

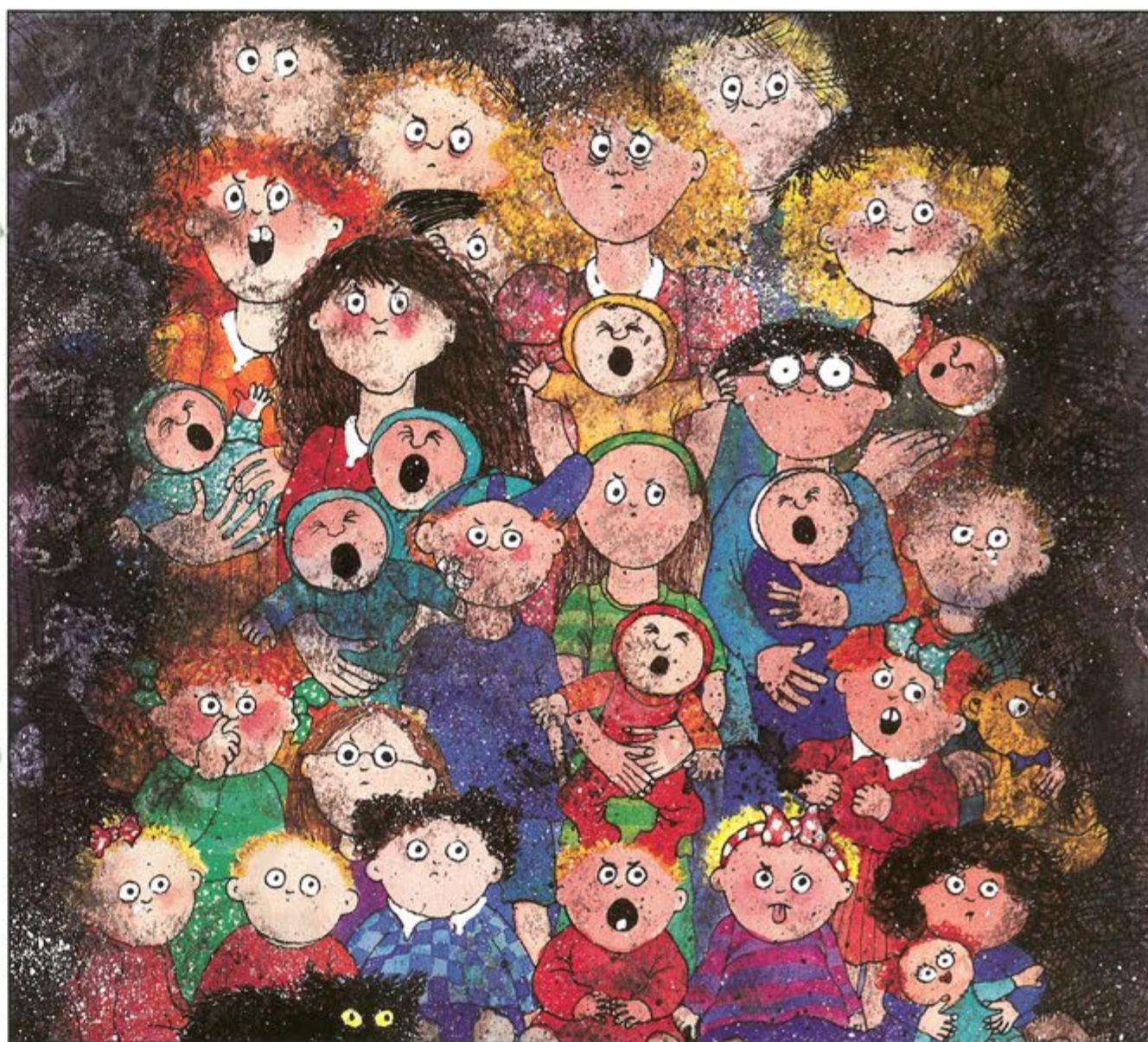
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1994

ÅRGANG 23



**Helsestasjonen
– et smertens barn?**

Nr. 4, 1994

- 135** *Geir Sverre Braut og Helge Worren*
Leder: Helsestasjonen – et smertens barn?
- 136** *Frode Heian*
Helsestasjonenes fremtid – valget er vårt!
- 141** Tabbspalten
- 142** *Eivind Vestbø*
«Det får vera grenser»
- 148** *Snefrid Møllersen og Eystein Straume*
Legers helse og trivsel
- 151** *Elisabeth Swensen, NSAM*
Velkommen til selskapet
- 152** *Anne Matilde Hanstad*
«Attføring under medisinsk behandling»
- 156** Utposten-indeks 1993
- 158** *John Nessa*
Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren?
- 160** Utpostens edb-spalte
- 162** *Åse Mære og Per Solberg*
Fysisk aktivitet i rehabiliteringa av hjertepasienter
- 165** Smil i hverdag
- 166** *Bokmelding*
Pasientundervisning
- 167** *Bokmelding*
Risiko og motivasjon
- 168** *Dag S. Thelle*
De første rekruttene ved et nytt institutt
- 170** *Slik gjer eg det*
Førarkort til eldre
- 171** *Berit Olsen*
Alkoholbehandling i Moskva
- 173** *Kurs*
Kommunikasjon som virkemiddel i forebyggende arbeid
- 174** Forfatterveiledning

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 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Betty Pettersen

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 24 08

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 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Helsestasjonen – et smertens barn?



Helsestasjonstjenesten har lenge vært et smertebarn, både for helsepersonellet og for helsemyndighetene. Mange stiller spørsmål ved effekten av å kontrollere mengdevis av friske barn med tanke på sykdommer som en sjelden finner. Samtidig vokser store barnekull opp med et ytre sosialt og fysisk miljø som burde og kunne vært bedre, selv i vårt velferdssamfunn. Bruker helsestasjonen mest tid og krefter der det er minst å hente?

I forrige nummer av Utposten etterlyste fylkeslege Egil Willumsen vilje til nytenking innen det individrettede forebyggende helsearbeidet (1). Hans resept for helsestasjonene, var å åpne opp for andre yrkesgrupper enn leger og sykepleiere i dette arbeidet. Helsestasjonen må ses fra et annet perspektiv enn bare det helsefaglige!

I plan- og bygningsloven legges det opp til at barns og unges interesser skal ivaretas spesielt gjennom at det skal være en person i det kommunale planutvalget som skal passe på at så skjer (2). Det er interessant å merke seg at denne funksjonen ikke er knyttet opp til helsetjenesten!

I forebyggingsmeldingen som ble debattert i Stortinget nå i vår, finnes det få konkrete retningslinjer for hvordan det forebyggende arbeidet skal drives på lokalt nivå (3,4). Ikke minst er det usikkerhet knyttet til finansieringen av dette arbeidet i konkurranse med f.eks. eldreomsorgen (5). Det er likevel helt klart at myndighetene forventer at det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge drives med utgangspunkt i flerfaglig og tverrsektoriell tenking.

I dette nummer av Utposten, kan vi presentere en artikkel som ser helsestasjonens muligheter ut fra et helsefaglig synspunkt (6). Frode Heian har som utgangspunkt at helsestasjonen må være mer opptatt av helse enn av sykdom. En viktig angrepsvinkel i dette arbeidet, blir derfor å stimulere til samarbeid, både mellom ulike offentlige organer og mellom enkeltmennesker og familier. Utdfordringen til helsestasjonen blir derfor:

- å vektlegge miljøets betydning for helse og sykdom sterkere,
- å fokusere sterkere på det normale, det friske og stimulere til samarbeid, samhold og samvær framfor først og fremst å ettersyke det syke,
- å ivareta sin egenart som en genuint forebyggende instans og i sterkere grad avgrense seg mot behandling og rehabilitering (selv om det her er gråsoner hvor fleksibilitet er viktig).

For å makte en slik utfordring, må såvel legen som helsesøsteren skjerpe sine kunnskaper, ikke minst kunnskapen om virkemidler innenfor det forebyggende arbeid. De har begge (spesielt legene) i altfor stor grad sin kunnskap og identitet knyttet opp mot somatikk og indvidtenkning.

Legen må bli tydeligere i helsestasjonsarbeidet, ikke bare som en medisinsk konsulent. Helsesøsteren må kanskje også renonsere litt på sin etterhvert omnipotente rolle (mer eller mindre selvvalgt) som forvalter av kommunale psykososiale sannheter. Først når helsestasjonen står godt på egne bein og

med grunnlag i egen identitet, vil et samarbeid bli godt og ekte. Da vil også helsestasjonen unngå å bli en forlenget arm for kommunens barnevern og fylkeskommunens barneavdeling.

Valg av samarbeidspartnere gir signaler om valg av strategi. De fleste helsestasjoner har erfaringer med samarbeid med barnevernet og pp-tjenesten; hvor mange har hatt kontakt med barns og unges representant i planutvalget?

Frode Heian *Egil Willumsen*

Litteratur

1. Sykestuefunksjonen må styrkes! Intervju med Egil Willumsen. Utposten 1994; 23(3):115-17.
2. Plan- og bygningslov. Lov av 14. juni 1985, nr. 77
3. Stortingsmelding nr. 37 (1992-93). Utdfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Oslo: Statens tryknings-tjeneste, 1993.
4. Innst.S. nr. 118 (1993-94). Oslo: Statens tryknings-tjeneste, 1993.
5. Tørstad J. Stortingsmelding nr. 37 (1992-93). Høringsuttalelse om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Utposten 1993; 22(6):275-76.
6. Heian F. Helsestasjonens framtid – Valget er vårt! Utposten 1994;23(4): 136-41.
7. Heian F. og Misvær N. Helsestasjonsboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. Kommuneforlaget 1989.
8. Natvig B. Helsestasjonslegens ønskeliste. Utposten 1994;23 (2) 60-62.

Helsestasjonens fremtid – valget er vårt!

Tekst: Frode Heian



Frode Heian er født i 1947. Etter 1 1/2 år på barneavdeling i Tromsø var han kommunelege i Tingvoll i 13 år. Siste 2 1/2 år har han hatt ansvaret for prosjektet Barn - Helse - Miljø; forebyggende og helsefremmende arbeid med utgangspunkt i helsestasjonen. Forfatter av Helsestasjonsboka og til nå en utrettelig optimist.

Nasjonale målsettinger holder forebyggende og helsefremmende arbeid frem blant de viktigste oppgavene for helsetjenesten. På den annen side viser økonomiske oversikter at disse tjenestene *i praksis* blir nedprioritert, både på sentralt og kommunalt nivå. Det er behov for en grundigere markedsføring av dette arbeidet både overfor sentrale og lokale beslutningstakere. Men med et stadig økende arbeidspress innen trange rammer, blir det enda dårligere kår for å begrunne arbeidsfeltets eksistensberettigelse.

Den viktigste forutsetningen

for slik markedsføring er likevel å forbedre kvaliteten på den «varen» som tilbys. Arbeidsmetodene må bedre tilpasses de problemer og utfordringer vi møter i dagens virkelighet, og nytten av metodene må i større grad dokumenteres. Det vil også bety mye for motivasjonen blant dem som arbeider i dette feltet, – og for rekrutteringen til dette arbeidet.

Denne artikkelen omtaler sentrale utfordringer i helsestasjonsarbeidet, og forsøker å peke på veier å gå for å møte disse utfordringene. Den er skrevet ut fra en tro på at vi, tross alt, kan spille en viktig rolle i utformingen av det forebyggende arbeidet for barn. Selv om forebyggende og helsefremmende arbeid er ulike begreper, har jeg her, for å unngå tungvint språk, stort sett valgt helsefremmende som fellesbetegnelse. Dette er forøvrig i tråd med den engelske bruken av «health promotion».

Helsestasjonen er basis for både individ- og miljørettet arbeid

Helsestasjonen har, som eneste instans i samfunnet, regelmessig og nær kontakt med nær 100% av barnefamiliene. Det dreier seg om 15-20 kontakter i barnets første fire leveår, dvs. til sammen 45-60 kontakter for en trebarnsfamilie. For familier med særlige behov er tallet som regel enda høyere. I tillegg starter svært mange helsestasjoner denne kontakten allerede før fødsel, gjennom svangerskapskurs, eventuelt svangerskapskontroll.

Gjennom denne brede og nære kontakten med målgruppen får vi kjennskap til de enkelte familiene. Men vi får også et bilde av barnas generelle oppvekstmiljø. Denne innsikten gir et godt utgangspunkt

for både det individ- og det miljørettede arbeidet som helsestasjonen er pålagt.

Uklare grenser for virksomheten

De omfattende retningslinjene (1) har ført til aktivitet i mange retninger, ofte med uklare grenser mot oppgaver som bærer mer preg av støtte, behandling og rehabilitering enn forebygging. Et aktuelt eksempel er økende involvering i barnevern (på barneverntjenestens premisser). Selv om helsestasjonen fortsatt må være fleksibel i enkelt saker, må hovedregelen være at vi holder på helsestasjonens posisjon som genuint forebyggende instans.

Når det gjelder samfunnsmedisinske oppgaver er det viktig å presisere at helsestasjonen ikke er ansvarlig for gjennomføringen av alle de tiltak som peker seg ut. Oppgaven er i de fleste tilfeller å formidle den nødvendige innsikt videre til andre instanser som forvalter de *virkemidler* som kan danne basis for helsefremmende tiltak. Det er i denne rollen som overvåker, igangsetter og aktiv samarbeidspartner at helsestasjonen best kan oppfylle kommunchelse-lovens intensjoner om miljørettet helsearbeid.

I sin streben etter å tilfredsstille retningslinjene, smører helsestasjonen sin virksomhet så tynt utover at det ikke blir grundig nok arbeid på noen fronter. Så er spørsmålet: hvordan ivaretar helsestasjonen sine oppgaver, og hvilke muligheter finnes? I det følgende skal vi se nærmere på sentrale forutsetninger for dette arbeidet, og strategier for en positiv utvikling.

Hvordan ser «terrenget» ut?

De aller fleste barna er i utgangspunktet friske. De somatiske til-



Samspill foreldre – barn er nå kommet i fokus.

(H. Gude: «Barn rises»)

standene som helsestasjonen retter sine screeningundersøkelser mot, er forholdsvis sjeldne. Hver av dem forekommer stort sett på promillenivå (men til sammen finner vi slike tilstander hos 3-5% av barna). En kritisk evaluering og revurdering av disse undersøkelsene vil sannsynligvis luke ut mange av dem. Likevel vil de som blir stående igjen, utgjøre en viktig arbeidsoppgave, som helsestasjonen må utføre uten kvalitetssvikt. Det samme gjelder rådgivning om kosthold, hygiene og ulykkesprofylakse, og behandling for større og mindre av «dagliglivets problemer» som bleieutslett, eksem, kolikk og søvnvansker. Diagnostisk sikkerhet og solid faglig kunnskap er hva brukerne først og fremst forventer, og er et viktig grunnlag for helsestasjonens troverdighet. En slik troverdighet er helt nødvendig for at helsestasjonen skal nå frem med sine budskap til foreldrene. Det samme gjelder gjennomslagskraften i spørsmål av helsemessig betydning overfor beslutningstakerne i lokalforvaltningen.

Hovedutfordringen for det helsefremmende arbeidet er imidlertid at de fleste barn som rammes av helseproblem i utgangspunktet er friske og med alle muligheter. Det er gjennom påvirkning fra miljøet

helseproblemene oppstår, og altså ved en sikring mot uheldig miljøpåvirkning at skader kan unngås. Dette gjelder både det helt nære miljøet som utgjøres av familie/hjem, og det omkringliggende. Og det dreier seg om både kjemiske-, fysiske-, biologiske og psykisk/sosiale miljøfaktorer.

Noen eksempler: Ca. 40% av barna affiseres av allergi/overfølsomhet i en eller annen form. Det blir hevdet at en fjerdedel av disse er «alvorlige og vanskelige i betydningen fysisk funksjonshemming», og at forekomsten av asthma økte i perioden 1975 – 85 med ca. 70% (1). Årsaken til økningen er ikke rakletrær og burot, men forurensninger og dårlig kvalitet på inne- og uteluft. Kildene omfatter alt fra byggematerialer til biler og industri, men her til lands er nok tobakksrøyking den langt viktigste faktoren. Ulykker, som av mange anses som norske barns største helseproblem, koster enormt i lidelse og penger (ca. 400 mill.kr. årlig). Bare i trafikken skades alvorlig eller dør 1.500 pr. år (2). Årsakene er i høyeste grad miljøbetingede.

Mange undersøkelser, bl.a. ved Lavik (3), har vist at forekomsten av psykisk sykkelighet hos barn forekommer i mellom 5 og 15%, og at kanskje opp mot 5% av barna er utsatt for mishandling, seksuelle overgrep eller andre former for omsorgssvikt (4). Som bakenforliggende årsaker har vært pekt på:

- A Sosiale miljøforhold på «mikroplanet», som manglende selvtilitt i foreldrerollen og manglende kunnskap/urealistiske forventninger til barnet. Slike forhold svekker evnen til å gi barna omsorg og stimulans til en god mental utvikling.
- B Endring av storsamfunnets rammefaktorer som boformer, økt mobilitet i befolkningen, isolasjon og sosial desintegrasjon.

I den nødvendige kritiske gjennomgang av undersøkelsene ved

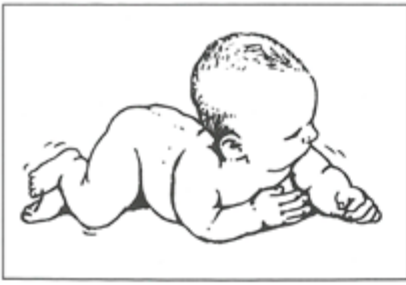
helsestasjonen må vi ikke glemme den gode innfallsporren til det psykisk og sosialt forebyggende arbeidet som våre somatisk orienterte rutiner gir.

Store, men vanskelige utfordringer

Det miljørettede arbeidet kan utvilsomt gi langt større helsegevinst enn tradisjonell klinisk medisin. Men det er vanskeligere, blant annet fordi de største utfordringene er så nært knyttet til fremveksten av vårt moderne samfunn. Psykisk og sosialt arbeid er også vanskeligere enn det somatisk orienterte. Når det gjelder somatiske tilstander, er våre rutiner for diagnostikk og behandling rimelig gode. Vi har et meget vel utbygd behandlingsapparat å henvise til, behandlingsresultatene er i hovedsak meget gode, og samarbeidet med foreldrene er godt. For psykiske og sosiale problemer er imidlertid de «diagnostiske metodene» dårlig definert, «behandlingsapparatet» ofte mangelfullt og behandlingsresultatene mindre overbevisende. Ansvar er diffust og fordelt på mange instanser, og samarbeidet med målgruppene er gjerne preget av manglende motivasjon og samarbeidsvilje.

Idealer og virkelighet

Lov om helsetjenesten i kommunene har «Fremme av helse og forebyggelse av sykdom» som første punkt under formålsparagrafen. Nasjonal helseplan omtaler helsefremmende og forebyggende arbeid som en «overordnet samsfunnsstrategi» og fremhever helsestasjonen som «et kraftsentrum» for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene. I følge NOU 10:1991 om Forebyggingsstrategier, er barna «... det mest naturlige utgangspunktet for alt forebyggende og helsefremmende arbeid, det er de som er fremtiden». St. meld. nr. 37 (1992-93) følger opp de ovennevnte dokumenter, bl.a. med høye mål for



gjennomføringen av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Slik dokumenterer sentrale myndigheter gang på gang sin gode vilje. Gjennom disse publikasjonene og rikelig annen litteratur skisseres en ambisiøs ideologisk overbygning, og det skapes store forventninger til det helsefremmende arbeidet. Samtidig øker arbeidsmengden. En rekke faktorer har bidratt til det: HVPU-reformen, ansvar for asylsøkerfamilier, nye oppgaver innen miljørettet helsevern, økt engasjement i psykisk og sosialt arbeid, tidligere utskrivning fra fødeavdelingene, for å nevne noe.

Hvordan slår så dette ut i praktisk politikk? Det viser seg at de relative utgiftene til forebygging over Sosialdepartementets budsjett i perioden 1980-89 har minket betydelig, fra 0,38 til 0,29% av utgiftene til hele helsesektoren (5). Kommunenes utgifter til forebyggende arbeid har også vist en nedgang (6). Det er verd å merke seg at disse tallene gjelder perioden etter 1984, da kommunene fikk et lovfestet ansvar for det forebyggende arbeidet. (Det gjenstår å se effekten av stimulans til helsefremmende arbeid gjennom prisverdige tiltak som «Samlet Plan». Det er ingen spesielt stor andel av slike prosjektmidler som går til barn.)

Virksomhet på motivasjonen

Denne nedgangen i økonomiske rammer merkes i det daglige. Mange føler at gapet mellom idealene og den praktiske hverdag øker. Det blir stadig vanskeligere å leve opp til de forventningene som stilles gjennom lover, retningslinjer og andre sentrale dokumenter. Når

så samvittighetsfulle helsesøstre og leger reiser på kurs og hører på dem som (med stor entusiasme og/eller prosjektmidler) lever opp til noen av disse forventningene, blir kravene til en selv ytterligere skjerpet.

Men det er også andre grunner til at det i en virksomhet som i utgangspunktet er spennende og meningsfylt, er vanskelig for mange å holde motivasjonen oppe:

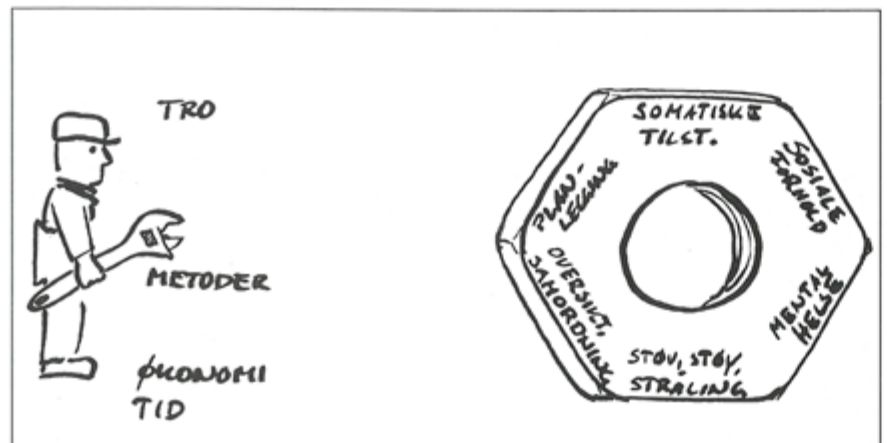
Det er usikkerhet om nytten av virksomheten. Svært mye av det vi gjør, fra somatiske undersøkelser, via vurdering av omsorgsevne og til formidling av helsebudskap, er basert mer på skjønn enn kunnskap om effekt. Selv våre etablerte rutineundersøkelser tilfredstiller ikke engang basale krav til screeningmetoder. Mange av dem er ikke presist nok beskrevet, og sentrale parametre som sensitivitet og spesifisitet er ikke kjent, i hvert fall ikke for anvendelse av metoden i vanlig, norsk helsestasjonspraksis. Og jo mer vi beveger oss inn på miljøbestemte forhold, særlig på det psykiske og sosiale området, jo sterkere er følelsen av at våre verktøy ikke er dimensjonert for de utfordringene vi møter.

Det kan virke som mange legers identitet i forhold til helsestasjonsarbeidet er knyttet til de somatiske undersøkelsene. Legens

oppfatning av en meningsfylt faglig tilværelse vil lett være avhengig av kontakt med de utfordringer han i all hovedsak er opplært til å takle; pasienter med erklærte problemer eller manifeste sykdommer. Med de lave insidenstall det er snakk om, kan lett helsestasjonsarbeidet for mange virke lite spennende. Men vi skal også være klar over at de fleste leger er knyttet til helsestasjonen 3-4 timer eller mindre pr. uke. Det er helsesøster som må være den drivende kraft i det helsefremmende arbeidet for barn. Men hun må kunne forvente at legen er en positiv og aktiv medspiller. Svært mange steder har helsesøster en ensom jobb, og det er begrenset hvor lenge hun som idealistisk helsearbeider orker å stå alene på barrikadene. Dårlig kontinuitet og et tildels meget moderat engasjement blant legene er blant de mer alvorlige trekk ved helsestasjonsarbeidet i dag.

Vekselvirkningen mellom økte arbeidsoppgaver, reduserte rammer og kanskje en tynnslitt motivasjon, gir lite rom for nytenkning som kan bringe det helsefremmende arbeidet inn i en positiv utvikling. Det er ofte slik at man ikke engang får hodet over vannet for å berettige sin egen eksistens. Det kan gi lokale beslutningstakere rom til å skjære ytterligere ned.

Som figuren antyder, føler vi ofte at verktøyet vi har til rådighet, ikke er dimensjonert for de utfordringene vi møter. Mange steder er også reduserte rammer et vesentlig problem, men metodeutvikling er i alle fall en grunnleggende forutsetning for en positiv utvikling.



For om helsefremmende arbeid er lovprist på sentralt hold, er virkeligheten på lokalplanet ofte preget av et annet syn.

Slik blir dette lett en negativ spiral som det kan være vanskelig å komme ut av. Likevel; med det tross alt omfattende apparatet som står til rådighet og de gode tradisjoner tjenesten bygger på, skulle det være mulig å komme over i mer konstruktive sirkler. Dette apparatet må rette oppmerksomheten mot såvel tjenestens innhold som organiseringen av den.

Veien videre

Utgiftene til helsestasjonstjenesten utgjør som nevnt en liten del av de samlede utgiftene til helsetjenesten (ca. 0,5%). Det dreier seg likevel om vel 200 mill. kr. anvendt på ca. 900 årsverk. I tillegg til helsestasjonens faglige betydning, burde således ressursbruken berettige til en kritisk og konstruktiv gjennomgang av arbeidsmetoder og prioriteringer. Slik jeg ser det, ligger utfordringene på fire områder:

1. Tjenestens innhold

Det er først og fremst behov for målrettede og effektive metoder. Så langt mulig bør det være god dokumentasjon for effekten av disse metodene, (men vi må samtidig holde åpent for at deler av virksomheten omfatter vanskelig dokumenterbare, «myke» data). Har vi verktøy som «ligger godt i hånden» og som vi kjenner nytten av, så vil vi også bruke dem. Slike verktøy er selvsagt nødvendige for å nå selve målene for virksomheten, bedre helse. Men de betyr også svært mye for motivasjonen blant fagpersonellet som skal bruke dem. I økonomisk trange tider, i konkurransen med andre virksomheter, er det viktigere enn noensinne å kunne dokumentere nytten av vårt arbeid.

For det første gjelder det å *samle allerede foreliggende kunnskap*. Det finnes mye verdifullt av både praktisk erfaring og forskningsresultater som ikke er allment kjent,

langt mindre tilrettelagt for praktisk anvendelse. En slik samling og systematisering vil også gi oversikt over de hull som må fylles. Dette er et felles anliggende for primærleger, barneleger, helsesøstre, fysioterapeuter, forskere og ikke minst sentrale helsemyndigheter, som bør ta ansvar for å samordne denne virksomheten.

Ut fra denne oversikten må det så *settes i gang forsøks- og forskningsprosjekt*. Peter F. Hjort understreker at denne forskningen må være opptatt av helheten i det forebyggende arbeidet, at det må dreie seg om tiltaks-/metodeforskning, og at den må være ressurs-, ikke bare problemorientert. Oppgaven er ikke først og fremst å forske frem ny kunnskap om forekomst og årsaksfaktorer, men å bruke den kunnskapen vi har i praktisk arbeid (7).

I denne sammenheng er det gledelig at det er etablert en seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid for barn under Avdeling for samfunnsmedisin ved Folkehelse. La oss håpe at denne seksjonen kan få midler til å fungere også skikkelig utadrettet som en ressurs for forebyggende helse-tjenester for barn, på linje med det Barnevernets utviklingscenter er for barnevernet.

En viktig nøkkel til å løse de omfattende oppgavene vi møter, er å *spille på latente krefter i lokalsamfunnet*. Det gjelder først og fremst den ressursen foreldrene selv representerer; som gode oppdragere for sine barn, som aktører i sosiale nettverk, og gjennom aktiv medvirkning i utformingen av sine barns oppvekstmiljø. Gjennom å styrke foreldrefunksjonen går veien via egenomsorg til lokalsamfunnsomsorg. Dette krever også en faglig nyorientering, og behovet for metoder for dette arbeidet må ikke undervurderes.

Ressursene finnes på mange nivå; både i det enkelte individ, i nærmiljøet og det sosiale nettverket, i service- og hjelpeapparatet, og blant de krefter som former



samfunnet på makroplanet. Mange er opptatt av de *positive vekselvirkningene* mellom ulike aktører og prosesser på disse nivåene (8), og ser dette samspillet ut fra en økologisk forståelse, det dreier seg jo om miljøfaktorer på alle plan. Og jeg gjentar: Det er en skikkelig utfordring til aktørene i det miljørettede helsevernet å inkludere psykiske og sosiale forhold som viktige miljøfaktorer (helt i tråd med kommunchelse-loven, men langt ut over den teknisk hygienisk pregede forståelse av det miljørettede helsearbeidet i dag).

2. Organisering

En fagutvikling som omtalt ovenfor, må også rette seg mot organiseringen av det helsefremmende arbeidet. Ett mål er selvsagt å finne rasjonelle driftsformer for virksomheten innenfor egne vegger. Samtidig er utfordringen en bedre organisering av samarbeidet mellom de instanser som har ansvar for barn og barns oppvekstvilkår. Her er mange gode, men slumrende krefter som innser at samarbeid er viktig, men tildels mangler innsikt i *hvordan* samarbeidet kan utvikles til en handlekraftig arbeidsform. Det er synd når samarbeidet kommer i miskreditt fordi det begrenser seg til dårlig organisert møtevirksomhet.

Den nye kommuneloven gir rom for omfattende endringer i organisasjonsstrukturen, og flere kommuner har etablert felles oppvekstetat som i større eller mindre grad inkluderer instanser med ansvar for barn. De fleste steder



beholdes helsestasjons- og skolehelsetjenesten under helsestaten, på godt og vondt. Slike omorganiseringer gir muligheter for bedre samordning, men kan lett bli en slags «keiserens nye klær». Uansett organisasjonsform er det helt nødvendig å utvikle samarbeid som metode og etablere en samarbeidskultur, hvis man skal komme videre. Vi må heller ikke glemme de mulighetene som ligger i et samarbeid mellom offentlige og frivillige instanser.

3. Fagutvikling

For det første må helsestasjonsundervisningen styrkes i den medisinske grunnutdanningen, flere medisinske fakulteter har ikke dette i studieplanen i det hele tatt. Når det gjelder etterutdanningen for legene burde et gjennomført helsestasjonskurs være minstekrav før man fikk drive selvstendig helsestasjonsarbeid. (Dette prinsippet burde også være selvsagt på en del andre fagområder). Men i tillegg er det behov for løpende faglig oppjustering og samordning av de personer som jobber sammen på de enkelte helsestasjoner. I Utposten er det nylig beskrevet en enkel måte å gjøre det på, med en dagsamling i året for dem som jobber ved helsestasjonene i kommunen, gjerne med inviterte ressurspersoner utenfra (9).

For helsesøstrene burde lokale veiledningsgrupper være en god modell, på samme måte som den er det for videreutdanningen i allmennmedisin. På våre kanter er det gode erfaringer med månedlige møter for helsesøstre i tre kommu-

ner, organisert innen ordinært reisebudsjett og arbeidstid. Mange helsesøstre føler at de har en ensom jobb, og i tillegg til å gi faglige impulser har gruppa en viktig funksjon som «lufterventil» for alt fra personlige spørsmål til administrative frustrasjoner. En veiledningsgruppe kan også være et godt utgangspunkt for å realisere tiltak som ovenfor nevnte årlige dagsamlinger, der altså også legene er med.

På lengre sikt bør helsesøstrene ta sikte på å etablere en strukturert videreutdanning som meriterer både for lønn og ansettelse, og veiledningsgrupper byr seg frem som et sentralt element her. En solid, kontinuerlig videreutdanning som kan gjennomføres lokalt, tror jeg er helt nødvendig for at ikke helsesøstertjenesten skal stagnere! Vedlikehold og utvikling av vårt faglige fundament vil dessuten være særdeles viktig der helsestasjonen blir en del av en felles oppvekstetat, for å unngå å drukne mellom skole og barnevern.

Denne lokale fagutviklingen trenger også tilførsler utenfra, og vi er tilbake til pkt. 1 ovenfor. Vi må diskutere muligheten for å etablere fylkesvis og regionale «ressurs-helsestasjoner» i tillegg til sentrale kompetansesentre som seksjonen ved Folkehelse. I denne omgang vil jeg bare nevne at det i Norsk barnelegeforening er en interessert og aktiv gruppe som, med respekt for primærhelsetjenestens hovedansvar på området, vil være med og bakke opp en slik organisering. Det blir en utfordring å etablere gode kommunikasjonslinjer for erfarings- og meningsutveksling,

og flere fora er velegnede: fra kurs og seminarer til tidsskrifter og blader for allmenn- og samfunnsmedisin(!).

Bare så det er nevnt: Et omfattende fagutviklingsprogram er selvsagt et helt sentralt element i kvalitetssikringen, her som på andre områder.

4. Oppgaven som premissgiver og vakthund

Informasjon til politikere og andre beslutningstakere om barns helse- og sosiale forhold, problemskapende faktorer og aktuelle tiltak, er en viktig (og lovpålagt) oppgave som det kan gjøres atskillig mer ut av. Vi må utnytte vår generelle kunnskap om lokalsamfunnet, lære å bruke epidemiologiske verktøy i hverdagen og supplere med kunnskap fra andre kilder der lokale data er vanskelig å fremskaffe. Men den store utfordringen er å sammenfatte den foreliggende kunnskap og presentere den på en måte som i form og innhold er gangbar i lokalforvaltningen. Det er ikke lett, og oppgaven krever mye mer oppmerksomhet enn den får i dag. Vi kan likevel ikke vente at lege eller helsesøster sitter på hver sin lille haug og fra bunnen utarbeider slagkraftige årsmeldinger, planer og andre dokumenter som tilfredsstillende disse kravene, det vil være både urealistisk og urasjonelt.

Dette er også et underutviklet område i samfunnsmedisinen der mye kan gjøres. Jo mer rammebetingninger og lokalt selvstyre vi får, jo viktigere er denne oppgaven for å synliggjøre behov for tiltak, og for å unngå nedskjæringer av nød-

vendige tjenester. «Noen» (se nest siste avsnitt i pkt. 3) bør systematisk utvikle konkrete, forbillige eksempler på dokumenter og andre aktuelle tiltak, som så kan tilpasses lokalt. Våre institutt for samfunnsmedisin og kommunehelsetjeneste burde kunne bidra her.

Sluttord

Det finnes altså veier å gå. Noen krever en del ressurser, andre gjør det ikke. En del av de tiltak som for tiden er under utprøving i regi av «Samlet plan» og andre prosjekt følger noen av disse veiene. Det skal bli spennende å se om de når frem til riktig sted. Men det er nok nødvendig med en mer samlet, målrettet og kontinuerlig giv for å få en nasjonal styrking av det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet for barn.

*Frode Heian,
Storvikveien 10, 6400 Molde.*

Litteratur:

1. Aas K. Handlingsplan for barn og unge med allergi/overfølsomhet, asthma og andre kroniske lungesykdommer. Oslo: Helsedirektoratet, 1991.
2. Barneombudet. Fakta om barn i Norge. Oslo: Barneombudet, 1989.
3. Lavik NJ. Ungdoms mentale helse. En empirisk, psykiatrisk undersøkelse av psykisk helse og tilpasning blant ungdomsskoleelever i et by- og bygdeområde i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
4. Killen K. Sveket. Omsorgsvikt er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget, 1991.
5. Røynsler med lova om helse-tjenester i kommunane. St.meld. nr. 36 (1989-90).
6. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991:10.
7. Hjort PF. Tanker om et forskningsprogram om forebyggende helsearbeid i Norge – en rapport til NAVF. Oslo, 1989.
8. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
9. Stensland P. Kvalitetssikring av helsestasjonsarbeidet i en ulvetid. Utposten 1993;5:220-1.

Tabbespalten

Jeg tilkalles en sen kveld på legevakt til en eldre kvinne jeg kjente godt som pasient gjennom flere år. Hun hadde følt seg uvel den siste uken og hadde det siste døgnet hatt mye magesmerter og kvalme, hun var grågusten og jeg var bekymret for henne. Jeg undersøkte henne, men kunne ikke med sikkerhet si hva dette var og la henne inn på kirurgisk avd. under diagnosen akutt abdomen. Jeg kunne nok ofte være usikker, men følte meg ekstra usikker denne gangen fordi jeg hadde så lite å foreslå mht. mulige differensialdiagnoser. Jeg ringte derfor noe spent til sykehuset neste dag. Til min forbau-selse var hun overflyttet til medisinsk avdeling. Da jeg omsider fikk tak i lege på denne avdelingen, kunne han fortelle meg at kvinnen var digitalisforgiftet. Hun hadde i noen uker brukt



Digitoxin 1 t. 3 x dagl.! Så demret det for meg at hun var blitt digitalisert under konsultasjonen hos meg noen uker tidligere. Jeg hadde lagt meg til vane å skrive

«Brukes etter avtale med legen» på resepten når det var litt mer kompliserte bruksanvisninger. Jeg hadde nok bare forklart henne bruksanvisningen muntlig. Hendelsen ble en vekker for meg på flere måter. Jeg tror jeg er mer bevisst på å tenke medikamentvirkning ved sykdom enn før (det var helt borte for meg den kvelden), jeg skriver sjelden/aldri «brukes etter avtale med legen» på resepter medmindre jeg gir pasienten skriftlig og detaljert bruksanvisning i tillegg. I tillegg er nok digitalis et medikament som spesielt har brent seg inn som noe jeg er på vakt overfor. Heldigvis kom kvinnen seg greit og vi snakket om det flere ganger siden. «Men du var jo så trøtt den kvelden...» sa hun nærmest trøstende til meg. Det er nok noe som bekymrer meg en del perio-devis – er det forsvarlig å jobbe når vi er så trøtte som vi ofte er? Tar vi for lett på dette som kolle-ger?

«Det får vera grenser»

Eit innlegg om praksisprofil

Tekst: Eivind Vestbo



Forfattern Eivind Vestbo født i 1943, er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Han har hatt sitt arbeid i Finnøykommune som kombilege i 20 år med avbrudd for etterutdanning. Han er oppteken av at allmennpraktikarane systematiserer røynslene sine og deler dei med andre, som ei viktig kjelde til refleksjon og fagutvikling.

Grensene i allmennpraksis går langs 2 frontar. Det handlar om både ytre og indre grenser. Debatten blir ikkje heil utan at ein problematiserer dei begge

Allmennpraksis er under press. Forventningar og krav kjem om så vel større djupne som breidde i arbeidet (1). Vi er alle samde om at grenser må setjast, sjølv om dette vekker fagleg usemje og dessutan rører med det private og per-

sonlege i oss. På APLF's generalforsamling i Stavanger 4. nov. -93 blei det innleia til debatt om grensene i allmennpraksis. Artikkelen byggjer på eit av innlegga. Den er delt i to. Først kjem ei generell omtale av grensene. Deretter fylgjer ei meiningsytring om praksisprofil som truleg vekker lysta til motinnlegg. UTPOSTEN-redaksjonen ser gjerne at fleire gir etter for denne lysta.

Grensene i allmennpraksis

Grensene i allmennpraksis går langs 2 ulike frontar. Det handlar både om ytre og indre grenser-utover mot andre fagområder, og innover i det ekte allmennmedisinske landskap. Debatten blir ikkje heil utan at ein problematiserer dei begge.

Dei ytre grensene

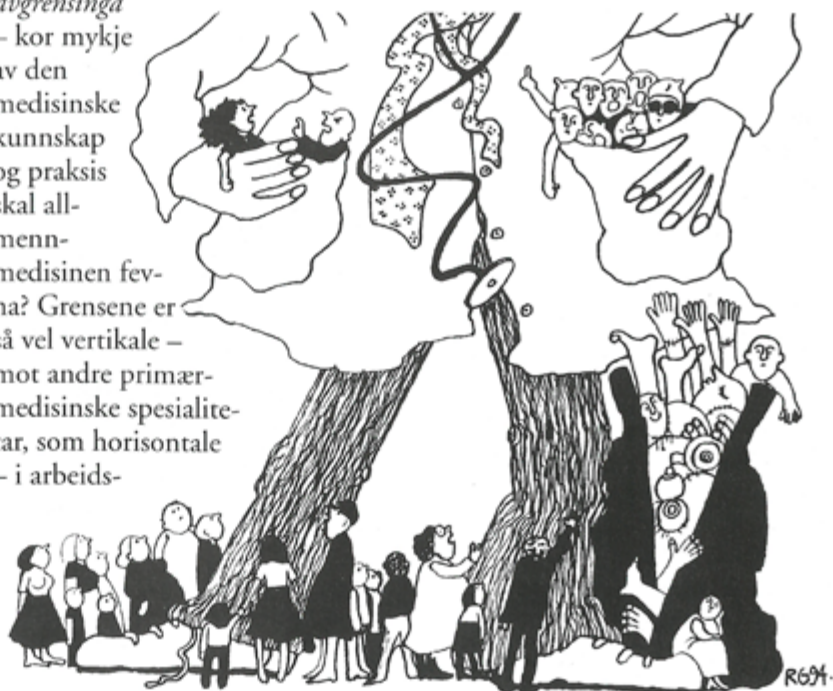
Utover mot andre fag, spesialitetar og «livet sjølv», må vi gå opp ei rekke grenseliner:

Den mest omtalte er *spesialitetsavgreinsinga* – kor mykje av den medisinske kunnskap og praksis skal allmennmedisinen fevna? Grensene er så vel vertikale – mot andre primærmedisinske spesialitetar, som horisontale – i arbeids-

delinga mellom 1. og 2. linetenes-ta.. Per Fugelli og Kirsti Malterurd reiste denne bebatten for fullt i 1987 med sin bebattartikkel «Allmennmedisin – altmulig-medisin eller veldefinert spesialitet»(2).

Det handlar og om ei *profesjonsavgreinsing* – om kva som kan gjerast av t.d. jordmødre, kontormedarbeidarar, sosionomar og sjukepleiarar? Ferske døme er jordmødrene som har teke over deler av svangerskapskontrollane. Like eins, kontor-sjukepleiarar som har fått aukande ansvar for diabetikarane (3). Meiningane er her ofte sterke og profilerte av yrkesinteresser. Profesjonslovgjevinga forsyner debatten med fleire juridiske argument i tillegg.

Etter kvart har vi og skjøna at det ligg mykje verdifull kunnskap og ventar på oss i andre fag. Vi må ta stilling til kor langt vi vil gå i å ta denne i bruk. Spørsmålet om *fagavgreinsing* dukkar opp – korleis avgreinsar vi oss t.d. i høve til kunnskap frå psykologi, sosiologi,



filosofi, antropologi og språkvitenskap. Serien om medisinsk filosofi og idehistorie som nå går i Tidsskriftet er eit teikn i tida i så måte (4). Eit anna grenseproblem som ikkje minst vedkjem praksisprofilen, er det vi kan kalla fagleg avgrensing – skal vi vera medisinske kelnarar for medikalisererte forventningar, eller skal vi arbeida for at helse og helbred blir sett inn i ei moralsk og politisk rame i god avstand frå stetoskop og reseptblokk (5). Sjukemeldingspresset og tøyninga av uførebrepet er god døme på kva vi har å stri med på dette området.

Og som om dette ikkje var nok, må vi og ta utfordringa med ei *metodeavgrensing* – skal vi halda oss til konsultasjonsverktøyet åleine eller skal vi t.d. ta i bruk grupperetta helseopplysning, lokalavisa, tverrfagleg og tverretatleg forebygging eller politisk verksemd.

Dei indre grensene

Fram til i dag har vi vore mest opptekne med å problematisera dei ytre grensene. Omnipotens, medikalisering, personleg ansvar og utbrenning er nokre stikkord i denne debatten. Dei indre grensene er derimot ikkje så lette å få auge på. Men sjølv når vi er på trygg fagleg grunn, må vi setja grenser.

Her møter vi først og fremst *grensa for medisinsk intervensjon*. Vi arbeider kvar dag med banale lidningar som eigentleg ikkje treng profesjonell medisinsk vurdering eller behandling. Vi støttar såleis ein ekspanderande sjukdomskultur der eigenomsorga taper terreng. Dei uskuldege tilstandane er dessutan høgprevalente og mindre grenseflyttingar vil visa godt igjen på arbeidsmengda i allmennpraksis. Kreftene bak denne utviklinga kjem truleg ikkje bare frå folkedjupet. Behandlinga av slike tilstander går fort og greitt. Dei kviler sinnet, og gir bra økonomi i ein normaltariff som elles ikkje ville vera den beste.



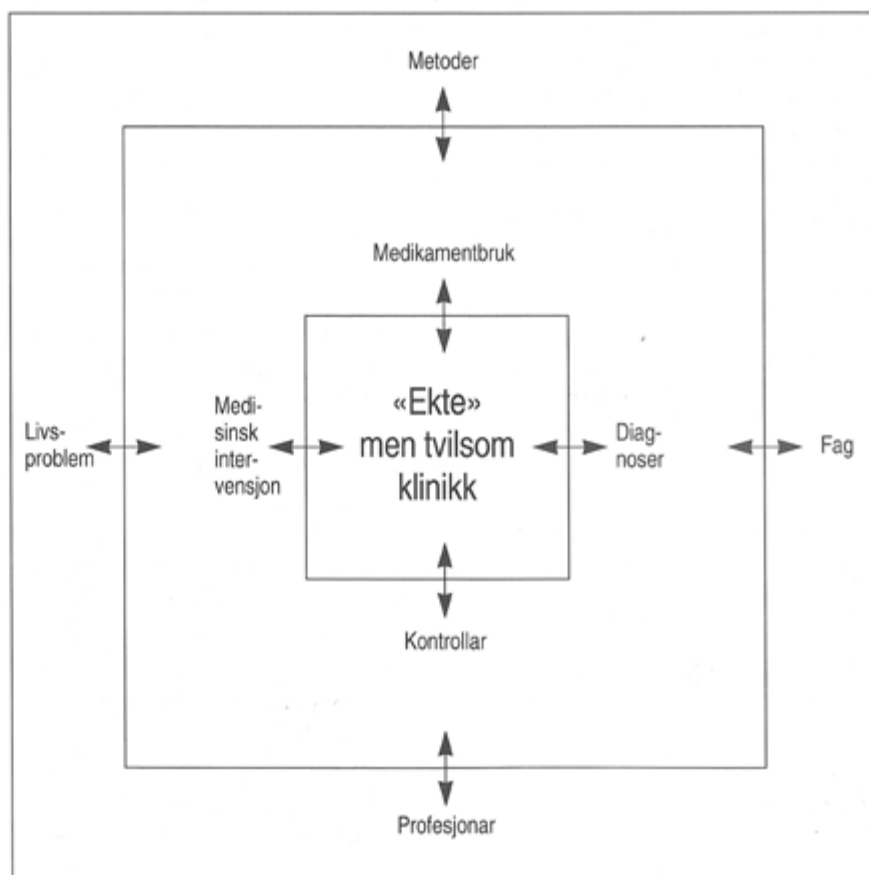
Grensa for medisinbruk er eit anna godt døme på intervensjonsproblemet. Vi har ofte vanskar med å vurdere behov for medikamentbruk i høve til plagenes storleik, venta resultat og biverknader. Medikamentbruk for å redusera risiko, multifarmasiproblemet og bruken av B preparat, gir oss kronglete grenseliner å gå opp.

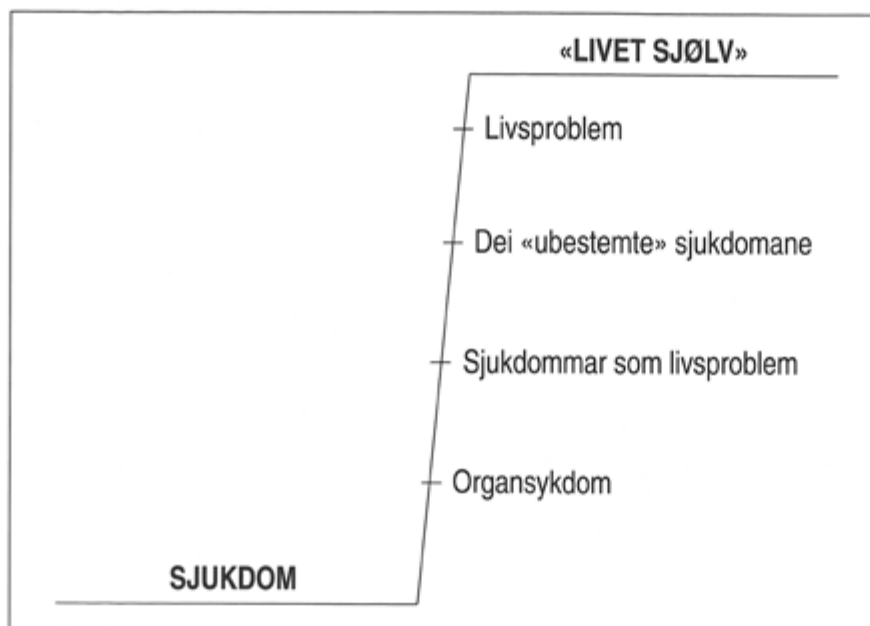
Fleire allmennpraktikarar har og store problem med å godta at

det er *grenser for diagnostisk grundighet*. På dette området kan vi risikera å tørna saman med 4 mektige personar i vårt allmennpraktikarliv – nemleg pasienten, spesialisten, journalisten og juristen. Kravet er at vi ikkje skal oversjå. Resultatet kan bli at vi sjukeleggjer dersom vi ikkje er merksame på avgrensinga mot eit uforsonleg diagnostisk sikkerheitskrav og dei mange falske positive diagnosane som fylgjer i kjølvatnet (6). I helsekontrollsituasjonen er det så langt mellom funna at faren for overdiagnostisering er endå større (7).

Ein skulle likevel tru at vi var på trygg fagleg grunn når vi skriv våre medisinske attestar til bruk for 3. instans (oftast Trygdeverket) og uttalen gjeld veldefinert sjukdom. Men sjølv då er det *grenser for vår kompetanse i attestsaker*. Objektiviseringa av samanhengen mellom tilstand og funksjon er så innfløkt og «ikkje-medisinsk» at vi ofte må gripa til den einaste bru-

Figur 1. Allmennpraksis mellom ytre og indre grenser.





Figur 2. Allmennpraksis mellom liv og sjukdom.

kande metoden – ei nøye kartlegging av kva pasienten i praksis gjer.

Vi veit og alle at at det er *grenser for vår kliniske kontrollverksamhet*. Kor ofte og kor lenge skal vi kontrollere tilfriskningsprosessar som går av seg sjølv (t.d. nedre luftvegsinfeksjonar hos born)? Kor ofte skal vi sjekka kronisk sjukdom og usikre funn? Ei rekke slike kontrollar er raske, effektive, enkle og innbringande – men er dei alltid nødvendige?

Grensene utgjør eit dynamisk system

Samla har vi med eit dynamisk system å gjera der vi heile tida tek opp i faget eller vernar oss mot problemstillingar frå utsida samstundes som vi må ta stilling til dei indre grensene mot «ekte» men tvilsom klinikk (Fig. 1). Vi må altså óg problematisera det vi alltid har gjort, og ser på som genuint fagleg. Det handlar om ei kontinuerleg praksisprofilering som vedkjem ytre ramer, eigen bakgrunn, kjønn, personleg stil og utrusting, eige kunnskapstilfang og interesser.

Praksisprofil mellom «liv» og sjukdom

Den *faglege avgrensinga* mot det «ikkje-faglege» er sentral og krev

nærare omtale. Ein praksisprofil kan settast opp etter fleire ulike parametersett (alder, kjønn, diagnosefordeling, konsultasjonsfordeling og mange fleire). Ein annan måte er å plassera pasientane på ein skala med ytterpunktene «livet sjølv» og sjukdom. Det lar seg gjera å dela skalaen i 4 (Fig. 2).

Nokre pasientar har først og fremt eksplisitte livsproblem som samarbeidsproblem på arbeid, ekteskapsproblem, nabokrangel, sorgreaksjonar o.s.b.. Andre har subjektive plager som har blitt kalla dei «ubestemte sjukdommane» (8). Dei lar seg vanskeleg setja i noko skulemedisinsk bås. Dømer er diffuse smerter, trøtthet, slapphet og kroppsleg ubehag i fleire variantar. Hos ei 3. gruppe er det sjølve sjukdommen som er livsproblemet. Det kan vera alvorleg sjuke som først og fremst ute etter å drøfta eksistensielle, sosiale eller psykologiske problem knytta til funksjonshemming og død. Eller det kan vera ønske om attestar som skal letta dei livsproblema sjukdommen har skapt. Til slutt kjem den 4. gruppa pasientar der diagnose og behandling er den primære og viktige oppgåva – ei mindretallsgruppe i allmennpraksis?

Ein eller annan stad på denne skalaen må det vera ein «cut off»

for det medisinske ansvar. Problemet er dobbelt. For det første kan ein diskutera kvar grensa skal gå. Og dersom ein finn løysing, kjem vanskaner med ein legesøkingsprofil som ofte ikkje stemmer med løysinga. Truleg er det for tida slik at alle dei nevnte gruppene pressar timeavtaleboka.

3 handlingsalternativ

Det er 3 måtar å førehalda seg til pasientane som ikkje fell inn i ei trygg klinisk ramme. Vi kan sjølv sagt *avvisa dei på venlegaste måte*. Vi kan og ta på oss rollen som *kvalifiserte samtalepartnerar* om livets mange problem, samstundes som vi held oss langt unna labskjemaet og reseptblokk. Den tredje måte ligg nær opp til *det eg sjølv lærde i studiet*: Først gjennomføra ei grundig medisinsk tilnærming. Dersom du kjenner seg trygg på at det ikkje ligg sjukdom bak, avslutt konsultasjonen på beste måte.

Det er ikkje sikkert at vi gjer så mykje galt om vi bruker første metoden og set klare grenser for kva vi vil ta på oss av livsproblem når «diagnosen» er klar både for lege og pasient. Det vanskelege er likevel at livsproblema ofte presenterer seg som sjukdomsproblem – i alle høve for pasienten. Dersom vi avviser, kan difor tillitsbruddet bli for stort. Dersom vi responderer med medisinsk utreiing etter den tredje metoden, står vi i fare for å medikalisera problemet. Slik eg seg det, er det bare den andre metoden som er brukande. Vi må styra innsatsen i retning av å omgjera medikaliserte problem til dei livsproblema dei der. Skal vi makta dette, må vi ta opp livsproblema med pasientane på kontoret som ein første ledd i å føra dei tilbake til livet, bort frå helsevesen og ein framandgjerande sjukdomskultur. Alternativet er medisinsk undersøking, symptomfiksering og medikalisering.

Denne tilnærminga krev tid, røynsle og klare tankar om risiko, sekundærgevinst og pasientansvar. Og sjølv sagt er det fare for at pasi-



entane likar samtalane så godt at dei kjem att. Men å kunna riva over lege-pasient bånd er noko vi stadig må trenna på, same kva metode vi arbeider etter. Dette vedgår både vår eiga og pasientens helse. Tilsynelatande har vi med eit paradoks å gjera . Tek vi oss

ikkje av livsproblema, medikaliserer vi. Interesserer vi oss for ikkje-medisinsk problematikk motarbeidar vi ei medikalisering.

Min praksis «på kanten»

Ut av tankar som dette kjem det krav om standpunkt og operasjo-

nalisering for eigen praksis. Eg må utvida grensene på yttersida ein del for å møte livsproblema der dei er, og hindra at dei havnar på reseptblokka. Samstundes må eg leite etter moglege grensesflyttingar av dei indre grensene; både fordi dei er problematiske reint fagleg

og fordi eg må prioritera tidsbruket. Alle har nok dømer frå eigen praksis der dei arbeider nær eller over grensene for ei rimeleg tolking av innhaldet i allmennpraksis. Nedanfor fylgjer ein del døme på mine «grensekrenkelsar»:

Parsamtalar i heimane

For å plassera symptoma der dei høyrer heime, har eg av og til med hell tatt pas. heim til seg sjølv – til ektefelle og nærmiljø. Der har vi starta trekantsamtalar som har løyst på mange knutar. I heimeatmosfæren har assosiasjonar og innsikt i samahengar vore lettara å katalysera enn på kontoret. Forma er krevjande både i tid og forståing. Men eg er ikkje i tvil om at «heimtsamtalar» har spart meg for ei rekke symptom-konsultasjonar. Ein kan og leika med tanken om kor mange legekontaktar som blir spart gjennom avverge av ei lang somatiseringskarriere som er stansa i byrjinga.

Kollektiv oppfølging av tragiske dødsfall

Saman med prest og skule har eg fleire gonger samla nærmiljøet til kollektive samtale etter at yngre har døydd uventa eller voldeleg. Ikkje bare er det grunn til å tru at mykje plagsom symptomatologi får si naturlege forløyising gjennom ein slik katalyse av sorgprosessen. Situasjonane er og «gylne øyeblikk» for helseopplysning relatert til meistring, livskriser og avmedikalisering av kulturen.

Pasientgrupper

Med god hjelp av pasientforeninga har til og med ein så klart organbiologisk sjukdom som diabetes blitt tatt tilbake til livet og eigenomsorga gjennom dei samarbeidsfora som er skapt, og dei pasientutdanningprogram som ligg føre. Vi samlar nå 15 – 20 diabetikarar til samtale og undervisning på avsette kontordagar kvar 3. månad. og har

røynsle for at ansvaroverføringa til pasientane då går mykje lettare. Saman med fysioterapeut har eg og dei siste åra hatt fleire smertegrupper der vekta har vore lagt på smertemeistring, medikamentavgrensing, smerteforståing og generell fysisk trening. Ein annan måte å danna pasientgrupper på, har vore å bringa saman pasientar med same diagnose (t.d. parkinsonisme) slik at dei kan hjelpa kvarandre lokalt. Pasientforeningane set ofte for langt unna.

Alkomanigrupper

I periodar har eg greidd å kopla opptil 3 familiar med «alkomanimenn» til samtalegrupper. Møtene har gått på omgang mellom heimane. Eg har møtt opp som ein kvar annan deltakar, og har måtta læra meg ein ny rolle som tilbaketrukken gruppeleiar for eigenomsorgsgrupper. Dei seier klart i frå når dei vil ha rein helsopplysning frå meg som lege. Nokre gonger har eg og heilt eller delvis trukke meg ut av gruppa utan at ho har gått i oppløysing. Resultata er gode med 2/3 tørleggjing eller drikkekontroll, men tala er nok diverre for små for avgjerande konklusjonar.

Eigenomsorgskurs

Det har og vore meningsfullt å møta folk i grupper til samtale og undervisning om livstilssjukdommar og kvardagsproblem. Etter nærare 30 slike kurs, har eg røynt at fleire kursdeltakarar og kontorgjengangarar har drøfta problema sine på ein meir livsnær måte. Vi skjønar kvarandre 'betre og konsultasjons-frekvensen har gått ned. Ein gjennomgongstone i alle kursa har vore eige ansvar, medikaliseringsfaren og alminneleggjing av livsproblema og symptoma som ofte fylgjer.

Kortidsoppfølging av personar i livskrise

Når pasient og lege er samde om å forlata syntoma til fordel for livs-

problemet, hender det at dei får tilbud om oppfølging i 2 – 3 samtaler på 1/4 – 1/2 time med tanke på gjennomarbeiding, meistring og vekst. Eg vel å tru at dette både er god hjelp der og då og samstundes vaksinasjon mot medikalisering i framtida.

Eigenomsorgsundervisning på eldresentra

Ein god del tid går med til å snakka om aldring og aldringsplagene i dei individuelle konsultasjonane. No har eg starta og gjera dette i grupper av eldre på 3 forskjellige eldresentra i kommunen etter eit fast program. Opplegget er enkelt med kort innleiing og lang tid til samtale. Ein sideeffekt har vore at eldre som ikkje har vore i kontakt med helsetenesta før, har blitt trygge på legen og har kome med alvorleg symptomatologi som dei tidlegare har løynt.

Huslege på spesialavtale

Ved svært alvorleg sjukdom der tidshorisonen er kort, pleier eg å gjera særskild avtale med familiane. Dei får då uhindra legetilgang og konsultasjonar/ vitjingar etter behov. Slike avtalar er trygge gode både for familie og lege. Dei er få, meningsfylte og lette å avgrensa til den aktuelle krisetida.

Gruppesamtalar med pårørande

Med pasient til stades eller pasientløyve, er det ofte at sjukeleggjing av pasient kan hindrast etter møte med pårørande. Det gjeld å koma fram til felles forståing og mål for omsorga. Ofte er det lettare for dei pårørande og løfta i flokk etter slike møter. Det kan lagast kompromissavtalar som roar sinne og skapa tryggleik. Og dei pårørande tek lettare på seg ansvar som elles ville havna hos doktoren. Dømer på dette er abeid med tung psykiatri, senil demens og tyngre pleiepasientar.



Legen som meklar

Konflikter er symptomskapande og på lengre sikt kanskje også sjukdomsskapande. Av og til er dei store og fastlåste. Konflikten partar ender ofte på legekantoret. Det har då hendt at eg har teke på meg meklarrolla der eg klart har definert rolle og vilkår for dei involverte. Eg ser på dette som ein måte å ta symptomatologien tilbake til livet på. Når til og med dokteren deltek i livet i staden for å ta imot symptomatologien, kven skal medikalisera då?

Konklusjon

I allmennpraksis har vi med ein kontinuerlig utvidings- og avgrensingsposess å gjera. Prosessen peikar utover dei faglege grensene, men óg innover mot det som er veldefinert fag. Kva som er rett og galt i dette går an å diskutera. Det som likevel er udiskutabelt, er sjølve problemstillinga og ei aktiv haldning til denne. Dersom vi ikkje har eit metaperspektiv på avgrensing, blir fagutviklinga blind og utbrenning står for døra.

*Eivind Vestbo
4160 Judaberg*

Litteraturliste

1. Lundevall S. Tilbake til det medisinske faderhuset? Utposten 1992; 6:276-81
2. Fugelli P. Malterud K. Allmennpraksis – altmulig-medisin eller veldefinert spesialitet?
3. NSAM. Diabetes – Handlingsprogram for allmennpraksis 1998; 1. utgave: 66
4. Nessa J. Memento mori – Temaserie om medisinsk filosofi og idéhistorie. Tidsskr. Nor Lægefren 1993;22:2787-8.
5. Meland E. Omsorgens grenser og rettferdens grunnlag. Utposten 1991;5:214-6.
6. Meland E. Om falsk positivitet og falske profetar. Utposten 1993;3:100-4.
7. Nordviste O. red. Helsekontrollboka – Den norske lægeforenings helsekontrollprogram 1993; kap 4:73-81.
8. Malterud K. Ubestemt for hvem? Utposten 1988;2:51.

Internkontroll og kvalitetssikring

er populære ord for tida.

Visste du at internkontrollprinsipp var oppfunnet lenge før Noreg kom i oljealderen?

Paulus skriv i brevet til galatarane sjette kapitlet, fjerde verset at «kvar skal prøva si eiga gjerning!»

Bentsebro legesenter – Oslo

8 mnd. vikariat ledig i 3-legesenter i Oslo 4. Drifttilskudd klasse 3. Gode inntekstmuligheter. Tiltredelse i august.

Vi trenger også en vikar nå i sommerferien (juni/juli).

Henvendelse på tlf.: 22 22 50 20

Legers helse og trivsel

– En nødvendig forutsetning
for sikring av kvalitet på helsetjenesten

Forfatter: Snefrid Møllersen og Eystein Straume



Snefrid Møllersen, f. -52.
Cand psyk. jan. -76 i København. Spesialist i klinisk psykologi -84. Yrkespraksis fra PP -tjeneste, barne og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, diverse konsulentarbeid og sakkyndighetsarbeid. Arbeider som sjefspsykolog ved Psykiatrisk poliklinikk i Kirkenes. Interesser: Aleneomsorg for 4 barn, frisk luft, sjø og snø.



Eystein Straume, f. -42.
Cand. med. des. -68 i München. 5 års sykehus-tjeneste på ulike avdelinger, 17 år som distriktslege/kommunelege i Loppa. I økende grad opptatt av pasient – legeforsøket og hvordan dette påvirker både lege og pasient. Arbeider for tiden med å etablere en støtte-gruppe for leger i Finnmark. Liker å seile på Lopp havet.

Refleksjoner fra et møte mellom turnuskandidater, en allmennpraktiker og en klinisk psykolog.

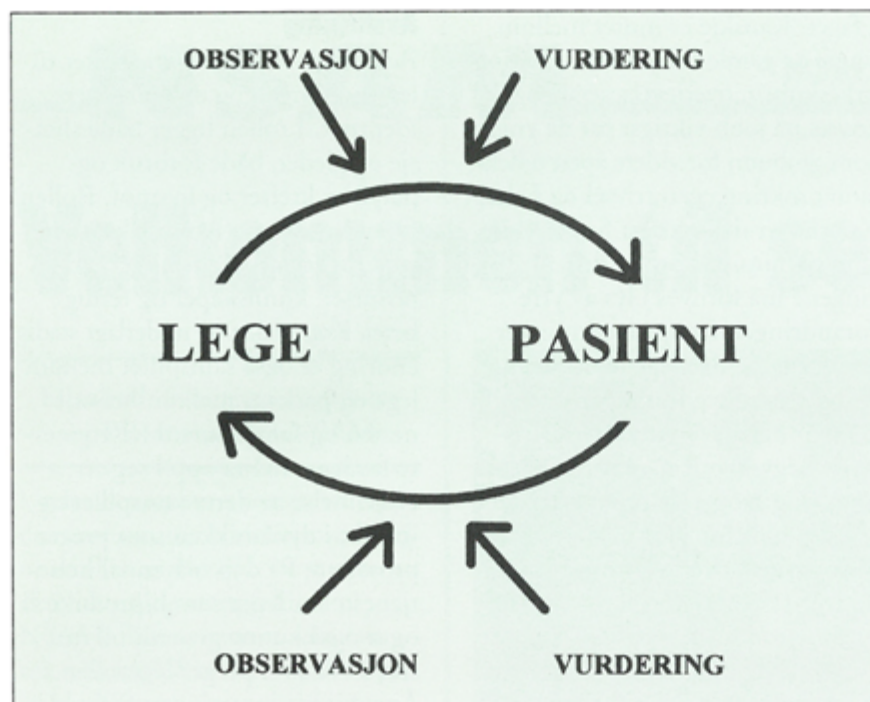
Vi har vår praksis fra et enormt og mangfoldig fylke. Vi kom til Finnmark i hhv. 1972 og 1976, men møttes først i Arkhangelsk i 1990. Ved senere treff har vi benyttet anledningen blant annet til å diskutere helsevesen, behandlerroller og dilemmaene knyttet til disse

tema, med fokus på egne erfaringer. Fylkeslegen i Finnmark gav oss forståelse for at slike refleksjoner hadde sin plass hos den yngre garde. Han tildelte oss litt tid på Fylkeslegens årlige møte med turnuskandidatene. Møtet med turnuskandidatene var spennende og gav mange nye tanker. Vi vil gjøre rede for bakgrunnen for møtet, våre bidrag, reaksjoner og refleksjoner vi fikk fra kandidatene og oss selv under og etter møtet. Behovet for å formidle dette videre

ligger i erkjennelsen av at behandlerrollen forandrer seg, at det skapes nye behandlerkulturer, at den praktiske arbeidshverdagen former oss. Vi tenker sjelden over, enda mindre handler vi i forhold til hvordan den «yrkesgitte» rollen former våre liv og hvordan våre personlige forutsetninger former yrkesrollen. Ikke før vi renner hodet i veggen, på jobb eller hjemme. Vi har en tydelig legekultur, men vi har ingen kultur for aktiv refleksjon over og påvirkning av legekulturens betydning for helsa til legene og pasientene.

Bakgrunnen for møtet

Legers helse har kommet på dagsorden. Legeforeningens sentralstyre har bedt alle fylkesavdelingene prioritere arbeidet, og det er satt igang kurs for å utdanne rådgivere i hvert fylke. Arbeidet har fått ekstra tyngde og betydning fordi det kobles til forhold som helse, miljø, sikkerhet og til selve kvalitetssikringen av helsetjenesten. Det synes opplagt at god kvalitet på helsetjenesten forutsetter en vel fungerende lege. En lege med personlige problemer, særlig av psykisk art kan fungere dårlig lenge før han eller hun får manifeste symptomer. Legen kan komme til å kompensere for sine vansker gjennom måten legegjerningen utøves på, til skade for både pasient og seg selv. Flere eldre kolleger sier at blant turnuskandidater ser de nå oftere leger som går til sitt arbeid med ulyst og enda angrer på sitt yrkesvalg. Mange er mer opptatt av å begrense sin innsats enn å prøve sine evner og kunnskaper. Legekårsundersøkelsen forventes å belyse hvor stort problemet er og av hvilken



Lege-pasient-relasjon er sammensatt. Legens vurderinger og beslutninger omkring pasientens sykdom og helse påvirkes av legens egen adferd/holdning og innsikten i dette under konsultasjonen.

art det er. Foreløpige trender synes å være at det særlig blant yngre leger er stor usikkerhet og tvil(!). Selvmord i denne gruppen er antakelig 2 – 8 ganger høyere enn forventet. (1)

Vi tenkte det kunne være spennende å møte de unge legene. Kunne et dystert budskap om selvmord og mistrivsel forenes med å stimulere håp og lyst til å ta fatt på et liv som lege? I så fall ville det være et bidrag til forebyggende helsearbeid med konsekvenser for både lege og pasient.

Temaet legers helse og trivsel har ingen fasit, tror vi. Historiske, situasjonsbetingede og individuelle faktorer gjør at løsningene er forskjellige. Derfor antok vi at det var en pedagogisk fordel dersom temaet ble belyst av to innledere, gjennom en veksling mellom to ulike fremstillinger, istedenfor å bli dosert som en enmanns-forestilling.

Møtet med turnuskandidatene

Fylkeslegens møte med turnuskandidatene er vel innarbeidet. Her vektlegges offentlig helsearbeid, og

vi fikk plass mellom helsejuss og trygdemedisin. Vi introduserte oss med en presentasjon av de foreløpige trender fra legekårsundersøkelsen, svenske tall for selvmordsfrekvensen hos leger og tendensene til at kvinner kommer dårligere ut enn menn mht. personlig/jobbmessig velvære i yrket. Vi så på sider ved legekulturen som tilrettelegger for denne type reaksjoner. Så tok møtet av. Med innspill og spørsmål fra en aktiv og meningsberettiget forsamling. Vi måtte legge bort vårt eget opplegg til fordel for kontakten med tilhørerne. Kritiske, spørrende, undrende, vitende og tvilende. Problemene omkring utmattelse og depresjon ble fokusert. Den etablerte (manns)legerollen og det økende antall kvinnelige legers (mis)tilpassning til den ble også et sentralt tema. Savn av kollegial støtte og omsorg, og måter å hente dette på ble trukket inn.(2) Innimellom hender som spratt i været og deltakere som strevde med å la være å snakke i munnen på hverandre, måtte vi brutalt rydde plass til noen av de synspunktene vi ønsket

å dele med kandidatene: Hvilke sider ved legerollen og yrkesutøvelsen fremmer trivsel og hva er stressfaktorene? Dilemmaet mellom alt som må og bør gjøres og de ting som inspirerer og oppildner kan være vanskelig å balansere. Forventninger til seg sjøl, fra kollegaer og fra pasienter kan kvele behovet for påfyll/stimulans og opplevelse av glede i jobben. En lystbetont jobb mobiliserer oppmerksomhet og kunnskapsforvaltning og egne krefter. Mistrivsel nedtoner engasjementet og kan sløve evnen til å registrere viktige detaljer. Vi viste registreringer av klagesaker og luftet trusselen om mediaeksponering. Dette ble knyttet opp til refleksjoner omkring hva det er som reduserer eller forstyrrer arbeidsevne og arbeidskapasitet. Det ble naturlig å berøre den personlige – ikke yrkesmessige – del av legeyrket. Nemlig hvordan legens egne verdier og holdninger spiller seg ut i lege-pasientforholdet. Pasientens behov for behandling, lindring og omsorg skal tilfredsstilles. Legen må makte å sortere personlige behov og holdninger fra arbeidsmessige og profesjonelle vurderinger og beslutninger. Det er viktig å ha strategier for å skjerme seg sjøl og pasienten mot at irrelevante forhold slipper til og forstyrrer behandlingen.

Tanker under og etter møtet

Det var godt å være to om oppdraget. Vi hadde to sett erfaringer og forståelsesmåter å spille på. Vi hadde større beredskap til å fange opp signaler og spørsmål fra tilhørerne. Det var viktig å ha års glede og smerte fra yrkeslivet som ballast, og kjønnskvoteringen var antakelig hensiktsmessig. Vårt emne var ikke en opplæring i helse og trivsel, men et forsøk på en reflekterende vandring sammen med kandidatene. Over grove, generelle arbeidskulturer med tilhørende risikoer og gleder. Inn i individuelle og situasjonsbestemte

jobbforhold med de muligheter og snubletråder som fins.(3) Tiden ble kort for oss, og kandidatene syntes det samme. Den aktivitet vi opplevde hos tilhørerne og bredden i deres refleksjoner er signaler om at allerede etter vel ett år i yrkeslivet er behovet for felles oppsummering og erfaringsutveksling påtrengende.

Som representanter for den «voksne» generasjon behandlere, tillater vi oss å tro at vår tilstedeværelse hadde betydning. Dels for å legalisere de nyutdannedes søken og streben mens de tilpasser seg sin yrkesrolle. Mens de forsøker å kombinere dette med et godt liv. Dels for å være levende eksempler på at glede og smerte i behandleryrket er vedvarende fenomener. Vi kan ikke lære de påtroppende legene om helse og trivsel i yrkeslivet, men vi kan problematisere tema vi av bitre og gledelige erfaringer vet er viktige og vanskelige.

Dersom de foreløpige trendene fra legekårsundersøkelsen viser seg å stemme, er det viktig å få kandidatene i tale. Etter år med læring av medisinske kunnskaper og ferdigheter har de gjort sine første egne yrkeserfaringer. Lærebøkens beskrivelse av symptomer og diagnostiske kriterier får kjøtt og blod og blir til en ny virkelighet. Lege-rollen venter dem og med dem pasientene. Forholdet til pasienten er ikke lenger en objektiv undersøkelse og behandling av symptomer. Legens følelser, behov og verdier blir utfordret. (fig)

Vi fikk et streif av trendene i den kommende legekulturen. Vi kunne lytte til deres reaksjoner på og tanker om det etablerte, deres oppdaterte idealer og vyer, og deres opprør, avstandstagen eller avgrensing i forhold til ingrediensene i dagens behandlerkultur og behandlerrolle. Det gav ihvertfall oss betydelig å tenke over i ettertid, med spekulasjoner omkring egne holdninger og selvfølgelig rigiditet i rollen, og hvordan vi formidler form og innhold i behandlerrollen til de som er unge

i faget. Kanskje er møtet mellom yngre og gamle behandlere omkring yrkeskultur, overlevelsessevne og trivsel på jobb viktigst for de yngre som grobunn for videre åpen refleksjon omkring egen trivsel og helse. Kanskje er det viktigst for de eldre som påminnelse om at disse drøftingene må fornyes i lys av ytre forandringer, faglige nyvinninger og alt det de nye legene uavlatelig bringer med seg inn på arenaen.

Når helsa svikter eller mistrivsel begynner å etse, er det alltid personlig tyngende og smertefullt for den enkelte. Når mistrivsel eller psykisk overbelastning truer en lege skapes det i tillegg en risikosituasjon for legens pasienter/klienter. Dette er et kjennetegn ved svært mange serviceyrker i postmoderne tid. Meneskelig svikt er den største risikofaktoren. De seinere årenes personrettede mediefokusering (den sosialpornografiske presse) har eksponert nettopp dette. Klagesakene i helsevesenet vitner om de «unødvendige» feilene. Kvalitetssikring og internkontroll er blitt det offentliges reaksjon på den overveldende viten om risikoen for altfor kostbare feil. Det etableres utvidede rutiner for dokumentasjon og dobbeltsjekking (nye dataprogrammer, flere kurs og egne utvalg!). Det tekniske utstyret underlegges strengere kontroller. Men hvor blir det av interessen for å sikre gode og slitesterke behandlere, incitamentene for høy faglig mobilisering? Hvor er den kulturen som med romslighet kan samle viten om og gruble over legenes både haltende og eminente funksjoner, over prestasjonene og misærene? Kanskje må fremveksten av en slik kultur skje hos de aller yngste yrkesutøverne. Hos dem som er på full fart inn i et høyteknologisk, kvalitetssikret og gjennomkontrollert yrke, med aksellererende krav til presisjon og tempo, – tilsynelatende uten å ha tatt høyde for konsekvensen av vanlige menneskelige fenomener som mistrivsel og lidelse.

Avslutning

Roller som hjelper gir legalitet til legegjerningen og den gir legen identitet. I rollen ligger både slitasje og gleder, både forbruk og påfyll av krefter og livsmot. Rollen forandrer seg i et komplekst samspill mellom forventninger, krav, ressurser, kunnskaper og ferdigheter. Komplekst og underlagt stadig endring er også samspillet mellom lege og pasient, mellom helsetjenesten og samfunnet. Helsetjeneste for leger må ta opp i seg en erkjennelse av dette samspillet og innsikt i dynamikken som preger prosessen. På den måten vil helsetjeneste for leger som biprodukt så og si også kunne gi verdifull innsikt i hva som preger legerollen. Åpenhjertig samtale om forholdene må være en viktig del av prosessen mot større klarhet omkring egen yrkesteori.

Det er vanskelig å få alle kandidatene i tale. Fylkeslegens møte med kandidatene er kanskje den eneste muligheten som fins. Vi håper at Fylkeslegene i andre deler av landet også finner det mulig å ta opp temaet om legers helse og trivsel, før kandidatene forvandles til autoriserte leger. Kravet om kvalitetssikring av helsetjenesten må kunne legitimere slik bruk av tiden.

*Snefrid Møllersen
Kronprinsensgt. 17
9900 Kirkenes*

*Eystein Straume
9550 Øksfjord*

Litteratur:

1. Erik Falkum: Legekårsundersøkelsen. Personlige meddelelser.
2. Eystein Straume: Bildet av legen jeg skulle bli må rives. Utposten 1993, nr 5 s.147-9
3. Glin Bennet. The wound and the Doctor. Secher and Warburg. London 1987

Velkommen til selskapet

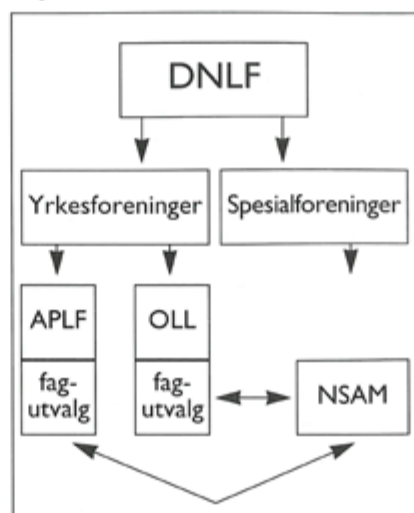
Elisabeth Swensen, nestleder og PR-ansvarlig i NSAM

Under denne overskriften vil du i de neste numrene av Utposten finne stoff som på ulike vis speiler aktiviteten og mangfoldet i NSAM. Det nye styret som overtok ved årsskiftet (her avbildet på startstreken en sprengkald hyttehelg i januar) har tatt mål av seg til å øke primærmedisinske miljøet som helhet. Utpostens lesere er i så måte vår høyeste prioriterte målgruppe. Redaksjonen har gjentatte ganger ut- og oppfordret oss til å delta i spaltene – og herved sier vi altså et rungende ja takk!

Det kan vel hende at mange fortsatt spør seg om NSAMs plass i det primærmedisinske terrenget. Vi har forsøkt å tegne to kart (se fig.), ett som viser vår organisatoriske rolle som spesialforening og ett som synliggjør de viktigste aktivitetene våre.

NSAMs symbol er løvetannen.

DNLFs allmennpraktikerorganisasjoner

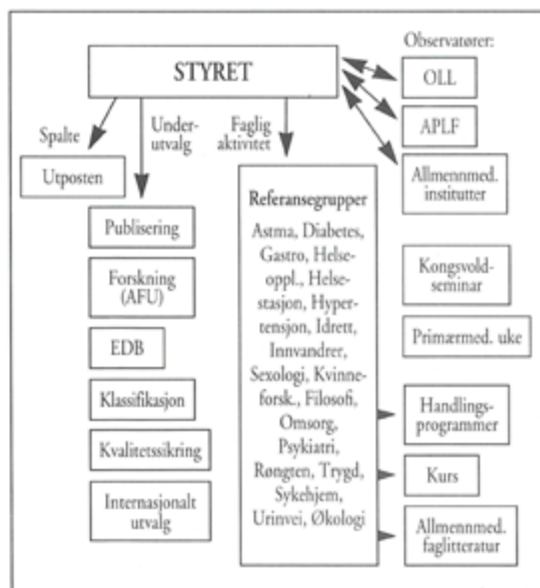


Alle som har plen kjenner løvetannenes kvaliteter: vill og vakker, skyr ingen hindringer og reproducerer seg i vid omkrets. NSAMs «fnokker» er referansegruppene. De er selskapets varemerke og viktigste bidrag til fagutvikling. For tiden har vi 18 registrerte grupper, noen svært aktive og andre i dvale. At intensiteten i gruppearbeidet varierer både mellom gruppene og innad i en gruppe over tid er slik det må og bør være.

Noen av referansegruppene ble presentert i «NSAM-nummeret» av Utposten i forbindelse med 10 årsjubileet i 1993 (nr. 5). Vi vil prøve å presentere alle gruppene som har pågående aktivitet her i denne spalten etterhvert. Gled dere!

Litt praktisk informasjon til slutt: NSAMs kontor holder hus på Institutt for Allmennmedisin i Oslo, Ullevål sykehus. Bl.a. fordi vi ønsker å være mer tilgjengelig for medlemmer

og andre, har vi bemannet kontoret med leder + et styremedlem hver torsdag mellom kl. 10 og 14. Vår sekretær May Brith Mandt treffes alle dager. Telefonnummeret er 22 85 06 55, postadressen: Postboks 1130, Blindern, 0318 Oslo. I styret sitter denne perioden Bjarne Haukland (leder), Anna Stavdal, Bjørn Gjelsvik, Per Stensland, Dag Bruusgaard, Anette Fosse og Elisabeth Swensen.



NSAM aktivitetsområder

«Attføring under medisinsk behandling»

– et problem for trygdeetaten
– en utfordring til legen og pasienten?

Tekst:
Anne Matilde Hanstad



Anne Matilde Hanstad. Spesialist i allmennmedisin. Kommunelege i Strand kommune i Rogaland. I 1992/93 tilsatt som rådgivende overlege ved Trygdeetatens fylkeskontor i Rogaland. Medlem i spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Gift med allmennpraktiker, og har to praktfulle gutter i oppløpsalderen.

Artikkelen handler om problemene omkring «attføring under medisinsk behandling». Langvarige passive trygdeytelser er i seg selv uføreskapende. Legene er trygdens medisinske rådgivere. Sammen skal leger og trygdefunksjonærer ivareta pasientens rettssikkerhet.

Derfor må vi som allmennpraktikere trene oss i å skrive et språk trygdefunksjonærene med sin forvaltningskunnskap forstår og kan bruke til beste for våre pasienter. En undersøkelse i attføringsaker under medisinsk behandling ved Trygdeetatens fylkeskontor i Rogaland i 92/93 viste at over 70% av pasienter på langvarige attføringsytelser har en allmennpraktiker som sin viktigste medisinske behandler, og at etter fire år på ulike ytelser, var det fortsatt 40% av pasientene som ikke hadde vært hos annen lege enn allmennpraktikeren. Budskapet i denne artikkelen retter seg derfor i første rekke mot allmennpraktikeren, som skal behandle alle pasientens plager, og opererer som «den som trekker i trådene.»

Attføringsparagrafen

I Lov om folketrygd, paragraf 5 – 4.a, er anført følgende:

«Til den som er trygdet med rett til sykepenger ytes attføringspenger

a) under fortsatt arbeidsuførhet etter utløpet av stønadstiden for sykepenger, dog bare for den tid han får behandling med utsikt til bedring av ervervs- evnen...».

Blant allmennpraktikere og i trygdeetaten, dekket denne paragrafen

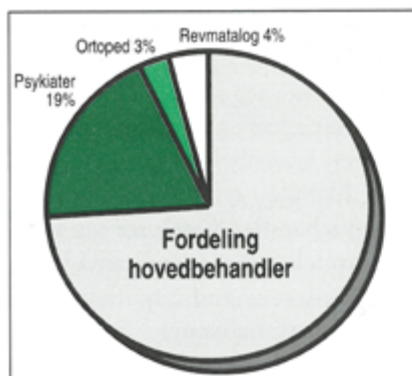
av begrepet «attføring under medisinsk behandling. De fleste leger med erfaring fra allmennpraksis vil også vektlegge: «med utsikt til bedring.»

Rikstrygdeverket hadde i 1991 varslet endringer i regelverket for attføring gjennom «Attføringsmeldingen»(1). Denne satser i stor grad på «arbeidslinja». Det er ikke lenger mulig å gå årevis på «attføring under medisinsk behandling». I hovedsak kan ikke denne type ytelser gis mer enn et år. De kan også graderes ned under 50% ved særskilte høve. Trygdekontorene sitter fortsatt med det økonomiske forvaltningsansvaret, men så snart pasienten er klar for yrkesmessig attføring, er det arbeidskontoret som skal takle de ulike sakene. Faren for at disse to etatene; trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten, kan komme til å spille «ping – pong» med pasientene våre er stor, tror jeg.

Det foreligger lite litteratur om temaet «attføring under medisinsk behandling». Derimot er det etterhvert kommet en del gode artikler i Tidsskrift for den norske lægeforsking, samlet i eget hefte, om «legene og trygden» (2) og om langtidssykemeldinger (3).

Hva er «medisinsk behandling»?

Det står i Lov om folketrygd at pasientene for å ha rett til å gå på attføring under medisinsk behandling, skal være under «medisinsk behandling med utsikt til bedring». Enhver lege med noen års praksis vil vite at «medisinsk



Figur 1. Attføring under medisinsk behandling.

behandling» er et diffust og multifaktorielt begrep. Er dette vanskelig for legen, er det desto mer komplisert for tryggefunksjonærene, som ikke har medisinsk skoleing av betydning. De har utdanning innen forvaltning, og arbeider gjerne bare med enkelte kapitler i lov om folketrygd. I forvaltning er en paragraf en paragraf, og det må man forholde seg til. I samarbeidslandet mellom jus og medisin blir det ofte vanskelig for

både medisiner og lovforvalter å holde tunga så rett i munnen at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Det er lett å snakke forbi hverandre, fordi medisinerens fagspråk og forvalterens juridiske språk spriker i forhold til hverandre.

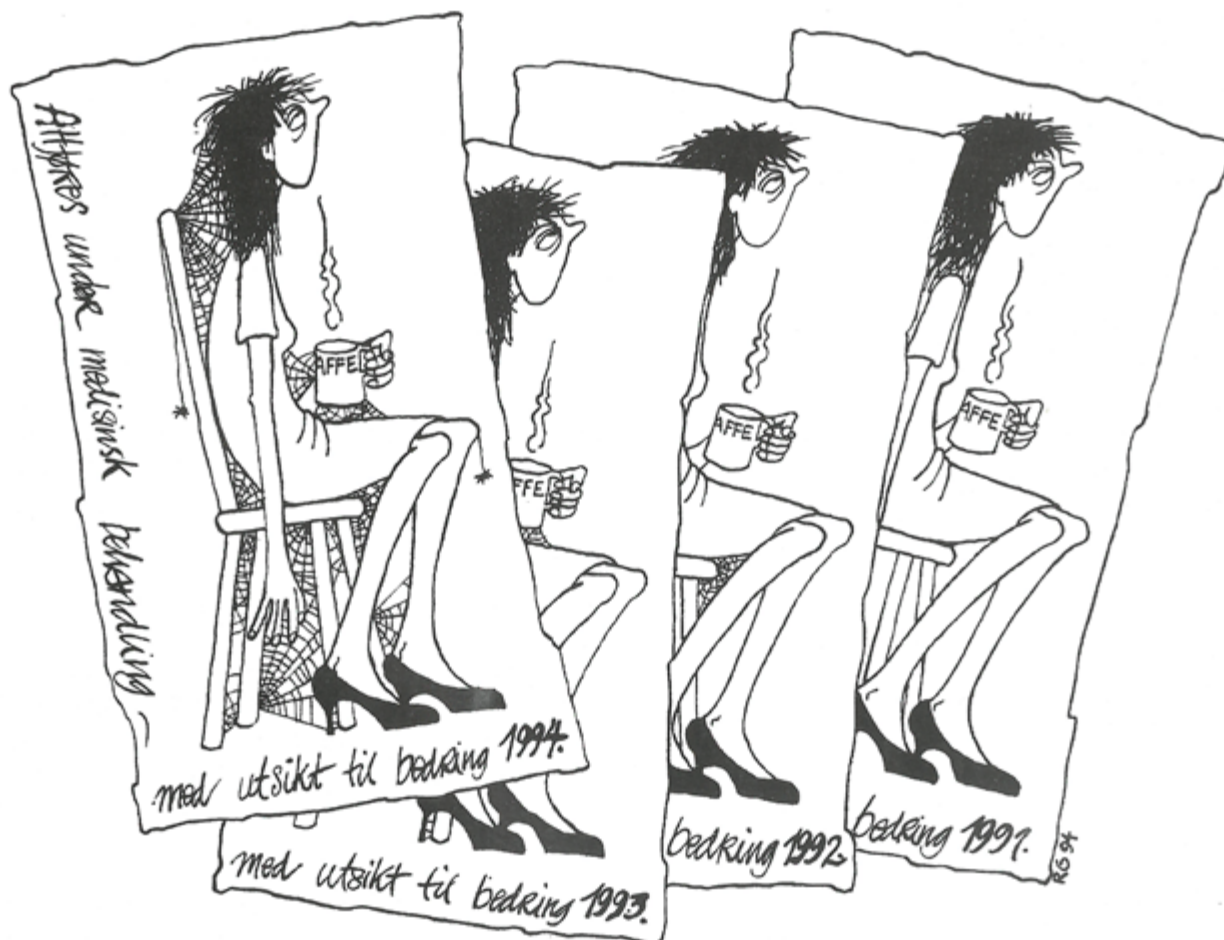
Hva er sykdom?

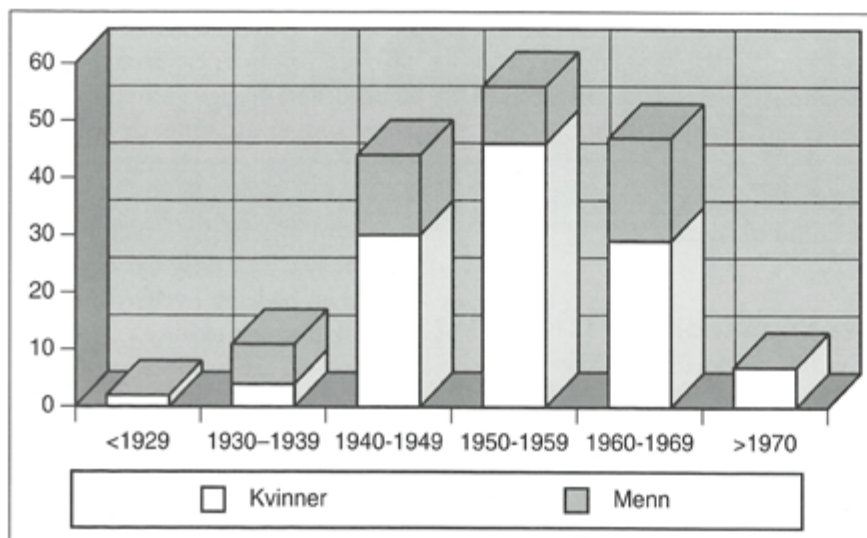
I NOU-rapporten om Sykelønnsordningen (5), understrekes det at det å bedømme om det foreligger en sykdomstilstand hos pasienten, vil «være avhengig av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet og den praksis som har utviklet seg på området.» Videre er det anført det faktiske forhold at «det skjer en kontinuerlig påvirkning fra samfunnet til legene om hva som er sykdom. Dette gir seg utslag i endring av regler, men man møter det også direkte ved overføring av synspunkter mellom lege og pasient». Vi som arbeider i allmennpraksis, vet at det er en flytende

overgang mellom en frisk og syk tilstand, og at det er vanskelig å alltid dra de riktige grensene. Leger som er utdannet de siste 15 årene har sjelden måttet forholde seg til de økonomiske konsekvensene som ligger i det å melde en pasient syk. Samtidig har det skjedd en bedring i velferdsgodene for folk flest, en økning i de krav som stilles i arbeidslivet, og en endring i sykdomsbildene.

Min egen erfaringsbakgrunn

Jeg var ansatt som rådgivende overlege ved Trygdeetatens fylkeskontor i Rogaland i sju måneder fra september 92. Før dette hadde stillingen ikke vært besatt. Med ti års erfaring fra allmennpraksis i landdistrikt, med nært forhold til befolkningen og godt samarbeide med trygdekontoret lokalt, hadde jeg rimelig bred klinisk erfaring, som jeg tok med meg inn i kontoret bak skrivepulten. I alle de trygdesakene all-





Figur 2. Alders- og kjønnsfordeling av pasienter som har gått på attføring under medisinsk behandling i minst tre år. Merk den store tyngden pasienter mellom 30 og 50 år.

mennpraktikere og andre leger gir uttale, er legen premissleverandør og medisinsk rådgiver. Trygdefunksjonærene forvalter lovverket. Disse to faggruppene skal begge på best mulig måte bidra til at pasientens rettssikkerhet ivaretas.

De lokale trygdekontorene har til nå hatt forvaltningsmyndighet over trygdesaker i fire år. Det vil si at en som var sykmeldt har kunnet gå på sykepenger først i ett år, og så på attføringspenger i tre år før saken må oversendes de respektive Fylkeskontorene for videre vedtak. Alle trygdesakene jeg ble forelagt til medisinsk rådgivning, hadde løpt i minst fire år, og var av typen «attførings saker» (kap. 5 i Lov om folketrygd) eller «uførepensjon» (Kap. 8 i Lov om folketrygd). Sakene kom fra 25 ulike trygdekontor i Rogaland.

Problemet jeg møtte

I arbeidet mitt med medisinsk rådgiving, denne gangen som lege ansatt i «trygden» fikk jeg ganske snart «følelsen av» at de sakene jeg ble forelagt for vurdering av «attføring under medisinsk behandling med utsikt til bedring» var særlig problematiske. Ofte hadde sakene løpt langt over fire år. Altfor mange av sakene «syntes å « tilhøre

pasienter i ung alder, med lite utdanning, diffuse lidelser og uten stor utsikt til bedring. Jeg undret meg over at så få av pasientene var forsøkt tilbakeført til arbeidslivet av det lokale trygdekontoret, nettopp med bakgrunn i tanken om at «vente og se» sykeliggjør pasienten ytterligere, og på sikt er uføreskapende. Jeg ønsket å finne ut hvilken gruppe leger som var pasientens hovedbehandler, hvilke plager pasientene hadde, hva for behandling de var tilbudt, og om man hadde forsøkt tilbakeføring til arbeidslivet i det hele tatt. Jeg visste at i klinisk allmennmedisin er det oftest slik at den legen som ser pasienten regelmessig og over tid, har best forutsetninger for å hjelpe pasienten tilbake til et aktivt liv.

Min egen egen undersøkelse

Jeg laget et spørreskjema som saksbehandler for sakene «attføring under medisinsk behandling» fylte ut i forbindelse med vedtaksarbeidet. Til sammen ble det registrert 162 saker i en åttmånedersperiode. På bakgrunn av et så stort materiale, er det grunn til å tro at vi har fått et bilde av hva som har rørt seg på dette feltet i Rogaland fylke før det i 1993 kom endring i

regelverket om attførings saker generelt.

Det viste seg at hele 74% av pasientene har en allmennpraktiker som hovedbehandler (fig 1). Nær 20 % har en psykiater som hovedbehandler. Det viser seg at en stor del av pasientene også har vært vurdert av andre spesialister enn allmennmedisiner i sin sykdomskarriere. Etter hele fire år ute av arbeidslivet, er det fortsatt nær 40% av pasientene som kun har vært i behandling hos allmennmedisiner. Gunnar Tellnes fant at av de langtidssykmeldte (3) er over en tredjedel i gruppen muskel/skjelettlidelser. Han finner også at mentale lidelser rangerer høyt på lista over langtidssykmeldte. Mine funn er sammenfallende med hans. I de årene sakene har løpt ved de lokale trygdekontorene, skje er forskyvning i diagnostikken mot

- flere pasienter i kategorien tyngre mentale lidelser og
- fra muskel/ skjelettlidelser til «lettere mentale lidelser».

Det førstnevnte funnet bekrefter det vi vet om mentale lidelser; at sykdommen ofte utvikler seg over tid, og ikke minst at det tar tid å stille en diagnose og finne rett behandling. Hvorvidt det er lettere mentale lidelser som ligger i bunnen for en del funksjonelle plager i form av muskel/ skjelettsykdommer, er selvsagt diskutabelt.

De fleste pasientene hadde forsøkt mer enn en «type» behandling. Det viste seg at over 50 startet ut med en eller flere typer medikamenter. Behandling hos psykolog/psykiater stiger fra <5% til 20%. At det også viste seg en økning i bruk av behandling hos fysioterapeut, er sannsynligvis et uttrykk for det høye antall av muskelskjelettlidelser. En kan ikke se bort fra at det er et uttrykk for den smerte en langvarig sykerolle i seg selv påfører pasienten. Årsaksfaktorene er sannsynligvis multifaktorielle, og det vil ikke være riktig å

trekke noen konklusjoner ut i fra disse funnene. Det var urovekken- de å se at hovedtyngden av pasien- ter er mellom 30 og 50 år. (fig 2). Det er overvekt av kvinner i alle aldersgrupper. Det er altså tale om pasienter som skulle være på høy- den i sin yrkeskarriere. Det er, varigheten av den passive ytelsen tatt i betraktning, også ille at vi faktisk finner pasienter helt ned i 20-årene i den observerte gruppen.

Refleksjoner

Trygdefunksjonærene, som repre- sentanter for forvaltningen, synes i altfor stor grad å ha forholdt seg til legens attester som meldinger og rekvisisjoner, framfor en uttale fra en medisinsk sakkyndig til hjelp i den forvaltningsmessige delen av arbeidet i en trygdesak. Når vi ser at en hel rekke pasienter blir gående på ytelser uten at det blir stilt spørsmål ved om de mottar behandling som gir utsikt til bedring, må en stille spørsmålstegn både ved syk- domsdefinisjonen, det juridiske språk og det medisinske språk.

Den største utfordringen ligger i å få flere av disse pasientene tilba- ke i yrkesaktivt liv. Passivitet er i seg selv er sykdomsskapende. Det å være en del av «et vesen» og «syk- domsstemplet», gir visse holdning- er, som det er vanskelig å avlære. Jeg mener ikke derved å hevde at vi har gående en mengde såkalte «trygdemisbrukere». Snarere stiller jeg spørsmålstegn ved hvilke til- bud vi reelt gir pasientene når de får «diagnoser» og «attføring under medisinsk behandling». Har ikke disse unge menneskene egentlig fortjent større utfordringer? Er det medisinsk behandling med utsikt til bedring å ta muskelavslappende medisiner eller gå til «støttesamtale» hos psykiater eller allmenn- praktiker, eller motta sine 20 – 40 fysikalske behandlinger årlig? Er ikke denne type behandling et mål for å få pasienten til å fungere bed- re, snarere enn «utsikt til bedring»? Medisinsk diagnostikk er vanske- lig. Grenseoppgangen mellom «let-

tere mentale lidelser» og «muskel- skjelettlidelser» er mange ganger umulig. De fleste smertepasienter utvikler over tid depressive symp- tomer som søvnproblem og initia- tivløshet. Mange pasienter kan få begge diagnosene. Hva som lander som diagnose i trygdesaken, vil i mange tilfelle være avhengig av hvilke symptom lege og pasient vektlegger.

Hva bør gjøres?

Ettersom hovedtyngden av pasien- tene har en allmennpraktiker som hovedbehandler, er det spesielt viktig at trygdeetaten tar mål av seg til å få i gang en dialog med de legene som er det enkelte trygde- kontors medisinsk sakkyndige. Det er også viktig at saksbehand- lerne i trygden er klar over at for- valtningsansvaret er plassert i tryg- dekontoret, og ikke hos legen. Dette må formidles til pasienten på en forståelig måte. Det er viktig at trygdefunksjonærene ikke bruk- ker medisinske diagnoser i hen- hold til lovparagrafer uten å relate- re til funksjon. Det er viktig at vi som er medisinsk sakkyndige bestreber oss på å formulere uttaler som i størst mulig grad beskriver de muligheter og begrensninger den enkelte pasient har på grunn av sin sykdom, sitt lyte eller sin skade.

Det er laget et slagord om at «attføring er ikke noe man får, det er noe man gjør». Det må være mulig å styrke kommunikasjonen og forståelsen mellom medisinsk sakkyndige, som oftest er allmenn- praktikerne, og forvaltere av loven, som oftest er funksjonærene ved de lokale trygdekontorene. Alle parter må ha et aktivt øye for at «trygdesaker» så vel som mennes- kene de angår, er nyanserte og uli- ke. Det er lov å stille krav til pasi- enten.

Bare ved aktiv bruk av spørs- mål i forhold til pasient og samar- beidspartnere tror jeg vi kan bedre pasientens rettssikkerhet. Vi ønsker neppe, verken som medisi-

ner, eller som trygdefunksjonærer å bidra til at gruppen av passive stønadsmottakere skal øke. En vik- tig grunn for at vi ikke ønsker det, er at passivitet skaper sykdom, og i videste forstand er uføreskapende. Det senker livskvaliteten for enkeltmennesket, og øker sykkelig- heten i befolkningen generelt (5). Det bør være et mål å se på «attfø- ring under medisinsk behandling» som en utfordring. Som praktise- rende leger i samarbeide med tryg- defunksjonærene bør vi ikke slutte med å stille spørsmål til oss selv og hverandre for stadig å bedre kvali- teten av våre respektive fagområ- der og kommunikasjonen på tvers av disse.

*Spes. i allmennmedisin,
Anne Mathilde Hanstad.
Jorpeland legesenter, 4100 Jorpeland.*

Litteraturliste:

1. St.meld.nr.39 (1991 – 92) Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepeng- er og uførepensjon. (Att- føringsmeldingen). Arbeids – og administra- sjonsdepartementet 1991.
2. Nylenna M, Tellnes G, Walmann B: Legen og trygden. RTV og Den norske lægeforening, Oslo 1989.
3. Tellnes G: Tiltak for langtidssykemeldte. Grup- pe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo og RTV, 1992.
4. Leira A: Omsorg og like- stilling. Nytt om kvinne- forskning, nr. 5/89-1/90.
5. NOU 1990; 23: Sykelønnsordningen.



Nummer 2

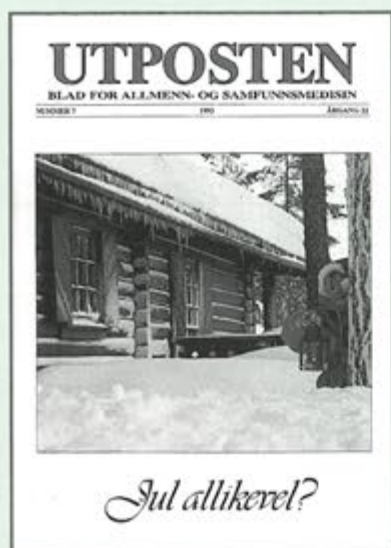
Lever sosialmedisinen likevel? *Leder*
 Om fengselshelsetjenesten – sett fra et kretsfengsel. *Tor Gamman*
 Om isolasjon i fengsel – litteraturgjennomgang. *Tor Gamman*
 Om isolasjon og fangers helse. *Tor Gamman*
 Tanker om behandling og oppfølging. *Solveig Sindre*
 Hva er naturlig nakenhet? *Erik Kreyberg Normann*
 Intervju med Tore Ytterdal.
 Etterutdanningstilbudet for medarbeidere. *Johnny Mjell*
 Tympanometri i allmenntilleggsmedisin. *Steffen Steffensrud*
 Astmaklinikken i Aylsham. *Hasse Melbye*
 Kommunelege 1 – forum i Sogn og Fjordane. *Petter Øgar*
 Brukerundersøkelser i kommunehelsetjenesten. *Tellef Fosli, Henrik Steinfeldt, Astrid Boon Mundal, Ellen Catrine Steen*

Nummer 1

Ny etappe – og velkommen med på ferden! *Leder*
 Hils på den nye redaksjonen
 Småsykehusene – snart en saga blott? *Petter Øgar*
 Det er menneskenes ve og vel det gjelder. *Intervju med Kolbjørn Øygard*
 E-tavle, eit nytt primærmedisinsk verktøy. *Aslak Bråtveit*
 Intervju med helseminister Werner Christie
 Medisinerstudiet under omforming. *Sonja Fossum*
 Frå Vest-Telemark til Aust-Mashoneland. *Frøde Forland*
 Spiseforstyrrelser i allmenntilleggsmedisin. *Anne Mathilde Hanstad*
 «Å stanses i praksis». *Knut Ågotnes*
 En pille for alt som er ille. *Olav Rutle*
 Lovetannprisen 1992
 Årsmøte i NSAM 1992



For a
 Vi har faste spalter som «Bokmelding», «Smil i hverdagen», «K



Nummer 7

Jul allikevel? *Leder*
 De vellykkedes hevn. *Age Wifstad*
 Behandling av enurese – PP-tjenesten og helsestasjonen går nye veier. *Elsa Risjord*
 Enuresis nocturna. Eit praktisk behandlingssopplegg med alarmmatte. *Aasmund Storebo*
 Nidaros, Nidaris... *Helge Worren*
 Presentasjon av nyvalgte ledere i OLL, NSAM og Aplf.
 Tale ved NSAMs jubileumsmiddag. *Christian F. Borchgrevink*
 Hva vil vi med legevakta? *Vidar Bjørn*
 Årets Nobelpris i medisin gitt for splittede gener. *Sigbjørn Fossum, Sonja Fossum*
 Essaykonkurransen: «Sølvtråd i min vev». *Pål Gulbrandsen*
 Våre tyngende hverdager. *Tom Sørensen, Sidsel Gilbert, Knut W. Sørgaard*
 Hvordan overleve i primærhelsetjenesten? *Ragnhild Strand*
 Akupunktur. *Sarya P. Sharma*
 Tanker om samfunnsmedisinsk uke. *Harald Bjørnstad*





Nummer 3

«Risikoklinikken» – beslutningsdilemma i allmennmedisin.

Leder

Om falsk positivitet og falske profeter. *Eivind Meland*

Hvem sier at allmennpraktikere ikke kan behandle idrettsutøvere? *Christoffer Vig*

EDB i allmennpraksis. *John Leer*

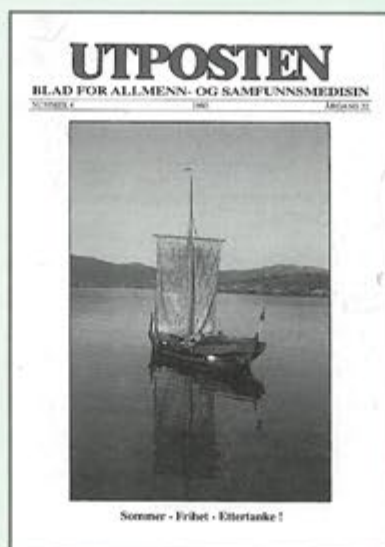
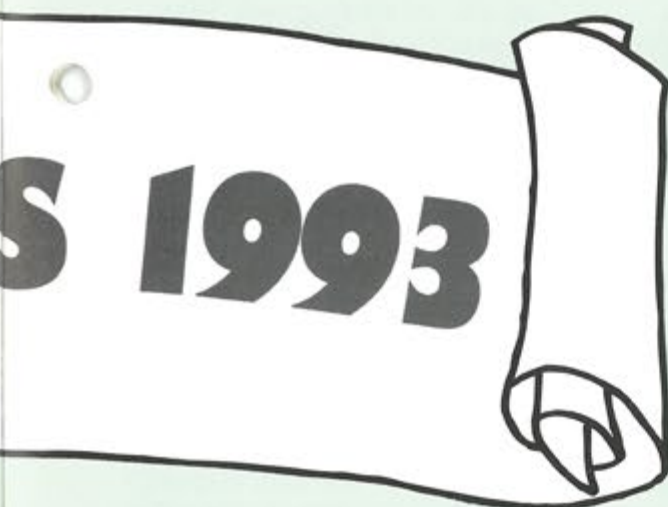
Om Grenser. *Anders Barheim*

Løsemiddelskade. *Nils Grude*

«Det er ikke lenger nødvendig å dø som kommunelege II».

Frode Risdal

Intervju med Anders Grimsmo



Nummer 4

Samarbeidsmodeller mellom småsykehus og kommunehelsetjenesten. *Petter Bugge, Asulv Hoverak, Pedro Rodriguez-Sait, Tord Teige, Terje Wiberg*

Bildet av legen jeg skulle bli må rives. *Kirsti Lotveit, Eystein Straume*

Det tredje øye. *Linn Getz*

Databaser. *Satya P. Sharma*

Vakt og beredskap. *Eystein Straume*

Lokale helseforsøk. *Truls W. Gedde-Dahl*

«Småsykehusene – snart en saga blott?» *Jan Brox*

Helsetasjon for ungdom i Asker. *Lillian Aaserud*

Stortingsmelding nr. 37 under lupen. *Frode Heian*

«Møn vi står han a!» *Arthur Arntzen*

vrig:

ag», «edb-spalte», «Slik gjør vi det», «ursannonsering» m.m.

Nummer 6

«Økologisk medisin» – det er farleg det! *Leder*

Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi. *Hans Magnus Solli*

Ønske om «heilsjekk». *Eivind Vestbo*

Hvis helse er et ork – er det helse da? *Helge Worren*

Om å leve og døye heime. *Odd Kvamme*

«Bråk med støy». *Petter Bugge*

Medisinsk katastrofeberedskap i en mindre kommune. *Erik Langfeldt*

Arbeidsløshet, valutasamarbeid og uhelse. *Dag Thelle*

Prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutinet. *Jonas Fjeld*

Utposten gratulerer! Prisutdelinger ved Nidaroskongressen

Essaykonkurransens prisvinner: «Amerika, Amerika!» *Per Fugelli*

Stortingsmelding nr. 37 (1992–93). *Jostein Tørstad*

Skal man pese, skal man pese med vett. *Odd Winge*

Hadde det ikke vært for denne tåa... *Oivind Svenning*



Nummer 5

Tanker ved et 10-års jubileum. *Leder*

Og så akkurat i år! *Olav Thorsen*

Kva tydar NSAM for deg?

Intervju med John Nessa, Jostein Holmen og

Bård Natvig

NSAMs etablering. *Steinar Westin, Olav Rutle, Jo Telje*

Handlingsprogrammet for diabetes revideres. *Tor Claudi*

Nye krav til spesialiteten allmennmedisin. *Anne Mathilde*

Hanstad

Profdoc under Windows. *Bjørn T. Kristiansen*

Ulvetid. *Per Stensland*

Praktiske rutiner for kvalitetssikring i allmennpraksis.

Steffen Steffensrud

Vondt i hodet! Vondt i magen! Vondt i bena! *Ida Garlow*

Legeerklæring og førerkort til eldre

Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren?

Tekst: John Nessa



John Nessa er kommunelege II i Hjelmeland. Han er spesialist i allmennmedisin og har fleire tillitsverv knytta til fagutvikling av allmennpraksis. Mest kjent er han for sin levande interesse for medisinsk filosofi. Ansvarlig for filosofiserien i Tidsskrift for Den norske lægeförening.

Denne artikkelen er ei bearbeidd utgåve av eit innlegg på eit heildagsseminar i regi av Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke, der utfordringa var å vise om og korleis filosofi kunne vere til nytte for klinikaren.

Filosofi og matnytte

Eg har tre innleiande kommentarar til emnet. Den første kommentaren gjeld omgrepet «filosofi». Mange trur at det å filosofere er ein aktivitet ein anten driv på med

eller ikkje driv på med. Men det er feil. Eg kjenner ingen oppegåande menneske som ikkje filosoferer på eit eller anna plan. All refleksjon, all «tenke seg om» aktivitet er filosofi. Spørsmålet er berre kor bevisst ein skal bli seg at ein filosoferer, og kor systematisk ein skal utvikle metoden.

Den andre kommentaren gjeld metaforen «matnytte». Den er ein kjent og kjær metafor i medisinen, og då gjerne med vekt på siste delen, «-nytte». Det er eit rimeleg krav at det vi driv på med skal vere matnyttig. Men spesielt dersom ein tenkjer på mat, er det som regel lurt å tenkje langsiktig. Bonden haustar ikkje den dagen han sår, og legen blir ikkje klinikar på ein dag. Å investere tid og interesse på filosofi, er ei langsiktig, men sikker investering.

Min tredje innleiande kommentar gjeld omgrepet «reiskap». Den «verktøykassen» klinikaren bruker, er omfattande og uoversiktleg. Og filosofi kan aldri bli eit reiskap på linje med stetoskopet eller kniven. Filosofi handlar meir om korleis vi skal bruke våre kliniske verktøy. Eller for å ta eit anna bilete: Bilen treng både gasspedal og bremsar. Filosofien kan i prinsippet både verke som forgassar og bremskloss. Men sidan så mange andre i vår tid er glade i å trykkje på gasspedalen, og sidan teknologisk elefantsjuka trugar faget vårt, er den viktigaste funksjonen til medisinsk filosofi å fungere som bremskloss mot ei utvikling som er uønska.

Filosofi kan vi ikkje greie oss utan. Den er matnyttig, og den set

oss i stand til å bruke våre reiskap på ein rett måte. La oss difor gjere la Bruyères ord frå 1600-talet til våre:

I staden for å frykte eller til og med rødme over namnet filosof burde tvert om alle ha grundig kjennskap til filosofi. Den høver for begge kjønn, for alle aldrar, og for alle livsstillingar. Den trøystar oss over andre si lukke, når vi ufortent blir forbigått, og når det sterke og vakre blir borte frå oss. Filosofien væpnar oss mot fattigdom, alderdom, sjukdom og død, den hjelper oss til å leve utan ektefelle, og til å halde ut med den ektefellen vi har fått.

Diagnosar kan drepe?

Mot denne bakgrunn blir all konkretisering av filosofiens matnytte hjelpelaus og ufullstendig. Filosofien grip inn i alt, til dømes i *den diagnostiske prosess og klinisk beslutning*.

Våre diagnostiske konklusjonar er tredimensjonale. Dei skal stemme med biologisk fornuft, statistisk empiri og språkleg/etisk aksept. Det er til dømes ikkje uproblematisk å diagnostisere eit menneske som nevrologisk, sjølv om både ratio og empiri kunne tyde på det.

«Diagnoser dreper» hevda ein psykolog i ein høgstemt augneblink i «Sånn er livet» på NRK. Eg vil ikkje ta så hardt i. Men at diagnostisering kan vere risikofylt, kan eg gå med på.

Ha ein sjukdom eller vere sjuk

Ved *kronisk sjukdom* generelt og *psykiatri* spesielt handlar det om å «vere sjuk», ikkje primært «ha ein sjukdom». Det grip grunnleggjande inn i vår eksistens, og er skjebne som påverkar vårt syn på oss

sjølv og andre. Legens rolle blir å behandle ein sjukdom som ofte har som særkjenne at den ikkje kan behandlast. Dette er ein sentral del av vår kvardag. Skal vi då avvise pasienten – ein naturleg psykologisk reaksjon med lange medisinske tradisjonar? Eller skal vi ta utfordringa til den sveitsiske medisinarprofessoren F. Nager, som hevdar at ein ekte lege først viser kva han duger til når ein sjukdom er blitt uheldbredeleg? Svaret kan ein finne i filosofien, til dømes i form av etikk, antropologi eller språkfilosofi. Å lese medisinske lærebøker hjelper mindre.

Rikstrygdeverket

Har ein ikkje blitt tvinga inn i allmenn filosofi før, har *Rikstrygdeverkets* snuooperasjon tvinga oss til å ta stilling til ei rad filosofiske spørsmål, til dømes om kven som er sjuk, sjuk nok, sjuk lenge nok, sjuk rett nok, kort sagt kven som er verdig og ikkje verdig trengande. Som legar opplever vi krysspresset mellom pasientar på alliansejakt i velferdsstatens labyrintar på den eine sida og moralistisk prega økonomitenkning i det administrative apparatet på den andre sida. Eit historisk, politisk og filosofisk perspektiv på det som skjer kan i det minste gjere dette krysspresset litt lettare å leve med.

Når livet røyner på

Legen har ein konkret jobb å gjere ved *sorg, kriser og personlege katastrofer*. Kan vi ikkje yte vettug hjelp i slike situasjonar, er vår lisens som primærlegar lite verd. Menneskeleg eksistens er langt på vei prega av konkret og symbolsk død: Relasjonar brytes ned, ting går til grunne, røynda innhentiar draumane våre. Som terapeutar har vi ein «holding function» når livet røyner på. Det forstår verken administratorar eller økonomar, men det er sant likevel.

Filosofi som eigenomsorg

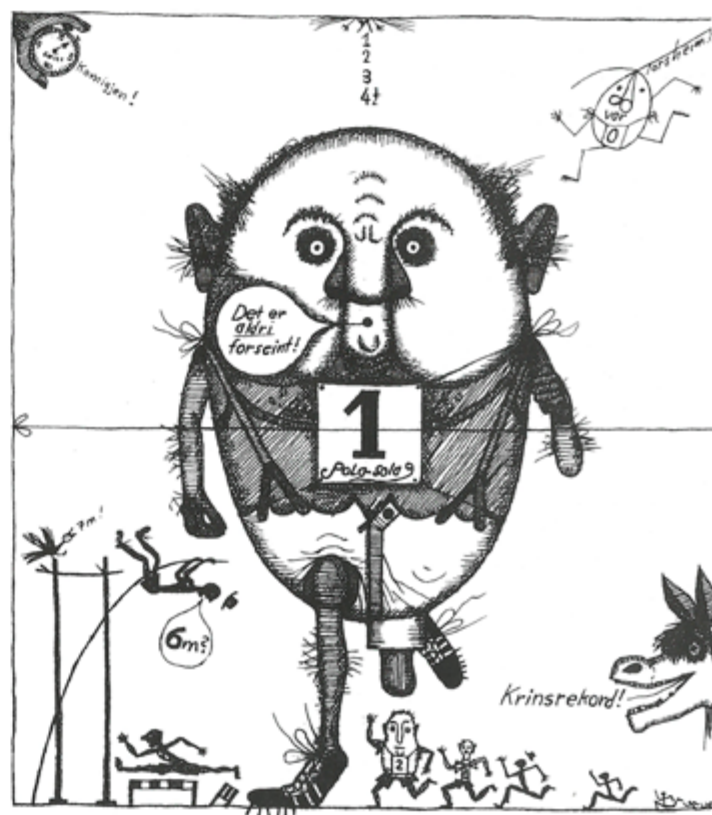
For meg personleg er det å lese filosofisk prega litteratur mi form

for *eigenomsorg*. Det hjelper til å sjå meg sjølv og eiga faglege rolle i perspektiv. Det er ikkje så verst det eg gjer, på den andre sida betyr det lite frå eller til. Legeyrket er eit einsamt yrke der ein som oftast er sin eigen dommar. Ein ideell posisjon for å bli paranoid. For å finne balansen, og å finne sin eigen faglege identitet er det ikkje berre naudsynt å halde seg i form fysisk sett. Gamle folk her i bygda snakkar om «åndeleg føde», og eg har ikkje noko betre ord.

Likevel er det viktig å minne om at det er mange veier til Rom,

og at alt snakket om filosofi ikkje bør bli til eit nytt krav om faglege oppdatering. Ein kjem langt med sunt bondevett, respekt for pasienten og tillit til egne intuisjonar. Poenget er kanskje så enkelt som å minne kvarandre om at også for legar er det framleis lov å tenkje sjølv. Det er eit sentralt poeng hos *Mannen som ikke ville være menneskemekaniker*, kollega Lars Tjensvoll, intervjuet i Tidsskriftet nr 22 i fjor. Ta gjerne det intervjuet fram igjen.

John Nessa
4130 Hjelmeland



Minnedikt i høve Truls Trim sin bortgang

Trulse-gubben
ut av pub-en
drikke øl
mykje søl
ikkje meir
jule-feir
Trimme no
Joggesko
Gubben spring
kring i ring
pustar tungt
lever ungt

20 mil
utan kvil
hjarta slær
vetter fær
harehopp
hjartestopp
doktor inn
liket ut
løpet slutt
nokre lo
gamle gut
sov i ro



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

Program for litteraturreferanser

Harald Reiso som er rådgivende overlege ved Fylkestyngdekantoret i Aust-Agder, har gjort meg oppmerksom på «Reference Manager» – et databaseprogram som er skreddersydd for å lage litteraturreferanser. Programmet finnes både i DOS- og Windowsversjon. I utgangspunktet er det spesielt tenkt for databaseoppbygging av referanser fra medisinsk faglitteratur og tidsskrift, men det kan utmerket også brukes til å lage alle andre slags litteraturarkiv og referansedatabaser. Litteraturlister hentet fra f.eks. Medline kan importeres direkte inn i RM. Programmet anbefales på det varmeste til alle som vil holde orden på litteraturarkiv og lage referanselister til bruk i artikler og lignende.

Programmet selges bl.a. av Oslo Hardb Disco AS (tlf. 22 56 0840) og koster kr. 3.500,- (+ mva).

Internet

Internet er et verdensomfattende, uavhengig nettverk med omkring 20 millioner brukere. Her finnes alt! Send et spørsmål om noe du lurer på inn i Internet og du kan regne med å få mange, mange svar fra folk med spesialkompetanse, og oftest i løpet av kort tid. Du kan delta i diskusjoner, få regelmessig oppdatert informasjon om spesielle emner gjennom å abonnere på emnelister eller adresselister. Selv har jeg en tid mottatt «FAM-MED» – som redigeres av dr. Paul Kleberg. Jeg nøyer meg med den forkortede redigerte (digest) utga-

ven og får da en oppdatering via e-mail på X400 Telex en til to ganger pr. uke om aktuelle diskusjoner, hendelser og referanser relatert til «Family Medicine».

Hvordan komme inn på Internet?

De som har arbeidet på universitetets edb-nett har direkte Internet-tilknytning via Uninett. Telex/X400-abonnenter kan nå Internet med elektronisk post. Euronet i Haugesund, TelePost Communications a/s (Televerket og Postverket 50/50), OsloNet, PCWNorge-BBS, Oslo Hard Disco BBS og mange andre leverandører tilbyr hel eller delvis Internet-tilknytning til priser som varierer fra 200 til 4000 kroner pr. år + driftsutgifter avhengig av hvor mye man benytter systemet. Folkehelse BBS har også tilbud på en enkel Internet-tilknytning via Thunder Cave med elektronisk post for 200 kroner i tilknytningsavgift. i USA og Europa snakkes det om «data-hovedveien». I enkelte fagmiljøer har Internet hatt en slik funksjon i flere år allerede.

Litt historikk

Det Amerikanske forsvarsdepartementet bygget i 1969 opp nettverket ARPANET. I 1970-årene kom så BITNET, USENET og UUCP. Disse store nettverkene representerer både offentlige og private interesser. I 1980-årene kom så NSFNET (National Science Foundation Network) som knyttet sine supercomputere til forskningsinstitusjoner og universiteter – og på en slik måte at enhver computer i systemet kunne kommunisere med alle de andre computerne i nettverksystemet. I 1990 var noen av pionersystemene nedlagt og de som var igjen knyttet seg til NSFNET. Flere nye nettverk knyttet og knytter seg stadig til i det som nå er et raskt voksende Internet. Internet dekker alle verdens kontinenter. CIX (Commercial Internet Exchange) dukket opp for de som vil bruke Internet som et kommersielt verktøy.

I dag er Internet tilgjengelig for absolutt alle som ønsker å bruke det.

Så til alle som har en PC. Skaff deg modem og et kommunikasjonsprogram og sett i gang!



NUELIN DEPOT

(TEOFYLLIN)

ANTI-INFLAMMATORISK EFFEKT...

- Teofyllin virker som en immunmodulator. ① ②
- Teofyllin inhiberer inflammatoriske ③ mediatorer som PAF, histamin og leucotriener.
- **NUELIN DEPOT. MARKEDETS RIMELIGSTE RENE TEOFYLLIN-DEPOTPREPARAT.**

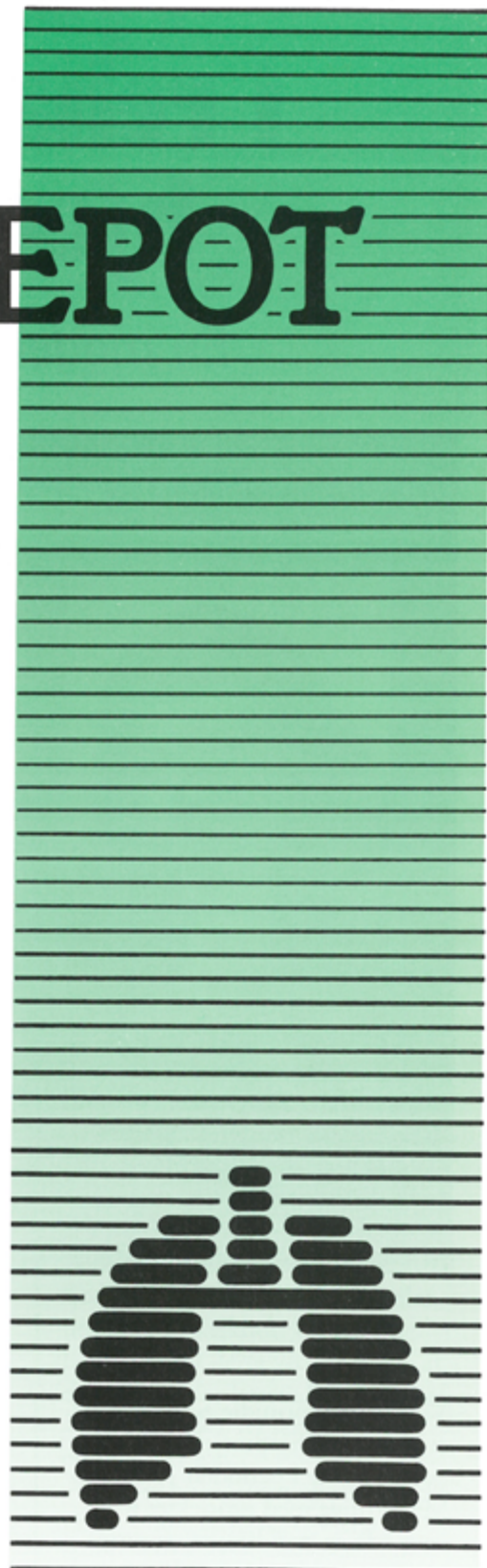
Referanser:

- 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



Fysisk aktivitet i rehabiliteringa av hjertepasienter

En modell for hjertetreningsgrupper

Tekst: Åse Mære og Per Solberg



Åse Mære er høgskolelektor i kroppøving ved Høgskolen i Levanger. Hun har fra høsten -89 også vært tilknyttet Samfunnsmedisinsk forskningscenter (Folkehelse)/Verdal.



Pt. ass. lege ved kirurgisk avd. Innherred Sykehus. Embetseksamen -82. 7 år i allmennpraksis. 2 år som «General Medical Officer» i Zimbabwe, Afrika.

Vi ønsker å formidle erfaringer fra et hjertetreningsprosjekt i Levanger kommune i perioden 1988-91. Målsettinga med prosjektet har vært å få en mer bevisst og systematisk rehabilitering av hjertepasienter med fysisk trening som virkemiddel.

Ifølge WHO er rehabilitering av hjertepasienter summen av aktiviteter som trengs for å sikre dem de best mulige fysiske, psykiske og

sosiale forhold, slik at de ved egen innsats kan gjenvinne en så normal som mulig plass i samfunnet og leve et aktivt liv (1).

Fysisk aktivitet som et middel for å oppnå bedre fysisk, psykisk og sosial helse, har vært allment kjent og praktisert i rehabiliteringa av hjertepasienter i Norge siden 1960-70 tallet. Effekten av dette er vist i flere studier (2-7). En sammenfattende studie fra USA

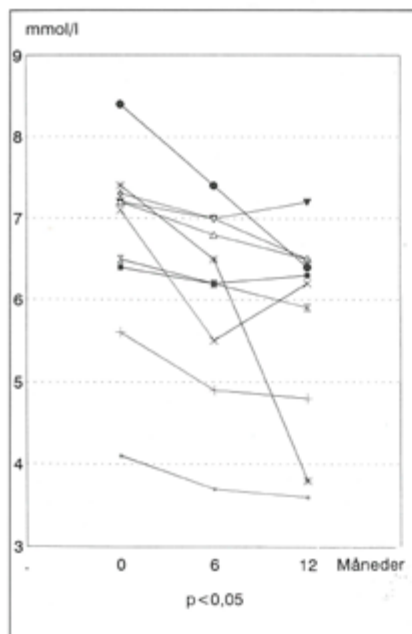
viser en reduksjon i total dødelighet (dødelighet både på grunn av hjerte-/karsykdom eller annen diagnose) på 20% for personer som hadde fått fysisk opptrening etter hjerteinfarkt i forhold til kontrollgruppen (8). En annen studie viser mindre sannsynlighet for død av hjerte-/karsykdom eller annen sykdom hos personer som har gjennomgått rehabiliteringsprogram med fysisk trening og fokusering på risikofaktorer (9).

Treningsoppfølginga har likevel variert fra sted til sted, og vært mer eller mindre tilfeldig. Ofte har sykehusene gitt kortvarige treningstilbud med beskjed om at treningen må følges opp etter utskrivning, men uten at reelle oppfølgingstilbud har eksistert.

For å bedre på dette tok Nord-Trøndelag idrettskrets og Fylkeslegen i Nord-Trøndelag i 1988 initiativ til utdanning av instruktører for hjertetreningsgrupper i fylket. Dette resulterte i opprettelsen av flere hjertetreningsgrupper. Et viktig mål med hjertetreningsgrupper, er å gi deltakerne økt trygghet i dagliglivet. Det er viktig å oppleve at kroppen og hjertet er i stand til å tåle påkjenninger. Når denne prosessen er gjennomlevd, kan pasienten i de fleste tilfeller bringes tilbake til arbeidslivet og en meningsfylt tilværelse (4, 5, 6, 10).

Gjennomføring av selve prosjektet

I Levanger kommune gjennomførte vi et prosjekt med 12 hjertepasi-



Totalkolesterol i serum. Resultater for treningsstart, etter 6 uker og etter 12 måneders trening for hver deltaker.

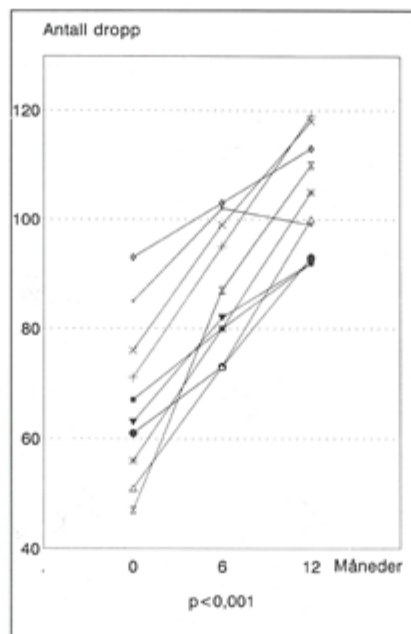
enter (11 menn og 1 kvinne) i alderen 42–78 år. Vi inkluderte pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt samt personer med gjennomgått inngrep på hjerteklaffer og koronararterier og personer med stabil angina. Hjertetreningsgruppen som var knyttet til primærhelsetjenesten, fikk pasienter både fra sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Prosjektfasen strakk seg over ett år. Gruppen fikk allsidig trening to ganger pr. uke. Treningen ble ledet av instruktør som hadde gjennomgått Norges Idrettsforbunds hjerteinstruktørkurs.

I tillegg til innhenting av opplysninger om mosjonsvaner, angst i forbindelse med mosjon og røykevaner, ble kolesterolnivå, blodtrykk, oksygenopptak og koordinasjon vurdert før, halvveis i og etter prosjektfasen.

To av deltakerne sluttet eller tok permisjon fra gruppen i løpet av perioden, resten fullførte hele prosjektperioden.

De fleste av deltakerne oppgav at de mosjonerte mer regelmessig etter at de hadde startet opp i hjer-tetreningsgruppen. Alle drev også



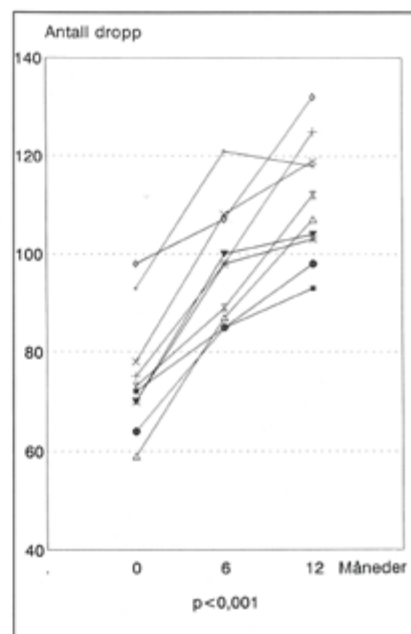
Balldropping med venstre hånd på 1 minutt. Resultater for treningsstart, etter 6 og etter 12 måneders trening for hver deltaker.

mosjon utenom disse to faste kveldene.

Samtlige av de som rapporterte at de var engstlige for fysisk aktivitet etter hjertesykdom, følte at de var kvitt dette problemet etter ett års trening.

Tre av deltakerne hadde sluttet å røyke umiddelbart etter at de fikk hjertesykdommen. Ingen av de tre deltakerne som var røykere da de startet opp i hjer-tetreningsgruppen, hadde sluttet i løpet av prosjektperioden. Det viste seg vanskelig å påvirke røykevaner. Vi fikk følelsen av at røykerne og ikke-røykerne stod mot hverandre i denne diskusjonen. Hvis noen i gruppen forsøkte å ta initiativ til en diskusjon om røyking, ble det som regel snakket vekk. Gjaldt temaet kosthold og kolesterol derimot, satte ofte deltakerne igang samtaler og diskusjoner på eget initiativ. Resultatene viste også reduksjon i kolesterol for gruppen (fig. 1).

Når det gjaldt utholdenhet registrerte vi at deltakerne ble istand til å løpe lengre strekninger om gangen. Dette hadde trolig også sammenheng med at de etter-



Balldropping med høyre hånd på 1 minutt. Resultater for treningsstart, etter 6 og etter 12 måneders trening for hver deltaker.

hvert som de kjente seg sterkere, også ble mindre engstlige for å belaste seg. Vi hørte også subjektive utsang som: «Jeg kan gå/løpe en trapp uten å måtte stanse, som jeg alltid måtte før.» «Jeg føler meg minst 10 år yngre enn før jeg startet med hjer-tetreningen.» «Jeg vet ikke sist jeg var i så god form.»

Vi fant stor fremgang i koordinasjonsevne (tekniske balløvelser og balanse) (fig. 2, 3 og 4) hos deltakerne. Vi har lagt vekt på slik trening da den er overførbart til mange av dagliglivets bevegelser. Bedre bevegelighet og koordinasjon fører til at en slipper å bruke unødig muskelkraft. Deltakerne har bekreftet dette ved å fortelle at de synes det er lettere for eksempel å bøye seg eller vri seg etter ting enn det var før.

Bedre fysisk form og større velvære, kameratskap og trivsel går igjen i deltakernes evaluering av hjer-tetreningen. Den store utfordringen ligger dog her som i andre helsefremmende tiltak i å få tak i kvinnene og de mennene som trenger ekstra stimulans for å komme i gang med trening.

24. FEBRUAR 1990

Hjertegod trimgruppe

Hege Uåbye

Et hjerteinfarkt, Angina eller en hjerteoperasjon er en skremmende opplevelse for de som opplever det. Men, hjertetrøbbel behøver ikke bety et stillesittende liv — uten muligheter for lek og bevegelse. I godt over et år har en «hjerteover» ved Innherred sykehus svettet seg gjennom kvelder i uka. Med effektiv trening under god ledelse har 12 hjertesyke mennesker fått et bedre liv.

Hver tirsdag og torsdag møtes den spreke gjengen i idrettshallen ved psykiatrisk avdeling på sykehuset. I godt og vel en time trener de opp bevegelse, koordinasjon og utholdenhet. Bit for bit bygger de opp kroppen etter sykdommen. Enkelte kvelder samles de for å snakke om kosthold og livstil.

Etter et hjerteinfarkt eller en hjerteoperasjon er formen ofte slødd. Og da gruppen startet for godt og vel et år siden, kunne de fleste fremdeles betegnes som «pasienter». I dag er det ingen-ting som minner om sykdom

det vært både en lege og en lege-sekretær, men selve treningsopplegget har høgskolelektor Asa

HJERTETRIMMERNE: Øverst fra venstre: Arnfjan Tysen, Svein Brenne, Johan Fredrik Monkeby, Torger Langdal og Mary Aune. Nederst fra venstre: trener Ann-Sissel Vikau, Odd Øjsterdal, trener Asa Mørre, Jullus Salthammen, Torbjørn Skjerve, Kåre Salberg og Arnt Ertås.

Organisasjonsmodell

For å systematisere arbeidet med hjertetrening, foreslår vi en deling av ansvaret mellom sykehus, kommunehelsetjeneste og idrettslag (eventuelt annet lag/organisasjon). Pasienten knyttes til de respektive institusjoner etter stadium i opp-treningen, forekomst av komplikasjoner og medisinske problemstillinger. Vi kaller treningen i sykehusregi fase 1, trening knyttet til kommunehelsetjenesten fase 2 og idrettslagenes aktivitet fase 3.

Fase 1

Når pasienten er ferdigbehandlet, blir han/hun på slutten av sykehusoppholdet undersøkt med hensyn til fysisk arbeidskapasitet, forekomst av arytmier, og subjektive besvær. Dersom en pasient ved slutten av sykehusoppholdet antas å ha nytte av trening, blir han/hun presentert for sykehusets gruppe, som gjerne ledes av en fysioterapeut. Selv om forekomsten av

komplikasjoner er liten, er det viktig at ressurser for resuscitering er tilgjengelig. Dette har ikke minst en positiv psykologisk effekt på pasienten, og gir trygghet for den som leder treningen.

Fase 2

Denne treningsfasen kan kommunehelsetjenesten ha ansvaret for. Kommunene bør ha trening av hjertepasienter med i sine helseplaner. Pasientene overføres fra fase 1 med epikrise til behandlende lege og den kommunelegen som er ansvarlig for denne virksomheten. Det er viktig med gode henvisningsrutiner mellom sykehuset og treningsgruppen og det er viktig med kommunikasjon med de øvrige kommunelegene. De som er ansvarlige for og leder treningen må ha nødvendig opplæring, for eksempel gjennom kurser arrangert av Norges Idrettsforbund/Fylkeslegen. Fysioterapeuter og

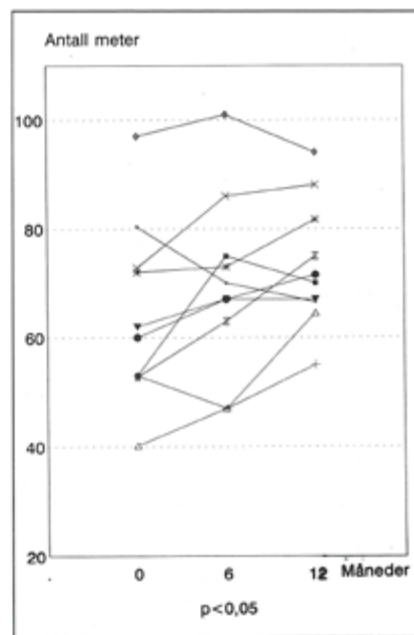
kroppsovingslærere er aktuelle til denne oppgaven.

Etterhvert vil kapasiteten for videre trening i regi av kommunehelsetjenesten bli for liten. Deltakerne har da deltatt på veiledet trening ukentlig samt drevet med egentrening i 6–12 måneder. Den kliniske tilstanden hos deltakerne er stabil, de har nådd et akseptabelt nivå av fysisk arbeidskapasitet, selvsikkerhet og trygghet i forhold til treningen. Den videre virksomheten kan da desentraliseres til idrettslagene.

Fase 3

Mulighetene for å inkorporere tidligere hjertepasienter i allerede eksisterende grupper i for eksempel idrettslag vil være store. Det er likevel viktig at prestasjonsmål må være underordnet i en slik treningsgruppe. Treningen skal i første rekke være trivselsskapende, regelmessig og kontinuerlig.

En god organisering av veiledet trening for hjertepasienter er nød-



Linjegang på 1 minutt. Resultater for treningsstart, etter 6 og etter 12 måneders trening for hver deltaker.

vendig for å sikre et varig og tilfredsstillende helsetilbud. Dette vil gi bedre livskvalitet, kortere sykemeldinger, færre uføre og bedre hjerte-helse. Individualisering, motivering, tilrettelegging og oppfølging er viktige momenter i dette arbeidet.

De som ønsker en mer utfyllende beskrivelse av treningsopplegget, kan henvende seg til forfatterne.

*Åse Mære
Samfunnsmedisinsk forsknings-senter,
Neptunveien 1
7650 Verdal*

*Per Solberg
Innherred sykehus
7600 Levanger*

Litteratur

1. Dafoe W. The challenge of cardiac rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation* 1990;3:97-115.
2. Sanne H. Rädsla största problemet för infarktspasienten. *Läkartidningen* 1986;83:379-382.
3. Wiklund I, Sanne H, Vedin Å, Wilhelmsson O. Psykisk reaktion efter hjärtinfarkt. Beskrivning och forslag til åtgärder. *Läkartidningen* 1985;82:3783-5.
4. Barry A, Franklin PLD. Getting patients back to work after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *The Physician Sportsmedicine* 1986;14:183-94.
5. Velasco JA, Tormo V, Francisco R, Grima A. Return to work after a comprehensive cardiac rehabilitation program. *J Cardiac Rehabil* 1983;3:735-8.
6. Holm HJ. Erfaringer med fysisk trening i behandlingen av nervøse pasienter. Artikkel. *Psykologi og fysisk aktivitet*. Kultur og vitenskapsdepartementet. Ungdoms- og idrettsavdelingen (STUI). Universitetsforlaget 1986.
7. Hagberg JM. Physiologic adaptations to prolonged high intensity exercise training in patients with coronary artery disease. *Medicine and science in sports and exercise* 1991;23:66-7.
8. O'Connor GT, Burning JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989;80:234-44.
9. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988;260:945-50.
10. Gutmann MC, Knapp DN, Pollock ML et al. Coronary artery bypass patients and work status. *Circulation* 1982;60:33-42.



Den barmhjertige samaritan?

Det var skolegudstjeneste i Valdres. Presten prekte over teksten om Den barmhjertige samaritan. Han hadde bl.a. fremhevet at det heldigvis også fantes barmhjertige samaritaner i Valdres og nevnte til eksempel den aktive skare med deltakere i Røde Kors Hjelpekorps, hvorav flere var representert i kirken på denne skolegudstjenesten. For å

få seg forsamlingen hadde denne presten for vane å stanse opp i prekenen og stille forsamlingen spørsmål (som han faktisk forventet svar på). Tradisjonen tro stanset han også denne gangen opp og spurte da forsamlingen: «Hva ville dere gjøre om dere fant en forkommen stakkar liggende i grøfta utenfor huset deres?» Det ble uvanlig stilt til skolegudstjeneste å være, men etter en lengre pause rakk en gutt (kjent for å være et svært aktivt medlem i Hjelpekorps) opp hånden og svarte: «E' ville leggje håno i stabilt sideleie!»



**Anmeldt av: Olav Thorsen,
Stavanger**

Forlag: ad Notam, Gyldendal
144 sider
180 kr.

Ikke noe for meg!!! (?)

Det var med en viss spenning jeg mottok boken «Pasientundervisning» til anmeldelse, bare få uker etter at boken «Risiko og motivasjon – den forebyggende helsesamtalen» (Mjell, Natvig, Thorsen, Winge) kom ut. Jeg ventet ikke å finne henvisning til denne, men kanskje til vår forrige bok om helseopplysning – «Forfriskningsboka»? Men nei – blant ca. hundre litteraturhenvisninger fantes mest henvisninger til bøker skrevet av og om sykepleiere. Men kanskje vi allikevel hadde noe å lære av sykepleierne, om undervisning av pasienter?

Boken er inndelt i 13 kapitler som omhandler sykepleierens funksjonsområder, generelt om undervisning, planlegging, mål og rammebetingelser for undervisning, undervisning av barn, evalu-

FORFATTER: VIGDIS GRANUM

Pasientundervisning

ering og eksempler på pasientundervisning.

Etter å ha lært og selv undervist andre leger om legenes spesielle oppgaver som lærer (doktor), leste jeg (noe skeptisk) videre. Boken handler i hovedsak om (syke) pasienter som er innlagt i sykehus for en behandling, f.eks. en operasjon. Store deler av boken beskriver sykepleierens oppgaver som underviser for pasienter, om hva en operasjon innebærer (eksempel urostomi) eller hvordan den nyoppdagede diabetikeren skal sette insulin-sprøytene. Slik undervisning kan foregå individuelt eller i grupper. Læringens pedagogiske innhold og form er beskrevet på en grei og forståelig måte, illustrert med enkle pasientbeskrivelser som stort sett dreier seg om diabetes og urinlekkasje. Boken poengterer sterkt at pasienten har det bedre og føler seg tryggere når han har fått god informasjon om sin sykdom og den aktuelle behandling på forhånd.

Dette er ikke en bok om helseopplysning. Selv om undervisning av (syke) pasienter kan vise seg å ha en forebyggende effekt på lengre sikt, handler denne boken kun om undervisning av syke mennes-

ker som skal behandles i sykehus. Kapittelet om oppfølging av pasienter utenfor institusjon nevner kort helsesøster, men dreier seg i hovedsak om sykehussykepleieres ansvar for slik oppfølging. Når man leser boken får man inntrykk av at det ikke finnes annet enn sykepleiere på sykehusene (eller utenfor). Jeg synes det påfallende at det går an å skrive 144 sider om pasientundervisning uten at ordet lege er nevnt en eneste gang. Vigdis Granum er selv sykepleier, og underviser ved Institutt for sykepleievitenskap i Oslo. I all litteratur (for leger) jeg har lest om pasientundervisning har samarbeidet med sykepleierne og annet hjelpepersonell vært sentralt.

Jeg lurte litt på om denne boken kunne egne seg for hjelpepersonell, det være seg sykepleiere eller legesekretærer i allmennpraksis. Jeg tror ikke det.

Ellers irriterte det meg litt at forfatteren har brukt endel medisinske ord og uttrykk (pancreas, inkontinens, cancer(!), abdomen, thorax, pneumoni ol) der hvor norske ord ville passet bedre. Men dette blir flisespikkeri. Kjøp heller en annen bok!

Pris og støtte til evaluering

Det private, nye *Fondet for Lokale helseforsøk* skal stimulere til gode evalueringer av lokale prosjekter som berører helse og brukerdeltaking i vid betydning, se Norsk Lysningsblad av 5/1.

I desember 1994 vil Fondet dele ut en pris på kr. 10.000,- til en avsluttet evaluering der planlegging, metode og gjennomføring har vært meget bra. Påmeldingsfristen er 15. oktober, men spør oss snarest etter påmeldingsskjema.

Søknader om støtte til planlagte evalueringer av nye tiltak som skal utprøves kan sendes inn straks eller til en oppsamlingsfrist den 15. oktober. Straks henvendelser om nye tiltak i ungdomsskolen er spesielt velkomne.

*Fondet for Lokale helseforsøk,
Maridalsveien 225 A, 0467 Oslo*

JOHNNY MJELL, BÅRD NATVIG,
OLAV THORSEN, ODD WINGE

Risiko og motivasjon

Den forebyggende helsesamtalen

Anmeldt av Eivind Vestbø

TANO Forlag 1994
62 sider, pris kr. 98.-.

Den allmennmedisinske konsultasjonen har dei siste 10 -15 åra funne si teoretiske og praktiske plattform. Innhald og ramer har endra seg mykje. Men framleis dreier det seg om eit møte mellom pasient og lege innanfor eit avgrensa tidsrom. Frå ei rekke fagmiljø kjem det krav om tilmålt tid i konsultasjonen. Presset er aukande. Dersom vi skulle ta omsyn til alle ønska, ville luftslott ta form og frustrasjonen bli utoleg. Men betre kan vi bli, og sentrale deler av konsultasjonen har fått merkeleg liten oppmerksomhet. No er det kome ei bok som dekkjer eit slikt felt. Boka «Risiko og motivasjon» tek føre seg

den forebyggjande helsesamtalen slik den bør finna stad der ein helsearbeidar møter sin klient. Boka er skriven av 4 røynde allmennpraktikarar og går såleis inn i tradisjonen der praktiserande fagfolk ser på andre fagfelt som vedgår deira kvardag, for å skriva ei bruksbok for eige område. Og forfattarane har lukkast med dette. Med repekt for den knappe tida allmennpraktikaren rår over, har dei skreve om teori, etikk, kompetanse og truverdighet. Dei er nøkterne og balanserte når dei skriv at i dei fleste konsultasjonar er det ikkje tid til helseopplysning (s. 10). Vidare at det er med helseopplysning som med medisiner – virkning/bivirkning må nøye vurderast (s.55). Boka er logisk og pedagogisk oppbygd. Motivasjon

og risiko blir sett opp i ein 2X2 tabell. Dei resulterande 4 produkta blir deretter overskrifter til 4 kapitler som startar med illustrerande pasienthistoriar for dei ymse kombinasjonane av risiko og motivasjon. Kvar av kapitla prøver å syna teori og praktiske poeng knytta til dei reindyrka problemstillingane. Det er tydeleg at dette ikkje alltid har vore lett. Innhald og overskrift harmonerer ikkje alltid. Men stoffet er like relevant for det.

Boka vil kunna brukast både som kortfatta lærebok og oppslagsbok på kontoret. Sjølv kan eg tenka meg å suplera refleksjon og sjølvkritikk etter problematiske konsultasjonar, med å slå opp i denne boka. Eg er overtydd om at eg då vil få nyttige innspel til eiga fagutvikling.



Norsk selskap for allmennmedisinsk forfatterstipend

NSAM arbeider gjennom sitt Publiseringutvalg for å stimulere til skiving, produksjon og utgivelse av faglitteratur som er særleg tilrettelagt for allmennpraktikerserien.

Det har ikke manglet på villige forfattere eller gode prosjekter, men mange har vanskelig for å ta seg tid til skiving.

NSAM har derfor opprettet et forfatterstipend for å yte støtte til forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med antatt begrenset lesermarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst ved salg skal prioriteres.

Stipendbeløpet er i år på kr. 20.000,-

Søknadsfrist er 1. september 1994.

Søknad stiles til NSAM, ved leder av Publiseringutvalget, Ellen Rygh, Kirkeveien 9, 4816 Kolbjørnsvik.

De første rekruttene ved et nytt institutt

Til Institutt for samfunnsmedisin i Tromsøs 20 års jubileum 2. oktober 1993

Tekst: Dag S. Thelle

Hva tenkte de første stipendiatene?

Slik kan spørsmålet selvsagt ikke stilles. Tenkte de, de første stipendiatene? Eller lektorene? Kravene var ikke så høye for tjuer år siden. Hvem som helst kunne bli lektor eller stipendiat. Og ble det. En fraværende nestor, Knut Westlund, som aldri pakket inn sine synspunkter i bomull, erklærte med all ønskelig tydelighet at undertegnede ikke forsto noe som helst da han tatt bolig ved Institutt for klinisk medisin (IKM) og ikke ISM. Det tok fem år å rette opp den feilen. Derfor feirer ikke jeg tjuerårsjubileum ved ISM, men 15 år er også en hederlig alder. En alder med obsternasighet og respektløshet, av og til ubendig selvsikkerhet, avbrutt av dype fall inn i depresjonen og selverkjennelsen. Ingen bryr seg om hva jeg sier. Jo, 15 år kjennes som en passende alder.

Hvorfor tenkte de første stipendiatene som de gjorde?

De tenkte. La oss være enige om det. De tenkte på hva som kan gi bedre leger. Ja, det er sant. Det var et uttalt motiv, et ønske om å skape legeskikkelser som var kvalitetsmessig annerledes, dvs. bedre enn vår egen generasjon. For ikke å snakke om våre lærere. Med enkelte få unntak. 1973 var fem år etter opprøret i Paris. Et opprør som mange av oss bare kjente bølgeslagene fra. Universitetet var også et ektefødt barn av denne tiden. Senere har det gått med det som

med så mange sekstiåttre, etablert, tykkfallent og skallete. Men det er en annen historie.

Dagens historie er om ISM, men det instituttet er ikke tjuer år. Det er tjuer-ett år. Derimot er Tromsøundersøkelsen 20 år i 1993. Og siden det er den undersøkelsen som innledet mitt forhold til ISM, vil jeg konsentrere meg om Tromsøundersøkelsens historie. Den begynner for min del i januar 1973. Ved en skjebnens tilskikkelse var jeg invitert til Tromsø for å holde et foredrag om overlevelse etter hjerteinfarkt. Et tema som jeg kun hadde første hunds kunnskap om fra praksis som sykehus- og allmennlege. Ingen belastende teoretiske kunnskaper. Men et par observasjoner. Det var mye hjerteinfarkt i Ofoten. Mange unge som omkom. Vi slo ut en vegg mellom to sykerom og organiserte en overvåkningsenhet. Lærte oss hjertemassasje, munn til munn, elektrokonvertering og innleggelse av pacemaker. Etter et par år gjorde vi opp materialet. Det var ingen forskjell. Like mange døde av dem som ble innlagt nå som i en tidligere to års periode. Men andre ting hadde også hendt i Nordland. Det var kommet bro over Skjomen. Transport-tiden var gått ned, og vi kom ikke forbi spørsmålet om de pasientene som nå kom inn var dårligere enn tidligere. Og dermed ødela våre muligheter til å vurdere effekten. Det var dette jeg snakket om.

Etterpå spurte Arne Nordøy med åpenbar entusiasme, om ikke undertegnede kunne tenke seg å søke den ledige stillingen som lektor. Det var så likevel ingen andre søkere, og noen vitenskapelige

kvalifikasjoner utover det som var demonstrert ved å kunne telle opp innleggelser, dødsfall, og å dividere for å få en case fatality rate, var ikke nødvendig.

Valg av forskningstema

For en kliniker med liten sans for laboratoriearbeid (medfødt klossete), men med en stadig økende følelse av å stå ved et samleband med infarktpasienter, var spørsmål som hvorfor de fikk sitt infarkt og hvorfor de var så mange, nærliggende, ja nesten påtrengende. Jeg vil nevne en annen betydningsfull person når det gjelder valg av forskningsfelt; Kirsten Osen. Som patolog var (og er) hun sjelden. En patolog med klare samfunnsmedisinske vyer. Spørsmålene var klare, men hvordan få svar? Framingham i Massachusetts hadde startet 25 år tidligere. Westlund hadde publisert sine undersøkelser fra Oslo. Hva slags spørsmål skulle vi egentlig stille? Var det ikke nok bare å spørre om kolesterolnivået, sigarettøykingen og blodtrykket? Var ikke egentlig alt utforsket? Med etterpåklokskapens skarpe blikk vil jeg bare gi råd. Tro ikke at alt er løst og forklart. Selv om vi trodde på kolesterol og røyk var det mange andre som ikke gjorde det. De trodde derimot på blodtrykket, hvor vi nok var noe mer skeptiske. De andre, hvilke andre? De etablerte, spesielt gruppen rundt Osloundersøkelsen, fra hvem vi stjal så meget. Spørreskjema og standardiseringsrutiner, ikke minst. Men de hadde stjålet fra Göteborg. Så det jevner seg vel ut til slutt.

Vi var som sagt skeptiske til

den medikamentelle behandlingen av forhøyet blodtrykk som befolkningsrettet forebyggende tiltak, men det programmet hadde talsmenn som var langt mer taleføre enn oss. Deres epidemiologiske kompetanse på området var etter vårt syn begrenset, men de bodde sentralt, var ledende skikkelser innen «folkehelsevitenskapene». Og deres vurderinger ble gjort til gjeldende politikk.

Feil risikoprofil?

Konsekvensen av denne fokuseringen på blodtrykk var bl.a. at kostholdsveiledning ble tonet ned i Sogn og Fjordane, mens man la betydelig vekt på blodtrykksbehandling. Etter mitt syn et klart feilgrep, med klare konsekvenser for befolkningen. I vår del av verden, hvor vi selv hadde størst innflytelse, konsentrerte vi oss om total kolesterol nivået i befolkningen. Det kunne se enkelt ut, men vi syntes det var noe fascinerende ved å spørre; hvorfor varierer total kolesterolnivået? Fant vi et fornuftig svar på dette, i tillegg til det vi visste fra Seven Country studien og Keys formel, så kunne vi kanskje bringe den delen av forskningen fremover. Noen år senere fikk denne tankegangen uanede og spennende konsekvenser. Men foreløpig var det ingen originale tanker. Vi levde på andres funn, og spedde på med å være tidlig ute. Å slå amerikanerne, og da spesielt Framingham, med vel en uke med gjenoppdagelsen av alfa-lipoprotein kolesterolens beskyttende virkning (det som senere ble kalt HDL kolesterol) i 1977, kjentes godt. At undersøkelsen egentlig var en herlig blanding av tidligere «cases» og nye tilfeller, samt ble kalt en prospektiv case-control studie – et begrep som ingen ville finne på å anvende i dag. Nei, det gjorde ingen ting. Vi fikk vår første triumf i Lancet og var i himmelen.

Nå kanskje ikke helt oppe i himmelen. Blant samarbeidspartnere var det enkelte med bedre

kontakt oppover i systemet, og de påla oss visse restriksjoner når det gjaldt hva vi kunne spørre om. Etterhvert ble man involvert i Finnmarks-undersøkelsene. Det ga muligheter til å gjøre om att alle feil i fra i går. Og de ble gjentatt. Her unnlot man bl.a. å spørre om alkohol og p-piller. Dessverre, dessverre. Derimot spurte man om familien. I detalj spurte og grov d'herrer Førde og Thelle Finnmarkingene om deres første grads slektninger, dødsdato og fødselsår. Etterhvert kom folk inn med lapper der alle detaljer var behørig notert, og satt med dem i hånden, under bordkanten og smygittet med dårlig samvittighet for at de ikke hadde lært det hele utenat. Det er et utrolig folkeferd å arbeide med. Pliktoppfyllende, vennlige og fulle av forundret forståelse for at forskere også må fordrive tida med noe. Hva det kom ut av familiesykehistoriene? Nei, den er fortsatt ikke fortalt ferdig.

Hva vi gjorde feil?

I forhold til forutsetningene kanskje ikke så mange, og kanskje ikke så store. Vi forsøkte å lære av andre. Dro ut en del i en videre verden. Fløy ofte over Oslo. De klaget over det der nede. Tok vi opp de rette problemene? Klarte vi å bygge opp et varig troverdig samarbeid med klinikerne eller basalfagsfolkene?

Det er en del ting vi lot ligge. Tenk hva vi kunne ha fått til om vi hadde maktet å gå løs på blodtrykkproblemet i sin fulle bredde, eller fulgt opp kaffe-funnet med klinisk kjemiske undersøkelser? Nå er den saken i de beste hender, hollenderne løser våre problemer. Oppbyggingen av egen kompetanse, fordi den var så begrenset i starten, tok så meget tid at andre ting ble liggende. Men om dette er feil, eller nødvendigheter skal være usagt. Likevel, en vesentlig feil ble begått, og begås fortsatt. Vi satt oss ikke ned og spurte; Hvorfor stiger blodtrykket med årene?

Hvorfor stiger total kolesterol med økende alder? Hva er det med alder og risikofaktorer? Vi bygget heller ikke opp et komplett registreringssystem for hendelser eller sykdomstilfeller. Først når mer ambisiøse stipendiater møtte frem, kom det fart i det arbeidet.

Hadde vi ikke ambisjoner?

«Han gav fan i karriären, han doktorerade inte» sto det å lese i Femina en gang på sytti-tallet. Noen må doktorere, andre behøver det ikke. Dermed gikk det mot gradsarbeid for oss. Men hva med veiledning? Sett mot dagens kontraktsskriving og avtaler om antall timer må de første stipendiatenes tid i Tromsø ha vært et paradisi. Dyktige folk over alt. Med åpne dører til en hver tid. Klinisk kjemi sto åpent for oss. Lehmann hjalp oss med EDB, patologene med engelsken, Arne med ganske mye faktisk, og Westlund med substansen. Men de plaget oss ikke med påtrengende oppmerksomhet. De maste ikke. Lot oss holde på. Vi var privilegerte. Satt aldri ned og tenkte på muligheten av at dette ikke ville føre noe sted hen, at det ikke skulle være penger. Men vi så heller ikke alle mulighetene. Det var det ikke så mange andre som gjorde før en del hadde gått. Forskningen ble drevet i en slags utstrukturert tilstand, og kanskje er det rett som ble sagt av Ravetz i 1971:

«Forskning adskiller seg fra andre profesjoner med sitt «nesten perfekt lykkelig anarki»».

Vi oppdaget at vi maktet å tenke epidemiologisk. Og at dette ikke var så vanskelig, men uvant. Epidemiologisk er enkelt, men ytterst nødvendig for en rasjonell virksomhet innen helsefagene, og en praktfull trening for forskning. Intuitivt hadde vi forstått noe, vi, de tidligste rekruttene. «Det er først når man har målt noe at man vet noe om det» sa Kelvin (han med skalaen og det absolutte nullpunkt).

Slik gjer eg det...

Førarkort til eldre

Tekst: Geir Sverre Braut

Førarkortforskriftene (§ 30 nr. 2) seier at førarkort for bil (klasse B, BE) og motorsykel (klasse A) kan gjelda til hundreårsdagen så fram ein fyller helsekrava. Dei som er over 70 år, skal ha med attest frå legen om at dei fyller gjeldande helsekrav. For slike attestar er det eit eige skjema (blankett NA 202 c) som ein får hjå Biltilsynet. Det er ikkje sett opp særlege reglar om kor lenge ein slik legeattest skal kunna gjelda. Eg har sett at nokre legar gjer dei gjeldande fram til 100 års-dagen. Det er i alle fall ikkje meininga!

Sjølv tilrår eg følgjande rettesnor: Når ein frisk 70-åring kjem til legen for å få ein slik attest, kan ein, om ein ikkje finn noko gale, gjera han gjeldande fram til 75 års-

alder. Når ein 75 åring kjem, framleis frisk, kan ein gjera attesten gjeldande for ytterlegare tre år. Når så den friske 78 åringen kjem, får han eller ho attesten gjeldande til 80 års-alderen. Deretter får ein sørgja for ny attest kvart år.

Alt dette under føresetnad av at ein fyller helsekrava og legen ikkje finn forhold som kan føra til endring i dette i overskodedeleg framtid. Om ein ikkje fyller gjeldande helsekrav, må ein senda søknad om førarkort gjennom Biltilsynet og eventuelt få dispensasjon frå helsekrava frå fylkeslegen (1). Altså ein person med epilepsi eller synssvekkning som er over 70 år, må gjennom same prosedyre som om vedkomande var yngre!

Og sist, men ikkje minst, dei som er over 70 år og som skal ha fornya førarkort for lastebil (klasse C, CE) eller buss (klasse D, DE samt minibuss), må senda søknad

om fornying med full legeattest til Biltilsynet på vanleg måte.

Mange har etterlyst krav om praktisk kjøreprøve for personar over 70 år (2), men det kjem ikkje enno i alle fall. Heller ikkje alle data tyder på at det burde vera nødvendig (3). Inntil så skjer, får vi sørgja for å halda orden i det vi som legar har ansvaret for.

Litteratur:

1. Helsedirektoratet. Rundskriv IK-26/84. Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. Oslo: Helsedirektoratet, 1984.
2. Kommunelege. Legeerklæring og førerkort til eldre – fungerer ordningen tilfredsstillende? Utposten 1993;22(5):228-29.
3. Thorgersen A, Guldvog B, Ueland Ø. Personskaderisiko for eldre bilførere. Tidsskr. Nor Lægeforen 1992; 112:2196-98

NA 202c

NILS NILSEN
Navn

010208
Fødselsnr. (1.dato - personnr.)

er undersøkt og fyller kravene til syn, helse og førerlighet for å ha førerkort i klasse(ne) **BE**

Må bruke briller under kjøring.

Legеattesten er gyldig til **090595**

Stavanger
Sted

090594
Dato

Legens underskrift og stempel

Orientering til føreren

De kan kjøre så lenge legeattesten er gyldig. Ønskes fortsatt førerrett, må De søke lege for å få ny legeattest. Skulle syn, helse og førerlighet i den angitte gyldighetstid bli svekket i slik grad at kjøreferdighet og kjøresikkerhet nedsettes eller om De er i tvil om fortsatt kjøring kan skje på trygg måte, må De slutte å kjøre. Ønsker De å gjenoppta kjøringen, må De rådføre Dem med legen om dette.

LEGEATTEST

for førerkortinnehaver over 70 år som har førerkort i klasse(ne) A, B, BE, T. Gyldig legeattest må medbringes sammen med førerkortet under kjøring.

Jfr. førerkortforskrifter av 23. februar 1979, § 30 nr. 2.

Bl. nr. NA 202c

GRITTING AS DRINGER

Alkoholistbehandling i Moskva

Tekst: Berit Olsen

Berit Olsen, tidligere fylkeslege i Finnmark og Utposten-redaktør, har de tre siste årene arbeidet i Moskva som sjefslege for internasjonal Organisasjon for migrasjon. Arbeidet består i hovedsak i å tilrettelegge medisinske undersøkelser av flyktninger og emigranter fra hele den tidligere Sovjetunionen og organisere medisinsk eskorte for syke migranter.

Hun presenterer her en samtale med dr. Michail Fjodorovitsj Timofejev i Moskva.

– Det er en dr. Timofejev her som vil snakke med Dem. Han sier han vil til Norge og holde forelesninger om en ny metode for behandling av alkoholikere.

– Han sier han liker så godt navnet «Korolevstva Norvegia» (Kongeriket Norge).

Det siste vil neppe noen utenlandsnordmann kunne stå for, og jeg er mer sentimental enn de fleste. – Det lyder da også unektelig mer eventyrlig på russisk...! Og slik har det altså seg at jeg befinner meg på dr. Timofejevs kontor.

– Hovedformålet med de fleste former for behandling av alkoholikere er å behandle den psykiske avhengigheten av alkohol. Både farmakologisk og andre behandlingsformer undertrykker denne avhengigheten. Men dette er en usunn strategi. Avhengigheten av alkohol er permanent, og krever derfor kontinuerlig undertrykking,

og derfor ny avhengighet, – denne gang av behandlingen.

En pasient kommer til sin siste seanse. Han er veldedt, i førtiårene. Han forteller på oppfordring inngående om siste alkoholinntak. Han får en pulsregistrator på høyre pekefinger, deretter får han sniffe fire ganger på en bomullsdott dyppet i alkohol, og Timofejev pipetterer tilslutt noen dråper alkohol på tungen hans. Samtidig roterer terapeuten to akupunktur nåler, en i «the anatomical snuff-box» på venstre hånd og en i høyre aurikkel. Seansen varer knapt ti minutter. Pasienter får deretter beskjed om å komme tilbake om 1/2 år og fortelle hvordan han har det.

– Hva er egentlig forskjellen mellom Deres metode og andre former for aversjonsbehandling?

– Min metode bidrar til å danne en ny cortical reaksjon og ny adferd. Mine pasienter får ikke «tenning» dersom de skulle komme til å drikke alkohol. De kan drikke normalt. Andre aversjonsmetoder truer med død og skrekk, og skaper konflikt. Irritabilitet og aggresjon. Metoden består i et ikke-konfliktfylt brudd med den psykiske avhengigheten av alkohol, og baserer seg på å skape disakkord mellom den betingede respons og den respons som skyldes manglende bekreftelse av den absolutte irritant – i dette tilfelle: alkohol. Bruddet i avhengigheten oppnås ved



1. Dr. Michail Fjodorovitsj Timofejev fra Moskva.
2. Kinesisk akupunktur til behandling av alkoholikere.
3. Berit Olsen arbeider som sjefslege for internasjonal Organisasjon for migrasjon i Moskva.

eksitasjon av alkoholdynamisk stereotyp adferd ved å tilføre alkohol-signal og ved en kunstig skapt bølge av afferente signaler fra corporale og auriculære nerveender ved kinesisk akupunktur.

Behandlingsregimet består av fire seanser. Den første bør starte 18–19 dager etter siste alkoholinntak. Hver seanse består av tre stadier. Det første stadium består i at pasienten blir bedt om å errindre siste gang han var beruset, omstendighetene, hva som ble sagt og gjort... Legen observerer adferd, hudfarge, endringer i respirasjon, toneleie og ansiktsuttrykk. Andre stadium består i at legen appliserer lukt og smak av alkohol. Dette utløser en betinget refleks. Tredje stadium består i at legen gir nåleakupunktur i hånden og i øret. Dette frembringer symptomer som: råttent smak i munnen, bitter smak, følelse av økt tarmperistaltikk.

– I løpet av de fire seansene avtar symptomene fullstendig. Allerede under den første seansen fremmer afferente signaler fra akupunkturpunktene den nye akseptor for adferd, og bryter den alkoholstereotype adferden. Dette bevises bl.a. av det faktum at dersom pasienten etter den første seansen befinner seg i et selskap hvor det serveres alkohol, vil han føle seg syk, inntil brekninger.

Timofejev har nylig publisert et materiale på 48 menn med remisjon for 46 av disse, fra 1 år 3 mnd. til 2 år. To av pasientene falt tilbake til tidligere drikkemønster, en av disse hadde en forverring av sin unipolare maniodepressive psykose, en annen startet opp med 6 dagers kraftig drikking etter et dødsfall i den nærmeste familie. Han ble behandlet på nytt, og hadde frem til mai 1993 hatt en remisjon på 1 år og 4 mnd.

– Disse 46 som er i remisjon, betyr de at de er totalt avholdende, eller at de drikker «normalt»?

– 44 er totalt avholdende, to drikker av og til men uten kontrolltap.

– Nærmest 100% cure-rate og alkoholikere som kan drikke normalt, – er ikke det litt for godt til å være sant. Hvorfor flokker ikke folk seg om Deres behandling?

– Så langt har metoden vært på forsøksstadiet. Fortsatt er det et utprøvningsstadium. Jeg har prøvd den ut i forskjellige modifikasjoner på ca. 400 personer i alt. Jeg vil naturligvis ikke påstå at den vil virke like godt for alle og overalt, det kan være kulturelle og genetiske forhold som kan påvirke resultatet. Men det burde være utforsket nærmere.

APLF – kurs

«Primærlegen og medarbeideren»

24. – 27. august 1994

Per's Hotell, Gol

- Pris:** Kursavgift Kr. 1 600,-
hvorav Kr. 1 300,-
refunderes fra Fond II
for legene.
- Kurstimer:** 23 timer
- Overnatting:** Kr. 890,- pr. person i
enkeltrom (full pensjon)
Kr. 690,- pr. person i
dobbelrom (full pensjon)
- Søknadsfrist:** Innen 15. juni 1994.
- Påmelding til:** RMR kursarrangør,
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf.: 63 97 32 22 Fax: 63 97 16 25



Spørsmål rettes til: Tove Rutle på ovenstående adresse og telefon.

Med vennlig hilsen
kurskomitéen

Anne Arvesen, Even Askeland, Lizzy May Moen, Per Olav Tøssebro

Primærmedisinsk uke 1994

Almentpraktiserende legers forening, Norsk selskap for allmennmedisin og Offentlig legers landsforening arrangerer for tredje gang Primærmedisinsk uke.

Arrangementet går av stabelen på Soria Moria og Lysebu i tiden 10.–15. oktober.

Hovedkomitéen har valgt kommunikasjon som hovedtema for uka. Foreløpig er det 23 kurs å velge i. I tillegg til variert og interessant, faglig program, kan det tilbys hyggelige sosiale arrangementer.

Primærmedisinsk uke er et arrangement for leger og medarbeidere. Et slikt fellesskap i kurssammenheng øker sjansen for at ny kunnskap blir omsatt i praksis når hverdagen kommer.

Merk av i almanakken – uke 41 – primærmedisinsk uke 1994!

Kommunikasjon som virkemiddel i forebyggende arbeid

Tid: 21. – 23. september 1994
Sted: Sundvollen Hotell
Kurskomité: Otto A. Smiseth, Gro Nylander, Bård Natvig, Åse Brinchmann-Hansen og Sidsel Graff-Iversen (kursleder)

Hensikt

Kursets formål er å gi deltakerne grunnleggende teori og ferdigheter innen kommunikasjon og formidling av helseinformasjon til pasienter, beslutningstakere og andre. Samtidig tar kurset sikte på å styrke legens bevissthet på egen rolle som helseinformant.

Målgruppe

Leger i sykehus, allmenntjeneste og samfunnsmedisinsk arbeid. Kurset søkes godkjent til spesialitetene allmenntjeneste, samfunnsmedisin og aktuelle sykehusspesialiteter.

Påmelding

Påmelding til Den norske lægeförening, pedagogisk avdeling, Fjellveien 5, 1324 Lysaker innen 15. august 1994.

PROGRAM

Onsdag 21.9

- 09.00 Åpning ved kursleder. Presentasjonsrunde.
09.20 Reklamerådgiver Paul Batt-Rawden, Infinity Innovations: Hvordan tenke strategisk og få folk med seg?
Spørsmål
10.10 Overlege Gerd Ragna Bloch Thorsen, psykiatrisk avdeling, Sentralsykehuset i Rogaland: Hvorfor gidde å bry seg? Reaksjoner på helseinformasjon.
Spørsmål
11.00 Samtaler i grupper ut fra formiddagens innlegg.
11.30 Avdelingsleder Sidsel Graff-Iversen, Statens Helseundersøkelser: Helseamtaler nytter. Eksempler.
12.00 Lunsj
14.00 Kort oppsummering av formiddagens gruppesamtaler.
14.30 Allmennpraktiker/stipendiat Bård Natvig, Nittedal: Løser vi pasientens problem – eller vårt eget? Etske aspekter ved å påvirke andre forestillinger og valg – og ved ikke å gjøre det.
Diskusjon og gruppearbeid.
16.00 Lett måltid
16.30 Lærer/filmprodusent Saeed Anjum, Oslo: Hvordan takle kultur- og språkbarrierer.
17.30 Gruppearbeid om kultur- og språkbarrierer.
18.30 Oppsummering i plenum.
19.30 Middag



Torsdag 22.9

- 09.00 Forskningsrådgiver dr. med Otto A. Smiseth, Rikshospitalet: Eksperimentelle sykehusmodeller med vektlegging på informasjon til pasient og nettverkspersoner.
Spørsmål
09.45 Overlege Gro Nylander, Kvinneklubben, Rikshospitalet: Hvordan kvalitetssikre pasientinformasjonen i vår avdeling? Ekstern evaluering av kommunikasjon og informasjon i norske føde-barsel-enheter – en mulig modell?
Spørsmål
10.45 Gruppearbeid om pasientinformasjon i helseinstitusjoner.
11.30 Oppsummering i plenum.
12.00 Lunsj
14.00 Ass. fylkeslege Trond Lutnæs, representant for Statens Helsetilsyn: De fleste klagesaker gjelder kommunikasjon. Hvilken rolle har tilsynsmyndighetene?
14.45 Førsteamanuensis Tor Øyvind Jensen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB: Hvordan vet vi om et budskap når fram? Hvordan skaffe seg tilbakemelding?
Spørsmål og diskusjon om internkontroll
16.00 Kaffe og frukt
16.30 Fylkeslege Geir Sverre Braut, Rogaland: Når ord ikke er nok. Andre verkemidler i det forebyggende arbeidet.
17.15 Spørsmål og diskusjon
19.30 Middag

Fredag 23.9

- 09.00 Innledning ved Gro Nylander: Kommunikasjonen med beslutningstakere – er legens råd ønsket?
09.15 Stortingsrepresentant Marit Nybakk: Hvordan nå fram med informasjon til politikere?
10.00 Ordfører Knut Bere og kommunelege I Arne Gotteberg, Volda: Forebygging på kommunalt nivå. Korleis aktivisere lokalsamfunnet sine ressursar? Korleis kan helsetenesta vere pådrivar i det forebyggende arbeidet, og på kva måte kan legar gje innspel til administrasjonen og folkevalde?
11.00 Paneldiskusjon
12.00 Lunsj
13.00 Kursevaluering, ønsker for senere kurs
13.30 Avslutning

Forfatterveiledning

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

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

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

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

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

Innsending av tekst til Utposten;

Manuskriptet

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

Illustrasjoner

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

Forfatterpresentasjon

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

Innskriving av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tekstbehandlingsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. *ikke* bruk koder som sentrering, uthevet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plassering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avsnitt markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være *ett* mellomrom, ikke to eller null. *Foran* disse tegnene skal det *ikke* være ordmellomrom.

2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306-11.
 2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988:1190-3.
- etc...

3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten *ikke med ordmellomrom*. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

4. Overskrifter

Artikkeloverskrifter skrives med uthevet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthevet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellom to klammer på denne måten>.

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

5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekkes.

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

Ved «store» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

Målrettet astma-behandling: Opptil 30% deponering i målorganet¹⁾

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose innh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpestoffer eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amming:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **Barn > 6 år:** 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 200 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytt ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 336,60. 200 µg/dose: 200 doser kr. 553,00. 400 µg/dose: 50 doser kr. 312,50, 200 doser kr. 942,90. (07.03.94)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

Adrenergikam

ATC-nr.: Ro3A C03

INHALASJONSPULVER 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler: Hver dose innh.: Terbutalin, sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Øker nedsatt mucociliar transport. Stimulering av beta₂-reseptorene i uterus-muskulaturen gir relakserende effekt. Virketid: Inhalert terbutalin virker i løpet av få minutter. Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Kravet til inhalasjonsteknikk (som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol) er eliminert. Turbuhaler er effektiv også under et akutt astma-anfall. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjons hastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliar transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibel i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. **Urtikaria og eksantem** kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseinntak. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertyreoidisme. Diabetes-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofiisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonsterapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårligere, da gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaanföll ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amming:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonspulver: 0,25 mg/dose:** **Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks 24 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 16 doser pr. døgn. **0,50 mg/dose:** **Voksne og barn over 12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks. 8 doser pr. døgn. **Overdosering/ Forgiftning:** Mulige symptomer. Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykkfall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** **Lette til moderate tilfeller:** Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmodisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjertefrekvensrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmibehandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å indusere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkfall, bør et volumøkende medikament gis. (F65d sympatomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-halsykdommer. **Pakninger og priser:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr 131,00, 0,5 mg: 200 doser kr 194,10. (08.11.93)

T: 2, 30

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 90 15 90. Telefax 67 90 08 78

Målrettet astma- behandling:



Opptil 30%
deponering
i målorganet
med Turbuhaler®

Ref. 1)

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler

Terbutalin
Bricanyl®
Turbuhaler