

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

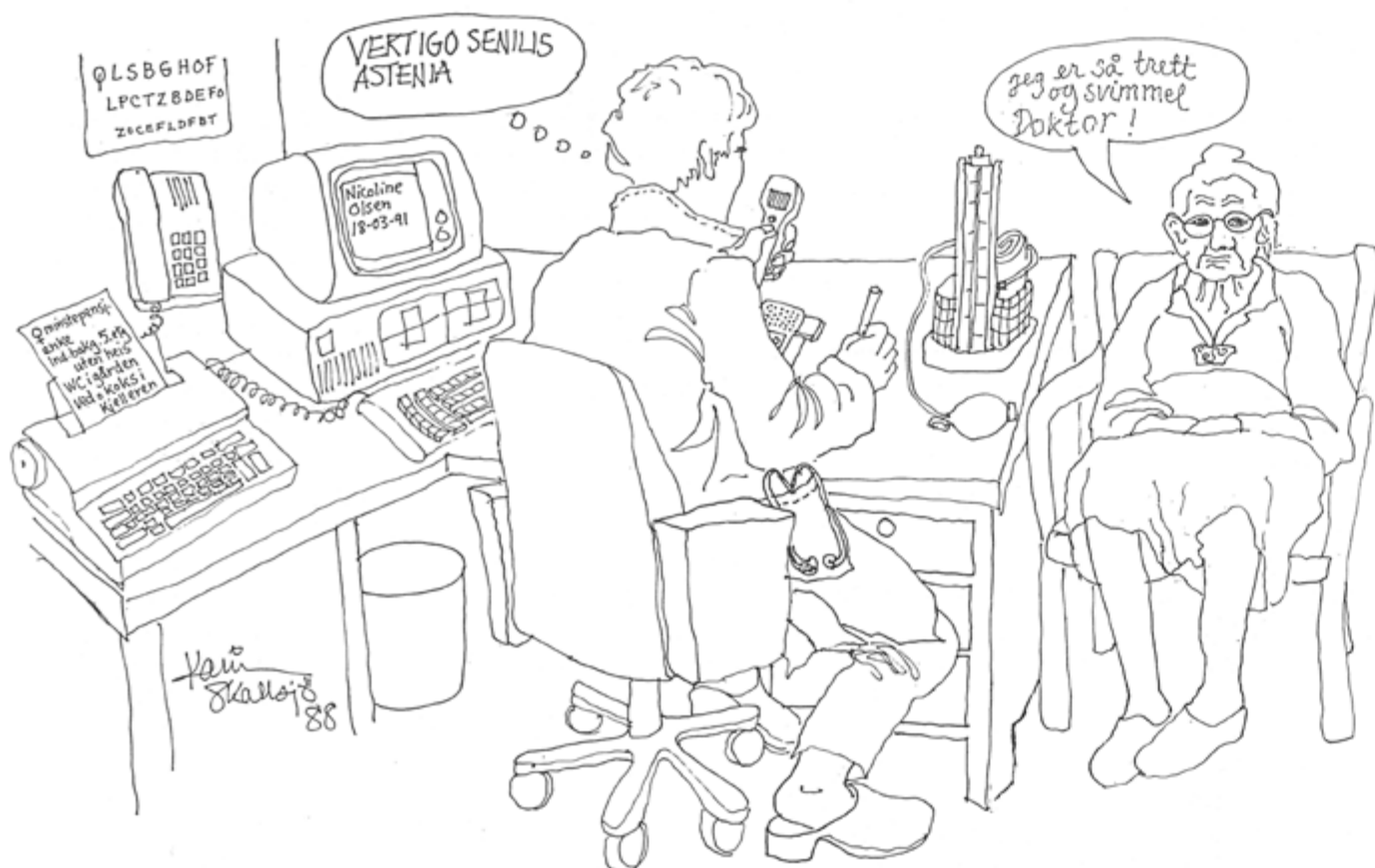
1991

ÅRGANG 20



SNØFRID EIDE 90

På kontoret



Redaksjonen er avsluttet 6.12.90 Framsideillustrasjon: Snøfrid Eiene

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
Nyrøsbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 04 508900
P: 04 861236

K: 062 90100
P: 062 91010

K: 05 512410
P: 05 513685

K: 05 298119
P: 05 233955

K: 085 51761
P: 085 51443

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22
Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

leder



Something old, Something new, Something borrowed, Something blue.

Det er en regel jeg i mange år har hatt med meg. Den har jeg mumlet for meg selv i mange sammenhenger, også i yrkeslivet. Stor var min overraskelse da jeg forleden hørte hvor regla kom fra. Det var en beskrivelse av hvordan engelske jenter skulle kle seg til bryllupsfesten. Men jeg har det fortsatt i bakhodet når jeg går opp trappene til kontoret mitt. Den gir meg en god rytme i trappegangen.

Det er en ganske vanlig mandagsmorgen. Snart hvirvles man inn i dagens gjøremål. Det er telefoner, konsultasjoner, samarbeid med sine arbeidskamerater, telefoner til lokalsykehuset osv. Det er akutte medisinske problemstillinger og praktiske oppgaver som formidles med samme intensitet.

Det er lange historiske tradisjoner for hva som skal skje på et legekontor. Folk har et problem, bestiller seg time, får en avtale og

kommer til konsultasjon. De får en diagnose og behandling. Det er ritualer på venterommet, i skranken og innenfor kontorets fire vegger. I denne historiske tradisjon bestemmer folk at nå vil de gå til lege med et opplevd helseproblem. De tar selv initiativet til å oppsøke oss.

Nye arbeidsmetoder er kommet inn i det allmennmedisinske hus. Vi er påvirket av næringslivets tanker om service-folk skal få være med på å utforme sitt helsetilbud. Handlingsprogrammer som trekker opp linjene for hvordan kontoret skal håndtere kliniske problemstillinger. Mange kontor har nå erfaring med tilbud til grupper av pasienter. Diabetesomsorgen har tatt i bruk dette. Det er utvikling av tverrfaglig samarbeid i kommunene og samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Allmennmedisin låner og kobler fagstoff fra andre fagdisipliner som

samfunnsvitenskap, filosofi og språkvitenskap. Sosialpsykologen David Pendleton braste med sitt videokamera rett inn på våre kontorer for noen år siden.

Allmennmedisin har et skjær av blått over seg, blått som symbol på håp og visjon. Men også med en liten urealistisk overtone. "Det er nå i det blå med den planen". Men vi håper altså å være med på å utvikle en god helsetjeneste på kontoret - og utenfor. Vi håper at folk skal ha en god helse og allerhelst det gode liv.

På kontoret er utfordringen å takle og leve med dette daglige mangfoldet. Karin Breckan fra Bodø skriver om betydningen av å ha et godt arbeidsmiljø som basis for kreativitet og oppfinnsomhet. Hvordan henter vi oss arbeidsglede? Ivar Halvorsen bruker sine erfaringer fra kommunelegekontoret på Rennesøy som utgangspunkt for å diskutere samar-

beid på kontoret. Men så kommer tvilen snikende - rett inn på legekontoret. Er vi på riktig arena? Er vi de rette aktørene? Kontoret er litt grått og forhistorisk med sine tradisjoner. Er det egentlig helt andre steder det skjer? "Legene forfaller til kurativt arbeid" som en fra Helsedirektoratet sa det på et møte om forebyggende medisin her om dagen. Dette er allmennpraktikerens dilemma - mellom å være tilgjengelig hjemme på kontoret og å være ute. Det vil være en vedvarende diskusjon i våre faglige miljøer.

Må kontoret stases opp? - slik at det framstår i ny drakt. Med vegger som er okergule og fine, matchet med asurblå dører og dypblått gulv. Something new and something blue.

Stavanger 6.12.90

Gunn Aadland

Gunn Aadland
ansvarlig redaktør for dette nummer

Venterommet



Pål Gulbrandsen er cand.med. fra Bergen. Bedriftslege i buss 1981-82. Distriktslegel/kommunelege i Aurland 1983-86. Helsesjef i Kongsberg 1986-88. Driver gruppepraksis med 2 andre i drabantby i Drammen. Har for tiden permisjon og arbeider på Modum Bads nervesanatorium. Han er tidligere kjent skribent for Utpostens lesere. Han har 2 ganger vært prisvinner i Utpostens essaypris. Siste gang nå i 1991.

Av Pål Gulbrandsen

Denne søndagen føler jeg det som jeg står ved den himmelske freds plass - før dramaet utspiller seg. Her er absolutt stillhet. Da ser jeg bort fra et lite pust som henger vektløst midt i rommet, noen gjenstridige trykkbølger som ikke vil la seg utviske: "Det er ikke noe viktig...."

Det smerter meg å gjenkalle denne sentens, men den ble uomtvistelig uttalt. Var det ikke for min store lytteflate, ville jeg knapt ha oppfattet ordene, fra en ung, blek mann i en av de dype stolene. Man blir var av å være lettvegg i et venterom.

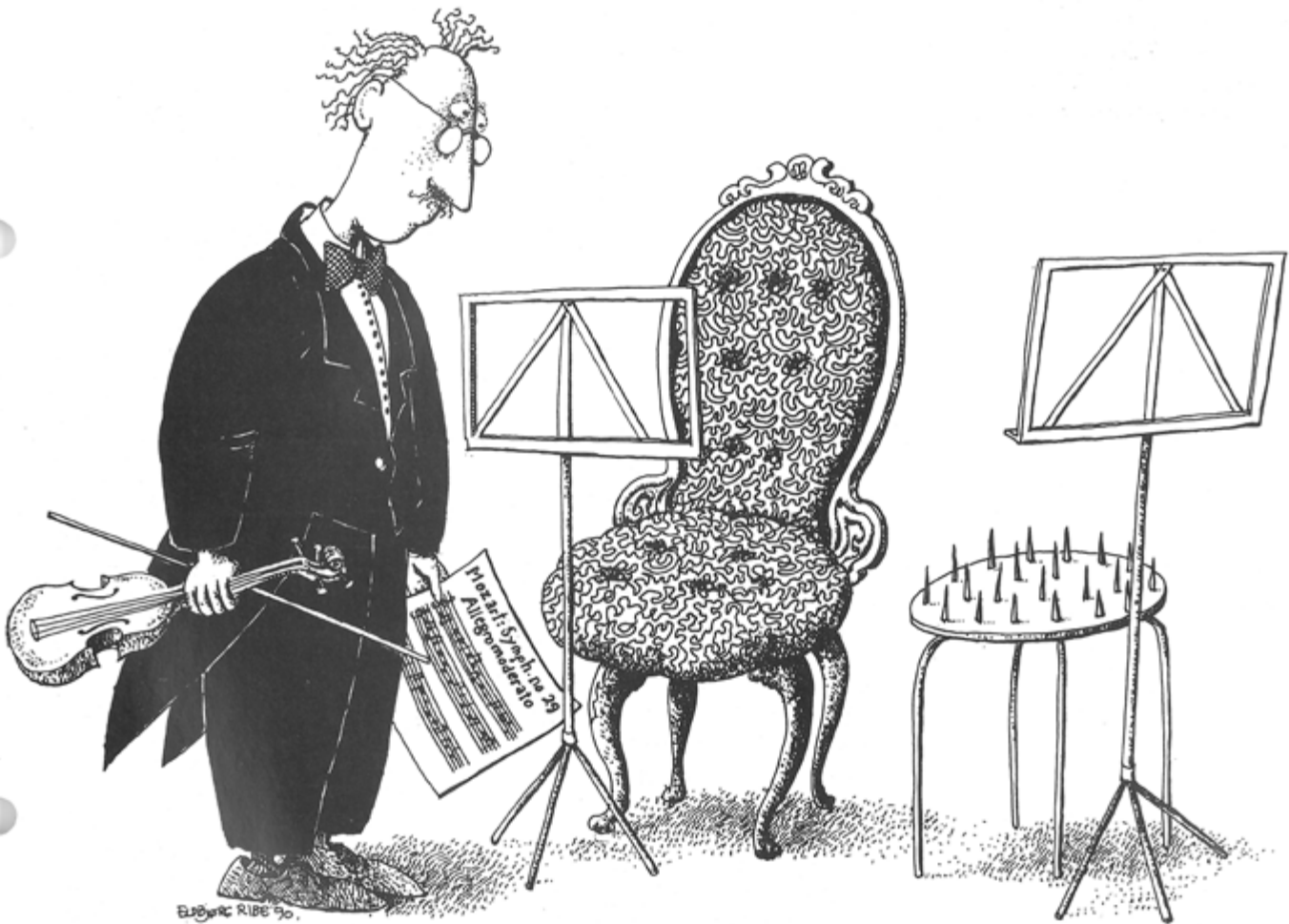
Det hender vi vegger føler oss som tilskuere ved en symfoni-konsert. Morgentimens velkjente mezzopiano av småmuntre, lett gjenkjennelige toner, våre faste gjengangere av sukkersyke og gravide som ikke enser oss publikummere. Formiddagens truende crescendo ettersom skrikende småbarn og spredte sykmeldings-søkende trompeter fyller salen, fler og fler. I ett-totiden kveles vi av en Mahlersk endeløs adagio. Trengselen og varmen er ulidelig, men tålmodigheten stor, siden de fleste for lengst har gitt opp håpet om å komme inn den nærmeste timen. Og så spilles finalen i tempo prestissimo vivace så orkesteret ikke kan unngå en del feil - men pytt, pytt, klokka fire er det slutt og en matt stillhet inntre.

Vi er tilskuere. Er vi viktige? Det er blitt meg fortalt at et orkester er avhengig av et lydhørt publikum for å spille godt. Må publikum være velkledd? Det står ikke til å nekte at jeg følte meg noe falmet. Derfor var det med en viss forventning jeg hørte dr. K nevne oppussing for de andre her forleden. Vi var grå, behengt med uma-ke plakater. Gulvet var brungult, stolene var solide, men triste. Garderoben var

funksjonell og lite dekorativ. Vinduene var møkkete, her var ingen planter. Jeg kjente skuffelsen da dr. F sa seg fornøyd med oss, og det hele truet med å forbli en drøm. Dr. T forløste det hele ved å foreslå å spørre pasientene.

Mangt har grepet meg i min tid som lettvegg her. Det kronisk syke barnet som lente seg til meg hver gang, min følgesvenn. De to gemytlige pensjonistene som alltid sørget for å ha time samtidig, for å føre en beleven durpassiar. Den søvnige, lange bassisten borte i hjørnet og den mørke, bleke, mollstemte og forslåtte kvinnen, --- hjelp, hva jeg har sett og hørt! Men ikke engang urettferdige eller velobserverte beskrivelser av d'herrer legene har engasjert meg så meget som enkelte freidige kommentarer om rommets tristesse. Man lytter ekstra godt når man hører seg selv omtalt.

I noen uker sto det oppslag, og papir og pinner var lagt fram. Pasientorkesteret overrasket meg. Jeg trodde de ville spille en fargesymfoni, diskutere lyst og mørkt, kontraster, kunstige eller ekte planter. Men hva snakket de om? De samlet seg om å gjøre oss overflødige! Minimal ventetid, ønsket de!!!! - Kollektiv realitetsbrist, kaller jeg det. Heldigvis var det såpass innsikt i massen at de skjønte dette. Derpå begynte de å debattere hvilke ukeblader og bøker som burde være tilgjengelige, lekeutvalg til barn, vinudsvask. Flere tutet om å bli hentet av legen ute på venteværelset, at det ville være bra for trivsel - i stedet for høytaleroppopp! En driftig salgrepresentant foreslo TV-skjermer som på Fornebu, med kontinuerlig opplysning om rekkefølge og beregnet inngangstid, forsinkelser iberegnet. Latteren runget (det er forresten eneste gang) når en annen fulgte på med å annonsere kolonialen utenfor som tax-free. Rett skal være rett, noen snakket om oss, ønsket seg rosa eller oker eller asur og pene, ordentlige



bilder. Det var under en slik solofiolin at replikken fra den bleke mannen falt, lavt og likevel med virkning som et paukeslag av Stravinsky. "Det er ikke noe viktig....."

Nå bruker ikke pauker å forklare seg, men det ble så stille at man kunne høre et gassbind falle. Så stille at den bleke fort-satte: "Jeg føler meg så syk. Jeg er livredd. Jeg gruer meg som ei bikkje. For meg kunne dette like gjerne være en kullkjeller, og legekantoret fyrkjelen. Her trengs bare ett! - Kortere-tid....."

Det er vondt å føle seg uviktig. Mannens replikk såret meg den gangen, men den har modnet i meg. Nå står jeg her, okergul og fin, matchet med asurblå dører og dypblått gulv. Her er deilige planter og sågar et akvarium. Min nabovegg i barnekroken har lystige tigre på seg. Her hersker den himmelske fred. I morgen kommer reaksjonen, om ikke revolusjonen. Jeg tror på oss, jeg tror vi vil hjelpe legene nå, jeg tror vi øker placeboeffekten (det sier dr. K) - i alle fall for noen. Om ikke alle bryr seg om meg, vel, så må jeg leve med det. Jeg er da ingen hysteriker!

Dog ville det glede meg å bidra til den bleke mannens velbefinnende. Selv om han ikke erkjente det.

**Allmennpraktiserende lege
Pål Gulbrandsen
Drammen legesenter
Vårvn. 22
3024 Drammen**

□

Om kontorets indre liv

Kari Breckan er cand.med. Tromsø 1979. Arbeidet ved gyn. og ped.avd. Nordland sentralsykehus. Kommunelege i Bodø fra 1985. Deltidsstilling som tilsynslege for HVPU i Bodø. Spesialist i allmennmedisin. Spesielt interessert i sosialmedisinske problemstillinger i praksis.

Av Kari Breckan

Min observasjonspost befinner seg i enden av en korridor, innenfor legekondør nr. 5. I tilslutning til denne korridoren ligger behandlingsrom, laboratorium, skrivestue, pauserom, stort ventrom og selve hovedkvarteret ekspedisjonen. Her surrer det til stadighet av spørsmål, beskjeder og kommentarer mellom 11 ansatte som kommer og går i ujevn skytteltrafikk. Fra tid til annen får vi streng beskjed fra vår medarbeider som ekspederer 4 inngående telefonlinjer, om å dempe hissige, lattermilde eller indignerte røster.

Vi befinner oss innenfor dørene ved Rønvik legesenter i Bodø, en kommunal arbeidsplass for 5 leger, 2 sykepleiere og 4 lege-sekretærer. En av legene er definert som administrativ leder og en av sykepleierne har underordnet lederansvar. Denne staben har vært stabil over mange år, bortsett fra en del vikariater ved permisjoner. Det betyr at samtlige etter hvert kjenner hverandre ganske godt og at vi har funnet en form på vårt "samliv" som fungerer.

Som i ethvert annet samliv, varierer stemning og atmosfære i perioder. Vi er 11 individualister som også har et liv utenfor arbeidsplassen som selvfølgelig preger vår hverdag på jobb. Dette gir seg ulike utslag, som f. eks. når en av legesekretærene ikke klarer skriving en dag pga. nattevåk med sin minste og fare for å sovne ved stillesittende monotont arbeid, eller en kollega ikke makter pasient nr. tre, fordi hun til forveksling ligner på svigermor. Man føler selvsagt med sin kollega og finner en plausibel forklaring til pasienten på hvorfor hun må skifte lege akkurat i dag. Og legesekretæren får denne dagen byttet arbeidsplass med sin kollega på laboratoriet.

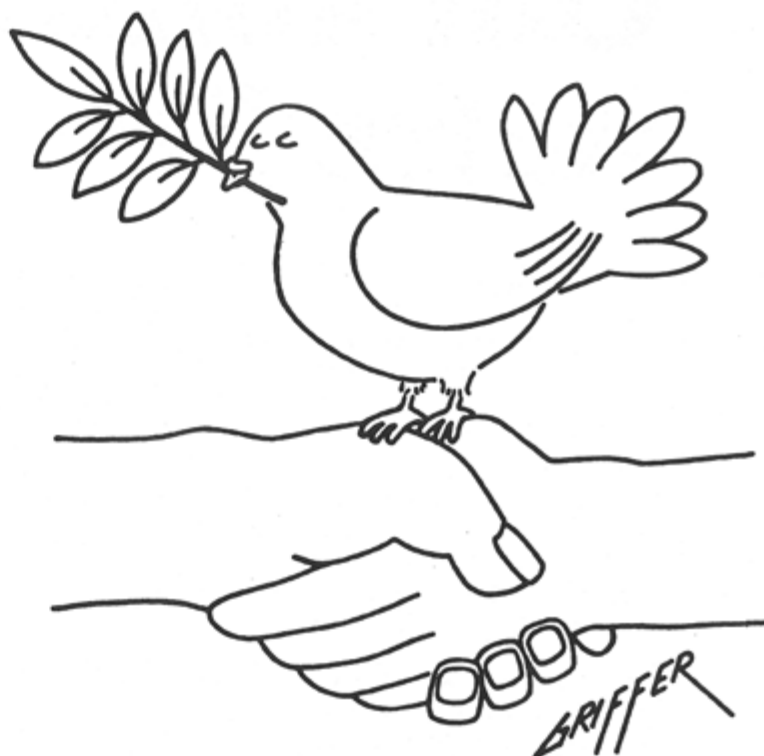
Rutinen - venn og fiende

På kurs har jeg lært at trygghet er en grunnleggende forutsetning for all læring. Trygghet er også en forutsetning for velvære og god sosial funksjon. Å føle trygghet i arbeidssituasjonen (dvs. i forhold til dine medarbeidere) er derfor helt grunnleggende for å fremme et godt arbeidsmiljø.

Det er også nødvendig med trygghet for å fremme kreativitet og oppfinnsomhet. Nettopp disse faktorene synes jeg er lite utnyttet i de fleste legepraksiser jeg kjenner til, også vår. Jeg opplever nemlig at rutinen både er vår gode venn, men også vår verste fiende i allmennpraksis. Rutinen kan lett bli hovedverktøyet i vår hverdag med å håndtere folks problemer, og da opplever jeg at rutine kan bli en slags sperre for nytenking og videreutvikling. Hverdagen blir lett preget av plankekjøring og får en sterk gråtone som kan overskygge andre spennende fargenyanser. Slike grå perioder er tunge. Det er viktig å ha et analytisk forhold til dem og sette i verk motiltak. Er det en underliggende konflikt med medarbeider som ligger bak? Er det følelse av faglig insuffisiens pga. den evige mangelen på tid til fordyping? Er det mørketiden eller "private greier"? Er konflikten løslig, har man forhåpentlig fjernet gråtonen. Ikke alle konflikter er det, og det gjelder da å håndtere den slik at den blir til å leve med. For egen del, opplever jeg det som en effektiv hjelp å engasjere meg mer i pasientene og være mer nysgjerrig på de menneskene jeg møter. Jeg opplever da at jeg får mer positivt igjen som fargelegger min hverdag og gjør den mer spennende.

Konflikter på arbeidsplassen

På en såpass liten arbeidsplass vil selvsagt interne konflikter bli lett synlige og merkbare for alle. Vi har ingen fast formel for konflikthåndtering, men noe har



vi lært i årenes løp: i de aller fleste tilfelle er det nyttig å få problemet på bordet og få de berørte personer til å sette ord på den. Dette bør skje tidlig i en konfliktutvikling, slik at det ikke oppstår arr etter misforståelser, mistolkninger.....osv. I noen tilfelle vil en konflikt gjelde hele staben, andre ganger bare noen få. Det er et stort poeng at får sagt sin mening. Det er lettere å akseptere en beslutning som går på tvers av ens egen mening, dersom en selv har fått lov til å uttrykke sin uenighet og blitt hørt på, enn om en ikke har fått sagt i fra. Lederen har en viktig rolle i konflikter. Dersom det ikke er mulig å komme til enighet, må lederen ta en autoritativ avgjørelse. Det kan medføre at all evt. aggresjon og uenighet rettes mot en person (og dette må selvsagt vedkommende stå for og tåle) i stedenfor at man skuler mot hverandre. For arbeidsmiljøet er det bedre å jobbe mot en konkret fiende enn mange uklare.

Min erfaring er at staben er lojale i konflikter, men at slike autoritative avgjørelser selvsagt kan vise seg å representere dårlige løsninger. En ny disku-

sjonsrunde blir nødvendig og forhåpentlig dukker nye forslag til løsning opp.

Forfriskninger i hverdagen

Etter snart seks år med mine medarbeidere, har jeg kommet frem til at den tradisjonelle kaken til lunsjen som en overraskelse i ny og ne, har sin betydning som positiv faktor for arbeidsmiljøet. Det blir lagt merke til som det det er ment som, nemlig en ekstra påskjønnelse til de menneskene du faktisk deler 1/3 av ditt våkne liv med og en erklæring om at du føler noe positivt overfor dem som medarbeidere.

Det er viktig å dele gleder og komplimenter i hverdagen. I vårt distrikt er legemangelen stor og vi opplever daglig stor frustrasjon og misnøye hos publikum over dette forhold. Dette blir gjerne servert til den medarbeideren som ekspederer telefonen og luka, som mer eller mindre ufin kritikk av Rønvik legesenter. Jeg registrerer at vi lett havner i en slags kollektiv depresjon over tingenes tilstand og opplever at en slik "ånd" er svært farlig å slippe inn. Den genererer lett misnøye både med oss

selv og med hverandre. Vi kommer i en slags konstant forsvarsposisjon overfor pasienter, kolleger ved andre legesentra, politikere og kommunal administrasjon (som er ansvarlige for tilstanden) og er vi pressede nok, kan hende til og med overfor hverandre. Dette blir lett en ond sirkel som lager stygge ringvirkninger i arbeidsmiljøet. I slike faser, er det viktig å suge til seg alt som smaker av positiv kritikk og uttrykk for tilfredshet hos pasienter, og spre dette blant samtlige medarbeidere. Vi trenger alt av motvekt mot denne farlige depresjonen og det gjelder å hente dette fram der det finnes. Konfektesker, blomster og kaker fra pasienter, kan i slike faser ikke tillegges stor nok symbolsk verdi. Og man bør strø om seg med ledende spørsmål til pasientene, av typen: "du er vel fornøyd med servicen hos oss, eller"?

Faglig utvikling

Å øke sin mestringsevne er god forebygging mot slitasjesymptomer i ethvert arbeid. Det gir økt faglig selvtilit, inspirasjon og lyst til ytterligere faglig dyktiggjøring. I allmennpraksis er fag-



lig videreutvikling særlig viktig. Takket være et utmerket utdanningsprogram for allmennmedisin med dertil hørende Fond II, burde det være enkelt for de fleste kolleger å følge et videreutdanningsprogram. Våre medarbeidere på kontoret har på langt nær de samme muligheter. Fordi vi som leger besitter den største fagkunnskapen, har vi ved vårt kontor tatt ansvaret for internundervisning. Vi setter av tid til slik fellesundervisning en gang pr. uke, 40 min. Dette går på omgang blant kollegene. Vi prøver å praktisere referatplikt etter kurs og ellers lytte til ønsker fra medarbeiderne angående tema for undervisningen. Personlig synes jeg det har vært særlig spennende å ta opp ikke strikt faglige emner, så som arbeidsmiljø, konflikthåndtering, konsultasjonen som arbeidsform, pasienter vi ikke liker, evaluering av egen praksis m.m. Medarbeidernes engasjement og forståelse er større ved denne typen emner. Å drive kontinuerlig undervisning overfor medarbeiderne ser jeg som en viktig del av vår oppgave. Ved å øke deres kunnskapsnivå, kan de pålegges mer ansvar. Dette kan gi minst to positive konsekvenser: Å delegerer ansvar parallellt med faglig støtte og undervisning tror jeg er viktig for å motivere og dyktiggjøre vårt hjelpe-

personale. Legene får frigjort tid ved at hjelpepersonalet overtar en del av våre mer rutinepregede oppgaver.

Å arbeide i en gruppepraksis gir rom for å konsentrere seg om evt. spesialinteresser. Over tid har våre pasienter fordelt seg etter et visst mønster til de 5 ulike kontorene hos oss. Dette har med kjønn, temperament, kjemi og faginteresse å gjøre. Vi drar selvsagt faglige vekslers på hverandre. Noen av oss har praktisert såkalt "dobbelkonsultasjon" med stort utbytte, dvs. at man har en av kollegaene til stede under konsultasjonen fordi en ønsker råd og hjelp i vanskelig diagnostikk. En kollega har spesiell interesse for diabetes. Mye tid har gått med til undervisning av medarbeiderne om dette tema. Det har ført til at medarbeiderne etterhvert har påtatt seg ansvar for opplæring av diabetikere, egenkontroll og bruk av penn og sprøyter. Hovedansvaret for dette er tilagt en av sykepleierne som også tar ansvar for kostveiledning individuelt og i grupper. Medarbeiderne er tilgjengelige på kontoret el. telefonen til enhver tid og avklarer en del spørsmål for denne pasientgruppen. Vi leger får på denne måten frigjort tid og medarbeiderne har virkelig "vokst med oppgaven".

Evaluering

Gruppepraksis med faglig samarbeid sikrer en viss evaluering av egen praksis. Dette føler vi som en stor trygghet - og ser klart nytten og nødvendigheten av. Evaluering av oss selv og våre medarbeidere som samarbeidspartnere er ikke mindre viktig for å fremme et best mulig arbeidsmiljø. Medarbeidersamtaler er et verktøy som jeg vet blir mer og mer brukt for å få til en slik evaluering. Hos oss er vi ikke kommet så langt at dette er satt i system, og jeg ser det som et mål at vi får dette til.

Fra min observasjonspost bak kontordør nr. 5 skjønner jeg at kontorets indre liv er i ferd med å ebbe ut for i dag. Nabo-kontorets dør låses, hastige skritt fjerner seg før det stilner i korridoren. Kontorets liv eksisterer nå kun gjennom en automatisk telefonsvarer som forkynder: "Dette er en automatisk telefonsvarer. Rønvik legesenter er nå stengt. Ved behov for legehjelp henvises De til Bodø kommunale legevakt telefon nr....."

**Kommunelege Karin Breckan,
Rønvik legesenter,
Fjellveien 1,
8000 Bodø.**

□



Bilder fra Bodø:



NYHET!

INSULINPENN MED ELEKTRONISK

DOSEANGIVELSE



OptiPen E

GJØR DET ENDA ENKLERE Å SETTE INSULIN

VINDU SOM VISER DEG –

- Sist satte dose
Automatisk nullstilling
- Tydelige tall for doseinnstilling
- DOSEN INJISERES MED ETT TRYKK

OptiPen E finnes i 3 varianter:

- OptiPen 1E – gir 1 enhet pr. doseringstrinn
- OptiPen 2E – gir 2 enheter pr. doseringstrinn
- OptiPen 4E – gir 4 enheter pr. doseringstrinn

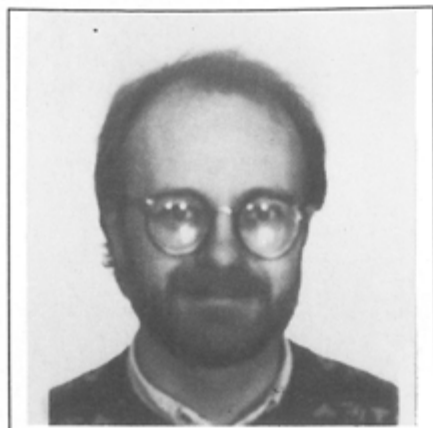
Alle pennene kan forhåndsinnstilles inntil 40 enheter pr. injeksjon.

TA KONTAKT MED OSS

Hoechst 

Norske Hoechst A/S
Telefon 02-72 78 00

Et lærestykke om personalutvikling i praksis



Ivar Halvorsen er cand.med fra Bergen Sivilteneste i HVPU, Nærlandsheimen sentralinstitusjon for Rogaland. Etter dette kommunelege II i Rennesøy kommune. Fra april 91 kommunelege I i Gjesdal komune. Trives godt som kombinasjonsdoktor, med fofeste i allmenmedisin. Tillitsvalgt for Oll i Rogaland.

Av Ivar Halvorsen

Medarbeiderne ved legekantorene landet rundt er sjelden framme i lyset. Høyst ufortjent, fordi de jo ofte er selve krumtappen, den aksel et legekantor dreier rundt. Knirker det på forværelset eller i laboratoriet så knirker det meste. Damene (for det er jo alltid kvinner) er kantorets ansikt og portner, St Peter og Mor selv. De er tradisjonsbærere for en flyttende legestand - ofte fulle av innsikt og kløkt om håndtering av syke sambydinger.

Samtidig er de i navn og gavn medhjelpere og dermed underlagt oss, ansatt for å gå til hånd, utføre ordre. I utgangspunktet en uselvstendig, rutinebelastet jobb som på enkelte felt virkelig krever sin kvinne.

Dette skal handle om personalutvikling på kantoret. Ikke fordi vi er så flinke, men fordi vi har prøvd (- og dermed feilet). Først litt bakgrunnsstoff. Rennesøy er en liten øykommune med 2600 innbyggere. Folket er spredd på fem øyer, en av dem har utekantor. Avstanden til Stavanger er en drøy time med ferje - det halve med hurtigbåt.

Vår hverdag blir dermed lik mange andres rundt om i småkommunene i Norge. Helsetilbudet er godt og kravene om service store, ofte med kort vei over i misnøye. Da trøster vi oss med å si at "de vet ikke hvor godt de har det". Kontrasten til Stavangerlegenes lange ventelister er nemlig stor. "Vi" er to leger og som regel også en turnuskandidat. Våre høyst skattede medhjelpere er:

- En sykepleier som har vært med fra den dag første lege kom til kommunen - på slutten av 60-tallet. Hun liker seg best på laboratoriet.
- En kontorfullmektig som har vært med i 12 år. Hun trives med funksjonen i skranken.

- En sykepleier som ble ansatt for ca. 2 år siden. Hun vil gjerne ha variasjon i arbeidsoppgavene.

Historien

Våren -87 kom jeg til Rennesøy, til et velfungerende kontor, om enn med en viss tendens til å holde på det vante og trygge, gjøre alt på den måten man kan, langt inn i ryggmargen.

Kombinasjonen fersk lege med demokratisk sinnelag og ytre omstendigheter gjorde at de første årene ble en omstillingstid for alle. En rekke rutiner ble endret, kantoret ombygd, EDB-journal innført. Samtidig hadde jeg en tanke om at medarbeiderne burde få utvikle jobbene sine i mer selvstendig og kreativt utviklende retning. Alt lå vel egentlig godt til rette for en liten parnasserevolusjon, men veien fra en tanke i legens hode til en mental omstilling hos medarbeiderne var langt mer tornefull enn jeg hadde forestilt meg. Det er lett å slutte å røyke i teorien. Verre blir det hvis det er en annens ide. Helt umulig blir det når røykeren ikke helt får tak i hva som er ideen og hvor den kommer fra.

Retrospektivt ser jeg fire hovedområder som jeg mer eller mindre bevisst brukte for å utvikle de ansattes innflytelse over eget arbeid:

- Sterke signaler om lagarbeid. Oppfordringer om å finne gode rutiner som ble tatt hensyn til selv når det gikk ut over legenes disponering av tiden.
- Interesse for arbeidsplassutforming. Naturlig ved ombygging, legeengasjement ment å skulle inspirere til kreativitet.
- Fagutvikling. Internundervisning og personalmøte innført. Stimulering til kursdeltakelse og egenutvikling. Lokalt faglig forum for 5 kommuner opprettet.
- Ansvarsoverføring. Ledelsens tanke var at ideer og endringer skulle blomstre ved å dele ut et klarere ansvar for



laboratoriedrift, innkjøp, pasientøkonomi og EDB.

Etter hvert ble jeg noe frustrert. Den forventede endringen gikk altfor sakte. Nesten umerkelig gikk oppmuntring over til å bli dytting. Siden ansvaret var delegert gikk det jo ikke lenger an å gi ordre som før. Pirking og små hint ble alternativet, med en gradvis forsuring av klimaet som resultat. Troen på Demokratiet begynte å svikte. Jeg følte meg hensatt til glattisen. Stadige opprettingsforsøk ga ingen større avstand til grøftekanten.

Nærmest ved en tilfeldighet havnet jeg i et lederutviklings-program. Nå kom det plutselig impulser fra en annen verden, gjennom ledere fra bank og næringsliv -

målstyrte og resultat-orienterte mennesker fra adskillig større virksomheter enn et lite legekontor. Måtte flere bli unt en mulighet til å trå litt utenfor våre egne sirkler (- jeg sier ikke mere).

Etter en stund steg innsikten i det som var satt i gang og jeg skal forsøke meg på en liten teoretisering av scenariet over.

Å være innsiktsfull lege trenger på ingen måte å bety at man er en innsiktsfull leder. Erfaring i å se andres samhandlingsmønstre betyr ikke nødvendigvis at vi er i stand til å se vår egen rolle når vi selv er aktører. Straks vi forlater vår trygge kontekst innenfor kontordøra blir også vi styrt av mer eller mindre rasjonelle koblinger av tid-

ligere erfaringer, verdisyn og naturlige anlegg. Dette gjelder også for våre medarbeidere.

Noen av de kreftene som skaper vår lederstil på kontoret er de grunnleggende antakelser vi har om mennesker og "den menneskelige natur". En sentral amerikansk organisasjonsforsker, Douglas McGregor (1) beskrev i 1960 slike antakelser som to sider av et kontinuum og kalte dem for Teori X (tradisjonelle antakelser) og Teori Y (utviklende antakelser). (Se tabellen, spesielt punkt 2, 5, 6, 12 og 15).

Å forstå disse antakelsene er av vesentlig betydning på grunn av det potensialet som eksisterer for selvpoppfyllende profetier. Grovt karikert: hvis man tror at folk er dovnne, uansvarlige osv.



Skjema for lederstil

Teori X-antakelser (tradisjonelle)

1. Mennesker er dovne av natur, de vil helst ikke gjøre noen ting.
2. Mennesker arbeider mest for penger og økt status.
3. Hovedårsaken til at mennesker er produktive i sitt arbeid, er frykten for å bli foreldet eller avsatt.
4. Voksne forblir barn i sitt hjerte, de er naturlig avhengige av ledere.
5. Mennesker venter og er avhengig av direksjoner ovenfra, de vil helst ikke tenke selv.
6. Mennesker trenger å bli fortalt hva de skal gjøre, vist og trent i skikkelige arbeidsmetoder.
7. Mennesker trenger overordnede som vil se etter dem godt nok til at de er i stand til å rose godt arbeid og gi ko-rreks for feil.
8. Mennesker har interesser utover øyeblikkelige materielle behov.
9. Mennesker trenger spesifikk informasjon, større administrative ledelsesproblemer angår dem ikke.
10. Mennesker setter pris på å behandles med høflighet.
11. Mennesket er av natur inndelt i atskilte deler, krav som settes av arbeid er noe helt annet enn krav som settes av fritidsaktiviteter.
12. Mennesket er av natur imot endring, det foretrekker å forbli i kjente rutiner.
13. Jobben er det primære, den må gjøres. Mennesker blir plukket ut, trent og tilpasset definerte jobber.
14. Mennesket formes gjennom arv, barndommen og ungdommen. Som voksne forblir de statiske, "gamle hunder lærer ikke nye kunster".
15. Mennesker trenger å "inspireres", de må dyttes eller drives frem.

Teori Y-antakelser (utviklende)

1. Mennesker er av natur aktive, de setter seg mål og liker å streve.
2. Mennesker søker mange former for tilfredsstillelse i arbeidet. Mestringsstolthet, glede over fremskritt, følelse av å bidra, nye utfordringer m.m.
3. Hovedårsaken til at mennesker er produktive i sitt arbeid er ønsket om å nå sine personlige og sosiale mål.
4. Mennesker blir vanligvis mer modne utover barndommen, de streber etter uavhengighet, selvoppfyllelse og ansvar.
5. Mennesker i og nær en situasjon ser og føler hva som trengs og er istand til selvstyring.
6. Mennesker som forstår og bryr seg om sitt arbeid, kan utforske og forbedre sine arbeidsmetoder.
7. Mennesker trenger å føle at de er respektert og istand til selvkorreksjon og til å ta på seg ansvar.
8. Mennesker søker å gi mening til livet ved å identifisere seg med nasjoner, kirker, fagforeninger, selskaper og formål. 9. Mennesker trenger stadig å øke sin forståelse, de trenger å fatte meningen av de aktivitetene de er engasjert i og har et uutømmelig vitebegjær.
10. Mennesker krever ekte respekt fra sine medmennesker.
11. Mennesket er av natur integrert. Når arbeid og fritid blir for sterkt atskilt, blir begge deler dårligere. Den eneste grunn som kan få en klok mann til å foretrekke fritid fremfor arbeid må være den økte kvalitet han kan gi arbeidet når han har fri.
12. Mennesket blir av natur trøtt av rutinearbeid og har glede av nye erfaringer, til en viss grad er alle kreative.
13. Mennesket er det primære. Mennesker søker selvrealisasjon, jobber må legges til rette, modifiseres og tilpasses menneskene.
14. Mennesker er i stadig utvikling, det er aldri for sent å lære, de setter pris på å lære og øke sin forståelse og dyktighet.
15. Mennesket trenger å frigjøres, gis oppmuntring, støtte og hjelp.

(gjennom teori X - antakelser), vil man styre dem på en måte som er overensstemmende med disse antakelsene og kontrollere dem hele tiden. Denne atferden kan få de underordnede til å føle at de ikke har noe ansvar i forhold til jobben. Noe som igjen kan føre til at de bare jobber så lenge man passer på dem og ser på dem. En selvoppfyllende profeti er således satt i verk og blir kontinuerlig styrket.

Rundt 1960 hadde ledere antakelser godt over på X-siden. På 30 år har så de fleste, både ledere og ledede, endret syn til en klar Y-profil. Vi pleier å kalle fenomenet demokratisering i arbeidslivet og tenke på studentopprør og Vietnamdemonstrasjoner som viktige endringsimpulser. Dypere sett dreier det seg vel om en ganske dramatisk endring av vårt menneskesyn.

Men en ting er å endre oppfatning, noe annet er det å endre atferd. Og hva hvis en er vant med X-oppfatninger og så plutselig utsettes for en ivrig Y-tilhenger?

Dere ser scenen? Ung lege med sterk Y-profil ønsker å omvende litt eldre, erfarne medhjelpere opplært dengang X-profilen rådet grunnet. Jeg tar neppe mye feil om jeg påstår at ganske mange av dere har tilsvarende konstallasjoner rundt om på kontorene.

Hva gikk "galt"?

Jeg ser en rekke dumheter. De fleste skyldes nok at dette ikke var en bevisst prosess fra starten av. En grunninnstilling ble applisert på hverdagen ettersom problemstillingene dukket opp. Det var dumt - fordi farten var for stor, for mange endringer skjedde på for kort tid.

En klargjøring av hva jeg forventet hadde vært svært nyttig. Og da tenker jeg ikke på den samtale vi alle har gående midt i arbeidet, men det å sette seg ned og gjennomdrøfte roller og forventninger. Finne felles mål, basert på en felles forståelse. Dette tror jeg er noe vi må gjøre med jevne mellomrom hvis vi ønsker selvstendige medarbeidere - fordi der er et paradoks innebygget i medhjelperrollen. På den ene siden blir man bedt om å gjøre små-tjenester (fiks ditt, gjør datt) for i neste øyeblikk å ta et ansvar som kanskje innebærer at den samme legen må innrette seg (jfr. punkt 6 i tabellen).

Begrepet ansvar var faktisk litt uklart. Betyr det å få en oppgave gjort eller å styre en prosess (å telle opp pengene eller å finne et system og få andre til å følge det)? Det er lett å ta slike begreper for gitt og så snakke rett forbi hverandre.

Evaluerings underveis ble det ikke noe system på. Gir man andre et utvidet ansvar så fratar man seg selv noe av styringsretten. Ellers blir ikke ansvaret reelt. Evaluering blir da eneste måten å kunne korrigere kursen på, helt nødvendig for ikke å havne i den grøfta som heter indirekte styring eller manipulering.

Men er det nødvendig å endre på noe som går greit? Jeg sa at jeg havnet på lederkurs. Kurslederen der fikk følgende spørsmål: "er det så nødvendig å lære gamle, gode hunder å gjø?" "Ja", sa han. "Det er en dødssynd å la være!" Sterkt sagt. Etter å ha tygget litt på det tror jeg at han har rett. Man kan ikke i dag med god samvittighet holde andre nede på en slik måte at de ikke får bruke sine talenter. Det kolliderer i alle fall med mitt menneskesyn. På den andre siden må det være like galt å skvise initiativ og kreativitet ut av folk. Kanskje har dette med frihet å gjøre, man trenger ikke å bruke den bare man vet at man har den. Man kan vite at man kan få innflytelse og bli lyttet til, men være godt fornøyd med å slippe tungt ansvar.

Hverdagen nå

Det kan kanskje høres ut til at vi har noen trege damer på vårt kontor. Det er feil. Da jeg nærmest kjørte prosjektet i grøfta var det dem som tok affære og ordnet opp. Nå har vi gått inn i en roligere, mer harmonisk utvikling. Medhjelperne vet at de har innflytelse og mulighet til å forme jobbene sine, og gjør det. Samtidig er det febrilske endringspresset dempet ned. Jeg tror det er klarere nå enn før at verden ikke står stille, at vi er i en prosess og at det medfører omstilling. Der ligger også en klarere forventning i "bedriftskulturen" vår om at alle bør bidra med sitt til denne jevne utvikling.

For tiden arbeider vi med et perspektiv på virksomheten vår. Vi har laget en slags målsetting eller ramme til internt bruk. Foreløpig to ord: Kvalitet og service. Kvalitet først, for det kan vi

ikke klare oss uten. Men når kvaliteten først er sikret skal sevicenivået være høyt. På alle felt, fra det rene laboratorie-håndverk til hvor grensene går for telefonisk diagnose og behandling.

Den ene av sykepleierne tar nå sikte på å drive diabetesomsorgen sammen med legene. I første omgang blir det kurstilbud for alle diabetikerne i kommunen, og det er hun som drar det tyngste lasset.

Sluttord

Jeg tror at det å være medhjelper for oss allmennleger kan være spennende og utviklende. Men "itj no kjæm tå sæ sjøl". Det kreves en bevisst holdning fra både lege og medhjelper. Vi har muligheten til både å stimulere og å kvele inspirasjon og engasjement. Våre forventninger har godt av å komme fram i lyset. Kanskje både lege og medhjelper lager seg begrensinger som ikke finnes og som ingen av oss egentlig ønsker? Til slutt: det er tryggest å være konservativ, men du så kjedelig.

Litteratur:

1. Douglas McGregor. The human side of enterprise. N.Y. 1960.

**Kommunelege
Ivar Halvorsen,
4150 Rennesøy** □

Allmennpraksis - åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet



Petter Øgar er cand.med. i Oslo 1978. Assistentlege ved med.avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Han er ene- og alene distriktlege/kommunelege/helsesjef i Hornindal fra 1983 til dags dato. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Veileder i allmennmedisin. Han har vært hovedansvarlig for en fylkeskonsensus om diabetesbehandling i Sogn og Fjordane og en evaluering av denne.

Av Petter Øgar

Allmennmedisin med populasjonsansvar

God allmennmedisin skal være omfattende. Tradisjonelt har det betydning at den skal forholde seg til hele mennesket og alle helseproblemer mennesket måtte ha. Den er holistisk - som det moteriktig heter. Jeg mener god allmennmedisin bør gå et skritt videre. Den bør også være omfattende i den forstand at den vedkjenner seg et populasjonsansvar. Dette er et skritt med flere implikasjoner. Å påta seg et populasjonsansvar innebærer å ta farvel med en passiv, etterspørselsstyrt praksis. Den må erstattes av en praksis styrt på en slik måte at den søker å oppfylle Lønning-utvalgets likhetsbegrep (1): Alle bør gjennom helsevesenet få den samme mulighet til å bli så friske som de etter sine forutsetninger kan bli. Å optimere sitt helsepotensiale heter dette på tidsmessig fagnorsk.

Praksispopulasjonen

De aller fleste av oss vil definere praksispopulasjonen som dem som direkte eller indirekte tar kontakt med oss og søker våre tjenester. Jeg tror dette er en tilfredsstillende definisjon for de fleste. Poenget er å tenke på disse også som en populasjon og ikke bare som enkelt-pasienter.

Uhelse og forbruk av helse- tjenester

Tilnærmingen forutsetter en bevisst oppfatning av de behov for helsetjenester som finnes i denne populasjonen. Behov er et verdiladet og relativt begrep. Likevel er det et veldokumentert og sørgelig faktum at det er et manglende samsvar mellom fordeling av uhelse og forbruk av helsetjenester. Lavere sosioøkonomiske grupper har et relativt lavt forbruk i forhold til sykkeligheten. Det synes også å være en rangordning mellom ulike sykdommer og den oppmerksomhet de får fra vår profesjon som bygger på en heller tvilsom

behovsprioritering. Taperne er generelt de lavere sosioøkonomiske grupper, andre lavmælte eller svake grupper som barn og eldre, mange med kroniske sykdommer og funksjonshemminger. Lønningutvalget gir en anvisning på hvordan behov bør rangeres. God allmennmedisin bør ta dette til seg. Ikke slik at vi påtar oss en helsefrelserolle overfor dagens underbrukere. Men slik at dagens underbrukere i større grad reelt får de samme muligheter som andre til å bruke våre tjenester i samsvar med sine behov. Det handler bl.a. om informasjon, terskler vi omgir oss med og lydhørhet overfor signaler fra svake grupper. Men framfor alt handler det om hvordan vi forvalter vår tid og våre ressurser i det daglige arbeidet; det vil si hvordan vi administrerer praksisen vår.

Praktiske konsekvenser

Å drive en populasjonsbevisst praksis forutsetter kunnskap om befolkningen og vilje til å styre egen ressursbruk etter en begrunnet oppfatning om fordeling av behov i populasjonen. Kjennskap til grunnleggende epidemiologiske data og mulighet til å evaluere sin egen praksis opp mot disse blir en nødvendighet. Du bør bl.a. ha oversikter over alle med kroniske sykdommer, funksjonshemminger og andre viktige pasientgrupper. Med litt planlegging og et par års tidsperspektiv er dette kunnskap som er lett å erverve ved fortløpende registreringer. Betydningen av gode administrative løsninger kan vanskelig overvurderes. I omsorgen for kronisk syke er oppfølgingsrutiner og organisering som regel viktigere og mer begrensende for kvaliteten enn mangelfulle kunnskaper.

Kontinuitet

Å ivareta svake grupper er å ta KOPF-idealene på alvor. Kontinuitet er i denne sammenheng grunnmuren. Den ivaretas i første rekke gjennom den faste legen. Kontinuiteten ivaretas også av journalen, som er den viktigste organisatoriske enkeltfaktor i en allmennpraksis -



Illustrasjon:
Ragnhild Gjerstad

og tilsvarende avslørende for kvaliteten. Standarden bør være deretter med en omforent føringsmåte, fri for håndskrevne hieroglyfer og med adekvate oversiktsark, medikamentark, sjekklister osv. Oppfølgingsrutiner er en annen viktig del av kontinuiteten. Forfalls-lister er særlig viktige for grupper som lett faller ut.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er neste nøkkelord. De pasientene vi her snakker om er ofte vare for hindringer og terskler. Tilgjengeligheten vår påvirkes på mange plan. Hvis vi ser bort fra dem som har installert seg i 4. etasje uten heis, er resepsjonen/sentralbordet ofte første hindring på veien. "Skrankefunksjonen" er en medhjelperfunksjon det er vel verdt å prioritere kvaliteten på. Klare og gode rutiner bl.a. for direkte telefonkontakt med legen, er avgjørende. Tilgjengelighet har også med å praktisere en åpen og lydhør konsultasjonsteknikk. Men det viktigste - og vanskeligste - er likevel å sette av tilstrekkelig tid på en planlagt måte. I dette ligger bl.a. at du må si nei til eller redusere tilbudet til noen med mindre behov. Du må basere deg på at planlagte sykebesøk hører til dagens orden. Faste rutiner for samarbeid med heimesjukepleie, sosialkontor, trygdekontor og andre naturlige samarbeidspartnere kommer du vanskelig utenom dersom du vil hjelpe disse pasientgruppene på en god måte. Begrepet solopraksis er en anakronisme du bør prøve å glemme.

Konflikter?

Det er alltid konflikter. Avveiningen mellom den oppsøkende helsefrelser og respekten for pasientens autonomi kan være vanskelig for noen. Helsefrelseren har jeg liten sans for, og han har ingen plass innenfor mitt bilde av en populasjonsbevisst praksis. Det er ikke problemfritt å si nei og sette grenser overfor dem som i dette perspektivet faller nedover på prioriteringslista. Min erfaring er likevel at denne styringen er overkommelig. For noen kan det oppstå konflikter av praksisøkonomisk art. Det tror jeg gjerne. Men hvem har sagt at det skal være lett å være en god lege?

Litteratur:

1. NOU 1987: 23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

Kommunelege
Petter Øgar,
6790 Hornindal

□

Tilbake på kontoret



Ragnhild Aarrestad er cand. med. Oslo 1979. Privat gruppepraksis i Oslo 1980-83. Solopraksis i Bø i Telemark 1983-86. Kommunlege samme sted fra 1986 til nå. Hun har 3 barn i alderen 9-4 1/2 år. Interesser: sosiale samvær, litt trim og politikk - også lokalpolitikk.

... eller spesialist i allmennmedisin, hva nå?

Av Ragnhild Aarrestad

Som overskrifta antyder, er jeg tilbake i min praksis - kommunelege II i en bygdekommune, Bø i Telemark, ca 4800 innb. med et tilskudd på ca 1000 studenter gjennom skoleåret.

Jeg er tilbake i min praksis etter det obligatoriske sjukehusåret som for meg var 1/2 år ved psykiatrisk poliklinikk og 1/2 år ved indremed avdeling. Jeg har blitt spesialist i allmennmedisin, har gjennom grunnkurs, veiledning og lesing blitt skolert i og inspirert av allmennmedisinens egenart og muligheter.

Og hva skjer?

Etter få mndr. tilbake på kontoret merker jeg den snikende frustrasjonen: Som generalist stiller jeg meg åpen for alle problemstillinger, har en ideologi i ryggssekken som "pålegger meg" å betrakte helheten og ikke delsymptomene - og sitter med et utall problemstillinger og forventninger og en stadig mer beklemmende følelse av ikke å strekke til. Jeg kan få tilløp til panikk ved å tenke på at jeg ikke har flere svangerskapspermisjoner i vente - og det er lenge til neste utdanningspermisjon..

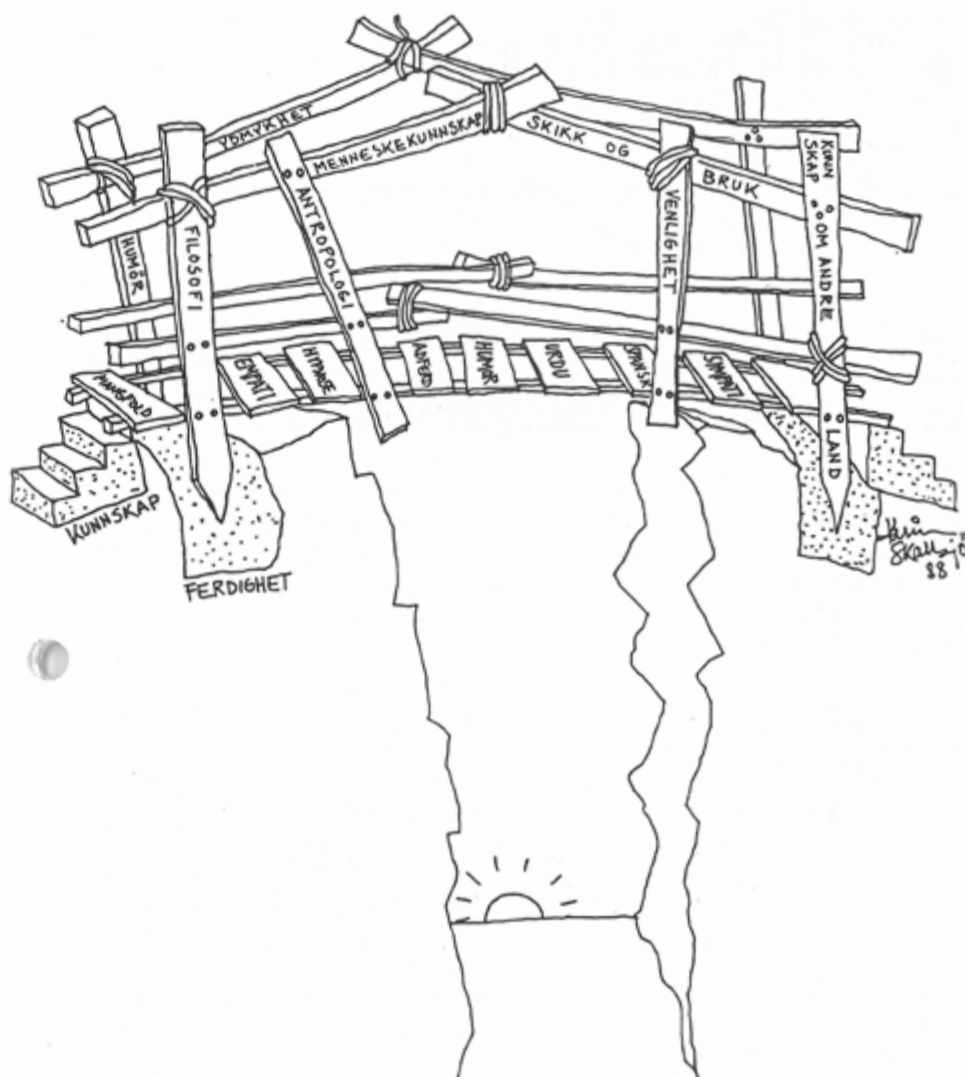
Det er da jeg for meg sjøl slår fast at hvis flere har det som meg trenger vi nok ei gang gå gjennom rollen vår. Kanskje ta et oppgjør med/få en nyansering av idealet vårt uttrykt i KOPF begrepet; kontinuerlig, omfattende, forpliktende og personlig. Kanskje det blir viktig å formulere hvordan begrense seg, f. eks. i forhold til hvor omfattende vi bør være.

Foreløpig ser jeg i hverdagen min minst to forhold jeg må få en bevisst holdning til.

Det første er tilgjengeligheten. I vår kommune med bare fastlønte leger har vi alle (fire legestillinger) et begrenset folketall å forholde oss til. Samtidig er det vi som er befolkningens leger og skal være tilgjengelige. Vi kan ikke stenge døra og si at vi ikke tar nye pasienter, "praksisen er full". Gjennom listepasientsystemet blir dette noenlunde likt for alle allmennpraktikere etterhvert. Tilgjengelighet fremstår blant de ypperste element i servicen vår og som en vesentlig forutsetning for at primærhelsetjenesten skal fungere. Viser bl.a. til undersøkelser gjort i Nord-Norge -87, referert i TDNLF 27/90. Man ville undersøke brukernes meninger om organisering av allmennpraksis. Det ble tatt utgangspunkt i spørsmål som nettopp skulle belyse temaer som omfattes av KOPF stikkordet. Det ble bl. a. spurt om verdien av fast lege, hvilket flertallet av de spurte ønsket. Med hensyn til tilgjengelighet mente et flertall av de spurte at ventetida hos primærlege var for lang. (1).

Det er uproblematisk å se at det er viktig og riktig at vi stiller opp i ø. hj. situasjoner og at vi har en beredskap og kommunikasjonsnett som sikrer det. Men jeg opplever nok forventninger hos brukere og arbeidsgivere (lokalpolitikere) om at tilgjengelighet innebærer at vi stiller opp nesten til enhver tid for enhver problemstilling der brukeren definerer behov for legehjelp.

Dette henger nøye sammen med det andre forhold jeg grubler på: - Ligger det i "omfattende" at ingen problemstilling en pasient presenterer er "utafor mitt bord"? Jeg vet det kan hevdes at ved å innsnevre hva som er "relevante problem" en pasient kommer med er jeg i ferd med å opprettholde/gjeninnføre et reduksjonistisk syn på pasienten. Det



hevdes og at i samfunnet har vi valgt legene til denne "altmuligrollen". I hjelpeapparatets førstelinjetjeneste er det kun legevakta som institusjon samfunnet har valgt å holde døgnåpen. (For å illustrere hvordan rollen kan karikeres må jeg nevne min kollega som ble oppringt på legevakta ei natt av ei eldre kvinne hvis fryseboks hadde sviktet). Tilbake til min praksis. Jeg ser at dette idealet om å være omfattende og tilgjengelige nører opp under personlighetstrekk jeg tror jeg deler med mange i

denne bransje. Sensitiviteten for andres behov er stor, lysten til/behovet for å yte noe for andre er der. Behovet for anerkjennelse er der. Det er lettere å si ja enn nei.

Vårt ideal om å være forpliktende, tilgjengelig og omfattende passer altså godt både til hjelperens sjølbilde og pasientens behov. Hvorfor problematisere da?

Fra pasientens synspunkt ser jeg faren i at vi med vår imøtekommenhet kan være med på å medikalisere livsproblemer. Vi kan være med på å understreke pasientens manglende tro på egen mestring. Vi kan være med å bygge opp under en holdning i velferdssamfunnet der behag nærmest oppleves som en rettighet og ubehag er legens ansvar å fjerne. Jeg tror det ligger allmennpraktikere snublende nær å overta pasientens problem. Jeg hører ofte kollegaer sukke og si: Det er greit med annenlinjetjenesten, de kan erklære pasienten ferdig utredet eller behandlet, men vi allmennpraktikere sitter igjen med pasienten og problemet. Må det være slik? I allefall må vi vite hva vi gjør. Å være klagemur/ container kan være en viktig funksjon iblant, men er vi ikke bevisste her kan vi lett bli konserverende. Enten vi lar oss lure inn i hjelperollen ved å inngi håp om at vi skal finne løsninger eller vi stadig lar pasienten få "lette trykket" kan vi bli en hemske for forandring. Jeg tror vi må lære å avvise. Også vi må kunne avslutte, sjøl om brukerne ønsker noe annet.

For oss sjøl blir det viktig å forsones seg med begrensningene, både begrensninger knyttet til manglende kapasitet og begrensninger som er der fordi langt fra alt av menneskelig lidelse kan lindres av medisinsk hjelp. Jeg må slå meg til ro med at jeg kan være god lege og til nytte for noen. Noen jeg kanskje kunne hjelpe rekker jeg ikke å gi time, noen må jeg erkjenne at jeg ikke har hjelp å tilby. Og jeg vil kanskje fortsette å bekymre meg over at faget vårt har en ideologi som forsterker utilstrekkelighetsfølelsen, utbrenthetstendensen og forkorter levetida i allmennpraksis

Referanse:

1. Hva mener pasienten om primærhelsetjenesten? Fast lege. Ønsker og realiteter i NordNorge. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlege. A. Forsdal, V. Fønnebo, S. Fønnebo Knutsen. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. T. Anvik, Bodø. TDNLF 27/90

**Kommunelege
Ragnhild Aarestad,
Helse og Sosialetaten,
Legetenesta,
3800 Bø i Telemark** □

Kommunehelsetenesta og det frivillige arbeidet

Leif Edvard Aarø er født på Åheim på Sunnmøre i -51. Han er professor i sosialpsykologi ved Universitetet i Bergen. Han er koordinator for NAVF-programmet: Forskning om forebyggende helsearbeid. Arbeidsplassen er p.t. ved Nasjonalforeningens HEMIL-senter ved Universitetet i Bergen.

Rapport frå ei mindre undersøking i kommunar i Møre og Romsdal

Av Leif Edvard Aarø

Som eit tiltak for å styrke det frivillige førebyggjande helsearbeidet i kommunane, arrangerte Nasjonalforening for folkehelsen eit "metodekurs" i Ålesund (Del I) og Molde (Del II) i vinterhalvåret 1989-90. Representantar frå eit utval av helselaga i Møre og Romsdal deltok, oftast med to representantar frå kvart lag. Metodekurset omhandla følgjande tema:

- Verdens helseorganisasjons prinsipp for helsefremmande arbeid
- Modellar for helserelatert åtferd
- Arbeidsmåtar i det lokale førebyggjande helsearbeidet
- Påverknad av holdningar og åtferd
- Tverrsektorielt samarbeid på lokalplanet
- Arbeidsbokmetoden.

Det vart lagt stor vekt på eigenaktivitet (rollespel, øvingar, gruppearbeid).

Som ein del av førbuinga til kurset fekk deltakarane i oppdrag å intervjuje kommunelege eller helse- og sosialsjef i sin eigen kommune. Temaet var førebyggjande helsearbeid og helseopplysning, og særleg samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og dei frivillige organisasjonane. I denne rapporten summerer vi opp dei viktigaste resultatane frå denne enkle og upretensjuse undersøkinga.

Tidlegare utgreiingar og undersøkingar

Allereie i Stortingsmelding nr. 15 (1977-78) vart det lagt stor vekt på dei frivillige organisasjonane sin innsats i det førebyggjande arbeidet. Det vart blant anna sagt at:

"Frivillige organisasjonar har vist en betydelig evne til å aktivisere og mobilisere store deler av befolkningen. Gjennom frivillige organisasjoner får befolkningen selv anledning til å delta aktivt i helsemessig opplysningsvirksomhet" (s. 15)

Det er framleis offisiell politikk at dei frivillige organisasjonane er ein viktig samarbeidspartnar i det lokale førebyggjande arbeidet.

I lova om helsetenesta i kommunane heiter det at:

"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold (§ 1-2)...."

Kommunenes helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

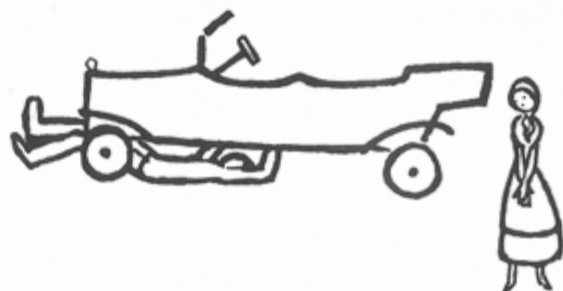
1. Fremme av helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øyet organiseres som:

- a. Miljørettet helsevern
- b. Helsestasjonsvirksomhet
- c. Helsetjenester i skoler
- d. Opplysningsvirksomhet"

Kommunehelsetenesta har dermed fått ein heilt sentral plass i det førebyggjande arbeidet, og skal i tillegg samarbeide med andre sektorar og med dei frivillige organisasjonane.

I 1987 vart det gjennomført ei spørjeskjemaundersøking om helseopplysning i kommunane. Ein artikkel frå undersøkinga er under publisering (Eide, 1990). Eide konkluderer med at det i få kommunar eksisterer eit organisert samarbeid mellom kommunens helseteneste

Illustrasjon: Per Krogh. Gjengitt med tillatelse fra forlaget, Samlaget.



dei lokale frivillige organisasjonane, at det er nokså få kommunar som har oppnemnt egne helseopplysningsutval, og få kommunar har utarbeidd egne planar for helseopplysningsarbeidet. Likevel meiner han å påvise ei utvikling og endring i gunstig retning, og meiner at det i dag blir arbeidd meir med helseopplysning i kommunane.

Vi veit i dag for lite om samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og dei frivillige organisasjonane, om korleis kommunehelsepersonellet ser på dette samarbeidet, og korleis ein kan få til eit betre samarbeid. Den vesle rundspørjinga i nokre kommunar i Møre og Romsdal kan gi ein peikepinn om korleis situasjonen er i desse kommunane.

Metode

Deltakarane til metodekurset i Ålesund/Molde vart rekrutterte med tanke på å gi geografisk spreiding og aktivt engasjement. Dette betyr at kommunar fordelt omkring i heile fylket er representerte i undersøkinga, men at ein truleg har fått med kommunar der helselaga er særleg aktive.

Det vart utarbeidd eit kort intervju-skjema med 7 spørsmål, men ein del av spørsmåla inneheldt supplerande spørsmål med åpne svarkategoriar. I nokre kommunar vart meir enn ein representant for kommunehelsetenesta intervjuet. I slike tilfelle er svarea sett i samanheng, og datamessig handsama som eitt svar.

Resultat

På spørsmål om kommunen har utarbeidd ein eigen plan for førebyggjande arbeid eller helseopplysning, var det 3 av dei 11 kommunane som svarta ja, medan ein av nei-kommunane hadde ein slik plan under utarbeiding. I alle kommunane er samarbeidet med dei frivillige organisasjonane omtala i planen.

I 10 av dei 11 kommunane er det sett av egne midlar til helseopplysning på kommunens budsjett. Beløpa er ofte små og varierer frå kr. 3 000 til kr. 52 000. I mange kommunar eksisterer det andre budsjettpostar som kan nyttast til å støtte førebyggjande tiltak og helseopplysning, og oversikta ovanfor gir difor ikkje svar på kor mykje midlar kommunane samla disponerer til slike tiltak.

I 3 av dei 11 kommunane rapporterer dei at det er oppretta egne helseopplysningsutval. I andre kommunar er det oppretta uval omkring bestemte tema som til dømes heimeulykker og HIV/AIDS. Ein kommune har planlagt at utvalet for ulykkesførebyggjande arbeid skal gå over til å bli eit generelt utval for helseopplysning etter at aksjonen er over.

Tabell 1 gir ei oversikt over kven som er med i dei lokale helseopplysningsutvala. I alle kommunane er helsesøster og lege med. I to av kommunane er Helselaget representert.

Tabell 1
Helseopplysningsutvala i tre kommunar:
Kven er med?

- helsesøster (x 3)
- lege (x 3)
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (x 2)
- teknisk etat
- polititar
- idrettslag
- heimesjukepleiar
- helselaga representerte i HIV/AIDS-utval og utval mot heimeulykker
- kulturetaten
- kontorassistent



I alle dei 11 kommunane som er med i undersøkinga er det i gang eit samarbeid mellom kommunchelsetenesta og Helselaget. Kva samarbeidet er konsentrert om går fram av Tabell 2. Svært mange kommunar rapporterer om (I) innkjøp av gåver og utstyr for å støtte kommunchelsetenesta sitt arbeid. Det vert også ofte rapportert om (II) deltaking i aksjonar og kampanjar. Dei øvrige aktivitetane kan delast inn i tre grupper: (III) møter og foredrag, (IV) distribusjon av skriftleg materiell og (V) personretta tenester, særleg overfor eldre.

På spørsmål om kva kommunchelsetenesta ser på som dei viktigaste fordelane ved å samarbeide med frivillige organisasjonar, delte svara seg i to grupper:

- pengebidrag og gåver til kommunane i økonomisk trange tider
- bistand med å "folkeleggjere" informasjonen i samband med opplysningstiltak.

Ein av dei som svara meinte at dei frivillige kan fungere som ei kjelde til inspirasjon for kommunchelsetenesta.

På spørsmål om ulemper ved å samarbeide med dei frivillige organisasjonane er det ikkje enkelt å finne samanheng i svara. Tid til å samarbeide med dei frivillige blir oppgitt som eit problem, og den sterke overrepresentasjonen av eldre kan bety at ein berre når mindre grupper i befolkninga.

På spørsmål om kva som er dei største utfordringane i det førebyggjande arbeidet i kommunen, fordeler svara seg slik som i Tabell 3. Psykososiale helseproblem dominerer sterkt med totalt 19 svar av til sammen 29, deriblant er det svært mange som nemner tiltak overfor eldre og overfor born og ungdom. Også tiltak for å påverke livsstil og for å gjere noko med forekomsten av ulykker vert nemnde av fleire. HIV/AIDS-problemer blir ikkje nemnt av nokon.

Tabell 4 viser korleis kommunelegar/helse- og sosialsjefar svara på spørsmålet om korleis dei meiner dei frivillige organisasjonane kan bidra til det førebyggjande arbeidet i kommunane. Ingen av svara dreier seg om tiltak overfor born og ungdom, men mange svar omhandlar eldres situasjon.

Tabell 2

Samarbeidet mellom helselaga og kommunchelsetenesta: Kva vert det samarbeidd om?

Innkjøp og gåver:

- Innkjøp av kolesterolmaskin
- Hjertemaskin
- Kjøp av defibrillator (?)
- Innkjøp av utstyr og hjelpemidler
- Gåver til aldersinstitusjon
- Gåver til tannlegekontor
- Gåver til venterommet på helsehuset
- Innkjøp av hjertemaskin

Kampanjar:

- Kolesterolkampanje (x 4)
- Kostholdskampanje
- Ulykkesførebyggjande arbeid
- Aksjonsutval mot heimeulykker (x 2)
- Samarbeid om ulike aksjonar, t.d. førebygging av fallulykker

Møte og foredrag:

- Møte om AIDS
- Foredrag
- Foredrag og lysbilder (kommunelege i helselaget)
- Informasjonsmøte (om kreft)

Skriftleg materiell:

- Utdeling av HIV/AIDS-brosjyre til alle innbyggjarane i kommunen
- Utdeling av boka "leve med barn"
- Utgiving av helseopplysningsavis

Personretta tenester:

- Fotpleie (i regi av helselaget)
- Drift av eldresenter
- Fysioterapi
- Husprosjekt/trygdebustader
- Igangsetting av utleige av brystpumpe

Tabell 3

Det førebyggjande arbeidet i kommunane: Dei største utfordringane (arrangert i hovudkategoriar i rangert rekkefølge)

Psykososiale helseproblem: (19 svar)

Barn og ungdom:

- Barn sine oppvekst- og levevilkår
- Barnevern
- Bedre tilbod i ungdomsskolen
- Om psykososiale helseproblem mellom barn og ungdom
- Førebyggjande barne- og ungdomsarbeid
- Dei litt store barna som fell utanfor

Eldre:

- Dei mange eldre, og utfordringane dette medfører
- Førebyggjande eldreomsorg
- Eldreomsorg
- Følgje eldre på turar
- Få einsame eldre inn i eit sosialt nettverk
- Helsestasjon for eldre
- Einsame eldre som bur langt frå andre
- Sjåfør til miljøbilen

Familien:

- Innvandrar kvinner sin situasjon
- Familiene sin situasjon med stort arbeidspress og endringar i familiestrukturen

Andre psykososiale helseproblem:

- Førebygging av psykiske lidningar
- Førebygging av isolasjon og einsemnd
- Samproblema

Helsevanar og livsstil:

- Eit meir systematisk helseopplysningsarbeid
- Tannhelsetenesta
- Kosthald
- Kosthaldsopplysning
- Rusmiddelførebyggjande tiltak
- Tobakk/alkohol
- Få ungdom til å ikkje røyke

Fysisk miljø, ulykkesførebyggjande arbeid etc: (5 svar)

- Miljøtiltak
- Ulykkesførebyggjande arbeid
- Heimeulykker
- Inneklima

Styrking av helsetenesta: (4 svar)

- Bedriftshelseteneste
- Screening (siling)
- Screening med tanke på tidleg identifikasjon av kreft
- Styrke helsesøsterteneste

Andre svar: (1 svar)

- Det trengs ei kartlegging av behova

Diskusjon

Representativitet

Undersøkinga er ikkje representativ for noko større utval av norske kommunar, men viser situasjonen slik den er i til saman 11 kommunar fordelt omkring i alle deler av Møre og Romsdal fylke. Undersøkinga er gjort i kommunar der

det eksisterer helselag, og truleg står helselaga sterkare i desse kommunane enn det som er vanleg. Dette gjer det interessant å sjå nærare på samarbeidet mellom helsetenesta og dei frivillige organisasjonane i nettopp desse kommunane.

Tabell 4

Korleis kan dei frivillige organisasjonane bidra?

Psykososiale tiltak:

- Få eldre og isolerte ut
- Gå på besøk til eldre
- Ha ein sosial funksjon overfor einsame/eldre/pasientar med psykiske lidingar
- Sosiale tiltak for eldre som bur åleine
- Helsestasjon for eldre
- Sjøfør til miljøbilen

Helsevanar og livsstil:

- Danne røykeavvenningsgruppe
- Støtte til t.d. antirøyketiltak

Fysisk miljø, ulykkesførebyggende arbeid etc:

- Følgje opp heimeulykkesaksjonen
- Ulykkesførebyggende tiltak

Generelt samarbeid med helsetenesta:

- Delta i kommunens helseopplysningsutval
- Støttespiller/arrangør og pådriver
- Støtte opp om helsestasjonane
- Delta i aksjonar som t.d. aksjon mot heimeulykker
- Produksjon av helseopplysningsmaterieil
- Samarbeide om konkrete kampanjer

Økonomisk bistand og gáver etc:

- Økonomisk støtte til spesielle prosjekt
- Økonomisk hjelp
- Økonomisk støtte
- Økonomiske ressursar

Andre svar:

- Ikkje spreie seg for mykje, halde seg til eldreomsorga
- "Vifteeffekt" - spreie opplysning og folkeleg-gjere
- Menneskelege ressursar - vise engasjement

Planlegging og budsjett

Tidlegare undersøkingar har vist at ein del av kommunane har utarbeidd eigne planar for førebyggjande arbeid. Dette er tilfelle med tre av kommunane i denne undersøkinga. Det er positivt at heile 10 av dei 11 kommunane har eit eige budsjett for helseopplysning, men beløpa er oftast små, og dei vert nokre gonger nytta til å dekke underskot på andre postar i kommunens budsjett.

Tverrsektorielt samarbeid

Vi veit frå tidlegare undersøkingar at stadig fleire kommunar etablerer eigne utval for helseopplysning og førebyggjande helsearbeid. Tre av kommunane som er med i denne undersøkinga hadde oppretta slike utval. Nasjonalforeninga for folkehelsen er med i to av utvala.

Det er ellers positivt å sjå at det ikkje berre er helsesektoren sine representantar som er med i utvala, men at teknisk etat og kulturretaten også er med. Dette betyr at intensjonane om tverrsektorielt samarbeid i det førebyggjande arbeidet vert følgde opp nokre stader.

Samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og dei frivillige

I alle dei kommunane som er med i denne undersøkinga eksisterer det eit samarbeid mellom kommunehelsetenesta og dei frivillige organisasjonane. Det vert for det meste samarbeidd om svært konkrete oppgåver (utdeling av materiell, felles arrangement og tiltak, tenester til eldre ol.) Dette står i sterk kontrast til det kommunehelsetenesta gir uttrykk for er viktige helseproblem i kommunane, der psykososiale helseproblem dominerer. Frå metodekurs i Molde og Ålesund veit vi at medlemmene av helselaga i stor grad ønskjer å arbeide med psykososiale helseproblem.

Vi står med andre ord overfor det paradoks at personell både i kommunehelsetenesta og i helselaga ønskjer å samarbeide om å forebygge "sam" - sjukdomar eller psykososiale helseproblem. Dei prioriterer å gjere noko med einsemd blant eldre, førebygging av psykiske helseproblem, styrking av sosiale nettverk, borns oppvekst og levevilkår, medan det som i realiteten foregår er kolesterolmåling, innkjøp av hjertemaskin til kommunehelsetenesta, møter om HIV/AIDS og utdeling av bøker og materiell.

Dette betyr ikkje at dei arbeidsoppgåvene som i dag er vanlege i samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og Nasjonalforeninga skal nedprioriterast. Tvert imot er det viktig å samarbeide om svært konkrete, avgrensa og praktiske oppgåver. Likevel tyder undersøkinga på at *dei frivillige representerer ein uutnytta ressurs innan det psykososiale førebyggjande arbeidet*. Dette er eit felt som helsetenesta ser som viktig, det er eit felt der dei frivillige ønskjer å gjere ein innsats, men det er altså eit felt der dei i dag får gjort nok så lite.

Korleis styrke det tverrsektorielle samarbeidet?

Ein av intensjonane med Helsedirektoratet og Sosialdepartementets nye satsing på det helsefremmande og det førebyggjande arbeidet i kommunane ("Samla plan for utviklingsprosjekt..."), er å styrke det tverrsektorielle samarbeidet, blant anna samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og dei frivillige organisasjonane. Eit middel til å oppnå dette er etablering av kommunale samarbeidsgrupper for førebyggjande helsearbeid og helseopplysning. I stadig fleire kommunar blir det no oppretta slike grupper. Det er viktig at dei frivillige organisasjonane blir med.

Det er ei vanleg oppfatning at det psykososialt førebyggjande arbeidet må styrkast, og denne undersøkinga bekreftar dette. Samstundes er det eit vanskeleg arbeidsfelt. Einsemd, mangel på sosial støtte og psykiske problem er ofte mindre synleg enn hjerteinfarkt og ulykker. Ein kan i liten grad betre den psykososiale helsa gjennom kortvarige konsultasjonar på kommunelegens kontor, ved utdeling av brosjyrer og ved å arrangere åpne møter. Det psykososialt førebyggjande arbeidet handlar om å endre folks daglegliv, det handlar om å redusere belastande forhold, om å gi alle høve til å snakke med andre om det dei synest er vanskeleg, det handlar om å skape tryggleik og trivsel der folk bur og arbeider. På dette feltet er det sannsynleg at kommunehelsetenesta har mykje å hente gjennom eit samarbeid med dei frivillige organisasjonane.

Referansar:

1. Eide A. (1990): Helseopplysning i kommunene. En surveyundersøkelse gjennomført i 1987. Akseptert for publisering i *Tidsskrift for Den norske lægeförening*.
2. Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsførebyggjande og helsefremmande arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
3. St. mld. nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Oslo: Sosialdepartementet, 1988.
4. St. meld. nr. 15 (1977-78). Om helsemessig opplysningsvirksomhet. Oslo: Sosialdepartementet, 1977.

Professor

Leif Edvard Aarø
Nasjonalforeningens
HEMIL-senter
Øisteinsgt. 3
5007 Bergen □



Det vanlige er nesten alltid vanligst

Den allmenmedisinske læresetningen: "Det vanlige er nesten alltid vanligst", rommer mye sant. Det at grunnsetningen nesten alltid slår til, gjør den til et berettiget arbeidsverktøy og en fornuftig oppsummering av mer eller mindre systematisk oppsamlet lokal epidemiologisk kunnskap.

Unntakene er nyttige å ha med seg, og når unntakene så hyppig trekkes frem i kollegiale, fortrolige samtaler, gjerne rundt peisen på kveldstid, er ikke dette uten en viss verdi. Unntakene skjerper vår diagnostiske nyfikenhet og kan kanskje utsette "tornerosesøvnene" i lang, lang tid. Påminnelsene kan bringe oss videre og gi ny kunnskap, de gir i allefall økende ærbødighet overfor pågående og påståelige foreldre, som fra tid til annen ikke helt slår seg til ro med våre velmente, beroligende ord omkring deres syke barn.

Anna er 2 mndr. gammel. Mor forteller at hun de siste 4 dagene har sett spor av friskt blod i avføringen. Barnet er normalt utviklet og klinisk undersøkelse avdekker intet, rent bortsett fra at ungen protesterer mer enn en skulle forvente på forsøk på rectal-eksplorasjon med lillefingen. En gjennomgang av helsekortet ga ikke spesielle opplysninger verken vedrørende svangerskap eller neonatalperioden. Denne episoden glir over av seg selv i løpet av få dager. Ved neste konsultasjon er barnet 11 mndr. Mor kan da fortelle at barnet ble ammet til 10-mndrs. alder

og at Anna, etter at fast føde ble introdusert, ble tiltagende plaget av kortvarige skriketurer, der hun ofte samtidig ble mørk og tankefull i ansiktet slik småbarn blir når de gjør sitt fornødne. Dette skjer svært hyppig og mor registrerer bare sjelden at det blir noe resultat i bleien.

Arbeidsdiagnosen er obstipasjon og behandlingen blir som sedvanlig innenfor en helsestasjonssetting, informasjon, rådgivning og undersøkelse av barnet. Anna følger percentilskjemaene utmerket og jeg legger ikke så mye vekt på det meddelte. Ved undersøkelsen er buken noe stor, som den ofte er hos barn, og nytt forsøk på rectal-eksplorasjon mislykkes. Anna får nå med seg resept på Duphalac-mixtur og Scheriproctsalve med avtale om kontroll etter 14 dager.

Ved neste konsultasjon er barnet 14 mndr, og hovedproblemet som bringes til torgs under konsultasjonen, er feber. Anna har nå lange perioder med vekslende temp, og ukene går hen med varierende verdier, men påfallende ofte er kveldstemp. over 37,8. Mor kan ikke fortelle om andre ledsagersymptomer i disse periodene enn at Anna er litt slappere enn hun synes er rimelig. Anna har øket forekomst av sine "trykkturer"-perioder, der det kan se ut som hun er kraftig obstipert. Undersøkelsen avdekker et økende bukomefang, magen er også svært vanskelig å undersøke. Den er spent.

På dette tidspunktet er mor redd og usikker på hva det er som er galt med Anna. Selv begynner jeg å merke en gryende usikkerhet - kanskje er dette noe annet enn en vanlig småbarnsobstipasjon som ikke vil gi seg etter introduksjon av fast føde, det var da pussig med disse feberperiodene? Hvordan kan det ha seg at Annas mage er blitt så stor? Jeg kan jo ikke palpere fecalmasser. Allmenntilstanden er heldigvis god. Denne gangen bestemmer jeg meg for å insistere på at jeg får se barnet igjen etter ca. 2 uker. Anna kommer til konsultasjon i mai 1988. Hun virker piggere, mor forteller at hun har mindre feber, det virker som om det hele er i ferd med å gli over. Anna er mer villig til å la seg undersøke denne gangen, og når jeg i ro og mak palperer hennes buk, synes det å være en tumor på miltens/venstre nyres plass. På dette tidspunktet føler jeg meg ganske sikker på at Anna nok har en alvorlig sykdom. Det blir utført ultralyd abdomen samme dag. Denne er neg.

Anna har fornuftige foreldre. Kontakten med mor er god, og hun slår seg til ro med det negative ultralydresultatet. Imidlertid øker Annas besvær betydelig i de kommende ukene, og hovedproblemet blir tilbakevendene anfall av magesmerter, samt denne feberen. Avføringen er normalt grøtaktig, men mengdene hver gang er på størrelse med en ert.

Det ser ikke ut til at vi kom-

mer noe videre med Anna's problem, og jeg legger henne derfor inn på den lokale barneavd. Etter å ha konstatert analstenose med en mulig defekt sphincter, blir Anna i en alder av 16 mndr, og etter å ha ligget i barneavd. i 3 uker, overflyttet til barneklubben, Rikshospitalet for videre diagnostikk. Oppholdet på Rikshospitalet gir som konklusjon: Analstenose, sacrumanomali og presacral tumor. Under oppholdet i avd. instrueres foreldrene i å gjøre daglige analblokkinger med Hegarstifter og senere med sin egen behanskede pekefinger. Mor gjennomfører opplegget en tid, men det viser seg snart at det blir nødvendig å gjøre en transversostomi. Oppsummeringen fra Rikshospitalet nevner Currarinosyndrom som en sannsynlig diagnose. Dette er en sjeldent stillet diagnose, der triaden utgjøres av sacrumanomali, presakral tumor og analstenose.

Situasjonen nå etter det kirurgiske inngrepet, er en helt annen enn det den var før hun ble operert. Mor beretter om en "ny tilværelse" for Anna. Hun har bedre allmenntilstand, feberepisodene er borte, hun fungerer godt kroppslig og sosialt, går i barnehage. Det å bruke pose på magen ser ikke ut til å affisere Anna i det hele tatt, både hun og familien er åpne vedrørende dette både i barnehagen og ellers. De andre barnehagebarna deltar når posen skiftes. Anna er glad i å gå uten klær sommerstid,



Kvinner seksualitet

Seksuell lyst -fantasier - orgasme

og foreldrene synes det er en lettelse å slippe å dilatere Annas anus.

Det er mulig at Anna senere skal radikalopereres og at hennes colostomi skal lukkes, men det har ingen hast, all den tid utviklingen hennes er så gunstig og tilpassingen til colostomien så naturlig. Anna er ikke syk. Hun er funksjonshemmet, og foreldrene har gjennom medlemsskap i Analatresiforeningen og NORILCO kontakt med andre stomioopererte barn og unge.

Rart å tenke på at et obstipasjonsproblem fra ca. 1-års alder, da fast føde ble introdusert, viste seg å være en ultrasjelden tilstand. Den allmennmedisinske hverdag er i sannhet komplisert.

Bydelslege
Harald Bjørnstad
 Travhaug helsesenter
 Birkelandsgaten 2
 4007 Stavanger

□

Av Birgit Bjerck, Jorunn Bjørge, Siss Danielsen, Brita M. Gulli, Hilde Ingebrigtsen, Ingeborg Karl, Kirsti Malterud og Svanhild Storbråten.
 230 sider. Kr. 178,-. Pax Forlag 1980.

Da Shere Hites rapport om amerikanske kvinners seksualitet kom ut i 1980, ble de norske kvinnelige leserne oppfordret til å bli med på en tilsvarende norsk spørreundersøkelse. 327 norske kvinner i alderen 17 til 77 år har besvart et omfattende spørreskjema, - som så gir grunnlag for boka *Kvinner seksualitet*.

Forfatterne ønsket svar på: Hva gir seksuell glede? Hva søker kvinner i seksualiteten? Hva er hindringene for kvinners seksuelle utfoldelse?

Og de fikk svar! Konklusjonene summerer de opp i henholdsvis "Muligheter og begrensninger" og i "Enhet og mangfold".

Og hvorfor har så mange kvinner brukt tid og tanke på en slik spørreundersøkelse?

- skjemaet ga utfordringer og muligheter
- skjemaet gir kvinner selv muligheten til å sette ord på seksualiteten
- det er et ønske om å dele erfaringer med andre
- noen kvinner ønsker å spre opplysning og endre holdninger
- i alle bidragene finner en en trang til solidaritet med andre kvinner.

Det er et stort mangfold av veier fram til orgasmen for kvinnene. Beskrivelsen av selve orgasmeopplevelsene viser at det er rike muligheter for lyst og glede hos kvinner. På den annen side er voldtekt eller trusselen om voldtekt den ytterste begrensning av kvinners seksualitet og integritet.

Kvinnene beskriver mange veier fram til lyst og seksuelle gleder. Den gamle myten om at kvinner er like holder ikke. Noen fellestrekk går igjen i besvarelsene: Trygghet i situasjonen, personlig kontakt, fravær av krangler og uoverensstemmelser, egen lyst til sex, følelsen av å ha tid nok.

Boka er en frodig beskrivelse av kvinners seksuelliv fra barndom til opp i høy alder. Her er det mye nyttig stoff for både leg og lærd, - og ikke minst for oss allmennpraktikere som ofte får å gjøre med problematikk som er knyttet til kvinners seksuelliv. En svært lesverdige bok, en bok med lun optimisme og klargjørende realisme.

Anmeldt av:
 Eli Berg
 2250 Roverud

□

DUMOZOLAM (triazolam)
HYPNOTIKUM

Resoribletter 0,2 mg. Hver resoriblett inneh.
Triazolam 0,2 mg. Resoribleten har delestrek.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering ved gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80 %. Hurtig absorpsjon fra munnens slimhinne. **Proteinbinding:** 89 % bindes løst til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer med en variasjon på 1,7-3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene α -hydroksytriazolam og 4-hydroksytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90 % i urin og 10 % i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarig insomnia. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomnia.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for legemidlet.

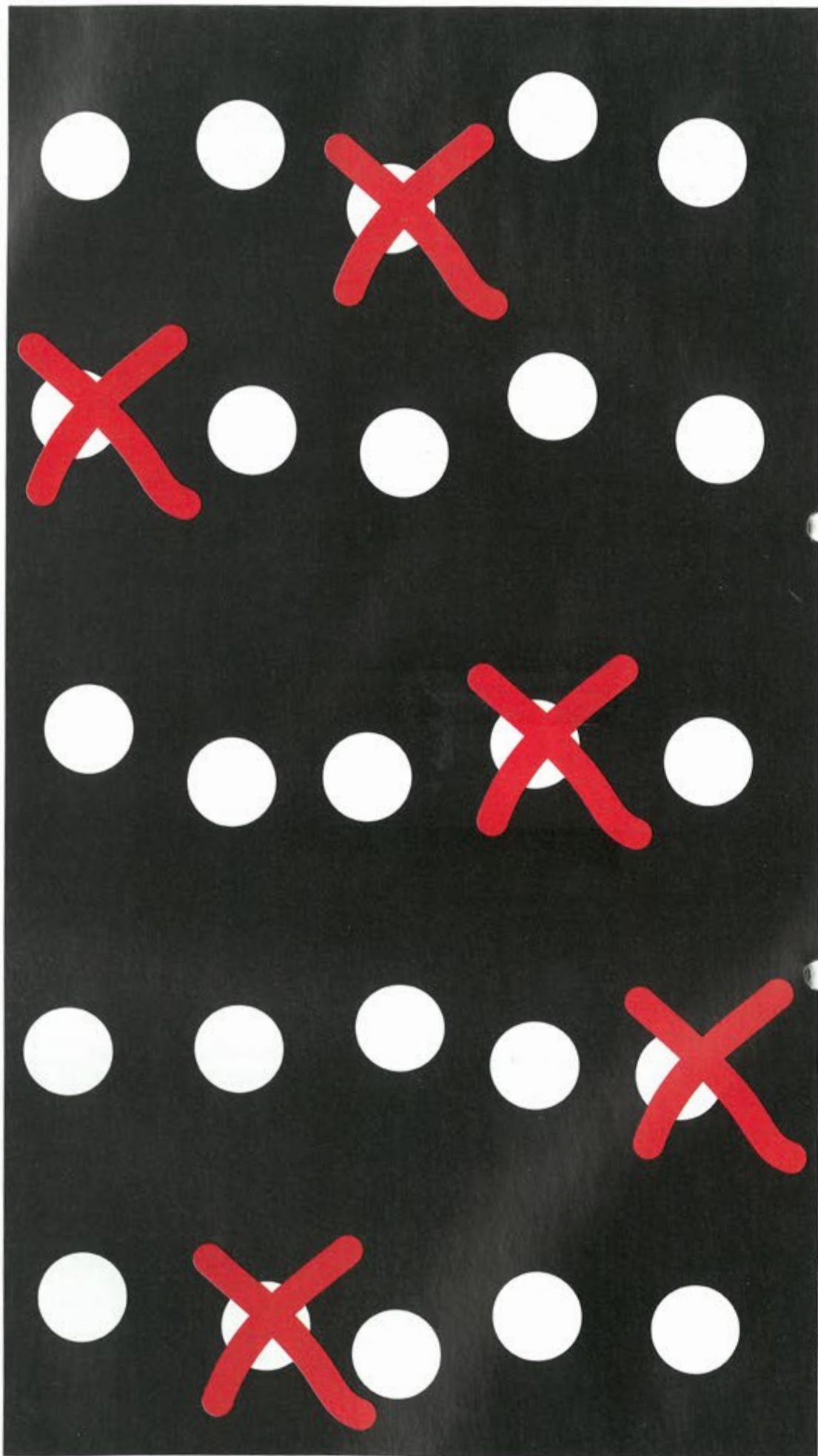
Bivirkninger: Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåketet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi. Ved seponering kan tilfeldige innsøvningsproblemer forekomme de første to nettene.

Forsiktighetsregler: Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom pga. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka pga. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet og i begrenset mengde til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke preparatet gis til potensielle misbrukere pga. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt lever- eller lungfunksjon.

Interaksjoner: Interaksjon kan sees med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidin eller makrolidantibiotika. Ved samtidig inntak av slike legemidler kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. Reduksjon av dosen bør overveies. (1:63e benzodiazepiner).

Anbefalt dosering: Legges under tungen. Dosen tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Tas ved behov når pasienten ikke får sove. Anbefalt dosering hos voksne: 1 resoriblett; kan økes til 2 resoribletter om pasienten ikke responderer tilfredsstillende. P.g.a. større følsomhet hos geriatriske/svekkede pasienter gis initialt 1/2 resoriblett (0,1 mg) som kan økes til 1 resoriblett (0,2 mg) om nødvendig. Resoribleten kan tas liggende i sengen. Unngå å svelge mens resoribleten henfaller.

Pakninger og priser: 0,2 mg 100 stk. kr 109,70. Etpac: 30 stk. kr 41,40. 10 stk. kr 21,00.



Alt for mange sovetabletter skulle aldri vært tatt!

Pasienter med søvnvansker har lett for å komme inn i en ond sirkel; også etter at de har fått innsovningstabletter. Det som i utgangspunktet var en midlertidig hjelp, har for mange blitt en nødvendighet - selv om pasientene ikke ønsker det.

En viktig grunn til det, er at tablettene har blitt tatt i god tid før man har lagt seg. Og for de aller fleste har motivasjonen for å prøve å sovne uten tabletter forsvunnet ganske raskt.

Med Dumozolam innføres et helt nytt behandlingsprinsipp.

- Dumozolam er en resoriblett med 0,2 mg triazolam, og legges ganske enkelt under tungen hvis man ikke får sove.
- Selv om mengden av virkestoff er 20 % lavere enn hos tilsvarende tabletter, er effekten den samme*.
- Effekten kommer hurtig*.
- Absorpsjonen blir mer ensartet fra pasient til pasient*.

Ved riktig bruk av Dumozolam reduseres risikoen for at sovetabletter skal gå over fra å være en uønsket vane til å bli en ønsket uvane!

Gi dine søvnløse pasienter mulighet til å våkne uthvilt - med en ubrukt resoriblett fra kvelden før liggende på nattbordet.

**Dumozolam® har delestrek.
10-, 30- og 100-pakning.**

Rekvisisjonskort på gratisprøve kan bestilles fra DUMEX. Telefon: 02/84 63 63.
*Yoddal, L. «Bioequivalence of two different formulations of triazolam.» In press 1990.
Kan rekvireres fra Dumex.



Give nature a chance!

Postboks 93, 1364 Hvalstad, Telefon 02/84 63 63.

DUMEX



Denne gang bringer vi en kasuistikk som stiller flere spørsmål enn den gir svar. Derfor ber vi om lesernes kommentar. Hvordan ville dere ha taklet denne pasienten?

Skriv til Utposten og del deres tanker med andre!

Pasienten er en mann på 40 år - vi kaller ham Birger. Han kom på kontoret mitt en januar dag for 4 år siden. Han kom ikke frivillig, men en arbeidsformann kom trekende med ham. Birger var i en sørgelig forfatning - skitten, illeluktende, skjelven. Han hadde fått følgende ultimatum: slutt å drikke, ellers mister du jobben.

Birger var innstilt på å beholde jobben. Så vi inngikk en kontrakt med antabus, B-vitaminer, jevnlig kontakt, en tids sykmelding.

Birger sluttet faktisk å drikke. Etter hvert kviknet han til, stelte seg, la på seg noen kilo. Etter et par måneder var han tilbake på jobb.

Utover våren fikk jeg hans historie: Han var sønn av småbrukere, foreldrene var over 40 da de giftet seg. De fikk først en datter og så Birger. Barna var flinke på skolen, men var nokså overbeskyttet og skulle helst holde seg hjemme. Begge tok artium. Datteren dro til Oslo og begynte på universitetet. Birger avtjente verneplikten og flyttet så hjem igjen. Far var syk og trengte hjelp på bruket.

Så døde far etter noen år og mor ble alene. Hun var heller ikke frisk. Etter hvert ble hun pleietrengende. Birger ble boende hjemme i 12 år - drev bruket og stelte mor. Sine få fristunder brukte han til jakt eller fjellturer med bikkja. Søsteren var sjelden hjemme. Så døde mor. Nå fulgte det

Birger beskriver som "et sammenbrudd". Han murte seg inne, begynte å drikke jevnt. Dyrene fikk dårlig stell, bruket forfalt. Økonomen ble nedkjørt. Etter en sommer og høst på denne måten tok Birger mot til seg, tok med seg regningsbunken og oppsøkte sosialkontoret. Han fikk hjelp til å ordne opp, tok opp lån for å dekke de akutte utgiftene. I løpet av vinteren avvirket han bruket og skaffet seg jobb. Han var heldig og fikk jobb i en lokal bedrift, en jobb som var både interessant og bra betalt, og som han fungerte godt i.

De neste 3 årene forløp på den måten at Birger passet jobben om dagen og om kvelden satt han alene foran TV etter at bikkja hadde fått en tur. Helgene var lange og ensomme. Det ble snart en vane å drikke tett både fredag og lørdag - alltid alene. Søndag ble brukt til å hente seg inn så han kunne stille presis på jobb mandag morgen. Høytider som jul og påske var særlig vonde, da ble det til at han satt inne og drakk mange dager i strekk. Det var etter en slik jule- og nyttårshelg at han kom på kontoret mitt første gang.

Etter at vi hadde hatt kontakt et halvt års tid og hans fysiske tilstand var bedre, var klagen hans at han var så ensom. Hvordan skulle han få kontakt med folk? Jeg hadde mange gode forslag til hva en mann i hans

alder kunne foreta seg for å få kontakt - (ting jeg kunne ha god lyst til å drive med selv) - fotoklubb, swingkurs, hjelpekorps osv. osv. Men det førte ikke til noe. Han kom seg liksom ikke i gang.

Da var det den lyse ideen slo meg at Birger kanskje ville ha nytte av en støttekontakt. Jo - sosialkontoret la seg i selen og skaffet etter kort tid en støttekontakt. Deretter skaffet de en annen og så atter en annen. For det var ikke lett. Birger var kresen. De to første var ikke etter hans smak. Men den tredje ble god tatt.

I noen måneder så jeg ikke mer til Birger. Jeg glemte ham nesten. Så satt han der igjen. Støttekontakten hadde sagt opp. Hun syntes Birger var blitt for avhengig av henne. Hun orket ikke mer. Og de sosialkontoret kunne tilby som erstatning ville Birger ikke høre snakk om.

Så nå er han fast gjest på kontoret igjen. Ca. hver måned sitter han der. Av og til presenterer han mindre somatiske problemer. Men som regel er det ensomheten han snakker om og hvilke kontaktmuligheter han vurderer. Jobben går bra, alkoholbruken er under kontroll. Men han har det vondt.

Og jeg er frustrert. Hvordan skal jeg kunne hjelpe Birger? Jeg har foreslått psykiater og psykolog, men det vil han ikke. Han vil gå hos meg. Og hva så? Han er jo ikke plagsom. Han venter ikke an-



18. mai 90
Snøfride Tjønn

net av meg enn å få sitte der 20 min. hver måned og vise meg sin lidelse. Skal vi bare ha det slik? Er kontakten i seg selv av verdi for ham?

Jeg har spekulert på hva det er som gjør meg så frustrert. Det viktigste er nok at jeg ikke ser noen framgang. Vel i forhold til ved vårt første møte er situasjonen nå som natt og dag. Men han er dypt

ulykkelig. Og jeg kan ikke hjelpe ham.

Samtidig er det vanskelig for meg å forstå at det må være slik. Hvorfor kaster han seg ikke bare uti det? Vi har brukt timer på å snakke om hans frykt for å bli avvist og at "den som intet våger, intet vinner". Det ser ikke ut til å forandre noe.

Og så tenker jeg: er dette legearbeid? Er han syk? En psykiater ville kanskje funnet en finurlig personlighetsforstyrrelsesdiagnose som passet på ham. Og da er han kanskje min jobb, eller psykiaterens. Eller er han ikke syk, men bare en lite modig, ensom og ulykkelig mann? Og er det i så fall noe som angår meg som lege?

Kanskje er våre korte møter den eneste form for nærhet han har. Men de kan på ingen måte erstatte det han mangler.

Hva synes dere jeg skal gjøre?

□

OVESTERIN "ORGANON"

Østrogen

ATC-nr. G03C A04

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, hjelpestoffer q.s.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, eutanol, spermasett, glyserol, cetanol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitan monostearat, melkesyre, klorheksidinklorid, rensset vann til 1 g.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, cetomacrogol 1000 50 mg, ricinooleinsyremonoglycerid 125 mg, hardfett til 2,5 g.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig østrogen med kort virketid. De aktuelle doser gir effekt bare på det meget østrogenfølsomme vev i nedre urinvei og ytre genitalia. Ved lokal administrasjon oppnås god lokal effekt. Liten innvirkning på endometriet ved bruk av terapeutiske doser, dosert 1 gang daglig. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon og motvirker degenerative forandringer i slimhinnen i vulva og vagina. Absorpsjon: Tabletter: Rask ved peroral administrasjon. Vaginalkrem/vagitorier: God fra vaginalslimhinnen, noe som også medfører en systemisk effekt. Metabolisme/Utskillelse: Via lever/urin. Overgang til morsmelk: Går over og kan føre til redusert laktasjon.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genital-organene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Tablettene er også indisert ved ikke- infeksjose cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urin-inkontinens.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt mammacancer eller endometriecancer. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlig leverskade. Aktiv tromboembolisk sykdom. Graviditet. Pga. god absorpsjon gjelder de samme kontraindikasjoner for vaginalkremen og vagitoriene som for tablettene.

Bivirkninger: Tabletter: Kvalme, hodepine, brystspenning, væskeretensjon, spotting under og etter seponering av terapi, økt produksjon av cervix-sekret. Vaginalkrem/vagitorier: Brystspenning, økt produksjon av cervix-sekret kan forekomme ved høye doser. Lokal behandling kan forårsake lokal irritasjon og kløe. Denne er normalt kortvarig.

Forsiktighetsregler: Under langvarig behandling med østrogener anbefales regelmessige undersøkelser (første etterundersøkelse innen 6 måneder, deretter hvert år). Pasienter med hjertesvikt, nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hypertensjon, diabetes eller epilepsi bør kontrolleres omhyggelig. Unormal underlivsblødning krever adekvat diagnostikk. Pasienter med migrene, tromboemboliske lidelser i anamnesen eller disposisjon for tromboembolisk sykdom, endometriose, fibrocystisk mastopati, porfyri, hyperlipo-proteinemi bør følges nøye. Likeledes de som under svangerskap eller ved tidligere østrogentilførsel har hatt alvorlig pruritus, herpes gestationes eller forverring av otosclerosis. Ved vaginale infeksjoner skal spesifikk infeksjonsbehandling igangsettes før vaginalkrem/vagitorier benyttes.

Interaksjoner: (I:78e steroider).

Dosering: Tabletter: Urogenitale besvær postmenopausalt: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker. Vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: 1 mg daglig. Cervikal sterilitet: 0,25-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til det opphøyde merket) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder 0,5 mg østriol. Vaginalkrem/vagitorier: Vanlig dose ved vulva/vaginale plager: 1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 ganger pr. uke. Preoperativt: Behandlingen bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie daglig.

Postoperativt:

1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i minst 2 uker. **Pakninger og priser:**

Tabletter: 1 mg: 30 stk. kr. 52,60, 90 stk. kr. 140,50. 2 mg Enpac: 90 stk. kr. 272,00. **Vaginalkrem:** 15 g kr. 61,80. **Vagitorier:** 15 stk. kr. 57,00. T: 6,9.

Referanser:

1. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd: Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen 27.-29. nov. 1990. Panelets uttalelse.
2. Iosif CS & Bekassy Z: Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 63:257-60.
3. Iversen OE: Østrogenbehandling. Nyttig eller farlig i klimakteriet og postmenopausalt? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109:2531-4.



HVER FJERDE KVINNE OVER 60 ÅR PLAGES AV URINLEKKASJE" (2)

"Noen få år etter menopausen vil slimhinneforandringer pga redusert østrogenproduksjon gi følgende såkalte urogenitale plager; tørr slimhinne i skjeden, ofte med påfølgende smerter under samleie, tilbakevendende blærekatarr og blæreforstyrrelser i form av sterk trang til vannlating, nattlig vannlating og evt urinlekkasje.

30-50% av alle 60 år gamle kvinner har så uttalte plager at de er behandlingstrengende" (1).

"Mot urogenitale besvær er lavpotente østrogener tilstrekkelig. Dette kan gis som vagitorier eller krem, eventuelt som tabletter. Effektene er prinsipielt de samme. Slik behandling er ufarlig, og det bør derfor vurderes om preparatene kan gjøres reseptfrie.

De farmakologiske forholdene ved østriol er langt bedre kjent enn for dienoestrol, og østriol bør derfor foretrekkes" (1).

Ovesterin[®] inneholder østriol, det svakeste naturlige østrogenet.

Ovesterin[®] bygger opp igjen slimhinnene i underlivet uten å gi generelle østrogeneffekter ved normal dosering(3).

Vil du vite mer om **Ovesterin**[®] ring oss, så sender vi utfyllende informasjon. 02-78 43 65.

VAGITORIER,
KREM OG
TABLETTER.

OVESTERIN[®]

Løvemot i den gode saks tjeneste

Anne Bergljot Bærug f. 1956. Cand. scient. ernæring. Fra høsten 1987 ansatt hos Fylkeslegen i Finnmark. Medlem i Ammehjelpens internasjonale gruppe.

Betroelser om pupp og politikk

Av Anne Bergljot Bærug

Jeg kan godt innrømme at jeg har et lidenskapelig forhold til amming. Amming er for meg blitt et krysningspunkt mellom mange ulike anliggender - politiske, faglige, feministiske og følelsesmessige. Det begynte for mer enn 10 år siden med arbeidet for å få satt en stopper for den multinasjonale barnematindustriens aggressive markedsføring av morsmelkerstatning i den såkalt 3. verden. Aktivistnettverket (International Baby Food Action Network) som blant annet omfattet vår lille norske gruppe, var en pådriver i arbeidet som førte til at Verdens helseforsamling i 1981 vedtok den internasjonale koden som regulerer barnematindustriens markedsføring av morsmelkerstatning (1).

WHO-koden - en milepæl

Historien om WHO-kodens tilblivelse er spennende som en thriller (2). Til tross for barnematindustriens intense lobbying under Verdens helseforsamling i 1981 ble koden vedtatt med et overveldende flertall, bare USA stemte imot. Norge spilte forøvrig en meget sentral rolle i arbeidet for å få vedtatt den internasjonale koden.

Bakgrunnen for denne nesten universelle oppslutningen var den etterhvert solide dokumentasjonen av de tragiske konsekvensene ved flaskeernæring i U-land (3), og erkjennelsen av at en vesentlig årsak til ammeforfall var barnematindustriens intense markedsføring.

Den britiske barnelegen Cicely Williams som arbeidet i Singapore omkring 1940, var en av de første som påpekte sammenhengen mellom flaskeernæring og økt spebarnsdødelighet:

"If your lives were embittered as mine, by seeing day after day this massacre of innocents by unsuitable feeding, then I believe you would feel as I do that misguided propaganda on infant feeding should be punished as the most criminal form of sedition, and that these deaths should be regarded as murder".

Billig overskuddsmelk gir stor profitt

Cicely Williams utsagn er historisk, men dessverre minst like aktuelt i dag. Morsmelkerstatninger er en av de raskest voksende matvarebransjer i verden. Det er anslått et årlig salgstall på 4 billioner amerikanske dollar, og en salgsøkning på 15 % per år. Halvparten av dette salget går til U-land. Markedet er like lukrativt som det er stort, med en profittmargin på 20-25 %, fordi råmaterialet er billig overskuddsmelk fra Europa og Nord-Amerika. Nestlé er gjiganten på området med en markedsandel på omlag 50 % (2).

WHO-koden et minimumskrav

WHO-koden legger kraftige restriksjoner på en rekke markedsføringsmetoder, og det er ikke lenger

adgang til direkte reklame overfor forbrukerne. Det er ikke tillatt med utdeling av gratisprøver til mødre og helsepersonell. Det gis begrenset adgang til gratisforsyninger til sykehus og institusjoner. Gratisforsyninger skal bare gis til spedbarn som ikke kan ammes, og industrien er isåfall forpliktet til å sørge for gratisleveranser så lenge det er behov for det.

Koden ble sett på som et minimumskrav med hensyn til hvilke begrensninger som skulle gjelde i forhold til barnematindustrien, og den skulle vedtas fortrinnsvis i lovs form, alternativt som en frivillig avtale.

Som internasjonal resolusjon kan koden bare iverksettes nasjonalt. I 1983 inn gikk derfor Helsedirektoratet en "Avtale mellom norsk barnematindustri og Helsedirektoratet vedrørende markedsføring av morsmelkerstatninger". Samtidig ble Helsedirektoratet sammen med Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Hjelpepleierforbundet enig om "Retningslinjer for helsearbeidere for fremming av sunn og fullgod spedbarnsernæring" basert på WHO-koden (4).

"Få skikk på eget hus"

Mine afrikanske og latinamerikanske aktivistsøstre ber om støtte i sitt arbeid for å beskytte ammingen. Det viktigste vi i de rike land kan gjøre på dette feltet sier de, er å få "skikk på vårt eget hus" ved å få en fungerende nasjonal kode.

Følge WHO-koden skal "helsemyndighetene i samarbeid med helsearbeidere treffe de nødvendige tiltak for å beskytte og oppmuntre til amming". Det består blant annet i å se til at barnematindustrien ikke driver noen form for markedsføring av morsmelkerstatning.

Ved Nestlé-Findus bedriften i Hammerfest har de ansatte og deres nærmeste slektninger tilbud om gratis morsmelkerstatning. I Hammerfest og Sørøysund kommune hadde henholdsvis 20 % og 25 % av mødrene et slikt tilbud

i 1989 (5). Tilbud om gratis morsmelkerstatning må være et soleklart brudd på koden, mente Fylkeslegen i Finnmark og skrev brev til Nestlé-Findus hvor vi gjorde oppmerksom på dette. Svaret fra Nestlé kom etter få dager: Nestlé var ikke enige, dette var et sosialt gode og ikke markedsføring.

Lovlig, men ikke ønskelig

Hvorfor ikke som sosialt gode gi mora noe frossenfisk og grønnsaker tenkte jeg, så kommer velferden også de ammende mødre tilgode. Men som offentlig ansatt er slike kommentarer uhørt, istedet ble saken oversendt Helsedirektoratet for vurdering. Omsider, etter om lag ett og et halvt år, kom svaret: Helsedirektoratet fant - under tvil riktignok - "ikke grunnlag for å påstå at Nestlés praksis var noe opplagt brudd på avtalen". Helsedirektoratet anså imidlertid gratisutdeling som lite ønskelig ut fra en faglig vurdering. Seier til Nestlé, stor skuffelse til meg.

Fra Finnmark til Afrika

Det er langt fra Finnmark til Afrika. Allikevel er dette også et spørsmål om internasjonal solidaritet. Norge har påtatt seg en internasjonal "modell"-rolle som gjør at man i mange land, ikke minst i den fattige del av verden, har betydelig interesse for hvordan denne avtalen praktiseres i Norge. Nestlé kan nå vise til at selv ikke i det restriktive Norge er WHO-koden til hinder for gratis utdeling av morsmelkerstatning.

Åndssnobb mot raus arbeidsgiver

Fylkeslegen forfattet et nytt brev, denne gangen til Sosialministeren, med en meget innstendig oppfordring om å revidere avtalen slik at den kunne brukes til å forby gratisutdeling. Fylkeslegen ser det som sin oppgave å gjøre landets helsemyndigheter oppmerksom på forhold hvor helselovgivning og avtaler ikke fungerer etter hensikten.

13. mai 1989 kom Finnmark Dagblad ut med følgende førsteside: "Raser mot Fylkeslegen. Nestlé-ansatte må beskyttes - de har jo ingen utdanning". Artikkelen var ledsaget av et bilde hvor kvinnelige ansatte reiser knyttneven mot Fylkeslegen, mens de holder fram Nan-pakken med den andre handa. Enkelte Osloaviser fulgte opp i samme stil. Følgende formulering i brevet til sosialministeren, var opphav til oppslaget:

"Gjennomsnittlig ammefrekvens i Norge ligger høyt, men det er store og uakseptable forskjeller i ulike sosialgrupper. Mors utdanning er den bakgrunnsvariabel som gir størst variasjon. Vi vil tro at en stor andel av de kvinnelige ansatte ved Nestlés bedrift tilhører gruppen med forholdsvis kort utdanning - hvor en i særlig grad burde være opptatt av å beskytte og fremme amming".

Ja, slik skrev jeg i min iver etter å argumentere for at det ikke var noen grunn til at Nestlé-ansatte skulle ha et "tilbud", vi andre er beskyttet mot. Slik skriver man selvsagt ikke. Min gamle aktivistvenn, sosiologen, skjelte meg huden full: "man bruker ikke statistikk på den måten".

Forgjeves faxet vi pressemeldinger til aviser i øst og vest, med beklagelse og et forsøk på å si noe om vårt egentlige anliggende. De ansatte fikk selvfølgelig vår beklagelse. Fra å være på offensiven og føle at jeg stod i "det godes tjeneste", ble jeg imidlertid slått fullstendig over på defensiven. I noen dager og netter gikk jeg rundt og følte meg som en småfascistisk åndssnobb, og gransket mine hjerter og nyrer. Det kom mange kommentarer på at det var da voldsomt til engasjement for noen få pakker med Nan sin skyld. Kunne det være så viktig?

"Don't look to Norway"

Da Filippinene arbeidet med sin kode, tok det filippinske sosialdepartementet kontakt med oss i "Ammehjelpens inter-

⇒

nasjonale gruppe" (ikke Helsedirektoratet!) for å få opplysninger om den norske koden status. Jeg hadde ønsket å kunne presentere et entydig, juridisk sterkt og godt fungerende regelverk som kunne tjene som modell i den tøffe oppgaven de hadde på Filippinene, for å få lagt tøyler på barnematindustrien. Isteden måtte jeg vise til en frivillig avtale med flere svake punkter og en form som gjør at den vanskelig kan håndheves juridisk, og et "overvåkningssystem" basert på spredte ammehjelpgrupper og enkelte engasjerte helsearbeidere. Forbrukerinteressene har meg bekjent ennå ikke fått medhold i en eneste av de innrapporterte bruddene på den norske avtalen. Tvilen har konsekvent kommet industrien til gode.

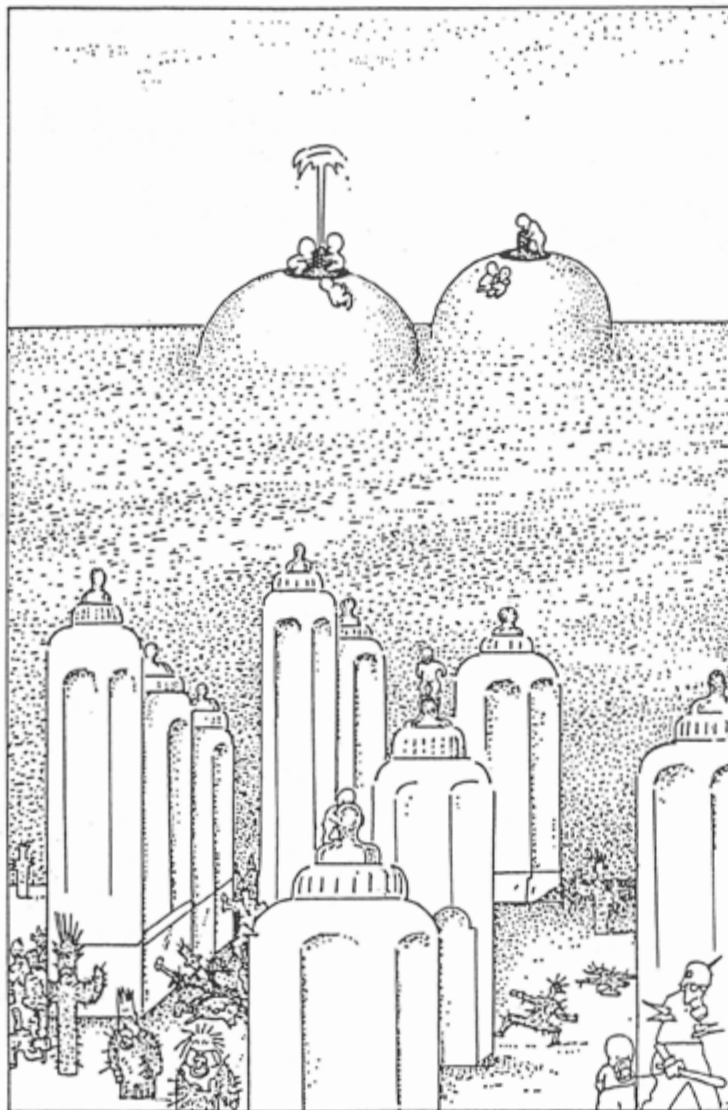
Den norske koden - symbolpolitikk?

Det hele virket ugjennomtrengelig og forvirrende. Slik jeg leste koden burde vi fått medhold, kunne "jusunorsk" og vanlig norsk være så forskjellig?

Karen Marie Molands mellomfagsoppgave i administrasjons- og organisasjonsvitenskap om "Utforming og iverksetting av den Internasjonale koden for markedsføring av morsmelkerstatning i Norge" kom meg til unnsetning. Ifølge Moland har kontrollpolitikken i dagens Norge ikke samme legitimitet som for 20 år siden. Det politiske klimaet har endret seg i favør av industrien som kan sikre staten inntekter og arbeidsplasser. Moland skriver: "Jeg vil påstå at koden som helseforebyggende kontrolltiltak nyter mindre politisk legitimitet enn Nestlé som industriforetak". Moland konkluderer med at koden er redusert til et stykke symbolpolitikk, et vedtak som ikke settes ut i livet, men som eksisterer som et solidaritetsdokument for å støtte opp om WHO's resolusjon.

Dynamisk industri - statisk regelverk?

Koden kan imidlertid ikke brukes som et solidaritetsdokument med mindre den fungerer - jfr. de filippinske myndigheters henvendelse i forbindelse med arbeidet for å få vedtatt den filippinske koden. En annen ting er at ammingen er sårbar også i vårt samfunn. Den positive utviklingen vi har sett i Norge de siste 15-20 åra er ikke irreversibel. Fortsatt ser mange på morsmelken som en mar-



ginal ressurs som bare de mest produktive kan basere spedbarnernæringen på.

Det har vært øyeblikk hvor jeg har kjent et nært slektskap med Don Quijotes patetiske kamp. Motstanden har vært sterk, men det er ikke kommet fram noe som har forandret selve saken. Det var også WHO's intensjon at koden skulle revideres etter en viss tid, ut fra erkjennelsen av at industriens virksomhet er dynamisk. Profitbegjær og teknologiske nyvinninger er næringslivets drivkraft, mens dynamikken i offentlig sektor skapes av kunnskap og engasjement. Det er ingen grunn til at offentlig sektor ikke også skulle være dynamisk.

Referanser:

1. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva 1981.
2. Clement D. Commerciogenic malnutrition in the 1980s. I: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Program-

mes to Promote Breastfeeding. Oxford University Press, 1988.

3. Soysa PE. The advantages of breast-feeding. A developing country point of view. I: Breast-feeding and health. Assignment children 55/56 2/1981. UNICEF 1981.

4. Helsedirektoratet/Sosialdepartementet 1983. Avtale mellom norsk barnematindustri og Helsedirektoratet vedrørende markedsføring av morsmelkerstatninger, samt retningslinjer for helsearbeidere for fremming av sunn og fullgod spedbarnernæring, basert på verdens helseorganisasjons internasjonale kode for markedsføring av morsmelkerstatninger - 1981.

5. Bærug A, Solberg LK, Kjærnes U. Amming i Finnmark. Rapport under utarbeidelse.

6. Moland KM. WHO-koden. Utforming og iverksetting av Den internasjonale kode for markedsføring av morsmelkerstatninger i Norge. Mellomfagsoppgave, våren 1988. Institutt for administrasjons- og organisasjonsvitenskap. Universitet i Bergen.

Ernæringsfysiolog
Anne Bergliot Bærug
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 Vadsø



Hustavle om hodepine- behandling

1. Migrene feildiagnostiseres ofte som tensjonshodepine. Det motsatte skjer sjelden. En hodepine som debuterer som migrene og senere blir "kronifisert" skal fortsatt behandles og diagnostiseres som migrene.
2. For effektiv anfallskueping av migrene må behandlingen gis rectalt eller nasalt. De fleste (eller alle!) migrenepasienter har et element av ventrikkelretensjon under anfall.
3. De fleste migrenepasienter er enten for friske til å behøve ergotaminpreparater eller for syke til å tåle dem. Med flere enn tre anfall pr. måned er ergotaminpreparater kontraindisert pga. faren for "reboundhodepine"!
4. Pasienter med kronisk invalidiserende vaskulær hodepine etter flere års migrenesykehistorie har ofte (oftest?) sin lege å takke for det. De vanligste feilene er å forsømme skikkelig profylakse og å forskrive ergotamin til pasienter med så hyppige anfall at de utvikler reboundhodepine.
5. Pasienter med tre eller flere migreneanfall pr. måned skal anbefales migreneprofylakse. Betablokkene er førstevalg.
6. Dersom det profylaktiske medikament ikke gir effekt skal et annet profylaktikum forsøkes.
7. Dersom heller ikke dette fører til reduksjon av anfallsfrekvens skal et tredje profylaktikum forsøkes.
8. Glem ikke Hortons hodepine. Denne behøver ikke opptre i clusters og kan forebygges effektivt med litium.
9. Kraniale nevralgier, særlig neuralgia N. Occipitalis major, er ikke uvanlige årsaker til hodepine. Effekten av gjentatte nerveblokkader med lokalanestetika er ikke lett å forklare!
10. Ingen vet noe sikkert om behandling av tensjonshodepine. Så her er det all grunn til å ta i bruk sin kliniske intuisjon. Men glem ikke pkt1!

Overlege i nevrologi
Per Monstad,
Fylkessjukehuset
5500 Haugesund



Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter

Det er ikke hver dag en allmennpraktiker og medlem av Utposten-redaksjonen blir dr. med. Vi synes derfor vi kan tillate oss å markere at Kirsti Malterud den 21.09.90 forsvarte sin avhandling "Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter".

Vi gjør det ved å trykke innlegget fra førsteopponenten, som var professor Kari Wærness ved sosiologisk institutt ved universitetet i Bergen. Hun har velvilligst bearbeidet sitt innlegg for Utposten.

Kirsti Malteruds doktoravhandling

Av Professor Kari Wærness

Innledning

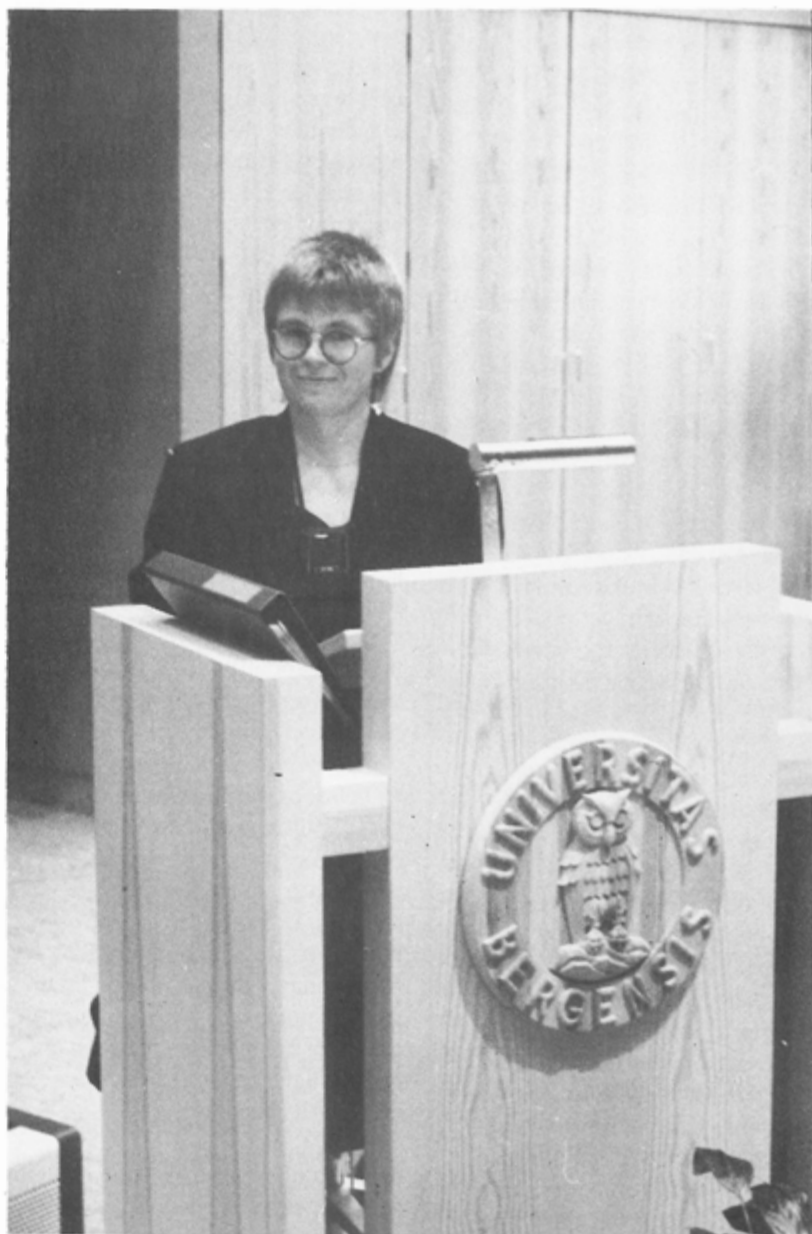
Forholdet mellom på den ene siden *teori* og *vitenskap* og på den annen side *praktisk kunnskap* er et tema som i den senere tid har fått økende oppmerksomhet blant vitenskapsfilosofier og samfunnsforskere. Temaet har fått en særlig aktualitet i forbindelse med de senere års vitenskapeliggjøring av de tradisjonelle kvinneyrker i helse- og sosialsektoren som sykepleie og sosialt arbeid. Men også når det gjelder de tradisjonelt vitenskapsbaserte profesjoner som f. eks. den medisinske profesjon, reises det i dag kritiske spørsmål om den dominerende modellen av forholdet mellom vitenskapelig kunnskap og profesjonell praksis er en adekvat beskrivelse av virkeligheten, og hvis ikke, om denne modellen overhodet er gagnlig som et ideal for hvordan det *burde* være. Når Virginia Henderson, en av pionerene i sykepleieforskning i dag advarer mot en for stor dominans av vitenskapelig opplæring i sykepleieyrket ut fra at hun er redd for at sykepleierne skal bli som legene "poorly educated in the giving of services; better educated in the arrogance of science" 2), målbærer hun en kritikk av den medisinske profesjon som deles av mange i den vestlige verden i dag. Denne kritikken gjelder heller ikke bare den medisinske profesjon, men henger sammen med utviklingen av, om ikke mistro, så i alle fall minskende tiltro til profesjonell vitenskapsbasert ekspertise i sin alminnelighet.

Det synet på profesjonell kunnskap som har dominert og dermed vært avgjørende for utviklingen av forholdet mellom forskning, utdanning og praksis i de fleste profesjoner, kan vi kalle den *tekniske rasjonalitetsmodellen*. Ut fra denne modellen består profesjonell aktivitet av

instrumentell problemløsning som blir effektiv og rasjonell fordi den baserer seg på anvendelsen av vitenskapelige teorier og teknikker. Ut fra denne modellen fungerer forholdet mellom forskning og praksis slik at praktikerne gir sine problemer til forskerne som i sin tur gir praktikerne nye teorier og teknikker for problemløsning. Forsker- og praktikerrollen holdes atskilt og forskning har høyest prestisje, noe som også avspeiles i oppbyggingen av de fleste profesjonelle utdanninger.

Som også doktoranden påpeker i sin avhandling er kvantitative metoder fra naturvitenskapelig tradisjon nærmest enerådende i medisinsk forskning. Det vil si at den tekniske rasjonalitetsmodellen, arven fra positivismen, denne mektige filosofiske doktrine som vokste fram på 1800-tallet som en beretning om naturvitenskapens og teknologiens fremgang og som en sosial bevegelse med den målsetting å anvende vitenskapens og teknologiens resultater for å fremme menneskehetens velferd og velstand, fremdeles har en enorm dominans innenfor de medisinske institusjoner. Dette innebærer selvsagt ikke at leger i *praksis* begrenser seg til å handle etter den tekniske rasjonalitetsmodellen for instrumentell problemløsning. Men det innebærer at mye av profesjonens praksiskunnskap, noe av det filosofen Michael Polanyi kalte "tacit knowledge" 2), hva vi på norsk kan kalle "taus kunnskap", i beste fall betegnes som "legekunst", (og i alle fall i festtaler for allmennpraktikere blir det lagt vekt på at denne legekunsten er en uunnværlig del av medisinsk praksis.)

Etterhvert er likevel begrensningen av det positivistiske verdensbildet blitt påtrengende. Naturvitenskapelig og teknologisk kunnskap oppfattes av svært mange mennesker ikke uten vid-



å føre til en entydig positiv utvikling for menneskers velferd og helse, for å si det mildt. I denne situasjonen blir det viktig å systematisere og utvikle klinisk refleksjonsbasert praktikerkunnskap ut fra *andre* paradigmer for vitenskap og ut fra et annet forhold mellom praksis og forskning enn det den tekniske rasjonalitetsmodellen foreskriver.

Det er dette Kirsti Malterud har gjort i denne avhandlingen. Hun bryter dermed med de *dominerende* normer for medisinsk forskning på flere måter: Hun skiller for det første ikke mellom forskerrolle og praktikerrolle, men studerer seg selv i rollen som kliniker i samhandling med pasientene. Med utgangspunkt i viktige problemer og utfordringer hun har møtt i sin praksis

som lege - nemlig kvinnelige pasienter med såkalte ubestemte helseplager - har hun orientert seg *vidt* innenfor ulike vitenskapsteoretiske tilnærminger fra andre fagområder enn medisin for selv å bli en bedre lege overfor denne pasientgruppen, og dernest for å fremskaffe kunnskap som kunne deles med andre. Det siste betyr at denne kunnskapen skulle tåle kritisk vurdering og refleksjon og dermed utsettes for vitenskapelig vurdering, om enn etter *andre* vitenskapelige kriterier enn de som gjelder for forskningsprosjekter innenfor det dominerende hypotetisk-deduktive paradigmet.

For det andre skiller dette avhandlingsarbeidet seg ut fra de fleste medisinske doktoravhandlinger ved at det *ikke* kun-

ne vært utført av andre enn allmennpraktiserende leger. Etter min bedømming kunne de fleste medisinske doktoravhandlinger vært utført av ikke-leger, av folk med en passende naturvitenskapelig eller noen ganger samfunnsvitenskapelig forskerutdanning. På den annen side vil jeg tro at det er relativt sjelden at førsteopponenten i en medisinsk disputas ikke er en medisiniker, men en sosiolog hvis erfaring med pasienter innskrenker seg til to års arbeid som ufaglært legesekretær i sin manns distriktslegepraksis for omtrent 20 år siden. (I kommisjonen ellers er likevel behandlerkvalifikasjonene vel ivaretatt ettersom de to andre medlemmene er henholdsvis lege og psykolog). Min manglende kliniske praksis innebærer at jeg svært lett identifiserer meg med den gruppen pasienter som utgjør en så besværlig gruppe i allmennpraksis og som det er et av doktorandens hovedansvar å øke medisinenes kunnskaper om - nemlig middelaldrende kvinner med ubestemte helseplager. Min vurdering av denne avhandlingen er tatt med utgangspunkt i dette pasientperspektivet.

Kort resyme av avhandlingen

Avhandlingen har to siktemål, 1) å presentere en systematisk beskrivelse og analyse av utvikling, karakteristika og implementering av en klinisk metode som skal styrke kvinnelige pasienters muligheter til å gi leger bredere kunnskap om deres helseplager og 2) gi en systematisk beskrivelse og analyse av den kunnskap om kvinners helseplager som denne metoden kan bidra til å avdekke.

Den kliniske kommunikative metoden er bygget opp omkring fire nøkkel-spørsmål som hvert enkelt skal belyse ett kunnskapstema i konsultasjonen:

- 1) den kvinnelige pasientens problemdefinering
- 2) hennes årsaksoppfatning
- 3) hennes tiltaksforventning
- 4) hennes erfaringer med egenomsorgstiltak.

Disse 4 nøkkel-spørsmålene ble utviklet og anvendt i hver sin serie av konsultasjoner med pasienter i allmennpraksis. Datagrunnlaget består av feltnotater og samtaleregistreringer i form av notater



og lydbandopptak av konsultasjoner. Den kliniske metoden er beskrevet og analysert ved hjelp av en kvalitativ vitenskapelig metode utviklet spesielt for formålet - nemlig konsultasjonsanalyse basert på en forskningsmodell der forskeren studerer seg selv i samhandling med pasientene. De teoretiske rammer for prosjektet er sosiolingvistisk, etnografisk, feministisk og sosiologisk, mens det empiriske kunnskapsgrunnlaget som er utgangspunktet for prosjektet, er etablert empirisk kunnskap om kjønnsforskjeller i helse-tilstand, sykkelighet og helse-tjenesteforbruk.

Doktoranden tar utgangspunkt i at konsultasjonen er den allmennmedisinske møteplass der legen og pasienten skal skaffe innsikt i pasientens helseplager og vurdere relevante tiltak, og at lege-pasient forholdet er et kraftfullt medisinsk redskap. Fordi lege-pasient forholdet ikke er et jevnbyrdig forhold, og fordi den som har sterkest innflytelse over konteksten, har makt til å definere hva slags kunnskap som skal gjøres gyldig og hvordan språkbruken skal oppfattes, kan resultatet bli at den kvinnelige pasientens utsagn får liten innflytelse i dette møtet - og at dette igjen medfører at legen går glipp av kunnskap som pasienten har. Denne kunnskap anser doktoranden *kunne* ha gjort lege-pasient forholdet til et bedre medisinsk redskap enn det blir *uten* at legen får denne kunnskapen. Resultatene av forskningen presenteres i tråd med de to siktemålene:

For det første presenteres konkrete felles språklige kjennetegn som nøkkel-spørsmålene bør ha dersom den kvinnelige pasients posisjon i samhandlingen med legen skal styrkes.

For det andre brukes dataene fra de registrerte konsultasjonene til en idealtypisk gruppering av noen få karakteristiske kategorier av helseplager hos dagens norske kvinner.

Med bakgrunn i den substansielle kunnskapen om kvinners helseplager prosjektet har resultert i, sammenfattes til slutt noen anbefalinger til leger som ønsker å gi adekvat helsehjelp til kvinner med vanlige allmennmedisinske helseplager.

Noen poenger fra selve disputasen

1) Avhandlingen formidler et uklart budskap når det gjelder spørsmålet om den kliniske metode som er utviklet, kan brukes overfor mannlige pasienter. Det argumenteres overbevisende for at den konkretisering av metoden som er utviklet har sitt utspring i forhold som er spesifikke for kvinner i vårt samfunn. Likevel kan det se ut som doktoranden viker tilbake for å si klart fra hva hun mener om metodens relevans i forhold til mannlige pasienter. En grunn til dette antar jeg kan være en misoppfatning av kravet til allmenngyldighet:

Kravet om allmenngyldighet må selvsagt innebære at både mannlige og kvinnelige leger kan bruke metoden. Men kravet om allmenngyldighet behøver ikke å være et krav om at den skal gjelde både for kvinnelige og mannlige pasienter. Avhandlingen kunne med fordel inneholdt en *noe* grundigere diskusjon om kjønnsforskjeller i helsetilstand og helsetjenesteforbruk - og dermed også kommet med et klarere budskap når det gjelder forholdet mellom den kliniske metoden og mannlige pasienter. Som doktoranden selv påpeker i avhandlingen, er det en påfallende mangel ved medisinsk forskning at den i så liten grad gjør kjønnsforskjeller til analytisk tema, til tross for ofte iøynefallende forskjeller i empirisk forskningsmateriale. Nettopp av denne grunn anser jeg det som svært viktig å uttrykke seg så klart som mulig om kjønnsforskjeller. I alle fall burde vel klarhet på dette punkt øke sjansene for at medisinsk forskning i framtiden endrer praksis på dette punkt?

2) Den kliniske metoden er eksplisitt og systematisk kunnskap utviklet fra taus erfaringsbasert kunnskap. Dermed er denne kunnskapen blitt tilgjengelig for andre leger, ikke i form av enkle rutinserte handlingsregler, men som bakgrunnskunnskap for den enkelte leges utforming av egne mer spesifikke framgangsmåter. I avhandlingen gjøres den reservasjon at kanskje ikke metoden passer så godt for "ferske allmennpraktikere". Dette finner jeg å være et problematisk utsagn: For det første gjelder det vel for de fleste teknikker og metoder i medisinsk praksis at legens erfaring har betydning for hvor god framgangsmåten egentlig er - og at de fleste framgangsmåter er bedre i hende-

ne på den i alle fall noe erfarne heller enn den ferske lege. Etter min vurdering bør det ikke være noen kontraindikasjon på å bruke en klinisk metode som gir kvinner med ubestemte helseplager større plass i konsultasjonen, at legen er nyutdannet. Heller bør det etter min vurdering legges opp til at ferske leger bruker *mere* tid på hver konsultasjon, og at de får mer rådgivning fra mer erfarne kolleger når det gjelder de "ubestemte plagene". I det hele ligger det en viktig oppgave i å analysere og vurdere hvilke konsekvenser funnene i avhandlingen burde få for opplæring i allmennpraksis.

3) Avhandlingen formidler et budskap om nødvendigheten av legens vilje til ansvar og til styring av konsultasjonen som er vel begrunnet, og som jeg ut fra et pasientperspektiv finner svært betimelig og fornuftig. Den forståelse for vanlige pasienters situasjon som avhandlingen formidler, er sjelden kost i dagens offentlige debatt om folks bruk av helse- og sosialtjenester, der anklager om folks passivitet i forhold til egen helse, mangel på egenomsorg og eget ansvar er den dominerende ideologi. Doktoranden overbeviser at hun har en langt mere relevant og reell oppfatning av dagens norske virkelighet på dette punkt enn den som ligger til grunn for det meste av debatten om nødvendigheten av å styrke folks evne og vilje til egenomsorg.

4) Det kunnskapsinnholdet om kvinners helseplager som avhandlingen formidler, er noe jeg anser allmennpraktikere i dag burde kunne tilegne seg som viktig bakgrunnskunnskap for økt forståelse og mer tålmodighet med kvinnelige pasienter som vel ellers ofte defineres som håpløse eller uinteressante. Et annet forhold som burde kunne øke forståelsen, men som ikke er trukket fram i avhandlingen, er følgende: Er det ikke slik at medisinsk kunnskap og likeledes stor satsing på sunn livsførsel *ikke* fører til mindre uro og mer rasjonell bruk av helsetjenesten? Reagerer ikke helsepersonell, inkludert leger, minst like irrasjonelt som andre med hensyn til sykdom og helseplager? Kan den ovenforstående erkjennelsen og en erkjennelse av at ubestemte helseplager *også* kan være tidlige symptomer på alvorlig sykdom, gjøres mer eksplisitt i opplæringen av leger, og dermed øke sjansen for at leger blir "better educated

in giving services, and less educated in the arrogance of science?" Det er tema jeg finner at denne avhandlingen aktualiserer, uten at det eksplisitt drøftes.

Oppsummering

Kirsti Malteruds avhandling representerer et meget originalt og dristig nybrottsarbeid innen medisinsk forskning. Metodisk er arbeidet originalt, ikke bare i forhold til medisinsk forskning, men også i forhold til den framvoksende forskning i sykepleie og sosialt arbeid - og i forhold til mesteparten av psykologisk forskning. Det er svært få som har vært dristige nok til å studere sin egen praksis slik den konkret framtrer i samhandling med pasienter eller klienter. I de fleste prosjekter også innen disse nye forskningsdisipliner skilles forskerrolle og praktikerrolle enten ved at rollene kommer etter hverandre i tid eller ved at noen representanter for profesjonen studerer andres praksis.

Doktorandens sterke lojalitet til klinisk praksis - hennes klare prioritering av å la relevans og gyldighet i forhold til klinisk praksis gå foran metodekonvensjoner - har vel vært grunnlaget for at hun har våget å være så dristig som hun har vært. Hun har ingen garanti for å lykkes i vitenskapelig forstand. Det vil si at prosjektene kunne ha ledet henne inn på spor som selv om hun kunne ha lært mye av dem, ikke hadde vært mulig å kommunisere til andre. Samfunnsforskerne Lise Peattie og Martin Rein (3) benevner det behandlerlærer av erfaring i praksis "hot knowledge" i motsetning til den vitenskapelige kunnskap som de benevner "cold knowledge". Å oversette fra "varm" til "kald" kunnskap er nødvendig for å kunne lære og videreføre mye av praktikerkunnskapen. Samtidig kan denne oversettelsen sammenlignes med å oversette poesi til prosa. Noe har gått og må gå tapt.... Når Kirsti Malterud har lyktes i å synliggjøre og utvikle erfaringsbasert, taus klinisk praksiskunnskap til vitenskapelig overførbart kunnskap, opplever hun det kanskje litt på den måten som Peattie og Rein beskriver. Likevel skyldes det at hun har lyktes, noen særlige kvaliteter ved Kirsti Malterud som forsker som dokumenteres i dette arbeidet. For det første representerer den enkle og beherskede gjennomføringen av prosjektet en sjelden evne til å konsentrere og

skjerpe fokus om en problemstilling. For det andre er hennes evne til å bruke et meget bredt og tverrvitenskapelig kunnskapstilfang på en måte som aldri etterlater en i tvil om at hun tar denne kunnskapen i allmennmedisinens tjeneste, imponerende. Den gjennomførte konsentrasjonen om å ville bidra med kunnskap som skal være relevant for allmennmedisinsk praksis, vises kanskje best ved de restriksjoner hun har lagt på metodeutviklingen ved at forskningsarbeidet skulle gjennomføres innenfor rammen av den kliniske praksis i ordinære konsultasjoner. Selv deler jeg ikke den vurdering jeg implisitt aner at doktoranden har, nemlig at mange kan greie denne form for forskning uten at "normal" tid for konsultasjoner er større enn det som i dag er vanlig i allmennpraksis. Jeg tror det er få som har den samme kapasitet som Kirsti Malterud til å greie denne rollekombinasjonen innenfor de rammer den allmennmedisinske hverdag idag setter. Jeg håper likevel på at vi får en langt mere omfattende medisinsk forskning med utgangspunkt i erfaringsbasert, taus klinisk praksiskunnskap, selv om det må innebære at praktikerne må være mindre effektive -. Likeledes håper jeg at det ikke blir et absolutt krav at medisinske doktoravhandlinger er noe en må starte med så tidlig som mulig - helst allerede i studiet - eller i allefall så snart som mulig etterpå. Det er idag en viss fare for en slik utvikling. Om denne veien til forskerkompetanse blir for dominerende, blir det ikke mulig å fremme den formen for kvalitativ medisinsk forskning som må bestå i at erfaringsbasert praktikerkunnskap blir utgangspunktet for systematisk og vitenskapelig etterprøvet kunnskap.

Referanser:

1. Virginia Henderson (1982). "The nursing process: Is the title right?" *Journal of Advanced Nursing* 7, 103-109.
2. Michael Polanyi: *The Tacit Dimension*. Mass (1966), 1983.
3. Martin Rein: *From Policy to Practice*. Macmillan, London 1983.

Professor

Kari Wærness
Sosiologisk Institutt
Universitetet i Bergen
5000 Bergen

□

Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen

Soria Moria 27-29 november 1990

UTPOSTEN har tidligere hatt omtale av konsensuskonferanser generelt og konsensuskonferansen om mammografiscreening spesielt (1). Østrogenkonferansen samlet flere deltakere enn noen tidligere konsensuskonferanse, og både eksperter, panelmedlemmer og sal var tydelig engasjerte. Utposten har denne gang valgt bare å bringe sammendraget av konsensusuttalelsen. Hele uttalelsen, samt sammendrag av innleggene, vil bli publisert annet sted.

Paneldeltakere ved konsensuskonferansen om bruk av østrogen:

Fylkeslege Anne Berit Gunbjørud
(panelleder)

Adm. direktør Odd Arild Haugen

Førsteamanuensis Gunnar Kvåle

Instituttleder Reidar K. Lie

Kommunelege Trine Magnus

Forsker Erik Nord

Journalist Kjell Pedersen

Likestillingsombud Ingse Stabel

Bydelsoverlege Signe Flottorp

Professor Pål Øian

Stipendiat/cand. pharm. Eva Skovlund

Overlege Sylvi J. Aanderud

Innledning

Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen fant sted på Soria Moria, Oslo, i tiden 27-29 november 1990. Konferansen inngår i et 3-årig program i regi av Norges allmennvitenskapelige forskningsråd/Rådet for medisinsk forskning. Målet er å vinne erfaring med bruk av konsensuskonferanser for å fremme god medisinsk praksis samt bidra til riktige prioriteringer i helsevesenet. Programmet finansieres av Sosialdepartementet.

Bakgrunn

Bruken av hormoner i og etter overgangsalder har i Norge vært relativt beskjeden sammenlignet med enkelte andre land.

Et sentralt spørsmål vedrørende hormonbruk i og etter overgangsalderen, er hvorvidt bruk av østrogen til friske kvinner kan beskytte mot benskjørhet (osteoporose) og hjerte-/karsykdommer.

Konsensuskonferansen finner sted på et tidspunkt hvor det synes å være usikkerhet om bruken blant leger og de kvinner det angår. Konsensusuttalelsen vil derfor ha stor mulighet for å påvirke den videre utvikling.

Sammendrag av konsensuskonferanse

Spørsmål 1.

Ved hvilke tilstander i og etter overgangsalderen kan østrogenbehandling være indisert? Hvilke kvinner bør ikke behandles med østrogen?

Kvinner med uttalte plager i form av hetetokter og svetting (vegetative plager) i overgangsalderen bør tilbys behandling med østradiol i kombinasjon med gestagen. Plager i urinveier og skjede (urogenitale plager) i og etter overgangsalderen bør behandles med østriol. Det synes i Norge i dag å være

Foto: Hanne B.J. Børresen



en betydelig underbehandling av både vegetative og urogenitale plager. Det bør vurderes hvorvidt østrogenpreparater for lokalplager kan gjøres reseptfrie.

Kvinner behandlet for brystkreft eller kreft i livmorhulen bør ikke få østrogenbehandling.

Spørsmål 2

Er den helsemessige nytte av forebyggende østrogenbehandling? Hva er skadevirkningene?

Forebyggende østrogenbehandling kan defineres som langvarig behandling med middels potent østrogen av friske kvinner for om mulig å redusere risikoen for benskjørhet (osteoporose) med påfølgende bruddtendens og risiko for hjerte-/karsykdommer.

Østrogenbehandling i tilslutning til menopausen reduserer det økte bentapet som inntreffer like etter menopausen og reduserer bruddtendensen hos kvinner under 70-75 år. De fleste lårhals- og lårbensbrudd forekommer hos kvinner over 75 år. Vi kjenner ikke nytteeffekten av forebyggende østrogenbehandling når det gjelder brudd i denne høyere

aldersgruppen. For å forebygge benskjørhet vil det være aktuelt å behandle i minst 5 år. Det er usikkert om den forebyggende effekten avtar etter at behandlingen eventuelt avsluttes.

Behandling med østrogen kan se ut til å beskytte mot hjerte-/karsykdommer. Man vet ikke om kombinasjonsbehandling med østrogen og gestagen vil påvirke risikoen.

Langtids østrogenbehandling gir økt risiko for utvikling av brystkreft og kreft i livmorhulen. Økt risiko for kreft i livmorhulen kan unngås ved bruk av gestagen i tillegg til østrogen.

Spørsmål 3

Er det grupper av kvinner som vil ha særlig nytte av forebyggende østrogenbruk? Hvordan skal disse eventuelt identifiseres?

En gruppe kvinner som vil kunne ha særlig nytte av forebyggende østrogenbruk, er kvinner som har høy risiko for benskjørhet (osteoporose) og derved økt risiko for benbrudd. Vi har imidlertid ikke gode nok metoder til å identifisere disse kvinnene.

Spørsmål 4

Hvilke etiske og samfunnsmessige aspekter knytter seg til utstrakt forebyggende østrogenbruk?

Det må tas hensyn til følgende forhold:

1. Det er snakk om behandling i lang tid av friske kvinner for å forebygge en mulig fremtidig tilstand.
2. En må skille mellom inngrep i en naturlig livsprosess og behandling av sykdom.
3. Behandlingen kan få konsekvenser for vårt kvinnesyn.
4. Behandlingen reiser spørsmål om individuell valgfrihet
5. Økonomiske konsekvenser.

Spørsmål 5

Hvilke anbefalinger bør gis til kvinner om bruk av østrogen i forebyggende hensikt? Hvilken praksis anbefales til leger som skal foreskrive østrogen i forebyggende hensikt?

Ut fra det en vet om behandlingseffekter og risikoforhold, samt det som er sagt ovenfor om de etiske og samfunnsmessige hensyn, kan vi ikke anbefale utstrakt forebyggende behandling med østrogener. Enkelte kvinner med høy risiko bør behandles.

Spørsmål 6

Hvilke forskningsoppgaver er særlig aktuelle innen dette området?

1. Utvikling av metode(r) for å identifisere individer med høy risiko for benskjørhet/benbrudd.
2. Randomiserte intervensjonsstudier for spesielt utvalgte grupper med antatt høy risiko for benskjørhet og/eller hjerte-/karsykdommer.

1. Thesen J. Konsensuskonferansen om mammografiscreening. Utposten 1989; 18: 136-138.

Janecke Thesen
5890 Lærdal

□

November i Stavanger

Vi på vestlandet har hatt en mild og vakker høst i år. Jeg blir daglig overrasket av det sterke lyset på vei til kontoret. Jeg ønsker jeg hadde lengre reiserute i morgensol.

En slik naturstridig lys november morgen inviterte Internasjonalt kultursenter til markedsdag i byens park. Kunsthåndverk, eksotisk mat og danseoppvisning stod på programmet. Jeg stilte med ungene. Vi lot oss fort fange opp av sterke farger, sang og intense zulurytmer. En liten bleik jente fra Tyrkia drar meg i armen for å vise meg moren som selger vakkert malte krukker. Jenta hadde vært innom kontoret flere ganger tidligere på høsten. Hun hadde vondt i magen og trivdes ikke på skolen. Her på markedet hadde familien en annen rolle. De representerte ikke bare problemer for byens helse- og sosialetat.

Vi kjøpte spennende gaver og påfuglfjær i markedsbodene. Vi spiste empanadas fra Chile. Så gikk vi hjem etter å ha hatt en god lørdag. Vi hadde tittet gjennom nøkkelhullet - ut i verden.

Samme novembermåned kom jeg over en invitasjon blant de mange helsepapirer på vei til papirkurven. Marta Tikkanen kom til byen. Jeg oppdaget ikke at leger ikke var blant de inviterte denne gang. Lykken sto meg bi - jeg fikk være med likevel. Det var Rogaland A-senter som inviterte til seminar om

Rusmisbruket sett med familiens øyne. Hun kom, leste dikt og fortalte lavmælt om sitt samliv med Henrik Tikkanen. Jeg satt og funderte på hva jeg skulle spørre henne om dersom jeg fikk anledning til et lite intervju (det fikk jeg ikke). Kanskje like godt. Påfølgende paneldiskusjon ble et møte mellom to formidlingsmåter. Strukturerte faglige spørsmål fungerte ikke i dette møtet med forfatteren og alkoholikerhustruen. Vi hørte en stor forfatter og en modig sterk kvinne.

En kveld var jeg på hjulene innover til Fister på Hjelmeland. En tidligere skolekamerat, Ragnar Hovland lever av å skrive - nå skulle han lese opp sine tekster på bokkveld på Fister bedehus. Poesien er Norges gyldne fallskjerm hørte jeg på radioen mens jeg kjørte seint på glatte veier. Det er godt framme og god stemning rundt småbord med levende lys. Han leste gode tekster: Mord på skilpaddekafeen og Mor på sykkel. Han formidler vanskelige eksistensielle problemstillinger på en humoristisk måte - slik at vi tør å nærme oss.

Jeg var tilbake i byen igjen. Siste dag i november stakk jeg innom byens nye kulturhus. Psykiatrisk klinikk inviterte til Mani- og depresjonsdager, eller deppadager som en lokalavis skrev. Det var faglig seminar med hovedvekt på å se depresjon i

et tregenerasjonsperspektiv. Det var publikumsforedrag og kunstutstillinger. Ungdom var invitert til fotoutstilling under temaet Lys og Mørke. Det var en oppfølging av fjorårets schizofrenidager med samme brede publikumsprofil. Seminaret var spennende og svært godt besøkt. Selv valgte jeg å se på det som var rettet mot publikum denne gang. Hvem kom? Hvordan formidler de dette tunge stoffet? De var mange og de var forskjellige. Det gjør inntrykk når ungdom, med sine notisbøker, møter opp sammen med eldre ektepar. Jeg tenkte på mine pasienter med kronisk psykiatrisk lidelse. Jeg husket min siste innleggelse etter Lov om psykisk helsevern. Mor og søsteren stille på kjøkkenet. Vi har en lokal psykiatrisk klinikk som med dette arrangementet viser at de ønsker å se på pasienten i sin familie og i sitt miljø.

Denne november hadde jeg lært noe om formidling og mangfold. Jeg hadde lært det i parken, på kulturhuset og på Fister bedehus denne gang.

Gunn Aadland

□

Mani og depresjon

SEMINAR STAVANGER 28.-29.-30.NOV. 1990

Manisk depressiv sykdom -
generasjonsperspektiv

Rogaland
Oppløysn'

MØT VERDEN
I BJERGSTED

Internasjonalt
marked

Lørd. 10.11. kl. 12 - 17

Stad. konferanse senter
Stad. 20.000 kvadr. meter

Åpne

Åpne

Åpne

Åpne

Åpne

Åpne

Åpne

Kom til Bjergsted!



INTERNASJONALT KJØPERENTER

Märta
Tikkanen

Århundradets
kärlekssaga

Treer

**KONGSVOLD SEMINAR 25.-27.4.1991
ALLMENNMEDISINEN PÅ GAMLE NYE VEIER**

NSAM inviterer til sitt årlige seminar i fjellstuen på Kongsvold. I 1991 har referansegruppen for allmenmedisinsk filosofi ansvar for programmet. Vi vil samle ca. 35 allmenmedisinere som er glad i faget sitt, men som samtidig føler et ubehag over at gamle tanker og modeller ikke lenger strekker til, og over at det nye, for eksempel moderne teknologi, lett fører oss på avveier. Vi ønske et verkstedseminar hvor vi sammen skal tenke høyt, hvor vi prøver å stille nye spørsmål og våger uferdige svar. Sosialantropologen Marianne Gullestad, psykiateren Unni Kristiansen, fysioterapeuten Gunn Engelsrud og idéhistorikeren Trond Berg Eriksen bidrar hver fra sitt ståsted og følger oss i prosessen. Vi prøver å finne noen svar på spørsmålene: Hvor står vi? Hva vet vi? Hva vil vi?

Torsdag 25. april kl. 1400 - 1800 (pause kl. 1530-1600)**Endringer i vårt verdensbilde - hvor står vi?**

Vi vil diskutere det "postmoderne vitenskapsbegrepet", vi skal tenke over menneskenes selvforståelse, og sette et søkelys på ordene helse, helhet, helbredelse. Marianne Gullestad innleder.

kl. 1830 Middag

Fredag 26.april kl. 0830-1130**Kropp og språk - hva vet vi?**

Vi leger snakker daglig med pasientene våre om kroppen og dens funksjoner. Våre lærte begrep om kroppen er utilstrekkelige. Vi søker inspirasjon i kybernetikk, informasjonsteori, lingvistikk og psyko-nevro-immunologi. Gunn Engelsrud og Unni Kristiansen innleder.

kl. 1130-1430 Lunsj

kl. 1430-1800 (pause kl. 1600-1630)**Visjonene - hva vil vi?**

Vi leger møter daglig nye mennesker i skapende samtaler, og vi formidler verdier i spenningsfeltet mellom moral og medisin, der andres lidelse, ordløse budskap, må tolkes. Kan vi finne ord for det lidelsen taler om? Trond Berg Eriksen innleder.

kl. 1830 Middag

kl. 2000 Teater Fusentast ved allmennpraktiker Jaap den Hertog

Lørdag 27. april kl. 0900-1200**Nytt fra referansegruppene - med hovedvekt på gruppen "Filosofi"**

kl. 1200 Lunsj - avreise

Påmeldingsfrist: 15. mars 1991

Påmelding: May-Brith Mandt, IAM Oslo, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2, tlf. 02-559210

Kurstimer: 19 (godkjent som tellende for spesialiteten i almenmedisin)

Kursavgift: Kr. 900.- + kr. 100.- (teaterforestilling)

Kursforberedelse: Foss L, Rothenberg K. The Second Medical Revolution. New Science Library, Boston 1988

NSAM-nytt:

Årsmøte i Arendal 10.-13.10.90

Som start på årsmøteprogrammet hadde Ola Lilleholt kurs i det nyeste nye på EDB-fronten. 30 deltakere stilte for å lære programmering og bruk av hyper tekstmanus. Dette er en tredimensjonell måte å lese en tekst på og egner seg godt for medisinsk fagstoff. Ola L. selv hadde laget et eksempel på manus om skuldersårter. Vi fikk utlevert programmet Black Magic og ble oppfordret av kursleder til å sette igang utvikling av manus. Han håpet på en framtidig utveksling av stoff og oppfordret interesserte til å ta kontakt for informasjon om programmet.

Den lokale kurskomiteen, Kjell Malde, Ellen Rygh og Kenny Ytterdal fulgte så opp med et godt kursprogram, med emner fra sexologi til smertebehandling. Det var foredragsholdere som Esben Benestad og Elsa Almås fra Grimstad og langveisfarende Henk Møkkink fra Nijmegen. Kurseset var spennende og varmet i temavalg. Fint gjennomført årsmøte og avsluttet med skikkelig fest på Arendal rådhus.

Svein Tjåland fikk årets Løvetann-pris. Pål Gulbrandsen og Jonny Mjell fikk begge tildelt Utpostens essaypris. NSAMs forskningsstipend for 1990-91 ble tildelt Benedicte Espeland, Bergen for et prosjekt om

jerntilførsel under svangerskapet, og Marit Krogh, Kristiansund for et prosjekt om kvinnelige legers helsevaner.

Sakset fra årsmeldingen og styrereferater

Referansegruppene:

NSAM har nå 21 referanse grupper. Den siste heter Miljø og medisin. Det ble på årsmøte lagt fram rapport om gruppenes aktiviteter. Det er stor faglig aktivitet på ulike områder. Det lages kurs, handlingsprogrammer og noen arbeider med bokmanus. Gruppen om Helseopplysning har nå fått publisert første boken i det nye allmennpraktiker biblioteket. Interesserte i mer opplysninger om gruppene kan ta kontakt med NSAMs sekretær MayBritt Mandt eller medlemmer i styret.

Forskningsutvalget:

Det ble lagt fram rapport fra avtroppende formann Anders Grimsmo. Når det gjelder allmennmedisinsk forskning står man overfor nye utfordringer. NAVFs program for allmennmedisinsk forskning går ut ved årskiftet etter 5 år. Det må nå arbeides med nye strategier, i samarbeid med de andre primærlegeforeningene. John Nessa, Hjelmeland er valgt som nytt medlem i forskningsutvalget med May Ruud, Hamar som vara-medlem.

Publiseringsutvalget:

Utvalget har som formål å stimulere produksjon og utgivelse av faglitteratur for leger i primærhelsetjenesten. De har nå fått igang samarbeid med forlaget Tano om den nye allmennpraktiker-serien. De to første bøkene er allerede kommet ut og nye ligger klar i løypa. Utvalget håper nå på kollegers initiativ til skriving og ikke minst på kjøp av bøkene. Så herved oppfordret til å se på serien!

EDB-utvalget for primærmedisin:

Styret i Aplf, NSAM og Oll har vedtatt å opprette et felles informatikkutvalg med 2 representanter hver. Fredrik Langballe og Karin Rønning fra NSAM Svein Bratland og Arne Svilås fra Aplf Gunnar Kvalvaag og Arnt Ree fra Oll.

De har konstituert seg i september 90 og Fredrik Langballe er formann.

Planer framover:

Kongsvollseminaret
25.-27.4.91

Nordisk allmennmedisinsk kongress i Oslo 26.-29.6.91

Neste årsmøte i Trondheim i forbindelse med Nidaroskongressen høsten 91.

Planer om primærmedisinsk uke høsten 92.

Gunn Aadland □

Kurs ved universitetet i Oslo

Farmakoterapi i allmennpraksis

24 - 26 april 1991

Kurset er først og fremst beregnet på allmennpraktiserende leger, men er også åpen for andre med interesse for farmakoterapi. Kurset teller med 25 timer i relasjon til spesialitetsreglene i allmennmedisin.

Målet for 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.

Kurssted: Lægeforeningens kurs- og konferansesenter, Soria Moria.

Kursavgift: ca kr 900,-

Deltakerantall: Maksimum 60

Kurskomitè:

Allmennpraktiker Trine Bjørner Dybwad, Bogstadveien legegruppe, prosjektkoordinator Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi/Samarbeidskomitèen for legemiddelinformasjon, stipendiat Jens Eskerud, Institutt for farmakoterapi, førsteamanuensis Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin.

Påmelding:

Skriftlig eller telefonisk innen 1. mars 1991 til Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, Postboks 1065 Blindern, 0316 Oslo 3, Tlf 02-456081/456050/456056.

Program:

Onsdag 24. april 1991

Kursledere: Jens Eskerud/Ivar Aursnes

- 0945 Presentasjon av kurset. Hjerte/kar er dagens gjennomgangstema. Også undr behandling av generelle tema vil eksempler særlig hentes fra hjerte/kar-medisinen. Ca 5 min. diskusjon er inkludert i hvert innlegg.
- 1000 Gruppearbeid, farmakoterapeutiske problmer; hjerte/kar-kasuistikk. Presentasjon og diskusjon av løsninger. Ivar Aursnes, Jostein Holmen
- 1300-1415 Lunsj
- 1415-1445 Tema: Kommunikasjon/stratgi. Førsteintrykk av pasienten. En øvelse i observasjon og tolkning. Jens Eskerud, Bjørn Oskar Hoftvedt.
- 1445-1515 Kommunikasjon knyttet til reseptutskrivning. John Nessa.
- 1515-1545 Reseptutskrivning - selvevaluering. Noen eksempler fra allmennpraktikerens hverdag. Kirsten Rokstad.
- 1545-1615 Pause
- 1615-1645 Etterlevelse. Bruk av skriftlig informasjonsmateriale. Marit Andrew, Jens Eskerud
- 1645-1715 Legemidler og eldre - strategi for bedre forskrivningsrutiner og bedre farmakoterapi. Jørund Straand.
- 1715-1815 Hypertensjonsbehandling. Rapport fra evaluering av handlingsprogram. Jostein Holmen. Terapivalg: Kasuistikk på video. Diskusjon.
- 1930 Middag

Torsdag 25 april 1991

Kursledere Trine Dybwad/PKM Lunde

Smerter/NSAID/analgetika er dagens gjennomgangstema.

- 0830 Grupperarbeid: Kasuistikk - hofte/ryggpasient med diverse tilleggsproblemer.
- 0920 Presentasjon og diskusjon. Anne Glennås/PKM Lunde
- 1015 Smertebehandling ved kronisk artritt og artrose. Anne Glennås.
- 1045-1115 Pause
- 1115-1215 Klinisk legemiddelutprøving i allmennpraksis. (Relevans, effekt/bivirkningsregistrering med særlig henblikk på fase IV) Sidsel Graff-Iversen, Egil Bodd
- 1215 Diskusjon
- 1230 Lunsj
- 1400 Grupperarbeid: Vurdering av en publisert studie/NSAID
- 1500 Presentasjon og diskusjon
- 1600 Pause
- 1630 Aktuelle terapiteaer (I) Osteoporose/hormonbehandling i menopausen. Jan Falch. Diskusjon.
- 1730-1800 Aktuelle terapiteaer (II) Status for behandling av peptisk ulcus m.m. PKM Lunde. Diskusjon.
- 1930 Middag

Fredag 26. april 1991

Kursleder Olav Rutle/Gaut Gadeholt

Psykofarmaka er dagens gjennomgangstema. Også under behandling av generelle tema vil eksempler særlig hentes fra dette området.

- 0830-1030 Grupperarbeid, farmakoterapeutiske problemer, kasuistikk m/psykofarmaka.
Presentasjon og diskusjon av løsninger. Bjørn Gunby, Olav Rutle, Gaut Gadeholt.
- Kaffe kan hentes fra kl 0930 på vei til plenumsalen.
- 1030 Tema "Legemiddelsortiment/legemiddelsamarbeid"; eget legemiddelsortiment, oppfølging av egen forskrivning, -klinisk utprøving på enkeltpasienter, legemiddelsamarbeid i primærhelsetjenesten.
Haavard Eskeland, Olav Rutle, Arne Rudjord.
- 1230 Lunsj
- 1400 Tema "Utvalgte emner klinisk farmakologi"; Interindividuell variabilitet, praktiske doseringsprinsipper, verdi av serumkonsentrasjonsmålinger klinisk viktige interaksjoner - når er dette viktig?
Forholdet mellom allmennmedisin og klinisk farmakologi. Gaut Gadeholt, Per Knut M Lunde.
- 1600 Oppsummering, evaluering.

Det tas forbehold om mindre endringer i programmet.

Nytt kurs i helseøkonomi - *meld deg på!*

Jeg er kommet til et stadium i yrkeskarrieren der tradisjonelle videre- og etterutdanningskurs fungerer som marginale justeringer av etablerte mønstre. Skal en komme vesentlig videre, må en gå til andre fag og lære å se verden - og dermed sin egen virksomhet - med andres øyne og begrepsapparat. Det er som regel bryet verdt. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Trondheim og Norsk institutt for sykehusforskning har nylig dratt igang et omfattende kurs i helseøkonomi.

Helseøkonomi - mer enn du tror.

For mange er "helseøkonomi" ensbetydende med krav om innsparinger og uttidig innblanding i medisinske vurderinger og faglig frihet. Det er en misforståelse. Helseøkonomi handler om ressursforvaltning i vid forstand. Hvordan kan de gitte ressurser best brukes; til hva? på hvilken måte? Vi forvalter alle helsevesenets ressurser. Derfor er helseøkonomi relevant for oss alle.

Kurset gir en innføring i den økonomiske begrepsverden og tenkemåte. Grunnbegrepene "opportunity cost" og "the margin" burde alle leger ha et fortrolig forhold til. De viktigste metoder for helseøkonomiske vurderinger, cost-benefit analyse og cost-

effectiveness analyse, gjennomgås. Bruken illustreres ved eksempler. Av særlig interesse er den brede diskusjonen omkring problemene knyttet til måling og verdsetting av helse. Ikke bare hvordan ting skal verdsettes, men hvem som bør ha rett til å foreta verdsettingen. Her er det mange betimelige tankevekkere og spark på skinnleggen til det medisinske miljø. Det hele munner ut i en velbegrunnet kobling til og diskusjon av medisinsk etikk - også her med konklusjoner som nok vil falle noen tungt for brystet.

Praktisk opplegg.

Kurset er et korrespondansekurs som strekker seg over et halvt år. Det er bygd opp av 5 enheter 6 ukers varighet og ispedd 2 2-dagers seminarer. Det skriftlige materialet er på engelsk. Hver enhet avsluttes med en skriftlig oppgave der noe så unorsk og galt kan skje at du stryker! Stipulert arbeidsmengde for kurset er 170 timer. Altså krevende, men jeg vil si tilsvarende stimulerende og utbytterikt. Faglig ansvarlig er prof. Gavin Mooney ved Universitetet i København og Aberdeen. Han er til stede på seminarer og er en formidabel pedagogisk og faglig opplevelse. Tilsvarende kurs har vært holdt i England en rekke år. Opplegget er velprøvd og oppfølgingen god.

Rekrutteringen til kurset var bred med allmennpraktikere, sykehusleger og helseadministratorer i ulike stillinger. En foreløpig ulempe for noen er kursets manglende formelle status. Det teller f. eks. ikke i forhold til etablerte videre- og etterutdanningsregler. Man får derfor heller ikke økonomisk støtte fra fondene i legeföreningen. Kursavgift er 7.000,- kr. I tillegg kommer reise- og oppholdsutgifter til seminarer. Dette bør legeföreningen snarest gjøre noe med da den kunnskapen kurset formidler ikke bare er faglig høyst relevant, men også vil være strategisk viktig for leger å ha.

Nytt kurs planlegges i Trondheim til vinteren og annonseres i Tidsskriftet. Meld deg på!

Hornindal 13.11.90

**Kommunelege
Petter Øgar
6790 Hornindal**



*Jag läser mina anteckningar
från nio böcker
om alkoholism*

*Allt känner jag igen -
jag vet
att den som har vuxit upp utan kärlek
inte tror
att kärlek existerar*

*Jag kan alla krumsprång
för att få bottenlösa behov
tillgodesedda
mer och mer och mer
det räcker aldrig till*

*Jag känner småningom
spelets regler
alltför väl
ompysslad ibland
utskälld iblandt
skuld känslor för allt
och ingenting
och framför allt för supandet
baksmällans ljuvlighet
som äntligen består straffet, efterlängtat
och iscensatt*

*Jag läser mina anteckningar
om alkoholisternas
dominanta hustrur
som måste ha en ynkelig karl
att hålla nere
och hata via barnen
för att inte själv gå under
och jag läser om hur hustrun
sinnrikt motarbetar
all förbättring*

Jag blir mycket trött

*Vad är det
som jag håller i för
om det dessutom är så
att det är jag
som sitter där
och hindrar dej
från att bli
mänska?*

*Märta Tikkanen
fra "Århundredets kärlekssaga"*

RMR-kursarranger
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM



Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: UTPOSTEN nr. 2 1991

Leder Gunn Aadland	side 51
Venterommet Pål Gulbrandsen	side 52
Om kontorets indre liv Kari Breckan	side 54
Et lærestykke om personalutvikling i praksis Ivar Halvorsen	side 58
Allmennpraksis - åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet? Petter Øgar	side 62
Tilbake på kontoret Ragnhild Aarrestad	side 64
Kommunehelsetenesta og det frivillige arbeidet Leif Edvard Aarø	side 66
Kasuistikk: Det vanlige er nesten alltid vanligst Harald Bjørnstad	side 70
Bokmelding: Kvinners seksualitet Eli Berg	side 71
Kasuistikk: Historien om Birger ...	side 74
Løvemot i den gode saks tjeneste <small>Betroelser om pupp og politikk</small> Anne Bergliot Bærug	side 78
Hverdagsklinikk: Hustavle om hodepinebehandling Per Monstad	side 81
Allennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter <small>Kirsti Malteruds doktoravhandling</small> Kari Wærness	side 82
Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen Janecke Thesen	side 86
November i Stavanger Gunn Aadland	side 88
NSAM-nytt: Årsmøte i Arendal	side 91