

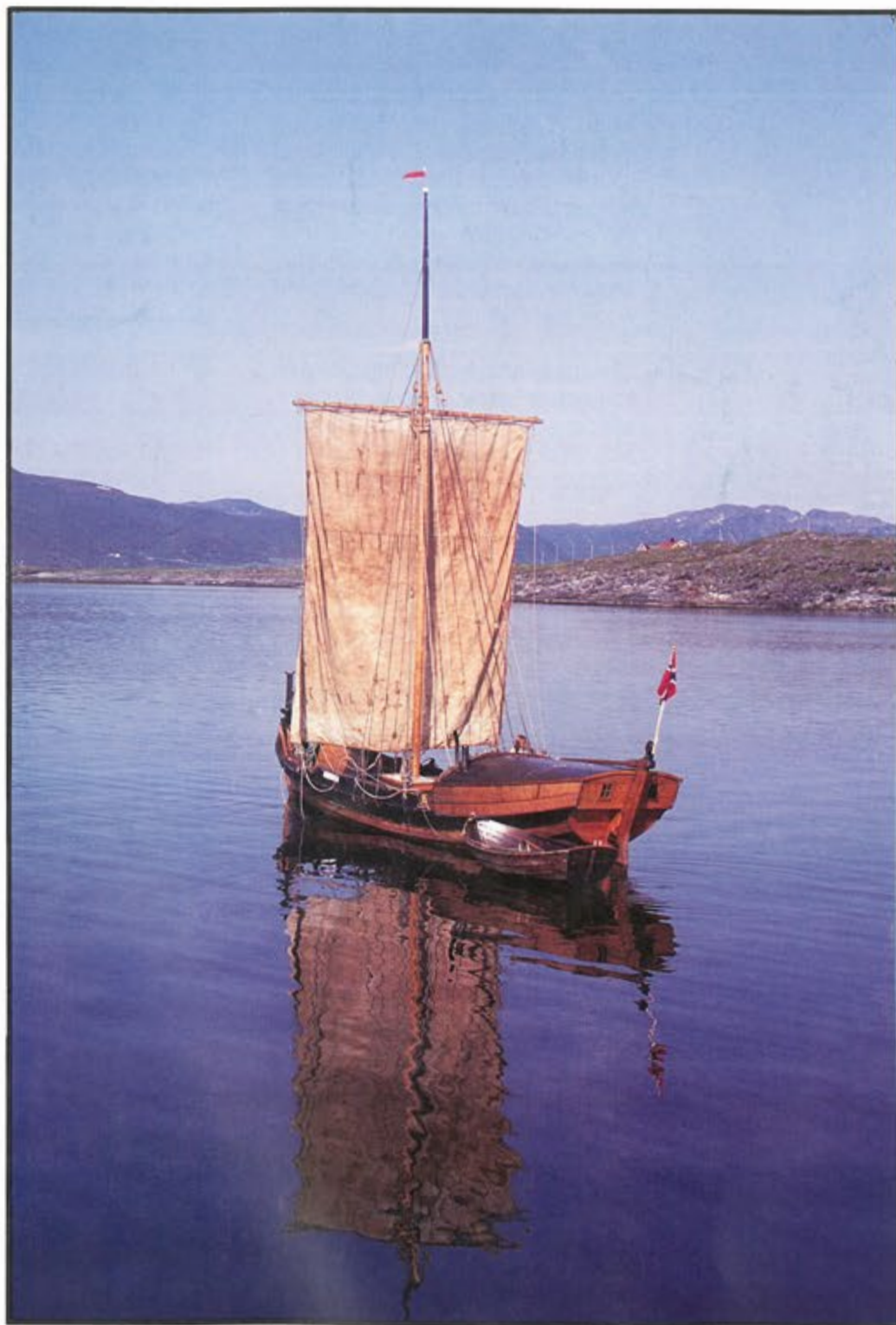
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1993

ÅRGANG 22



Sommer - Frihet - Etertanke !

Bl. 495

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Telefonhenvendelser vedrørende
Utposten kan rettes til:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim
Telefon 63 97 32 22
Fax 63 97 16 25

foruten til redaktørene.

Redaksjonen:

Helge Worren
Langmyrgrenda 59b, 0861 Oslo
Tlf. priv.: 22 95 04 80
Tlf. arb.: 67 06 00 83

Geir Sverre Braut
Tuholen 14, 4340 Bryne
Tlf. priv.: 04 42 63 69
Tlf. arb.: 04 56 87 70

Sonja Fossum
Svenstuvn. 2, 0389 Oslo
Tlf. priv.: 22 14 11 97
Tlf. arb.: 22 25 34 72

Betty Pettersen
Tussan, 8372 Gravdal
Tlf. priv.: 08 88 32 25 / 22 44 49 77
Tlf. arb.: 08 88 32 25 / 22 04 22 00

Eystein Straume
9550 Øksfjord
Tlf. priv.: 08 45 81 18
Tlf. arb.: 08 45 81 04

Eivind Vestbø
4160 Judaberg
Tlf. priv.: 04 51 22 74
Tlf. arb.: 04 51 24 44

Petter Øgar
6790 Hornindal
Tlf. priv.: 05 77 95 76
Tlf. arb.: 05 77 94 86

Annonser:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim
telefon 63 97 32 22

Abonnement:

kr 250,- pr år,
Bankgiro 3838. 07. 68248
Postgiro 0825 0835 397

Layout : Idéfo, Voss

Trykk: Rema/Voss Offset A/S

KJÆRE LESER:

Det er sommer. Ferie og fri fra hverdagens kav og mas.

Kanskje fri nok til å ha avstand fra daglige gjøremål, fri nok til lettere å kunne skille viktig fra mindre viktig.

Utposten fremstår i dag som en del av det etablerte medisinske miljøet i Norge. Tidligere redaktører er vel plassert i de allmenn- og samfunnsmedisinske miljøene. Den nye Utposten redaksjonen har lagt sekretariat til hovedstaden av praktiske grunner. Det arbeides med lay-out og illustrasjoner. Bladet må være appetittvekkende dersom det skal legges merke til i mediaflommen.

Vi oversvømmes av informasjon av alle slag. Informasjonen er så voldsom at den har karakter av forurensing. Informasjonen bidrar til å forøple våre liv. Hva med Utposten?

For 20 år siden var det anderledes. Den gang ble møteprotokollen ført for hånd og sakene ble fremlagt muntlig på møte. Det var bare et fåtall distriktsleger som hadde stensilmaskin. Da IBMs kulehodemaskin kom var det en revolusjon. Den klar- te nemlig 8 ark med blåpapir- gjennomslag. Telefonsentralen var stengt om natten og mobiltelefon fantes ikke.

Sykehusene var i kraftig fremgang, godt hjulpet av generell optimisme, kurdøgnbetaling og ny sykehuslov. Primærhelsetjenesten hadde in- tet eget navn, men de som arbeidet utenfor sykehus tilhørte enten en hendøende rase eller de var klart stemplet som lavstatus.

Noen få distriktsleger hadde vyer for en anderledes helsetjeneste. Fri fra alle etablerte konvensjoner begei- strete de mange av oss. Som en egen subkultur skapte de, blant annet, grobunn for allmenn og samfunns- medisin som egne spesialiteter, og de skapte Utposten.

Nå er både pasienten og primærle- gen for lenge siden kommet frem i lyset.

De nye impulsene kom bare i liten grad fra de etablerte miljøene.

Hvilke impulser kommer idag, hva er budskapet og hvor kommer det fra?

Kan nye impulser komme fra de eta- blerte miljøene? All historie har vel lært oss at de etablerte miljøene har nok med å forsvare sine posi- sjoner? Aner vi omrisset av nye subkulturer? Sammensatt av data- frelste kolleger utenom de etablerte miljøene, som utvikler nettverk, lager metoder for å samle og bearbeide store mengder data fra primærhelse- tjenesten og som kommuniserer via edb postkasser og oppslagstavler?

Blir neste generasjons "utpost" en "inpost" på datatavler?

Hvilken utvikling vil vi ha og hvilke alternativer har vi?

Kan Utposten påvirke fremveksten av nye subkulturer?

Hva mener du i din ferie frihet?

God sommer!

Eystein Straume



INN H O L D :

Gruppeoppgave: Samarbeidsmodeller mellom små- sykehus og kommunehelsetjenesten	144
Turnuskandidat Kirsti Løvteit i samtale med Eystein Straume: Bildet av legen jeg skulle bli må rives	147
Dikt av Wenche Sabel: Kanskje bør man leve fort?	150
Marit Andrew Bokmelding: Interferens mellom legemidler og laboratorieprøver	151
Ellen Getz: Det tredje øye Min første dag med video-opptak i allmennpraksis	152
Satya P. Sharma Databaser - et verktøy vi bruker altfor lite	156
Eystein Straume: Vakt og beredskap	160
Truls W Gedde-Dahl: Lokale helseforsøk En effektiv satsing på forebyggende arbeid?	164
Betty Pettersen: Bokmelding: Fiskerens arbeidsmiljøbok	170
Jan Brox: "Småsykehusene - snart en saga blott"	171
Lillian Aaserud: Helsestasjon for ungdom i Asker	174
Frode Heian: Stortingsmelding nr. 37 under lupen	176
Utposten for 10 år siden: "Helseopplysning"	179
Sigbjørn Fossum: Bokmelding: Under godhetens synsvinkel	180
Mæn vi står han a !	182
Geir Sverre Braut: Bokmelding: I glede og sorg	184



Artikkelen er en forkortet og noe omarbeidet versjon av en gruppe-oppgave utarbeidet på kurs i kommunalt helsearbeid for leger 1991. Veileder: prof. dr. med. Geir Stene-Larsen
Avd for samfunnsmedisin, Folkehelse.

Samarbeidsmodeller mellom småsykehus og kommunehelsetjenesten

Tekst:

Petter Bugge
Kommunehelsetenesta i Eid,
6770 Nordfjordeid

Åsulv Horverak
Vadsø Helsesenter,
9800 Vadsø

Pedro Rodriguez-Sait
Kommunehelsetjenesten i
Porsgrunn

Tord Teige
Bydelslegekontoret på Sagene

Terje Wiberg
Kommunehelsetjenesten i
Drangedal

Nøkkelord:

- småsykehus
- kommunehelsetjeneste
- samarbeid

Sammendrag:

Endringer i behov for sykehus-tjenester, økonomisk og teknologisk utvikling og manglende spesialisttilgang utgjør store utfordringer for småsykehusene.

Småsykehusene kan møte disse utfordringene ved å utvikle tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Man kan i større grad formalisere dagens løpende samarbeid. Man kan samarbeide om enkeltfunksjoner som vakt, behandlende lege utenom vakt, geriatri/rehabilitering og tilnærming mellom sykehjem og småsykehus.

I Norge er det 85 sykehus. Mange av dem er små. Definisjonen av småsykehus er upresis. Vanligvis

regner man et sykehus som lite når det har et opptaksområde på 50 000 mennesker eller færre. Enkelte noe større sykehus med klare lokalsykehusfunksjoner inngår også i denne gruppen. Sammenlagt kan 35 institusjoner klassifiseres som småsykehus (1).

De små sykehusene har mange verdifulle kvaliteter. Det er viktig å finne driftsformer som gir befolkningen lett tilgjengelig og faglig forsvarlig medisinsk service samtidig som det tas hensyn til økonomiske forhold. Kvalitetskravene er dessverre uklare. De dekker et svært spekter fra hvor fornøyde pasientene, befolkningen og primærhelsetjenesten er til harde medisinske utfall av behandling.

Det er vanskelig å avveie disse parametrene mot hverandre. De er også vanskelige å operasjonalisere. Mange av dagens småsykehus risikerer å bli nedlagt. Utviklingen synes sakte og sikkert, og uten at noen

vil det (?) å kvele dem. Mange har lansert tanken om bedret samarbeid med primærhelsetjenesten som en strategi for overlevelse.

Samarbeidsmodeller mellom småsykehus og kommunehelsetjenesten.

Samfunnet stiller stadig strengere krav til helsevesenet. Kvalitet, effektivitet og sikkerhet er sentrale begreper. Det uformelle daglige samarbeid mellom småsykehusene og primærhelsetjenesten er med på å innfri disse kravene.

Samarbeidet kan bestå i telefonkontakt, møter, kursvirksomhet, prosedyrebok og telemedisin. Dette gjør det mulig å løse problemene raskere og tilby befolkningen kortere ventelister enn det er i sentral- og region-sykehus.

I det følgende vil vi presentere flere forslag til modeller som kan utfylle hverandre. Et fellestrekk ved mange av forslagene er at tyngdepunktet for virksomheten blir flyttet mot primærhelsetjenesten og brukeren. Med dette unngår man oppdelingen av ansvar og beslutninger i to forskjellige forvaltningsnivå dvs. kommunenivå og fylkeskommunenivå. For mange av forslagene vil det være et problem at de to forvaltningsnivåene har adskilt økonomi/finansiering. Likevel mener vi det bør være mulig å inngå avtaler om hvordan utgiftene skal fordeles slik at man kan prøve ut modellene med dagens finansieringssystem. Et annet problem er at ordningene vil skape mere uklare ansvarsforhold mellom 1. og 2. linjetjenesten. Kan det på sikt være til skade både for 1. og 2.linjetjenesten? Samtidig som utviklingen på sentral- og regionsykehusnivå går i retning av mere spesialisering, svarer en på mangelen på legespesialister som kan dekke småsykhusenes behov ved å la omnipotente allmenpraktikere overta mere av småsykehuse-

nes funksjoner. Ligger det her innebygget et paradoks?

1. Fagmodellen.

Hovedtanken med fagmodellen er at kommunehelsetjenesten og sykehuset skal inngå et forpliktende faglig samarbeid som innebærer at det noe kunstige skillet mellom kommunalt og fylkeskommunalt ansvar blir nedbrutt.

Leger og sykepleiere fra primærhelsetjenesten i opptaksområdet danner en formalisert arbeidsgruppe sammen med representanter for sykehusets fagpersonell. Samarbeidsorganet har som oppgave å lage prosedyrer for innleggelse, forhåndsutredning, utskrivning og oppfølging. Det bør også fortløpende vurdere retningslinjer for bruk av poliklinikk og henvisninger til sentral- og regionsykehus. Det er viktig å få en klar oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og sykehuset.

2. Samarbeid om enkeltfunksjoner.

Ved å la primærlegen komme inn på sykehuset, samarbeide med spesialistene og bruke sykehusets hjelpepersonell og laboratorier, kan man trolig bedre utnyttelsen av sykehusets ressurser. Dette kan igjen bidra til å bedre samordningen av 1. og 2.linjetjenestene. Her er det flere muligheter:

A) Felles vakt.

En felles vaktordning for primærhelsetjenesten og sykehuset kan redusere vaktbelastningen for begge. En slik modell er gjennomført i Sauda (2). Modellen forutsetter at det er korte avstander i opptaksområdet og at sykehuset er lite. Det må være to leger på vakt, eventuelt kan den ene av dem være bakvakt. Vakthavende lege må ha tilgang på journal både fra primærlege og sykehus.

B) Legevaktlokale på sykehus.

En variant er å legge vaktlokalene for kommunehelsetjenesten inn på sykehuset.

Legevakta kan da på en enkel måte nyttiggjøre seg sykehusets ressurser. En slik modell er under utprøving i Larvik.

C) Fast lege.

Denne modellen innebærer at legen skal følge sine egne pasienter inn i sykehuset når det er aktuelt. Dette er utprøvd i Canada og USA. En eller flere leger er ansvarlige for behandlingen av pasienten i og utenfor sykehus. Dette krever en integrering av spesialist- og primærlegefunksjonene. Geografi og reiseavstander blir viktige også her, og modellen er nok mest aktuell for byområder. Sykehjem/sykestuer kan brukes på tilsvarende måte.

D) Geriatri/rehabiliteringsansvar hos primærlege.

Modellen går ut på å overlate totalansvaret for geriatri og rehabilitering til primærlegen. En slik ordning er utprøvd i Kristiansund og er under utprøving i Lærdal. Det har vært gode erfaringer med å sette primærlegen i en rolle som poliklinikklege der primærhelsetjeneste- og sykehussoppgavene er knyttet sammen. Primærlegen kommer i en mellomstilling og kan motta pasienter direkte og etter henvisning.

E) Kombinert helseinstitusjon.

I Kragerø Kombinerte Helseinstitusjon er det utprøvd en modell der sykehjem og sykehus er plassert i samme lokaler. Kirurgi, indremedisin, røntgen og laboratorietjenestene danner basis, mens anestesitilbudet og vaktjeneste utenom vanlig arbeidstid er noe begrenset. Sammen med omfattende poliklinisk virksomhet (spesialister fra nærmeste sentralsykehus) synes dette å gi en funksjonell løsning.

3.Områdemodell.

Ideen er å bringe spesialisten ut til pasienten. Primærlegen henviser pasienten til spesialisten, men samarbeider deretter med spesialisten om

⇒

undersøkelse og oppfølging, slik at pasienten opplever større kontinuitet. Primærlegen kan lære av spesialisten gjennom samarbeidet og ordningen kan også tilføre faglige kunnskaper til annet fagpersonell i kommunehelsetjenesten som helse-søstre og sykepleiere i sykehjem. Pasienten kan spares for besværlige og dyre reiser.

En ulempe ved en slik løsning er at spesialisten kanskje ikke får utnyttet sin arbeidskapasitet fullt ut fordi mye tid som kunne vært brukt på pasientarbeid, går med til å reise. Mangel på utstyr og serviceavdelinger kan også virke begrensende. Områdemodellen egner seg best for spesialiteter som ikke er avhengige av avansert utstyr. Systemet er prøvd ut for en rekke spesialiteter, deriblant pediatri, indremedisin, øyesykdommer og øre-nese-hals-sykdommer. Moderne telekommunikasjon kan antagelig forenkle opplegget.

4. Markedsmodellen.

Rammefinansiering har til nå vært hovedprinsippet for finansiering av sykehusdrift i Norge. I det siste har det vært foreslått å innføre varierende grad av markedsøkonomi i sykehusene og å ta i bruk økonomiske incentiver i høyere grad (3). Tanken bak denne modellen er at kommuner eller bydeler skal få tilført nok midler til å kjøpe nødvendige sykehus-tjenester til sin befolkning, og at de skal kunne velge fritt det sykehus hvor de finner den optimale sammenheng mellom pris og kvalitet. På den måten skal kommunen kunne spare penger ved å satse på forebyggende arbeid og ved å bygge ut egen behandlingsskjede (sykestue-sykehjem-åpen omsorg).

Ordningen kan antagelig tvinge frem billigere og raskere ytelser fra sykehusene samtidig som primærhelsetjenesten blir presset til å tenke over sin ressursbruk og effektivisere egne aktiviteter. Det vil bli ulønnsomt å la ferdigbehandlede pasienter

bli liggende i sykehuset og oppta sengeplass.

Et av problemene med en slik ordning er at økonomi kan bli knyttet for nært opp til den enkelte kliniske avgjørelse: "Lar jeg være å legge inn gamle fru Hansen, så sparer jeg penger til byråsjef Jensens hjerteoperasjon". Et annet problem er at det ofte er vanskelig å vurdere kvaliteten på sykehusbehandling. Vi vil derfor få behov for kvalitetsstandarder som kan gjøre det mulig å sammenligne sykehusene på en objektiv måte. Et tredje problem er at i store deler av landet vil nærmeste sykehus ha en tilnærmet monopolstilling. Ordningen vil derfor ha mest for seg i større byer og tettbygde strøk.

Leningrad, Sverige og England utfører forsøk med slike modeller, og i følge sykehusmeldingen for Oslo er det ønske om å sette i gang en slik forsøksordning der (4).

Utprøving.

Etter vår mening bør alle modellene som er nevnt ovenfor bli gjenstand for systematisk evaluering/utprøving.

Kvalitetsvurdering er et sentralt problem. Det er ikke nok å vurdere økonomi, liggetid og antall innleggelser/reinnleggelser. En må i tillegg vurdere om sykehuset gjør de riktige tingene på rett tid og på riktig måte. Her reiser de alvorligste motforestillinger seg. Presser mangelen på legespesialister oss til å godta en ny type annenrangssykehus for folk i distriktene? Sykehus midt mellom 1. og 2. linjetjenesten. Mister distrikts-norge sine akuttisykehus?

Modellene over kan nok føre til at arbeidsplasser bevares og at viktig medisinsk arbeid blir utført på en god måte. Likevel har jeg en flau smak i munnen. Mister vi den viktigste delen av småsykehusene, det akuttmedisinske sykehus basert på spesialister med bred bakgrunn i sitt fag?

Det kan synes som om utviklingen ruller videre av egen tyngde og uten politisk styring mot akuttmedisin hos avanserte subspecialister på sentral og regionsykehusnivå. Hverdagsmedisinen dekkes av allmenpraktikere som blir enda mere generalister/allvitere enn i dag. De blir assistert av subspecialister arbeidende i nettverk enten det går via satelittsendere eller fylkesveier.

1. Helsedirektoratets utredningsserie. Småsykehus - fremtidige oppgaver og funksjoner. Helsedirektoratet 3-91 (IK-2341) Oslo: Helsedirektoratet 1991.
2. Ermann DA. Rural health care: The future of the hospital. *Med Care Rev* 1990; 47; 33-73.
3. To små sykehus, fremtidige driftsmodeller. Forprosjekt (Sauda og Eigersund). Rogaland fylkeskommune. 1990: 1-18.
4. Grund J. Markedets muligheter i helsetjenesten. *Dagens Næringsliv*. 31.10. 1991: 7.
5. Om somatiske sykehus. Bystyremelding nr. 3 1990: 51-56. Oslo kommune, byrådet.

Kontaktperson:

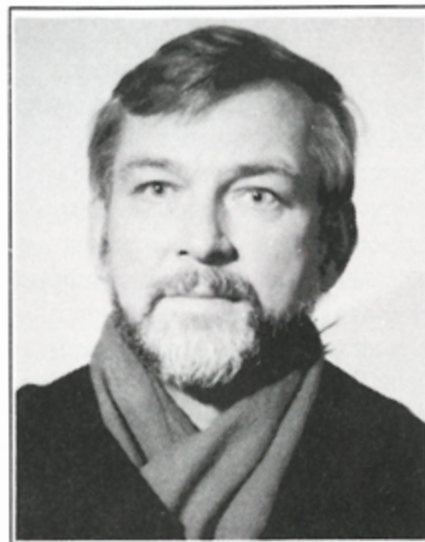
Petter Bugge
Postboks 83
6770 Nordfjordeid
tlf 057 60277

Bildet av legen jeg skulle bli må rives

Samtale
mellom turnus-
kandidat Kirsti Løvteit
og kommunelege
Eystein Straume.



Kirsti Løvteit er født i 1964. Oppvokst i Enebakk kommune utenfor Oslo. Cand. med. på kull 88 -2 i Oslo med eksamen høstsemesteret 1991. Turnustjeneste ved Hammerfest sykehus. Distriktsturnus i Loppa kommune i Vest- Finnmark. Om få uker ferdig til å gå inn i det medisinske hus som fullverdig medlem.



Eystein Straume, f. 42, cand. med 68, München. Høy flyttefrekvens i tidligere år. Fra 72 i Loppa, med div. sykehus-tjeneste: patologi, indremedisin og kirurgi. Nå kom. lege I. Interesser: Lokalsamfunnets tilstand, seile fem-børing på Lopphavet, allmenmedisinsk filosofi.

Det er langt ut i mai måned. Ute ligger sneen enda ned i fjæresteinene, men det er lyst hele døgnet og vinterstormene har vi lagt bak oss.

Vi møtes med ulike forventninger og er begge litt usikre. Vi har arbeidet sammen i snart et halvt år og jeg har fått respekt for hennes tenksomme, samvittighetsfulle og faglig dyktige væremåte. Jeg vil gjerne vite noe om hennes forventninger til fremtiden

som lege, og noe om hennes syn på den utdannelsen hun har fått.

Jeg har også forhåpninger om å få friske synspunkter på forhold som har opptatt meg de siste årene, som vitenskapsteori og beslutningslære, helseøkonomi og prioriteringer, samarbeid og organisasjonsutvikling, økologi og helsetjenestens plass i samfunnet.

⇒

Spørsmålene har ingen interesse svarer hun kontant, ikke enda i alle fall, legger hun til. Vi lærte heller ikke noe om dette i studiet - forresten husker jeg at en kirurg snakket om helhetlig tenking i behandlingen av en bestemt pasient. Samme kirurg hadde også noen tanker om prioriteringer og bruk av ressurser i helsevesenet. Jeg merker meg at det helhetlige var praktisk samarbeid mellom ulike profesjoner og helt uten generelle samfunnsmedisinske betraktninger. Men prioriteringsutvalgets innstilling forsøker jeg - det har dere vel diskutert. Men nei, det har hun aldri hørt om. Og hun er sikker på at det ikke var tema i undervisningen.

Så er det ikke bare en generasjon som skiller oss, tenker jeg. Vi lever også i to ulike verdener. Hennes verden er sentrert om den enkelt pasient og begrenset av manglende erfaring. Jeg føler ansvar for hele samfunnet, et ansvar som bøyer en mann til jorden og gir ryggproblemer og mere til. Hvor kommer dette forbannede ansvaret fra tenker jeg og ser aggresivt på min yngre kollega. Vil hun ikke være med på å bære byrdene?

Jeg forsøker en annen innfallsvinkel: Hvorfor valgte hun å studere medisin og hvilke forventninger har hun til legeyrket?

Med befriende latter viser hun frem kullboken som opplyser om mangelfull stedsans. Så mangelfull at det kanskje var tilfeldig at hun gikk inn døren til det medisinske fakultetet en dag for 7 år siden. Jeg ville frelse verden, sier hun som har et kristent livssyn. Valget stod mellom landbrukshøyskolen og medisinerstudiet. Det var nok forbilder i nær familie som gjorde at valget ble som det ble.

Men studiet har forandret henne på en måte som er vanskelig å beskrive. Nå er det hun som angriper, motforestillingene mot dagens leger ble ikke skapt på hennes kull. Motforestillingene arvet de fra oss som har



gått foran. I løpet av studiet mener hun at nesten hele kullet utviklet stor usikkerhet i forhold til eget yrkesvalg.

Det kjennes utrygt å bli lege. Den helsetjenesten som har vært kritiseres, men utdannelsen hennes har vært historieløs, så hun kjenner ikke det som har vært. Fremtiden virker fullstendig uoversiktlig, og idag er hun utrygg. Men trygg nok til å si nettopp det. Og tryggere i dag enn for to år siden.

I studietiden ble det utviklet flere negative sirkler. En vond sirkel var tilbakemeldinger fra kullene over,

særlig om turnustjenesten. Dårlig veiledning, mye ansvar og uklar oppfatning av egen rolle skapte følelser av håpløshet og depresjoner. Uhyggelige meldinger om selvmord gjorde situasjonen dødsens alvorlig. Samtidig med dette var det mange lærere som stadig sa noe sånt som at det og det trenger jeg ikke lære dere, for det skal dere få lære i turnustjenesten. Og kullet mente å vite at som turnuskandidater ble det forventet at nettopp det og det var kunnskaper og ferdigheter som de måtte beherske, eller i alle fall som de måtte kjenne godt til som turnus-

kandidater. En tredje vond sirkel var medias stadige fokusering på legers feil. Frykten for å gjøre feil hemmet gleden ved å kunne bli lege.

Den første vikarjobben for få år siden ble en voldsom og vanskelig opplevelse, og det bygget seg opp både frykt og redsel ved tanken på den kommende turnustjenesten.

Hvordan var det for 25 år siden spør jeg meg selv forundret. Hadde vi så mange motforestillinger? Vi trodde på helsetjenestens fortreffelighet og legeyrkets velsignelse. Vi var ivrige etter å få prøve det vi hadde lært. Angst hadde vi nok, men det var begrenset til sjefens bedømmelse av vår innsats. Og innsatsen gikk selvfølgelig forbi alle andre hensyn, familiens medregnet.

Undervisningen i psykiatri må bli bedre sier hun. En nær venninne tok sitt liv som pasient i et psykiatrisk sykehus. Selv hadde hun uketjeneste ved samme sykehus en tid senere. Det var veldig vondt å gå rundt med nøklene til de lukkede avdelingene, vondt å være en del av det systemet som hennes venninne ikke hadde klart leve i.

Kullet hennes tok tak i problemene. De fikk til et seminar om å leve med usikkerhet, de forsøkte å etablere nettverk av støttekontakter blant egne og de arbeidet for å få veiledet turnustjeneste. Forundret trekker jeg sammenligninger til arbeidet med å lage en helsetjeneste for leger. En helsetjeneste for "voksne og eldre" leger. Altså en helsetjeneste for mine egne behov!

Jeg blir mer nysgjerrig, forundret og ganske forlegen. Hun har mange tanker og følelser som gir henne et annet utgangspunkt enn det jeg hadde. Dessuten er hun kvinne, kullboken forteller at hun ønsker seg mann og mange barn. Legeyrket er i ferd med å bli et kvinneyrke. Hennes kull var det første med like mange jenter som gutter. I studietiden var det ikke noe problem sier hun. Vi var like

store grupper og på en naturlig måte var både jenter og gutter likeverdige og likestilte. Verre var det å komme ut i arbeid, da oppdaget hun den mannsdominerte helsetjenesten. Nå kjennes det ofte lettere å forsøke å være som en mann, enn å kjempe mot systemet sier hun.

Jeg kjenner mange dyktige og faglig engasjerte mannlige leger og vil proosere henne. Vi mannfolk er bekymret for at legeyrket blir et yrke med lavere status. Det kan vi leve med, men dagens vanskelige situasjon med knappe ressurser og betydelig øket kunnskap krever leger som setter faget foran alt annet. Kontinuitet, samarbeid og faglig utvikling krever nå vilje og evne til å stå på for fullt. Deltidstillinger, fleksible arbeidstider og lange svangerskapspermisjoner blir en trussel mot helsetjenesten. Den store andelen kvinner blant de nyutdannede legene er en viktig grunn til legemangelen i dagens utkant-Norge.

Jeg avvæpnes med et smil: Det er ikke så lett å finne en hjemmeværende mann! Dere mannfolk kommer til å snakke slik helt til det er nok leger i landet sier hun. Og innrømmer at tiden kan bli både lang og vanskelig inntil det skjer. Og inntil videre vil mange kvinner velge legejobber som kan forenes med familie-liv.

Hun kjenner ubehag nå når hun er ferdig utdannet lege. Men hun er ikke alene med ubehaget. Hun oppfatter mitt snakk om slitasje og utbrenthet som uttrykk for det samme ubehaget. Legeyrket må ha forandret seg mener hun, og hun postulerer at vi kjenner det samme ubehaget begge to men det gir ulike symptomer. Henne gir det utrygghet, meg gir det slitasje og depresjoner. Vi må finne tilbake til gleden ved å være lege. Hun er klar på at studiet må forandres. Særlig 2. avdeling må omarbeides. Hun vil ha teori før hun får praksis og hun vil ha mer praksis under veiledning. Mer problemorientert undervisning i små grupper. Hun savner ikke mer undervisning i epidemio-

logi, vitenskapsteori, helseøkonomi, etikk og beslutningsanalyser.

Hun vil vite mer om folks småplager og hun vil tilegne seg håndverket i yrket. Og turnustjenesten kan med fordel avtjenes på lokalsykehus.

Men de må være så store at det er flere kandidater der, og det kan med fordel være sykehus utenfor sentrale østlandsstrøk.

Studiet har forandret meg sier hun. Hun vil gjerne gjøre en god jobb, ønsker å være perfekt. Men hun kjenner seg utrygg og utilstrekkelig, fremtiden er uoversiktlig og ikke forutsigbar.

Hun står vendt mot kaos, men trygg og rolig sier hun at hun vil begynne sin legegjerning med å lære seg yrkets praktiske ferdigheter. Det skal bli den håndfaste plattformen hun først vil bygge. Så får tiden vise om det i kaos er et mønster hun kan følge. Jeg har ikke lenger noe bilde av meg selv som lege sier hun stille. Det bildet jeg hadde måtte rives, og jeg må bygge det opp igjen fra bunnen. Bildet må bli så solid at det tåler livets påkjenninger, forresten sier hun - jeg er ikke sikker på om jeg trenger noe slikt bilde. Jeg trenger det ikke enda, jeg kan leve uten. Jeg søker virkeligheten og ikke bilder. Underveis i samtalen overtar hun styringen flere ganger. Jeg kjenner at jeg slapper av. Det gjør ikke så mye at vi er frustrert hver på vår måte. Det er så mye vilje til glede. Og evne til å leve i kaos. Fremtiden er åpen og spennende.

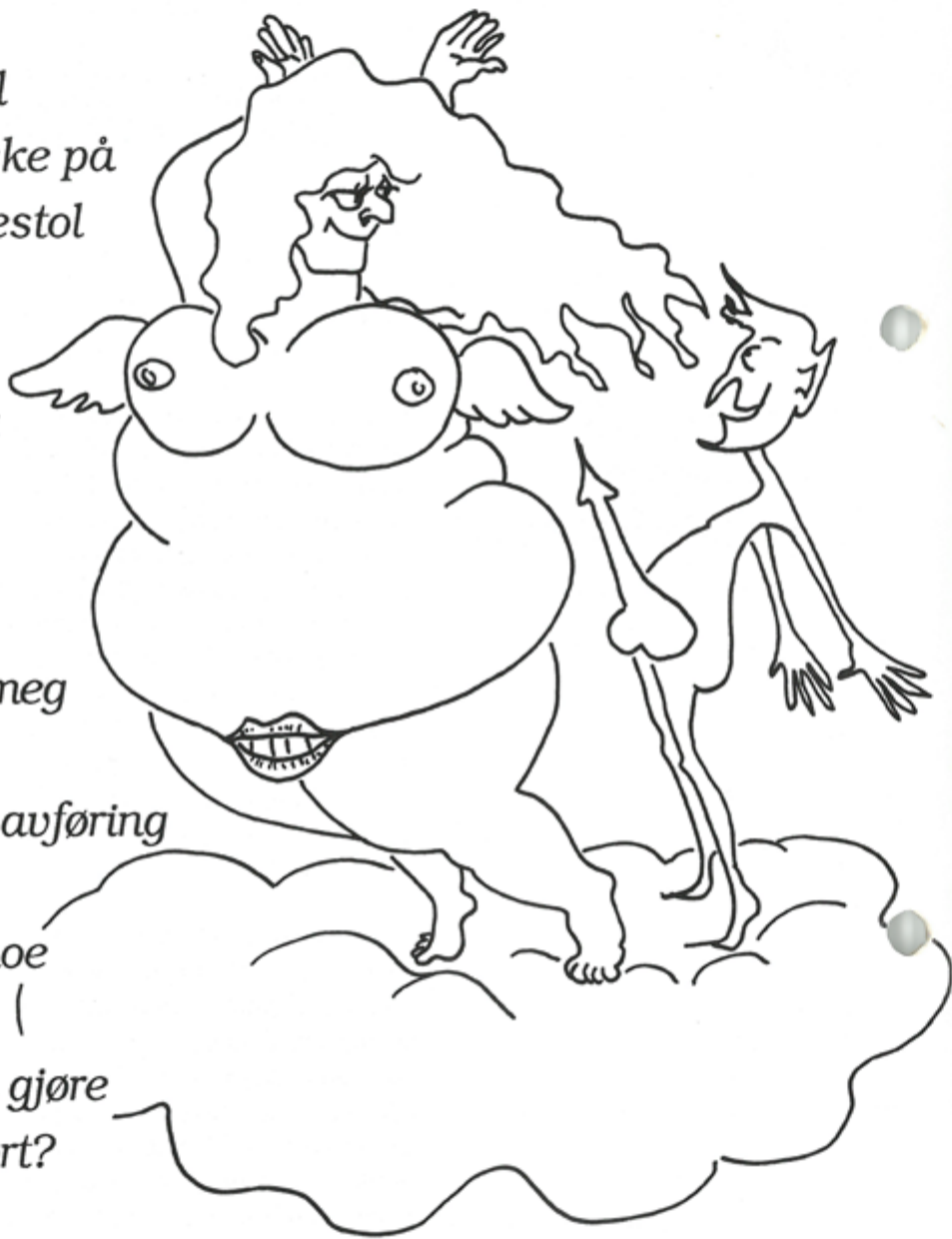
Men det vet jeg: helsetjenesten for leger skal også omfatte turnuskandidater og nyutdannede leger! Samtalen med turnus kandidaten blir spennende for meg. En underlig tanke melder seg. Samtalen har nettopp vært veiledning, men det er jeg som er blitt veiledet. I det ligger håpet!

○

Kanskje bør man leve fort?

(En hyllest til den himmelske frekkhet.)

Når jeg blir riktig gammel
noe eldre enn nå
skal jeg kanskje bli senil
men en ting skal jeg huske på
når jeg sitter i min gyngestol
og digger gammelrock
og forteller grisevitser
slik at pleierne får sjokk
og jeg tisser på meg
mens jeg ler
og holder på mitt brokk
Da vil oversøster nekte meg
min flaske yndlingsvin
fordi jeg griser med min avføring
og spiller min urin
Da skal jeg ikke angre noe
her i livet jeg har gjort
men det jeg aldri rakk å gjøre
Kanskje bør man leve fort?



Wenche Sabel



Anmeldt av: Marit Andrew

Interferens mellom legemidler og laboratorieprøver

Institutt for farmakoterapi har nylig anskaffet 1992-utgaven av Drug Effects in Clinical Chemistry (1). Undertittelen sammenfatter innholdet: "*Clinically important analytical interferences and biological effects of drugs on biochemical and hematological laboratory investigations*". Boken finnes sikkert allerede ved de fleste klinisk-kjemiske laboratorier ved sykehus, men kan også være av interesse for andre, for eksempel medisinske avdelinger, sykehus og større helsesentre.

Et spørsmål vi fikk "om fenazon kunne være årsak til en forhøyet gamma GT-verdi" kan illustrere bruken. Vi slo opp på fenazon i *legemiddeldelen*, som er ordnet alfabetisk, og fant gamma GT på alfabetisk plass blant tester som kan påvirkes av dette legemidlet. Koder viser om laboratorieverdien kan bli høyere eller lavere, om det gjelder målinger i serum, blod eller urin, om det er en in vitro innvirkning på testen, eller om testen forstyrres på grunn av biologiske effekter. Ut fra hvert legemiddel er det angitt litteraturreferanser. Vi slo også opp i den alfabetiske oversikten over *laborrietester*, og under gamma GT fant vi - ikke uventet - fenazon,

sammen med en lang rekke andre legemidler som kunne gi økt gamma GT-verdier, noen som kunne gi nedsatte verdier, og noen få hvor det er vist at det ikke er noen påvirkning - alt med litteraturreferanser. I alt er det mer enn fem tusen referanser, frem til 1992. Imponerende.

Marit Andrew
Institutt for farmakoterapi

Litteratur:

1. Drug effect in clinical chemistry. 6. utgave. Apoteksbolaget, Läkemedelsverket og Svensk Förening för klinisk Kemi, 1992. Kan bestilles fra Apoteksbolaget, Förlagsavdelingen, S-105 14 Stockholm.

Det tredje øye

- min første dag med video-opptak i allmennpraksis

Tekst: Linn Getz



Linn Getz (f. 1962) reiste etter endt studium i Trondheim til turnus i Troms med tro på at hun var ment for sykehusmedisinen og at allmennpraksis var for vanskelig. Etter distriktsturnus på Senja og ett år som kommunelege i Karlsøy, hadde allmennmedisinen overbevist henne. Dette året deler hun sin tid mellom halv allmennpraksis i Surnadal og halv stipendiatstilling ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim. Der arbeider hun med et prosjekt omkring legen som sakkyndig i trygdesaker.

Den følgende epistel ble til umiddelbart etter første dag med video-opptak av konsultasjoner i min allmennpraksis. Dagen bragte meg en nyttig opplevelse. Den provoserte meg til å innse noe om mitt forhold til mine pasienter som jeg faktisk ikke hadde erkjent på forhånd. Jeg oppdaget at jeg, som egentlig er en ganske tøff dame, ikke opplever bruken av videokamera som en var-som tøyning av grenser mot pasientens integritet. For meg var det å bryte grensen. Er jeg i berøring med en følelse, en emosjell "hudkontakt", som oftere kjennetegner kvinnelige leger enn mannlige? Representerer dette en velutviklet empati eller simpel snillisme? Videoutstyret lot seg, på grunn av geografien på mitt kontor, ikke fjerne fra pasientens oppmerksomhet ved inn- og utgang fra kontoret. Ville min opplevelse vært mindre preget av ubehag dersom opptaket i seg selv ikke var så merkbart? Og hvilke konsekvenser burde en slik forskjell eventuelt

ha for min aksept av video-opptak i min praksis? Dette er absolutt ikke ment som et forsøk på å rette et nådestøt mot et spennende og lærerikt innslag i allmennmedisinerens utdanning. Jeg har faktisk tro på video i allmennpraksis - men kanskje ikke som noe obligatorisk. Det finnes nok flere grunner for å si nei enn dårlig selvtillit, og det bør vi ha respekt for.

Jeg vil bli spesialist i allmennmedisin. Jeg deltar i veiledningsgruppe og går på grunnkurs. Begge steder er kommunikasjon et sentralt tema. Vi skal prøve å lære noe om oss selv som leger - sett utenfra. Vi lager rollespill med video-opptak, og vi oppfordres til å videreføre dette med å gjøre "liv-opptak" i egen praksis. Jeg har hørt flere si at dette fungerer greit, pasientene sier nesten alltid ja, forteller de, og det er veldig lærerikt. Klart jeg vil prøve!

Den største bøygen synes å være og rigge seg til med det lånte kamera. Jeg strever med å finne det optimale sted å "skyte" opptaket fra. Det beste er foran døren, dessverre. Det nestbeste er ved siden av døren. Jeg er klar.

Jeg slår opp avtaleboka for å se hvem som kan være "gjester" i dr. Getz's helsestudio. Første pasient er en jente født i 1977. Vanlig time, bestilt for lenge side. Det kan godt være prevensjon, hennes første GU, hva vet jeg. Noe sier meg at det ikke er all right å gi henne brevet med introduksjon til video-opptaket. Neste pasient. Å, er det *henne*..... Nei, hun har det så tøft, sist gråt hun en del. Hun kommer ikke til å nekte, men hun vil føle det vondt etterpå når hun går hjem til sitt. Nei, ikke henne. Neste - en ukjent dame midt i livet. Vil jeg introdusere henne til vårt lege-pasientforhold med spørsmål om et video-opptak for at jeg skal lære å bli bedre lege? Hva ville jeg selv ha tenkt om jeg var pasient? Nei.

Men redningen kommer. For nå kommer hun med polymyalgia rheumatica som føler at jeg reddet livet hennes. Hun skal kontrollere senkning og få dosert prednison. Ufarlig, tenker jeg. Og damen sier da også ja til opptak, hvis jeg vil vente til hun har fått spørre meg om noe først. Opptaket blir bra. Ikke noe ulidelig pinlig skjer. Jeg ser meg selv med nærmest italienske håndbevegelser lene meg fram og forklare nok en gang hva dette er for slags sykdom og hvor bra det skal gå. Tror for øvrig jeg skal klippe meg. Det er jo litt sannhet i det, også.

Så gikk dagen. Jeg lot min bredryggede kollegas store, hvite frakk henge over kameraoppsatsen, det ble ikke flere opptak. Selv ikke "øyeblikkelig hjelp"-pasientene dristet jeg meg på. Hvor ofte opplever jeg ikke at inngangsbilletten til en slik time skjuler en hel verden av lidelse. Jeg kan ikke sette videoøyet

på en stakkar med dyspepsi - eller hodepine - som *egentlig* har gått konkurs eller mista jobben i forrige uke. Gjør ikke mot andre det du ikke vil at andre skal gjøre mot deg, tenker jeg. I mellomgulvet har jeg et ubehag som jeg ikke helt får taket på. Jeg er visst feig. Jeg er ikke dristig nok i dag.

Rastløsheten tar meg etter Dagsrevyen. Flere opptak i morgen? Jeg snur meg i senga når jeg kommer så langt. Så sier beslutningen over meg: Pakk sammen. Ikke flere opptak.

Jeg går for å være energisk, tøff og direkte. Men her har jeg bråbremsert foran en usynlig vegg: Opplevelsen av å krenke mine pasienters integritet. Uttrykt som en vag uro i mellomgulvet: Dette føles ikke godt. Noe helt annet enn prestasjonsangst eller nervøsitet. En slags skyldfølelse.

Det gikk altså ikke greit å introdusere videokameraet i min praksis. Det skuffer meg, for jeg har lyst til å være narsissistisk og se litt på speilbildet av doktoren i meg. Angsten for å se seg selv på TV er tross alt banal for de fleste av oss - man vrir seg litt beklemt på stolen under visning, men innser at det der er da helt OK.

Allmennpraktikerens yrke er - paradoksalt nok - når det kommer til kjernen i vårt arbeid, ganske ensomt på mange måter. Jeg tenker ofte at "dette ville en annen gjort annerledes". Jeg opplever mange underlige og magiske øyeblikk på kontoret. Hvor gjerne jeg skulle delt dem med en kollega, sett på hva som hendte og hva som kunne ha hendt!

Og det er faktisk mulig, gjennom praksisbesøk. For meg er det ikke vanskelig å sette et levende *menne-ske* en kollega, i en krok og si til pasienten at vi er to i dag. Jeg har fått låne en kollega som skal hjelpe meg til å bli en flinkere doktor. Men

hvordan i all verden skal jeg forklare fru Olsen hva jeg driver med når jeg tar opp hennes besøk hos meg på video? Jeg tror ikke noe på at det er så greit. Konsultasjonsteknikk? Jeg tror fru Olsen sier ja fordi det er så mye man finner seg i i dette uoverskuelige helsevesenet. Det er ikke lurt å si nei, for da mister jeg kanskje legens sympati.

Det finnes utallige konsultasjoner som ikke er mere ladet enn at de trygt kan vises i et lukket forum av kolleger. Men disse konsultasjonene kan ikke jeg plukke ut på forhånd. For meg er enhver konsultasjon et ubeskrevet ark som jeg føler jeg sverter til ved å la dette videoøyet se på det. Er man heldig, glemmer begge at de betraktes av et kamera. Men har du tenkt på hva som kan røre seg i pasientens hode på hjemmeveien, om noe sårt og ømt kom fram? Jeg tror faktisk ikke taushetsplikten er trøst god nok da. Det handler om å føle seg utlevert. Eller skal man slå av kamera hvis det blir for høyt emosjonelt trykk? Hva slags signal er det - at dette er følelser som du kanskje ikke bør vise fram til andre enn meg?

Jeg har sovet på det, og erkjenner at denne følelsen som sitter i meg - den ublaserte opplevelsen av å stå ved en ukrenkelig grense - må bli retningsgivende for min praksis. Jeg ville oppleve det annerledes om jeg tvang meg til å gjøre opptak i noen uker. Det er vel som å sette sprøyter eller reponere brudd - du skjelver første gangen, senere gir du blaffen i ynke og klynke - for man vil gjøre en skikkelig jobb, hvilket kan kreve både litt legemlig og åndelig bruta-litet. Men jeg vil ikke venne meg til et tredje øye på et stativ made in Japan.

For meg var dette en uventet opplevelse. Tankene har flyttet seg fra å identifisere og verbalisere den til å undre på hvorfor det er slik for meg og ikke for så mange andre. Jeg tør

⇒

påstå at jeg ikke lider av fortrenget video-vegring som følge av prestasjonsangst. Det handler ikke om mitt forhold til meg selv - det handler om mitt forhold til pasientene. Jeg opplever ingen rett til å influere på deres opplevelse av tiden sammen med meg ved å introdusere en umenneskelig kikker. Jeg tror det handler om en hang til perfektionisme på det følelsesmessige plan - om denne ideale fordring som både kan være kvinnens lodd og kvinnens aktivum som lege.

Min reaksjon kan se veik og underdanig ut. Men la meg tilføye at jeg er en av de få leger du har møtt som minst to ganger i året - når både legen og mennesket i meg føler seg tynt forbi tålegrensen - slår i bordet så pasienten hopper og sier "Nå orker jeg ikke mer!" - og går ut av mitt kontor og trekker pusten i to minutter før jeg går tilbake og sier "Greit, la oss fortsette..." Uprofesjonelt? Ja. Og nei.

Medisin er et fag der mange mange veier og virkemidler kan lede til svaret. Jeg er en god lege som ikke kan jobbe "live" mot et videokamera. Du er en god lege. Og du kan.

Linn Getz
Institutt for samfunnsmedisinske fag. Medisinsk Teknisk Senter, N-7005 Trondheim

C TETRAM "Nycomed Pharma" Antiflogistikum.

ATC-nr.:M01A C01

T ENTEROTABLETTER 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Piroxicam. 10 mg, resp. 20 mg, lactos. 69 mg, resp. 138 mg, const. q.s.
Indikasjoner: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artroser. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenore.
Kontraindikasjoner: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria.
Bivirkninger: *Gastrointestinale (vanligst):* Dyspeptiske plager som kvalme epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. *Sentralnervøse:* Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. *Kardiovaskulære/renale:* Palpitasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. *Dermatologiske:* Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. *Meget sjelden:* Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksise epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobulløse reaksjoner. *Hypersensitivitet:* anfylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk ødem, vaskulitt og "serum sickness" er sett sjelden. *Hematologiske:* Reduksjon i hemoglobin og hematokritt ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura Henock Schönlein, leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. *Lever:* Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. *Øye/øre:* Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. *Tåkesyn og øyeirritasjon. Andre:* Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.
Forsiktighetsregler: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel

nedsatt av nyregjennoblødning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn under 5 år. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

Graviditet/amming: Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten for disse ennå ikke er dokumentert. Kontraindisert i 3. trimester.

Overgang i morsmelk: Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

Interaksjoner: Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretikas natriuretiske effekt. (I: 44e antireumatika og antiinflammatoriske midler).

Dosering: Tabletter skal svelges hele. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose: Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). **Juvenil reumatoid artritt:** Barn med vekt >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig.

Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. **Primær dysmenore:** Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

Overdosering/forgiftning: Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

Pakninger og priser: **Enterotabletter: 10 mg:** 100 stk. kr. 258,00. Enpac: 20 stk. kr. 67,30. **20 mg:** 100 stk. kr. 499,70. Enpac: 7 stk. kr. 52,80, 10 stk. kr. 66,90

 NYCOMED PHARMA

nyhet!

ENTERO DRASJERT PIROXICAM TABLETTI



Mindre slimhinneskader

Det er kjent at enterodrasjering reduserer den lokale skadeeffekten av ASA og naproxen, og gir mindre slimhinneskader enn vanlige tabletter.

I en gastroskopistudie på Ullevål viste Aabakken & al at enterodrasjert piroxicam ga en signifikant reduksjon i slimhinneskader i ventrikkel og duodenum. (Statistisk signifikans på alle parametre.).

Forfatterne finner at
"... enterodrasjert piroxicam ga signifikant reduksjon av gastroduodenale endoskopiske lesjoner."

Ref.: Aabakken & al, Scand J Gastroenterol 1992;27:1049-1054.



En daglig dose

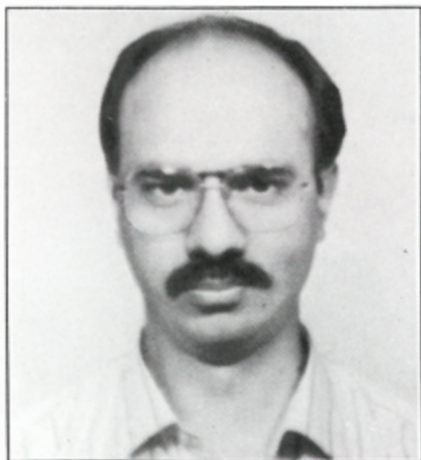
TETRAM

- for pasientens skyld!

Data- baser

-et verktøy vi bruker for altfor lite

Tekst: Satya P. Sharma



Satya P. Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Delhi. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamen i ortopedisk medisin med bl.a. manipulasjon ad modum Cyriax, London. To årig deltidskurs og eksamen i akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Kommunelege i Masfjorden kommune fra 1990. Ivrig PC-bruker.

Omtrent halvparten av norske allmennpraktikere har idag edb-basert journalsystem og andelen er raskt økende. Det er mitt inntrykk at relativt få har utnyttet det elektroniske databaseverktøy som finnes i de vanlige journalprogrammene og de mange databaseprogram som ellers finnes lett tilgjengelig på markedet. Hensikten med denne artikkelen er å presentere hva en elektronisk database er, og ved kjente eksempler vise hvordan jeg har tatt den i bruk og hvilket potensiale den har.

Hva er en database?

En database er ganske enkelt en samling av relatert informasjon. Med relatert informasjon forstår vi informasjonsbiter som har en sammenheng med hverandre. Eksempler er telefonkatalogen, kokebøker med alle oppskriftene dine, innholdsfortegnelse for dypfryseren, pasientjournalene, legemiddellister, litteraturarkiv og pasientregistre av ulike typer.

En edb-basert database er et elektronisk kartotek der informasjonen er lagret i en eller flere filer på dataskinnen din. Databaseprogrammet, heretter bare kalt database, setter deg i stand til å lagre, gjenfinne og koble data på en måte vi tidligere knapt kunne drømme om. For å lage en enkel telefonliste med et 100-talls telefoner, er det neppe bryet verdt å bruke en database. Men dersom du har flere numre, adresser og annen informasjon knyttet til disse, trenger du et mer oversiktlig system, og en database kan hjelpe deg. Jo større mengde informasjon med flere informasjonsbiter koblet med hverandre, jo større grunn er det til å lagre det i en elektronisk database.

Databasens fordeler.

Databasen bearbeider informasjon på en måte som manuelt ville være veldig tidkrevende eller i verste fall ikke gjennomførbar. Informasjonen kan sorteres på ulike måter. Du kan

selv velge ut hvilken informasjon som skal hentes fram. Dette gir helt nye muligheter for oppfølging av pasientgrupper, kvalitetskontroll og kvalitetsheving av egen praksis.

For eksempel kan du få ut en liste over alle hypertoni-pasientene dine. Du kan få dem splittet opp i de som bare har røyking som annen risikofaktor, de som i tillegg har hyperkolesterolemi og de som har alle tre. Du kan få ut alle pasienter med kolesterolverdi over 8mmol/l eller alle diabetikere med HbA1c-verdier over 8%. Mange av disse mulighetene ligger allerede innebygget i dagens standard legejournalprogrammer. Den eneste, men viktige forutsetningen for å få dataene ut, er at de er registrert og registrert på en ensartet måte.

I en vanlig database, men ikke i legejournalen, kan du endre på og ajourføre informasjonen til enhver tid. Videre kan du endre måten informasjon er lagret og presenteres på så ofte du vil, tilpasset behovet ditt. Det siste gjelder også hvordan du vil ha dataene skrevet ut, f.eks. som etiketter til brev eller som rapporter av ulik type.

Informasjon fra flere kartotek kan kobles sammen. Informasjon fra databasen kan også overføres til tekstbehandlings- og regneark-program. Det er i varierende grad mulig å foreta statistiske beregninger av dataene.

I sum har databaseprogrammene funksjoner et betydelig rasjonaliserende og kvalitetsøkende potensiale i forhold til flere oppgaver vi daglig står overfor. Disse funksjonene er dessuten relativt lett tilgjengelige og vi bør utnytte disse mulighetene langt bedre enn vi gjør idag.

Egen erfaring.

Jeg bruker databaseprogrammet Foxpro og opplever det som en stor fordel å få programbildene opp som

vinduer. Da kan jeg bruke "mus" og slipper å huske kombinasjoner av tastetrykk. Det forenkler arbeidsprosessen veldig. Hittil har min bruk av databaseprogram vært nokså begrenset, men den kommer til å øke etterhvert! Følgende bruksområder har jeg foreløpig erfaring med:

Litteraturarkiv.

De artiklene jeg kommer over i forskjellige tidsskrifter som er av interesse for meg, registrerer jeg i databasen. I databasens skjermbilde er det et memo-felt. Der skriver jeg noen kommentarer om innholdet i artikkelen. Dermed trenger jeg ikke å lagre selve artikkelen eller tidsskriftet.

Alternativt kan en kopiere de artiklene en vil ha, nummerere dem fortløpende og lagre dem i brevordnere. I databasen må en da registrere opplysninger som gjør at en kan gjenfinne artikkelen. I tillegg til artikkelens løpenummer kan det være stikkord om emne, forfatter og tidsskrift. Det kan være lurt å systematisere hvilke stikkord en bruker om emner, det vil si lage seg en slags arkivnøkkel. Det letter gjenfinningen i betydelig grad.

Influensavaksine.

Databasen letter flere funksjoner i forhold til influensavaksinering. Den gir meg oversikt over personer i kommunen som trenger vaksine. Dette hjelper meg ved vaksinebestilling fra Folkehelse. Det er lett å få oversikt over risikopersoner som bør innkalles for å få vaksinen av medisinske grunner. Utskrift med adresselapper for skriftlig innkalling av disse gjøres lett. Jeg har også matet inn data om effekt av vaksineren; bivirkninger og antall tilfeller av influensa etter vaksineren.

Bedriftshelsetjeneste.

Databasen gir meg oversikt over medlemmene og gir en mye bedre anledning til å følge opp enkelte bedrifter/arbeidstakere. Nytten vil

for øvrig avhenge av hva jeg registrerer i databasen.

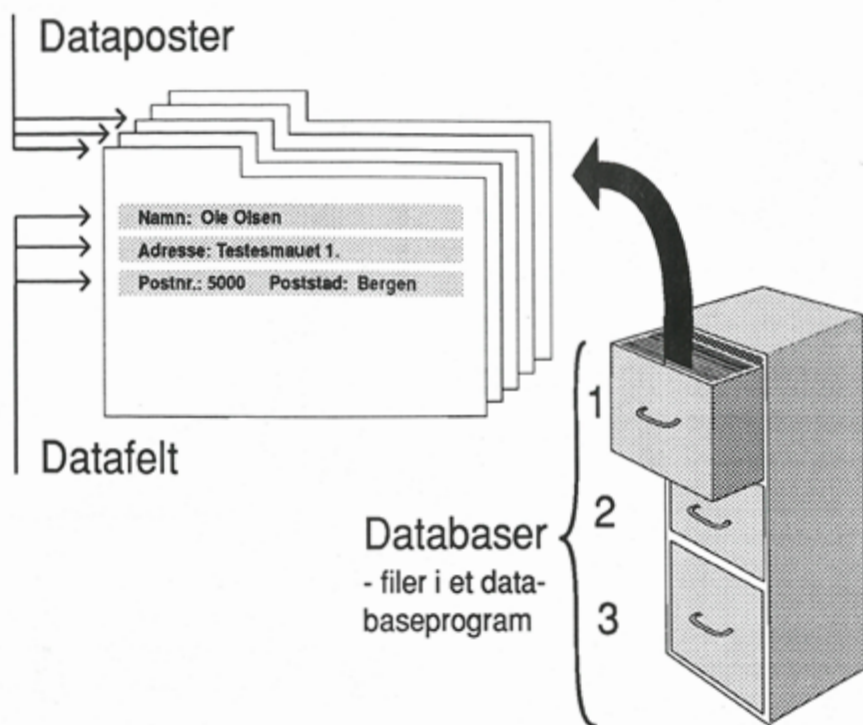
Ulike databaseprogrammer.

Det fins et rikt utvalg av databaseprogrammer. Noen av de vanligste er listet opp i tabell 1. Windows-programmene er mer brukervennlige enn DOS-programmer. I dem har du også mulighet til å lime inn bilder etc. som du kan hente inn fra andre programmer. Jeg har prøvd dBASE IV, DataEase og Foxpro. For den vanlige bruker er disse programmene mer enn nok. dBASE og DataEase, Access (og kanskje noen andre) har mulighet for å beskytte data fordi du må bruke passord for å åpne en fil. De fleste programmer gir mulighet til å hente filer fra andre programmer som regneark eller



Tabell 1. Ulike databaseprogram med ca. - pris eks. mva.

DOS-programmer	Ca.-pris
dBASE IV ver. 1.5 (e)	6250
dBASE ver. 1.1 (n)	5990
Dease	5000
MS Foxpro	4990
Paradox	5850
Superbase	5400
Integrerte pakker:	
Clarix Works	2695
MS Works	1990
Windows - programmer	
MS Access	4500 (veil.) 990 (tilbud)
Approach	1495 (n)
Clarix Filemaker	3990 (n)
Dease	4600
MS Foxpro ver. 2.5	5000 (veil.) 3750 (tilbud)
Paradox	5600 (veil.) 990 (tilbud)



Figur 1. Prinsipskisse av en database.

Databasens oppbygning.

En database kan inneholde mange filer. En fil kan sammenlignes med en arkivskuff, som f.eks. kan inneholde litteraturarkiv eller et pasientregister. Arkivskuffen fylles av arkivkort. I databasen kalles arkivkortene for poster. Postene inneholder en samling av opplysninger som hører sammen, f.eks. de opplysningene en vil ha om en arkivert tidsskriftartikkel eller de opplysningene en vil ha om en arbeidstager tilsluttet bedriftshelsetjenesten. Opplysningene i en slik post registreres på en ordnet måte i ulike felt. Prinsippet er forsøkt illustrert i figur 1.

Du kan selv, innen visse grenser som programmet setter, innrede postene med de feltene du ønsker. Det gjelder både antall felt, størrelsen på dem og hvilke tegn det skal være lov å fylle dem med. Den vanligste feltypen er for tegn/tekst. Det vil si at du kan fylle feltet med tekst og tall som ikke skal brukes i matematiske oppgaver. Et "logisk felt" er et felt som bare tillater deg å mate inn ja/nei. Numeriske felt er for tall med eller uten desimal. Disse tallene kan behandles matematisk av programmet. Datofelt er et felt som definerer datoføringen på en entydig måte, som f.eks. dag/mnd/år. MEMO-felt er et tekstfelt der du kan skrive inn kommentarer. Hvor mye tekst du kan skrive i et slikt felt varierer fra program til program. I DataEase kan du f.eks. bare lagre ca. en A4-side mens du i dBASE kan lagre tekst opptil 64000 bytes. Det kan være lurt å tenke gjennom behovet sitt på dette området når en velger program. Store tekstfelt er ikke alltid helt synlige, men kan hentes fram ved enkle tastetrykk. Du har alltid anledning til å gå tilbake og justere bredden/lengden på feltene.

Valg av felter i en post og det en skriver i dem er det som avgjør hva du senere kan hente ut av opplysninger fra databasen din. Det er her du

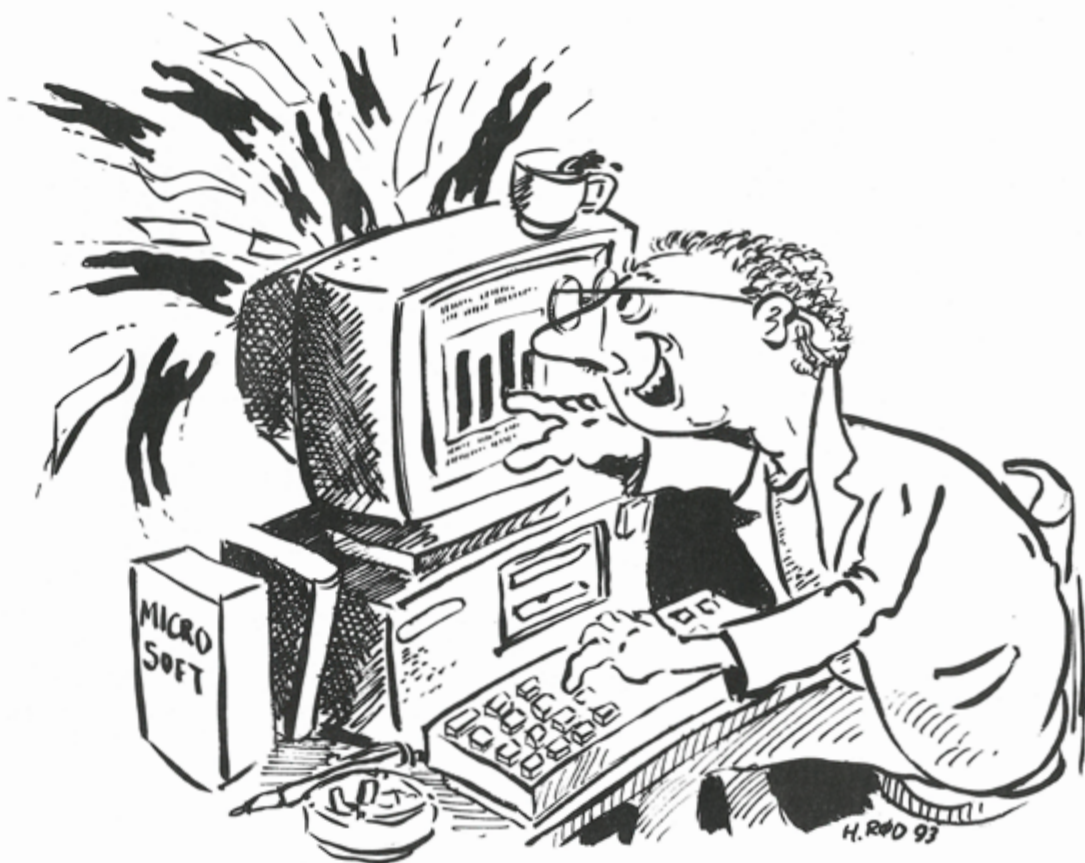
tekstbehandlingsprogram. Access og Foxpro gir f.eks. anledning til å hente inn filer fra regnearket Excel eller Lotus 1-2-3 eller andre databaseprogrammer. Det fins noen integrerte programpakker som f.eks. MS WORKS og FrameWork som er program med database, regneark og tekstbehandling i en og samme pakke. Jeg har ikke prøvd disse og kan derfor ikke uttale meg om dem.

Programmene er relativt enkle å lære, særlig windows-versjonene. Det er nødvendig å ha noe kunnskaper om DOS og eventuelt Windows som å døpe, omdøpe eller slette filer, avhengig av hvilken versjon du bruker. Windows-versjoner er ofte noe trege på 386-maskiner. De tar ca. 10-12 MB plass på harddisken, mens DOS-versjoner tar 3-4 MB.

Jeg tror ikke valg av program er det avgjørende, men at en velger ett og lærer seg å bruke det.

Hvordan komme i gang?

Selv fikk jeg inspirasjonen etter å ha vært på grunnkurs IV i Førde og hørt om hvordan databaseprogram med litteraturarkiv ble brukt for å finne fram aktuell litteratur i forberedelsen av forskjellige forelesninger. Jeg kjøpte boka om bruk av dBASE IV og lærte skritt for skritt. Etter å ha brukt et par timer daglig i 3-4 dager kunne jeg konstruere min egen database og lære å hente fram informasjon og manipulere informasjon på forskjellige måter. Deretter kunne jeg lage min første egne applikasjon. Det vil si et eget program innenfor hovedprogrammet, f.eks. et medlemsregister for bedriftshelsetjenesten. En fordel er at sekretæren eller medarbeideren din, som ikke kan noe om databaseprogram, kan arbeide med dataene dine fordi kommandoene er enkle. Selve formen og utseende av skjermbildet blir også mer tiltalende og lett håndterlig.



må bruke hodet! Hva har jeg senere bruk for av opplysninger og sammenstillinger? Og hvordan skal jeg skrive det inn på en entydig måte? Dersom du i et adresse- og telefonregister lager et felt for merknad, kan du f.eks. i dette markere alle du vil ha på en akuttmedisinsk varslingsliste med ordet "akutt". Fra hele registeret kan du da hente fram alle med "akutt" i merknadsfeltet og du har en oppdatert telefonvarslingsliste. Ved utskrift av denne velger du hvilke felter du vil ha med, f.eks. navn, stilling og telefonnummer.

Det er ingen fordel å ha flere eller større felt enn nødvendig. Husk at du ikke ser mer enn ett skjermbilde om gangen. Poster med mange og store felt krever rulling av skjermbildet og reduserer tilgjengeligheten. Et alternativ kan være å lage flere databasefiler som senere ved behov kan kobles. Ved utskrifter kan du redigere hvilke felt du vil ha med, også fra koblede filer.

Arbeid med databasen.

Det daglige arbeid med databasen vil inneholde følgende elementer:

- Tilføyning av nye eller sletting av gamle poster.
- Endring/redigering av innholdet i postene.
- Sortering av databasen på en meningsfylt måte ut ifra det aktuelle behovet ditt.
- Søk i databasen etter ulike typer av informasjon.
- Utskrift av informasjon fra databasen.
- Enkle matematiske kalkulasjoner.
- Sammenkobling av ulike databaser for å hente inn ulike sett av informasjon.

Oppsummering.

Et databaseprogram er et nyttig verktøy til å holde orden på den informasjonsflommen vi skal forholde oss til. Det gir helt nye muligheter for oppfølging av pasientgrupper, kvalitetskontroll og kvalitetsheving av egen praksis til en billig penge og på en lettlært måte. Hva mer kan en forlange?

Lykke til!

Litteratur:

1. Simpson A. Understanding dBASE IV 1.1, second edition; Sybex computer books Inc., USA.
2. Ballo K. Slik brukes DATAEASE 4, Tano 1991.
3. Grunnkurs i DataEase versjon 4.2, DataPower a.s.
4. MS Foxpro; 2 manualer.
5. MS Foxpro for Windows; manualer.

Satya P. Sharma
Kommunelege I
5180 Masfjordnes

Et forsøk på
overtyre til en serie
om kommunal
legevakt med
særlig vekt på
legekoffertens
funksjon og
symbolverdi.

Tekst: Eystein Straume

Vakt og beredskap.

Telefonen på nattbordet, legekofferten ved utgangsdøren.

Slik er livet for mange av oss. Inntil en tredjedel av vårt yrkesaktive liv går med til vakt og beredskap.

Uansett tid på døgnet og uavhengig av min egen tilstand, våken, spisende, sovende, enda elskende i den innerste private sfære, kan telefonen kalle. Og oppdraget kan være alt som gir smerte, som bekymrer, plager eller truer med menneskers tilværelse.

Kofferten inneholder verktøy og midler for å møte alle slike tenkelige situasjoner. Kofferten blir det jeg holder hardt omkring, der er det jeg skal bruke for å klare jobben. Og ofte blir kofferten det punktet pasienten fester sin oppmerksomhet på, også når det gjelder liv og død. Jeg glemmer aldri den gamle mannen som med sine siste krefter stirret på kofferten, hans siste håp. Lungeødemet overvant han før jeg fikk åpnet kofferten.

Ikke rart da at innholdet i legekofferten diskuteres i alle utdanningsgrupper i allmenmedisin. (1)

Og kofferten er som regel det første enhver turnuskandidat spør om hjelp til å utstyre. Når kofferten har fått sine første skrammer - da kan du stå på egne ben som vakthavende lege.

Som nyutdannet lege ble jeg sammen med resten av kullet invitert til møte med legeforeningen i Bergen. Det var forresten en høytidelig forestilling i mørk dress. En hvithåret og vel avholdt mester i faget betrodde oss sent på kvelden at det eneste han hadde i kofferten var noen sulfatabletter. Vi struttet av kunnskaper og steilet over slik enfoldighet. Men jeg har aldri fått den gamle kollegaens vennlige ansikt ut av minnet. Han var en erfaren lege og han likte sin bestilling.



Min første legekoffert.

Min første legekoffert er 25 år gammel. Den ligger på mørkeloftet, forsterket med skinnlapper på hjørnene. Håndtaket er surret fast av vante sjømannshender med seilmaker tråd. Kofferten er full av merker og minner. Litt usikker tar jeg den frem, kofferten forteller noe om min utvikling som lege og det blir svært privat. Men den forteller også noe om hvordan en nyutdannet lege full

av idealisme og forventninger har utstyrt seg for å møte utfordringene i yrket.

Kofferten ble stappet helt full. Den måtte åpnes forsiktig ellers ramlet det meste av innholdet ut. Og det skjedde! Til stor glede for hund og katt og små barn rundt i alle hjem fløt ulike piller og pakninger utover. Og håndtaket røk og hengslene klar- te ikke presset. Løsningen ble avta-

ler med det lokale apotek som stillet egen apotekhoffert til rådighet.

Kofferten kunne ryddes. Den inneholdt nå bare injeksjons-preparater, stetoskop og Heines diagnostiske sett.

Det var tid for oppbygging av "coronary care units". Lidocain fjernet ventrikulære ekstrasystoler



og det kunne redde liv. Tiden ble viktigere. Det vil si den ble knappere. Og kofferten ble snart like full. Det var enda før venflonens tid så et lite kirurgisk sett for veneblottlegging fikk plass sammen med et utvalg av hjertemedikamenter. Og transport til sykehus med alle brystsmerter ble et imperativ. Mange ganger var vel transporten farligere enn sykdommen. Og koffertens innhold ble brukt med stor tro på effekten, både fra pasient, lege og pårørende. Legen gjorde hva han kunne. - Det gjorde han ikke dersom han unnlot innleggelse!

Vendepunktet var en gammel fisker med ferskt hjerteinfarkt. Etter forbehandling og "stabilisering" av tilstand på ritualmessig måte før transporten til sykehus sa han: "Takk for at du kom, var snill send meg ikke til sykehus." Ute var det svartkald mørketids vinter og full nordvest storm.

Jeg ble hos han den natten og det var godt for oss begge!

Det som var god latin på universitetsklinikken var ikke alltid den beste medisinen i min verden!

Når kunne jeg tillate meg å behandle pasienten hjemme og når ville sykehusbehandling være det beste alternativet - alle forhold tatt i betraktning? Ved hvilken vindstyrke ble transportrisikoen større enn gevinsten som sykehusets overvåkingsavdeling kunne gi? Og hva dersom pasienten var sjøsyk og redd?

Det ble hevdet at det var lettsinn å bo mer enn 30 min. fra et sykehus. Ett argument som forresten enda henger igjen i debatten om fødselshjelpen.

Helsevesenet ble en trussel for den spredte bosetningen og jeg sto mellom barken og veden. Mellom sykehusets velsignelse og ønsket om å bo og leve på egen hjemplass. Jeg opplevde medisinen som farlig selv og ganske historieløs.

Jeg måtte skjerpe meg slik at "min befolkning" fikk så godt tilbud som mulig. Dersom bosetningsmønsteret

skulle endres så skulle det ikke være fordi helsevesenet krevde det!

Belastningen økte bokstavelig talt. Min svarte legekoffert og apotek-kofferten var på plass. Nå ble den supplert med Lærdals akutt-koffert med utstyr for intubasjon, sug og surstoff.

To ryggsekker og to koffertter ble resultatet.

Etter en mislykket intubering ble forholdet drøftet med anestesilege og medikamenter for full relaksering av pasienten kom på plass. Heldigvis har jeg aldri brukt curacit og både den og lidocainet er nå fjernet fra kofferten. Anestesilege-tyranniet hadde begynt. Det skjedde i all vennlighet, men budskapet var klart: Anestesilegen frem til pasienten fortest mulig - da kan liv reddes. Som lege i Loppa har geografien delvis reddet meg. Jeg er nemlig først fremme hos pasienten fordi helikopterbasene er så langt borte!

Den dagen primærlegen ikke lenger er det beste alternativet kan sykehusesene overta store deler av hele 1. linjetjenesten.

Et annet minne står fast i erindringen. Et lite barn var druknet, gjenopplivningen var nytteløs. Helikopteret var "scramblet" og kom etter en tid. Rødkledte mennesker sprang ut og rev den døde til seg og med et brøl før den lille piken til himmels. Uendelig fattige var familien som sto tilbake.

Døden er privat og hellig. Den døde tilhører familien og ikke sykehuset.

Situasjonen var på en måte håpløs, kravene til meg selv og forventningene jeg skapte ble ikke til å bære.

I første omgang ble løsningen rent organisatorisk. I strid med legemiddellovgivningen etablerte jeg ulovlige og hemmelige medikamentlagre rundt omkring hos spesielt betrodde koner. Jeg laget min egen infrastruktur for å sikre befolkningen et helse-

tilbud som også jeg kunne leve med. Og det akuttmedisinske utstyret ble mangedoblet og plassert på strategiske plasser ombord i båt og bil. Men kravene og forventningene var like store og tunge. Jeg merket at jeg ble irritabel, dersom pasienten ikke var "syk nok", risikerte han myndig irrettesettelse. Pasientene måtte ha de rette symptomene for å bli tatt på alvor. Og jeg ble blind for at brystsmerter kunne ha sin årsak i samlivsproblemer og næringsbetyrninger.

Virkeligheten tvang meg til kompromisser. Den rene lære ble uttynnet av virkeligheten. Tydeligst var det for meg til å begynne med når små barn var syke. Den rette medisinen som jeg ville forskrive smakte ofte dårlig og mor krevde andre legemidler, "ellers får jeg ingenting i gutten". Jeg trøstet meg med at eksamen var bestått og delte ut medikamenter som var 2. og 3. alternativer og langt fra lærebokens førstehåndvalg.

Min faglige integritet led og jeg tydde til irrasjonelle løsninger. Kofferten skrumpet med hensikt. Jeg kunne triumferende si til den bekymrede mor at desverre, jeg har bare denne penicillin-mixturen tilgjengelig! Jeg merket at jeg gjorde det samme overfor andre pasientgrupper.

Tiden var overmoden for nyorientering. Jeg mislikte min egen rolle og kofferten ble tilslutt nesten satt bort. Fatalistisk puttet jeg stetoskopet og noen smertestillende tabletter i lommen. Min trøst var at jeg kunne lindre smerter.

Jeg møtte mine egne forventninger i døren så og si: Hvor er kofferten, hvor er legen?

Min andre lege koffert.

Den gamle ble lagt på mørkeloftet og jeg kjøpte en ny lege koffert. Mindre og lettere.

Min legerolle sto klarere for meg: Jeg er den sykes veileder og pasienten er i sentrum for min oppmerksomhet. Pasienten er blitt gullstandarden mer enn sykehusets epikriser. Jeg er utstyrt med erfaring og solid kjennskap til lokalsamfunnet. Denne lokal kunnskapen er forresten så viktig at jeg neppe kunne fungere uten.

Et tankekors er det: erfaringen binder meg til lokalsamfunnet. Jeg er riktignok spesialist i faget, kanskje godkjenningen burde ha som betingelse: Godkjent spesialist så lenge han er i sitt distrikt!

Jeg vet noe om kommunikasjon og om kroppsspråk. Samtalen med den syke er mer åpen og naturlig og jeg føler større glede og trygghet i legerollen enn tidligere. Det ligger en kilde til velsignelse i å møte den lidende i medlidenhet. Verdier som medmenneskelighet, tro, håp og mening får lettere plass i møtet med den lidende.

Forundret spør jeg meg om dette er min utvikling ut av yrket, gjennom yrket og ut på andre siden på en måte. Lege ved veis ende, moden for å legge ned mitt verktøy?

Det er i alle fall klart at det skjer en forandring underveis.

Kanskje utviklingen kunne blitt annerledes dersom grunnopplæringen var annerledes. Kanskje erfarne kommuneleger i større grad skulle delta i undervisning?

Jeg tror ikke det. Gleden ved å gjøre nettopp den jobben jeg gjør her er stor. Uten primærhelsetjeneste stopper helse-Norge. De små cellene som kommunchelsetjenesten utgjør, er som celler i en større organisme. Cellene må leve og fungere dersom det hele skal fungere. Men vi må bli bedre til å si fra om hvilke vilkår vi trenger for å gjøre jobben. Det gjelder ikke minst innen akuttmedisinen og den lokale beredskapen.

For jeg merker en økende glede også ved utøvelsen av legehåndverket. Det er ikke likegyldig hva jeg har i kofferten.

Og jeg er trygg når jeg vet hvor den står og at jeg også i mørket kan finne det jeg trenger der.

Legekoffertens innhold (2) er en funksjon av legens erfaring, av geografi, forventninger og rådende helsepolitiske oppfatninger. Felles for disse variablene er at de endrer seg med tiden. Vi trenger derfor en løpende evaluering av vår beredskap og vi trenger vilje og evne til å møte forandringer.

Men holdninger og verdier er viktigere enn teknikk. Forventningene vi skaper må ha rot i virkeligheten. Og over alt må vi søke å bevare respekten for den lidende.

En gammel kvinne ligger døende hjemme, hun vil ikke på sykehus, vil ikke opereres eller behandles. Hun samler barn og barnebarn rundt seg. Forteller dem om glade minner, spøker og ler. Hun tar brodden av døden. "Det er det siste jeg kan gjøre for mine sier hun stille, ha takk for at jeg får være hjemme."

Jeg føler at jeg forstår den hvithårete kollegaen jeg møtte som nyutdannet lege.

Litteratur

1. Steinar Westin: Utdanningshåndbok for allmennpraktikere. Gyldendal Norsk Forlag 1985, side 82 -4.
2. Norsk legemiddelhåndbok 1992-93 for helsepersonell, side 899 - 900.

**VINNERTEKST til
LIMERICK-
KONKURRANSEN som
ble avholdt ved PRIMÆR-
MEDISINSK UKE 1992
på Soria Moria.**

Opgaven gikk ut på lage en limerick med tema KOMMUNIKASJON, hvor ordet SIGNAL skulle inngå.

Vi fikk inn en del deltagertekster, og med følgende tekst vant FINN TYSLAND JOHNSEN konkurransen:

*En lege et sted bortpå Møre
kom en dag hardt ut å kjøre.
De signaler han ga
pasienter hver dag
skapte mildt sagt betydelig røre.*

*Blant disse, en utflyttet alvdøl
han kalte legen et rasshøl.
Et signal fikk han sendt
han var skikkelig tent:
Nå går jeg direkte til Asbøll!*

*Kan vi som er her i en uke
trekke lærdom av dette og bruke
både kroppsspråk og vett
da går møtet mer lett
til nytte for oss og de sjuke!*

Lokale helseforsøk

En effektiv satsing på forebyggende arbeid?

Tekst: Truls W Gedde-Dahl, SAFI, Folkehelsa, Oslo



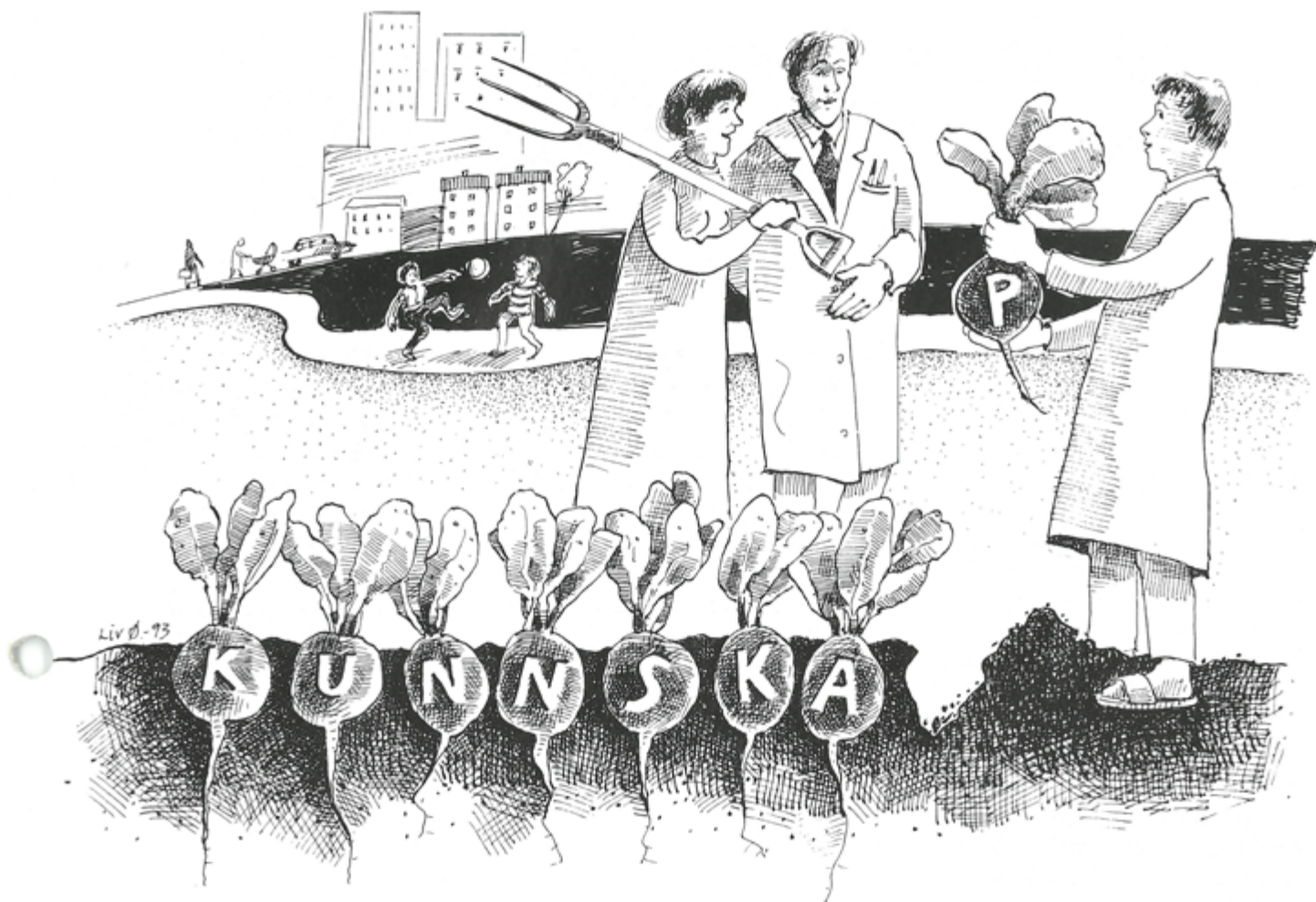
Truls W Gedde-Dahl (f.1930) er sivilagronom/NLH, dr.scient. Har veiledet mjølkeprodusenter og vært førsteamanuensis ved Veterinærhøgskolen/NVH med populasjonsgenetikk som hovedinteresse. Har i 21 år forsket ved Statens institutt for folkehelse, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin. Første oppgave her var utredning og prøveprosjekt for MSIS-systemet. Deretter kom løs samordning av og deltaking i forskning vedr. meninokokksjukdom. Nå prosjektleder for LOKUS-prosjektet hvor han samtidig er medlem av metodegruppa.

For fire år siden våget jeg å påstå at det er mulig å få gjennomført mange flere kontrollerte forsøk innen f.eks. epidemiologi og forebyggende medisin. Arenaen kunne være noen lokalsamfunn. Min påstand ble fulgt opp av en vurdering av jordbrukets forsøksringer og gransking av argumenter for og imot et liknende opplegg for helse spørsmål. Deltakelse i et internasjonalt ekspertseminar om evaluering av u-hjelps-programmer (1) og et om lokal deltakelse (2) ble viktige bidrag i arbeidet. Det fantes erfaring for hvordan planlegging for forskning og utvikling bør foregå. Arbeidet resulterte i en teoretisk modell (3), som enkelt kalles Lokale helseforsøk. I denne artikkelen diskuteres modellens forutsetninger og muligheter. I en seinere artikkel vil vi presentere de første erfaringer fra praktisk bruk av modellen.

Jordbrukets forsøksringer er ett utgangspunkt

Både vitenskaplig og organisatorisk har modellen hentet viktige ideer fra lokale forsøksringer i norsk landbruk (16). Slike ringer har fått en forbausende stor ekspansjon, til tross for et godt utbygd statlig forsøksvesen. En forsøksring blir dannet ved at endel bønder i et gitt geografisk område blir enige om årlig å velge og gjennomføre eksakte forsøk vedrørende plante- og jordkultur.

Ringene er private, men har fått støtte både fra Kellogg Foundation og gjennom Jordbruksavtalen. Fra 1955 til idag har antallet forsøksringer, omfanget av enkeltforsøk og andel av bønder som er med i ringene øket sterkt. Arbeidet i ringene er en kombinasjon av forsøk og veiledning. De fleste forsøkene går inn i serier som koordineres og veiledes fra de offentlige forskningsstasjonene. Ringene får forslag om forsøks spørsmål fra stasjonene, men velger



sjøl hvilke spørsmål de vil eksperimentere med. Den offentlige støtte er likevel betinget av at forsøksplanene godkjennes av den vitenskapelige ekspertisen på stasjonene. Innen rimelige grenser bestemmer forsøksringene sjøl den vekt de vil legge på formasjonsformidling i forhold til rent forsøksarbeid og på de ulike deler av gårdsdrifta.

Den vitenskapelige begrunnelse for å fremme lokale forsøk er variasjonene i topografi, jord og mikroklima som ofte gir statistiske *samspills*-effekter. Det er også et klart nasjonalt behov for lokale forsøk for å balansere samspillseffekter (4).

Et eksempel på det potensiale som ligger i lokale forsøk med tilknyttet veiledning gjelder *delt gjødsling* til korn. Dette er å spre gjødselkvantumet i to i stedet for en omgang tidlig i vekstsesongen. Det ble forsiktig prøvet omkring 1984 for å redusere

forurensende avrenning. Lovende resultater og stor interesse for forurensing førte til at mange forsøksringer øyeblikkelig tok spørsmålet inn i sine planer. Da disse forsøk også viste andre positive utslag ble resultatet straks godtatt slik at hele 75% av hvetedyrkerne brukte delt gjødsling i 1989! En så rask og vid praktisering av ny vitenskapelig viten er sjelden og kunne vanskelig ha skjedd uten den funksjon og den dekning de norske forsøksringene har idag.

Det positive samspillet mellom eksperter og de lokale ringene skyldes trolig faktorer som felles verdier, faglig tillit, respekt for hverandres praktiske vansker, sjøltillit som faglig medarbeider og åpenhet for å lære av hverandre. Der slike betingelser og holdninger svikter fungerer systemet ikke så bra. Dette viser at holdninger og kommunikasjonskanaler som ikke er formaliserte og

bevisste, trolig må være viktige for den gode funksjon i mesteparten av systemet til nå.

Stor nærhet mellom forsøksfelt og bruker betyr bedre tilgjengelighet og mestring av oppdateringskrav. At eksemplets makt fra nabobygder er stor kan godt leses ut av kurven for ringenes ekspansjon. Et positivt lokalt faglig miljø skapes. Det ligger også en sterk motivasjon for folk flest i å kunne være med på å bestemme.

Det er stadig diskusjon om forsøksringenes funksjon. Imidlertid har ingen av de fire evalueringene siden 1955 konkludert med at de bør legges ned. En komité av 1975 sier således at den praktiske og vitenskapelige nytten av dem er klart mye større enn kostnadene.



Forsøk som virkemiddel i lokalt helsearbeid?

De positive resultater av det beskrevne samspillet mellom bøndene, nasjonale forskere og offentlig administrasjon gjør det fristende å vurdere om organisatoriske trekk fra forsøksringene kan overføres til andre fagområder. Prinsippene er i pakt med mer generell organisasjonsteori. Spesielle forutsetninger som man har i helsearbeidet må sjølvsagt tas vesentlig hensyn til. Vår modell, Lokale helseforsøk, tar slike hensyn. Modellen begrenser seg til planlagte intervensjoner som kan vedrøre både helsefremmende, forebyggende, kurative og rehabiliterende tiltak.

Lokale helseforsøk har til hensikt å få fram og å ta i bruk mer kunnskap om god helse for hele lokalbefolkningen. Nødvendige forutsetninger er lokal interesse for å gjøre noe med et konkret helseproblem, og at det finnes en mer permanent organisasjon som kan gi råd til det lokale arbeidet. Modellen skisserer hvorledes man skal få noen av de folk og interesser som finnes inn i et fruktbart og godt samvirke. Dette bør starte i lite omfang og bare utvides etterhvert som gode erfaringer tilsier det. Ordet forsøk brukes her ikke om utprøving (5), men om en kontrollert eksperimentell intervensjon. Tilknyttet et slikt Lokalt helseforsøk trengs likevel ofte tiltak som kan ha karakter av utprøvinger. Samlet blir disse tiltak med forsøket i midten et Lokalt helseprosjekt. Det er egentlig forbausende mange lokale kontrollerte forsøk som er utført, f.eks. i Danmark (6). Imidlertid har mulighetene til å systematisk å utnytte de praktiske erfaringer fra tidligere lokale forsøk til nå vært lite påaktet.

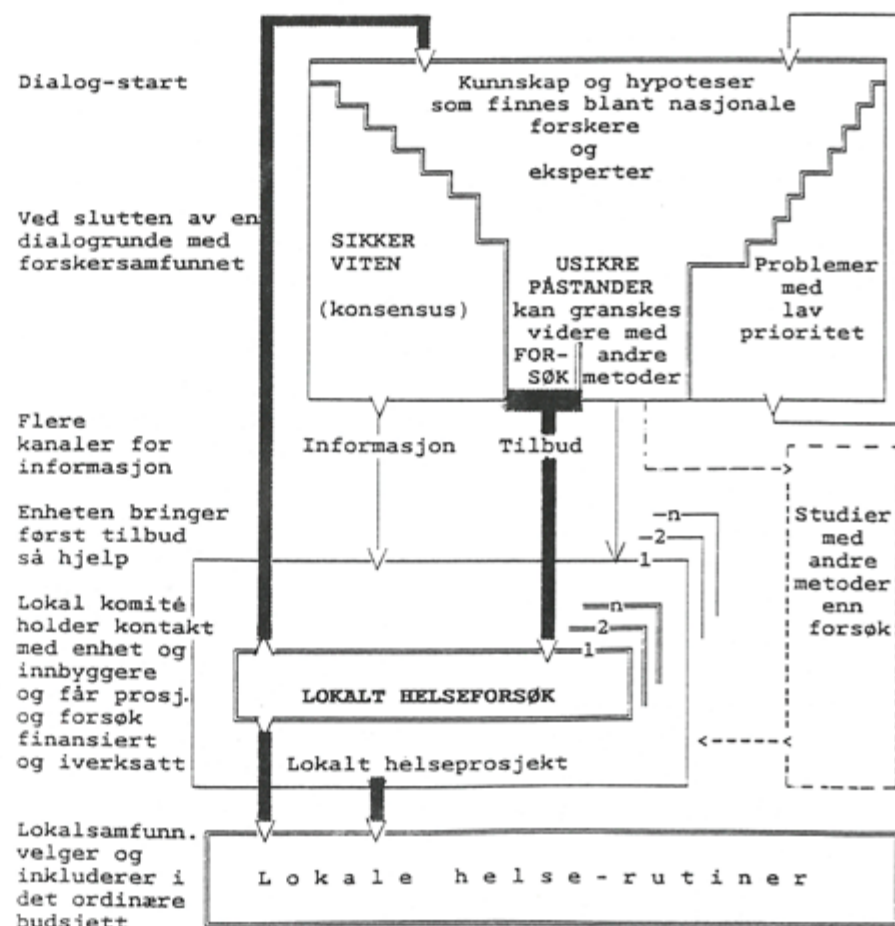
Lokale helseforsøk

Et Lokalt helseforsøk kan bli til ved en prosess i en kommune, bydel eller krets, hvor folk blir enige om et problemområde, prosjektplan med arbeidsfordeling og forsøksprosjekt med forsøksprotokoll. Dette sikrer at

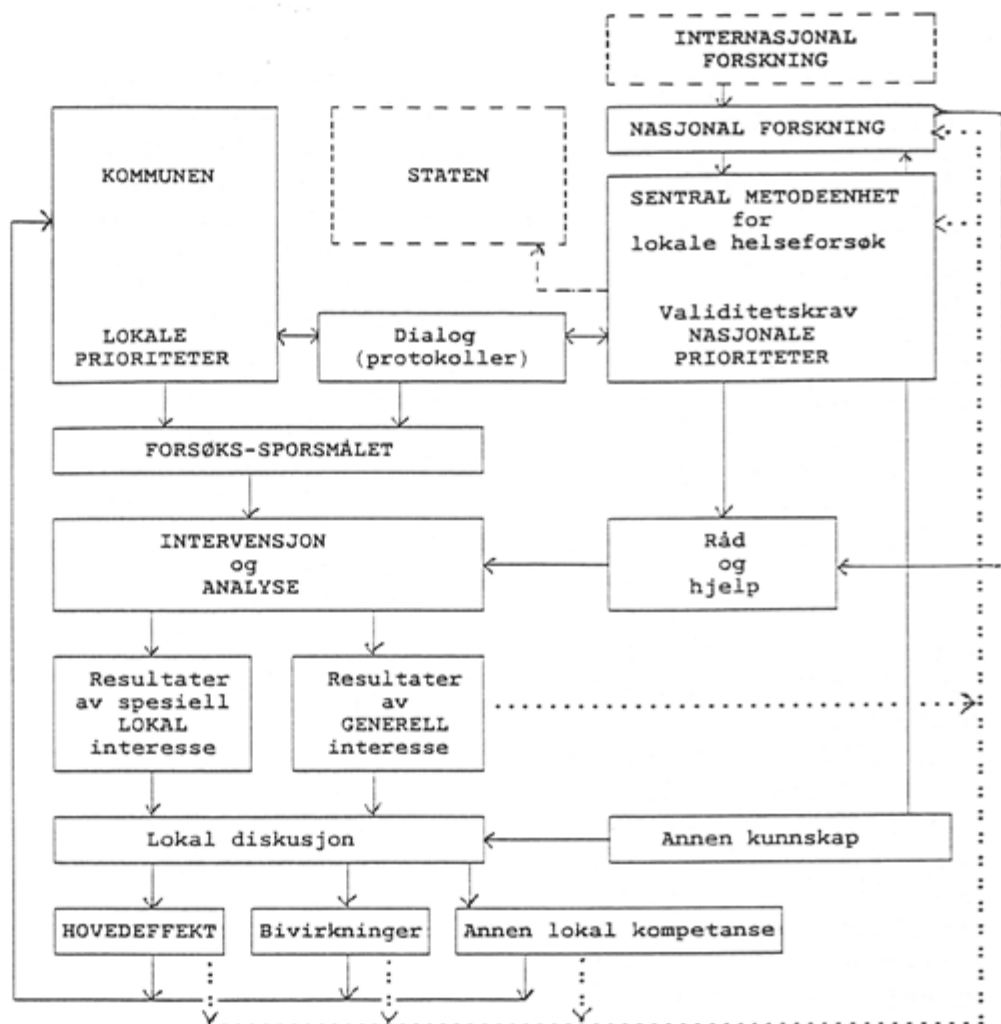
lokal kunnskap, interesse og ressurser brukes. Det hele profileres ut fra lokale målsettinger og betingelser og finansieres i hovedsak lokalt. I denne åpne demokratiske prosessen skal en nasjonal ekspertgruppe gi råd. Dennes deltakende observasjon i lokalprosessen skal sikre de vitenskapelige metodologiske hensyn, at nasjonale målsettinger blir holdt fram og at erfaringer blir samlet og formidlet til andre lokalsamfunn. Argumentene for delene i modellen for Lokale helseforsøk er mange og er godt dokumentert, også i dokumenter vedrørende norsk helsepolitikk (5,7). Et viktig argument er at når befolkningen tar direkte ansvar vil den bedre kunne gjennomføre

viktige og bærekraftige helsetiltak. Videre vil nasjonal interesse for og bidrag til lokale tiltak medføre tilbakemeldinger som med tiden kan justere sentrale prioriteringer, særlig vedrørende konkrete forskningsoppgaver. Utfordringene vil hjelpe til å sortere det man virkelig har av sikker viten og det man har av usikker viten om (se utsiden og innsiden av siltrakta i figur 1). Dette gjelder også lokalt. Problematisering av en tilsynelatende "kunnskap" kan føre til oppgradering av praktisk viktig forståelse. Figur 2 illustrerer modellen. Noen viktige deler skal vi omtale spesielt.

Figur 1. Metodeenheten i et system for lokale helseforsøk skal legge opp til, stimulere og hjelpe en slik flyt av kunnskap.



Figur 2. Deler og funksjoner i et enkelt lokalt helseforsøk og samarbeidet med en sentral metodeenhet.



Arbeid og ansvar i lokalsamfunn

En kommune skal fritt kunne velge om den vil sette igang et Lokalt helseforsøk og et prosjekt rundt dette. Det skal legges vekt på demokratiske prosesser både i og utenom det politiske system. Diskusjoner mellom den som lokalt tar initiativet (f.eks. en kommunelege), andre interesserte borgere og foreninger skal sikte mot at prioriteringen blant lokale helseproblemer etterhvert blir klarere. Kommunedagnose og spørreundersøkelser kan være virkemidler. (I større lokale enheter vil den viktige uformelle demokratiske deltakelsen bli vanskeligere. På den annen side vil det større antall komplekse telle-enheter som kretser (8), familier og skoler gjøre det lettere å utforme flere slags forsøk.) Man sonderer muligheter for reallokering av lokale ressurser og gjør seg kjent med nasjonale ønskemål. Etterhvert finner man fram til et viktig helse-

problem som man vil angripe mer systematisk. Eksisterende lokal og sentral kunnskap om problemet samles og man tar kunnskapen i bruk (figur 1). Et av de spørsmål som ingen vet med sikkerhet hvordan man skal takle velges som forsøksspørsmål for et kontrollert forsøk (figur 2).

Fra starten av skal prosessen være fleksibel med hensyn til endringer i prioriteringer og framgangsmåter. Dette samsvarer med prinsippene for "generativ planlegging" og "formativ evaluering". Motsatsen, mønsterplanlegging ("blue-print planning"), må sjølvsagt brukes der det passer, f.eks. for den endelige forsøksprotokoll. I tillegg til planleggingen skal analysen av forsøket og evalueringen av hele prosjektet gjøres så åpent at informasjonen siver ut til beslutningstakere i kommunen og andre lokalsamfunn. Åpenheten vil bidra til at riktige og bærekraftige tiltak blir iverksatt.

Det "prosjektet" som her er gitt endel plass må ikke skygge for det egentlige kontrollerte lokale helseforsøk som det først og fremst må arbeides med dersom det hele skal regnes med under denne modellen. Ellers kan det lett flyte ut. Tilsvarende prosjekt uten et forsøk som kjernen kan lett gjennomføres utenfor systemet for Lokale helseforsøk.

Arbeid og ansvar i en nasjonal rådgivningsenhet

Modellen krever at det må etableres en sentral enhet for veiledning. Denne bør konsentrere sin virksomhet om metodiske og faglige spørsmål og skal holde god kontakt med nasjonale forskere og med lokalsamfunnene som deltar. Enheten responderer på forespørsler fra lokalsamfunnene og gir råd om forsøksplan og regler for å få valide resultat av intervensjonene. Den lokale forsøksprotokoll må godkjennes av enheten



for at det skal gi rett til videre hjelp. I dette ligger det også en vurdering av om forsøks spørsmålet er valgt og forsøket planlagt gjennomført slik at det også kommer nasjonalt nyttige resultater ut. Informasjon om mulige tiltak og grunnlagstall for prioriteringer av helse relaterte tiltak utveksles mellom det nasjonale forskersamfunnet og enheten. Det må arbeides med en kunnskapsbank der informasjon om forsøkene og om de lokale prosesser og prioriteringer, legges inn. Banken skal være åpen for alle interesserte.

Enhetens stab må ha god samarbeidsevne og kompetanse innenfor bl.a. antropologi, forsøksmetodikk, forebyggende medisin, epidemiologi og helseøkonomi. Disse disiplinens standardtilnærminger kan i praksis ofte kollidere. Men noe av hensikten med enheten er at det også sentralt skal arbeides med å avveie ulike interesser og ikke bare overlates til lokalsamfunnene. "Våge å se utfordringen i kvitøye" som en katolsk pater sa det (2).

Enheten må tilpasse teoretisk *forsøksmetodikk* til praktiske forhold og se den i sammenheng med de valgte formål og hele forskningsspiralen. Man prøver å unngå systematiske feil og finner på forhånd ut av hvilket slingringsmon i resultatene man klarer å leve med. Stabens kapasitet i *forebyggende medisin* bør spesielt kunne utnytte ideer fra lokale krefter i en befolkningsstrategi og finne uløste spørsmål som kan forenes med forsøksmetodikkens krav. Etikken kommer også inn her (9). *Epidemiologi og helseøkonomi* trengs klart i enheten som tolkingskompetanse på hva som er sikker kunnskap og til støtte i prioriteringsprosesser. *Antropologisk kompetanse* (1,2,10) trengs i enheten for håndtering av nærmiljøarbeid, gruppedynamikk, kommunikasjon med ulike typer mennesker og derved formell og uformell organisasjonslære.

Lokale helseforsøk byr således metodisk på mange utfordringer og muligheter som den sentrale enheten bør ta opp eller formidle. Det gjelder mer spesifikt f.eks. gruppestørrelse, obligatorisk notering av positive og negative bivirkninger, systematiske feil og marginale grupper, supplerende sammenligninger, trinnvis oppstart, konkurrerende intervensjoner, laboratorieindikatorer som resultatmål og individuell versus felles livsstil.

Folks deltakelse i lokale helsetiltak

Livskvalitet er evnen til å greie opp med livet sitt, slik man sjøl vurderer det (11). Skal man måle resultat av et helsetiltak, bør man derfor også inkludere folks tilfredsstillelse av behovet for aktiv deltakelse. Et enkelt eksempel er at man i dag tilrår pasienten å stå raskere opp etter en operasjon enn tidligere. Dette gir ikke bare fysiologisk gevinst men også psykologisk, ved at pasienten føler glede ved å mestre flere daglige funksjoner igjen, "the joy of mastering" (12).

Tilsvarende gjelder for forebyggende arbeid i befolkningsgrupper. Behovet og nytten av demokratisk deltakelse viser seg idag å være overveldende godt dokumentert, bl.a. i organisasjonsteorien (2,12). Det er også ulemper og farer ved folks deltakelse (2): Alle vet at forskjellige løsninger fra sted til sted utfordrer rettferdighetssansen hos mange. Vilkårige svingninger i lokalbefolkningens innstilling kan føre til urealistiske forventninger og ikke bærekraftige tiltak. Virkelig gode ledere og eksperter slipper ikke så godt til. En overflatisk demokratisk prosess kan dekke over reell manipulering, demagogi osv. Dette er forhold som må tas alvorlig og møtes med saklighet.

Fordelene ved å bruke lokalt demokrati til fordel for helsemessing vil oftest være større enn ulempene.

Praktiske strukturer for hvordan slike "demokratiske rom" kan utnyttes er diskutert noe (12,13) men i forhold til behovet synes dette å være en stor mangelvare. Nettopp ved strukturen vil opplegget for Lokale helseforsøk trolig kunne hjelpe. Ærlig lytting og kommunikasjon med folk flest har gitt gode resultater. Når man ser ting rett foran sine øyne, når man føler at man er med i beslutningsprosessen, når man føler at det man gjør er viktig også utenfor ens eget miljø, vil dette bidra positivt til å finne gode helsetiltak som det er overkommelig å sette igang og realistisk å drive i lengre tid. Åpenhet, innsynsmulighet, gjensidig respekt for biologisk og kulturell variasjon er noe av det som må til for å få fram den tillit og saklighet som reelt demokrati krever også på dette området.

Valg av enkelte Lokale helseforsøk

Viktige prioriteringsprinsipper og -lister for helseproblemer og forskning om disse finnes både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (5,7,8,14,15). Det er imidlertid først og fremst konfrontasjoner med praktiske situasjoner som bringer de *faktiske* prioriteringene til overflaten. Når lokalsamfunnet sjøl velger vil det gjerne bli områder som angår relativt mange, det blir ofte helsefremmende tiltak Lokale helseforsøk da vil dreie seg om. Barns problemer kan være spesielt egnet for Lokale helseforsøk: det er lettere å la være å sektorisere problemer fordi de lettere settes inn i en helhet. Intervensjon overfor slike problemer kan også gi tidlig respons.

Følgende ideer til forsøks spørsmål gir små teoretiske skisser som demonstrerer enkelte prinsipper. Det er lett å se svakheter, men de tas med som eksempler, som evt. må bearbeides videre.

A) Forebygging av ulykker. Man kan sammenligne to konkurrerende tiltakspakker. En legger mest vekt

på å holde barn og andre unna farlige steder og produkter og en annen like kostbar pakke legger hovedvekt på å reparere og fjerne farlige steder og produkter. Man registrerer resultater som legebepok, sjukehusinnleggelses, småulykker, angstnivå (informasjon fra foreldre) og nestenulykker (informasjon fra barn). Pakkene fordeles tilfeldig på definerte deler av en større kommune.

B) Fysisk trening. Man kan sammenligne informasjon om riktig trening direkte til pasienter med hoftelidelse eller andre belastningslidelse med informasjon til hele familien til slike pasienter. Hver med like stor ressursinnsats og tilfeldig trekking av intervensjonsmåte. Resultatet måles ved at den fysiske form og allmenne tilfredshet registreres etter en viss tid.

C) Mageregulerende tiltak i sykehjem og/eller hjemmesykepleien. Både pasienter og pleiere trekkes sterkt med ved utformingen av forsøket. Skal man sammenligne fire ulike tilskudd kan dette kanskje gjøres blindt og med å krysse over etter en passende periode slik at alle forsøkspersoner får prøvet alle midlene. Pasientenes tilfredshet og daglige praktiske mestring (f.eks. Katz ADL-indeks) registreres regelmessig.

D) Forebygging av avvikende atferd hos barn og ungdom. En kommune kan ønske å finne tilfeller av subklinisk og klinisk ADD (attention deficit disorder) for å se om ulike profiler på opplæring av familiene og andre tiltak vil gi ulik effekt på utviklingen av avvikende atferd. Forsøket kan ledes fra helsestasjonene. Under de første diskusjoner bør metodeenheten hjelpe til med å få sortert (figur 1) forskernes ulike antagelser om langtidsvirkninger av mulige tiltak. Dette vil være informasjon og beslutningsgrunnlag for bl.a. helsesøster, det lokale helse- og sosialstyre, foreldregrupper og prosjektgruppe.

Noen sluttsatser

Vi har liten kunnskap om praktiske behov og prioriteringer hos de som er målgrupper for helsefremmende tiltak. Kan man gjøre noe med dette vil det etterhvert gi mulighet for en mer rasjonell helsepolitikk og -administrasjon. Ulike interesser mellom grupper og nivåer er oftest legitime, men kan likevel bli rimelig tilgodesett samtidig.

Tiltak som gjelder helsa lykkes klart best når dem tiltakene angår er med. Dette samsvarer med dagens medisinske etikk. Deltakelse i vitenskapelige forsøk kan støtte utvikling av større saklighet både blant folk flest og i det offentlige.

En måte å gjøre dette på er å bruke den modellen for samhandling som er presentert i denne artikkelen. Med denne kan man arbeide fram felles målsettinger og ta hensyn til ovenfornevnte forhold. Modellen er basert på fleksibilitet og faglig saklighet både sentralt og også mest mulig lokalt. Man kan begynne med få enkeltforsøk og utvide etterhvert som forholdene tilsier det. At en lignende modell gjennom mange år har vist seg praktisk vellykket for et annet fagområde, i forsøksringene i norsk landbruk, burde øke sjansene for at denne modellen også kan lykkes.

Lokale helseforsøk kan gi forskerne økt motivasjon for det prinsipp verdens Kommisjon for Helseforskning for Utvikling anbefaler, - en større nedenfra-og-opp prioritering av forskningen (14). Dette vil sikkert medføre at praktikerne tar de vitenskapelige resultater raskere og mer fullstendig i bruk.

Takk

Mange takk til K. Moskvil, Ås og H. Stabbetorp, Kapp; staben ved UNICEF-ICDC, Firenze; W Barth Eide, Roma; A Lystad, LS Bakke-teig, PF Hjort og HM Borchgrevink, Oslo og til flere andre som har hjulpet meg med denne saken (3).

Litteratur

1. Berlage L, Stokke O. (Eds.) Evaluating development assistance: approaches and methods. Frank Cass, London, 1992.
2. Ögün B, Smith KH. Summary report from Innocenti Global Seminar on Participatory Development 21-29 May 1990. UNICEF-ICDC. Florence, February 1991.
3. Gedde-Dahl TW. "Momentrapport" om Lokale helseforsøk: Balancing local and central needs and decisions in scientific experimentation for good health by using LOCAL HEALTH TRIALS with a national supporting system. Rapport til prof. Arve Lystad. SAFI, Folkehelse Desember 1992:1-52.
4. Sjøseth A. Betydningen av samspill mellom sorter og miljø i offisiell verdiprøving av kornsorter i Norge. Ås: Norges Landbruks-høgskole, Doctor Scientiarum Theses 1990;10:1-147.
5. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. NOU 1991:10.
6. Timm HV, Jacobsen ET, Helms M. Forsøgsvirksomhet i primær sundhetstjeneste - teori og praksis. København. Dansk Sygehus Institut rapport nr 9/1986.
7. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Universitetsforlaget. NOU 1987:23.
8. Boonstra E, Fugelli P, Nyhammer J. Husstandsundersøkelse i Askvoll som ledd i lokalt forebyggende arbeid. Utposten 1991;20:279-82.
9. Lunde IM, Hafting M, Malterud K. Kan forebyggelse bli helbredsskadelig? Nordisk Medicin 1990;105:275-6.
10. Brox O, Gullestad M (red). På norsk grunn. Sosialantropologiske studier av Norge, nordmenn og det norske. Oslo: Ad Notam 1989.
11. Mæland JG. Helse og livskvalitet - Begreper og definisjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1989;109:1311-5.
12. Bennis WG, Benne KD, Chin R, Corey KE. (Eds). The planning of change, 3rd ed. Holt, Rinehart and Winston, New York. 1976.
13. Bradley D. East Africa: Three vignettes. Lancet 1990; 336:1435-6.
14. Commission on health research for development. Health research - Essential link to equity in development. Oxford University Press, New York 1990.
15. Guldvog B, Hjort PF. Helse for alle gjennom forebyggende arbeid. Oversikt over grunnlag og muligheter, forslag til tiltak. Statens institutt for folkehelse, Avdeling for helsetjenesteforskning. Notat til Sosialdepartementet, januar 1988. Sk
16. Gedde-Dahl T.W. Identifying developmental needs and decisions with local experimentation. Local Experimental Groups in Norwegian Agriculture. J International Farm Management 1992;1(3)



Fiskerens arbeidsmiljøbok

Anmeldt av: Betty Pettersen

Fugelli P og Aasjord HL.
Fiskerens arbeidsmiljøbok.
Oslo: Tiden Norsk Forlag i samarbeid med Norges Fiskarlag, 1992.

Ikke sjelden føler man behov for å kunne gi pasienten skriftlig informasjon i hånden etter endt konsultasjon, hvor deler av det en selv har gitt av helseinformasjon blir gjentatt, supplert eller utvidet. Det finnes ulike typer slik skriftlig informasjon, - fra små, generelle pamfletter ment på den generelle befolkning, til større skrifter rettet mot spesielle grupper med spesielle behov. Legens arsenal av slike er varierende, og det kan være nyttig å vite om hva som finnes både på bibliotek, fagforening og bokhandel.

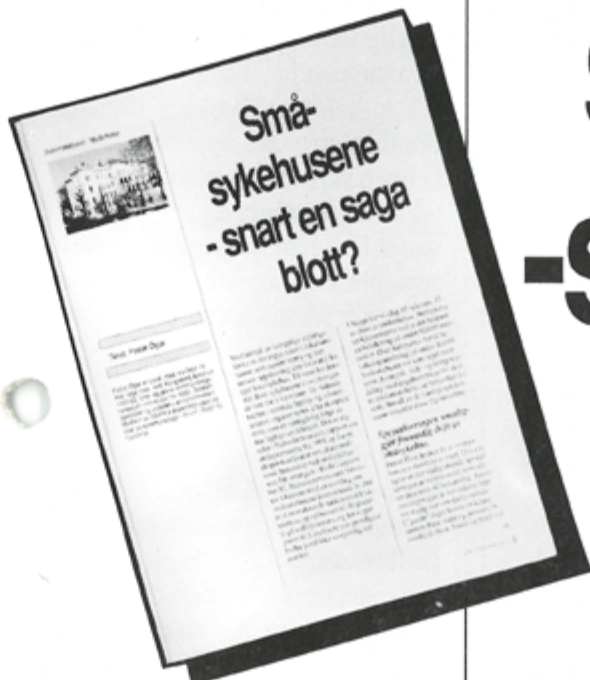
For de som arbeider med fiskere langs vår lange kyst, kan denne grundige og praktisk nyttige bok om fiskernes arbeidsmiljø være et godt hjelpemiddel. I første omgang er den et hjelpemiddel legen selv. Mange leger har ikke vært ombord i fiskebåter og sett fiskeren i arbeid, og kan vanskelig forstå dynamikken i deres arbeidssituasjon. Man skal likevel være med på behandling av deres symptomer og plager. Enkelte leger har fiskere i sin bedriftshelse-tjeneste, og skal delta i arbeidsmiljø-arbeid hos disse. Boka er i så måte instruktiv, som en første innfallspport til denne særegne arbeidsplassen og et yrke med spesielle risikoer. Men viktigst er det at boka er rettet inn mot dem som i hovedsak kan

gjøre noe med utfordringene, - fiskerne selv og deres redere. Boka forklarer klart og greit forholdet mellom faktorer i arbeidsmiljøet og (helse)problemer, og forklarer hva som kan gjøres. Som sådan kan den anbefales for fiskere som lurer på hva som kan gjøres med deres arbeidsplass, enten de har plager eller hører på legens foredrag om fiskeres helseproblemer på et møte i det lokale fiskerlag. Boka er skrevet i en lett tilgjengelig stil, med korte, oversiktlige avsnitt. Den er passende illustrert, både med skisser, fotos og med humoristiske tegninger. Forfatterne har begge arbeidet med fiskere og fiskebåter, fra hver sin vinkel, og samlingen av deres kunnskap er absolutt nyttig for kystbefolkningens livsnerve - kystfiskeriene.

Den anbefales både til kollegers egen tilegnelse av kunnskap og til deres pasienter. Ha et eksemplar i hylla, og vis den frem, lån den gjerne ut eller ha den liggende på venteværelset. Lag studiekvelder med Fiskarlaget når sesongen er over, eller med Fiskarkvinnelaget mens fiskesesongen står på!...

Betty Pettersen
Tussan
8372 Gravdal

Små sykehusene - snart en saga blott?



Tekst: Jan Brox

Jan Brox er cand. med. Tromsø 1979, dr. med. 1985, MPH (Folkehelseutdanning SM-Tromsø) 1988, spesialist i klinisk kje- 1987, avd. overlege klinisk avdeling Hammerfest sykehus, sjefslege Hammerfest sykehus fra 1989, engasjert ved Tromsø kommunale legevakt fra 1979-82, kortere og lengre kommunelegevikariat i Porsanger kommune, Finnmark 1979-87. Leder av Finnmark legeförening fra april -93.

I en velskrevet og interessant artikkel med ovenstående tittel (1) tar kommunelege I Petter Øgar opp spørsmålet om små-sykehusenes framtid. Gjennom en god analyse blir småsykehusenes fortrinn som nærhet, både i forhold til pasienter og primærhelsetjenesten, og generell faglig kompetanse påpekt. Helsetjenesten må ikke miste dette. For å beholde disse vesentlige forhold, og dermed små-sykehusene, foreskrives "en snuoperasjon med bruk av sterke, statlige virkemidler der legenes spesialistutdanning endres og legemarkedet reguleres på en annen måte enn i dag". "Små-sykehusene må hoppe av spesialiseringsskarellene og akseptere et realistisk faglig- og beredskapsmessig ambisjonsnivå".

Jeg er enig i analysen og nødvendigheten av å beholde både nærhet og spesialister som også er generalister. Jeg tror ikke den foreskrevne behandling er god nok, og vil prøve å utdype dette.

Hva preger små-sykehus?

Historikk.

Det er vel riktig å si at de har oppstått på grunn av lokale behov og initiativ, i en tid preget av helt andre kommunikasjoner og forventninger og krav til hva sykehusene skulle yte. Legene som bemannet disse sykehus, og delvis gjør det ennå, har nok hatt og har en annen holdning og evne til å tåle lange og tildels faglig ensomme dager og netter, enn det endel av dagens generasjon av sykehusspesialister gjør, og kommer til å gjøre. Jeg oppfatter dette som et faktum man må forholde seg til, og ikke bør bruke alt for mye krefter på å prøve forandre. Dette henger i stor grad sammen med generelle samfunnsforhold, tror jeg.

Nærhet.

Små-sykehusene har nærhet til pasienter og primærhelsetjeneste, eksemplifisert ved at det ved flere



små-sykehus finnes egne utdanningsstillinger for primærleger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin og trenger 1 års sykehus-tjeneste.

Rekruttering-kontinuitet av overleger.

Flere små-sykehus har vært og er fremdeles delvis preget av dramatisk mangel på spesialister som ønsker å ta fast stilling. Hjulene holdes igang ved hjelp av korttidsvikarer, altså nødløsninger.

Dette ikke bare truer kvaliteten (1) på pasientarbeidet, men erfaringsmessig vet vi at kvaliteten i mange tilfeller lider.

I tillegg virker det demoraliserende på gjenværende fast personell når store deler av nøkkelpersonellet mangler eller til stadighet skifter. På toppen av det hele er vikaravløsningsene av og til så høye at de oppfattes som uanstendige.

Slik har situasjonen vært i mange år ved flere små-sykehus. Man ser ikke klare tegn til generell bedring.

Arbeids- og vaktbelastning.

Som i primærhelsetjenesten, er 1-3 delt vaktbelastning gjennom flere år særdeles krevende. Det er neppe noen overdrivelse å hevde at dette lett kan gå ut over den enkelte leges helse.

En slik situasjon virker ikke rekrutterende på nye spesialister, og tvinger de fleste spesialister til å reise etter et visst antall år.

Fordi kvalitet i pasientbehandlingen henger sammen med stabilitet av overleger (2), er konsekvensen at kvaliteten ikke bedres, heller det motsatte.

Utdanningsstillinger.

Det er velkjent at sykehus som utdanner egne leger, lykkes bedre med å dekke overlegestillingene (3). Fordi mange små-sykehus ikke har en tilfredsstillende utdanningssituasjon, og heller ikke kan oppnå dette i framtiden, reduseres mulighetene ytterligere for å rekruttere overleger.

Helsetilbud.

Fordi det ved flere små-sykehus kun finnes 1-3 spesialister innen de enkelte spesialiteter (kirurgi, indremedisin, gynekologi/føde), betyr dette at tilbudet til befolkningen i sykehusets tradisjonelle nedslagsfelt er enkeltspesialist-avhengig. Der som 1 til 2 spesialister slutter, noe som skjer med jevne mellomrom, reduseres tilbudet til publikum katastrofalt.

Det er vanskelig å være enig i en slik organisering av helsetjenesten.

Faglig innhold.

Selv om små-sykehus har et godt og nært forhold til primærhelsetjenesten, og skal ha det, kan en undersøkelse gjort ved Hammerfest sykehus (4) likevel tyde på at dette vektlegges mindre av både over- og underordnede leger. Man mener at faglig innhold i arbeidet er den viktigste faktor for at en foretrekker å bli ved sykehuset noen år til, men faglighet defineres sannsynligvis som at man er med i den tradisjonelle medisinske utvikling som foregår ved norske og andre vestlige sykehus. Dette er antagelig også et faktum man må akseptere og ta med i sin analyse når nye løsninger skal finnes.

Et forhold som forutsetter at faglighet er det samme på små-sykehus som på de største sykehus, er at det i forbindelse med erstatningssaker kreves at de minste sykehus har de samme behandlingsmetoder og like gode resultat som de større.

Mulig løsning.

På bakgrunn av det ovenstående, må man finne løsninger som beholder nærhet, fornuftig fordeling mellom generalisert/ grenspesialisert medisin, god nok kvalitet, akseptabelt faglig innhold for dagens og morgendagens overleger / sykehusspesialister, akseptabel vaktbelastning (minimum 5-delt for å ha mulighet til å holde på overleger og dermed ha grunnlag for god nok kvalitet) ved alle avdelinger, rekrut-

teringsstillinger innen alle avdelinger (kir., indremed., gyn.-føde, røntgen, anestesi evt. pediatri) og utdanningsstillinger for primærleger.

Dette innebærer at de minste små-sykehus etterhvert mister dagens funksjon, og enten må endre faglig innhold eller bli borte. Dette vil antagelig være et politisk valg, først og fremst.

For de større små-sykehus vil man ta noen skritt i den tradisjonelle utviklingsretning, og betjene et noe større befolkningsgrunnlag, ha akseptable vakt- og arbeidsordninger og et tilfredsstillende utdanningsgrunnlag ved alle avdelinger.

Hva med nærhet og generalistmedisin?

Man må passe på at dette ikke blir til myter. Dagens kommunikasjoner (ambulansedy- og helikopter, ruteflyforbindelser, ambulansetil og -båt, elektroniske kommunikasjonsmedier) gjør at nærhet kan beholdes selv over betydelige geografiske avstander.

Selv om der finnes mange grenspesialister på de største sykehus som kun steller med superspesialisert medisin, gjør grenspesialistene ved dagens små-sykehus ikke dette. Jeg ser det som urealistisk at grenspesialister ved morgendagens noe større små-sykehus vil få skylapper. Man innretter seg etter den pasientpopulasjon som kommer til sykehuset; Er problemstillingene av mer "generell" karakter, blir man generalist. Driver avdelingen med kun de sjeldneste syndrom, innrettes det faglige innhold og tenkning etter dette.

Det er også viktig at sykehusspesialister driver ganske mye ambulant virksomhet. Dette bedrer kontakten med både pasienter og primærleger/ andre kolleger, og fremmer "generalistkulturen". Og avdelinger som består av minimum 5 overleger kan ambulere i en ganske annen grad enn med 1-3 spesialister.

Det er likevel nærliggende å foreslå at den lege som er "naturlig" generalist, nemlig primærlegen, utvikler seg (naturlig?) i mer somatisk retning og øker ambisjonene til å ta seg av mer somatikk (bli mer kliniker), eksempelvis på moderne sykestuer med døgnbemannet fagpersonell og ordentlige diagnostiske muligheter (røntgen, laboratorium (Finnmarksmodellen)). Professor i allmennmedisin Per Fugelli har vært talsmann for en slik ambisjon (5).

Dette vil være faglig mulig, passe inne i mange legers ideologi, tilpasset en viss "indre logikk"/ naturlig utvikling, og antagelig kun kreve omfordeling av ressurser fra sykehuset til primærhelsetjeneste.

I tillegg vil dette være fornuftig i øyeblikkelig-hjelp sammenhenger fordi undersøkelser (6) har vist at 60-70 % av disse tilfellene ikke trenger intensiv behandling, og mange av disse kan dermed observeres og behandles på en sykestue av en velkvalifisert primærlege. Dette vil altså styrke den generelle medisinske beredskap.

Kostnadmessig vil dette komme gunstig ut fordi et sykestueliggedøgn koster ca 50 % av et småsykehusliggedøgn (data utarbeidet av kommunelege I i Alta, Daniel Haga). I tillegg sparer man store transportkostnader ved at pasientene i betydelig større grad kan få behandling i egen kommune og slipper transport til et mer sentralt plassert småsykehus.

Konklusjon.

Løsningen på småsykehusproblemet er ikke å stoppe "utviklingen", men å gå litt videre både for de større småsykehus og primærhelsetjenesten. Dette vil bedre stabiliteten av overleger og dermed kvaliteten ved sykehusene, muligens bedre kvaliteten i den somatiske del av primærhelsetjenesten og gjøre allmennmedisin mer interessant. Samtidig vil denne modellen beholde nærhet og generalistkulturen intakt.

Litteratur.

1. Øgar P. Småsykehusene - snart en saga blott? *Utposten* 1993, 22:5-7.
2. Helsedirektoratet. Småsykehus-framtidige oppgaver og funksjoner. 1991.
3. Sønnebø Kristiansen I, Førde OH. Medical specialists' choice of location: The role of geographical attachment in Norway. *Soc Sci Med* 1992; 34: 57-62.
4. Brox J. Hva er vesentlig for at leger ønsker å bli ved et lokalsykehus? *Tidsskr Nor Lægeforen*. Akseptert for publikasjon.
5. Fugelli P. Med sordin og kanon. *Allmennmedisin ... alt-mulig-medisin eller en veldefinert klinisk spesialitet?* Oslo: Tano, 1990.
6. Akuttmedisinsk beredskap ved lokalsykehus. *Nasjonal ekspertkonferanse Bodø 21. og 22. september 1992. NAVF-rapport nr 4.*



Vi minner om UTPOSTENS essaykonkurranse

og viser til utlysning i UTPOSTEN nr. 2, 1993.

Vinnerne vil få pengepremie samt UTPOSTENS diplom.

Manuskriptene sendes til UTPOSTEN
RMR, Sjøbergvn. 32
2050 Jessheim, innen 15. august.



Ting kan gjøres på så mange måter. Den organisatoriske ramme omkring allmennpraksis varierer. Når kreativitet og kritikk går hånd i hånd, blir ofte resultatet best. Det bør være lavt under taket for oppfinnsomme utspill - send innlegg til denne spalten om din eller andres måte å organisere arbeidet på!

Tekst: Lillian Aaserud
Helsesøster i Asker



Helsestasjon for ungdom i Asker

Helsestasjonen for ungdom i Asker har vært drevet i ca 10 år. Den startet som en ren prevensjonsklinikk. Målsettingen ved oppstart var å forebygge svangerskap og kjønnsykdommer og å gi prevensjonsveiledning. I 1989 gikk prevensjonsklinikken over til å hete helsestasjon for ungdom. Det ble gjort for å tillate ungdommene å komme med andre ting enn et rent prevensjonsbehov. I den forbindelse ble målsettingen forandret:

- Gi ungdommen et tilbud som omfatter råd, veiledning og behandling vedrørende fysisk og psykisk helse, som igjen gir dem muligheten til bedre å ivareta egen helse.
- Gi opplysninger i og rundt temaet seksualitet, for å bidra til at ungdommen får et mer sunt, sikkert og positivt seksualliv.
- Forebygge seksuelt overførbare sykdommer og å forebygge uønskede svangerskap.

Helsestasjonen er bemannet med en helsesøster og en lege tirsdag og torsdag kveld. Tirsdagene er helsestasjonen åpen fra kl.16 til kl.20. Torsdagene er åpningstiden 16-19. Helsesøster har begge dager en ekstra times arbeidstid. Torsdagene

er en utvidelse fra høsten 1991. Det første året etter at helsestasjonen åpnet var det 80 konsultasjoner per år. I dag er det mellom 10-30 konsultasjoner per gang, flest på tirsdagene. Det har aldri vært drevet særlig reklame for helsestasjonen. Den viktigste informasjonen er jungeltelegrafene. Det henger oppslag på ungdoms- og videregående skoler. Helsetjenesten på skolene sender ofte ungdom til helsestasjonen for ungdom.

Det er ingen timebestilling. Ungdommene står og venter når vi kommer. De trekker kølapp og holder selv orden på hvem sin tur det er. Alle kommer inn til helsesøster først.

Helsesøster:

- finner fram kort på de ungdommene som har vært der før eller skriver nye
- gir generell veiledning
- samtaler med ungdommene og følger opp en del ungdom
- tar HIV- test og evt. andre blodprøver
- tar graviditetstester
- følger opp diverse problemer
- samarbeider med annenlinjetjenesten.

Legens arbeid blir som oftest:

- vanlig legeundersøkelse
- gynekologisk undersøkelse
- gi prevensjon
- ta prøver til kjønnsykdommer
- behandle kjønnsykdommer
- abortssøknader
- henvisninger

Helsesøsters og legens arbeid går ofte over i hverandre.

Vi har lite skriftlig materiale fra helsestasjonen. Det som finnes er statistikk over de som har vært der før. Det vi har registrert er:

- antall konsultasjoner
- aldersfordeling
- antall prøver tatt på kjønnsykdommer
- antall behandlede kjønnsykdommer
- antall nye registrerte kjønnsykdommer
- antall p-pilleresepter
- antall spiraler
- antall graviditetstester
- antall abortsøknader
- alder på abortsøkere
- antall med spiseproblemer
- antall utsatt for overgrep, seksuelle eller vold
- antall henvisninger til annen linjetjeneste

De siste registreringene er fra ganske ny dato.

ved konsultasjon blir ungdommene systematisk spurt om hjemmeforhold, spiseproblemer, alkoholbruk hos dem selv og hos foreldrene, evt overgrep (psykisk og fysiske), hvordan de har det, psykisk helse osv. Vi erfarer at ungdommene er glade for å bli spurt om hvordan de har det, at de gir ærlige svar, og at de er en grei gruppe å samarbeide med. Vi skriver journalkort på alle.

Problemer som avspeiler seg:

- spiseforstyrrelser, anoreksi og bulimi
- depresjoner
- psykisk og fysisk mishandling (hjem, jobb, skole, venner)

- arbeidsløshet
- rusproblemer, alkohol og narkotika
- voldtekter
- incest
- ensomhet
- fysiske plager, f.eks. kjønnsykdommer
- vanskelige familiesituasjoner

Et av de største problemene våre er at vi avdekker tildels store problemer hos ungdommen og at det ikke er kapasitet i annenlinjetjenesten til å ta seg av problemene. Vi blir derfor sittende med store og tidkrevende problemer, som vi ikke er kompetente til å løse.

Det er nå planer om å komme igang med samtalegrupper ved helsestasjonen, for å ha noe konkret å tilby ungdommen. Det mest konkrete er en gruppe om kropp, selvbilde, kroppsbilde og kost. I tillegg planlegges en gruppe for ungdom fra hjem med alkoholmisbruk.

Etterhvert ønsker vi å komme igang med grupper om:

- belastningslidelser - avspenning
- røykesluttgruppe for ungdom med kjønnsvorter
- røykesluttgruppe for jenter generelt i forbindelse med p-pillebruk
- gruppe for voldtektsutsatte.

Flere fra annenlinjetjenesten har sagt seg villige til å gi veiledning, hvis vi starter grupper. Samarbeidspartnere vi har i dag er psykiatrisk poliklinikk, sosialmedisinsk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrien, sosialkontoret, familievernkontoret og ungdoms- og videregående skoler. Det er planer med samarbeid med arbeidskontoret.

Asker er den første helsestasjonen for ungdom i landet. Den har vært modell for mange helsestasjoner som har åpnet rundt omkring i landet de siste årene.

Hvordan forebygge alkohol- og rusmiddel-misbruk hos ungdom?

Disse tipsene til foreldre om hvordan de skal forebygge alkohol og rusmiddelforbruk hos sine barn er utarbeidet av den amerikanske foreningen for allmennpraktikere. De gir enkle og klare råd på å et område mange foreldre synes er vanskelig.

1. Du er en modell for dine barn. Hvis du drikker, forsikre deg om at din alkoholbruk er ansvarlig og passende. Unngå rusmiddel-misbruk.
2. Begynn og snakk om rusmiddel-misbruk og alkoholisme når barna dine er små, og fortsett dialogen mens de vokser.
3. Diskutér arvelighet ved alkohol og rusmiddel-misbruk med barna dine.
4. Bygg opp om dine barns selvtilit, og legg forholdene slik til rette at dine barn og ungdommer opplever å mestre/vinne med gjevne mellomrom.
5. Støtt dine barn og berøm dem for deres innsats i skole og utdanning.
6. Vis dine følelser åpent for dine barn, og la dem vite at du verdsetter dem og er glad i dem.
7. Organiser din familie som delta-gende kongedømme. Det skal ikke være noe spørsmål om hvem som er sjefen. Barna skal ha en viktig stemme.
8. Kommuniser klart forventninger til barnets adferd. Regler må være passende til barnets alder og må være godt forståelige.
9. Hvis det oppstår problemer, søk profesjonell hjelp. Ikke fornekt at problemer eksisterer.

Fritt oversatt fra WONCA NEWS
DESEMBER 1992.

Stortingsmelding nr. 37 under lupen:

Visjonen om det forebyggende og helsefremmende arbeidet - Fata Morgana eller morgendagens realiteter?

Tekst: Frode Heian

Frode Heian født 1947. Etter 1 1/2 år på barneavdeling i Tromsø kommunelege i Tingvoll i 13 år. Siste halvtannet år ansvar for prosjektet Barn - Helse - Miljø; forebyggende og helsefremmende arbeid med utgangspunkt i helsestasjonen. Forfatter av Helsestasjonsboka. Kone og 3 barn i alderen 13-17 år som han padler, går på ski og synger med. Til nå utrettelig optimist!

I vår kom St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* som foreløpig siste ledd i flere store nasjonale strategidokument for helsetjenesten. Den følger opp de linjer som er trukket i St.meld. nr. 41 (1987-88) *Nasjonalt helseplan* og NOU 10:1991 *Strategier for forebyggende og helsefremmende arbeid*. Disse presenterer samlet solid argumentasjon for økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid, og skisserer sentrale satsningsområder og strategier for gjennomføringen. De baserer seg på desentralisert utforming og gjennomføring av tiltak, og vi ser en stadig sterkere konkretisering av innsatsen på andre områder enn i helse- og sosialtjenesten. Dette er i tråd med de internasjonalt aksepterte linjer som kommer til uttrykk i WHO's strategier for "Health promotion". Utgangspunktet er "Ottawa-charteret" fra 1986, som legger vekt

på *forutsetningene* for helse: fred, bolig, undervisning, mat, inntekt, et stabilt øko-system, sosial rettferdighet og likestilling. I høringsrunden for NOU 1991:10 ble det bl.a. etterlyst mer konkrete virkemidler, og St.meld. 37 har lagt vekt på beskrivelsen av disse. Ligger veien nå åpen for en sterk og målrettet innsats fra alle deler av samfunnslivet i kampen for bedre helse for alle?

De prioriterte innsatsområdene.

Stortingsmeldingen bygger videre på Nasjonal helseplans forutsetning om at forebyggende og helsefremmende arbeid skal være en overordnet strategi for å bedre helsetilstanden i befolkningen. Men det presiseres at den økte satsingen ikke skal gå på bekostning av de kurative tjenester. Dette er konklusjonen etter en opprydding i de etiske spørsmål

St.meld. nr. 37 (1992-93)

Sosialdepartementet

Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid



som har vært stadig tilbakevendende i diskusjonene omkring forebyggen- de versus kurativ innsats. Mens man i store trekk ser ut til å slutte seg til konklusjonene i Lønning-utvalgets utredning om prioriteringer i helse- tjenesten, løftes det forebyggende og helsefremmende arbeid ut av priori- teringslisten og gis en selvstendig posisjon med et virkningsområde som altså går langt ut over helse- tjenesten.

De innsatsområdene som særlig pe- kes ut, er "psykososiale" lidelser, be- lastningslidelser og ulykker. Jeg til- later meg å sette "psykososial" i gå- seøyne fordi dette upresise begrepet, som ser ut til å ha vunnet innpass både i departementale og faglige miljøer, snart bør få avløsning. Sosiale faktorer er også vesentlige årsaker til en rekke somatiske til- stander. Disse tre problemområde- nes samfunnsmessige konsekvenser

er kostnadsberegnet til henholdsvis 12, 20 og 24 milliarder kr. årlig.

Forebygging av hjerte/kar-lidelser, kreft, asthma/allergi og infeksjons- sykdommer skal fortsatt ha høy pri- oritet, mens innsatsen når det gjelder ernæring skal styrkes. Og bare for å ha det nevnt; tobakk og alkohol er fremdeles to sentrale fiender.

I tråd med erkjennelsen av sosiale og økonomiske årsaksfaktorerets betydning (i Norge har vi lenge vært mest opptatt av geografisk fordeling av sykkelighet), pekes "nyfattigdom- men" ut som en av de viktigste helsetrusler. Og generell utdanning anses viktigere for helsa enn både helseopplysning og tilgang på helsetjenester!

Det er oppløftende å se meldingen legge vekt på et livsløpsperspektiv. Kanskje kan det føre til at fore-

byggelsen av hjerte/kar-lidelser i større grad settes inn også overfor lavere aldersgrupper enn 40-åringer. En god del av grunnlaget for sårbar- het og mestring i forhold til psyki- ske påkjenninger legges også ofte lenge før manifestasjonen av symp- tomene, og det er sannsynlig at svært mye av belastningslidelsene også kan forebygges ved etablering av gode vaner og glede ved aktiv bruk av kroppen fra tidlig alder. Både NAVF-stipend og valgperioder varer for kort til at slike tidsperspek- tiv til nå har fått særlig gjennomslagskraft.

Maktbruk eller tilrettelegging?

Ca. halvparten av stortingsmelding- ens vel 150 sider er viet virkemidler i det forebyggende og helsefrem- mende arbeidet. Den holder fast ved en satsning både på høyrisiko- og befolkningsstrategi. Men innholdet i meldingen gir, som ovenfor nevnt, klar beskjed om en solid vektlegging på det siste. Det får selvfølgelig konsekvenser for arbeidsdelingen mellom tjenester med pasient/klient- ansvar (først og fremst helse- og sosialtjenesten) og andre instanser.

Mål- og resultatstyring står sentralt i myndighetenes pådriverrolle. Det er litt uklart for meg om dette virke- midlet, som setter krav til resultater i forhold til oppsatte mål, innebærer en form for sentral dirigering etter "ris bak speilet"-prinsippet, eller om det bare er anbefalinger til kommu- nenes egenkontrollsystem.

"Resultatmålene" blir forøvrig nokså fleksible når de formuleres slik di- verse tiltak innen år 2002 skal bidra til nedgang i sykkelighet i de tre hovedsatsningsområdene, uten at det står antydningvis med hvor mye. 9 år er kort tid i denne sammenhen- gen, og vi skal nok være fornøyd om reduksjon i det hele tatt er påvisbar da. Ut fra et livsløpsperspektiv had- de vel noen litt mer langsiktige mål også vært på sin plass. ⇒

Meldingens gjennomgang av virkemidler omfatter kapitler om *Statistikk og indikatorer for befolkningens helse og velferd*, omtale av *de enkelte deltjenesters innsats og muligheter og utdanning/kompetansehevning/forskning*, viktige kapitler som i denne omgang bare skal nevnes. Det samme gjelder *Ernæringspolitiske mål og virkemidler*, som er viet et eget hovedkapittel.

Omfattende administrative endringer i kommunene?

Jeg velger heller å gå litt inn på omtalen av *Tverrsektorielle arbeidsformer*, der det foreslås omstruktureringer i lokalforvaltningen som vil ha ganske store konsekvenser også for helsetjenesten. Samordning av tiltak i ulike sektorer fremheves som et av de sentrale virkemidler for rasjonell og effektiv forebyggende innsats. Ytterligere desentralisering er en helt nødvendig forutsetning for å få til dette. Uten at det er nærmere angitt, får man inntrykk av at selv relativt små kommuner foreslås delt inn i mindre enheter med felles "distrikts"-grenser for ulike tjenester og egen "områdebasert" forvaltning.

Dette er helt i tråd med den nye Kommuneloven, som trådte i kraft ved årsskiftet. Den åpner for nedleggelse av Helse- og sosialstyrene og etablering av nye organisasjonsstrukturer som "bryter med den profesjonsbaserte hovedutvalgsmodellen". Hindringer for en utvikling i retning av områdetenkning må fjernes. Det er altså snakk om *både* ny nemndstruktur og nye geografiske enheter.

Denne modellen kan ha mye for seg, rent prinsipielt. Det er likevel grunn til å spørre om lokalforvaltning og fagpersonell er modne for nye, inngrepene endringer, når tjenestene knapt har funnet sin form etter de mange reformer som er gjennomført de siste årene. En kan også spørre hvordan en ytterligere desentralisering i praksis vil virke på overordnede mål som for eksempel geogra-

fisk likhet i helsetilbud. (En konsekvens kan også bli at listepasientsystemet må innordnes ganske snevret geografiske grenser.)

Blant øvrige virkemidler som omtales, kan nevnes "oppmyking" av den rettighetsorienterte sosialhjelpen, å ansvarliggjøre kommunene i forhold til arbeidsledigheten ved å overføre delansvar for sykepengeutbetaling og bruk av øremerkede midler. Dette er svært vanskelige tema som det ikke er gjort i en håndvending å avgjøre. Det gjelder også spørsmålet om øremerkede midler, trass i at rammetilskuddets størrelse idag overhodet ikke påvirkes av forebyggende aktivitet!

- Og hva blir det til?

Stortingsmelding nr. 37 gir nok en gang uttrykk for våre sentrale myndigheters gode vilje til forebyggende arbeid, og denne gangen er strategien mer omfattende enn noen gang. Denne viljen, som har vært signalisert i noen tiår nå, har etterhvert resultert i prisverdig satsing på forsknings- og forsøksvirksomhet (bl.a. ved HEMIL-senteret og gjennom "Samlet plan"). Likevel har utviklingen i *praksis* gått i motsatt retning. Det bør være et tungt fordyelig tankekors! Både på Sosialdepartementets og i kommunenes budsjetter har forebyggende arbeid sakkert akterut i forhold til alle andre helse- og sosialtjenester.

Kommunelege I-stillingene er for tiden lite ettertraktet. Det gjør seg gjeldende en motivasjonssvikt overfor faget samfunnsmedisin og en frustrasjon over innpassingen av helsetjenesten i kommunalforvaltningen. Kommunene har ikke sett verdien av å holde på sine erfarne leger, og har hatt liten forståelse for at i forebyggende arbeid er kontinuitet viktigere enn noen sinne. Svært mange erfarne samfunnsmedisinere har gått ut av kommunelegestillingene, og aldri har det vel sittet så mye samfunnsmedisinsk kompe-

tanse i private praksiser rundt om i landet. Lægeforeningens kartlegging av kommunelegenes lønns- og arbeidsvilkår viser at 1/3 av de faglig medisinske ansvarlige legene i -92 planla å forbli i stillingen i mindre enn ett år.

Det er riktig og formålstjenlig at hovedinnsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet settes inn på andre områder enn helsetjenesten. Men man må ikke glemme helsepersonellens rolle som premisseleverandør og rådgiver i utformingen av tiltak. Det er klart at helsepersonellet må bli flinkere til å samle, systematisere og formidle kunnskap om sykdomskapende og helsefremmende(!) faktorer på måten som gjør at politikere og administrasjon kan fatte sine beslutninger på grunnlag av dem. Det er også viktig at samfunnsmedisinen orienterer seg ut over det teknisk hygieniske arbeidsfeltet, der spesialutdannet personell og rikelig ressurser til miljøvernarbeidet i kommunene bør gi helsetjenesten betydelig avlastning. På den annen side må kompetansen styrkes når det gjelder psykiske og sosiale miljøfaktorer. For å få til det, kommer man ikke utenom en viss ressurstilgang; til lokal fagutvikling, og til vilkår som gjør nøkkelstillingene attraktive. Det skal ikke mange promille av helse- og sosialtjenestens totale utgifter til, for å få til det.

Inntil vi ser en handlingsplan til denne stortingsmeldingen som også inneholder tall for ressurstilgang, våger jeg fremdeles ikke å håpe på noen realisering av de målsetninger for det forebyggende og helsefremmende arbeidet som har svevet over oss i mange år.

**Frode Heian,
Storvikvn. 10,
6400 Molde.**

○



Klipp fra Utposten
for 10 år siden:

HELSEOPPLYSNING

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

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

Hun skisserte på gruppesesjonen en ramme og praktiske retnings- linjer for helseopplysning som her presenteres omtrent så kort- fattet og fyndig som hun la frem stoffet.

MÅLET - HVA ER HELSE?

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

MÅLET FOR HELSEOPP- LYSNING

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

HVA ER VELLYKET HELSEUNDERVISNING?

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

KOMMUNIKASJONEN AV VÅRT BUDSKAP SKJER:

- Verbalt
- Non-verbalt
- Vi må ikke glemme vår egen adferd som betyr mye for vår troverdighet, og som eksem- pel.

BUDSKAPET MÅ OVER- BEVISE

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

HUSK TIL SLUTT:

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



Under godhetens synsvinkel

Anmeldt av: Sigbjørn Fossum,
professor dr med, Institutt for medisinske
basalfag, Universitetet i Oslo.

Under godhetens synsvinkel. Livfilosofiske Essays av Nina Karin Monsen

Det gode liv - vi er alle opptatt av det, men få mener å vite hva det er, for ikke å si påtar seg å fortelle andre det. En så krevende oppgave krever vanligvis høyere embetseksamen fra vårt eldste fakultet. Problemet er begrunnelsene, og bare teologene påberoper seg et fundament tilstrekkelig solid til å motstå fornuftens underminering.

Nina Karin Monsen er ikke teolog. Likevel mener hun å ha funnet ut hva som gir livet mening og påtar seg i sin siste bok - Under godhetens synsvinkel - å vise oss veien til det gode liv. Boken har undertittelen Livsfilosofiske essays. Hun kan tillate seg å smykke boken med en så pretensiøs tittel, hun er magister i filosofi.

Spørsmålet om hva som er det gode liv har faktisk også profesjonell interesse for leserne av dette forum. Det hører til vårt yrke å gi medmennesker råd og formaninger om

livsførsel, og når vi ransaker vår rådgiving og bruk av pekefinger, støter vi raskt mot begrepet livskvalitet. Fordi livet er ikke bare et spørsmål om å leve lenge, men å leve godt, å gi livet mening. Det er derfor av interesse når en fagperson som ikke bare er utdannet fra et annet fakultet enn det teologiske, men tvertom er trent i systematisk bruk av kritisk fornuft, utgir en bok om livets mening og livskvalitet.

Finnes det så et felles fundament vi kan bygge våre liv på, et fundament også for de av oss som er fordømt til i alle sammenhenger å tvile på alt som ikke er intuitivt selvvinnlysende sant eller observerbart eller kan avledes derav gjennom logisk holdbare steg? Har Nina Karin Monsen, som filosof, noe å si om det gode liv, til oss som privatpersoner - uansett om vi er ateister, agnostikere eller troende - eller til oss som leger?

Før jeg går videre, vil jeg fortelle om en liten episode jeg opplevde da jeg i unge år vandret gjennom Københavns gater i følge med min mor. En eldre mann kom bort til oss og spurte om veien til Hauptbanhof. Jeg var gymnasiast, hadde tre års skolegang med tysk bak meg, med de beste karakterer, og mobiliserte straks hele mitt ordforråd og grammatikalske kunnen for å danne setninger med korrekt tysk syntaks.

Mens jeg strevde med å plassere hjelpeverbet, hørte jeg til min forbauselse min mor, hvis teoretiske skolering i det tyske språk var, for å si det mildt, ytterst mangelfull, i full gang med å forklare ham veien. Ikke nok med det, de konverserte om landet, om København, om alt mulig, mens jeg sto der, sjokkert over de utallige språklige faderer, kritikkfrie ordstilling og horrible bruk av norske ord der opphavet manglet tyske. Det var en pinlig forestilling. Forbausende nok lot det til at han forsto hva hun sa, og det var etter min mening alt for mye. De skiltes med smil, begge meget fornøyde, mens jeg brant inne med formfullendte setninger. Han gikk til og med i riktig retning.

Jeg kom til å minnes episoden mens jeg leste Under godhetens synsvinkel. Grunnen var at jeg i stigende grad undret meg over hvordan Nina Karin Monsens filosofkolleger ser på hennes bok. Jeg vil faktisk tro at mange av dem reagerer noenlunde på samme måte som den unge gymnasiasten, med en blanding av indignasjon over fagfilosofisk nivå og forbauselse over at hun har fått et stort antall alminnelige, filosofisk skolerte medmennesker som lesere.

Grunnen til påstanden er at hennes bok er så langt fra et filosofisk verk, i vår moderne betydning av ordet. Vår moderne forståelse av filosofiens hovedoppgave er klargjøring, å trenge gjennom det Wittgenstein så treffende betegnet språkets forhekselse. Undertittelen og

hennes bakgrunn gir derfor bestemte forventninger til innholdet. Det er imidlertid ikke et analyserende intellekt vi møter i denne boken. Tvertom er hun upresis og selvmotsigende, hun hever seg suverent over forskerens og filosofens krav om begrunnelse, analyse og klargjøring, og bruker istedet poetens og profetens sprog for å fremme sine budskap. Nina Karin Monsen ser det åpenbart ikke som sin oppgave å rydde grunn, men å reise byggverk, og hun bygger det på troens grunn.

Hennes bok er derfor ikke lett å beskrive, opplevelsen av den forutbestemmes av leserens utgangspunkt og forventninger. Mine forventninger, den filosofiske analyse, og mitt utgangspunkt som leser, den kritisk skolerte naturviter, var gale. For Nina Karin Monsens bok krever tro, hennes religiøsitet skinner igjennom boken. Selv mangler jeg denne tillitsfulle troen, og min profesjonelle skolering var i denne sammenheng åpenbart en hemske.

Hun skriver tidvis godt, noen av avsnittene er simpelthen vakre. Likevel klarte jeg bare i begrenset grad å la meg begeistre, og alt for snart lot jeg spørsmål om begrunnelser melde seg, selv om jeg så inderlig vel vet at nettopp manglende evne til begrunnelse er moralfilosofiens akilleshæl, er det som gjør det så vanskelig å si "du bør". Dessuten kunne jeg ikke å la være med å irritere meg over at hun omgås ord og uttrykk med forbløffende lemfeldigheit og etter eget forgodtbefinnende, over at hun motsier seg selv, og over at hun stadig gjentar seg selv i den forstand at hun bare nøyer seg med å variere ordbruken, og knapt nok det.

Vanskeligst å akseptere var fraværet av selvkritisk refleksjon, at hun aldri setter spørsmålsteget ved sine påstander. Men det ville kanskje dempet den overstrømmende begeistring som gjennomsyrrer boken, den henrykkelse som åpenbart har revet henne selv med, og som hun forsø-

ker å rive leseren med i. Det ble for heseblesende for meg, bare tidvis lot jeg meg rive med, jo mindre jo lengre jeg kom ut i boken, der jeg følte økende trang til faste holdepunkter etterhvert som ordstrømmen opplevdes som en veritabel flom.

Irritasjonen er tildels urettferdig, fordi flere avsnitt er vakkert og inderlig skrevet og fordi jeg intuitivt føler at hun ofte har rett. Feilen er at jeg forventet et budskap fra en filosof, og leste det kritisk, med naturvitenskapelig skolering som ballast. Etterpå kunne jeg ikke la være å tenke at jeg ikke burde ha visst at hun er filosof, og at det var synd at undertittelen Livsfilosofiske essays bidro til forventningen om en fagfilosofs forklarende analyser.

Hadde jeg hørt eller lest hennes bok som en samling prekener fra et forkynnende medmenneske, tror jeg nok jeg hadde tenkt, i hvert fall om de beste kapitlene: Så vakkert, så riktig det høres ut. På den annen side hadde jeg neppe kastet meg over en samling prekener. Og det er, for å sette det på spissen, det boken er, forkynnelse, og hvis man leser boken som det, vil man sikkert glede seg over over hennes glade budskap.

Konklusjonen er at hun nok kan finne gjenklang hos lesere av det rette slaget, ikke spesielt som leger, først og fremst som medmennesker. Selv var jeg ikke av rette slaget. Så kan man si at en bokanmeldelse sier mer om anmelderen enn om boken og at denne anmelderen åpenbart fortsatt hadde hatt problemer med få vist veien til Hauptbanhof, i sine krav om riktig plassering av hjelpeverbet. Og det er vel noe riktig i det.

Men hun skal ha honnør for å kaste seg ut i et så ambisiøst prosjekt. Det skulle faktisk ikke forundre meg om en og annen, etter å ha lest boken, sågar begynte å gå i riktig retning.

○

Følgende rapport om
helsetilstanden nordpå tikket
inn til redaksjonen like før
trykking.

Vi konkluderer med
bekymringsfulle tilstander,
og ber våre kolleger
innstendigst bruke sommeren
til å rekognosere landsdelen
med tanke på å engasjere seg i
de betydelige utfordringene
man står overfor!
Jobben vil bli nokså lett med
en slik overlevelseskraft
i befolkningen, men som vi ser
trengs det leger til å beskrive
også det!

Mæn vi står han a!

Det har vært skrevve mykkje tuill
om Nordnorge og nordlændingan.
Det einaste som e saint, e at det hær
e en laindsdel bare førr ækte idea-
lista, førr oss som står han av uan-
sett. Nu har vi baksa igjønna åre-
lange kuldeperioda i klea dær dein
eine lørva slo deinn ainner ihjæl så
dein arme lusa vi bar på fikk gåse-
hud, og vi sjøll tele i ryggmargen.
Vi levv med ei evig, overhænganes
rasfare tell Sankt Hans, springflo og
havrokk med knuste småbåta, før-
sinka hurtigrute, innstilte lokalbåta
og ilanddrevne mælkeskøyte. Og
deinn evindelige rægentjuka ligg som
et kaildvainnsomslag omkring hauet
tel ei kvær tid.

Som dokker førstår, hær e botnlaus
eleindighet og naken armod aille
vægne. Sånn har det vært, og sånn e
det!

Vi har fræmdeles de dårligaste leve-
kåran og dein lavaste inntekta, mæn
får de minste fradragan. Tell gjen-
geild har vi de fleste og største kon-
kursan og meste flest arbeidsplassa.
Men vi står han av!

Vi har dein største lægemangelen og
dein simplaste hælsetjænesten, mæn
e mæst sjuk. Vi har dein bleikaste
huden, det tyinnaste hårfæste, dein
mæst ustabile hjærnemassen, de sva-
kaste auan, dein hardaste ørevoksen,
de værste ørebeteinnelsan, de råtna-



Men vi står han a !

ill.: D. Bakke

ste teinnern, de tættaste bihulan og de hovnaste mandlan.
 Vi har de svakaste hjærnan, de sjetnaste longan, dein grovaste nyregrusen, de djupaste magesåran, de skjøraste blindtarman, de veikaste veikryggen i en ryggrad åtgådd av dein skjeivaste isjasen og dein ilska-
 ste gikta.
 Vi har de gruinnaste hofteskålan, de største bråkkkan, dein mæst kroniske prostata, de mæst hardnakka blære-
 kataran, de jævligste og innerste hærmoderidan, de svakaste knehasan, dein dårligste hoildinga, og de plattaste plattföttern.
 Mæn vi står han av!

Og takke fan førr at vi e så sjuk!
 Vi spis dein mæst usunne maten, vi røyke mæst, vi drikk mæst og gjør færrast knæ- og armbøyninga.
 Og vi har mest av de fleste kjønssjukdomman.
 Mæn han står han av!

- Og laga mæst onga, både i og utaførr ækteskapet!

Mæn vi træng mykkje onga her nord, - førr vi har en naturlig avgang som kain bekræftes av aille statistikka. Ikkje nok med at vi døyr mest av aillslags sjukdomma, nei vi drokne djupast, vi kjøre oss fortast i dauen, slår oss oftast ihjæl, går oss

mæst vill og kvælest i snykov, frys bort eiller vi breinn inne.
 Og tell tross førr at vi næsten ikkje eie arbeidsplassa, så har vi flest arbeidsuløkke!

Som dokker ser og førstår: Hær e nød og død, fattigdom og fykom, umoral og ukristelighet, krise og katastrofa, ragnarokk og uindergang over ailt korr main snur sæ!
 Så æ spørr: Korsen kunne vi ha bærga livskiten, hær, på baksia av værden, vesst ikkje det mæste va tell å flire av? Nei, vi hadde ikkje stått han av om det ikkje faintes et humør i oss like uslitelig som skaresnyen medtsommars og fjordisen i juli.
 Nordlændingen ser ailltid et lysgløtt. Det e aildri så galt at det ikkje kunne ha vært værre:

Vesst e dein sainn, historia om østlændingen, væstlændingen og nordlændingen som blei sport om dæm truidde det faintes et Hælvete. Østlændingen va i tvil mæns væstlændingen va hællig overbevist. Nordlændingen svarte: - Æ trur nok det finnes et Hælvete tell, mæn vesst main bare førstår å innrætte sæ - ja, så må det gå ant å leve dær óg!"

(Trykket med tillatelse fra Arthur Arntzens "Æ lyg ikkje", Det Norske Samlaget, Oslo 1986)



I glede og sorg

Anmeldt av : Geir Sverre Braut

Heffermehl FS.

*I glede og sorg.
Dikt og veiledning for navne-
fest, konfirmasjon, bryllup og
gravferd.*

149 s, ill. Oslo:Cappelen
Fakta,1993. Pris NOK 195.

Utgangspunktet for denne boka er det allmenmenneskelege behovet for å markera viktige hendingar i livet med ritual som gjer at desse skil seg frå kvardagen. Fredrik S. Heffermehl, som har vore generalsekretær i Human-Etisk Forbund, har her samla ei rekkje dikt som høver inn i ei rituell ramme som fram til dei seinare åra har vore eit kyrkjeleg monopol. Han har vidare knytt grundige kommentarar til korleis ein praktisk kan ordna seg for å ta hand om ritual i ulike livsfasar utan å støtta seg til institusjonar.

Ei bokmelding er ikkje staden kor ein går inn i ei drøfting om det eine eller det andre grunnlaget for dei rituala ein ønskjer å støtta seg til. Likevel er det grunn til å merka seg to viktige budskapar frå denne boka. Ho peikar på det ansvaret kvar ein-skild har for å ta del i ritual som er viktige i eins eige liv. Det strålar klårt fram at eit ritual er noko ein må vera deltakar i og ikkje tilskodar til om det skal ha ei berande kraft for vidare liv. Og boka strekar under at ein må kunna stå for innhaldet i dei seremoniane ein vil feira.

Utvalet av dikt må seiast å vera trygt. Det handlar om kjende dikt frå stort sett velkjende norske lyrikarar.

Boka vert såleis ganske rik på lett tilgjengeleg visdom i bunden form. Rimelegvis vert kvaliteten på dei utvalde dikta noko ujamn, men såleis står også diktarar som Harald Sverdrup og Halldis Moren Vesaas fram som dei glitrande poetane dei er. I den nøye tilmålte formramma ser vi tydeleg sambandet mellom det lyriske og det rituelle formkravet. Både lyrikk og ritual kan fanga kjensler og hendingar på eit minimum av rom og tid i motsetnad til den informasjonsflaumen vi elles møter.

I Sverige har ein dei seinare åra lukkast i å gje ut fleire små samlingar av aktuell "allmenlyrikk". Det er kanskje det aspektet ved denne boka eg set mest pris på. Ikkje alle kan skriva dikt, men alle kan skriva av eit dikt! Boka kan vera ein fin innfallsport til alle som leitar etter ei forståing av mysterium i livet som ikkje diazepam kan hjelpa mot. Hjå meg står boka for tida mellom dei diktbøkene eg brukar ha bak kon-torstolen min. Eit par av dikta er allerede brukt over telefonen og eit avskrive i brev. Normaltariffen har ingen takst for diktlesing, men det trur eg vi skal vera glade for.

Geir Sverre Braut

○

Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pillarer; den allmenntilleggsmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon, kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det. Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer. Smil i hverdagen. Synspunkt. Kasuistikker. Bokmeldinger. Kursspalte. Intervjuer. Brev fra periferien. (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksysten!). Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å lage en lang liste til kvalitetskrav for høyt, mens erfarne bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

Manuskriptet.

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbel linjeavstand ved maskinskriving. En tekstsider i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivingsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstsider i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

Illustrasjoner.

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt-, fargefotografier og lysbilder kan brukes.

Forfatterpresentasjon.

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

Innskrivingsregler basert på Word Perfect.

For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst.

Brødtekst er teksten artiklene består av: sakprosa i sammenheng. Bruk WP's standardformat angående:

- marg (ve: 2,54 c, hø: 2,54 c)
- linjeavstand (1)
- tabulator (hver 5.)
- ikke rett høyremarg

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthevet skrift, tabulator, innrykk, skriv fra høyre, side-tallsangivelse og -plassering.

Ord som skal markeres i brødteksten, understrekes. I bladet kommer dette ut som kursiv sats. Ikke bruk understreking til noe annet. Avsnitt markeres ved et ekstra linjeskift. Etter tegn (,?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null.

2. Litteraturhenvisninger.

Litteraturhenvisninger ordnes numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Ikke prøv å sette det opp lekkert. Skriv det rett ut i samsvar med Vancouverkonvensjonen (se evt. "Tidsskriftets" veiledning for manuskriptforfattere). Eksempler:

1. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? *N Eng J Med* 1989; 321: 1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PK. Awareness, use and impact of the 1984 Joint National Committee Consensus Report on high blood pressure. *Am J Public Health*; 1988; 78: 1190-3.
3. Gleicher N. Cesarean section rates in the United States. The short term failure of the National Consensus Development Conference in 1980. *JAMA* 1984; 252: 3272-6.

3. Tabeller.

Ingen skal skrive inn tabeller eller "tabellaktig" stoff med mindre de vet *helt* sikkert at de gjør det *helt* riktig.

(Ved innskriving av slikt stoff må du bruke tabulator (og evt. innrykk) for at ikke tallene skal strø seg utover hele siden.

Det nytter *ikke* å bruke ordskiller og telle seg fram. Men prøv ikke å sette opp nye tabulator-rekker. Hold deg til standardrekken som ligger i WP).

4. Overskrifter.

Artikkeloverskrifter skrives med uthevet skrift og små bokstaver. Skal du ha med en undertittel (ingress) i overskriften, som du ønsker mindre markert, skrives også denne med uthevet skrift, men settes < mellom til klammer på denne måten >. Eksempel:

Hva vil de?

<Har samfunns- og allmennmedisinere noe spesielt å tilføre fagmiljøet?>

Mellomtittel i teksten skrives også inn med uthevet skrift og små bokstaver. Er artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomtittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understreking.

5. Fotnoter.

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet "Fotnote".

6. Forfatterpresentasjon.

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekes, slik at den kommer ut som kursiv.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelens tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelse: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved "større" artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt:

(evt. tittel) fullt navn
adresse

PRIMÆRLEGEN OG MEDARBEIDEREN

18.-21.8 1993

Pers hotell, Gol

RP. APLF-KURS "PRIMÆRLEGEN OG MEDARBEIDEREN"

- Egenskaper :** Kurset har enkelte bearbejdet programposter fra fjorårets kurs.
- Indikasjoner :** Vedvarende forstyrret av nysgjerrighet, kvalitetssikring og samarbeidsønsker.
- Kontraindikasjoner :** Narkolepsi, latterutløst epilepsi og alvorlige anfall av besserwissen.
- Virkningsmekanismer :** Foredrag, gruppearbeid, rollespill, diskusjoner, pauser, kaffe, og sosialt samvær.
- (Bi-)virkninger :** Lengre perioder med fysisk, psykisk og sosialt velvære (kfr. WHO's helsedefinisjon),
- Dosering :** 1 stk. kurs m/100 deltakere i 3 dager, 18.-21.8 Ca. 20 kurstimer.
- Pris :** Kursavgift Kr. 2.200, hvorav Kr. 2.000 refunderes av Fond II for legene.
Overnatting (fullpensjon) :
* enkeltrom Kr. 850 pr. døgn
* dobbeltrom Kr. 650 pr. døgn
Lunsj og kaffe ankomstdagen Kr. 225 pr. person.
- Anvendes før :** Søknadsfrist 10. juni. Se eget påmeldingsskjema.
- Refusjon :** Fond II for legene.
Medarbeidere bør se legene dypt i øynene og si: Vi trenger et kurs sammen !
- Non Reit.** Hvert års kurs er en ny opplevelse !

Med vennlig hilsen kurskomitèen,

Tove Rutle/
medarbeider

Sten Erik Hessling/
lege

Lise Castberg/
medarbeider

Helge Worren
lege

PROGRAM

Onsdag 18.8.

Fra kl. 18 : Ankomst, registrering, middag.

Ca. kl. 21 : Velkomstsamling med noen overraskelser.

Torsdag 19.8.

0900 - 0930 Åpning

0930 - 1015 **Godt nok - er det nok ?**
Glede og felles ansvar ved å kvalitetssikre våre oppgaver ved legekantoret.
Lege Olav Rutle m/medarbeider.

1015 - 1100 **Gruppearbeid knyttet til kvalitetssikring.**

1100 - 1120 **Kaffepause.**

1120 - 1330 **Rollespill, gruppearbeid, diskusjon, m.m.**
"Vår personlige kvalitet er bakgrunnen for all annen kvalitet - også i vårt arbeid !"
Om personlig service ved legekantoret.

1330 - 1430 **Lunsj.**

1430 - 1700 **Tar vi omsorg for våre døende pasienter ?**
Lege Sten Erik Hessling og medarbeiderne Torun Aas og Toril Bogen leder denne delen av programmet med innlegg, gruppearbeid, diskusjon, m.m.

1745 **Sosial jogg for interesserte kursdeltakere i naturskjønne omgivelser**

2030 **Sang- og lyrikkaften.**

Fredag 20.8.

0900 - 0910 **Åpning.**

0910 - 0950 **Presentasjonsteknikk - talent eller ferdighet ?**
Noe for enhver ?
Redaktør/lege Magne Nylenna.

0950 - 1100 **Gruppearbeid i presentasjonsteknikk.**

1100 - 1145 **Smakebiter fra gruppearbeid i plenum.**

1145 - 1245 **Lunsj.**

1245 - 1525 **MINISEMINARER.**

I) **Laboratoriet i allmennpraksis**
- et møtested for lege og medarbeider.
Eksempler på rutiner og utstyr.

Bloingeniør Helle Dunker og overlege Ludvig Daas.

II) **Arbeidsmiljøet på legekantoret**
- et spørsmål om omsorg
Praktisk tilrettelegging.
Lege Sigurd Rosenberg.

Kursdeltakerne deles i to grupper og bytter miniseminar ved halvgått tid.

1525 - 1540 **Kaffepause.**

1540 - 1710 **Hører du hva jeg sier ?**
Kan vi klare å være både fag personer og medmenneske ?
Hvordan møter vi pasientene ?
Lege Bertil Marklund

1745 **Sosial jogg for interesserte kursdeltakere i naturskjønne omgivelser**

Lørdag 21.8.

0900 - 0910 **Åpning**

0910 - 1000 **Kursavisen "Gol Times"**
- en idé til etterfølgelse ?
Under kurset vil det fortløpende bli laget en enkel kursavis.
Bør vi legge mer vekt på skriftlig informasjon ("pasientavis, oppslag, enkle bruksansvisninger o.l.) til våre pasienter ?
Lege Helge Worren og bibliotekleder Per G. Henriksen.

1000 - 1100 **Veiledning av medarbeidere - snart et faktum !**
Medarbeider Kari Håvelsrud og lege Johnny Mjell.

1100 - 1200 **Blir vi syke av det stygge ?**
Form og farge i vår hverdag.
Prof. dr. philos. Thomas Thils Evensen.

1200 - 1230 **Avslutning**

1230 - **Lunsj**



Til Utpostens ANNON- SØRER:

Noter deg Utposten som annonsemedium

UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag som nærmer seg 3000

Tidsfrister for 1993:

	Bestillingsfrist	Materiell frist
Nr 1	12/1-93	9/2-93
Nr 2	9/3-93	13/4-93
Nr 3	20/4-93	18/5-93
Nr 4	18/5-93	15/6-93
Nr 5	17/8-93	14/9-93
Nr 6	14/9-93	12/10-93
Nr 7	12/10-93	9/11-93

Priser:

Størrelse	Svart	sv.+1 f	sv.+2 f	4 farger
1/1 side	4000,-	6000,-	7500,-	8500,-
1/2 side	2000,-	5000,-	6000,-	7500,-
1/3 side	1500,-	4500,-	5500,-	6500,-
1/4 side	1250,-	4000,-	4500,-	5500,-

Teknisk:

Bestilling:

RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Telefon 63 97 32 22

Materiell:

Avtrykk, reprovkopier eller negativfilm med speilvendt hinner side

Format:

A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

Raster:

48 - 60 linjer

Trykkeri:

Voss Offset, 5700 Voss, tlf. 05 51 24 63

Utsendelse er ca 3 uker etter materiellfrist.

Løse bilag koster kr 7000,-

Prisene er eks. mva.

Det vil bli tillegg i prisen for reservert plass

Kurs- og fagannonser: Egne priser

Vi har annonseansvar for UTPOSTEN

RMR
Kursarrangør

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Telefon 63 97 32 22

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Telefonhenvendelser vedrørende
Utposten kan rettes til:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim
Telefon 63 97 32 22
Fax 63 97 16 25

BEKLAGER!

**På grunn
av trykkfeil
i Utposten
nr. 3/93,
sender vi
denne siden
på nytt.**

K J Æ R E L E S A R :

"Risikoklinikken" - beslutningsdilemma i allmennmedisin

I den allmennmedisinske vev er det mange trådar. To av dei er truleg av ekstra stor verdi for eit gjevande mønster i dagens allmennmedisinske teppe.

Den eine tek utgangspunkt i tradisjonell klinisk tilnærming til diagnosen, men omskriv klinikken til det primærmedisinske sjukdomslandskap.

Allmennpraktikarar med røynsle og år på nakken har vel alltid handla og tenkt intuitivt rett. Men når vi etter kvart skjønna kva Bayes theorem og 2 x 2 tabellen eigentleg sto for, så var det som faglege bibelord trass i tørr matematikk. Vi fekk eit "epidemiologisk imperativ" i primærmedisinen (1). Nå kunne vi visa for oss sjølv og andre at prevalensar og sannsynlighetsteori var slagkraftige diagnostiske reiskapar for profilering, pasienttryggleik og trivsel i allmennpraksis. Epidemiologisk tankegang blir nå gjerne sett på som eit av dei mest grunnleggande elementa i spesialiteten allmennmedisin (2,3).

Den andre lina i veven er i sitt vesen "antiklinisk". Diagnostiseringa kan til og med vera villedande. Balint held fram at foreldras redsel for barnet kan vera mykje meir relevant for klinikaren enn otalgidiagnosen (4). Det dreier seg om medoppleving, samhandling, pasientansvar og respekt.

Fleire andre allmennmedisinske teoribyggjarar har gitt seg i kast med dette vanskelege, men viktige feltet (3,5,6). Legekunsten vil nok likevel framleis femna om viktig profesjonell gjerning forløyst gjennom eksistensiell innsikt og klokskap, meir enn teoribygging.

Utposten har tidlegare hatt artiklar om begge desse utviklingslinene (7,8). Vi vil i nokre komande nummer venda tilbake til tema i den håndfaste sjukdomsklinikken - "risikoklinikken". Målet er å knytta beslut-

ningsteori til kjende situasjonar og problemstillingar i allmennpraksis. Meinnga er å reisa ein del spørsmål som gjeld etikk, ressursbruk og fagleg integritet som tvingar seg på, når kvardagen møter 2 x 2 tabellen.

Dei talrike "falske positive" gir assosiasjonar til kollisjon, meir enn møte. Eivind Meland skriv godt og grunnleggande om dette i ein frisk artikkel i dette nummeret (9). Han viser korleis dei to trådane i veven heng saman. Hans "falske profetar" gjer to ting. Dei overdiagnostiserer sjukdom i redsel for å oversjå, samstundes som dei deler ut merkelappar til eksistensielle og interpersonelle problem, som berre kan fangas som prosess i samhandling, og ikkje som tilstandar. Begge deler er uttrykk for eit "diagnostisk sug" som kanskje kan tolkast i lys av underliggende samfunnsstrøymingar.

Negative sider ved det diagnostiske imperativ og kravet til systematisk tilnærming og avdekking, er også Anders Bærheim oppteken av i ein annan artikkel i dette nummer (10). Han meiner mellom anna at heilskapen lett blir borte, og at traumene får for stor plass i klinikken. Hans "falske profetar" blir kalla "feller i lidelsens medisinske system". Det dreier seg i alle høve om blendverk som vi må få auge på for å koma vidare i vår allmennpraksistenkning. Korleis det nå enn er - har du lyst til å skrive om "risikoklinikken og beslutningsdilemma i allmennpraksis", grip pennen og sett i gong! Utposten blir til undervegs.

1. Morell DC. The Epidemiological Imperativ for Primary Care. *Ann N.Y.Acad Sci* 1978, 310:2-10
2. Bentsen BG. Fundamentals of General Practice. *Scand J Prim Health Care* 1984, 2:11-17
3. McWhiney IR. A Textbook of Family Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989.
4. Balint M. The Doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical, 1964.
5. Pendleton & al. The consultation. An approach to teaching and learning. London: Oxford University Press, 1984.
6. Rudebeck CE. What is Genral Clinical Competense? Facing the Theoretical Challenge to General Practice. *Scand J Prim Health Care* 1992, suppl. 1:61-82
7. Westin S, Østensen AJ. Utpostens allmennmedisinske problemserie. *Utposten* 1982, 3:13-19
8. Konsultasjonen i allmennpraksis. *Utposten* 1985:7
9. Meland E. Om falsk positivitet og falske profetar. *Utposten* 1993, 3: 100-104
10. Bærheim A. Om grenser. *Utposten* 1993,3; 120-121

Eivind Vestbø



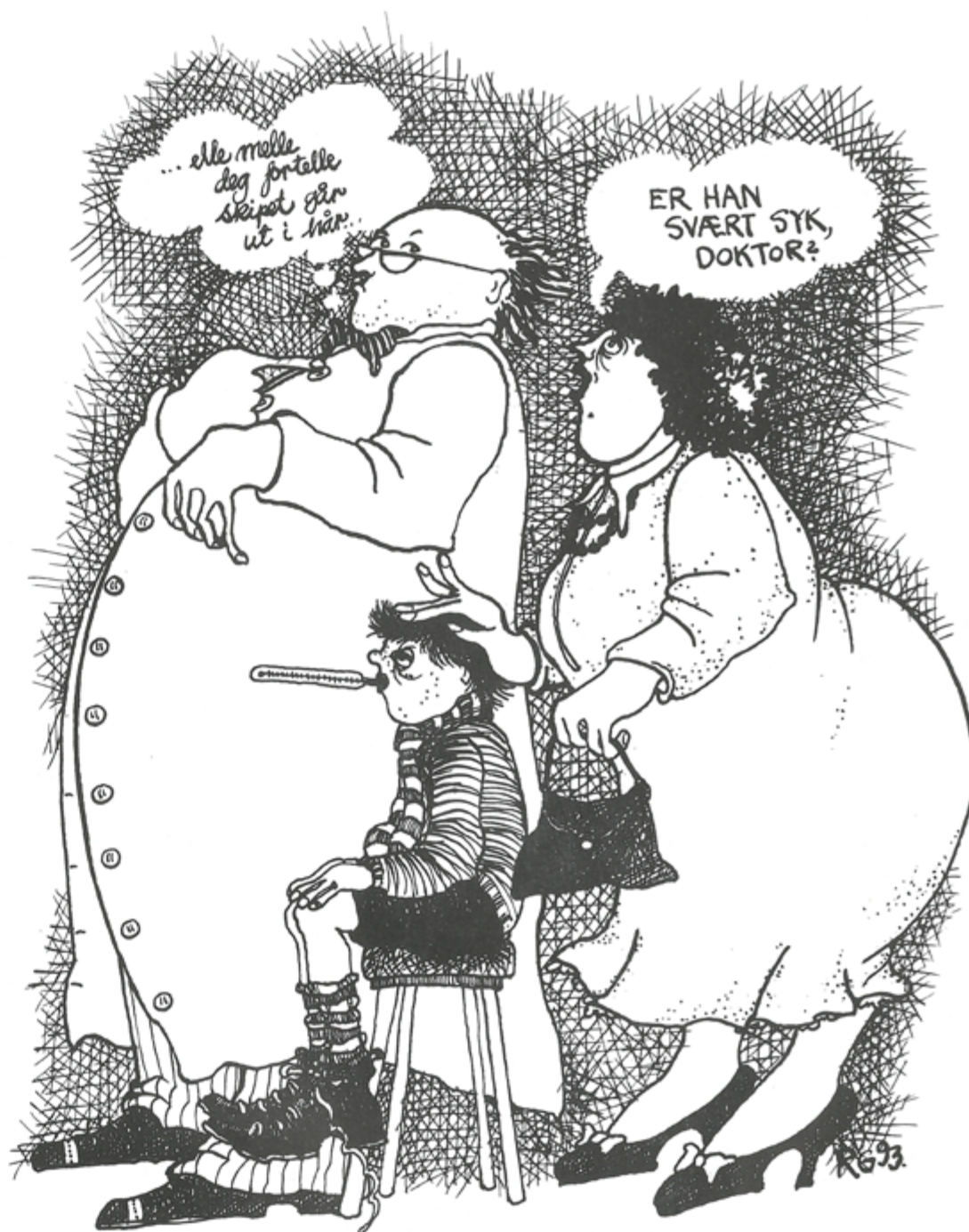
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1993

ÅRGANG 22



Risikoklinikken - et beslutningsdilemma i allmennpraksis