tendere til å slå seg til ro med tautologi, det vil si med intern konsistens mellom ideer og prosesser. Men av og til brytes konsistensen, tautologien rives opp som overflaten på et tjern når en stein kastes. Så begynner tautologien langsomt men straks og uopphørlig å tilhele. Og tilhelingen kan være hensynsløs. Hele arter kan utslettes i prosessen". (4)

Tautologi definerer han slik: En samling sammenhengende forslag der gyldigheten av sammenhengen mellom dem ikke kan betviles. Sannheten av forslagene selv påberopes ikke. Eksempel: Euklids geometri. Samlingen stammer fra et knippe aksiomer og definisjoner og ingen ny informasjon tillates tilført dette knippet etterat aksiomene er fastsatt. "Beviset" for et teorem er demonstrasjonen av at teoremet lå latent i aksiomene og definisjonene. For meg blir dette Batesons påminnelse om at tautologien er en streng herre, og at inkonsistenser i ytterste instans er utålelig. Leter vi etter kilder til faglig ubehag i egen praksis, så la oss derfor lete etter inkonsistenser, manglende samsvar på alle plan. Og la oss samtidig erkjenne at det ikke er den absolutte sannhet vi jakter på, men samsvar og sammenheng. Dette siste kan lett bli glemt. Ikke i alle diskusjoner omkring for eksempel diagnostiske testers treffsikkerhet gjøres det eksplisitt hvilken "diagnostisk gullstandard" for vedkommende sykdom som legges til grunn for konklusjonene. Er det autopsi? Forløp vurdert av pasient eller lege? Røntgenfunn? Mikrobiologisk oppvekst? En samlet vurdering? Eller epikrisen fra lokalsykehuset? En gullstandard er noe man først må velge å akseptere, som et Euklidisk postulat.

Beskrivelser og forklaringer

En sentral, men ofte stemoderlig behandlet oppgave for oss praktiserende helbredere, er å gi pasienten en forklaring. Pasienten venter det, selv om ikke alle er så direkte som den eldre damen som startet konsultasjonen med å se meg inn i øynene og si: "Jeg vil ha en god forklaring og en god

fortrøstning". Bateson skriver at *å gi en forklaring vil si å knytte elementene i en beskrivelse til en tautologi*. Forklaringen blir akseptabel i samme grad som man er villig til og istand til å akseptere sammenhengene i tautologien. (4)

La oss ta pasienten som klager over brystmerter (beskrivelse). Legens oppgave er å knytte denne beskrevne plage til sin oppfatning av human biologi (tautologi), men også til pasientens personlige tautologi eller "slåsegtilromed-terkel" som Per Fugelli har kalt det. Legen lager en kort liste med hypoteser, for eksempel at det skyldes coronar ischemi (forklaring 1), eller intercostalmyalgi (forklaring 2) eller noe i spiserør eller magesekk (forklaring 3) eller noe rart i mediastinum (forklaring 4). La oss forestille oss en allmennpraktiker som føler et faglig ubehag etter en slik konsultasjon fordi han ikke har kunnet gi pasienten eller seg selv en god forklaring på brystmertene. Han prøver å finne en forklaring på sitt eget ubehag, og ved en systematisk gjennomtenkning kan han komme frem til forskjellige muligheter: Mangel på kunnskap (om ukarakteristiske brystmerter i allmennpraksis), usikkerhet i praktiske ferdigheter (EKG-tolkning), manglende grundighet (føles anamnesen mangelfull?), kommunikasjonsproblemer (var det dette pasienten kom for?), mangel på tid, praksisens organisering (journalen borte, konsultasjonen avbrutt av telefoner?), forhold i helsevesenet ellers (lang ventetid hos indremedisiner).

Denne ettertanken kan bli begynnelsen til læring og forandring nøyaktig tilpasset denne legens egen situasjon.

Systematisk refleksjon over en dags konsultasjoner. Eller: En munnfull av usikkerhetens hav.

En dansk professor fortalte meg om den gamle distriktslegen han gikk til som barn i Danmark. Denne legen pleide å sette seg ned etter at siste pasient var gått, tenne pipen, bla langsomt gjennom dagens journaler og *tenke over* pasientene. Jeg ble så inspirert at jeg forsøkte det samme en dag. Fangsten ble stor (prøv selv), men plassen tillater bare noen få eksempler: Gutt, 4 år, har hatt plastrør i ørene i 1/2 år, siste måned to antibiotikakurer for

otitt, kommer nå på slutten av annen penicillinkur med fortsatt sekresjon fra venstre øre. Funnt: Høyre øre er tørt, et plastrør er på vei ut. Venstre øre: Trommehinnen skjules av en sjø av puss, jeg ser ikke noe rør. Jeg lurte på: Burde jeg ha skyllet øret der og da? I tilfelle med hva? Burde jeg ha foreslått skifte til et annet antibiotikum? Jeg gjorde ingen av delene, men skrev henvisning til ØNH-poliklinikken, var det unødvendig?

Kvinne, 60 år, har hostet i en måned, med smerter bak brystbeinet når hun hoster. Har ikke feber og får ikke opp noe ved hoste. Hun tenker selv på "bronkitt". Jeg lytter på henne 3-4 steder foran og bak, hører hverken knatring eller piping. Perkutterer ikke (det har jeg sluttet med). Hun hoster mye under undersøkelsen og det virker som hun får opp noe som hun svelger. Jeg "syns" at "sånne" pasienter ofte blir bra av Vibramycin og skriver ut det. Da blir diagnosen på resepten "bronkitt". Har hun det? Hva er "bronkitt"? Jeg kommer på noe jeg har hørt av en forskerkollega: Vi underdiagnostiserer obstruktive lungesykdommer. Har hun kanskje litt forlenget ekspirium? Hva slags utstyr måtte jeg hatt på kontoret for å fastslå mere sikkert om hun har obstruksjon? Mini-PEF til 162 kr? Klokkemodell-PEF til 6000 kr eller Spirometer (som kan måle VC, FVC, FEV1, FEV1/VC%) til 17000 kr?? Plutselig kommer jeg på at jeg glemte den mer "opplagte" tanken: Langvarig hoste hos en røyker, OBS lungekreft. Må jeg innkalle henne til kontroll om 3 uker eller kan jeg stole på at hun kommer hvis hun ikke er blitt bra? Kvinne, 39 år, med rødt, smertefullt øye. Fått Sofradex øyedråper dagen før av annen lege, som også har målt normalt trykk ved tonometri. Funnt: Injeksjonen sterkest rundt cornealranden, pupillen reagerer tregere enn den andre, og virker litt flatklemt istendenfor trill rund. Med fluoresceinfarging ingen flekk på cornea. Med oftalmoskopspalten i halvmørkt rom: Ingen lysvei. Spørsmål: Er oftalmoskopspalten egnet til denne undersøkelsen? Hvor stor er risikoen for falskt negativt funnt? Vurdering: Jeg tror dette er akutt iridocyclitt, men det er mange år siden jeg sist diagnostiserte dette og startet behandling. Hvordan gjenkjenne det vi sjelden eller aldri ser? Etter tlf. råd fra øyenlege startet jeg

med Atropin-dråper og henviste henne dit dagen etter. Men hele ettermiddagen naget tvilen meg: Tenk om dette likevel var et akutt glaukom, kan jeg da med mitt Atropin forverre saken og forårsake blindhet hos henne? (Diagnosen iridocyclitt ble bekreftet hos øyelegen, men tvilen var lærerik). Et hjemmebesøk hos en nittiåring med spisevegring ble en påminnelse om mer vidtgående moralske spørsmål:

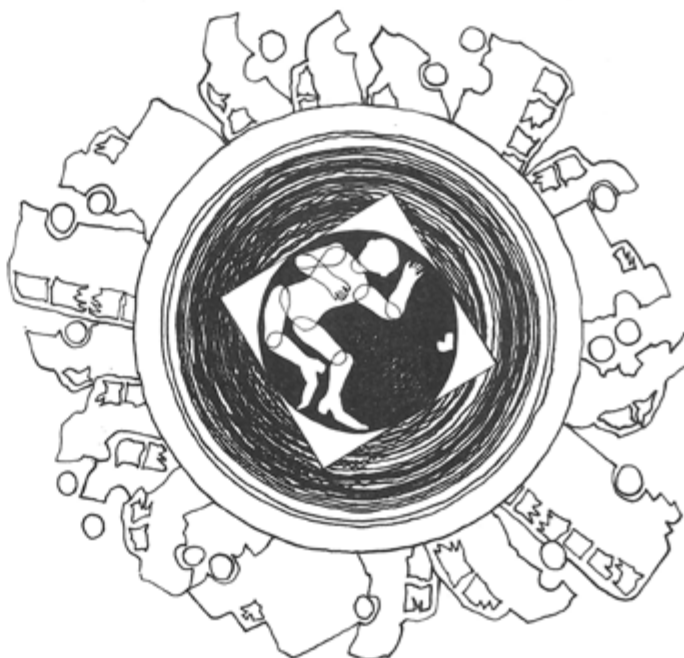
Kulturelle inkonsistenser omkring død, pleie og omsorg.

Mens økonomiske begrensninger har bidratt til at forestillingen om døden som en naturlig prosess, som helst bør skje i hjemmet har fått sin renessanse blant helsepersonell, møter vi mange pårørende med sterke forestillinger om døden som en oppgave for helsevesenet, et intensivmedisinsk anliggende. Jeg har flere ganger vært vitne til et komplisert transportapparat av pårørende til og fra sykehuset, der det har virket som om de ikke har spart på noen anstrengelse for å være tilstede i selv dødsøyeblikket til den gamle, men der det likevel blir et Kafka'sk preg over hele seremonien fordi den døende og de pårørende blir statister blant de fremmede i hvitt. Og likevel kvier jeg meg som lege for å foreslå en hjemmedød. Jeg fornemmer inkonsistensen mellom dette ønsket og de pårørendes forventninger. Og det kunne jo hende at litt oppvæsking og penicillin mot pneumoni kunne gi den gamle noen måneder til? Er jeg som allmennpraktiker god nok i geriatri til å si at medisinen nå ikke har mer å tilby? Kanskje like viktig er inkonsistensen omkring omsorgsarbeid. Er omsorg og pleie et offentlig eller privat anliggende? Igjen under påvirkning av ressursmangel har mange av oss helsepersonell begynt å gli i retning av at det er familiene som skal ta seg av sine. Mot dette taler erfaringene for at det er kvinner som må gjøre omsorgsarbeidet, og likestilling mellom kjønnene (som vi er for) forutsetter at omsorgsarbeid gjøres til et offentlig anliggende, et lønnet arbeid. Skal jeg be datteren eller svigerdatteren ta permisjon fra jobben for å pleie den gamle? Vil kommunen i så fall innvilge henne lønn som

hjemmehjelp, eller skal jeg redusere inntektstapet ved å skrive ut en falsk sykemelding for eksempel med diagnosen psykisk insufficiens?

Ubehaget ved å si nei

Til det å være kontrollinstans knytter det seg et særlig ubehag. Hvem har ikke diskutert med pasienten som går på beroligende piller isteden for å gjøre noe med situasjonen sin, men han "misbruker dem ikke, han tar dem bare når han trenger dem." For å skille mellom "bruk" og "misbruk" av beroligende kunne vi virkelig trenge en allmennt akseptert gullstandard. I mangel av en slik føler jeg som regel at det blir galt hva jeg enn gjør. Det samme gjelder ofte i rollen som arbeidsmoralens vokter: For å si nei til en sykemelding kreves god kjennskap til såvel trygdens regler



(lovens bokstav) og deres fortolkning (lovens ånd for tiden) som ferdighet i funksjonsvurdering ved diffuse plager. Er denne pasienten syk eller bare passiv? Kan mistrivsel og konflikt på jobben berettige til sykemelding, og hva blir i så fall diagnosen? Hvorfor kan ikke dette mennesket ta seg sammen?

Mine avgjørelser vil preges av personlige moraloppfatninger i vel så stor grad som faglige vurderinger.

Balint og "legens apostoliske funksjon"

Etter mange års diskusjoner med grupper av engelske allmennpraktikere skrev psykiateren Michael Balint at "enhver lege har en vag, men nesten

upåvirkelig fast ide om hvordan en pasient bør oppføre seg som syk. Denne ideen er ikke eksplisitt og konkret, men svært mektig og påvirker alle detaljer av legens arbeid. Det er nesten som om hver lege har fått seg åpenbart kunnskap om hva som er riktig og hva som er galt for pasientene, og har det som en hellig plikt å omvende til sin tro de ignorante og vantro blant sine pasienter." (5) Balint kaller dette legens apostoliske funksjon, og sier at det tilsvarer det som ofte betegnes som legens common sense eller personlighet. Denne apostoliske funksjon avgjør hvordan legen skal forholde seg til en rekke spørsmål, og han nevner blant annet: Hva som skal regnes som sykdom og hva som skal regnes som eksistensielle problemer, hvor mye lidelse og angst

det er rimelig at en pasient holder ut å leve med, hvor syk pasienten skal være for å bli sykemeldt, hvilken innstilling legen har til å ta opp personlige og psykologiske anliggender med pasienten og til å ta opp spørsmål omkring seksualitet. Ett av hans hovedpoenger er at svært mye av det vi gjør som leger ikke er rasjonelt eller faglig eller vitenskapelig begrunnet, men bunner i våre personlige "apostoliske" overbevisninger.

Rasjonell klinikk og beslutningsanalyser.

Mens Balints metoder må kalles kvalitative kan en med kvantitative metoder nærme

seg dette fra en annen kant. Ved undersøkelser som tar i bruk statistiske og epidemiologiske prinsipper kan klinisk uenighet mellom leger tallfestes og usikkerheter knyttet til diagnostiske og behandlingsmessige beslutninger beregnes. I boka "Clinical epidemiology", som er et studium verd, skriver forfatterne Sackett:

"Vi har med usikkerhet å gjøre hele tiden. Vi kan ikke være sikre på pasientens sykehistorie, på vår kliniske undersøkelse, laboratoriesvarene, diagnosen, prognosen og om behandlingen vil virke. Hvordan skal vi håndtere denne usikkerheten? Skal vi ganske enkelt benekte den, og oppføre oss som om usikkerhet ikke eksisterer? Bortsett fra at den er irrasjonell forutsetter denne løsningen en mektig auto-



ritær struktur for å sørge for at usikkerhet som oppstår tilskrives manglende erfaring eller latskap..... Vi kan ikke lenger ignorere denne usikkerheten eller slå den bort ved å si det dreier seg om legekunst. Det er tid for å mestre vitenskapen om legekunsten og konfrontere denne usikkerheten. Sikkerheten er en illusjon og usikkerheten kan innen visse grenser kvantifiseres til pasientens beste". (6)

Beslutningsanalyser, som vi kanskje i fremtiden vil bruke mer, også i håndteringen av den enkelte pasient, beskrives oversiktlig i den samme boken. Slike analyser baseres for det første på de statistiske sannsynligheter for ulike utfall for pasienten ved de ulike beslutninger legen kan gjøre (ex: skal jeg utrede videre eller ikke?) Men for det andre er beslutningsanalyser basert på verdivalg; hvilken verdi eller nytte vil de ulike utfall ha for pasienten? Å tallfeste pasientens nytte på en skala fra 0 til 1 kan i første omgang virke umulig, men ved nærmere ettertanke må vi vel innrømme som det hevdes av forfatterne, at det er nettopp slike verdivalg vi hele tiden foretar, på pasientens vegne, og at det gjør godt å

få dem fram i lyset. Det kan øke samsvaret mellom leger, og det kan (hvis vi vil) gi pasienten større innflytelse. Lar vi pasienten selv uttrykke nytteverdien ved de ulike utfall får vi en beslutningsanalysemodell som tar vare på spenningen mellom de medisinske kunnskapers verden og pasientens subjektive verden. Men da er det i alle fall min overbevisning at også det faglige ubehaget vil følge med som en kronisk passasjer.

Konklusjon:

Det nærmeste man kan komme fravær av faglig ubehag er de sjeldne situasjonene der det hersker full overensstemmelse, avstanden er borte, terrenget og kartet passer som hånd i hanske; pasienten har en vakker herpes zoster diagnostisert on the spot, eller en klassisk appendicitthistorie som ved operasjon bekreftes. Spørsmålet er altså ikke hvordan vi opphever det faglige ubehaget, men om vi skal fortrenge det eller bruke det til å lære av. Å bevisstgjøre, identifisere og bearbeide faglig ubehag er en aktivitet jeg fortrinnsvis tror kan blomstre i grupper, ved at deltagere stiller gruppen de spørsmål de

stiller seg selv. Et annet av de store fortrinn ved gruppevirksomhet er at forskjeller og inkonsistenser mellom kollegers kliniske beslutninger blir belyst. Tvilens omfang kan dermed beskrives og kanskje snevres inn. Det siste året har jeg arbeidet med et forslag til et etterutdanningsopplegg der bearbeidelse av faglig ubehag inngår som ett av flere viktige elementer. For meg blir det spennende å se hvordan dette mottas og kan utvikles videre blant kolleger.

Litteraturliste:

- 1) Bateson, G. Social planning and the concept of deuterolearning. I: Bateson, G. Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology. New York: Ballantine, 1972.
- 2) Freud, S. Ubehaget i kulturen. Oslo: J.W.Cappelen, 1966.
- 3) Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1980.
- 4) Bateson, G. Mind and nature. Great Britain: Fontana, 1980.
- 5) Balint, M. The doctor, his patient and the illness. 2ed edition Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
- 6) Sackett, DL. Haynes, RB. Tugwell, P. Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1985.

□

Kurs ved universitetet i Oslo

Farmakoterapi i allmennpraksis

19-21 februar 1990

Kurset er først og fremst beregnet på allmennpraktiserende leger, men er også åpent for andre med interesse for farmakoterapi. Kurset er godkjent av Den Norske Lægeforening med 25 timer i relasjon til spesialistreglene i allmennmedisin og til legers rett til å bruke Allmennpraktiker Dnlf.

Formålet med kurset er å

- gi økt innsikt i generelle prinsipper for medikamentell terapi
- gi større innsikt i vurderingen av legemidlers effekt hos den enkelte pasient
- gi økt innsikt i egen forskrivningspraksis, inkludert legemiddeløkonomi
- gjøre allmennpraktikeren bedre rustet til å vurdere legemiddelinformasjon/legemiddelforskning
- gi økt kunnskap om en del dagsaktuelle terapeutiske problemer
- gi større innsikt i myndighetenes kontrollpolitikk

Program, se annonse i TDNLF, nr 32 1989

Kurssted: Soria Moria

Kursavgift: kr 900,-

Deltakerantall: Maksimum 60

Kurskomité: Lege Trine Bjørner Dybwad, Bogstadveien legegruppe (kursleder), førsteamanuensis Marit Andrew, Institutt for farmakoterapi, kommunelege Halvard Eskeland, Dombås, avdelingsleder Hans Asbjørn Holm, Pedagogisk avd., DNLF, professor Per Knut M. Lunde, Institutt for farmakoterapi, førsteamanuensis Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin.

Påmelding: Skriftlig eller telefonisk innen 15. desember 1989 til Marit Andrew, Institutt for farmakoterapi, postboks 1065 Blindern, 0310 Oslo 3, tlf. 02 456050 eller 456056.



Kommunehelsetjenestens fem første år.

Tor Inge Romøren:
Kommunehelsetjenestens fem første år. Rapport nr. 12 1989 i Sosialdepartementets utredningsserie. 84 sider.

Kristian Hagestad foreslo i et sirkulærskriv til OLL's medlemmer i juli i år "Kommunehelsetjenestens fem første år" som deres sommerlektüre. Lesestoffet foreligger i form av et hefte på 84 sider i A-4 størrelse, med stor trykk og oversiktlige kapitler og avsnitt. I sin ytre form konkurrerte den derfor lett med ukebladenes sommernumre.

Hftet er forfattet av kollega Tor Inge Romøren, etter oppdrag av Sosialdepartementet. Innholdet ligger meget langt fra ukebladene. Romøren beskriver iverksettingen av Lov om helsetjenesten i kommunene gjennom det han med rette kaller nettopp iverksettingsfasen 1984-88. Med utgangspunkt i lovens bakgrunn og mål redegjøres i 5 kapitler for hvordan loven har virket i forhold til kommunehelsetjenestens brukere, dens personell, kommunene og deres Sentralforbund, og for de statlige administrasjonsledd. Sluttkapitlet inneholder hans tilrådinger. Og de er mange.

Fremstillingen er faktisk og veldokumentert. Referanselisten er omfattende og i seg selv verdifull for interesserte observatører til og medspillere i kommunehelsetjenesten. Språket er entydig og rett på sak. Refleksjonene

omkring de faktiske forhold omkring det vi nu vet - er lette å følge. Mangfoldet i og av kreftene som utfolder seg i arbeidet med å gjennomføre bestemmelsene i loven, kommer tydelig frem. Det avsluttende kapittel med tilrådinger er friskt i formen. Det bærer bud om at forfatteren har lagt bånd på sine personlige reaksjoner under fremstillingen av utviklingen til i dag, for så å kunne slippe seg løs fra denne plattform.

Såvidt jeg som en utenforstående, men stadig interessert observatør kan bedømme, er Romørens fremstilling av de faktiske forhold fullt dekkende i alle hovedtrekk. Han har lyktes i å foreta det han kaller en "evaluering fra et pluralistisk perspektiv". Skulle jeg driste meg til å illustrere hva han mener med det i andre ord enn hans egne, ville jeg sammenligne hans arbeid med beskrivelsen av de kompliserte forhold som bestemmer introduksjonen, spredningen og den senere vandring av en smittsom sykdom som eksempelvis poliomyelitt eller HIV-AIDS i en befolkning gjennom vekslende tider. Det ligger i dette også at arbeidet må leses i sin helhet og bedømmes i sin helhet. Fremstillingen er så komprimert at det ikke er mulig å gi et rettferdig resyme av det. Her er det ikke mulig å etterkomme Olav Scheels kjente ønske etter å ha lyttet til en kandidats resyme av en sykehistorie: "Gi meg et resyme av resymeet".

Men tilrådingene lar seg naturligvis diskutere. Og Romøren innbyr i høy grad til det selv. Han peker på valgmuligheter, men ber om at det blir truffet valg, selv om han et par ganger gir uttrykk for at man heller bør leve med problemet. Dette siste ønsket får han sikkert oppfylt.

Alt Romøren har festet på papiert, har det vært en glede å lese. Men glede er ikke den eneste reaksjon. For en eldre leser er det en tilfredsstillende å konstatere at den nye lovs røtter strekker seg ned gjennom hele siste etterkrigstid. Loven er et ledd i en kontinuerlig prosess, og har vesentlige elementer av ren kodifisering. Skuffende er det å få konstatert at all den intellektuelle og emosjonelle energi som er nedlagt i gjennomføringen av loven, ikke har medført merkbare endringer for brukerne av kommunehelsetjenestene.

I den forbindelse kan man bare glede seg over at brukerne ikke synes de er blitt dårligere stillet. Blek ettertanke utløses av påvisningen av at de forhold som i 1845 medførte at det ble påkrevet å skape en enhetlig statlig helseadministrasjon, nu er gjenoppstått fordi man omkring 1980 gjeninnførte ordningen fra før 1940. Tradisjonsbevisstheten stimuleres av å lese om at spenningen mellom stat, fylke og kommune er like sterk idag som den var mellom stat, amt og bygder i de første 20-årene etter at formannsapsloven ble vedtatt i

1837. Nyttig er det å få påvist - igjen - at en medisinsk spesialitet, in casu samfunnsmedisin, må ha en aktiv vitenskapelig plattform for å kunne bestå. Like viktig er det, nesten til kjedsommelighet, å få demonstrert at om utøverne av de praktiske resultater av en høyst dynamisk, ekspansiv og menneskenær vitenskap som medisin føler seg kvistet i sitt arbeid av administrative forhold, så søker utøverne seg til andre arbeidsplasser.

Og med utålmodig spenning vil man vente på at den kombinasjon av medisinsk og sosiologisk viten som Tor Inge Romøren er en slik spenstig representant for, må føre til at brukerne av helsetjenestene og ikke bare dens utøvere, administratorer og forvaltere får økende glede av lovverket om disse tjenester.

Fredrik Melbye. □

CReturadresse:
UTPOSTEN
5890 LærdalOlav Rutle
Sjøbergvn. 32

1341

2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 7-8 1989

Med Hr. Petter på Finnmarka Berit Olsen	side 290
Leder Kristian Hagestad	side 291
Faget samfunnsmedisin,- historiske røtter, dagens situasjon, tanker om fremtiden Dag Brekke	side 292
Tanker om samfunnsmedisinerens rolle i kommunene Styret i offentlige legers landsforening	side 296
Spesialistutdanning i samfunnsmedisin i Trondheim Tor Åm	side 298
Samfunnsmedisineren som tilsynsmyndighet - en oppgave for kommunelege I Hans Petter Schjøsby	side 300
Samfunnsmedisinske utfordringer i en storby Gunnar Kvalvåg	side 302
Samfunnsmedisin og bedriftshelsetjeneste- to navn for samme fag ? Olav Røynealand	side 304
Militærstøvlen - som førte til revolusjon i min behandling av overflatiske infeksjoner Lodvar Bleken	side 308
Rapport fra Botswana Tarald Hetland	side 310
Øredøvende diskorytmer Y.Nakling, K.Lindemark	side 311
Sentrale helseregistre - er de nyttige på kommunenivå ? Arnt Ole Ree	side 316
Nedleggelse av en bedrift - konsekvenser for allmennpraktikeren Nils Grude	side 320
Desentralisering = lokaldemokrati eller pervers styring ? Nils Petter Pedersen	side 322
Om AIDS-arbeidet i Stord Odd Winge	side 324
Stord-prosjektet Odd Winge	side 326
Essayprisvinneren:Ubehag i faget - en nøkkel til livslang læring ? Sverre Lundevall	side 330