

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1994

ÅRGANG 23



«— og dei skal aldri møtast?»»

Nr. 1, 1994

- 3** *Eivind Vestbø og Geir Sverre Braut*
Leder: «– og dei to skal aldri møtast?»
- 4** *Rune Kroken, Per Stensland*
Med kommunal lommelykt i psykiatriske gråsoner
- 7** *Kjell Nordby*
Legevaktstjenesten i Molde
- 9** *Dag Thelle*
Det hellige markedet
- 10** *Brev fra leserne*
Epikriser som kommunikasjon
- 11** *Trygve Aanjesen*
Hvordan er hverdagen i en kommune?
- 15** *Utpostens EDB-spalte*
Hypertekstprogram for å lage prosedyrebøker
- 16** **Miniintervju med tre nye ledere**
- 18** *Bokmelding*
Allergiske barn
- 19** *Eelco Boonstra*
Forebyggende helsearbeid, kvalitetssikring og standardsetting
- 24** *Hans Magnus Solli*
Samfunnsmedisin mot århundreskiftet – en strategisk visjon
- 28** **Hva skjedde den 27. november 1968?**
- Carl Ditlef Jacobsen*
**Worrens skylapper, eller:
Er det makelighetsfilosofi?**
- 32** *Berit Tveit*
Det medisinske studium sett fra trygg avstand
- 38** *Brev fra periferien*
Til Paris – men ikke for å danse tango
- Brev fra periferien*
Vedr. prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutiner
- 42** *Bokmelding*
Symptom Råd Tiltak
- 43** *Bokmelding*
Medisinsk teori. Tanker om helse og tanker om sykdom

Forsidefoto: Petter Øgar

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 36 27

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Betty Pettersen

Tussan, 8372 Gravdal

Tlf. privat: 76 08 32 25

22 44 49 77

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 23 65

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 81 04

Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbø

4160 Judaberg

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

6790 Hornindal

Tlf. privat: 57 87 95 76

Tlf. arbeid: 57 87 94 86

Fax: 57 87 95 73

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22.

Abonnement:

Kr 300,- pr. år.

Bankgiro 1606.23.65084

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

«— og dei skal aldri møtast?»

Eivind Vestbø
og Geir Sverre Braut

Det skjer noko i samspelet mellom primærhelsetenesta og den spesialiserte helsetenesta for tida. Dette skjer ikkje som følgje av gjennomtenkte organisatoriske endringar sette i verk av folkevalde organ, men heller trass i at slike ikkje skjer!

I førre utgåve av Utposten presenterte Sørensen, Gilbert og Sørgaard (1) ei grunnleggjande for desentralisert psykiatri. Dei hevdar at hovudproblemet som psykiatrien strir med, er å få kunnskapar til å fungera i nært samspel med pasientar og pårørende i kvardagen der dei lever. Dette kan ein ikkje få til berre gjennom oppretting av sentrale kompetansesentra hevdar dei.

Dei vil ha tenestene sine ut til folket der kvardagen tyngjer, og der møter dei primærhelsetenesta. Kroken og Stensland (2) presenterer i denne utgåve av Utposten eit praktisk døme på organisering i primærhelsetenesta som lovar godt for det faglege samlivet.

Ein føresetnad for at kunnskap frå fagfronten skal koma til syne der folk bur, og så å seie verta ein del av den sosiale konteksten kor sjukdom og lidning oppstår, er at organisatoriske hindringar for samarbeid mellom primærhelsetenesta og den spesialiserte helsetenesta vert fjerna.

Det er ikkje berre innan psykiatrien det er påtrengjande behov for nytenkning kring dette. Det er gjort gode framstøyt både innan pediatri, ØNH og laboriemedisin. Og den elektroniske revolusjonen har katalysert prosessen. Gjennom opprettinga av medisinsk nødmeldetjeneste, har styresmaktene vald ein samarbeidsmodell for akuttmedisinske problemstillingar. Kor vidt den vil syne seg vellukka, står ennå att å prova. Det vil ikkje minst avhenga av kva sukseskriterier ein vel som evaluering grunnlag. Innan diabetesomsorga er det og mykje interessant som skjer over «linjegrensene» rundt om i landet.

Midt oppi alt dette la Helsedirektoratet (no: Statens helsetilsyn) i juli 1993 fram ei utgreiing om tilhøvet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet (3). Dette er ein litteraturgjennomgang som syner at det er eit overtydande samband mellom aukande pasientvolum eller sentralisering og betre behandlingsskvalitet. Rett nok tek denne litteraturstudien utgangspunkt i tradisjonell kirurgi og indremedisin, men unekteleg er han eit viktig tilskot til det faglege grunnlaget for debatten kring organisering av helsevesenet. Sjølv om dette dokumentet er eit kraftig argument for sentralisering, kan det ikkje nyttast som argument mot primærhelseteneste. Nokon må både rekruttere pasientar og ta seg av etterbehandling og oppfølging. Og for den eigentlege effektvurderinga, er dette kanskje vel så viktig som det eminente behandlingsskvalitet.

Skal ein så sentralisere eller desentralisere? Skal ein satse på spesialisert helseteneste eller på primærhelseteneste? Det er nok ikkje mogleg å velja anten-eller. Vi treng både og; i litt varierende mengder innafor ulike problemfelt. Ei organisering av helsevesenet som berre skil mellom spesialiserte oppgåver og allmenne oppgåver, er ikkje høveleg i framtidens medisin. Og det er dette skiljet som er typisk for norsk helseteneste i dag, trass i at mange fagmiljø søkjer seg fram til nye modellar for samspel mellom det spesielle og det generelle.

Dei to artiklane viser oss kva nytenkning kan få til: Oppgradering av folks kvardagsplager, betre konsulenttenester og auka kunnskap i primærhelsetenesta, heilskapstekning omkring pasienten, brukarmedverknad og betre tverrfagleg samarbeid i primærhelsetenesta.

Innan organisasjonsteori er det rimleg at ein må velja ei organisasjonsform som byggjer opp under dei måla ein har for verksemda. Om målet er at fagleg spisskompetanse skal koma dit folk bur, må ein vera viljug til å velja organisasjonsformer og finansieringsordningar som opnar for det.



Sjølv om eit demokratisk styrt helsestell ikkje skal vera slik at fagfolka skal fastsetja organiseringa, må det vere rett å høyra på dei faglege argumenta som vert førde for ein fattar politiske vedtak. I 1994 skal Sosial- og helsedepartementet leggja fram ei melding til Stortinget om finansiering og prioritering av helsetenester her i landet. Vi er spente på om ein torer ta med faglege argument som grunnlag for tilrådingane i denne, og om ein deretter vågar seg inn i ein debatt kor ein kan risikera at behovet for organisatoriske endringar i norsk helsestell vert så synlege at heilgale kyr må ofrast? Kjære Werner Christie, skal du få dette til, må du vera ein modig mann!

Eivind Vestbø

Geir Sverre Braut

Litteratur

1. Sørensen T, Gilbert S, Sørgaard KW. Våre tyngende hverdager – begrunnelser for en desentralisert psykiatri. Utposten, 1993;22(7):316–19.
2. Kroken R, Stensland P. Med kommunal lommelykt i psykiatriske gråsoner. Erfaringer med Samhandlingsprosjektet. Utposten 1994;23(1) 4–6.
3. Kvinnsland S et al. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie nr. 4-93. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.

Med kommunal lommelykt i psykiatriske gråsoner

Erfaringer med Samhandlingsprosjektet

Tekst: Kommunelege 1 Rune Kroken, Lærdal og
Kommunelege 1 Per Stensland, Sogndal



Per Stensland er cand. med. fra 1974, Distriktslege i Hadsel 1976 til 81. Kommunelege 1 i Sogndal etter dette med 2 års avbrekk i Botswana. Ser kommunelege 1's viktigste oppgave å presentere lokale helsebehov. Barnas behov pleier ikke å komme først.

Rune Kroken er cand. med '89, kommunelege i Lærdal siden turnus. Interessert i psykiatri og trekkes mot spesialisering.

Tenk deg du er mann, 47 år. Da du ble utskrevet etter 20 år i psykiatrien – som pasient – fikk du hybelleilighet og et kvarters tilsyn av heimesjukepleien, hver dag. Fylket glemte det første året å budsjettere den posten som skulle brukes til samarbeidsavtale, til dine miljøtiltak.

Samhandlingsprosjektet: Psykososial samhandling i Indre Sogn

6 kommuner i Indre Sogn samarbeider om å styrke tilbudet i kommunene til personer med alvorlige psykiske lidelser. Prosjektet er en del av «Tilgjengelighetsprosjektet» som skal bedre tilgjengelighet til tjenester for personer med store psykiske lidelser. Det går over 3 år og får ca. 7,5 mill kroner fra SME, Sekretariatet for Modernisering og Effektivisering av helsesektoren. Dette tilsvarer ca. 0.5 mill pr kommune pr år, mindre enn kostnaden av en pasient i institusjon. Kommunene har forpliktet seg til å delta med en egeninnsats (arbeidstid). Forpliktelsen er gjort i form av kommunestyrevedtak og politikerdeltaking i styringsgruppe.

Prosjektet er bygd opp rundt PS-grupper, tverrfaglige samarbeidsgrupper i hver kommune.

Personer som trenger hjelp (eller deres familie/naboer/andre) kan kontakte PS-gruppa, som har beredskap på dagtid.

Målsetting: Å skaffe kunnskap om hva som er relevant samarbeid med og bistand til mennesker med store psykiske lidelser og deres nærmeste.

PS: Vi har jobbet i hver vår kommune med Samhandlingsprosjektet i snart 2 år. Hva er hovedsaken i dette?

RK: At kommunen gjør et politisk vedtak om at personer med store psykiske lidelser skal prioriteres. Selv vakre ord vokser ikke på trær i denne bransjen. Det er opprettet

PS-grupper

som har blitt kommunale ressursentra for koordinering av tiltak for mennesker som har alvorlige psykiske problem. Prosjektet har kjøpt PS-medlemmene fri fra vanlig jobb en halv dag i uka. Vi som er med ser at dette er et neglisjert felt som det er meningsfylt å jobbe i. Dessuten følger faglige tilbud: Samhandlingsveiledning og et kurs i familieorientert psykiatri.

Samhandlingsveiledning?

– Det er navnet på det som foregår når vi 5-6 dager i året setter oss ned sammen med en eksternt erfaren fagperson for å se på hvordan teamet arbeider for å forstå de vanskene vi møter. Det handler om å snakke sammen om hva vi gjør,

PS-grupper

PS-gruppa er en tverrfaglig lokal samarbeidsgruppe som består av lege, heimesjukepleier, sosialkurator og av 1–2 andre personer som en lokalt vil ha med. Vår erfaring til nå er at lokale samarbeidsgrupper er nyttige ved å:

- Fungere som kontakt med psykiatrien
- Tilrettelegge lokale tiltak for personer med store lidelser
- Tilrettelegge lokale tiltak i saker der det er mange aktører
- koordinere.

Gruppene har hatt mindre betydning når det gjelder arbeid med akuttpsykiatri og lettere lidelser.

hvordan vi gjør det, og hvilke alternative valg vi har. Når pasienten kjenner oss, vi kjenner ham og hverandre, er det lett å gjenta seg selv og komme inn i repeterende mønstre. Dette gjelder også synet på de andre i teamet. Vi opplever at folk vi har arbeidet med lenge kommer fram med nye sider av seg selv. Men det er en evig jobb å løfte seg selv, fungere som team og avklare hvordan teamet i dette tunge feltet skal prioritere og fordele arbeidet.

Samhandlingsveiledning er noe nytt og ekstra. Det fortrenge ikke samarbeid med den lokale andrelinje-psykiatrien om bistand til pasienter.

Brukerstyrking

er et faneord i dette prosjektet. Psykiatriske pasienter har vært en svak pasientgruppe og problemene deres er sjelden avgrenset etter profesjoner. Når hjelpeapparatet mangler et samlet brukerperspektiv på tjenestene, blir det vanskelig å ha sammensatte problemer.

– Jeg liker ikke ordet «brukerstyrking». Når en insisterer på at dette skal være et fyrtårn, impliserer dette en kritikk av psykiatrisk behandling som jeg ikke vil være med på. Jeg mener at all vår behandlervirksomhet i bunn og

grunn skal styrke pasienten.

Poenget er at brukerne trenger hjelp til å hjelpe hverandre.

Ensomhet og redsel for mennesker er et større problem for personer med store psykiske lidelser enn for andre. Og da må noen også jobbe sammen med brukerne som gruppe, ikke bare som enkeltpersoner på kontoret. Ved at helsesøster og nettverksarbeider har hjulpet til å opprette brukerfora, har det etterhvert dukket opp kafeer og egne møteplasser der brukerne ikke lenger er i mindretall. Folk som har levd i ensomhet har blitt invitert igjen og igjen. Langsamt står gruppen synlig fram og blir i stand til i tilby hverandre sosial kontakt. – I Sogndal har Mental Helse ikke greidd å opprette lokallag på tross av iherdige og gjentatte forsøk. Jeg antar at situasjonen ikke er ulik i mange andre gjennomslukte samfunn. Det blir ikke lettere å være isolert når alle vet du er det.

Og samtidig ser vi at det kan skapes nye sjanser i lokalsamfunn som først syntes stengt. Nettopp

Kurs i familieorientert psykiatri

Parallelt med og finansiert av Samhandlingsprosjektet har vi arrangert et kurs i familieorientert psykiatri. Kurset er på 15 dager (5 d + 5x2 d) fordelt over ett år og har fått tverrfaglig oppslutning av 35 fagpersoner i 6 kommuner. Kurset er arrangert av Diakonhjemmets høgskolesenter og kursstedet har vært Sogndal/Luster.

Familieorientering er et folkeligere ord på «systemorientering». Symptomer og lidelser blir forstått ut fra den sammenhengen de forekommer i. Og rammen rundt menneskene i Indre Sogn er familiene. Familiene har alltid kjent hvordan lidelser oppstår og leves ut i sammenhenger der de som står rundt er sentrale aktører og med-lidere. Viktigst i denne sammenhengen er kanskje at mange lokale fagpersoner fikk felles faglig plattform og samtaleforum.

det oversiktlige og lokale samfunnet kan improvisere åpninger, «attføre» folk, la dem få arbeidstilvenningsplasser og steder å gå til på en hverdag.

Erfaringene fra brukerstyringsarbeidet viser at helsearbeidere kan være drahjelp i en startfase. Men på sikt bør også andre inn i dette – arbeidet burde integreres i kultur eller utdanning – og ikke bare helse. Vår vanemessig omsorgstenkning kan hindre pasienter i å finne fram til hverandre og få øye på nye sosiale muligheter. Vi fikk alle overraskelser da «dårlige» brukere stod fram i et kunnskapsverksted og ga klare ideer for et verdigere liv.

PS: Og dermed står langtidspasienten tydeligere fram som person.

RK: Situasjonen til de som har fått minst presser seg på. På tross av at vi vet at langtidspasienten er en person med en lidelse, ser vi ham ofte mest som bæreren av lidelsen. Han har ikke bestemte plager, men har og er en diagnose. Når langtidspasienten trer fram som person, blir det klart at de samme enkle og vanskelige spørsmålene som gjelder våre egne liv også gjelder hans: Hva er livet mitt verd? Er det noen som finner meg elskverdig? Hva kan jeg gjøre for andre?

PS: Hvilke mener du er tvilsomme kvaliteter i dette prosjektet?

RK: Anti-psykiatriske sider ved ideologien i prosjektet gjør samarbeidet med andrelinjen til tider vanskelig. Kommunal satsing kan gi noen den forfeilede tro at «nå tar vi over butikken». En slik ideologi kan svekke krav til faglighet i behandling og omsorg. Dette hindrer ikke at jeg ser at psykiatrien må ut til folk, at psykiatrien må bli bedre til å se andre sider ved livet enn medisin og psykodynamikk.

De manglende kravene til hvem som skal være med i PS-gruppene (helsepersonell og «de en lokalt vil ha med») ser jeg også som en svakhet. Det ligger ikke

noen garanti i at en slik gruppe vil gå seg til med litt veiledning.

P.S.: – Men har du gjort noen nye oppdagelser?

R.K.: – At «Psykiatri i allmennpraksis» lett kan bli en forførerisk frase. Erfaringer fra arbeid med lettere psykiske lidelser kan vilde oss til å jobbe på hver vår tue også når det gjelder personer med tyngre lidelser. Men behovene til denne pasientgruppen er omfattende. Soloarbeid uten blikk for tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid blir en blindvei.

Dette er en gruppe som ikke har særlig mange seter fordi de faller mellom så mange stoler. Å lete etter et verdig liv kan ha noe å gjøre med å gå til en behandler, men det har mye mer å gjøre med det du gjør i de andre av ukas 168 timer. Penger, noe å gjøre, noen å snakke med. Kanskje er det til og med slik at behandlingen passiviserer andre aktører. Mens pasienten «går til» behandling i andrelinjetjenesten, puster førstelinjen ut, og glemmer å gjøre sin del av hjemmeleksen. Kommunene har lite trening i å se eller skape det omfattende tilbudet som denne gruppa trenger. Og pengene til tjenester for psykiatriske pasienter fins jo stadig i andrelinjen. Hvorfor følger ikke ressursene pasienten?

Jeg ser at grensene mellom

«behandling» og «habilitering» er uklare, at arbeid med innholdet i habilitering er prima behandling.

Da blir det foruroligende å se i hvor lav grad deler av psykiatrien engasjerer seg utover resepter og profesjonelle samtaler. Målgruppen for disse samtalene er ikke sjelden de som verbaliserer plagene sine godt. De sykeste synes ikke å være prioritert! Poliklinikkene fungerer sånn sett som hjerteavdeling lagt til 9 etasje i et bygg uten heis, og med mild hypertensjon som prioritert satsingsområde.

For å si noe hyggelig: Store deler av psykiatrien jobber bra, men for mange jobber med de gale tingene. Deler av psykiatrien står i fare for å bære med seg en virkelighetsforståelse fra institusjonstida, da de selv ga pasienter et totaltilbud og «behandlingen» (samtalene) fungerte innenfor en ramme. Nå er faktisk rammen borte. Med utskrivingspress og ressursmangel i hele feltet blir pasientenes armod til å ta og føle på.

Men kritikk til psykiatrien er kanskje å rette baker for smed? Bak det hele ligger politisk nedprioritering av psykiatriske pasienter. Hele feltet preges av en pengemangel som hadde vært utenkelig i f.eks. kardiologien eller en annen spesialisert somatisk gren. Intern fagkritikk må ikke forkludre hvor ansvaret ligger.

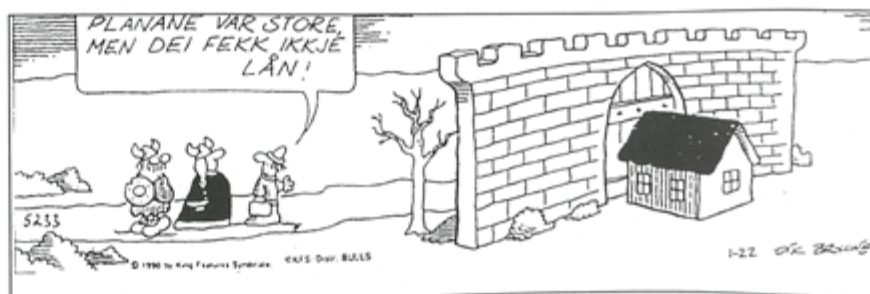
KONKLUSJONEN blir at *gråsonen trenger mer lys:*

Ved en altfor stille reform blir tjenester for psykiatriske pasienter overført til kommunalt ansvar uten at dette følges av økonomiske ressurser. Det manglende forholdet mellom ressurser og oppgaver i førstelinjen kan virke frustrerende og passiviserende. Dette tjener ingen. Problemer i et fagfelt som er delt på flere forvaltningsnivå roper etter klarere struktur. Jobben blir å unngå enten-eller-tenking i ansvarsfordeling mellom kommune og fylke. Gråsonen trenger lys ved:

- Å dokumentere tilstanden overfor politikere og medier.
- Å formulere forventninger om hjelp til behandling og habilitering for enkeltpasienter klart overfor den lokale spesialistpsykiatrien.
- Skaffe seg rimelige arbeidsforhold for denne oppgaven.

Kommunelege Per Stensland
Boks 226
N-5801-Sogndal
Tel 57 67 11 00 j
57 67 13 79 h
57 67 15 50 fax

Kommunelege Rune Kroken
Boks 130
5891 Lerdal



Legevakttjenesten i Molde

En orientering fra Molde Legeråd

Tekst: Kjell Nordby



Kjell Nordby har drevet halvdags allmennpraksis i Molde i 15 år, men har ennå ikke klart å få tatt noe passbilde som likner. Et kranium er ikke istand til å uttrykke mimikk i det hele tatt, og et dårlig passbilde er ikke stort bedre. Da han til stadighet blir tatt for å være en annen enn den han er (eller omvendt), er det like godt med en tegning av en herr Rebell som uten bart og litt mer fyldig ved ørene utviser en generell likhet med K N, kanskje spesielt etter et møte i spesialistkomiteen hvor han for tiden er medlem.

Molde kommune har ca. 22 000 innbyggere, og omlag 15 legeårsverk i primærhelsetjenesten. Legevakta fungerer fra kl 16.00 til kl 08.00. Legevakta disponerer ikke eget kontor, de fleste kjører sjukebesøk hele tiden, mens noen tar pasientene inn på eget kontor i varierende grad. De faste legene har i løpet av de siste årene opplevd at vaktene blir tøffere og tøffere. Det har derfor vært fristende å gi dem bort til sykehuskolleger, og opptil 40–50% av vaktene har etterhvert blitt kjørt av vikarer, noe som kanskje har bidratt til å øke pågangen på sikt. Primærlegenes frustrasjon over legevaktarbeidet har i flere år kun vært luftet på interne møter, men i forbindelse med et svært presseoppslag i lokalavisen fant vi at det var på tide å fortelle befolkningen om hvordan legevaktarbeidet etterhvert har utviklet seg. Vi er usikre på om dette har hatt noen effekt på pågangen.

Legevakttjenesten her i byen har fått noen presseoppslag i løpet av de siste månedene, og Molde legeråd vil derfor gjerne gi en orientering om hvordan legevakta er ment å fungere og hva som synes å være status idag. Vi vil understreke at den siste saken omtalt i Romsdal Budstikke 2/9-93 ikke omtales i denne artikkelen.

I løpet av de siste 15 årene er antall primærleger omtrent fordoblet i Molde, ventetiden på de enkelte legekontorer synes å ha forblitt uendret. Hver dag er det anslagsvis ledig tilsammen mellom 40 og 50 timer for øyeblik-

kelig hjelp på byens legekontorer, og det besvares anslagsvis mellom fire og fem hundre telefoner pr dag ved legekantorene i byen.

Samtidig vil vi anslå at den gjennomsnittlige pågangen på legevakta har blitt tredoblet på kvelds- og nattetid i samme periode.

Men nordmenns generelle helsetilstand har ikke forverret seg. Dette økte forbruket av helsetjenester skyldes flere ting, men de viktigste årsakene er vel at vi leger tar flere til kontroll (bedre og tettere oppfølging), og at terskelen for å søke legehjelp er blitt atskillig lavere.

Legene ser på, og behandler, friskere og friskere nordmenn

Dette gjenspeiler seg også når det gjelder pågangen på legevakta: Legevakta er ment å skulle dekke øyeblikkelig hjelp, men i økende grad tilkalles vi til innfløkte psykososiale problemstillinger, kroniske rusproblemer og småsjuke feberunger som har hatt legetilsyn to eller tre dager på rad, men som likevel ikke har blitt friske. I tillegg bruker endel legevakta som et medisinsk leksikon på kvelds- og nattetid. Mange av denne type henvendelser løses dårlig på kveldstid av en tilfeldig legevaktslege.

En mengde henvendelser dreier seg om folk som har vært sjuke over lengre tid, men hvor det ikke dreier seg om noen akutt forverrelse, og hvor de hadde fått en mye bedre vurdering av sine problemer på dagtid på et vanlig legekantor.

Endel spekulerer helt tydelig i



å prøve å få visse tjenester av legevakta fordi de der håper å få ytelser som er blitt nektet dem på dagtid, på legevakta håper de å treffe leger som ikke kjenner dem, og som de derfor kan manipulere eller bløffe.

I tillegg kommer det gjerne endel henvendelser mellom kl. 23.00 og 01.00 fra folk som har vært syke hele dagen, men som «ikke vil gå ut på natta uten legetilsyn».

Legevakta er ingen selvbetjeningsbutikk der folk kan bestemme sjøl hva slags ytelser vakthavende lege skal yte

Legevaktslegen trues anslagsvis en gang pr uke med at folk skal gå på sjøen eller til avisen hvis de ikke får det slik som de vil. Det hender også at rusmisbrukere truer med å «ta» legen eller noen i hans familie hvis de ikke får det

de vil ha, og enkelte kan blokkere legevaktstelefonen i timevis med stadige oppringninger når legen nekter å gjøre slik som pasienten vil.

Frikortsystemet øker også helt tydelig pågangen etter legevaktstjenester, de gruppene som har rett til gratis legetjenester har også økt sitt forbruk av legevaktstjenester formidabelt, uten at vi leger kan se at sykkeligheten i disse gruppene har økt. Man får et ganske bestemt inntrykk av at altfor mange synes det er ganske bekvemt og lett vint å rekvirere lege hjem på kvelds- og nattetid istedenfor å prøve å komme inn på et legekontor på dagtid.

Det er også en markert forandring ved at vi stadig oftere blir tilkalt til samme pasient flere dager på rad «for sikkerhetsskyld». Det er selvsagt på sin plass når folk er skikkelig syke, men det er dessverre ikke alltid slik.

Under enkelte sjukebesøk har det hendt at mobiltelefonen har ringt over 10 ganger mens legen har holdt på med en pasient. Det dreier seg da (heldigvis) ikke om 10 tilfeller av akutt sykdom, men om allehånde små og store helseproblemer som legges fram for vakthavende lege.

Legevaktslegene er pålagt legevaktsarbeidet som ekstraarbeid, det innebærer full arbeidsdag både før og etter vakta, og man prøver derfor selvsagt å få seg endel timers søvn i løpet av natta. Da er det ikke akkurat morsomt å bli vekket opp fordi noen i et festlig lag har begynt å lure på et medisinsk problem, og finner ut at de kan jo ringe og spørre vakthavende lege. Heldigvis tilhører slike episoder sjeldenhetene, men viser litt om hva vi blir konsultert for.

I dette villniset av henvendelser jobber legevaktslegen helt

aleine. Nå når sjukehuset skal overta jobben med å motta og vurdere telefonhenvendelsene til legevakta, har de fått innvilget 1,5 stilling til dette. Dette altså for å dekke en *liten del* av det arbeidet legevaktslegen hittil har utført selv mens han kjører legevakt. Enhver får gjøre seg sine refleksjoner vedrørende dette faktum.

Vårt inntrykk er at mange i skikkelige akutsituasjoner tar skjeen i sin egen hånd, og ringer direkte etter ambulanse. I mange tilfeller vil nok dette være en riktig vurdering når det gjelder å skaffe rask hjelp. Legevaktslegen dekker hele kommunen, og vil sjelden være rett i nærheten. Dreier det seg om tilstander som trenger hjelp i løpet av minutter, vil sjukehusambulansen antakelig gjøre en raskere og bedre jobb enn legevaktslegen.

Tallet på henvendelser til legevakta er altfor høyt, vi blir konsultert i hytt og pine om problemstillinger som ikke er øyeblikkelig hjelp, og det medfører at de som virkelig trenger hjelp av og til må vente altfor lenge.

Vi kan på en måte forstå at folk blir usikre, blant annet fores befolkningen regelmessig med katastrofeoppslag om sykdom i aviser og andre medier, og av ansvarlige helsemyndigheter blir befolkningen oppfordret til å

søke lege når og hvis man er usikker på noe.

Men legevakta kan ikke ha som oppgave å besvare allehånde medisinske spørsmål, den har heller ikke til oppgave å løse eller bistå ved alle de ulike typer vanskelige problemer som folk må regne med å møte av og til.

Vi finner grunn til å minne om at sykdom ofte går over av seg selv, og at det faktisk ofte kan være lurt å ta det som et utgangspunkt når man er syk. Man må også være klar over at man ikke har noe krav på at legevakta skal stille opp med øyeblikkelig hjelp på kvelds- og nattetid fordi om livet butrer imot iblandt.

Forbruket av legevaktstjenester i Molde de siste årene har blitt urimelig stort. Endel har en helt urimelig forventning om at de selv nærmest kan rekvirere tjenester fra legevakta.

Hensikten med dette innlegget har vært å gi en orientering om legevaktstjensten i Molde. Siden det altså er slik at folk ikke alltid vil få det de ønsker av oss, regner vi fortsatt med at endel vil komme til å være misfornøyd med de vurderinger vi foretar. Og i enkelte tilfelle vil det nok også kunne vise seg at vakthavende lege har vurdert feil. Det tror vi er uunngåelig.

Men for å kunne gjøre en best mulig jobb ber vi om følgende:



Middelaldrende legevaktlege i Molde kl. 04.00: Søvnløshet alene gjør ingen man berømt – snarere tvert imot!

Prøv å konsultere egen lege på dagtid, som regel vil han kunne gi minst like gode råd eller igangsette like hensiktsmessige tiltak som legevaktslegen. Og ofte har han bedre mulighet for å stille korrekt diagnose.

Hvis man ser at det blir nødvendig med legevakttilsyn, unngå å vente til seine kvelden med å ta kontakt, men prøv å kontakte legevakta når den åpner kl. 16.00, da kan vakthavende lettere ordne køen.

*Kjell Nordby
Legesenteret i Molde
Storgt. 12-14, 6400 Molde*

Det hellige markedet

Ord om å underkaste seg det hellige markedet.

Å underkaste seg markedet er å gi avkall på sin frihet.

Å underkaste seg markedet er å sette sitt eget verd til side.

Å underkaste seg markedet er å ikke ville tenke.

Markedets ideer er summen av vulgariet og penger.

Markedets ideer er de enkleste tenkte.

Markedets ideer er de moralsk minst krevende.

Markedet kjøper sine varer der de er billigst.

Markedet gir avkall på den høyeste kvaliteten hvis ingen ser etter forskjell.

Skrevet av Dag Thelle

Epikriser som kommunikasjon

På baksiden av dette brevet er det en kopi av en vanlig epikrise fra en øyeavdeling. Her er det tatt i bruk moderne datautstyr for å lette skrivning bl.a. av epikriser. Vedlagt også kopi av epikrise fra samme avdeling, men fra annen lege, som bruker samme datasystem. Begge pasienter er henvist til kontroll grunnet diabetes.

Epikrisene taler for seg, og leserne kan jo selv se hvorvidt dette er en god tilbakemelding til henvisende lege. Den ene epikrisen utmerker seg ved bruk av en rekke forkortinger. Dette gir

selvsagt mer utfordring til leserens fantasi, men det tar unødvendig mye tid. Dessuten muligheter for misforståelser.

Et prinsipp i kommunikasjon er jo at avsender av et budskap har ansvar for at mottaker forstår budskapet slik det er ment. Slik er det jo en utfordring til oss som leger, når vi informerer våre pasienter, at de forstår hva vi meddeler. Slik bør det vel også være kolleger i mellom. Forkortelser er greit innenfor en krets som bruker disse til daglig, uten for denne krets er de etter min mening ubrukelige dersom det

er klarhet og utvetydighet som er ønskelig.

Jeg lurte selv på hva «papill.passer?» betydde, 0=eg RX m/add 3,00 S=subj Som den andre epikrisen viser kan det også gis tilbakemelding på en måte og med et språk som selv en enfoldig sjel som jeg forstår.

Med oppfordring til alle å se på sitt språk om det er velegnet til formålet, nemlig at mottaker forstår meldingen.

*Optimistisk hilsen
Yngve Nakling
Kommunlege i Risør*

ARENDA., 18/11/93

Dr. [redacted]

PIKRISJE ANGAENDE:

JIRKRISE: Diabetes mell type 2

SYKEMISTORIE: Risør: Se ekstra ark!
fødsel. 12.10.93, dr. [redacted] i et par år eye tørste og slapp
diabetes, hypertensjon i sange år, tbi beh. Klinisk eye bedre etter beh. Bra reg
lylig påvist diabetes type 2. Klinisk eye bedre etter beh. Bra reg
blodsukker. Myop, ellers ikke eyebesvær.

UNNE 18/11/93
U Bløke, klare corneae, ikke iritarub. Klare linsor, bene papillier sculae og
Undt. ikke sett diabetisk retinopati.

h. refr. h. eye: 0,00	0,00 X	v. eye: 0,00	0,00 X
h. refr. h. eye: -3,25	0,00 X	v. eye: -3,25	-0,50 X 170

ISUS ukorrigert h. eye: 1
ISUS korrigert h. eye: 1,2

ENGJON h. eye: 20 ss
SYNSFELT h. eye: ok donders

v. eye: 20 ss
v. eye: ok donders

Lesetilllegg h. e.:
Lesetilllegg v. e.:

VURDERING: [redacted] ikke sett diabetisk retinopati. Ktr her i år sed foto av
[redacted]

BEHANDLING: [redacted] 1,75 øgt, vivotex 20mg xl

Med vennlig hilsen
[Signature]

ARENDA., 29/11/93

Dr Nakling
4500 RISØR

(PIKRISJE ANGAENDE):

DIAGNOSE: [redacted] Cataract, inc. od-93/hyperopia og / Diabet.mell.-90
[redacted]

SYKEMISTORIE: kontroll - diabetes mellitus i noen år. Noe diett bare - egen lege Nakling i
liser.

PLINN: 29/11/93
Ju: Eksterne ua, ingen exfolcentral for- kan dybde ua. Papill.passer? Små excec.
[redacted] [redacted]
[redacted] Konvekse irides og. Dendret ellers, sen kjernester od!

IT avst i 0, nær exofori.

Obj. refr. h. eye: 6,50	-1,50 X 85	v. eye: 6,50	-1,25 X 90
Sub. refr. h. eye: 5,75	-1,75 X 90	v. eye: 6,25	-1,75 X 90

VISUS ukorrigert h. eye: 0,5
VISUS korrigert h. eye: 0,5

291193 Dneg RX m/ add 3,00 Ssubj.

h. eye: 0,5
v. eye: 0,8

Lesetilllegg h. e.:
Lesetilllegg v. e.:

TENSJON h. eye: 21 mm
SYNSFELT h. eye: [redacted]

v. eye: 19 mm
v. eye:

VURDERING: Trykkes holder? gir Timilio begge øyne. Det kan bli kombinert cataract/
glaukom h. eye! (konvekse irides - lite LTP effekt + cataract). Trykkes!
[redacted] [redacted]

BEHANDLING: Timilio 20 og -Beponat Ortan os.
[redacted]

Med vennlig hilsen
[Signature]

FRA REGELVERK TIL VIRKELIGHET.

HVORDAN ER HVERDAGEN I EN KOMMUNE?

Tekst: Trygve Aanjesen



Trygve Aanjesen, 45 år
Cand. med Bergen -74.
Spes.samfunnsmed.og
Almenmed.Veileder
alm.med. Turnus.Volda
sykehus.Smøla distrikt.
Privatpraksis Molde.
Distriktslege Frøya,
Åndalsnes og Tvedestrand
siden -83.

Kort karriere som råd-
givende overlege og kom-
muneoverlege i Arendal
Formann i fylkets kurs-
kommite i fire år.

Medlem av styret i Oll i 2
år. I kurskomiteen for
samfunnsmed. uke 2 X.
Div.annen kurs-
virksomhet.

*Kommer du i dag?
Hva faen er det du vil stenge nå da?*

Dette var kommentaren som møtte meg på mitt første møte i Hovedutvalget for Helse og Sosialutvalget (HUHS) i Tvedestrand i mars i år etter et halvt års fravær som kommunelege i en annen tilgrensende storkommune. At det ikke akkurat var velferdstatens fanebærere blant lokalpolitikere som kom med denne velkomsthilsen forbauser nok ikke så mange.

Tvedestrand har som kjent de fleste farger i det politiske malerskrin og at sentrale lokalpolitikere av og til snubler i skrinet, kælver hele staffeliet og kliner lerretet til med farger fra venstre til høyre i den lokale politiske andedam, er kanskje ikke mer enn å vente fra et sted som i følge enkelte er Trangvikpostens fødested. (Henspeiler til det lokale samarbeid mellom arbeiderpartiet og fremskrittspartiet om ordfører kandidat).

Slikt lager lokale bølger som skvalper over Fjærekleivene og helt til fylkespolitiske organ som får akutte politiske svelgvansker. (Arbeiderpartiets fylkespolitikere hadde store problemer med å akseptere dette lokale samarbeidsforhold)

Men ordfører får vi og utvalg velges. Også helse og sosialutvalg. Hva har så dette med miljørettet helsevern å gjøre?

Etter at den statlige distriktslege ble kremert, salige helsedirektør

Evang som kjent snudde seg i sin grav, og helserådsordføreren mistet sin dobbeltstemme i helserådet og nå satt igjen som kommunal saksbehandler, så er det jo blitt politisk styring både på den kurative og den forebyggende helsetjeneste. Da må jo en fagidiot prøve å svømme i den politiske andedam han befinner seg i.

At denne politiske andedam ligger innerst i en trang fjord med flere terskler kan man jo tenke sitt om og jeg gjør det.

Når store forfattere har skrevet tykke bind om hvordan naturen preger folket så må det jo være lov for en dilletant å tenke noen få A 4 sider.

Men det skal altså politisk styres ihvertfall helt til det er alvor som haster, da kan jeg ta på mine faglige skylapper og bestemme nesten hva jeg vil, så får de folkevalgte strø sand på det etterpå. Men det er lite forebygging i slikt.

Mitt nye arbeidsbegrep er forebyggende etterarbeid/merarbeid. Det er når det forebyggende arbeid jeg strever med å få gjennom egentlig skulle vært gjort for 15 år siden.

Når Krokvåg vannverk som forsyner ca 1500 mennesker har fungert uten godkjent vann eller vannverk og med kontinuerlig kokepåbud i over 15 år, så er det klart at en vingestekket kommunelege ser sitt snitt til å stikke kjøper i julene når lokale entreprenører vil starte noe nytt, som attpåtil

skal ha med turister å gjøre for ikke å snakke om produksjon og frambud av mat.

Nytt reiselivsanlegg i million klassen på Gjeving skulle bli hans nye brekkstang. For noe har han lært : om ingen andre steder så er planstadiet tingen for den som vil noe innen miljørettet helsevern.

Da om ikke ellers har han litt makt. Og for ikke å tiltrekke seg større del enn nødvendig av den ventede aggresjon over byråkratiske hinderløp, prøver han å si med litt tilfeldig stemme at han dessverre ikke har anledning å godkjenne planer for nytt reiselivs-anlegg før det foreligger planer for godkjent vannverk.

He.... Det er visse ting som får fart på byråkratiet.

Iløpet av tyve minutter var personer du gjerne må avtale møte med i ukevis på forhånd samlet. En over tre måneder gammel ny rådmann, som jeg ikke hadde fått hilse på før eller siden, teknisk sjef, helse og sosialsjef og kommunelegen. Undertegnede fikk sitt pass påskrevet: Det fikk da være minstestål på kommunal saksbehandling å komme med slikt nå rett før saken skulle opp i formannskap og kommunestyre. At jeg kunne dokumentere at problemet med vann var påpekt fra min side allerede i første planhøring vel et år tidligere var utvilsomt det som reddet min skalp i den omgang. Den ventede repetisjon av munnhuggeri om at her har jo folk levd både lenge og vel med det vannet som er, at de fleste sommergjestene er så obstiperte at de bare er glade for en magesjau til ferien og drives det ikke allerede kaféer og restauranter kanskje?, var jeg denne gangen, godt mentalt forberedt på. Ingenting bet. Stoisk ro, maskefjes og en høflig beklagelse om at uten godkjent vannverk, ingen godkjenning fra min side på nye reiselivs-anlegg.

At en ikke har stengt eksisterende anlegg får tilskrives en kombinasjon av hensyn til egen helse og den lokale økonomi.

Men nå var vi på planstadiet, det var nå eller aldri.

Det foran nevnte hurtigmøte med rådmann, teknisk sjef og helse og sosialsjef ble for et lite vorspiel å regne.

Ballen hadde endelig fått riktig retning, avsenderen var heldigvis snart glemt, jeg skal jo også leve av pasienter.

Men nå legges det vannrør både her og der utover i ytre område, det tegnes vannbehandlingsanlegg, overbygde høydebasseng osv. At et lokalt lite kaféforetagende med to arbeidsplasser solid tuftet på Lyngørs nye status som best bevarte tettsted, holdt på å gå med for det gode vanns skyld, hører også med til denne historien Men det er jaggu ikke lett å meisle ut vanntette dispensasjonsvedtak uten smutthull med krav til likhet i forvaltningen.

Vi er ikke helt ferdig med saken i det jeg nettopp har fått brev fra SIFF som savner noen små detaljer, så som en søknad om godkjenning av planer for vannverket. Noe som skulle vært søkt om og fått sin godkjenning før byggearbeidene var påbegynt. Det er jo en formalitet teknisk avd. skulle være relativt familiær med. Saken burde være kurant for alt hva jeg kan forstå. Men når SIFF sender brev med kopi til medisinsk faglig ansvarlig lege om at de fremdeles mangler fullstendig søknad om godkjenning av planer, så værer min nese trøbbel. Og ganske riktig, det var liksom ikke noen stemning på teknisk for å bruke tid på slik søknad, og dessuten ville visst kommunen få godkjenningsansvaret selv om ikke så altfor lenge og da var det hvertfall ikke bryet vært.

Det er ikke min mening å henge ut teknisk, men de må stå for det de gjør og sier.

Unødvendig å si at jeg følger saken litt fra sidelinja, og det er ikke sikkert det er bare vann i det glasset jeg skal ha meg på verandaen den dagen den saken er *helt* i mål.

Det er flere hverdager i en alminnelig norsk gjennomsnittskommune.

Støy har jeg også rota meg bort i. Og fått manglende støtte av fylkeslegen og fylkesmannen da jeg etter mye strev, tema møter, befaringer osv. hadde fått mitt utvalg til å markere en noget restriktiv holdning i støysaker. I hvert fall når det gjaldt uanmeldt etablering av ny glassblåseindustri med utlufting av støy og varme gjennom uanmeldte doble dører enface en sommergjests hage. Fylkeslegen mente at det ikke kunne påvises helseskade og at vårt krav var for strengt.

Støy er skjønn mer enn noe annet. Jeg hadde skjønnet på mitt mer eller mindre faglige grunnlag. HUHS hadde skjønnet og fattet vedtak etter en masse befaringer og diskusjoner.

Det fylkeslegen ikke har «skjønnet», det er hva han gjør med støysaker i en slik kommune når han med sitt skjønn går i mot det skjønn som kommunelegen og det politiske styringsorgan endelig har klart å komme fram til, og som i praksis innebar at de foran nevnte dører måtte holdes lukket.

Han legger alt videre støyarbeid i den kommunen død.

Når det gjelder støy er alt mulig eller umulig, ikke bare fylkeslegen og fylkesmannen.

Helseskade er et totalt ubrukelig begrep som vurderingsgrunnlag i slike saker. Det øyeblikk en beveger seg nedover fra helseskade som ren larmskade, står en igjen med den plagedes egen vurdering av hvordan støyen virker på ham som det mest vesentlige, og det er som kjent helt uavhengig av kildens desibelnivå.

Bløkkfløytespillende 6-åringer i middagsluren er en variant.

Det behøver ikke være særlig høyt for å være særlig plagsomt. Eller den såvidt hørbare lyden av en tenåring som har snakket rikstelefon med kjæresten i tre kvarter!

Forøvrig ble det i den aktuelle

støysak konstatert med store avisoverskrifter at lyden av måkeskrik og bølgeskulp overdøvet alt annet en kunne måle på det aktuelle sted.

Men disse støykildene har jo heldigvis en slags skal vi si: naturlig dispensasjon!

Fornebusaken, som de fleste vil ha hørt om, der en kommunelege så godt som prøvde å stenge Fornebu viste jo med all ønsket tydelighet at var det dyrt nok; dvs. fikk for store samfunnsmessige konsekvenser, så fikk de helsemessige vurderinger vike uansett hvor riktige de var.

Min lyst til å ta fatt på støysaker er i hvertfall borte. Det er ingenting det blir så mye bråk av og så lite resultat av.

Jeg ser bare en løsning på støysaker og det er at en får landsomfattende forskrifter for støy i ulike soner. Så får kommunen i sin kommuneplan vedta hvor de ulike støysoner skal ligge og så får man handle deretter. Så kan en bøtlegge for brudd på støygrenser som en gjør på fartsgrenser, det går der hvor en vil. Men med støy har en ikke villet nok, enda.

Det var mange som lurte på hvorfor Singapore var blitt så rein helt til de oppdaget at det var ca. 2000 kr i bot for å kaste en sigarett på gaten, og at bøtene ble effektivt. Det er sikkert mye rart i Singapore, men etter det jeg har hørt er det ganske rent på fortauene.

Vil en noe nok, så går det.

Vi kommer vel ikke unna utslipp heller. Her er det også mye gørr, bokstavelig talt. Jeg er ingen stor økolog, men skjønner ikke helt diskusjonen om Skageraks og Nordsjøens fantastiske recipientevner når det gjelder utslipp langt inne i en terskelfjord. Men utslipp i saltvann er jo så sin sak, det har jeg jo skjønt, dessuten er det så mange andre aktører ute på den banen at jeg holder meg vekk.

«Slapp av fattern det er stress nok til alle», er råd fra junior.

Men i min korte karriere som

kommunelege i Arendal unngikk jeg ikke Nidelva og der skal det jo være ferskvann.

Da jeg skulle strø sand på forbedring av et gammelt utslipp i kombinasjon med etablering av et nytt kom jeg i fare for å spørre teknisk saksbehandler om det var noe flere slike utslipp i nærheten? Også nesten ved en tilfeldighet: Det er vel ikke noen som tar ut drikkevann der vel? Snakk om å komme med upassende spørsmål. Som om ikke de hadde nok å gjøre med å være nysammenslått.

Njaaaaa, det var vist noen som hadde hørt om et pumpehus som forsynte ca 15 hus litt lenger nede. Men det var visst kanskje tenkt mest til vanning, men du vet!

Jeg visste ingen ting, men vil gjerne vite, drikker dem det eller drikker dem det ikke? Njaaaaa, han ville ikke borge for hva folk gjorde nå til dags, slik som tida er blitt. Han for sin del ville nå aldri ha drukket det!

Hvorvidt det var flere uautoriserte utslipp og drikkevannsforsyninger i området hadde ikke jeg fått klarhet i da jeg forlot den scenen.

OG DET ER MANGE FLERE HVERDAGER.

De heter naboens utedass og en annen nabos brønn. Og så er det lukt og kommunens søppelplass og gjødselspredning og revefarmer og kenneldrift.

Og fellesnevneren er bråk, nabokrangel, uklare regler, ulystbetonte politiske utvalg, sterke følelser og store avisoppslag.

Og til slutt så kommer den hverdagen da du møter i HUHS og blir hilst velkommen med:

Kommer du? Hva faen er det du vil stenge nå!

Er det rart det er ulystbetont? Er det rart mange kommuneleger sitter stille som mus, behandler taknemnlige pasienter og unngår dette andre i den grad det er mulig.

Dette har etter mitt skjønn utviklet seg til å bli en svært akterutseilt del av forvaltningen. Sakenes mangfold og kompleksitet samt det faktum at kommunelegen som en sentral aktør ihvertfall i små kommuner, har en rekke andre og mer taknemnlige arbeidsoppgaver, har bidradd til å gjøre dette feltet til det halvgjorte stykke arbeid det etter mitt skjønn er i dag.

De som har prøvd seg, har med noen hederlige unntak som regel svidd snuten sin godt, og klokkelig trukket seg tilbake til fredeligere egner.

En liten del av arbeidsfeltet er dog trukket ut og drives etter mitt skjønn forbilledlig, og kan tjene som tankemodell for hvordan miljørettet helsevern kanskje bør søkes organisert for fremtiden.

Denne delen heter nå Det interkommunale næringsmiddeltilsyn. Det var en tid da næringsmiddeltilsynet i kommunene besto i at kommunelegen sammen med helsesøster etter forlydende om dyktig mye magasjau mannet seg opp og tok en runde i på det lokale samvirkelag. Toget gjennom lokalitet med rak rygg og snudde på noe servelatpølser av tvilsom kvalitet, bemerket innfrysing av tidligere ferskvarer uten holdbarhetsdato og avsluttet med preken om at: «renslighet i matvarebutikker var av den største betydning for den alminnelige sunnhetsstilstand.»

Deretter raskeste vei tilbake til elskelige betalende pasienter og koselige helsestasjoner. Noen skjønte at det der holdt ikke i det lange løp og resultatet var den interkommunale næringsmiddelkontroll.

Denne er profesjonell og effektivt drevet. Et greit og entydig regelverk og ansvarsområde. Innfelt i områder store nok til at en profesjonell faglig organisering kunne forsvares. Med i alt vesentlig regel og forskriftstyrt forvaltning.

Og den har sanksjonsmidler som lar seg håndheve. Jeg tror

store deler av det feltet vi i dag kaller miljørettet helsevern, med fordel kunne se på en lignende organisering.

Næringsmiddeltilsynet er som kjent også politisk styrt. Det er HUHS som har ansvaret og som vedtar budsjett. Men det er faglig og profesjonelt drevet, uten politisk skjeling til eller innblanding i bedriftens økonomi, arbeidsplasser osv. Vil de drive produksjon og frambud av næringsmidler så får de gjøre det på næringsmiddeltilsynets *faglige* premisser.

Her har politikere gjort det de etter mitt skjønn skal gjøre. Nemlig tatt et politisk standpunkt til

faglig forvaltningform. Og når så det er gjort, lar fagfolka forvalte et politisk vedtatt lov og regelverk. Dagens helse og sosialstyrer har vanskelige og uklare grenser mellom politisk styring og faglig forvaltning. Dette gjør seg kanskje spesielt gjeldende innenfor miljørettet helsevern, der vi som er samfunnsmedisinere må erkjenne at fagligheten er for lav.

At vi har et interkommunalt næringsmiddeltilsyn var etter mitt skjønn, et klokt politisk valg. Det la grunnlaget for en faglig videreutvikling av en liten del av feltet miljørettet helsevern. Resten av dette store og uklare feltet ligger

sørgelig tilbake både faglig og forvaltningsmessig. Det bør derfor vurderes om noen av de erfaringer en har høstet i organiseringen og driften av den interkommunale næringsmiddelkontroll kan brukes i organiseringen av det som etter mitt skjønn må komme, et interkommunalt miljørettet helsevern. Og med dette håper jeg å ha satt i gang en frisk debatt om organiseringen av miljørettet helsevern, krydret med fargerike lokale eksempler.

Trygve Aanjesen
4900 Tvedestrand

UTPOSTENS annonsører

UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag på 2.200.

Tidsskrift nr.	Materiellfrist:
Nr. 1	10. januar
Nr. 2	21. februar
Nr. 3	11. april
Nr. 4	16. mai
Nr. 5	22. august
Nr. 6	19. september
Nr. 7	17. oktober
Nr. 8	14. november

TEKNISK

Bestilling: RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim. Telefon: 63 97 32 22.

Materiell: Avtrykk, reprodusert eller negativ film med speilvendt hinneside.

Netto format: A4

Raster: 54 linjer

Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s, Kolbotn.

PRISER pr. 1. januar 1994.

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200	4.000,-	4.500,-	5.500,-
1/1 side				

siste omslagsside

13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,-, pluss kr. 0,85 pr. eksemplar.

Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis!

Prisene er eks. mva.



Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42.

E-post cc:Mail 56 14 29 96 – E-post: G=john S=leer P=ccmail
A=telex C=no

Hypertekstprogram for å lage prosedyrebøker

I nummer 6/93 av Utposten presenterte vi «Telemarkspermen» og «Mørepermen» i elektronisk form.

Vi skal nå se litt nærmere på programmene som er brukt for å utarbeide disse elektroniske prosedyrepermene og begynner i dette nummeret med HyperWriter som er redskap for Mørepermen.

Programmet selges i dos- og windows-versjon. Forskjellen i funksjonalitet og bruksmåte er liten. Felles for begge versjonene er enkel programinstallasjon og lett oppstart for brukeren. Ideen er å skrive vanlige elektroniske dokument i tekstbehandler eller direkte i HyperWriter og så med enkle håndgrep utvikle dette til hypertekst. Hyperteksten lages med koblinger til andre dokumenter og illustrasjoner. Resultatet blir en presentasjon hvor et museklikk eller pilmarkering på utvalgte ord og uttrykk bringer leseren videre til den informasjonen som er samlet om det valgte emnet. Det kan lages utallige slike kryssreferanser. Flere forfattere kan få sine dokumenter samarbeidet og redigert av en redaktør eller komite til et ferdig produkt. HyperWriter har lav terskel for nye brukere og uten for-

kunnskaper kan man være i sving med programproduksjon i løpet av minutter etter at HW er installert i datamaskinen.

HW kommer på 4 stk. 1.44 Mb disketter og selges med en oversiktlig manual. Hele manualen finnes også som hypertekst i programoppsettet og gir enkel tilgang til hjelp og veiledning når man er i sving med utviklingsarbeidet. Grunnstammen i HyperWriter krever 3 Mb diskplass. I tillegg følger 3.5 Mb med hypertekstdokumenter, manual og eksempler og dertil nesten 4 Mb med grafikkfiler. Programmet kan i dos-versjonen klare seg med en 286-prosessor-maskin, mens windowsversjonen bør ha 386 for at arbeidsgangen ikke skal føles veldig treg.

Ved kjøp av programmet får man rett til bruke den medfølgende HyperReader for å distribuere og selge egenproduserte ferdig utviklede program. HyperReader er leseversjonen av HyperWriter og gir ikke mulighet for programmering eller endringer. Program produsert med windowsversjonen kan kjøres både av dos- og windowsbrukere. Produkt fra HyperWriter kan gjøres helt enkelt med for eksempel bare sort tekst på hvit

bakgrunn eller svært «fancy» med variasjoner av bokstaver, farge-, bilde-, video- og lydeffekter.

HW er utviklet av «NTRGAID Inc.» – et amerikansk programvareselskap. De leverer hyppige programoppdateringer, og vi kan kanskje forvente at windowsutgaven vil bli utviklet videre som et rent windowsprodukt etter hvert som windows gradvis overtar som arbeidsplattform for millioner av edb-brukere. Også dos-utgaven vil sikkert leve et aktivt liv i mange år fremover.

Programmet anbefales til de som ønsker å komme i gang med produksjon av elektroniske oppslagspermer og egner seg også for de som vil ta utgangspunkt i prosedyrepermer som utvikles «sentralt» i regi av fylkeslege og legeförening og så bearbeide disse med egne lokale tilpasninger og referanser.

Norsk forhandler av HyperWriter er LilleRee Medic a/s, v/Ola Lilleholt, Rindal. Programmene koster i størrelsesorden kr. 4.500–5.000.

I neste utgave følger en presentasjon av «ExpertHelp».

Godt nyttår!

Mini-intervju med tre nye ledere

Spørsmål til miniintervju med de nye lederne for APLF, NSAM og OLL

1. Hva er etter din mening den største enkeltutfordring for primærlegetjenesten frem mot år 2000?
2. Hva synes du om et fastlegesystem?
3. Hva er ditt syn på endringen i trygdens sykdomsbegrep bl.a. i tilknytning til uførepensjon, de senere år?
4. Bør OLL, APLF og NSAM slås sammen?
5. Leser du Utposten?

Leder i APLF, Kåre Reiten, privat-praktiserende lege i Stavanger



1. Faget allmennmedisin har blitt

litt for mye av «alt mulig medisin». Jeg tror vi må redefinere deler av faget, og innskrenke det hvis vi ikke skal ende opp som en mellomting mellom kloke koner, sosionomer ispedd litt medisinsk kunnskap.

2. Fastlegesystemet er en interessant modell som er under utprøving, og som skal utprøves skikkelig før en konklusjon trekkes. På generalforsamlingen til APLF i Stavanger kom det tydelig frem at det er nødvendig med en lengre utprøvsperiode før man kan trekke noen konklusjon. Det kan være at fastlegesystemet med en del modifikasjoner kan være veien å gå. Det er vel imidlertid riktig å meddele at den nåværende lederen av APLF

ikke er fullt så frelst på fastlegesystemet som den tidligere lederen og det tidligere styret i APLF. Det viktigste i denne perioden er å sørge for å få utprøvd fastlegesystemet ordentlig, og å bibeholde dagens system med dagens rammer best mulig. Da har man noe å evaluere fastlegesystemet opp mot, og også at man ved en eventuell innføring av fastlegesystemet får rimelige og gode rammebetingelser. Her gjelder det å ha is i magen.

3. Innstramningen i uførepensjonene for en del år tilbake var berettiget. Pendelen har imidlertid svingt alt for mye ut til den ene siden, der spesialistens organvurdering har erstattet allmennpraktikerens totalvurdering. Jeg tror vi i de nærmeste årene vil se en normalisering av dagens litt ekstreme tilstander. Dette forutsetter imidlertid at allmennlegen kanskje i større grad enn før ikke bare er pasientens advokat når han skriver trygdeerklæringer, men er en mest mulig objektiv premissleverandør for trygden.

4. NSAM og fagutvalget i APLF har vel opp i gjennom årene drevet med litt for mye dobbeltarbeid. En sammenslåing av NSAM og fagutvalget i APLF tror jeg på sikt er til det beste for allmennmedisinen i Norge. På den måten kan de beste sidene både ved NSAM og fagutvalget i APLF utnyttes maksimalt. Hvis dette skal bli en realitet, må imidlertid «de gamle guder» som stiftet NSAM realitetsorientere seg i forhold til her og nå situasjonen og hva som gagnar faget mest; og ikke ha alt for mye sentimentale følelser overfor sitt «hjerterbarn» som sannsynligvis gjennom denne prosessen vil bli revitalisert og tilføre faget allmennmedisin mer.

Hvis et fastlegesystem blir innført i Norge, så ser jeg det som høyst sannsynlig at vi får kun en organisasjon utenfor sykehus nemlig en primærlegeorganisasjon og da vil en sammenslåing mellom APLF og OLL være en selvfølge. Hvis dagens system også blir fremtidens system, så bør man også søke tilnærminger innenfor de forskjellige grupperinger, men hvorvidt det kan bli snakk om noen sammenslåing er heller usikkert. Generelt tror jeg imidlertid at primærlegene vil stå seg på å tale med færrest mulig «tunger».

5. Ja.



Leder i NSAM
Bjarne
Haukeland,
allmennlege
ved Tanum
legekontor i
Bærum

1. WHO har formu-

lert et kjent utsagn med et mål som nå bare er 6 år unna; Health for all by the year 2000. Dette er fortsatt den største utfordringen i verden. Men hvis spørsmålet gjelder Norge, tror jeg den største utfordringen for primærlegene er å sørge for å være representert i alle fora, arbeidsutvalg og organer som planlegger, fatter vedtak og beslutter ting som angår vårt arbeids- og ansvarsområde, både faglig og administrativt. Dette krever faglig stolthet, engasjement, vilje til å skolere seg og ta ansvar utover det daglige arbeide med den enkelte pasient.

2. Jeg tror på fastlegesystemet. For legene vil det føre til klarere ansvarsforhold, bedre mulighet for forskning og en forutsigbar økonomi. Faren er at vi lettere kan bli skviset økonomisk. Da går det ut over kvaliteten. Noen leger vil måtte skjerpe seg for å få tilstrekkelig antall tilmeldte. For pasientene vil det føre til et mer oversiktlig helsetilbud og en sikrere inngangsport til alle nivåer i helsetjenesten. Det blir vanskelig å skaffe seg store mengder medikamenter til rus og salg gjennom legeshopping.

3. Foreløpig ser jeg to viktige konsekvenser av det «nye» sykdomsbegrepet. Den viktigste er å spare penger for staten, og det kommer oss alle til gode hvis trygden ikke får whiplash eller brekker nakken. Den andre er at man gjennom dette får fokusert

på alle de vanskelige symptomene som ikke kan fotograferes eller påvises gjennom undersøkelser og analyser. Hvis pasientene med disse symptomene ikke blir trygdet i 30–40 års alderen, men fortsetter som en del av den yrkesaktive befolkningen, vil man måtte bruke mer tid, tanker og ressurser på å lære mer om og behandle dem bedre. Men for den enkelte pasient kan dette synet virke urettferdig. I min egen praksis har jeg foreløpig ikke støtt på beslutninger som jeg ikke har kunnet godta.

4. Nei. OLL bør ikke slås sammen med de andre to. Hva så med NSAM og APLF?

NSAMs eksistens har virket som en utfordring på APLF. Om APLF nå har blitt så bra at vi kan slås sammen til Norsk Allmennpraktikerforening er jeg usikker på. Kanskje bør APLF legge ned sitt fagutvalg og bare arbeide med fagpolitiske saker. NSAMs medvirkning i et arbeid eller et prosjekt er et kvalitetsstempel som nyter respekt i alle miljøer, blant kolleger, blant de styrende organer og overfor legemiddelindustrien. Dette vil kanskje gå tapt ved en sammen slåing.

I andre medisinske og ikke-medisinske miljøer vil det bli mer oversiktlig med en forening. Det er et argument for en sammenslåing.

Et kort svar blir derfor: Ikke ennå.

5. Ja. Jeg ble abonnent på Utposten mens jeg var i Afrika i 1987 og siden har jeg alltid sett fram til neste nummer.



Leder i OLL,
Folke Sundelin,
distriktsoverlege,
spesialist i all-
mennmedisin og
samfunnsmedisin

1. Å få til en god og stabil allmenn-

legetjeneste, som:

- gir befolkningen faglig trygghet
- samarbeider godt med annet helse- og sosialpersonell
- bidrar til å fremme folkehelsen, også ved å jevne ut ulikheter i helse

2. Bra og nødvendig, forutsatt at målsettingene under pkt. 1 innfris. Det betyr at vi ikke uten videre skal kopiere Danmark, England eller Holland, men kombinere deres erfaringer med de beste elementene fra vårt system med geografisk ansvar. Bare på den måten kan samfunnsmedisinske idealer for allmennlegetjenesten ivaretas. Det er derfor overordentlig viktig at erfaringene fra de fire forsøkskommunene – både på godt og vondt – utnyttes før fastlegeordningen spikres.

3. I noen grad var det nødvendig med endringer, men trygdens organer må være (og har etter min mening vært) moden for og villige til justeringer. Blir praktiseringsfirkantet, vil det ramme skjevt og sosialt urettferdig. I min halve praksistid har jeg merket svært lite til endringene, iallfall sammenliknet med henvisningsproblemene til annenlinjetjenesten.

4. Mitt svar har alltid vært – og er fortsatt – et klart nei. Jeg har alltid vært medlem av alle tre foreningene, og håper at mange av Utpostens lesere – med APLF

som sin yrkesforening – nå benytter anledningen til å bli *assosiert medlem* av OLL.

Husk at OLL er inne i en spennende utvikling med viktige fagforeningssaker (bl.a. fortsatt kamp for posisjoner som muliggjør god medisinsk-faglig rådgivning) og fagutvikling innenfor anvendt samfunnsmedisin (jfr. bl.a. akademiseringsarbeidet på universitetene og etableringen av samfunnsmedisinsk fagutvalg). I diskusjonen om sammenslåing glemmer ofte primærlegene at mange av OLLs medlemmer arbeider helt utenfor allmennlegetjenesten, bl.a. med samfunnsmedisinske problemstillinger på

fylkes(kommunalt) og statlig nivå.

Diskusjonen kan bli mer aktuell den dag fastlegeordningen er innført – etter samfunnsmedisinske idealer og med ett felles avlønningssystem for alle leger i kommunehelsetjenesten. Men selv da: Det vil alltid være behov for en yrkesforening i Lægeforeningen, som samler de leger som har administrasjon, medisinsk-faglig rådgivning og/eller tilsynspreget arbeid som sin hovedoppgave. Dersom frontene tilspisser seg, kan det til og med hende at disse legene får behov for å dele seg i to yrkesforeninger; de leger som repre-

senterer arbeidsgiverne og de som på vegne av befolkningen passer på at arbeidsgiverne gjør jobben sin.

5. Ja! og det har jeg alltid gjort med stor interesse. Og glem ikke at det var gode samfunnsmedisinere som dro det hele i gang. Jeg vil også slå et slag for en av de bærende ideene som Harald Siem, Svein Tjøland og Per Wium den gang hadde: I Utposten kan alle skrive – vel funderete meningsytringer og refleksjoner fra observasjoner i daglig praksis er viktigere enn lange referanselister. Utposten skal stå på egne bein og må aldri få bli en dårlig kopi av Tidsskriftet!



Det er helt klart at allergier og sykdommer som skyldes overfølsomhet har økt ganske kraftig i løpet av de siste 30–40 år. En av årsakene er alle de nye kjemiske stoffer som vi mennesker selv har fremstilt i løpet av det siste århundret. Kjell Aas får vist omfanget av barneallergi allerede i første kapittel, der han skriver at cirka 40% av 15-åringer i Norge har, eller har hatt allergi eller annen overfølsomhet en eller flere ganger.

Diganostikk og behandling av allergiske barn kan være både komplisert og tidskrevende. Det krever alltid et nært samarbeid mellom allmennpraktikeren og

Allergiske barn

Av professor Kjell Aas, Cappelen JW Forlag A/S

Anmeldt av John Cooper, Kommunelege i Hjelmeland

3. utgave

barnets foreldre. Den nye utgaven av Allergiske Barn vil utvilsomt kunne bidra til økt forståelse for allergiske lidelser og kan trygt anbefales til familier med allergiske barn og voksne allergikere. Boka bør finnes på alle legekontorer og helsestasjoner. Flere legekontorer har startet, eller vurderer å starte astma og allergi mini-klinikker der medarbeiderne på kontoret tas med i opplæring av pasienter. Boka egner seg godt som pensum til dette formålet.

Boka har cirka 280 sider og inneholder 30 kapitler. De innledende kapitler forklarer begreper som allergi, allergener, overfølsomhet og hyperreaktivitet på en grundig men lettfattelig måte. Deretter tar forfatteren for seg de allergiske lidelser i tur og orden. Eksem, urtikaria, høysnue, astma, matvareallergi, allergisk sjokk og allergi mot insektstikk osv. Kapitlene inne-

holder en rekke praktiske råd til familier med allergiske barn, samt tabeller der allergener er rangert i fareklasse I, II eller III. Forfatteren er også flink til å illustrere legens detektivarbeid for å finne frem til allergiutløsende stoffer. F.eks. Lise, 2 år, som hadde astmatiske plager pga. en koseklut av kaninskind. Bokens siste kapitler omhandler emner som barnehagen, skolen, yrkesvalg, trygderettigheter, psykiske faktorer, «naturleger», mirakelkurer og et siste kapittel med oversikt over «hvem kan hjelpe?».

Det var godt å lese i kapitlet «hvem kan hjelpe?» at forfatteren mente at de fleste barn med overfølsomhets sykdommer var i de beste hender hos sin allmennpraktiserende lege - og bare hos denne. En forutsetning for denne påstanden må være at allmennpraktikeren også har lest boka «Allergiske Barn».

Forebyggende helsearbeid, kvalitetssikring og standardsetting

Ett samfunn i endring

En kan betrakte folks helse og sykdomspanoramaet som et speilbilde av hvordan samfunnet har organisert seg. Fordi samfunnet er i stadig endring, endrer også sykdomspanoramaet seg over tid. Viktige trekk i samfunnsendringene er:

Demografiske

Aldersgruppen 67 år og over vil vokse til 1995. Den vil så avta igjen frem til år 2000, til samme nivå som i 1990 (1). Dette fører til at de kroniske sykdommene fortsatt vil legge stadig større beslag på helsevesenets ressurser.

Endringer i familie-sammensetningen

De siste årtier har det skjedd en svekking av kjernefamilien og en relativt sterk økning i antall skilsmisser (3). I år 2000 vil 7 av 10 personer over 80 år bo alene (4).

Levekårsendringer

Av viktige levekårsendringer kan nevnes en økende arbeidsledighet, som spesielt rammer unge mennesker; videre kan nevnes en økende urbanisering og tilsvarende utflytting fra utkantkommuner.

Ovennevnte strukturelle samfunnsendringer m.fl. bidrar bl.a. til en uttynning og fragmentering av sosiale nettverk og stiller store krav til menneskenes tilpasnings- og mestringsevne. Svikter denne kan psykososiale problemer oppstå. Et eksempel er økende selvmordsrater blant unge mennesker (3).

Utviklingen i retning av det såkalte «tre-fjerdedels-samfunnet» må ses i lys av samfunnsendringene. Dette har gitt seg tildels dramatiske utslag i England, med sterkt økende dødelighet blant de dårligst stilte (5).

Tekst: Eelco Boonstra



Cand. med 1969. Siden 1970 distrikts-/kommunelege i Askvoll kommune. Spes. i allmenn- og samfunnsmedisin. Div. NORAD-engasjement i Botswana. MPH fra Nordiska hälsovårdhögskolan i Göteborg i 1990 på emnet «Kommuned diagnose som et redskap i helseplanlegging i Askvoll kommune». NAVF-stipendiat fra 1991.

Prosjektleder for Helse- og trivselsprosjektet i Askvoll. Samarbeider med HEMIL-senteret når det gjelder evaluering av dette prosjektet. Opptatt av å involvere befolkningen i forebyggende og helsefremmende arbeid.

Artikkelen gjengis i noe forkortet utgave.

Et bedre liv mens vi lever

Mens en tidligere har konsentrert det meste av den forebyggende innsatsen mot risikofaktorer som har ført til livstruende sykdom og nedsatt levealder, legger helsemynd-

ighetene nå økt vekt på tiltak som kan føre til en reduksjon i forekomsten av psykososiale problemer, belastningslidelser, og ulykker (5).

Felles for de nye innsatsområdene er at de dreier seg om forebygging av problemer som rammer mange og koster mye både for samfunnet og den enkelte. Det anslås at de tre nevnte folkehelseproblemer koster samfunnet anslagsvis 60 milliard kroner årlig.

I den nye stortingsmeldingen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid legges det vekt på at det forebyggende arbeidet først og fremst må begrunnes i ønsket om å spare liv og fremme helse. Er det etisk forsvarlig å la folk bli syke dersom vi kan bidra til å holde dem friske gjennom forebyggende og helsefremmende tiltak?

Et hovedpoeng i meldingen er at helse- og sosialsektoren ikke kan klare dette alene. Forebygging krever et nært samarbeid med andre sektorer som miljøvern, barnehage, skole, kultursektoren, de frivillige organisasjoner osv. Det legges derfor opp til et nært samarbeid på tvers av sektorer. Videre understrekes betydningen av å satse på levedyktige nærmiljøer og lokalsamfunn.

Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

I kommunehelseloven nevnes det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet først som en av helsevesenets hovedoppgaver. Dette arbeidet har siden loven trådte i kraft vært lavt prioritert (7).

Helsefremmende arbeid representerer en ny strategi som legger vekt på å gi befolkningen et større



ansvar for egen helse: på individnivå gjennom øket egenomsorg og på lokalsamfunnsnivå gjennom ulike helsefremmende tiltak. I WHO-språk innebærer helsefremmende arbeid at det enkelte individ så vel som fellesskapet (kommune, lokalsamfunn) vinner kontroll over forhold som virker inn på helsen (8,9).

Kvalitetssikring og behovsbegrepet

Hvordan kan en kvalitetssikre det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet?

Ifølge Helsedirektoratet omfatter kvalitetssikring i helsevesenet alle systematiske og planlagte tiltak som sikrer at virksomheten utøves i overensstemmelse med dagens profesjonelle standarder og i henhold til pasientens behov (10).

Utfra et folkehelseperspektiv og med bakgrunn i kommunehelseloven bør denne definisjonen utvides til også omfatte den friske befolkningens behov.

Behovsbegrepet er mangetydig.

Vi kan skille mellom:

- normative behov, f.eks. antall leger per 1000 innbyggere
- selvopplevte behov, f.eks. behovet for en fotgjengerovergang ved et farlig veikryss
- uttrykte behov, f.eks. lokalbefolkningens krav om en fotgjengerovergang etter at det faktisk har skjedd en ulykke
- sammenlignende behov, f.eks. på grunnlag av Sosialdepartementets «Sammenligningstall for kommunene 1992»
- «objektive» behov, slik som helsevesenet definerer utfra egne observasjoner og analyser. Samfunnsmedisineren har et spesielt ansvar når det gjelder kartlegging av behovene til utsatte grupper som ofte ikke har ressurser eller styrke til å fremme sine krav.

Altfor ofte blir det satt et likhetstegn mellom etterspørselen etter helsetjenester og behov. De mange faktorer som påvirker etterspørselen skal vi ikke komme inn på her.

«Å gjøre de riktige tingene, riktig»

Sundelin og medarbeidere påpeker en rekke problemområder med særlige behov for kvalitetssikring, bl.a. tilfeldig prioritering mer basert på tilbud og etterspørsel enn reelle behov (11).

Kvalitetssikringbegrepet innenfor den kurative medisin forbindes helst med «å gjøre tingene riktig», dvs. i henhold til dagens profesjonelle standarder. I den forebyggende medisin er også spørsmålet «Gjør vi de riktige ting?» sentralt, med andre ord: prioriterer vi riktig. Kvalitetssikring av det forebyggende helsearbeidet kan derfor kort defineres som «Å gjøre de riktige tingene, riktig».

Kvalitet, relevans og effektivitet

Det forebyggende arbeidet har ikke bare blant en del helsearbeidere, men også blant politikerne et troverdighetsproblem. Ikke bare fordi det som er sunt i dag er usunt i morgen, men det stilles fra

politisk hold spørsmål om den er effektiv (5).

Samfunnet stiller mer enn noen gang krav om å benytte tilgjengelige ressurser på en bedre, d.v.s mer effektiv måte. Dette gjelder både kostnads- og nytteeffektiviteten. I alt helsearbeid er det derfor viktig å vurdere kvalitet, relevans og effektivitet i en sammenheng.

Målbasert kvalitetssikring

Kvalitetssikringen i det forebyggende arbeidet er delvis regelstyrt, dvs. basert på lover (bl.a. kommunehelseloven), forskrifter (f.eks. innen miljørettet helsevern) og regler. De største utfordringene vil de fleste samfunnsmedisinere imidlertid finne innen den målbaserte kvalitetssikringen. Som behovsbegrepet er også målbegrepet flertydig:

- En kan gripe fatt i ulike målinndikatorer for kvaliteten av den tjenesten vi yter. De deles ofte i tre grupper: struktur-, prosess- og resultatorienterte indikato-

rer (12). Det vanlige er å velge et håndterlig antall indikatorer (3-4 eller flere) som samlet sier noe om kvaliteten av tjenesten.

- Oppslutningen om sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er, i likhet med miljøvernarbeidet, sterkt avhengig av samfunnets verdisyn og dermed de mål samfunnet blir enig om. Når det gjelder kvalitetssikring av helsefremmende arbeid og deler av det sykdomsforebyggende arbeidet brukes derfor målbegrepet i betydningen helsepolitiske mål. Disse fremkommer som et resultat av en politisk prosess, både på nasjonal og lokalt nivå.

Utvikling av standarder i kvalitetssikringsarbeidet

For deler av det sykdomsforebyggende arbeidet er det utviklet standarder, spesielt innenfor helsestasjonsarbeidet (f.eks. standarder for vaksinasjonsdekning).

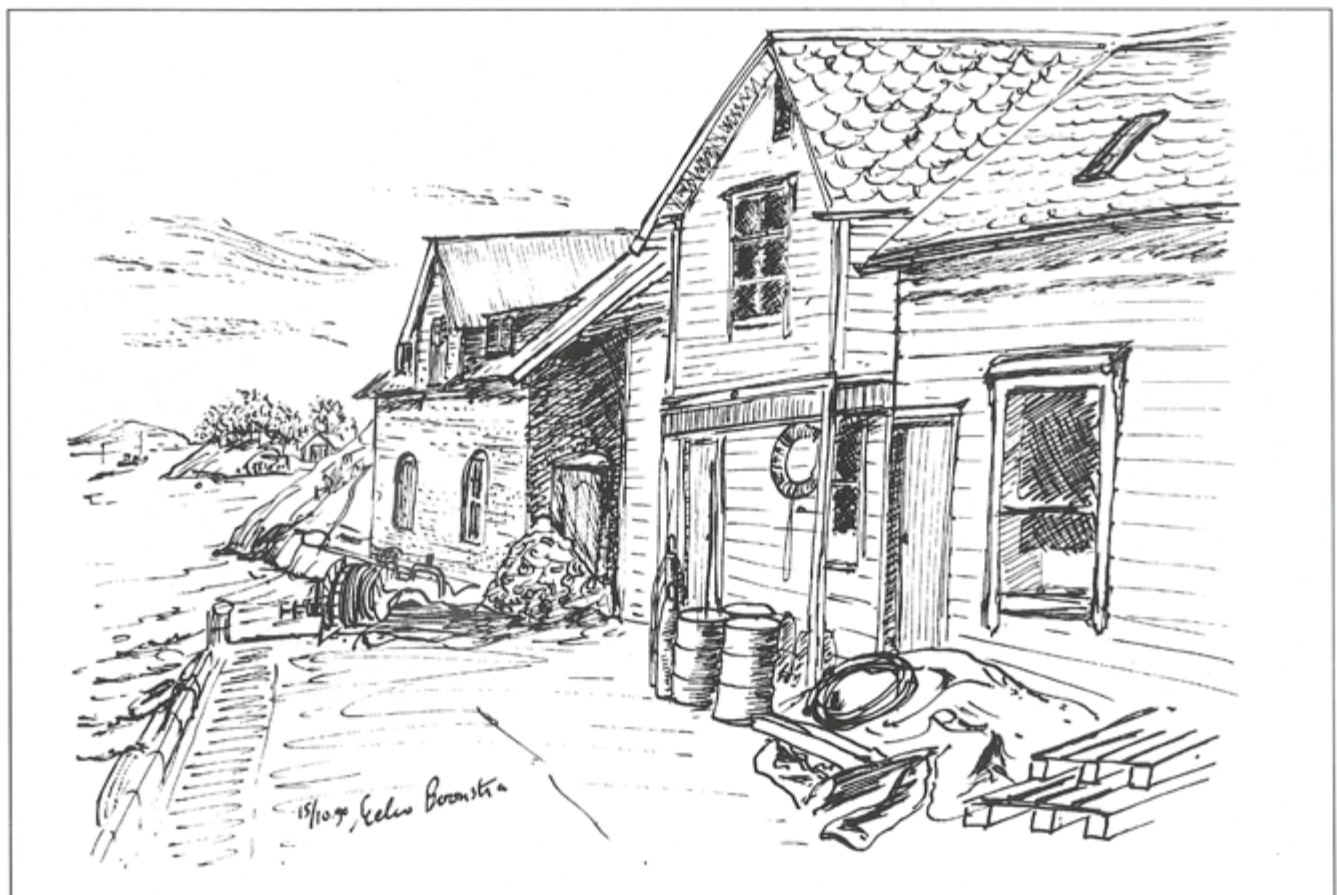
For store deler av det forebyggende og helsefremmende arbeidet

mangler imidlertid slike standarder. En viktig utfordring for samfunnsmedisinen fremover er å utvikle standarder for dette arbeidet og finne metoder for å måle både volum, kvalitet og effektivitet av det forebyggende arbeidet. I det følgende vil jeg presentere en tankemodell som en kan bruke som en organiserende ramme rundt dette arbeidet.

Donabedians triade

Den amerikanske helsetjenesteforsker Donabedian har gitt et viktig bidrag til hvordan helsetjenester kan evalueres og kvalitetssikres (12). Ved kvalitetsvurdering i helsetjenesten skjeller man mellom kvalitet i relasjon til struktur, prosess og resultat. I kommunehelsetjenesten må kvalitetssikringen vektlegge struktur og prosess, både fordi det kan være vanskelig å fastsette resultatmål (outcome) og fordi sammensatte arbeidsoppgaver krever hovedfokus på struktur og prosess.

Strukturen utgjøres av bl.a. den



kommunale organisasjonen, ressursene, helsepersonellens kompetanse, innbyggernes og lokalsamfunnets samlede ressurser. Manglende elementer i strukturen kan være en hindring for å få til gode prosesser som på sikt skal lede til færre sykdommer og bedre helse. Prosessen omfatter alle prosesser som initieres eller gjennomføres av kommunehelsetjenesten med sikte på å forebygge sykdom og fremme folkehelsen. Disse prosesser omfatter bl.a. helsetjenestens tiltak, flerfaglig og sektorovergrepene samarbeid, analyser av befolkningens helsetilstand, utarbeiding av handlingsplaner, befolkningens deltakelse i det forebyggende og helsefremmende arbeidet osv.

Resultatet av forebyggende arbeid, målt ved hjelp av tradisjonelle indikatorer (mortalitet, morbiditet, uførhet) kan vi først forvente på lang sikt. Et unntak er ulykkesforebyggende arbeid (14). Det er derfor viktig at det utvikles mellomliggende prosessindikatorer som sier noe om resultatene av det forebyggende arbeidet på kort sikt som f.eks. helsemessig bevisstgjøring, befolkningsdeltakelse, kommunale vedtak som har betydning for det forebyggende arbeidet, aktivitetsnivået innen de frivillige organisasjoner osv..

Områder for utvikling av standarder

Det er etter min mening fem, for det forebyggende arbeidet sentrale områder hvor det er aktuelt med utvikling av standarder som ledd i kvalitetssikringen av arbeidet. Som jeg har argumentert ovenfor bør en i dette arbeidet vurdere kvalitet i sammenheng med relevans og effektivitet. Disse områdene er:

1. Organisasjon, ledelse og helseplanlegging
2. Økonomiske ressurser og bemanning
3. Helsepersonellens kompetanse
4. Innholdet i tjenestene
5. Resultater: både forventede og oppnådde, kortsiktige og langsiktige.

1. Organisasjon

Aktuelle problemstillinger når det gjelder organisasjon av helsetjenesten er:

- Hvilken organisasjonsmodell for helse- og sosialtjenesten sikrer best ivaretagelsen av forebyggende helsearbeid? Har medisinsk-faglig ansvarlig lege innstillingsrett overfor helse- og sosialstyret i saker vedrørende miljørettet helsevern og har han full delegert vedtaksmyndighet etter kommunehelseslovens kapittel 4a? Er det utarbeidet en helse- og sosialplan?
- Hvilke flerfaglige og sektorovergrepene samarbeidsorganer finnes?
- Hvordan er det forebyggende arbeidet organisert og forankret i de kommunale strukturer?
- Lederskap. Medisinsk-faglig ansvarlig leges personlige engasjement når det gjelder å skape positive holdninger til forebyggende helsearbeid både innad i kommunehelsetjenesten og utad overfor kommunen og lokalsamfunnene.
- Er det utarbeidet en helseprofil for kommunen og en handlingsplan for det forebyggende arbeidet?

2. Økonomi

- Hvor mye midler avsetter kommunen til forebyggende arbeid totalt og for hver virksomhetsområde (f.eks. helsestasjonen og det miljørettede helsevern). Antall årsverk som brukes til forebyggende oppgaver innenfor de ulike virksomhetsområdene. Har kommunen «frie ressurser» til lokalt befolkningsbasert helsefremmende arbeid?
- Blir midlene anvendt på relevante områder? Hvordan blir bruken av midlene evaluert? Gjennom årsmeldingen eller budsjettarbeidet?

3. Kompetanse

Kvalitetssikringsarbeidet er nært knyttet til helsepersonellens muligheter for å bygge opp kompetanse

innen ulike felter. Relevant for standardsetting av kompetansen er følgende momenter:

- Helsepersonellens grunn- og videreutdanning. Deltakelse i kurs som tar opp emner innfor forebygging. Et viktig spørsmål er om helsepersonellens kompetanse blir brukt fornuftig av kommunen.
- Har de ulike deltjenester eget kursbudsjett?
- Et nøkkelspørsmål er hvordan kommunens personalpolitikk er.

En bevisst og aktiv personalpolitikk, som inkluderer ulike incentiver, vil bidra til stabile bemanningsforhold og dermed ta vare på den kompetansen som bygges opp over tid.

4. Tjenestetilbudet

- Hvordan er virksomhetsområdene beskrevet i helse- og sosialplanen?
- Er det enighet om de relevante og prioriterte oppgavene og målgruppene?
- Hvordan ivaretas likhetsprinsippet og svakstilte grupper?
- Hvordan sikres kvaliteten i arbeidet: interne møter, flerfaglige møter, selvevaluering etc.
- Drives det prosjekt- og utviklingsarbeid innen det forebyggende arbeidet? Konkurrerer dette med andre oppgaver? Er det konsensus om dette?

5. Resultater

- Figur 1 viser en modell for resultatvurderinger, som setter ressurser, mål, prosess, effekt og nytte i en sammenheng. Det finnes i dag en rikholdig dokumentasjon på at det nytter med målrettet og planmessig forebyggende innsats av primærhelsetjenesten (14-16).
- Som vi har vært inne på tidligere bør resultater av forebyggende innsats på kommunenivå først og fremst måles ved hjelp av mellomliggende indikatorer for helse.

Anbefalinger

Jeg foreslår at det utvikles et system for standardsetting, hvor de aktuelle områder (organisasjon, økonomi, kompetanse, innhold og resultater) tildeles poeng for både relevans, kvalitet og effektivitet. På denne måten vil en få et tallmessig uttrykk for standarden av det forebyggende arbeidet innenfor hvert område og samlet. Man kan så sette en minimum standard for hver av disse områdene. Tabell 1 viser hvordan slik standardsetting kan gjennomføres i praksis. Et slikt opplegg for standardsetting kan bidra til:

- å ansvarliggjøre de ulike aktører: kommunen når det gjelder organisasjon og ressursene, helsestjenesten når det gjelder prosessene og resultatene
- at kommunehelsetjenesten får et redskap for å vurdere relevans, kvalitet og effektivitet av den forebyggende innsatsen.

Et slikt opplegg for standardsetting bør valideres i noen prøvekommuner før det eventuelt tas i bruk i større målestokk.

En mer planmessig tilnærming av det forebyggende arbeidet slik som jeg har skissert vil kunne bidra til å øke troverdigheten til

Område 1. Organisasjon

vurdering	relevans	kvalitet	effektivitet
utilfredsstillende middels bra godt svært godt			

Tabell 1. Eksempel på standardsetting av det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Vurdering av relevans, kvalitet og effektivitet innenfor områdene: 1. organisasjon, 2. ressurser, 3. kompetanse, 4. innhold, 5. resultater.

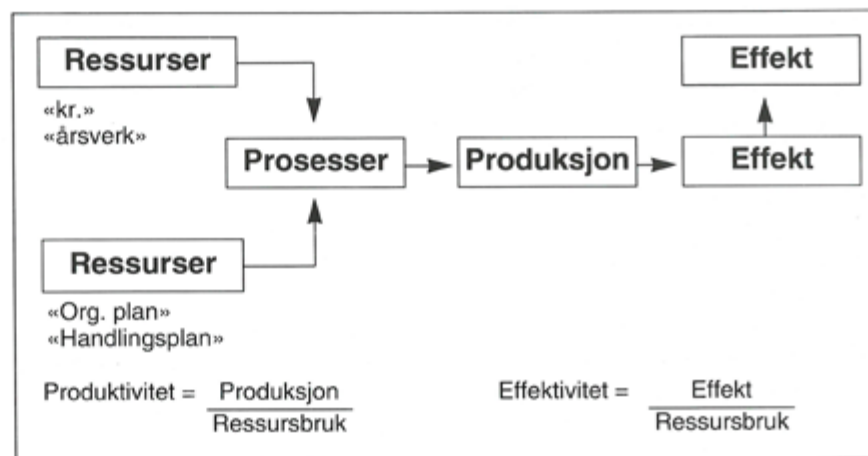


Fig. 1. En modell for resultatvurdering. (Fritt etter Mats Brommels, 1992)

dette arbeidet og dermed øke motivasjonen blant helsearbeidere når det gjelder vektlegging av dette arbeidet.

Kommunelege Eelco Boonstra
6980 Askvoll

Litteratur

1. St.meld.nr. 4 (1988-89). Langtidsprogrammet 1990-1993. Oslo: Finans- og tolldepartementet, 1989.
2. Ashton J. Future scenarios for public health in Europe. Eur J Publ Health 1992;2:54-59.
3. Retterstøl N et al. Selvmord blant unge i alderen 15-29 år i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:1969-74.
4. Grund J. Helsepolitikk i 1990-årene. Otta: Tano AS, 1991.
5. St.meld.nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Oslo: Sosialdepartementet, 1993.
6. Helse for alle i Norge år 2000? Oslo: Helsedirektoratet, 1987.
7. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. I: St.meld.nr.36. Røynsler med lova om helsestena i kommunane. Oslo: Sosialdepartementet.
8. World Health Organization. Health promotion. A discussion document on the concepts and principles. København:WHO,1984.
9. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1986;1:113-27.
10. Sikring av kvalitet i helsetjenesten. Helsedirektoratets utredningsserie 4-91. Oslo: Helsedirektoratet, 1991.
11. Sundelin F et al. Kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112:3672-6.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Mil Q 1966;44:166-206.
13. Handlingsplan for det forebyggjande og helsefremjande arbeid i Askvoll kommune for perioden 1992-95.
14. Tellnes G. Resultater av skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;26:1838-42.
15. Forsdahl A, Salmi H. Finskættede i Sør-Varanger kommune I. Tidsskr Nor Lægeforen 1974;94:1561-65.
16. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia project. Ann Rev Publ Health 1985;6:147-93.

Samfunnsmedisin mot århundreskiftet – en strategisk visjon

Tekst: Hans Magnus Solli



Allmennlege i 15 år. Lengre opphold i Sentral-Europa, Asia og Afrika. Deltaker i Medled III. Ønsker med dette bidraget å stimulere til utvikling av visjoner om legens plass i det postmoderne samfunn.

Innledning

Vår tid forstår seg selv som en overgang fra en epoke, den moderne tid, til en ny epoke, ofte kalt den postmoderne tid. Menneskeheten er inne i en samfunnsendring hvis utfordringer er av de aller største i historien. Utfordringene dreier seg i stor grad om å tilpasse seg de grensene for økonomisk vekst, for ressursutnyttelse og befolkningsutvikling som settes av naturgrunnlaget. Det stilles krav til samfunnet om en bred og dyptgående kulturell tilpasning til naturgitte realiteter (1).

Jeg vil her ta fatt i noen av disse utfordringene slik de angår samfunnsmedisinen, og jeg vil formulere en strategisk visjon for faget.

Samfunnsmedisinen bør ha hele samfunnet som arena, ikke bare kommunen slik det hovedsakelig er nå. Samfunnsmedisin angår alle leger som ønsker, bør eller må forstå sitt virke i en samfunnskontekst.

Vesentlige samfunnsendringer

Vesentlige trekk ved vår tid vil jeg karakterisere som differensiering, økologisering og globalisering.

Differensiering

Med differensiering menes den stadige utvikling av nye systemer innenfor eksisterende systemer. Samfunnet differensieres mer og mer i sektorer som følger sine egne lovmessigheter. Medisinen splittes opp i spesialiteter og subspecialiteter.

Vi ser det samme fenomenet i synet på mennesket der den enkelte persons kompetanse, ansvar og autonomi tillegges økende vekt. I industrisamfunnet var listen for arbeidsinnsats og kreativitet for den enkelte arbeider oftest lagt langt under den enkeltes muligheter. Det var den kollektive samlebåndspregede arbeidsinnsats som betydde noe. Med den tradisjonelle industrialismes avvikling og utvikling av tjeneste- og informasjonbasert produksjon, ser vi nå hvordan den enkelte trenger å utvikle egen kompetanse og kreativitet i mye større grad enn før.

Dette betyr at det blir lagt ny vekt på læring i samfunnet. Vi har fått innsikt i at læring ikke lenger dreier seg om å putte kunnskap i mentale skuffer. Læring er først og fremst å bli klar over hvilke forutsetninger og verdier en gitt kunnskap hviler på. Læring består i å kunne betrakte noe fra forskjellige synsvinkler. Dermed må vi også betrakte oss selv og våre egne for-

utsetninger når vi skal forstå noe.

Konsekvensen er igjen økt differensiering, denne gang av kunnskap, for synsvinklene og forutsetningene noe kan betraktes fra er mange. Troen på at kunnskap er objektiv, dvs. uavhengig av den menneskelige observatør, er stort sett forlatt. Det er erkjent at kunnskap ikke kan løsrives fra spørsmålene om hvordan kunnskapen erverves, slik Werner Heisenberg først slo fast for fysikeren og fysikkens vedkommende. I faglige og vitenskapelige fora prøves synspunktene mot hverandre for å finne de som er mest holdbare og nyttige.

Vi må erkjenne at hvert menneske og hvert miljø har sin egen individuelle og særegne måte å merke seg verden på. Et slikt syn utfordrer det tradisjonelle synet på mennesket i medisinen og i helsevesenet. Mennesker vil ikke lenger passivt ta i mot behandling i et sykdomsbehandlingsvesen. De vil aktivt lære, søke informasjon om årsaker og behandlingsalternativer og søke å skape mening når sykdom rammer dem.

Økologisering

Protestene fra omtenksomme personer mot industrisamfunnets negative følger for naturen kom allerede i det attende århundre. Legen og biologen Ernst Haeckel formet så ordet og begrepet økologi og la dermed grunnlaget for faget i sin «Generelle Morphologie» i 1866. Men det er først i vår tid at industrialiseringens negative konsekvenser er blitt åpenbare som problematiske for samfunnet i sin helhet. Økologiseringens kjerne er kunnskapen om at den naturlige omverden er av fundamental betydning for samfunnets over-

levelse. Samfunnet må nødvendigvis tilpasse seg de grunnleggende naturlige prosessene som regenerer verden. Det nytter ikke lenger bare å studere samfunnet dersom en skal vite noe om samfunnets framtid. En må kjenne vel så mye til samfunnets naturlige omverden. Den kunnskap som nå er nødvendig går ut over de tradisjonelle fagrensene. Det blir mer og mer klart at vi ikke lenger bare kan være opptatt av en sektor, en avdeling, et fag, en profesjon. Vi må se oss omkring for å få tak i de sammenhengene vi står i. Spørsmålene om koblingene mellom fagfeltene og de fagovergripende perspektivene blir mer og mer betydningsfulle. Dette betyr intet mindre enn en kunnskapsmessig revolusjon! Økologisering betyr også å bli mer klar over vår naturlige og evolusjonære opprinnelse. Fra evolusjonen kan vi hente kunnskap, men også en visjon om hva mennesket ble utviklet til og hvilke utfordringer som ligger foran oss. Vi kan se at personlig involvering og sans for mening i det mennesket holder på med, har vært av stor betydning og er det fortsatt. Videre ser vi betydningen av å føle at vi hører til et sted eller en gruppe og av å ta ansvar. Behovene for kreativitet, spenning, utfordringer, tilfredstillelse, samhold, kjærlighet og gjensidige tillitsforhold ser vi også har grunnlag i en biokulturell historie som strekker seg over mange tusen år (2).

Mange av disse behovene er blitt lenge og grundig frustrert i dette århundret. Det ligger en smerte i vår samtid, en dirrende harme, som er vanskelig å uttrykke i ord. Diktere beskriver «det store hullet» som finnes inne i det vestlige mennesket. Politikere viker unna smertefull nyorientering av politikk og samfunnsliv.

I et evolusjonært perspektiv kan vi forstå at kampen om begrensede ressurser også kan bli dramatisk. Samarbeids- og samholdsstrategier kan raskt slå om til rivalisering og alles kamp mot alle

slik stridighetene i dagens rest-Jugoslavia gir sjokkerende vitnesbyrd om. Som mennesker er vi i stand til mye, og framtidens muligheter er overhodet ikke uttømt i det som har vært, verken på det gode eller vonde.

Økologiseringen utfordrer alle profesjoner og fag i samfunnet, medisinen likeså, til å bli bevisst naturens betydning for vår egen framtid.

Globalisering

Betydningen av de fagovergripende perspektivene og koblingene mellom sektorer kommer klart fram når dagens globale virkelighet betraktes. Et eksempel på dette er endringene i atmosfærens kjemi på globalt plan som har ført til at små, lavtliggende øynasjoner alt er i gang med de store samfunnsendringene som kommer når havet stiger. Et annet eksempel er en vestlig eiet «cash-crop» farm i Afrika som kan prege den sosiale utviklingen og barnas ernæringsstatus i de nærliggende landsbyer på en meget negativ måte. Grunnen er at lokalbefolkningens adgang til jorda og muligheter for tradisjonelt jordbruk blir begrenset. Alt i alt skylder nå utviklingslandene ufattelige 1.3 tusen milliarder US dollar til den rike verden som krever like ufattelige 200 milliarder US dollar i årlige renter. Gjeldsnedbetalingen truer nå alvorlig det biologiske mangfoldet fordi nedhogging av de store skogene må til for å framskaffe nødvendig valuta. Dette er enkelte eksempler på hvordan det eksisterer globale koblinger, ikke bare mellom folk og verdensdelene, men også mellom fag som atmosfærekjemi, økonomi, biologi og økologi – og politikk.

De eksponensielle vekstkurvene som våre samfunn er fanget i er også globale. For den nordlige del av verdens vedkommende gjelder det industrikapitalen som vokser eksponensielt ved sin evne til å formere seg selv. I den sørlige del av verden er det folketallet som vokser eksponensielt fordi den fat-

tige må sikre seg med mange barn. Felles for den fattige og rike er at begge holdes utenfor det som skulle være det viktigste i livet – utfoldelse av livet i kjærlighet og solidaritet. Om denne eksponensielle veksten vet vi at den ikke kan vare så svært mye lenger (3).

Makrotrendene gir direkte utslag på de fleste menneskers dagligliv i dag. Vi må finne måter å forholde oss til dette også som leger. Systemtenkning er et teoretisk redskap vi også kan bruke for å få sydd den store verden og den lille verden sammen til en helhet (4).

En visjon for framtidens samfunnsmedisin

De skisserte samfunnsendringene har åpenbare følger for sykdomspanoramaet. Stresset på enkeltmennesker, på nettverk og på den naturen vi selv er en del av, er økende. Organismers, også menneskers, adaptive kapasitet blir satt på prøve, og nye sykdommer utvikler seg. Mennesker går inn i sykdomsverden som retrett, rolle eller protest med kjente eller nye symptombilder.

Vi kan lengte tilbake til den tida da både sykdommer og pasienter var greiere enn de er nå. Den gang hadde også medisinen sin enhetlige teori slik den kom til uttrykk i Rudolf Virchows viktige lærebok «Zellularpathologie» fra 1858 og slik den var gyldig i nesten hundre år. Men medisinhistorien lærer oss at denne teorien gikk under allerede omkring Den annen verdenskrig. Siden har ikke medisinen funnet noen enhetlig og samlende teori, men har vært kriserammet i alle fall i de siste 30 år (5). Dette er det fortsatt mange som ikke vet. Blant de som ikke vet det, er norske folketrygdjurister som opererer med det klare sykdomsbegrep som om ingenting har skjedd.

Så vi må finne ut av den medisinske samfunnsrolle uten noen etablert, samlende teori. Men medisinhistorien gir oss modeller og kunnskap om hva medisinen

egentlig dreier seg om. For såvel Hippokrates, Galen og Virchow var medisinen en helhetlig lære om sykdom, helse og helbredelse. Legens rolle var ikke bare å reparere sykdom. Legens oppgave var også å undervise, påvirke atferd og forebygge.

I den moderne epoken, den epoken vi nå går ut av, var det en grunnleggende idå at fenomener best bør studeres for seg selv, gjerne splittet opp i deler. Resultatet ble splittelse også av fag og kunnskap. Den postmoderne epoken forsøker å sy kunnskapen sammen igjen. For det er ett felles trekk som går igjen i mange av samtidens studier enten de benevnes som systemteori, annen ordens kybernetikk, hermeneutikk og «jeg-du»-filosofi, gestaltpsykologi, ledelsesteori, antropologi eller økologi. Det felles trekk er at alle disse studiene dreier seg om forståelse av et fenomen i forhold til en bakgrunn, horisont, kontekst eller omverden. Hvem jeg er, finner jeg ut i møtet med et du. Hva jeg skal utføre innenfor mitt fag, finner jeg ut ved å sette arbeidet mitt i en større sammenheng. Hva legens arbeid er i vår tid, finner jeg ut ved å relatere arbeidet til vesentlige utviklingstrekk i samfunnet. Samfunnets utviklingstrekk må igjen relateres til de premisene som naturen har lagt. Legens oppgave har derfor nå fått en ny dimensjon i tillegg til de dimensjonene medisinhistoriens markerte skikkelser pekte ut: Hennes og hans oppgave er også å bidra til å opprettholde den menneskelige livsverden i en økologisk sammenheng på grunnlag av samtidas kunnskapsbase. Jeg foreslår at samfunnsmedisinen nå knytter an til samtidas diskusjon om bærekraftig utvikling. Riktignok er det all mulig grunn til skepsis omkring den politiske retorikken som begrepet er omgitt med. Men dette begrepet kan også gi grunnlag for en visjon om et samfunn som utvikler sin økonomi, teknologi, fordeling, kommunikasjon og kultur i pakt med

naturens muligheter og begrensninger både på lokalt og globalt plan. Vi vet ikke hvilke framtidige tumulter vi skal gjennom før vi når fram til bærekraftighet. Trolig blir den mer påtvunget enn villet. Men visjonen gir anvisning om at det finnes en vei vi kan gå (3)(6). Det går aldeles ikke «til helvete» slik mange later til å tro idag. Det går mot en svært annerledes framtid, et samfunn bygd opp på et helt annet grunnlag enn det moderne industrisamfunnet. Men de verdiene både visjonen og veien framover skal bæres oppe av, er de mest sentrale i menneskesamfunnenes historie. Jeg tenker på kjernerverdier som barmhjertighet, trygghet, rettferdighet og kreativitet (6). Slike verdier er av avgjørende betydning for en samfunnsmedisinsk plattform. Ved å ha et slikt grunnlag kan vi sammen, på et faglig grunnlag, foreta faglige vurderinger av samfunnstrender og politiske vedtak med konsekvenser for befolkningens levekår og helse.

Hvilken kompetanse?

Jeg har antydnet en kompleks og sammensatt verden i en endringsprosess knapt uten sidestykke i historien. Spørsmålet er hvilken kompetanse legen trenger for å kunne handle aktivt og mestre denne kompleksiteten.

Vi trenger for det første å gjøre oss kjent med det nye kunnskapsgrunnlaget slik jeg har antydnet det. Kunnskap om økologi (7) er vesentlig. Videre trengs mye mer innsikt i helse og hva som fremmer helsen både på individ- og samfunnsplan.

Like viktig er det at utvikling av denne kunnskapsbasen tilegnes på en måte som også knytter den til utvikling av oss selv over et livsløp. Målet er å bli handlingsdyktige leger i samfunnet på grunnlag av en bred verdiplattform som vi står for personlig. Det er en stor utfordring å utvikle den opplæring som trengs, men jeg er overbevist om at det er mulig.

Det er videre mulig å lære en rekke kommunikative metoder og teknikker som kan være virkningsfulle. Det har imidlertid vist seg, ikke overraskende, at det ikke er teknikken eller metoden som virker i seg selv. Det er mennesket som bruker den som virker.

Vi står således framfor oppgaven å utvikle helhetsorienterte og integrerende leger for å ta fatt på de store utfordringene som ligger foran oss. Det dreier seg om å ta lederoppgaver og utøve verdistyrte former for ledelse i samfunnet.

Jeg vil også nevne en annen type kompetanse som synes lite kjent og brukt blant leger. Den består i bevisst å kunne betrakte seg selv og den sammenheng en står i sett utenfra, på avstand. En slik metaposisjon gir nye perspektiver. Nye spørsmål kan stilles når jeg betrakter den situasjon jeg står i på denne måten: Hvilke er de kulturelle forutsetningene for den handlemåte jeg har valgt hittil? Hvilke alternativer er det jeg har?

Som leger kan vi ha nytte av å se også medisinen utenfra. Vi trenger å bli klar over våre kulturelle og historiske røtter, hvordan vi som leger påvirkes fra vår egen og vårt fags omverden, og hvordan vår egen medisinske kultur kan endres. Medisinen trenger selv «medisin» (8), en metamedisin!

Det finnes idag fagutvikling som forsøker å gi overordnede perspektiver på mange fag. Jeg vil nevne humanøkologien som søker å integrere vesentlig kunnskap fra alle fag som berører mennesket, dvs. de humanistiske fag, de samfunnsvitenskapelige fag og deler av de naturvitenskapelige fag. Humanøkologien søker videre å utvikle en tverrfaglig handlingsforskning. Samfunnsmedisinen bør orientere seg i forhold til dette syntesepregede og overfaglige forskningsfeltet som er under utvikling ved flere høyskole- og universitetssentra også i Norden.

En integrert samfunnsmedisin

Hvordan kan så de ulike aspektene

vi har vært inne på integreres til en helhet i samfunnsmedisinen?

Jeg vil ta utgangspunkt i medisinen sine kjerne. Kjernen i vårt fag er det kliniske møtet hvor et plaget menneske møter et annet menneske som samfunnet har autorisert til å ta seg av sykdom og plager. Dette møtet må idag forstås som et dialogisk forhold mellom legens «jeg» og pasientens «du». Det kan knapt være tvil om at mye av dagens legevirkosomhet i for stor grad skjer på legens premisser. Er det ikke slik at legens «jeg og mitt» får stor plass mens pasientens «du og ditt» får liten plass i dagens sykdomsbehandlingsvesen? Er ikke dette forholdet nøyaktig uttrykt i primærlegekontorets typiske arkitektur der legens store skrivebord dominerer? Er det ikke stolen på kanten som oftest tilstas pasienten? Legen har alt i alt makten og styringen.

Legen med sin person og sin profesjonalitet står i det kliniske møtet overfor pasientens «du» med sin person og erfaring. Det «du» vi møter klinisk, kan ha mange vesentlige erfaringer, skader og spørsmål bak sine smerter og plager. Skal alt dette fortsatt presses inn i det samleband av kjappe konsultasjoner som vi stort sett har basert oss på? Bør ikke annen kompetanse inn enn legens tradisjonelle sykdomsbehandlingskompetanse? Hva med helse- og mestringkompetansen? Er ikke utfordringenes størrelse og byrde blitt for store for oss slik at vi burde arbeide mer tverrfaglig? Hvordan kan pasientens egen kompetanse brukes og bygges opp?

Allmennmedisinsk forskning har vist at det er integrerende legevirkosomhet som lindrer lidelse best og har størst helseeffekt (9). Kjernen i integrert medisin er det vel sorterte møtet mellom legens jeg og pasientens du. å fremme en slik medisin og slike leger må være kjernen i det medisinske kvalitets-sikringsarbeidet.

Derfor mener jeg at dette må være en kjerne og et fundament

for samfunnsmedisinen: Skaff arenaer og sørg for at møtet mellom lege og pasient overalt blir et «jeg-du»-møte, i primærhelsetjenesten, i sykehusene, i undervisningen og i forskningen. Bare et slikt møte kan ta høyde for den kunnskaps-, lærings- og adaptasjonsutfordring vi står overfor.

I dette arbeidet vil vi fort bli møtt av økonomiske motargumenter. Det sies at det koster for mye. Vi ser i dag hvordan det kliniske møtet forvitrer under tiltagende effektivitetspress i helseinstitusjonene. Nettopp i våre helseinstitusjoner ser vi faktisk meget tydelig hvordan modernitetens økonomiske tenkning skviser fellesskap og natur til siste dråpe. Det blir vesentlig for oss som leger å gjøre oss kjent med de alternative måter å tenke økonomi på som er under utvikling blant fagøkonomer. På den måten kan også forskjellige erfaringsområder kobles på en ny måte.

Vi vet i dag at mange slag smerter og plager ikke er kroppslig sykdom primært, men plager som tilhører den menneskelige samhandlingsarena. Kjønn, makt, avmakt og vold er viktige stikkord. «Sykdomssomatisering har blitt en dominerende metafor for å uttryk-

ke individuelle og sosiale plager» (min overs.) (10). Smerten, indignasjonen og sorgen i den måten vi vestlige mennesker lever sammen på kommer til uttrykk som somatiske plager på våre kontorer. Vi kledde plagene i sykdomsdrakt og møtte dem med sprøyter og tabletter uten at det hjalp. Vi må erkjenne at vi leger har et ansvar for å ha overproduisert sykdom opp gjennom dette århundret. For samfunnsmedisinen er det nå en essensiell oppgave å relatere smertene og plagene til hvordan vi mennesker lever sammen.

Forankret i det kliniske møtet som et «jeg-du»-møte vil så samfunnsmedisinen utøve sitt samfunnsansvar. Både medisinhistorien og etisk fornuft forteller at et slikt ansvar ikke bare kan forankres i roller i et kommunalt eller statlig system. Vi trenger å stå på en verdiplattform som er både bredere og dypere enn vår daglige yrkesplattform. Vi trenger en slik verdiplattform for å kunne sette vår kommunale og statlige rolle i relieff som grunnlag for kritisk granskning.

Jeg vil kalle dette en strategisk visjon. Konturene av et samfunn

Avsluttes på side 29

LITTERATUR.

1. Managing planet earth. Special issue. Scientific American 1989; september: 1-120 C.
2. Boyden S. Western civilization in biological perspective. Oxford: Clarendon Press, 1987.
3. Meadows DH, Meadows DL, Randers J. Over grensen. Mot globalt sammenbrudd med en visjon om en bærekraftig fremtid. Oslo: Cappelen, 1992.
4. Solli HM. økologiens utfordring til medisinen. Tidsskr Nor Lægefor 1990; 110: 3137-40.
5. Lichtenthaler C. Geschichte der Medizin. 4. utg. K+In: Deutscher ärzte-Verlag, 1987.
6. Milbrath LW. Envisioning a sustainable society. Learning our way out. New York: State University of New York Press, 1989.
7. Miller GT. Living in the environment. Problems, connections and solutions. 8. utg. Belmont: Wadsworth, 1993.
8. Saladin P, Schafenberger H.J, Schlöppi P. «Medizin» für die Medizin. Festschrift für Hannes G. Pauli. Basel/ Frankfurt: Helbing & Lichtenhahn, 1989.
9. Huygen FJA, Mookink HGA, Smits AJA, Son JAJ van, Meyboom WA, Eyk JTM van. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. Br J Gen Pract 1992; 42: 141-4.
10. Lock M, Scheper-Hughes N. A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. I: Johnson TM, Sargent CF, red. Medical anthropology. Contemporary theory and method. New York: Praeger, 1990.

Hva skjedde den 27. november 1968?

Noen tanker etter å ha vært tilstede ved
institutt for allmennmedisins 25 års jubileum.

av Anne Luise Kirkengen

Er dette et relevant spørsmål til leserne av Utposten? Svaret er ja. Hvorfor? Svaret er: Fordi det angår alle allmennmedisinere. Gjelder det en merkedag for allmennmedisinen? Svaret er ja. Meget bestemt ja. Nå har den uendelige mengden mulige riktige svar på det første spørsmål blitt redusert til ett, det eneste riktige:

akademisk allmennmedisin i Norge ble født den dagen.

Det var et omstridt barn, det fremgår fra lesing i krøniken. Men noen innflytelsesrike fødselshjelpere var visst til stede. Ungen ble alle fall født levende. Om noen stilte et horoskop, se det er det intet skrevet om. Om noen spådde etter fuglefyrenes fall, har man ingen sikker viten om. Ryktene sier at det var noe tvilsomt ved vekten, og det har jo noe å bety for overlevelse. Ungen fikk navn etter tradisjonelt vis, fornavnet lød Institutt for Almenmedisin, familienavnet ble Universitetet i Oslo. Og som det så ofte er med lange, tradisjonsrike navn: De blir omgjort til kjelenavn eller forkortelser. Slik ble det til IAM Oslo. Det var greiest. Barnet la på seg ganske raskt, viste forbau-

sende tidlig tenner, oversto alle, vel å merke alle barnesykdommer, og var så i alderen rundt ti år slik som tiåringer pleier å være: Roligere, tryggere og mer selvhjulpen enn i alle år forut. Tenårene var litt stormfulle, krydret av påfunn, av ideer og løyer. Det skjedde noe hele tiden – men det gikk ganske bra, over all forventning egentlig, tatt i betraktning at ungen så å si ikke hadde jevngamle venner, og at den fra forskjellige hold (blant kusiner, fettere og tremenninger i den store Universitetsklanen) ikke var helt akseptert. Men tiden var full av muligheter, og da pleier det å gå bra for vettuge unger, bare de ikke blir trukket inn i dårlig selskap. Nå til dags må man jo frykte det verste, som foreldre pleier å si. Men de som hadde våget forutsigelser ut ifra fødselsvekten, «veiet og funnet for lett, så å si» husket nå ikke lenger hva de angivelig hadde sagt.

Det kom små søsken til, tre stykker i tur og orden. De fikk navnene Bergen, Trondheim og Tromsø. Søsknene var, som søsken flest er, ganske forskjellige. De tre yngre valgte å bo i kollektiv, under samme tak med nære slektninger, under paraplyer, så å si. Det var angivelig praktisk på grunn av nedbør, særlig regn og snø. Trondheims kollektiv til og med forsterket spilene i paraplyen med masse avansert teknikk – de var så redd for sidevind. Det

kunne se ut som om det med beskyttelse mot vær og vind hadde noe for seg: De hadde langt nær alle de barnesykdommer den eldste måtte gjennom. Men hvem vet, kanskje er ordtaket om at «det som ikke dreper deg, styrker deg» fremdeles litt sant.

Det med søsknene var en liten avsporing, men det er ikke helt ubetydelig heller. Vi vet jo hvordan det er, enebarn kan bli så umåtelig bortskjemte og sosialt uintelligente, i hvert fall noen av dem. Det slapp IAM Oslo. Ja, og så var ungen stor. Voksen, mener jeg. «Majorenn» het sånt på fint i de gode gamle dager og de gode gamle familier. Kanskje var det et tegn i tiden, en mote-sak på et vis, eller det med søsknernes kollektiver og felles tak eller liksomparaplyer gjorde seg gjeldende – som godt voksen skulle IAM Oslo nå også gå inn i et kollektiv. Først bare teoretisk. Den teoretiske kollektive væremåten varte i flere år. Men nå har ryktebørsen summet og summet i månedsvis, det er visst noe på gang. Det heter at IAM er rede til å gå inn i et bofelleskap. Rykter om det har versert før. Man skal ikke være for sikker. Men nå har de vært forbausende hårdnakket. Det sies at flyttedagen er klar, og at brevparapir trykkes med ny adresse og telefon. Kollektivet skal ta bolig i et hus med utsikt, i hvert fall på den ene siden. IAM har

betinget seg den øverste etasje, for man har ikke uten virkning kunnet la blikket gli over Oslofjorden og Nesoddlaget langt borte mens man tenkte klokt og innovativt. Slikt preger, da kan man ikke godta hva som helst.

Men før det kunne bli snakk om flytting måtte noe meget viktig gjøres: *IAM Oslo feiret seg selv og sin 25-års fødselsdag.*

Og alle kom, som det heter i societetsbladene. En hel dagslang laudatio på jubelanten – det er ganske uvanlig i så ung alder, i hvert fall sammenlignet med de fleste 25-åringer. Det var en rad av kloke mennesker som sa noe om og til fødselsdagsbarnet, beklager, det var jubelanten (i samsvar med verdigheten), og noe om seg selv og til hverandre. Der var vittige ord på bleket sosialistisk, minnende ord på bærumsk, søkende ord på koksvisk, berusende bilder på portuginorsk, opprørske ord på fugellisk, vise ord på filosofisk, kontinuerlige ord på personisk, kvinnelige ord på fødisk, og mange flere på mange flere vis. Et ny-lennask dyr ble gitt i gave, en ekte Nolemakk, hvis kjennetegn er at den skifter farve som kontraster med bakgrunnen og skiller seg fra alle andre tilstedeværende dyrs farve, slik at ekte Nolemakker alltid er synlige, uansett omgivelser. IAM takket for det.

Og så kom noen dypt, dypt bevegde ord på sognamaul. De var så kloke og så enkle og så smertefulle at latteren stilnet og et underlig alvor steg frem.

Og fra yngresøster Bergen kom en blomstrende paraply. Vær vantro den som vil, men blomstre gjorde den. Den var i en og samme form både ekte, symbolsk og parab(o)lisk, innpakket i en dialoghistorie om hvorfor Bergen ikke trengte den lenger selv og derfor kunne gi den bort med gode ønsker om

regnvær under flyttingen. Om den ville ha dugd imot champagnesprøyt fra Trondheim, det fikk vi ikke testet, for den flasken ble ikke åpnet den kvelden.

Men det ble andre, for fødselsdag uten kransekake og dumme vitser i knallbonbonger, det går an. Men det går ikke an uten skål, i hvert fall ikke når man fyller et kvart hundre år, og heter voksen. Da får man voksengaver, nordnorske fortellinger for biblioteket, grønne planter for trivselen, og bilder til veggene.

Hvis noen synes at det er lompent gjort å beskrive en fødselsdagsfest med så kryptiske antydninger, så svarer jeg: Det er historiefortellerens rett, derfor er det så morsomt å fortelle. (Prøv selv.) Og så sant jeg var der, så var det slik, for ingen virkelighetsbeskrivelse er sannferdig og gyldig for alle. Men de som var der har kanskje sin egen historie med hjem, det var jo mange gjester der, spør en av dem da vel!!!

Og da alle skulle hjem til sine deler av landet ble det en hyggelig kø på Fornebu. Og enda der drakk noen vin og skålte...

*Anne Louise Kirkengen
Institutt for allmennmedisin
Ullevål sykehus, Oslo*

Forts. fra sider 27

på full fart ut av en historisk epoke og inn i en ny er tegnet opp. Det eneste vi vet om framtidens samfunn er at det vil bli svært forskjellig fra det samfunnet vi selv og våre foreldre vokste opp i. I denne samfunnsprosessen har jeg så søkt å gi samfunnsmedisinen og den samfunnsbevisste lege en ny posisjon.

Grunnlaget for denne posisjonen har jeg funnet i medisins historie som strekker seg over i alle fall tre tusen år, i de grunn-

Allmennpraktikerkongress i Estoril, Portugal Tema: Familie og kultur i allmennpraksis

Norske allmennpraktikere har god tradisjon for å slutte opp om internasjonale møter og jeg håper tradisjonen blir fulgt opp på SIMGs kongress i Estoril, Portugal 25.–28. mai 1994. I bestrebelsene på en samordning av allmennpraktikerorganisasjonene vil verdensorganisasjonen WONCA være medarrangør.

Norsk selskap for allmennmedisin vurderer muligheten av å arrangere en fellestur. Mitt spesielle ønske er at Norge denne gang også skal markere seg sterkere enn tidligere gjennom faglige innlegg. Selv har jeg påtatt meg å arrangere et dagsseminar om muskel/skjelettlidelser og håper på mange bidrag fra de nordiske land.

Interesserte kan henvende seg til May-Britt Mandt, Institutt for allmennmedisin, tlf. 22 85 06 53 eller undertegnede, Gruppe for trygdemedisin 22 85 06 05

Dag Bruusgaard

leggende menneskelige realiteter og verdier som utviklet seg over titusener av år og i de biologiske og økologiske realiteter som strekker seg over tidsepoker på millioner av år. Den faste grunnen under føttene kan vi finne i solidarisk dialog med samtidas mennesker, samfunn og kultur i de store utfordringene som ligger foran oss.

*Hans Magnus Solli
Trygdeetatens fylkeskontor i
Telemark
Postboks 2861. 2702 Skien*

Til Utposten ved redaktør Helge Worren.

Du skriver godt, – og provoserende –, for et fornuftsmenneske som meg. At vi virkelig i 1993 skal være nødt til å bevise igjen at jorda er rund:

WORRENS SKYLAPPER eller: ER DET MAKELIGSHETSFILOSOFI?

I Utposten 22, (6), 1993 kritiserer Worren (på en elegant måte, skal innrømmes) det forebyggende helsearbeide og hans konklusjon er som ventet så vag og upresis at man slett ikke riktig oppfatter hva han egentlig mener. Derfor er det mulig at mitt innlegg nedefor røper at jeg har misforstått. Det får stå sin prøve. Jeg skal være veldig konkret og stille ham noen spørsmål som han bør kunne besvare med JA eller NEI, hvis han tør, da...

1. SPØRSMÅL:

Som følge av en voldsom teknologisk utvikling og et økende behov for helsetjenester er det en økende avstand mellom hva vi har råd til å tilby publikum og hva vi mener er et minimum av helsetjenester til befolkningen. Forskjellsbehandling, og av helsetjenester til befolkningen. Forskjellsbehandling, og behandling etter geografi og sosial gruppe er konsekvensen. Hvis problemet skal forsøkes løst, er en av virkemidlene å sette fart i alle tiltak som vil gi bedring av folkehelsen som resultat. Alt så: folk må få bedre helse og mindre behov for å be om helsetjenester. Er du enig i resonnetet?

2. SPØRSMÅL:

Er du enig i at vi bør prøve å arbeide for et røykfritt Norge?

3. SPØRSMÅL:

Er du enig i at vi bør prøve å arbeide for WHO's målsetting om 25% reduksjon i alkoholkonsumet i Europa-regionen innen år 2000?

4. SPØRSMÅL:

Når vi arbeider forebyggende, og f.eks. prøver å motivere en ung mor til å stumpe røyken, har vi ikke bare henne å ta hensyn til. Ved sin røyking skader hun sine barn og omgivelser, og uvanen smitter til barna. Videre er hun med på å påføre fellesskapet (samfunnet) økte utgifter til helsetjenester. Jeg mener vi må se på dette som et miljøproblem for mange mennesker, ikke bare for den enkelte pasient. Er du enig i dette?

5. SPØRSMÅL:

Bør ikke vi leger bli mere aktive i å nedkjempe helseødeleggende utvekster som f.eks. Tobakksindustrien? Er det ikke på slike politiske plan vi bør intensivere vår virksomhet?

Takk for svarene!

*Carl Ditlef Jacobsen,
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen*

Kjære Carl Ditlef Jacobsen,

Januar 1994

Jeg viser til ditt brev til UTPOSTEN 6.12.93 som reaksjon på min artikkel i UTPOSTEN 6/93 «Hvis helse er et ork, er det helse da?»

Du sier at jeg skriver provoserende. Det har også vært meningen. Jeg har imidlertid registrert at disse synspunktene i økende grad blir forstått og akseptert av helsepersonell, noe jeg selvsagt er glad for.

Din overskrift kjenner jeg meg ikke igjen i. Ofte kan man ønske seg en verden som er enkel, og hvor enkle spørsmål blir besvart med enkle svar. Åpner man imidlertid opp for det mangfold virkeligheten faktisk presenterer, blir det etter min mening det motsatte av å ha skylapper. Denne virkelighet er ikke lett å manøvrere i. Den kan faktisk være ganske besværlig i blant. Makelighet er langt fra det jeg forbinder med å se virkeligheten med alle de farger og nyanser vi der må ta stilling til. Muligens ser jeg en helt annen virkelighet enn deg?

La meg starte med å svare på dine spørsmål.

Spørsmål 1.

JA.

Spørsmål 2.

JA.

Spørsmål 3.

JA.

Spørsmål 4.

JA.

Spørsmål 5.

JA.

Du skriver videre at min konklusjon «er så vag og upresis at man slett ikke riktig oppfatter hva han egentlig mener». Dette er en skriftlig gjengivelse av et foredrag, noe som preger formen. At du ikke skjønner hva jeg sier, tar jeg til etterretning. Noe av grunnen til at det er kommet på trykk i UTPOSTEN, er nettopp at flere meget vel forstod hva jeg sa og ønsket det gjengitt skriftlig. At konklusjonen var «som ventet», skjønner jeg ikke hva du mener med. Det er ikke lett å vite hva du mener uten at du er mer konkret i din kritikk.

Du sier at jeg kritiserer det forebyggende arbeid. Det er bare delvis rett. Jeg kritiserer det forebyggende arbeid som ikke tar hensyn til kultur, tradisjoner, menneskers verdier og rett til å

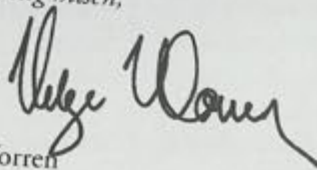
velge, og som turer frem med sitt formynderi, med sin moralisering (det er viktig å ha moral, men ikke på andres vegne) og med sin «målet helliger midlet»-strategi. Det forebyggende arbeid som turer slik frem mener jeg ikke bare er uetisk og udemokratisk, men også relativt uvirksomt, noe som etterhvert er rimelig velkjent. Det skjer heldigvis i dag mye bra forebyggende og helsefremmende arbeid som nettopp viser forståelse og respekt for mennesket som et selvstendig tenkende og velgende vesen, som ikke skal få sine verdier og valg pådyttet seg av et mer eller mindre offentlig valgt formynderi. At mennesket er en del av et fellesskap og et miljø, er jeg selvsagt klar over. At fellesskapet må gjøre en rekke verdivalg bl.a. nedfelt i lovverk (eks. røykelov) - ikke minst for å beskytte, er jeg også enig i. Det er allikevel ikke likegyldig hvordan dette håndheves og hvordan vi gir «opposisjonen» mulighet til å leve ut sin «usunnhet».

Det mest realistiske vi kan gjøre i et samfunns-perspektiv er ofte «å gjøre de sunne valg lette», eks. via turstier, sykkelstier, bevisst subsidiering av sunn mat, gode og trygge oppvekstmiljøer - for bare å ha nevnt noen ganske få eksempler. Ofte kreve dette politisk handling, noe som igjen gjør at mye av det forebyggende arbeid også er (helse)politisk (om ikke nødvendigvis partipolitisk) arbeid.

Du forlanger at jeg skal svare et klart JA eller NEI på dine spørsmål. Det har jeg gjort. Jeg tolker dine egne svar til å være de samme som mine utfra den vinkling dine spørsmål har. Som du ser er vi ikke uenig i målene, tvertimot tror jeg vi er ganske enig her. Der jeg opplever at vi grunnleggende skiller lag er strategier og tiltak. Dine synspunkter er rimelig kjente fra ulike hold. Det er i seg selv en lang diskusjon hva disse ulikheter konkret går ut på. Jeg har ikke anledning til å gå inn på en slik utdypning i dette svarbrev.

Når du oppfordrer meg til å svare på dine spørsmål, sier du like forut «hvis du tør da...». Hvorfor skulle jeg ikke ture dette?

Med vennlig hilsen,



Helge Worren

Det medisinske studium – sett fra trygg avstand

Bidrag til UTPOSTENS essaykonkurranse.

Tekst: Berit Tveit



f. 1931. Cand.med. Bergen 1956. Gift, 3 barn, 5 barnebarn. Allmennpraksis Namssos 1958–66, Fyllingsdalen 1971–. Allmennpraktiker DNLF 1974, spesialist allmennmedisin 1985. Byggeleder to legekontor og to boliger. Skriver ord på papir og PC. Motto: «Når intet annet hjelper – lag et eventyr».

Studentene

Det har vært sagt, og i ramme alvor, at for å bli en god lege burde man ha vært syk selv eller være barn av en lege. Begge deler passer på meg, men jeg har atskillig mer tro på eksamenskarakterer som opptaksgrunnlag.

Egen sykdom skal angivelig gi økt forståelse for andres lidelser. Men det skal ikke mer enn et lite brudd eller en halsesyke til for å forstå – og slikt får de fleste.

Da er det nok nyttigere å være barn av en lege. For vi vok-

ser opp uten særlig mange illusjoner om «hellig kall» og «legens allvitenhet», og vi har et nokså nøkternt syn på uregelmessig arbeidstid og uvelkomne telefoner. Vi erkjenner også at «pasient» er av større verdi for legen enn alt annet.

Vi oppdager at leger er ganske interessante foreldre. Når man er ute på ytterst tynn is og foreldrepennen skyver til, er det mulig å redde seg ved å spørre «Hvordan dette eller hint egentlig virker?» For nysgjerrighet er legens fremste kjennetegn, og et høve til å dosere for et velvillig publikum lar de sjelden gå fra seg.

Det hører til de store mysterier for meg: Tross mine skumle bi-hensikter med spørsmål, gjorde jeg sjelden den samme streken om igjen. Kanskje jeg visste at far visste nøyaktig hva som skjedde?

Men *under* studiet hjalp ingenting. Jo, kanskje artiumskarakterene: «Jeg er ikke så dum». Mange legebarn studerer medisin, uansett formelle vilkår for å komme inn. Jeg antar at de fleste opplevde det samme som jeg: «Er det slik medisinen er? Så helt annerledes enn jeg trodde». Jeg antydte min overraskelse til far en gang. Han nikket såvidt og smilte, og så trengte vi ikke flere ord.

De som begynner å tro at de vet noe, forventer å møte et ukjent land. Men de får også sjokk. Emnet er så uhyggelig overveldende, med utallige detaljer som nekter å danne mønster. Hengende over mikro-

skopet mælte en student: «Eg ser prikkar, og meir prikkar!» Hans mot ble verdsatt, og ordene kan fortsatt gi medisinerne og leger latterkrampe.

De som ønsker å bli leger for å hjelpe andre, har det verst. Veien fra reagensrør, frosker og fiolette prikker – til å stå fram som tapper livredder, ombrust av pasientens takknemlighet – den synes så uendelig lang.

Men alle blir etterhvert «fanget», i ærbødig nysgjerrighet overfor den meget kompliserte og høyeffektive organisme som heter *meneske*. Etter to–tre års studium av det normale menneske, gis tillatelse til å se syke individer. Da aner vi konturene av noe ennå mer komplisert: Med sine forunderlige oppbygging er mennesket i stand til å rote seg borti et uendelig antall variasjoner av sykdom og lidelse, og er faktisk i stand til å overleve det meste. Legene kan som oftest bare assistere en helbredelse.

Ydmyket og forvirret arbeider studentene intenst i tre–fire år til, frem til avsluttende eksamen. De fleste kommer ut stående, men med ikke lite hat til bøker. De føler seg «hjernevasket», og det er de da også.

Turnustjeneste på sykehus og i distriktet pleier å hjelpe. Man begriper faktisk av og til hva som er i veien med pasienten, uten hjelp av professor, man klarer å foreta seg noe. Dessuten oppdager man at det fins et liv utenfor medisinen – både aktverdige og mulig, med slikt som ektefelle, barn, bolig og hobbies.

Men svært få kan sette ord på

hva de har opplevd. De vet bare at de har forandret seg, og er medlemmer i et «laug», med et språk og en kultur andre folk ikke kan forstå. De føler seg svært så normale og det er de da også.

De fleste kommer raskt over i neste fase. Den preges av to forhold: For det første begår man bommerter. Små eller store – alle gir søvnløse netter, tårer og sterk tvil om egne evner. Jeg velger å si: Slik blir en *lege* til. Først er vi medisinere. Men den dagen vi våger å gå på kontoret, tross bommertene fra i går, da er vi *leger*. (Noen begår angivelig ingen feil. Jeg tror at de er ganske farlige, selv om de er *svært* få.)

For det andre gir arbeidets uendelige spennvidde i seg selv en følelse av utilstrekkelighet, og vi griper til det anerkjente hjelpemiddel: Bøker og tidsskrifter. (De siste tjue år er *kurs* også anerkjent. Meget behagelig å ha noen å jamre sammen med.)

Legers bolig preges sterkt av litteratur i bunker, og vi sier meget ofte: Å, alt jeg burde ha lest –». Dette er i ganske sterk motsetning til vår klage under studiet: «Hva skal jeg med alle disse dumme detaljene?»

Vårt ambivalente forhold til lesestoff skyldes også at medisinen selv utvikler seg. Gjennomsnittlig levetid for en medisinsk «sannhet» sies å være fem år.

Min far studerte fra 1919–25, jeg fra 1950–56, min datter fra 1976–82. Studieprosessen har *ikke* endret seg, men pensum er annerledes. Da jeg kom så langt at jeg kunne snakke medisin med far, sa han lengselsfullt: «Dere *vet* så mye –». Nei, han kunne jo ikke lære noe om årsaken til diabetes eller pernisiøs anemi. Ingen kjente insulin og vitamin B12 da.

Jeg sa det samme til min datter, men først etterpå husket jeg at far hadde sagt det først. Hun

visste mer om DNA, hypertensjon og hjernefunksjon enn jeg noen gang kan lese meg til.

Ordet «vite» har en særskilt betydning for medisinere. Det innebærer ikke bare faktakunnskap, men en forståelse av prosesser og mulighet for å bruke kunnskapen aktivt, integrert med alt annet som surrer rundt i våre hoder.

Noen ganger blir gammel viten som ny. Acetylsalisylsyre har gått rundgangen, fra «Uansett hva som plager deg, ta en Globoid» til «Fy-fy, det er giftig for barn og fremkaller magesår» – for nå å være tilbake som universalmiddel. Men nå på et atskillig bere dokumentert grunnlag.

Studiet – mål og metode

Medisinen er ganske så overveldende, både hva stoffmengde angår og på grunn av at legen tillegges ansvar for medmenneskers skjebne. Men ellers er hverken faget, studiet eller legene særlig mystiske.

Når vi omgis av en uklar, mystisk aura, skyldes det nok at hverken vi selv eller andre har hatt tid til å se nærmere på studieprosessen.

Jeg har hatt det hell å få møte mange andre fagfolk, både mens de studerte og under utøvelsen av sine fag. De blir også «hjernevasket», og endrer seg fra forvirrede studenter som må lære rare detaljer – til medlemmer av et «laug» med en kultur utenforstående vanskelig begriper. Da to unge EDB-kyndige snakket fag ved middagsbordet, begrep jeg at de skjønte hverandre, og hadde en saklig diskusjon, men innholdet var meg fullstendig ukjent.

Det mest mystiske ved en fagutdannelse er for meg læreprosessen sett som helhet. Ordet

«integrasjon» ble en nøkkel.

Ordboken sier: *Integral*: Matematisk funksjon som viser summen av uendelig mange uendelig små størrelser. *Integrere*: Innpasse i et hele, beregne et integral.

Integritet: selvstendighet, ukrenkelighet.

Når jeg snakker om medisin, er årsaken at jeg er integrert i det faget. Når jeg er i stand til å prøve å se faget utenfra, er årsaken at jeg *også* er integrert i et annet fag: Husmorens.

En høyt elsket professor i anatomi, Johan Torgersen, skrev i 1963 om medisinestudiet. Da pågikk en av de mange debatter om studiets innhold og form. Han pekte på at studentene ikke bare måtte tilføres *kunnskaper*, men en grunnleggende innstilling: *Ansvarsglede og forskerglede*.

Den gang tenkte jeg: Det innebærer at vi, tross den håpløse konflikt overfor våre kunnskaper, ikke skyver oppgavene fra oss. Vi hører så mye om vårt tunge ansvar, men drivkraften er likevel følelsen av glede, når vi tross alt mestrer et problem.

Men han oppdro gode forskere. Noen av dem har vært med på å skape viten om mennesket – egentlig gjenoppdagelse av gamle sannheter, men nå bygget på vitenskapelig holdbare undersøkelser.

Glede ved ansvar høres som et paradoks. Men nå vet vi at passivitet og følelse av maktesløshet er farlig. Aktivitet og bevis for at man selv, i egen person, makter å gjøre noe – det er sunnhet. Vi strever med å integrere dette med våre andre kunnskaper. Ikke så lett! For skillet mellom kropp og sjel er egentlig utvisket, og vårt språk er utilstrekkelig. Det bygger jo på en dualisme: «Psyke og soma er vesensforskjellige» – og det er ikke sant mer.

Glede over forskning er også innebygget i mennesket. Det er ingen grunnleggende forskjell mellom et barn som studerer en eske («Så rart at hånden min blir borte – men blir den egentlig borte?») og en forsker som tenker: «Den plagsomme soppen ødelegger bakterier – ødelegger bakterier???» Slik begynte eventyret om penicillin.

Vår kjære professor begynte bare litt tidligere med slike tanker. I dag ville han kanskje sagt: Vi må lære studentene å være mennesker, uten redsel for å leve. Og at: Målsetningen for et studium burde være: *Å gi studentene kunnskap, men i en slik form at ansvarsgleden og forskergleden blir oppmuntret, og ikke drept.*

For pedagoger er dette forhåpentligvis «barnelærdom». Men de vet også hvor vanskelig det er å få til slik undervisning. Godt motiverte studenter tåler det utroligste av dårlig pedagogikk. Men overfor ethvert noe innviklet fag kommer perioder med depresjon. De kan lettes av et godt system og av gode lærere.

I «gamle dager» fantes ikke universiteter. Fagfolk – inklusive leger – ble utdannet på «håndverkervis». En mester hadde noen svenner og flere lærlinger. Undervisningen foregikk ved å snakke mens man arbeidet, peke på detaljer, demonstrere teknikk og la lærlingen få prøve seg under oppsyn.

Med universitetene kom en økende formalisering av undervisning, etter hvert som en «hellig treenighet»: Forelesning, bøker, eksamen. Praktisk opplæring ble beholdt, men i økende grad forsømt og ofte gitt av de minst skolerte «svenner».

Forelesning, bøker og eksamen innebærer at mange hører, leser og blir spurt om det samme. Standarden kan være meget høy, og formen er økonomisk

billig. Det sørgelige er at studentene egentlig lærer svært lite.

For å holde en forelesning som er så god at kunnskaper «sitter», det er en kunst som få mestrer. Men *alle* fagfolk elsker å snakke fag, både med kolleger og å forklare ting for andre. Jeg har lært mere medisin av å henge ved et korridorhjørne og høre mine overordnede tenke høyt, enn av de fleste forelesninger. Jeg har også fått atskillige «aha»-opplevelser ved å gjøre ting selv, og få saklig kritikk. «– å gå og bruk stetoskopet på den pasienten om igjen, *der*, skriv journalen om igjen», sa reservelegen. Attpåtil tidde han stille, da overlegen roste min journal dagen etter.

Medisin er ikke bare håndverk, ikke bare teori. Altså må studentene lære faget på mange forskjellige måter: Lytte, lese, se, føle, gjøre håndgrep, fomme med instrumenter – og ha tankene med seg hele tiden.

Mye god debatt er sløst bort med å krangle om fagenes rekkefølge i studiet. For meg er det omtrent likegyldig om det starter med psykologi, kjemi, vaske syke folk eller glo på urinprøver. Studentene kan ikke bli leger før de har vært gjennom «hele mølla» likevel.

Det samme gjelder de fleste fag: Studenten *må* starte med en del tilsynelatende usammenhengende og irrelevante biter av fakta. I løpet av studiene skjer en gradvis *integrasjon* av kunnskapene. Studenten oppdager sammenhenger, og kan bruke bitene til å få innsikt på et høyere nivå enn før. Treningen skal være så intens at det innarbeides *refleks*er.

For en lege *skal* «høyfebril og slapp» medføre en uimotståelig trang til å undersøke pasientens nakke og hud, uten å måtte tenke ordet meningitt. Det er en medisinsk refleks. Bakom ligger

en mengde integrert kunnskap: Nakkens anatomi, spinalvæskens trykkregulering, inflammasjonens mysterier, bakteriologi – og praktisk trening. For hva innebærer egentlig «slapp»?

Prinsippet ligner bilkjøring: Gode sjåfører *skal* løfte foten fra gasspedalen *før* de har tenkt over hva som beveger seg i veikanten. Sykling, bilkjøring og fag som medisin ligner også hverandre i at vi føler oss ganske usikre som elever, men når ferdigheten er mestret, kan vi grunnlaget for bestandig. Vi *er* sjåfører, og det er noe mer enn å «kunne kjøre en bil».

De medisinske refleksene har en ekstra vri: Når vi har funnet at nakken er myk, og at utslett mangler, skal vi fortsette med: «Hva feiler pasienten da?» «Sjekklistene» kan være bra, men menneskene er, som sagt, i stand til å rote seg borti en uendelig mengde helsefarlige situasjoner. Derfor må vi ha store mengder kunnskaper svirrende rundt i våre hoder. Jeg har ofte følelsen av at mitt hode inneholder en grå, ugjennomsiktig suppe. Overfor hver pasient går jeg på fisketur i suppen. Noe får jeg som oftest tak i. (En gammel støvel? Ja *det* kan da godt gi hodepine – musklene henger sammen fra tærne til hodeskallen –.)

Under et studium kan læren neppe påskynde integrasjonsprosessen, men de kan lette den og gjøre den lystbetont. Jeg underviste på en husmorskole i helselære, og oppdaget hvor vanskelig forelesning kan være. Der foregikk også en integrasjonsprosess: Rengjøring, stell av fisk og søm inngikk forbindelse med økonomi, kjemi – og helselære. Målet var at eleven skulle komme ut av skolen med noe bedre refleks angående husførsel og på et høyere nivå av integrasjon. Jeg hadde stor fordel av å bruke egne erfaringer som husmor –

og fortelle elevene om mine egne helsemessige bommerter («Den kålrabistappen som ble stående utildekket utenfor kjøleskapet litt lenge – og ga familien en svært strevsom natt –»), og prøve å overføre noe av min egen dype beundring for mennesket.

I helsetjenesten fins mange grupper tjenere. Forskjellen mellom lege, sykepleier og hjelpepleier fins, tror jeg, mest i utdannelsens *lengde*. Etter seks år får man et dypere og bredere kunnskapsgrunnlag, og – på samme måte som for husmorskoleelevene – kunnskapene er integrert på et høyere nivå.

Det samme kan ses i f.eks. byggefag: arkitekt og ingeniør har like lang utdanning, men dybden i kunnskapene er på forskjellige områder. De må begge samarbeide med snekker, rørleger, murer og elektriker. Disse kan sin del av byggeprosessen utmerket, men mangler den oversikt over de andre fagene som både ingeniør og arkitekt må ha. Når disse forskjellige fagfolkene kan samarbeide og ha respekt for hverandre, blir bygget godt.

Gjensidig respekt og samarbeidsprinsipper kan også læres – *bør* læres – under et studium, ikke minst av dem som skal fungere på de høyeste integrasjonsnivåer. I en legepraksis er jeg den person som har fått samfunnets autorisasjon for «å ta syke i kur». Mine medarbeidere fungerer under mitt ansvar. Men jeg har da også ansvar for å gi dem gode oppgaver – som kan gi *dem* ansvarsglede og forskerglede. Jeg burde ha lært mer om det.

Men – jeg burde lært mer om alt. «Den vise vet at han ingenting vet» – så vis er jeg ikke. Men livet har lært meg at min kunnskap er begrenset. Nåja – lærerne hjalp godt til. «Det var bra, men dette er riktig ille», sa professor Tøgersen. Kankje en av

grunnene til at vi var så glade i ham?

En drøm for neste generasjon

Studiets formelle oppbygging bør etter min mening vris mere vekk fra den hellige treenighet (forelesning, bøker, eksamen) og mot «håndverker-metoder». Studenter har alltid dårlig tid, og stoffmengden er uendelig. Kunnskaper bør derfor innarbeides i en *form* som gjør at de «sitter fast», fremelsker forskerglede og letter integrasjonen.

Det gjøres aller best i *dialog*, i små grupper. Tilsynelatende en dyr form, med fare for mangel på standardisering. Hvis en trent lege har mot til å «stille seg åpen» for studentene, omkring en pasient eller et emne, trengs mindre forberedelser enn til forelesning. Motet er nødvendig, for legen kan få spørsmål han ikke vet svaret på. Dialog tar lenger tid, men større mengder av kunnskaper blir «sittende».

En studieplan må alltid legges opp med en viss pessimisme angående den menneskelige natur. Både lærere og studenter må «tvinges» til å være til stede for hverandre. Mangelen på slik tvang viser seg ofte i uketjeneste, og vi oppdager forsømmelsene for sent. Da angrer vi på vår dovenskap. Men var det bare dovenskap? Jeg syntes det var bortkastet tid å traske langs korridorene i hælene på en taus lege, eller sveve rundt og vente på at noe skulle skje. Jeg følte at jeg var til bryderi, forstyrret arbeidet med pasientene.

Enn om *alle* leger ved universitets- og turnussykehus fikk betaling for å «somle til faste tider»? Da kan studentene spørre og bli spurt, få sy noen sting eller føre en punksjonsnål.

Nå er det slik at en «åpen» sykehuslege skamløst blir utnyt-

tet av studenter og underordnede, uten å få annet igjen enn takknemlighet.

Ved slik «systematisk somling», med tid for dialog, får også både studenter og lærere stadig øvelse i å *bruke språket*. Den øvelsen er aldri bortkastet, hverken for professorers eller leger in spe. Å overføre kunnskap er en kunst man aldri blir utlært i.

Eksamen har vært mye diskutert, og karakterer. En formell, standardisert test skal tjene flere formål:

1. Studentenes – som målsetting under studiet, og som målestokk (til sorg og glede) på kvaliteten av eget arbeid.
2. Lærerens – for å evaluere sin egen undervisning.
3. Samfunnets – som en forsikring om at eleven kan slippes løs på yrket.

Karakterer er nyttige for de to første formål.

Å måle småbiter av fakta er det *minst* viktige ved eksamen, men det letter arbeidet for eksaminator og sensor. Det vesentlige skal være å vurdere om studenten, i en presset situasjon, er i stand til å mobilisere sine ressurser, og klare å vise en rimelig grad av *integrasjon*: Bruke sine fakta til analyse og vurdering, og med henblikk på en handlingsplan.

Min egen avsluttende eksamen i indremedisin kan illustrere dette: Jeg skjønnte ikke annet enn at pasienten var syk, og hadde hoste. Lungesykdom bød seg fram, men jeg hørte ikke noe unormalt, og ingen sykdom jeg kunne tenke på passet. I desperasjon begynte jeg å gå gjennom anatomien: Hva fantes i brystkassen som kunne gi sykdom, hoste – uten lyder? Noe som satt midt inni, eller noe som var spredd i hele brystet? Ingen syk-

dom jeg kom på, passet imidlertid med sykehistorien.

Til sist forbarmet professor seg over meg, og viste fram røntgenbildene: Der var massevis av prikker (hvite denne gang). Pasienten hadde en sjelden og ondartet form av tuberkulose (miliær) – og forløpet var atypisk.

Professor sa etterpå: «Dine kunnskaper var ikke imponerende, men du klarte å bruke dem til noe fornuftig.» Godt å ha som en skatt å ta frem, når verden ble innviklet siden.

Husmødre gjennomgår også en integrasjonsprosess, uansett formell skolering. I begynnelsen er det vanskelig å begripe at mel, egg, smør og bakepulver sammen kan bli noe helt nytt, når de blandes etter et bestemt rituale og oppvarmes. Men etter hvert blir «lage kake» noe selvsagt.

Norske husmødre har pålagt seg selv en årlig «eksamen»: Juleforberedelser. Innen en streng tidsfrist skal alle hennes delfag stilles på prøve: Rengjøring, matlaging, familiens trivsel, økonomi, diverse pynt. Hun «står» når hun klarer å integrere delene til en helhet, helst uten mas og mistrivsel.

Den kollektive desember-galskap har ofte undret meg. Men det kan hende at vi trenger den årlige «eksamen», som håndfast bevis på at vi mestrer vårt fag. I hverdagen er det så lett å glemme at det er en helhet.

Og så: Hva husker vi best i stress-situasjoner? Jo, det vi lærte av våre mødre, i tillitsfull dialog med innlagte praktiske øvelser. Noe så seiglivet som juletradisjoner. Når nå menneskene engang lærer best under slike forhold, burde det være god økonomi å satse mer på slik undervisning i andre fag. For medisin/ingeniørfag osv. er jo ganske viktige, de også?

Berit Tveit
Boks 3555, 5030 Fyllingsdalen

Videreutdanning i samfunnsmedisin: **Kommunelegekurset 1994**

Kurset blir arrangert på Statens institutt for folkehelse (Folkehelse) i Oslo mandag 22. august – fredag 25. november 1994 (14 uker).

Kommunelegekurset (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger) dekker kravene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og teller også som spesifisert kurs i spesialistutdanningen i allmennmedisin med i alt 175 timer innen videreutdanningen eller 180 timer innen etterutdanningen.

Kurset har en styringsgruppe med representanter fra Kommunenes Sentralforbund, Statens helsetilsyn, Den norske lægeforening og Folkehelse.

Kurset har som mål å dyktiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

- overvåkning, analyse og påvirkning av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne
- overvåkning, analyse og ledelse av helsetjenesten
- planlegging, administrasjon, kvalitetssikring og evaluering av tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom.

Målbeskrivelsen vektlegger undervisning i følgende hovedfag:

- helsetjenestekunnskap (organisering, ledelse, helseøkonomi, lovgivning m.m.)
- helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid
- miljørettet helsevern og smittevern
- vitenskapelig metodikk (epidemiologi og statistikk, evaluering m.m.)

Kurset tar opp inntil 25 leger, som alle må ha heltids permisjon fra arbeidsgiver. Inkludert et skriftlig arbeid regnes kurset som ett semesters studium.

Søkere anbefales å forhåndsinformere sine arbeidsgivere om søknaden og tidlig søke om permisjon med lønn. Beskjed om opptak gis i mars.

Det er ingen kursavgift. Borteboende deltakere får et stipend fra Den norske lægeforening, og må selv ordne sitt boligbehov i Oslo. Kurssekretæren kan gi råd om bolig.

Nærmere opplysninger om kurset kan fås hos kurslederen, overlege Jon Hilmar Iversen, Avdeling for samfunnsmedisin, Folkehelse, tlf. 22 04 24 05, eller kurssekretæren Randi Hager, tlf. 22 04 23 45.

Søknadsfrist 15. februar 1994

Søknadsskjema med nærmere opplysninger fåes hos fylkeslegene. Søknaden skal sendes til fylkeslegen i det fylket søkeren arbeider.



Universitetet i Tromsø

Videreutdanning i samfunnsmedisin/folkehelsevitenskap

Fagområdet medisin, Institutt for samfunnsmedisin, tar opp studenter til ett-årig og ett-semesterens videreutdanning i samfunnsmedisin. Studietilbudene er opprettet med økonomisk støtte fra Den norske lægeforening, og bygger på problemorientert undervisning. Legeforeningen yter stipend etter fastsatte retningslinjer. Høstsemesteret starter uke 34, og er felles for de to studietilbudene. Studiet er godkjent med 175 kurstimer også for spesialiteten allmennmedisin. Godkjent MPH-grad gir ekstra meritt (konf. Lægeforeningens årbok).

Ettårig videreutdanning i folkehelsevitenskap

Studiet tilsvarer utdanning til Master of Public Health. Universitetet i Tromsø kan, på grunnlag av tidligere oppnådd grad med omfang og nivå tilsvarende cand.mag., tildele graden Kandidat i folkehelsevitenskap, som gir rett til samme tittel.

Ett-semesterens videreutdanning i folkehelsevitenskap

Eksamen fra første semester godkjennes som obligatorisk teoridel til spesialiteten i samfunnsmedisin (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger).

Studietilbudene er heltidsstudier, og er primært beregnet for leger som har, eller tar sikte på, administrative stillinger i kommunehelsetjenesten eller institusjonshelsetjenesten. Studiet er også velegnet for leger som vil gå inn i forskning. Annet personell med helse/sosialfag utdanning og erfaring fra helsearbeid kan tas opp dersom de har utdanning som tilfredsstillende kravene cand.mag. eller tilsvarende og min. 2 års yrkeserfaring.

Undervisningen omfatter følgende emner:

- Epidemiologi og medisinsk statistikk
- EDB i helsetjenesten
- Forebyggende helsearbeid
- Organisasjon og ledelse
- Helseøkonomi og beslutningsteori
- Miljøretta helsevern

I andre semester vil emnene bli videreført med vekt på organisasjon og ledelse. Studentene skal i tillegg arbeide med egen oppgave under veiledning.

Søknadsfrist: 20. februar 1994

Nærmere opplysninger:

Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø. Telefon: 77 64 48 16.

TIL PARIS – men ikke for å danse tango

Tema med utrolig mange variasjoner: forskning i europeisk allmennpraksis – høstmøte i EGPRW.



Fra den tiden reiser enda var reiser har en god tradisjon overlevd: Å fortelle. I mitt morsmål heter det: «Wenn einer eine Reise tut, dann kann er was erzählen». Og i denne spesielle sammenhengen jeg vil berette om er det ikke bare slik at jeg kan, men jeg bør. For reisen er betalt av dere, kjære kolleger. Forundrede blikk treffer meg ikke, og forklaringen er: som NSAMs representant deltok jeg i høstmøtet i EGPRW. Nå kunne jeg si: Skam på alle som enda ikke vet hva det er. Men med det ville jeg nok tilkjennegi en aldri så liten fornærmelse over alle som ikke leste det jeg skrev den gangen jeg var i Varenna (1) og i Nottingham (2). Dessuten var jeg også i Porto, men det skrev jeg ikke om – og det ville blitt en helt annen historie.

European General Practice Research Workshop står forkortelsen for, EGP (uttalt på engelsk) blant deltakerne, venner og kolleger. Denne gang fra 14. til 17. oktober i Paris. For en kronisk europeer som meg er Paris forbundet med hjertebank, med fryd over gjenkjennelse, med respekt for all den innbakte historie, med trygghet om være hjemme på en rar, dog ubestridbar måte. Kjente silhuetter som fremkaller lengsel, kaotisk liv på storslåtte plasser, forgjettede navn med savn i seg – hva gjorde det da at det plaskregnet? Ved Metroens og Dominiques hjelp landet vi alle etter møtet for de

nasjonale representanter fra hele 18 europeiske land trygt ved det festdekkede bord i La Coupole, ett av de spisesteder med magi i navnet. Og mens bilene bokstavelig fløt langsmed Boulevard du Montparnasse dinerte vi. Intet mindre. Simone de Beauvoir og venn Jean Paul hadde akkurat gått, Camus satt angivelig i et hjørne langt unna, Celine var observert i garderoben og Marguerite Duras ventet på hovmesteren, i hvert fall lignet hun veldig – men vi hadde plass. Det hadde bare delvis tout Paris, resten stod ved baren og så sul-ten på oss mens de konverserte synlig parisisk.

Men møtet vårt gjaldt ikke mat. Det bekjentgjorde vår vert og franske kollega, medlem i Société Française (min amerikanske Macintosh kan ikke franske krøller – eller jeg kan ikke Mac) Dominique Huas, da han neste dag åpnet konferansen. Da var omtrent 50 kolleger til stede, og hele 21 europeiske land representert. Og alle våre franske kolleger led stille og tappert fordi konferansespråket i EGPRW er engelsk. Alltid.

Dominique Huas fortalte om fransk allmennmedisin. Ingen velger den – i hvert fall ikke frivillig. Allmennpraktiker blir man når man ikke kan bli noe annet – les: noe bedre. Slik har det vært, slik er det stort sett enda. Prestisjen knyttes til spesialitetene. Allmennpraktikerne har hverken fått øye på hveran-

dre eller sin nøkkelposisjon i en kvalitativ bedre fremtidig helse-tjeneste enn den Frankrike har i dag, der kundene er kongene og det frie legevalget rår, der legeshopping er en vogue, og der en allmennpraktiker bare velges når ingen spesialist står til disposisjon.

Allmennmedisinernes dårlige selvbilde speiles i tydelig fragmenterte profesjonsinteresser, avlesbar fra Dominiques avslutningssukk: «The associations of general practitioners are a vast problem. They are many. And the unions. Two of them are representatives of the GPs, and they negotiate with the government and the national health insurance.» Han unnlot å si nøyaktig hva de andre gjorde, men mange av dem vil være med på å påvirke utdanningen, særlig videre- og etterutdanningen av leger. Bare en av dem konsentrerte seg om både studium og tiden etterpå. Av Frankrikes i alt 42 medisinske fakulteter har 20 i løpet av de siste tre år opprettet professorater i allmennmedisin. Den første innehaver av den allmennmedisinske lærestol ved Universitetet i Paris er en patolog! Han ble tilsatt i 1991.

Jeg gjorde meg en rekke tanker ved denne introduksjonen, denne lille fortellingen i den store samling av «hvordan allmennmedisinen har det i Europa». Og plutselig var innsiden av mitt hode mer skandinavisk enn da jeg satt på la Coupole mellom en

hollandsk, en fransk og en russisk kollega ved min ende av bordet. Men da snakket vi mat og litteratur og musikk. Og litt medisin, men først etter desserten.

Konferansens hovedtema gjaldt Research in and management of chronic diseases. Hele 25 bidrag var viet dette emne, der man tematiserte så kompliserte fenomener som hypertensjon, hepatitis, diabetes, Lymes sykdom, tungmetallforgiftninger, thyreoidealidelser, leggsår, den syke familie med de vandrede symptomer, apopleksi og somatisering. Men i medisinsk forståelse kan de fleste fenomener her i verden forenkles til diagnoser og entiteter. Og man snakket om og forsket i alkohol. Franske kolleger er opptatt av alkohol. «Vi tenkte oss nok det», humrer nå hver skandinavisk leser. I Frankrike skiller man mellom «the dependents, problem drinkers, hazardous drinkers and abstainers.» All helse- og skadetenkning omkring alkohol er knyttet til individet, tillatte grenser for antatt akseptabel konsum synes rause og behørig kjønnsforskjellige (det oppsto en debatt om grensene for tålelig, skadelig og farlig konsum – og tenk, også grensene fløt). I fransk forståelse er «harmful drinking» et uttrykk for konsum med *leverskade* til følge. Det er aldeles ikke vitenskapelig korrekt å snakke om *familieskade* som en kanskje mer relevant vurderingsramme. Men så vet jo også alle i mellomtiden at det er sunt å drikke – litt. I hvert fall dør man da ikke så lett av hjerte-kar-sykdommer.

I Russland dør man av alt. Alkoholkonsumet stiger, det samme gjør også spebarnsdødeligheten. Miljøskader av fullstendig overveldende omfang trer frem fra skyen av dogmatisk støv som henger igjen etter imperiet som falt i grus. Vår kollega fra

Moskva, som fra sitt kontor ser fasaden av Det hvite hus som nå er sort på toppen, beskrev de siste dramatiske hendelser i hjertet av Russlands politiske makt som noe som virket nærmest iscenesatt for internasjonalt fjernsyn (noen mumlet noe om hvordan vi konstruerer vår virkelighet). Han tydeliggjorde hva helse og uhelse er på russisk. Aldri betyr *de samme* ord *det samme*, skiftende kontekst skifter ordenes mening – det ble udiskutabelt for de som lyttet. Spørsmålet som sto i rommet var: Hvem i all verden skal organisere en adekvat primærhelsetjeneste i et slikt land i en slik situasjon der alt mangler, til og med relevante og basale bakgrunnsdata. Mitt hemmelige ønske om at kollega Valerij kanskje hadde overdrevet litt for å vekke vår medfølelse og vår beredskap til å tre til med hjelp og råd ble etter min hjemkomst skammeliggjort av Berit Olsens brev fra Russland om helsevesenets tilstand til Tidsskriftet for Den norske lægeförening (3) der hun bekreftet alt jeg hadde hørt i Paris – og helst ikke ville tro.

Vår faglighet har mange sider. Av og til kunne jeg ønske å kunne tømme hodet mitt helt for doktor-tanker. Det prøvde jeg den andre kvelden da jeg sammen med gamle studievenner skulle følge Wenche Foss inn i hennes kulinariske Paris. Hun hadde fortalt så forførende om fiskeboller i restauranten Le Train Bleu i selve stasjonshallen på Gare de Lyon. Da Metroen vår gled inn i stasjonen bet plutselig de hydrauliske bremsene til. Folk ble beveget i alle retninger og rundt alle midtstolper inne i toget. Så skjonte vi at det som hender nesten daglig i Paris hadde hendt her og nå: Et menneske hadde latt toget ta sitt liv.

Jeg fikk spist i le Train Bleu. Et utrolig stykke jernbanekultur

åpenbarte seg. Selv fiskeboller blir noe helt annet og noe mer når de lyder navnet Quechenelles Lyonnaises. Men inne i doktorhodet mitt satt en togfører som måtte la bremsene avgjøre valget mellom ett menneske på skinnen foran seg og mange mennesker i toget bak seg. Det ble ikke den frie, løsslupne glade Pariskvelden med venner som jeg hadde sett frem til.

EGPRW lever videre, vil gjerne ha flere medlemmer og flere deltakere på vårens og høstens møter. Hva med den 5.–8.5.94 i København, eller den 13.–16.10.94 i Ljubljana?

Spesialistkomiteen i allmennmedisin godkjente den 15.12.93 deltakelse i EGPRW møter som tellende timer i videre- og etterutdanning med refusjon fra fond II.

Anne Luise Kirkengen
Institutt for allmennmedisin
Ullevål sykehus, Oslo

KILDER

1. Kirkengen AL. Brev fra Varenna. EGPRW-høstmøte Varenna/Como, Italia. Utposten 1991:20;365.
2. Kirkengen LA. Valg og vår i Nottingham. EGPRW-vårmøte 9.–12. april 1992 i Nottingham, England. Utposten 1992:21;232–3.
3. Olsen B. Moskva: Russland er ikke et land, ikke et folk, men en tusenårig sykdom. Tidsskr Nor Lægefören 1993:113;3167–70.



Vedr. prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutiner

Fra radiolog Gunnar Kullmann ved Røde Kors Klinikk i Oslo har vi mottatt følgende tilsvaer på vårt oppslag i nr. 6/93 om prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutiner.

Oppslaget i Utposten nr. 6/93 ga rom for misforståelser omkring ovennevnte rutiner. Vårt institutt (Brystinstituttet) i Gjøvik, er godkjent av Helsedirektoratet uten refusjonsrett. De kvinner som søker vårt tilbud, betaler undersøkelsen selv, uavhengig av om de har henvisning eller ikke. Dersom det på primærundersøkelsen blir gjort positive funn, må kvinnen etterundersøkes. Denne etterundersøkelsen er basert på mistanke om sykdom i brystene, og kvinnene kommer således inn under vanlige regler for trygdesystemet.

De fleste praktiserende leger i Østlandsområdet, vil være kjent med at kvinner søker denne type tilbud. Uavhengig av om legen i utgangspunktet synes tilbudet er fornuftig eller ikke, må han/hun akseptere at dette skjer, og hjelpe pasienten med å få gjort de nødvendige etterundersøkelser. Jeg er imidlertid den første til å innrømme at nettopp dette forholdet er det største ankepunktet mot selvvalgte rutineundersøkelser. Det er

også derfor vi har valgt å legge stor vekt på å kunne tilby både pasienten og pasientens lege raskest mulig og best mulig, å løse problemet.

Hvor og hvordan denne etterundersøkelsen gjøres, er hovedspørsmålet som er stillet. At disse kvinner er berettiget støtte fra Folketrygden, bekreftes fra Rikstrygdeverket. Det er likeledes et faktum at klinisk mammografi ikke tilbys i Oppland. Således må pasienten til Oslo for de nødvendige etterundersøkelser. Hvis man ønsker å gjøre en palpasjonsundersøkelse av pasienten hos primærlege, er det naturligvis ingenting i veien for dette. Denne undersøkelsen vil likevel ikke overflødiggjøre den «trippeldiagnostikk» som kan gjøres når pasienten undersøkes ved et kompetansesenter. I praksis må derfor pasienten undersøkes ved Radiumhospitalet, Ullevål Sykehus eller ved Røde Kors Klinikk. Ved de to førstnevnte er det ca. tre ukers ventetid fra rekvisisjonen mottas til undersøkelse blir gjort. Noe lenger hvis pasienten også skal vurderes av kirurg. Her ved Røde Kors Klinikk kan vi gjøre etterundersøkelsen innen en uke etter at primærsvaer foreligger. Undersøkelse ved Radiumhospitalet eller Ullevål Sykehus vil belaste Trygdekassen og Oppland Fylke etter samme retningslinjer som

Røde Kors Klinikk vil gjøre det.

Vi har sett fordelene ved å ta pasienten direkte til oss for videre utredning som så store, både for pasienten og hennes lege, at vi har gjort dette etter de retningslinjer som nå kritiseres. Dette er også den arbeidsmodell som ble presisert da Instituttet ble søkt godkjent. Jeg kan derfor kun se ett problem med den arbeidsmodell vi hittil har fulgt, og det er måten henvisningen til etterundersøkelsen blir generert. Til nå har vi altså skrevet denne i legens navn, samtidig som vi har underrettet legen om dette forhold. Etter samråd med Rikstrygdeverket, vil vi dog endre våre rutiner på dette punkt. Vi vil samtidig informere pasientenes egen lege om de funn som har vært gjort, samt anmode om at etterundersøkelse iverksettes. Med disse endringer i rutinene våre vet vi, at vi pålegger primærlegene merarbeid, men vi håper vi møter forståelse for dette. Vi vil fortsatt legge meget stor vekt på å gi kvinnene et raskt tilbud om etterundersøkelse her ved klinikken. Dette for å unngå unødvendig engstelse hos pasienten, og for fortsatt å kunne stå innenfor et helhetstilbud som jeg mener kommer kvinnen og hennes lege til gode.

Gunnar Kullmann
Oslo 12. januar 1994

Abonnementsprisen for
UTPOSTEN
er kr. 300,- pr. år fra 01.01.94.

Psykiatrisk forskningscenter for Finnmark og Troms (PFFT)

FORSKNINGSSTIPEND

Finnmark og Troms fylkeskommuner har sammen med statlige myndigheter og Universitetet i Tromsø (UiTø) etablert PFFT. Senteret samarbeider nært med fagområdene psykologi og psykiatri ved universitetet, og har egne lokaler ved Åsgård sykehus.

PFFT har som målsetting å fremme klinisk voksenpsykologi/psykiatrisk forskning med relevans for helsetjenester i Finnmark og Troms. Det lyses herved ut følgende stipend:

Forskningsstipend

Dette kan søkes av forskere og klinikere. Det kan søkes om midler til drift og delvis til dekning av lønn.

Hovedoppgavestipend

Dette kan søkes av studenter som planlegger eller er igang med hovedoppgave innen forskningsområdene klinisk psykologi/psykiatri.

Student(forsker)stipend

Dette kan søkes av studenter som ønsker å utføre forskning, f.eks. i tilknytning til utvidet hovedoppgave.

Ingen av stipendiene er knyttet til noen særskilt utdanning.

Utfyllende opplysninger fås ved henvendelse til undertegnede.

Søknad sendes *innen 1/4 '94* til:

Psykiatrisk forskningscenter for Finnmark og Troms v/adm. leder Bjørg Hunstad, Institutt for samfunnsmedisin, MH-bygget, 9037 TROMSØ.

Nærmere opplysninger kan fås hos styreleder, overlege Tore Sørli, Åsgård sykehus, tlf. 776 21 000, eller professor dr. philos. Arne Holte, Psykologiseksjonen, UiTø, tlf. 776 45 290.

Søknadsskjema fås ved henvendelse til Hunstad på tlf. 776 44 826 – adresse ovenfor.

«Søkelys på samfunnsmedisinen»

I disse dager går det ut et større spørreskjema til samfunnsmedisinere i kommuner og bydeler, i regi av Folkehelse. På flere måter tar denne undersøkelsen av anvendt samfunnsmedisin utgangspunkt i Olav Rutles undersøkelse av allmennmedisinen for vel 10 år siden, og kan også oppfattes som en oppfølging av legekårsundersøkelsen.

Målsettingen er å finne hva anvendt samfunnsmedisin i 90-årenes kommuner og bydeler er blitt, hvilke arbeidsmessige beting-

elser samfunnsmedisinere har, hva de gjør og hvordan. Målgruppen er kommunelege I, bydels/distrikts/kommuneoverleger, leger som er helsesjefer, og eventuelle andre leger i samfunnsmedisinsk arbeid.

Undersøkelsen tar sikte på å samle informasjon om blant annet arbeidstid, møtevirksomhet, samarbeidspartnere, tilsynsvirksomhet og prioriteringer. Den vil gi innspill til både kvalitetssikring og fagutvikling av samfunnsmedisinen, og vil derfor være et viktig

grunnlag både for OLLs, spesialkomiteens og myndighetenes arbeid med samfunnsmedisinen.

OLL-styret har anbefalt undersøkelsen, og anmoder sine medlemmer om å delta i den.

Prosjektleder er Betty Pettersen, og prosjektet utgår fra Seksjon for Helsetjenesteforskning ved Folkehelse.

Så vær obs. i disse dager for en konvolutt fra Folkehelse, – det kan være at du blir bedt om viktig informasjon og synspunkter!

Symptom Råd Tiltak

Svar som beroliger og hjelper.

Veiledning ved pasientrådgivning.

Av Betil Marklund

Anmeldt av Kjell Johansen.
239 s., tab. ISBN 91-972152-0.

Det var ved 2. Nordisk kongress i allmennmedisin, Bergen 1981 at Bertil Marklund første gang presenterte hva han og hans vårdcentral hadde gjort for å heve pasientmottakernes kompetanse og derigjennom effektivisere samarbeidet mellom leger og medarbeidere. Senere har dette kommet i bokform, og nå oversatt til norsk og bearbeidet for våre forhold av Tor-dis Øvergaard Olsson og Tove og Olav Rutle. Legenes medarbeidere er ofte de aller fremste i førstelinjetjenesten. De blir satt til å tolke, sortere og prioritere henvendelsene. Svært ofte forventes det også at de på egen hånd skal gi råd og veiledning og iverksette ulike tiltak. Dette er meget vanskelig, en portnerjobb hvor det er feil å slippe gjennom for mange og en katastrofe å stenge ute de som virkelig trenger hjelp.

Denne boken er ment som et hjelpemiddel for de som har denne funksjonen. Den tar for seg 70 vanlige sykdommer og symptomer, f.eks. «prikkede barn», eczem, hodelus, leddsmerter, akutte magesmerter, søvnvansker, urininkontinens, feber, reisesyke...

De er satt opp i flytskjema for naturlig utspørring på én side med kommentarer på motstående side. På grunnlag av systematisk utprøving gjennom år presenteres på den måten det som er praktisk gangbart i slike situasjoner. Her gis det informasjon om egenomsorg, når det bør tas fornyet kontakt, hvor snart lege bør eller må vurderes tilstanden.

Boken inneholder et vell av nyttig kunnskap, presentert i en oversiktlig form og en knapp, lettest stil. Den er med andre ord lett å bruke og rask å slå opp i hvis man har den liggende for hånd. På den annen side er det ingen uttømmende lærebok. Det vil alltid kunne diskuteres hva som skal med i en slik fremstilling. Bør f.eks. en depresjonsskala være med, eller er det nok med «nedstemthet, manglende initiativ, angst og uro» som symptombeskrivelse med noen ord i tillegg om selvmordsfare og tidlig oppvåking slik det er gjort i dette tilfelle? Stoffomfanget kan på denne måten bli for knapt. Derfor må boken også brukes med forsiktighet, tilpasset den enkelte praksis og det samarbeidsmønster man har. Medarbeiderne må alltid ha ryggdekning av lege. Boken må ikke brukes til erstatning av dette, men til kvalitativ bedring på samarbeidet på det kliniske området i en praksis. Boken er også myntet på personell som ikke er i en slik samarbeidssituasjon, f.eks. apotekansatte. Der må den brukes med ekstra stor omtanke.

Systematisert viten på denne måten er en vesentlig basis i en medarbeiders hverdag. Den vil bidra til å beherske mottakerfunksjonen bedre og dermed høyne sikkerheten i arbeidet. Den egner seg dessuten godt som utgangspunkt for intern undervisning hvor leger og medarbeidere sammen utvikler sine rutiner. Oversettelsen og tilretteleggelsen til norske forhold er gjennomgående god. En del sven-



ske ord slår igjennom, som f.eks. i undertittelen «veiledning ved pasientrådgivning». Dette rettes nok opp i neste opplag, som sikkert kommer om ikke alt for lenge. I alle fall burde det være markert for Marklund.

Bestilles fra
Vårdutvecling AB,
Åsavägen 11,
S-462 61 Vänersborg.

Pris NKR. 270,- + forsendelse.

KONGSVOLD- seminaret

14.-16. april 1994

«Legerollen – Det gode liv i allmennpraksis»

Norsk selskap for allmennmedisin arrangerer sitt årlige seminar på Kongsvold fjellstue fra kl. 13.00 torsdag 14. april til lørdag 16. april kl. 12.00.

Forelesere blir den engelske psykiater Glin Bennet, Universitetet i Bristol, og professor Ole Berg, Universitetet i Oslo.

Påmeldingsfrist 20. mars til NSAMs sekretariat: Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Medisinsk teori. Tanker om helse og tanker om sykdom.

Av Anne Louise Kirkengen og Jørgen Jørgensen (red.)

Anmeldt av Eystein Straume.

ISBN 518-3177-6. 154 sider, 178 kr. TANO 1993.



Allmennpraktikerserien er et ektefødt barn av Norsk selskap for allmennmedisin. Siden stiftelsen for 10 år siden har selskapet vært pådriver for utgivelsen av bøker som har fått stor utbredelse blant norske primærleger og som er blitt viktige referanser i det daglige arbeidet.

Nå har NSAM referansegruppe for allmenmedisinsk teori og filosofi gitt ut bok. 10 artikler tar for seg ulike tema, det går fra spenstige og luftige tanker om å skifte fokus fra sykdom til helse og over til kunnskapsrike og innsiktfulle fremstillinger av medisinenes tankeverden gjennom tidene.

Det er betraktninger omkring kropp og språk, om teorimangel som grunn til krise i helsetjenesten, om utdanning, forskning, om taus kunnskap og klinisk skjønn og mer enda.

Det er en fryd å lese artiklene. Språket er elegant, det er tydelig skrevet av kolleger med sans for bruken av språket. For meg ble språkbruken alene en grunn til å lese boken. Og så kan man glede seg over friske spissformuleringer i tillegg.

Stoffet kommer merkelig nær og oppleves å være viktig selv om det er hentet fra områder som ligger borte fra den vanlige medisinske hverdagen. Grunnen til dette er at artiklene er skrevet av kolleger som kjenner allmennpraksis. Med kunnskap og erfaring har de gitt oss stoff til ettertanke, hjelp med håndtering av vanskelige begrep, og avklarende og utdypende omtale av viktige forhold for nettopp vår hverdaglige praksis.

Hver artikkel innledes med en helsides illustrasjon med kinesiske

tegn. Morsomt og til ettertanke. Det gir tanker om hvordan vi kan forstå hverandre og om bruk av bokstaver, ord, språk og metaforer.

Innledningsvis sier redaktørene at medisinsk teori og filosofi vil bli en del av den obligatoriske utdannelsen i allmennmedisin og at de håper boken kan brukes til dette. Med sin nærhet til tema og sin aktualitet inneholder boken rikelig stoff til diskusjon og fordypning. Boken bidrar til å utmeisle allmennmedisinen som egen spesialitet med en fordomsfri omtale av holdninger, verdier og teorier i faget. Forfattere og utgivere gratuleres med et verdifullt bidrag til norsk allmennmedisin.

Betnovat[®] betametason 17 - valeriat

Et referansepreparat til behandling av EKSEM

Krem	15, 50, 100 g.
Salve	15, 50, 100g.
Oppløsning	30, 100 ml.
Liniment	20 ml.

se
Felleskatalogen



Glaxo AS, Postboks 224, 5001 Bergen
Telefon: 55 31 91 30, Telefax: 55 23 01 56

NUELIN DEPOT

(TEOFYLLIN)

ANTI-INFLAMMATORISK EFFEKT...

- Teofyllin virker som en immunmodulator. ①②
- Teofyllin inhiberer inflammatoriske ③ mediatorer som PAF, histamin og leucotriener.
- **NUELIN DEPOT. MARKEDETS RIMELIGSTE RENE TEOFYLLIN-DEPOTPREPARAT.**

Referanser:

- ① B. Shoat et al. Clinical allergy 1983, 13.
- ② Fink et al. Clinical allergy 1987, 17.
- ③ Felleskatalogen Nuelin Depot 1992.

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

3M Pharma

Postboks 100
2013 Skjetten
Tlf. 63 84 75 00

