

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1994

ARGANG 23



Ritualer har ord,
men har først og fremst
hemmeligheter
la os grupe dem,
ikke bearbejde dem!

**Nå tenner moder alle lys
— betyr ritualer lenger noe for oss?**

- 299** *Helge Worren*
Leder: Nå tenner moder alle lys
– betyr ritualer lenger noe for oss?
- 300** Sagt om ritualer
- 301** *Sten Erik Hessling*
Tar du ansvar for dine døende pasienter?
- 305** *John Cooper*
Synkope – den allmenntilleggslege utfordringen
- 309** *Leserbrev fra institutt for allmenntilleggslege i Oslo*
Svar på en leder
- 310** *Kari Svarttjernet*
311 medarbeidere i etterutdanning
- 314** *Intervju med Sten Erik Hessling*
Hvis det virker som jeg har det godt, stemmer det.
Jeg tror ikke det skyldes bare tilfeldigheter.
- 316** *Geir Sverre Braut*
– og alle var der (berre ikkje kommunelegen)
- 318** Index for Utposten 1994
- 320** *Geir Sverre Braut*
Gammeldoktoren
- 322** *Bokmelding*
Trygdemedisinsk håndbok 1994
- 323** *Bokmeldinger*
Mat og medisn. Det er vårt bord!
- 324** *Bokmelding*
Når døden blir virkelighet
- 326** *Kjell Nordby*
Kopp, PK-info og rosa resepter
- 330** *Utpostens edb-spalte*
Oppgradering av PC
- 331** *Smil i hverdagen*
Tverrfaglige pusteøvelser for julen
Øystein Melbø Christiansen
- 333** *Eli Glomnes*
Kommunikasjon og konsultasjon

Forsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad. Sitat fra Liv Rosmer Fisknes.

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 Finnøy
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

Nå tenner moder alle lys – betyr ritualer lenger noe for oss?



Som ung lege på en psykiatrisk avdeling var jeg i sin tid tilstede på en avskjedsstund med gaveverrekkelse og ikke minst takketale jeg husker svært godt. En lege som skulle slutte etter flere års tjeneste ble takket og prisert. Han fikk tilslutt overrakt et flott maleri som gave fra personalet og pasienter. Han begynte sin takketale med å si: »Det jeg setter aller mest pris på ved denne gaven er rammen. Den minner meg om at vi alle trenger rammer rundt våre liv.» Så fortsatte han å snakke om rammene, noe som ikke minst var aktuelt for mange av de tilstedeværende pasientene, for hvem ikke minst nettop rammene hadde smuldret opp.

Vi hører ofte at vi lever i et stadig mer pluralistisk samfunn. Er dette fjernt filosofisk, religiøst prat? Fra ulikt hold høres ønsker om rammer og tradisjoner, ja til og med ritualer? Henger dette i hop? Hører helsetjenesten i det hele tatt slike signaler?

I dette nr. av UTPOSTEN har vi med noen få sitat fra et gripende foredrag presten Liv Rosmer Fisknes holdt om ritualer i forbindelse med kurset «Omsorg for døende». Vi har også en artikkel (Sten Erik Hessling: »Tar du ansvar for dine døende pasienter?») som omhandler et tema hvor ritualer i høy grad er aktuelt. Liv Rosmer Fisknes fremhever at ikke minst når ord mangler og situasjonen er overveldende og uforutsigbar, er nettop tradisjonene og ritualene viktig å ha – nærmest som en «førstehjelp i kriser» – for å håndtere det uhåndterbare, «for å samle følelsene», for å møte det uforståelige (ja, kanskje til og med som noe å møte ondskapen og djevlskapen med), for å gi oss «et språk når vi ikke har språk». Jeg lar inspirasjonen fra Fisknes' foredrag følge meg i denne leder.

Det er noe paradoksalt ved å si noe om ritualer. Selv om mange ritualer har både ord og handling, er mye av ritualene preget av det som ikke kan uttrykkes i ord. Det kan være lett å oppfatte snakk om ritualer som en oppfordring til det okkulte, det hemmelighetsfulle,

det mystiske. Selv om dette også kan være en del av ritualenes vesen, er det noe annet som oftest kjennetegner mange av ritualene: det samlende, det fellesskapende, det livsbejaende.

Er vi for lite religiøse? Er det det jeg mener? Mange ritualer har en religiøs/guddommelig dimensjon ved seg og kan knyttes til det mange vil kalle det hellige. Ritualene kan – etter min mening – også oppfattes i en mer universell, allmennmenneskelig og ikke nødvendigvis spesifikt religionidentifiserbart perspektiv. Ritualer er ikke det samme som tradisjoner, men kan «knytte det enkelte menneske til en tradisjon». I et pluralistisk samfunn vil mange mennesker føle behov for andre ritualer enn de f.eks. den kristne kirke står for. Dels fyller man gamle ritualer med nytt innhold, dels lager man helt nye ritualer. Ritualer har alltid ledsaget menneskelig fellesskap, og det kan virke som om mennesket nærmest har et naturgitt behov for et slikt rammeverk.

Ritualer er i sin strengeste form nøye fastlagt i seremonier. Vi finner imidlertid alle grader av denne stringente form, men gjentakelsen og gjenkjenneligheten er typiske trekk. Ikke enhver daglig rutine (f.eks. tannpuss) kan kvalifisere til å kalles rituale, selv om dagligtale kan gi et slikt inntrykk. Ritualene er i første rekke de handlinger som «knytter det enkelte menneske til en helhet: familie, slekt, sted, nasjon, verdensdel, menneskeheten».

Hva har dette med oss som primærmedisinere, som helsetjeneste å gjøre? Det er naturlig å stille et motspørsmål: hva kjennetegner vår hverdag? hva møter vi der? Jeg tror mange av oss vil svare at høyt på listen kommer problemer knyttet til samvær mellom mennesker, de mange brutte forbindelser, de mange bånd som aldri knyttes, det som mange opplever som en meningsløs og uforståelig tilværelse? Skal vi ikke slå et slag for å la tradisjoner og ritualer i videste og beste mening få større innpass? Skal vi da gå

inn som ritemestere? Av og til kan vel stetoskopet virke som et rituelt instrument (f.eks. ved syning av en død i nærvær av pårørende), men det som først og fremst kan bli vår oppgave er å peke på de rike muligheter for hjelp, støtte og fellesskap som ligger i mange tradisjoner og ritualer. Den kjente danske prest Johannes Møllhave har bearbeidet Søren Kierkegaards tanker og sagt: «Å fortvile er at man ikke lenger kan få øye på noen mulighet. Å trøste er å bringe muligheter til veie.» Kanskje det å peke på de muligheter tradisjoner og ritualer gir er en viktig måte å gi trøst på. Ritualer kan virke terapeutisk, å vise vei dit kan være det første terapeutiske skritt.

Ritualer er ikke bare knyttet til det vanskelige i livet, selv om de da kan få ekstra stor betydning. Mange ritualer er knyttet til noen av livets gledeligste begivenheter, f.eks. ekteskap, det nyfødte liv... Markeringer plasserer oss som enkeltmennesker i et landskap – et landskap hvor vi ønsker å bli gjenkjent. «Vi har et behov for å bli gjenkjent som mennesker.»

Julen er en tid hvor fellesskap står i fokus og hvor ikke minst mangel på fellesskap og samhørighet kan tre grelt frem. Det er en påminnelse for oss alle om å ta vare på hverandre, å inkludere hverandre i et fellesskap. Julen er full av tradisjoner og ritualer. Om det er «moder som tenner alle lys», vites ikke med sikkerhet. Den enkle handling å tenne et lys er allikevel noe av det meste symbolsterke og samlende rituale vi har.

Tenn et lys – god jul!

Sagt om ritualer

v/Prest Liv Rosmer Fisknes (fra foredrag under kurs
«Omsorg ved Livets Slutt», Primærmedisinsk Uke 14.10.94)

- Ritualer har ord, men har først og fremst hemmeligheter. Inn i hemmelighetene har ikke rasjonaliteten plass. La oss gripes av dem, ikke begripe dem.
- Ritualer fører oss inn i det ekstraordinære, holder det ordinære på plass.
- Ritualer er førstehjelp i kriser, hjelper oss til å samle følelser og kan være ledd i en terapeutisk prosess.
- Ritualer gir oss et språk når vi ikke har språk.
- Ritualer knytter det enkelte menneske til en tradisjon (og formidler tradisjon), til en helhet (til familie, slekt, sted, nasjon, verdensdel, til menneskeheten). Vi har et behov for å bli gjenkjent som mennesker.
- Ritualer formidler fellesskap.
- Ritualer gir rytme i livet.
- Ritualer stiller seg alltid på livets side.
- Ritualer lever av gjentakelse, av gjenkjennelighet.
- Ritualer skal ikke påtvinges, men er noe man går inn i.

Tar du ansvar for dine døende pasienter?

Tekst: Stein Erik Hessling
Foto: Per Engstrand



Stein Erik Hessling, 57 år, cand.med. fra Oslo i 1963, privat drevet allmennpraksis med fast tilholdssted ved Legehuset i Hokksund siden 1968, spesialist i allmennmedisin og veileder for 3 grupper gjennom de siste årene. Interessert i praktisk arbeid med omsorg ved livets slutt i mange år, fikk opprettet rådgivningsgruppen for omsorg ved livets slutt i Øvre Eiker kommune i 1991, medlem av Omsorgsrådet i perioden 1990-93, og leder for rådet for perioden 1993-96. Medlem av NSAM's referansegruppe om samme tema.

Først en konstatering

Vi vet i nåtid endel om hva som venter oss inn i en oversiktlig fremtid på dette området. Det er sannsynlig at antall krefttilfeller vil øke med ca. 30% frem til år 2010. Det er også mange med andre typer sykdommer som vil ha behov for

Vi vet at vi som allmennpraktikere vil møte et økende antall pasienter i vår praksis som vil ha sykdommer med forventet dødelig utgang innen en overskuelig fremtid. Vi vet at disse pasientene i større grad enn tidligere må bli tatt hånd om av helsetjenesten i lokalmiljøet. Svaret på spørsmålet i overskriften blir da: «Ja, du må det». Det blir derfor desto viktigere at vi organiserer oss slik i vår praksis at vi, våre medarbeidere, og kommunens øvrige tverrfaglige helsetjeneste får dette til på en slik måte at vi sammen gir disse pasientene og deres familier en god omsorg. Men det må også gjøres slik at vi kan leve med denne utfordringen i vår travle, praktiske hverdag.

I artikkelen tar jeg opp endel momenter som må falle på plass både rent organisatorisk og medisinsk faglig for at vi i fellesskap skal oppnå det vi ønsker: følge pasienten og familien inn i døden på en måte der vi i ettertid kan si at dette fikk vi til!

denne hjelpen, og vi får et økende antall gamle mennesker i samfunnet.

Med nåtidens helseøkonomi med manglende ressurser på vesentlige felter innen medisinsk behandling, vil behandlingen av pasienter som ikke trenger de høyteknologiske behandlingsprosedyrer, bli henvist til å bli behandlet på lavest mulig omsorgsnivå. Det vil i praksis si ute i primærhelsetjenesten, det vil igjen si i hjemmet eller i det lokale sykehjem. Når vi i tillegg, som en positiv faktor, i økende grad legger forholdene til rette for at pasienten og pårørende i større grad enn før kan velge hvor de ønsker å gå den siste veien av livet inn i døden, velger stadig flere rimeligvis å dø i sitt hjemmemiljø, eventuelt i lokalt sykehjem.

Samlet gjør det at vi allmennpraktikere ikke kan velge oss vekk fra dette ansvaret som vi her blir pålagt.

Primærlegen – hovedaktør for bedre palliasjon?

Jeg er ikke i tvil om at svaret er ja. Men jeg er heller ikke i tvil om at

det generelt sett er lang veg å gå før vi kan leve opp til dette positive svaret. Så noen ord om primærlegen, men la meg i samme åndedrag komme med neste konstatering: hele primærhelsetjenesten. Det er nemlig ikke mulig å få til god palliativ omsorg og behandling uten god tverrfaglighet i lokalmiljøene. Vi er helt avhengige av hverandres felles anstrengelser og fagkunnskap for at det skal bli god palliasjon.

Tilbake til primærlegen. Han er en av hjørnesteinene. Men hva er det som skal til for at primærlegen skal kunne oppfylle både ønsket og kravet om at han skal være hovedaktør i bedret palliasjon? Det ligger på to plan: det organisatoriske og det rent faglig medisinske.

Hvordan organisere?

La meg ta det organisatoriske først, fordi jeg tror god organisering vil være helt avgjørende for om vi skal lykkes eller ikke. Det må være en klar, gjennomarbeidet strategi i kommunen, bydelsregionen innen dette området av primærhelsetje-

nesten. Kommunens ledende helsepolitikere og byråkrater må sammen med tverrfagligheten i helse-tjenesten få utarbeidet en plan for denne omsorgen slik at den kan fungere i praksis. Her har den samfunnsmedisinske interesserte kollega en stor utfordring for å få dette på sakskartet i Helse- og Sosialutvalget. Jeg har selv i nevnte utvalg i vår kommune fått gehør for det kulturanthroposofiske utsagn: «Hvordan vi i et samfunn tar oss av de døende og døde, sier noe om kvaliteten på det levende samfunn». Det er ikke lett for en lokalpolitiker å uttale seg mot et slikt utsagn, langt mindre arbeide aktivt mot det! En slik plan må så innarbeides i virksomhetsplanene for kommunen. Får vi til det, har vi kommet langt. Men dette kan være langsiktige mål for mange, og vi må derfor i praksis organisere oss slik at vi foreløpig kan gi et godt tilbud.

Som primærlege har vi ofte inngående kjennskap til pasienten og hans nærmiljø, både medisinsk og sosialt. Dette setter oss i en nøkkelstilling som koordinører av hjelpearbeidet. I den første del av palliasjonsfasen vil pasientene ofte være mye i kontakt med 2.linje-tjenesten i form av «aktiv» behandling som strålebehandling og cellegiftkurer. Pasienten søker da ofte mindre kontakt med primærhelsetjenesten. Men det er likevel viktig å beholde kontinuiteten i denne tiden slik at vi i forkant har planlagt hva som må til når det «bryner seg».

Hvordan så opprettholde kontinuitet? Jeg tror det bare kan baseres på faste avtaler, og jeg føler meg sikker på at denne kontakten for det meste bør foregå i hjemmet, og helst med nære familiemedlemmer tilstede. Familien lever sammen, ikke som pårørende og pasient, men som den sosiale enhet den i livet har modnet seg frem til å være. Det gir nødvendig styrke til å tåle alvorlig sykdom og død. Det bør legges opp en plan for tilsyn og behandling som bør skrives ned i hjemmejournal slik at det ikke er

tvil om hvem som gjør hva når forventede problemer oppstår. Helt avgjørende for pårørende er at de vet hvem de skal kontakte når de føler behov for hjelp.

Hele døgnet, sier du?

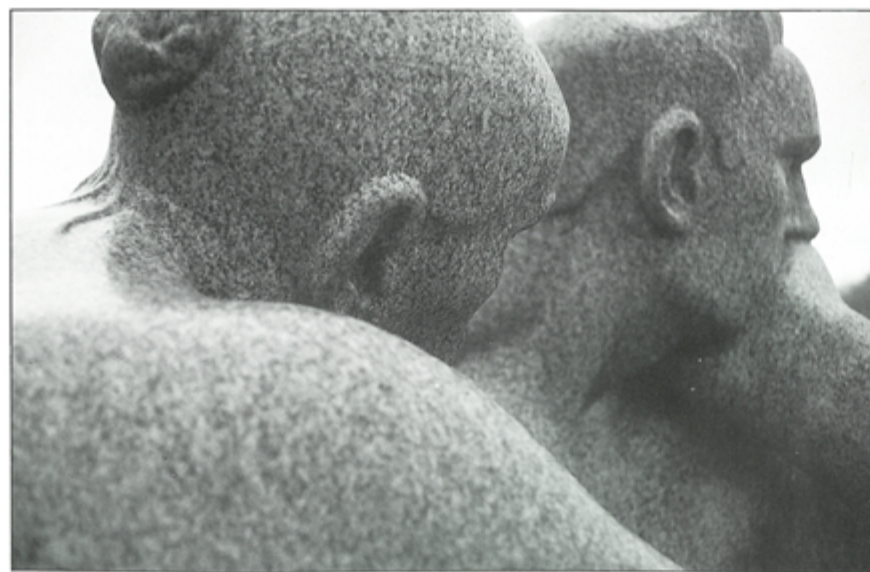
Den enkelte lege må stille seg til disposisjon for familien hele døgnet den siste tiden. Dette utsagnet faller svært mange kolleger tungt for brystet, og får sjelden stå uimotsagt når jeg i tekst og tale fremmer synspunktet. Men la meg få si hvordan det bør fungere i praksis. Når kontakten foregår med faste avtalte besøk, der spørsmål avklares og der hjemmesykepleien tar seg av tilsynet på døgnbasis, blir behovet for telefonkontakt med legen meget lite. Der det av mange grunner ikke er mulig å stille opp, bør vi inngå en avtale med en fast annen kollega som har satt seg inn i familiens problemer og som påtar seg oppgaven midlertidig. Hvis det likevel blir behov for å kontakte legevaktslege, bør han ha anledning til å kontakte den faste legen for råd i den aktuelle akutte situasjonen som har oppstått. Det vil blant annet medføre at bruk av såkalt åpen retur til sykehus utifra gale forutsetninger blir redusert til et minimum. *Jeg vil hevde at: åpen*

retur skal og bør være et supplement til god primærhelsetjeneste, og ikke som erstatning for en dårlig primærhelsetjeneste. Behovet for utstrakt bruk av åpen retur avspeiler ofte en dårlig fungerende omsorg ved livets slutt i primærhelsetjenesten.

Mange kolleger vil hevde at dette opplegget vil være altfor pretensiosøst og kreve altfor meget av deres krefter og tid hele døgnet. Men fortvil ikke! En slik kontinuitet gir trygghet for pasient, pårørende og de andre leddene i hjelpeapparatet, slik at det praktiske omsorgs-arbeidet utover rimelig dagtid blir meget lite. Med bred, praktisk erfaring bak meg har jeg godt belegg for utsagnet. Dertil kommer at vi jo, hver og en av oss, ikke har mange slike pasienter å forholde oss til ad gangen!

Hjemmesykepleien!

Jeg har tillatt meg å sette utropstegn. Hjemmesykepleien er den andre hjørnesteinen i god palliativ omsorg, og representerer den daglige kontinuiteten i omsorgen. Vi må organisere oss slik at vi får et tett samarbeid med hjemmesykepleien ute hos pasienten. Det vil ikke si at vi må møtes rundt sykesengen regelmessig. Men vi bør ta oss tid til det en gang i blant sammen



med familien å inngå nye avtaler for arbeidet fremover.

Sykepleier Astrid Kjøllestad har skrevet om medisin og sykepleie som to fagområder med hver sine spesifikke kjennetegn (1). I behandlingssammenheng har sykepleieren en avhengig funksjon i forhold til legen. Samtidig ivaretar sykepleieren oppgaver for pasienten av ikke-medisinsk natur. I primærhelsetjenesten er det viktig at begge aspektene blir ivaretatt og at ikke hjemmesykepleieren også i for stor grad blir overlatt til å måtte forholde seg til behandlingsaspektet.

Hvordan fungerer det i dag? Det er dessverre slik mange steder i dag at hjemmesykepleien ikke har primærleger som vil påta seg det medisinskfaglige ansvaret for slike pasienter. Hjemmesykepleien blir derfor henvist til å påta seg mer enn det pleiemedisinske ansvaret. Den må ofte søke hjelp ved å ringe sykehusavdelinger der pasienten har vært til behandling, få råd og veiledning i doseringsspørsmål, få hjelp fra legevaksle osv.. Dette er selvsagt helt utilfredsstillende. Det må sies klart ifra til oss kolleger i primærhelsetjenesten: *gitt mulighet for teoretisk og praktisk kunnskap om god palliasjon, er det primærlegen som har det medisinske behandlingsansvar.* Vi må organisere oss slik at vi får til tverrfaglig samarbeid.

Dynamisk bruk av sykehjemmet

Tradisjonelt har bygdas og bydelsregionens sykehjem vært stedet der det vises god omsorg for gamle mennesker i seniets år. Nå har det etter hvert blitt langt mer dynamisk bruk av sykehjemmene, idet det ikke lenger er aldershjem, men nettopp sykehjem. Det blir stadig mer vanlig at kommunens innbyggere som trenger tung sykepleie, får slikt stell i sykehjemmet uavhengig av alder. Dette gjelder selvfølgelig ikke minst denne gruppen pasienter vi her snakker om. Sykehjemmet bør ha tre funksjoner for den alvorlig syke og døende pasienten: 1: Avlastning



for pårørende før de blir for slitne til å stå distansen helt ut hjemme. 2: Der pasienten kan komme inn til justering av symptomlindrende behandling, når vi føler vi ikke får dette tilfredsstillende til. 3: Være et godt sted i den siste tiden av livet når det er ønskelig.

Det er sannsynlig riktig ressursbruk å få innredet en liten seksjon i sykehjemmet til disse funksjonene. Et lite hospice i helheten. Det bør organiseres slik at den av oss kollegene som har ansvar for pasienten i hjemmet også har ansvaret i sykehjemmet. Det er ikke mer tidskrevende for oss å besøke pasienten på sykehjemmet enn i sitt eget hjem. Hvis mulig bør også hjemmesykepleien kontinuere omsorgen inne i sykehjemmet den tiden pasienten er der. Denne fleksibiliteten i omsorgen i lokalmiljøet vil klart bidra til en bedret omsorg. I vår kommune har vi nettopp fått avsatt to til fire plasser i sykehjemmet for å dekke dette behovet. Det blir en stor utfordring for oss i primærhelsetjenesten å bruke disse plassene på en måte som gavner denne omsorgen.

Vi må bruke medarbeiderne våre!

På de fleste legekantorene nå har vi godt skolerte, interesserte med-

arbeidere som rekrutteres fra fagområdene biokjemi, sykepleie og ikke minst legesekretæryrket. De kommer ofte i kontakt med pasienten når han presenterer seg med et første symptom på dødelig sykdom med den angst og uro som uvisheten gir. Etter hvert som behandlingen kommer i gang, har de tett og hyppig kontakt om for eksempel cellegiftkurer. De representerer ofte, både for pårørende og pasienten, trygge og stabile omsorgspersoner som tar seg tid, og som etter hvert blir medmennesker bak yrket.

Men organiserer vi praksisen slik at medarbeiderne får anledning til å gi konkret hjelp og avlastning overfor disse familiene? Jeg mener medarbeiderne på dette området er en stor, varm og fin uutnyttet ressurs. Forsiktigvis har vi for eksempel i vår praksis nå begynt å satse på en primærkontakt blant personalet i resepsjonen og på laboratoriet som sammen med den faste legen skal ta hånd om familien hos oss. Det medfører at det bare blir avtalt time for pasient og pårørende når vi vet at denne primærgruppen er på plass. Videre at det avtales tid når det passer best på dagen, slik at medarbeiderne kan ta opp sosiale forhold, ordne med resepter, forhøre seg om pasientene får den støtte de trenger

i trygdejungelen, osv. osv.. Her er det bare fantasien som setter grensene. Men det krever organisering. Jeg tror at dette vil være et meget aktuelt tema å ta opp i veiledningsgruppene som medarbeiderne nå har startet opp med.

Kan vi nok for å gjøre en god jobb?

Nå vil jeg ta for meg den medisinske faglige delen av omsorgen. Det dreier seg om å skaffe oss god profesjonell, medisinsk kunnskap innen symptomlindrende behandling og å lære oss å kommunisere med pasienten og pårørende på en måte som gir trygghet til å gjøre reelle valg for hvor jeg ønsker å avslutte livet.

Samtalen

For å ta det siste først: kommunikasjonen. Jeg velger å kalle det samtale. Det er ikke selvsagt at helsearbeidere, og kanskje spesielt ikke legen, kan samtale om alvorlig sykdom og død, snarere tvert imot. Mye tyder på at denne kommunikasjonen er mangelfull (2). Klager på helsetjenesten i og utenfor institusjon går oftest på ingen eller dårlig informasjon (3), eller mangel på vanlig folkeskikk. Kommunikasjon med den døende pasient er et spørsmål om etikk, sier Husebø og Tausjø (4), og setter dermed kommunikasjonen i sitt rette perspektiv. Det er en stor oppgave å dyktiggjøre seg i den gode samtale! Lyrikeren Tore Coward sier det slik:

*Jeg ligger her og venter, sa hun.
Jeg visste at hun visste jeg visste
at kroppen hennes var full av kreft.
Min stemme klirret som isbiter,
allminnelighetene falt tett som sne.
En stor, hvit, urørt slette
lå mellom oss da jeg gikk.*

Isnende kald kommunikasjon som nok ikke er så sjelden som vi skulle ønske å tro!

Peter Hjort sier: Det er leg oppgave å skaffe seg innblikk i hvordan den enkelte pasient ser på døden og drøfte dette med pasienten» (5). For meg er dette et utsagn som sier noe om min respekt for det mennesket jeg skal følge inn i døden. Det er meg naturlig å samtale med pasienten og pårørende om dette for oss alle så helt avgjørende spørsmål: Hvordan vil jeg avslutte mitt liv? Men på dette området er det ofte stor forskjell på hva vi ønsker å gjøre og hva vi i praksis gjør. Det finnes sannsynligvis også dem som bestrider riktigheten av Hjorts utsagn.

God symptomlindrende behandling er basis

De senere år har det innenfor faget palliativ medisin blitt utviklet langt bedre kunnskap om god symptomlindrende behandling, både når det gjelder den rent medikamentelle delen, men også når det gjelder omsorgen for de åndelige og sosiale behov som må dekkes.

Det er nå så mange gode kurs-tilbud innen dette feltet i videre- og etterutdannelsen i allmennmedisin at det ikke lenger kan godtas at kolleger ikke har tilegnet seg nødvendig teoretisk kunnskap. Det kan imidlertid skorte på den praktiske bruk av kunnskapene. Det er ikke så ofte vi får praktiskert denne viten. Men det er nok riktig å si at 80-90% av dette arbeidet er godt medisinsk håndverk, mens resten må praktiseres med «fingerspitz-gefühl». Der vi føler vi kommer til kort, bør vi søke hjelp hos kolleger både innen primærhelsetjenesten og 2.linjetjenesten. Jeg tror det vil være meget nyttig med et kurs for helsetjenesten i bygda vår, hvor vi møtes for eksempel en gang i måneden. Vi tar der opp alle aspektene ved god profesjonell omsorg fra god symptomlindring, via trygdeytelser, til hvordan få det til hos oss? Vi forsøker oss med et slikt løft nå, og nær alle kollegene har meldt sin interesse. Ikke dårlig bare det!

Avslutning

Omsorgsarbeidet ved livets slutt byr på utfordringer langt utover det rent faglige. Men det må tuftes ikke bare på medfølelse for medmennesker i en slik situasjon, men på sunne, naturvitenskapelige tradisjoner og systematisk, godt medisinsk håndverk. Det gjøres allerede nå mange steder i landet fint arbeid for denne gruppen pasienter. Men jeg føler meg sikker på at vi i fremtiden kan gjøre et bedre arbeid for disse pasientene våre. Som jeg sa innledningsvis: vi slipper ikke unna dette ansvaret, så hvorfor da ikke gjøre det best mulig? Jeg tror ikke vi orker å la være!

Kolbein Falkeid har lettet arbeidet noe for oss med sin fine lyriske konstatering:

*Døden er ikke
så skremmende som før.
Folk jeg var glad i
har gått foran og kvistet løype.
De var skogskarer og fjellvante.
Jeg finner nok frem.* □

*Sten Erik Hessling
Legehuset, 3300 Hokksund*

Litteratur

1. Kjøllestad A. Omsorg ved livets slutt. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111:2671-3.
2. Lichter L. Communication in Terminal Illness. Churchill Livingstone London 1984:212.
3. Hilsen en pårørende: Kjære doktor – du holder ikke mål! Personlige opplevelser. Tidsskri Nor Lægeforen 1990;110:3036-7.
4. Husebø S, Tausjø J. Døende pasienter i institusjon. Tidsskri Nor Lægeforen 1990;110:2233-5.
5. Hjort PF. Gamle mennesker og eutanasi – hvor står vi og hvor går vi? Tidsskri Nor Lægeforen 1990;110:2230-2.

SYNKOPE

– den allmennmedisinske utfordringen

Tekst: John Cooper



John Cooper er cand. med. fra London i 1976. Han har fire års indremedisinsk erfaring og MRCP (London) i 1980. Skrevet lærebok om klinisk diagnostikk. Spesialist i allmennmedisin. Fra 1983 kommunelege i i Hjelmeland. Interessert i diabetes, hjertekarsykdommer og tennis.

Synkope defineres som midlertidig bevissthetstap pga. redusert blodtilførsel til hjernen. Mange vil utvide definisjon med å si at man blir spontant bedre i liggende stilling uten hjelp av elektrisk eller kjemisk konvertering av hjertetrymen. Presynkope defineres som en følelse av at bevissthetstap er nært forstående. Synkope må være differensiert fra andre tilstander som svimmelhet, vertigo, kramper, narkolepsi og koma.

Synkope er et vanlig medisinsk problem. De fleste som besvimer oppsøker ikke lege, derfor er det vanskelig å si noe eksakt om prevalensen av synkope. I Framingham-studie opplevde 3% av menn og

3,5% av kvinner synkope i løpet av oppfølgingstida. Blant eldre i institusjoner er årlig insidens av synkope 6% (1).

Utfordringen for allmennpraktikeren ligger i at synkope kan være forårsaket av et vidt spekter av sykdommer – alt fra ubetydelige fysiologiske forstyrrelser til livstruende tilstander. Folk flest kan lett kjenne igjen en vasovagal synkope (vanlig besvimelse), mens legene har en tendens til å komplisere situasjonen ved å bestille en rekke diagnostiske tester i synkopeutredningen.

Sykehistorien viktigst

Kapoor (2) har sett på resultater av diagnostiske tester i synkopeutredning i nyere studier fra USA og han konkluderer med følgende: Årsaken til synkope er umulig å

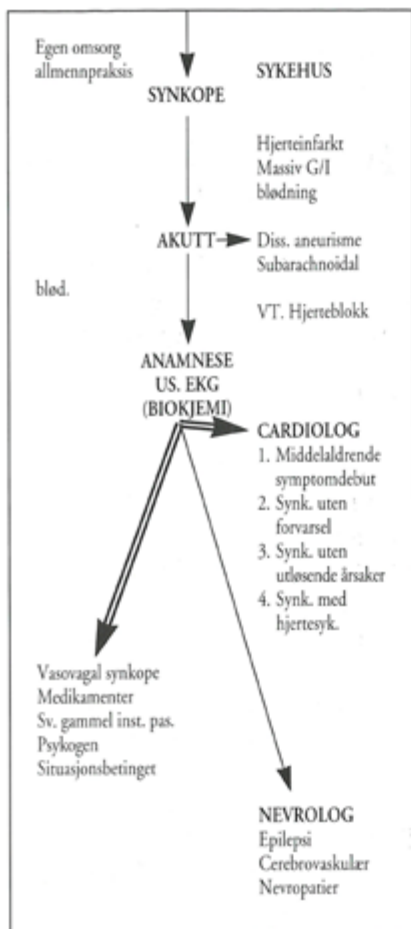
fastslå i 38% til 47% av pasienter tross intensiv utredning. Av de pasientene der en diagnose stilles, vil sykehistorien og klinisk undersøkelse gi diagnosen i 50%-85%. Videre vil sykehistorien og klinisk undersøkelse tyde på en diagnose som må bekreftes med videre undersøkelse i ytterligere 8% av tilfellene. Arytmier vil bli diagnostisert med EKG i 2% til 11% av pasientene, med telemetri og Holter monitor i 3% til 27%, carotis massasje i mindre enn 1% og med elektrofysiologiske studier i under 3%.

Vasovagal synkope

Vasovagal synkope er den absolutt hyppigste årsaken til synkope (over 50% av pasientene). Diagnosen kan stilles på grunnlag av sykehistorien alene når den inneholder

Tabell 1. viser årsakene til synkope.

Årsakene til synkope	
Vasovagal synkope	Hjertesykdom
Situasjonsbetinget synkope	Flow obstruksjon
Hoste	Aortastenose
Svelging	HOCM
Vannlating	Myksom
Defekasjon	Mitralstenose
Valsalva	Pulmonalstenose
Ortostatisk hypotensjon	Lungeemboli
Medikamentell synkope	Fallots tetralagi
Cerebrovaskulær synkope	Bradyarytmi
Carotid sinus synkope	Syk sinus syndrom
Metabolsk synkope	2. og 3. grads A/V blokk
Glossopharyngeal neuralgi	Pacemaker svikt
Trigeminal neuralgi	Tachyarytmi
Epileptisk anfall	Ventrikkel tachycardi
Psykogen synkope	Supraventrikulær tachycardi
Hyperventilering	Hjerteinfarkt
Panikk	Tamponade
Somatisering	Dissekerende aortaneurisme



Fordeling av pasienter med synkope – de fleste pasienter kan tas hånd om i allmennpraksis.

flere av følgende momenter: oppreist stilling, smerte eller redsel, blekhet, gjesping, kvalme, svette, tinnitus, gradvis tap av bevissthet og en rask bedring i liggende stilling.

Vi må ikke glemme at et vasovagalt anfall kan sees etter instrumentering – alt fra øreskylning til endoskopi. Tanken på noe ubehagelig kan være nok til å utløse en besvimelse. Besvimelse er mer vanlig etter sengeleie, ved mangel på mat og i varmt eller overbefolket rom.

Vasovagal synkope er fysiologisk komplisert. Hovedkomponenter er plutselig fall i blodtrykk og bradycardi.

Et vasovagalt anfall kan virke alarmerende: respirasjonen kan være overflatisk, usynlig og uhorlig. Asystoli opptil 15 sekunder (maks 30 sekunder) er ikke helt sjelden. Lett myoklonisk aktivitet sees ofte ved et vasovagalt anfall, epileptisk anfall sees sjelden, men

kan følge et alvorlig vasovagal anfall med asystoli og hypoksi.

Situasjonsbetinget synkope

Synkope kan utløses av hosting, vannlating, defekasjon, svelging og Valsalva manøver. Synkope ved hosting hos bronkittpasienter og synkope ved vannlating hos menn er langt hyppigere årsaker enn svelging, defekasjon eller Valsalva.

Ørtostatisk hypotensjon

Akutt blodtap (husk gastro-intestinalblødning), Parkinsons sykdom og autonome nevropatier ved diabetes og alkoholisme er stikkord her. I motsetning til pasienter med vasovagalsynkope vil pasienter med autonom nevropati besvime uten bradycardi, blekhet eller svette.

Medikamentell synkope

Vasodilaterende midler, diuretika, fentiaziner, antidepressiva, nitrater kalsium blokkere og antiparkinsonmidler er kjent for å forårsake synkope pga. ortostatisk hypotensjon. Hos eldre er medikamenter en hyppig årsak til synkope.

Cerebrovaskulær synkope

Synkope kan være presenterende symptom i opptil 45% av pasienter med subarachnoidal blødning. Intens hodepine og nakkestivhet styrker mistanken om denne diagnosen. TIA anfall kan komme som synkope, men de alle fleste TIA vil presentere seg med kortvarig neurologisk utfall og ikke ren synkope. Subclavian steal syndrom kan også føre til synkope.

Carotid sinus synkope

Carotid sinus synkope er årsak til mindre enn 1% av synkopene. Arteriosklerose i carotisarteriene, trykk på en følsom sinus caroticus fra tumor (lymfeknuter, thyreoidea, parathyreoidea) eller stram krave er årsaken til denne form for synkope. Ved sterk mistanke om denne sjeldne form for synkope bør diagnosen bekreftes ved ensidig carotismassasje (30 sek) med blod-

trykk og EKG kontroll. Det bør gå minst 30 sek. før massasje forsøkes på den andre siden. Husk at carotismassasje kan produsere alarmende asystoli uten at det er den egentlige årsaken til pasientens synkope.

Epileptisk anfall

En god anamnese vil skille epilepsi fra synkope. Fallskade, urininkontinens, tonisk-kloniske kramper med blikkdeviasjon, urininkontinens, mangel på blekhet og langsom bedring med døsighet, forvirring og hodepine er symptomer som tyder på epilepsi.

Metabolsk synkope

Mb Addison og hypoglykemi kan føre til synkope. Synkope pga. hypoglykemi etter insulinbehandling er uvanlig.

Psykogen synkope

Hyperventilering, panikkangst og somatisering kan gi synkope.

Kardial synkope

Sirkulatorisk obstruksjon eller arytmi kan forårsake synkope. Kardial synkope pga. arytmi skjer brått og uten forvarsel.

Synkope pga. aortastenose skjer ved anstrengelse. Diagnosen aortastenose stilles på grunnlag av den typiske bilyden, lavt pulstrykk og evt. bevart A2. Rask henvisning og behandling av pasienter med aortastenose synkope, redder liv! (obs. ingen øvre aldersgrense her)

I motsetning til de fleste andre årsaker til synkope skiller synkope pga. hjerterblokk seg ut ved å forekomme også i liggende stilling.

Medikamenter som kan forårsake synkope

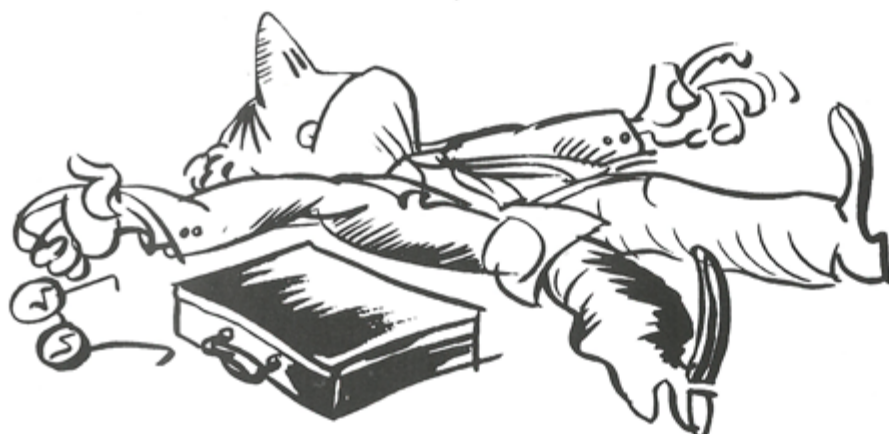
Vasodilaterende midler
Diuretika
Fentiaziner
Antidepressiva
Nitrater
Kalsiumblokkere
Antiparkinsonmidler

Henvisningskriterier for synkopeutredning

Synkope uten forvarsel
Synkope uten utløsende årsak
Middelalderende ved symptomdebut
Synkope med mistanke om kardial årsak

Håndtering i allmennpraksis

Når en pasient oppsøker meg pga. kortvarig bevissthetstap tenker jeg først på livstruende tilstander som krever akutt innleggelse; blant annet akutt hjerteinfarkt, dissekerende aortaaneurisme, komplett hjerteblokk, ventrikkel tachycardi, subarachnoidalblødning og gastro-



intestinalblødning. Når dette er gjort begynner et mer omfattende sorteringsarbeid for å plukke ut pasientene som trenger henvisning til kardiolog (i noen få tilfelle nevrolog), fra det store flertall som kan tas hånd om i allmennpraksis. Hjørnesteinen i dette sorteringsarbeidet er sykehistorien.

En god anamnese inneholder opplysning om omstendighetene rundt anfallet, om det skjedde ved anstrengelse, i stående eller annen stilling, om pasienten hadde blitt utsatt for smerte eller annet stress. Varslingssymptomene som kaldsvette, blekhet, tinnitus, gjesping, kvalme, synsforstyrrelser, angina, hjertebank, parestesier, vertigo, lammelser, aura og uønskede bevegelser må kartlegges. Hvis mulig må vi få greie på varigheten av bevissthetstapet, puls, respirasjon,

kramper, tungebitt og inkontinens under anfallet. Sluttfasen av anfallet er svært viktig: pasienter med vasovagal synkope er fysisk slappe (fare for residiv hvis de står opp for tidlig) men mentalt klare, pasienter med epilepsi er døsig, forvirret og vanskelige å få kontakt med etter anfallet.

Hos de fleste pasienter med synkope vil jeg måle blodtrykk i sittende og stående stilling, (evt. måle blodtrykk i begge armer), kjenne på pulsen for arytmier, lytte på hjerte for bilyder og carotidene for stenose lyder og foreta en orienterende nevrologisk undersøkelse. Hb, SR og EKG bestilles i de fleste tilfeller og blodsukker og elektrolytter i noen få tilfeller.

På grunnlag av sykehistorien alene kan man skille mellom vasovagalsynkope, situasjonsbetinget synkope, medikamentell synkope, brått innsettende kardial synkope forårsaket av arytmi eller obstruksjon, metabolske forstyrrelser som hypoglykemi, og epilepsi. Selv om sykehistorien sammen med klinisk undersøkelse og EKG vil gi diagnosen i de fleste tilfeller, gjenstår det noen problemområder for allmennpraktikeren.

- Hva gjør vi dersom pasienten er middelalderende ved symptomdebut?
- Hva gjør vi dersom besvimelsen skjer brått eller uten utløsende årsaker?
- Skal vi utrede synkope hos gamle pasienter på sykehjem?
- Kan synkopen være psykogen?

Synkope

Ved anstrengelse:

Aortastenose
Subaortastenose (HOCM)
Arytmi

I liggende stilling:

Epilepsi
Hypoglykemi
Hjerteblokk

I stående stilling:

Vasovagal
Tachyarytmier
Carotid sinus syndrom

Liggende til stående:

Ortostatisk hypotensjon

- Hvordan skiller vi mellom vasovagal synkope og anafylaktisk reaksjon, ved bevissthetstap etter intravenøs medikasjon?
- Har synkope betydning for pasientens førerkort?

Henvisnings ved mistanke om kardial årsak

Videre utredning hos kardiolog er nødvendig for pasienter med kardial synkope og pasienter der det er mistanke om en kardial årsak: dvs. de som er middelalderende ved symptomdebut, og de som besvimer brått eller uten utløsende årsaker. En amerikansk undersøkelse fra 1983 (3) har vist at plutselig dødsfall innen ett år intrefrer hos 20% av pasienter med kardial synkope.

Funn ved Holter monitorering hos asymptotiske.

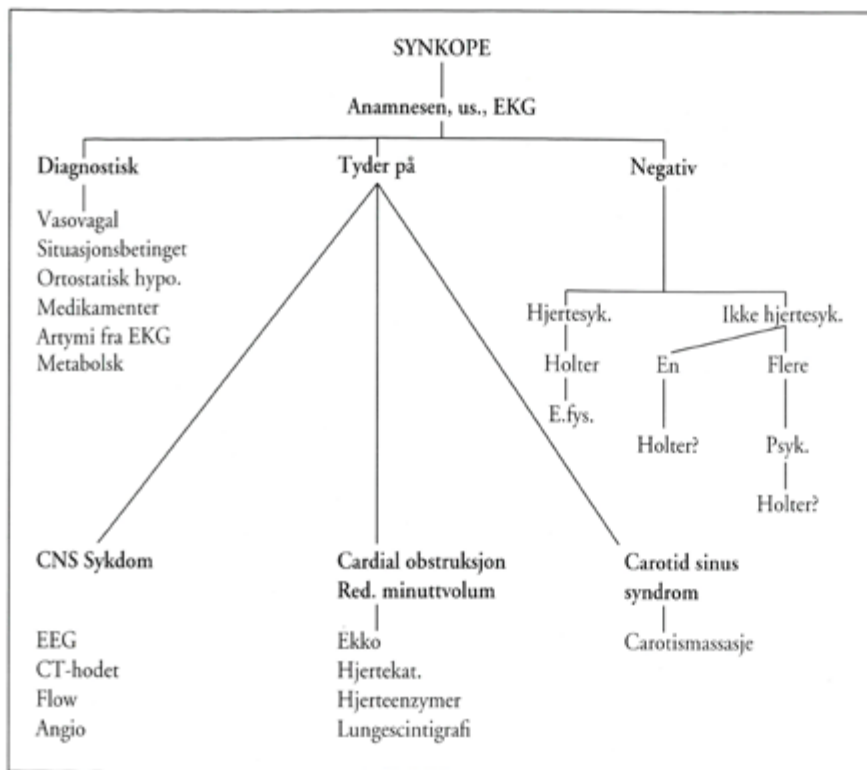
Holter monitorering

i normale/asymptotiske kontroller:

- Sinus bradycardi (<40)	24%
- Kortvarig SVT	50%
- Ekstrasystoler SVES og VES	50% - 75%
- Multiform/Koplet VES	15%

Følgende funn sjelden rapportert hos asymptotiske:

- Sinus arrest over 2 sek
- Ventrikkel tachycardi
- Mobitz II
- 3. grad A/V blokk



Synkope – utredning.

Dette understreker at det er viktig å identifisere og behandle pasienter med synkope pga hjertesykdom. Likevel er oppgaven vanskelig for kardiologen. Holtermonitorering høres fornuftig ut, men normale individer viser mange forskjellige arytmier – hovedsakelig bradyarytmier hos unge og ektopi hos eldre. Det er ikke alltid at arytmier korrelerer med symptomene. Elektrofysiologisk testing har liten verdi med mindre det er kliniske tegn på coronar- eller strukturell hjertesykdom. Unødvendig utredning er svært kostnads- og ressurskrevende (4).

Eldre institusjonspasienter

Videre utredning er som oftest ikke indisert hos eldre pasienter på sykehjem. En undersøkelse i 1985 av 711 institusjonspasienter (gjennomsnittsalder 87) viste at synkope er hyppig forekommende hos de svært gamle med en årlig insidens på 6% (1). Studien fant ingen assosiasjon mellom synkope og mortalitet og heller ikke flere sykehusinnleggelse blant pasienter med synkope. Konklusjonen var at synkope var en markør for under-

liggende invalidiserende sykdom siden de forekom oftest blant de med lavest funksjonsnivå. Hos institusjonspasienter er det best å seponere eventuelle medisiner som kan forårsake synkope, men ellers unngå videre utredning.

Psyko-gen synkope

Denne diagnosen kan være vrien å stille. Merkelige og bisarre anfall som ofte gjentar seg hos hjerte-friske pasienter, peker i retning av en psyko-gen diagnose. Hudfarge og hudtemperatur er normal under anfallene. Hyperventilering kan være synlig.

Differensialdiagnose vasovagal synkope eller anafylaksi?

Vasovagal synkope inntreffer umiddelbart etter venepunksjon og ledsages av varslings-symptomer. Anafylaktiske reaksjoner inntreffer etter minutter. En fullstendig anafylaktisk reaksjon med bronkospasme, sirkulatorisk kollaps, urticaria og angioødemer, abdominalsmerter og diare, vil skille seg ut fra en vasovagalt synkope. Når kun en komponent som vaskulær kollaps etter intravenøs

injeksjon av et medikament er tilstede, kan det være vanskelig å skille tilstandene. Bradycardi ved vasovagalt anfall kan hjelpe, men dersom tvil om anafylaksi eksisterer, er det best å gi adrenalin.

Førekort

Pasienter som lider av forutsigbare besvimelser, kan fortsette å kjøre bil. Pasienter som lider av plutselig innsettende bevissthetstap uten varslings-symptomer må ikke kjøre bil.

Konklusjon

Når klinikken og enkle undersøkelser gir en diagnose, bør allmennpraktikeren stole på det. Ureflektert henvisning til videre utredning kan blant annet føre til unødvendige og kostbare undersøkelser samt unødvendig pace-maker innleggelse. Dersom mistanke om kardial årsak til synkope eksisterer, bør pasienten henvises til kardiolog. Kardiologens oppgave er å identifisere og behandle pasienter som har en kardial årsak til synkope. Men kardiologen må huske at pålitelige og reproduerbare diagnostiske tester for synkope mangler, og en sikker diagnose sannsynligvis vil stilles kun i under halvparten av pasientene som er henvis-t. □

Litteratur

1. Lipsitz LA, Wei JY, Lowe JW. Syncope in an elderly, institutionalized population: prevalence, incidence and associate risk. *Q J Med* 1985;55:45-54.
2. Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. *Am J Med* 1991;90:91-106.
3. Kapoor WN, Karpf M, Wieand S, Peterson JR, and Levey G. A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope. *N Engl J Med* 1983;309:197-204.
4. Kapoor WN, Karpf M, Mahler Y, Miller RA, Levey GS. Syncope og unknown origin: the need for a more cost-effective approach to its diagnostic evaluation. *JAMA* 1982;247:2687-91.

Svar på en leder

I nummer 6/94 av Utposten har Straume en leder med overskriften: Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi? Han skriver om norsk allmennmedisin som har blitt forankret i akademiet. Pionerene blir hyldet og han taler om en svunnen tid med smittsom begeistring og tro på fagets muligheter. Nå som nye krefter overtar, er instituttene gått over i en taus periode. Særlig gjelder det Instituttet i Oslo. Og «førstemmende rykter og moll-stemte, svake ekko om innbyrdes krangel kniving har nådd hit opp».

Det spørres om hvilke institutt for allmennmedisin vi trenger. Straume gir sitt svar. Instituttene må ikke ofres på akademiets alter

og fjerne seg fra sin grobunn tuftet på primærhelsetjenestens møte med pasientene.

Det er riktig at vi har hatt en konflikt med Instituttet i Oslo. Den er nå historie. Igjen opplever vi å ha fått en trygg og trivelig arbeidsplass med lagspill og samarbeid.

Som universitetsinstitutt er våre to viktigste oppgaver å produsere forskning og å gi undervisning av høy kvalitet. Samtidig har vi prioritert aktivt arbeid med å styrke kontakt og samarbeid med primærlagene i vårt nedslagsfelt. Vi mener at disse to sidene av arbeidet er avhengige av hverandre.

Pågående aktiviteter, målsetting og strategi for virksomheten vil vi

beskrive i detalj i neste nummer av Utposten.

Straume har gitt oss en utfordring. Den var skrevet fra en pedestall og langt fra i moll. Form og innhold er neppe egnet til å minske den påståtte kløften mellom allmennmedisinske grasrot og akademi. Vi stiller også spørsmålet om hvem som har vært hans informanter – og med hvilke motiver de har informert.

Men utfordringen, den tar vi. □

Even Lærum

Olav Rutle

Åsa Rytter Evensen

Bjørgulf Claussen

Pidestaller og sladrehanke

Eystein Straume har skrevet en leder i Utposten der han stiller det helt sentrale og svært legitime spørsmål: Hvilken utvikling ønsker vi for den akademiske allmennmedisin? Dette ble for sterk kost for Institutt for Allmennmedisin i Oslo. Som et kyllingbein har lederen satt seg fast i akademiske halsar og utløst tilsynelatende ukontrollerte brekningsreflekser. Om noen var bekymret for utviklingen til den universitetstilknyttede allmennmedisinen før, er det kanskje grunn til panikkangst nå?

Eystein Straume har ikke gjort annet enn å stille det spørsmålet vi alle svært ofte bør stille oss: Driver jeg med de rette tingene og gjør jeg det på en tilfredsstillende måte? Kvalitetssikring er en for tiden hyppig benyttet betegnelse på denne prosessen. Generasjons- og sjefs-

skifter er naturlige anledninger til å stille disse spørsmål med store bokstaver. Både innenfor allmennmedisin og samfunnsmedisin foregår det også for tiden grunnleggende diskusjoner om fagenes vitenskapelige grunnlag, paradigme-messige forankring og praktiske utforming. Ikke minst har dette vært synlig i diskusjonene omkring etableringen av de første samfunnsmedisinske universitetsinstituttene hvor en sentral problemstilling har vært at instituttene må sørge for nær kontakt med den utøvende samfunnsmedisin ute i kommunene.

At det er uro omkring sjefsskifter og uenighet i denne type spørsmål, er et normalfenomen som i seg selv ikke gir grunn til bekymring. Men når det å reise en sentral problemstilling som dette utløser

forurettede ve-rop fra akademiets innbyggere, blir vi urolige. Bedre blir det ikke når man sporer helt av og etterlyser motiver og sladrehanke. Faren for en overdreven akademisering synes ikke å være umiddelbart overhengende. Det er også interessant å registrere at det å være kommunelege i Loppa på Finnmarkskysten og medlem i Utposten-redaksjonen av enkelte regnes som en av pidestallene i norsk primærmedisinsk miljø.

Vi er glade for og ser med spenning fram til et innlegg fra Institutt for Allmennmedisin i Oslo der vi får høre om målsettinger, strategi og pågående aktiviteter. Det er med det utgangspunktet en videre diskusjon bør føres. □

Redaksjonen

311 medarbeidere i etterutdanning

Tekst: Kari Svarttjernet



Kari Svarttjernet er utdannet legesekretær. Praksis som legesekretær ved Ullevål sykehus, og fra kommunalt/privat legesenter i Lørenskog.

Siden 1992 ansatt som redaktør for Legesekretærtidsskriftet. (Flere år før dette vært redaktør på fritiden for samme blad.)

I snart to år vært medarbeider i sekretariatet for Utposten.

Nylig avsluttet Fagpressens Redaktørskole.

Alment praktiserende legers forening inviterte våren 1992 Norske Legesekretærers Forbund (nå Norsk Helsesekretærforbund), Norsk Bioingeniørforbund, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Hjelpepleierforbund til samarbeid om etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis. Både veiledningshåndboken og modellen bygger på legenes videreutdanning.

Utdanningen tar for seg medarbeiderrollen og arbeidssituasjonen, yrkesfaget spesielt, men også for-

Etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis startet for fullt i høst. 460 medarbeidere søkte om 311 plasser i veiledningsgrupper. Interessen vitner om et stort behov for skoling av medarbeidergruppen.

Foruten å gi deltakerne faglige og personlige kunnskaper, ser man også en mulighet for å samle medarbeidergruppen til en mer identitetssterk gruppe, på tross av ulik utdanningsbakgrunn.

Kan etterutdanningen av medarbeidere også bli en positiv utfordring for samarbeidspartnerne, legene?

holdet til pasient, pårørende, kollegaer og leger/overordnede.

Etterutdanningshåndboken var ferdig i slutten av april 1994, og var innledningen til et intensivt samarbeid mellom koordinator-kontoret ved Norsk Helsesekretærforbund og veilederne for å få igang utdanningen før sommeren.

De aller fleste gruppene arrangerte introduksjonsmøte på forsommeren, og alle startet for fullt i september. Tilbakemelding fra gruppene signaliserer stor aktivitet og engasjement hos medarbeiderne.

Veilederutdanning

Etterutdanningen foregår i lokale veiledningsgrupper. Førte veiledere fra hele landet ble utdannet i januar 1994. Bortsett fra Sogn og fjordane og Telemark, er det en eller flere veiledere i alle fylker, se tab. 1.

Bakgrunn for å kunne stille som veileder, var formell utdanning som legesekretær, bioingeniør eller hjelpepleier. Veilederne måtte i tillegg vise til erfaring som medarbeider i primærhelsetjenesten. Norsk Sykepleierforbund trakk seg fra samarbeidet høsten 1993, og det

Tabell 1.

Veiledere er utdannet på følgende steder:

Troms og Finnmark	Aust- og Vest-agder	Larvik	1
Krokelvdalen	Lillesand	Nykirke	1
Harstad	Rogaland	Oslo	2
Harstad	Hinna	Østfold	
Evenskjær	Jorpeland	Halden	1
Nordland	Hedmark	Askim	1
Mørkved	Flisa	Larkollen	1
Trøndelag	Hamar	Telemark	ingen
Skogn	Kongsvinger	Akershus	
More og Romsdal	Oppland	Jessheim	1
Vestnes	Vinstra	Hebekk	1
Valldal	Bagn	Tårnåsen	1
Alesund	Gjøvik	Fjellhamar	1
Sogn og fjordane	ingen	Buskerud	
Hordaland	Vestfold	Lier	1
Os	Sandefjord	Hokksund	2
Skålevikneset	Stokke		
	Våle		

ble derfor ikke utdannet veiledere med sykepleierutdanning. Av førti veiledere er 33 legesekretærer, fem bioingeniører og to hjelpepleiere. De respektive organisasjonene finansierte veilederutdanningen for sine medlemmer.

Deltakere med forskjellig bakgrunn

Da fristen for å melde seg på etterutdanningen var ute 1. mars i år, hadde det meldt seg drøye 380 medarbeidere. Interessen var enorm, også etter fristen, og viste tydelig behov for etterutdanning av medarbeidergruppen.

Det ble lagt vekt på utdanning, praksis og arbeidssted da gruppene skulle settes sammen. Stort sett består gruppene av ulike deltakere, fra nyutdannede til lang erfaring, fra sykepleierutdanning til ingen «helseutdanning», fra privat en-legepraksis til kommunal fler-legepraksis.

En slik blandet gruppe blir en utfordring for veilederne og deltakerne, men åpner for større samarbeid mellom «medarbeiderprofesjonene». Forhåpentligvis kan dette være med på å samle medarbeiderne til en mer identitetssterk gruppe.

Utfordringer for legene

Veiledergruppene uttrykker stor glede over at legene stiller seg positive til utdanningen. De henviser til at de får god støtte og hjelp til etterutdanningsarbeidet. Legene låner gjerne ut sine lokaler, bøker og utstyr.

Mange medarbeidere har fått dekket deltakeravgiften av arbeidsgiver, både kommuner og leger. Dessverre er det noen som ikke har fått etterutdanningen dekket og selv betaler kr. 6000,- (kr. 3000,- pr. år). Sammenlignet med generell kursdeltakelse, må etterutdanningen ansees som en svært rimelig inve-



stering for arbeidsgiver. Særlig fordi medarbeiderne deltar på møtene og gjør forberedende arbeid i fritiden. I motsetning til ordinære kurs som gjerne foregår på dagtid og krever at medarbeideren er borte fra arbeidet.

I Utposten nr. 2 1993 skriver Johnny Mjell; «Uavhengig av arbeidsgiverforhold vil dette etterutdanningsopplegget være en rimelig investering for arbeidsgiver...Kursavgiften vil trolig bli noen få tusen kroner pr. år, og det bør alle arbeidsgivere kunne bevilge sine ansatte.»

Den tøffeste utfordringen for legene kan se ut til å være at medarbeiderne diskuterer praksisen i en større gruppe. Medarbeiderne «oppdager» at ting gjøres annerledes ved andre legekontor og stiller spørsmål ved egen praksis. De fleste

legene har sett positivt på dette, og stiller gjerne opp i diskusjonen om utbedring av legekontoret. Noen få liker ikke å bli sammenlignet med andre lege-praksiser.

Legenes misnøye i å bli sammenlignet i måten å drive praksis på, skyldes høyst sannsynlig at dette er en ukjent situasjon. Hittil har få medarbeidere stilt spørsmål ved arbeidsplassen, ganske enkelt fordi de ikke kjenner til andre måter å gjøre tingene på. En plutselig åpenhet og diskusjon mellom medarbeidere kan virke truende. Foreløpig tar man signalene med ro. Man regner med at legene etter hvert

forstår at diskusjonen medarbeiderne i mellom er det viktigste «redskapet» i denne utdanningsmodellen som bygger på erfaringsbasert læring.

Muligheter for flere

Det er igjen duket for veilederutdanning i januar 1995. Neste år tar man sikte på å utdanne ca. 20 veiledere. Søknadsfristen er 20. desember. Påmelding skjer til Norsk Helsesekretærforbund. På nyåret vil det gis muligheter for å melde seg på til nye veiledningsgrupper. De som allerede står på venteliste vil bli tilbudt plasser først. □

*Kari Svarttjernet
Harald Sohlbergsu. 28
1064 Oslo*

Litteratur

1. Utposten 1993; 22(2) 76-79
2. Legesekretærtidsskriftet 1/94 6-7
3. Legesekretærtidsskriftet 4/92 4-5

Et trygt sted for en god diskusjon



Bak fra venstre: Mariann Nasset, Anne Rasch, Randi Bjørkelid.
Foran fra venstre: Lisbeth Hodnungseth, Elisabeth Aas Hansen, Kari Anne Strømstad og Torunn Skjørseter.

På personalmøtet er det tendens til amper stemning mellom medarbeidere og leger. Medarbeiderne har sett seg lei på at legene aldri starter til rett tid med pasientene om morgningen.

De spissformulerte kommentarene avløses av latter. Det er medarbeidere i allmennpraksis som har sitt første rollespill i sin etterutdanning.

Tekst/foto: Kari Svarttjernet

De har benket seg rundt et stort bord på et legesenter til en av deltakerne i etterutdanningen. Gruppen er en av fire veiledergrupper i Akershus. Denne regntunge november-kvelden møtes de til sitt syvende møte. Sekker, permer og bøker gjenspeiler en gruppe på seks deltakere og en veileder som alle er aktive og ivrige.

Rollespillet, som er det første i sitt slag, er tiltenkt et personalmøte. Møteleder, som utgir seg for å være «dr. Hansen», lar ikke en eneste medarbeider få hvile. Alle får sine bemerkninger og spørsmål,

og alle kaster seg ut diskusjonene, en etter en. Ikke nok med at det krever mot å ta del i rollespill, men i tillegg å ha en person tilstede som skal skrive om dem, er nesten mer enn man kan forvente i en utdanningssituasjon. Men gruppen lar ikke meg legge en demper på aktiviteten. Iscenesettingen er perfekt, og jeg tillater meg å lede rett inn i den hissige diskusjonen mellom leger og medarbeidere.

– Du kommer sjelden før kvart over åtte hver morgen, sier medarbeideren en aning grettent.

Medarbeider tar opp tema

under «aktuelt» på sakslisten.

– Ja, du vet jo hvordan det er med barn og all ting på morgningen, svarer dr. Hansen tilbake.

– Da får du begynne med pasienter en halv time senere, sier medarbeideren.

Nesten så ingen hører det, tror hun, fortsetter hun setningen, – så får du heller tape de kronene det blir med to færre pasienter om dagen.

Men alle har hørt det. Medarbeideren som spiller dr. Hansen går raskt tom for motargumenter, og latteren bryter igjen rollespillet.

De stortrives i gruppa

Med god støtte i Etterutdanningshåndboken er de allerede ferdig med kapitler som, «Hva er allmennmedisin?», «Pasientrettigheter og juridiske forhold», «Administrasjon og organisering av legesenteret» og «Ansattes rettigheter og plikter». I kveld står arbeidsmiljø, arbeidsinstrukser og personalmøter for tur. Alle får slippe til og alle snakker ivrig. Hjemmeoppgavene har de fordelt og møter vel forberedt.

Medarbeidergruppa tar etterutdanningen på alvor og trives med erfaringsbasert læring. En form for læring som var ukjent for de fleste. Noen i gruppa kunne imidlertid

ønske seg et høyere nivå på læringen, men innser at de da fjerner seg fra intensjonen om veiledergrupper og over til mer kjente former med forelesere og lærebøker.

Utdanningsmessig er gruppa sammensatt av tre hjelpepleiere og fire legesekretærer. De representerer ulike praksiser, både kommunale og private. Felles har de at de arbeider i fler-legepraksiser.

Muntlig lovet høyere lønn

Alle konstaterer at legene de arbeider sammen med er positive til etterutdanningen. De er hjelpsomme og låner villig ut lokaler og utstyr.

Så nær som en deltaker har fått dekket kurset av arbeidsgiver. Medarbeideren som betaler for etterutdanning selv, er ansatt som vikar ved legesenteret. Hun hevder at det er årsaken til at hun må betale.

To av deltakerne gleder seg over at de allerede har fått muntlig bekreftelse på at de etter utdanning vil få lønnsøkning. De andre i gruppa er usikre på hvordan det blir for dem lønnsmessig etter endt utdanning, men alle håper de på at det skal gi økonomisk uttelling til slutt. For øvrig regner de med at etterutdanningen vil telle positivt ved en eventuell søknad på ny jobb senere. □

Ledige stipendier

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 1995

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 1995. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger

eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive instituttet. Lønn etter lønnstrinn 31 i Statens regulativ.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan fåes ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8 C, 5009 Bergen, tlf: 55 20 61 22, fax: 55 20 61 30, eller de allmenn/samfunnsmedisinske instituttene.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse *innen 15. mars 1995*. Søknader som er poststempelt etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Hvis det virker som jeg har det godt, stemmer det!

Jeg tror ikke det bare skyldes tilfældigheter

Intervju med
Stein Erik Hessling.
Intervjuer: Helge Worren.

Allmennpraktiker Stein Erik Hessling er behørig presentert annetsteds i dette nummer i forbindelse med artikkelen: «Tar du ansvar for dine døende pasienter?». Han er kjent som en svært oppegående og engasjert allmennpraktiker i snart 30 år.

Du var i sin tid med å starte opp Norges nestførste gruppepraksis (Legehuset på Hokksund) for over 25 år siden. Etter dette har gruppepraksisene vokst opp over hele landet, ja enkelte er blitt nærmest rene småsykehus i størrelse. Ser du ingen positive sider ved solopraksis med sin personlige stil preget av nærhet og kjennskap?

Det vil selvsagt være svært påvirket av hvordan en slik praksis drives. Vi er vel sikkert også forskjellig som kolleger mht. hva vi trives med. Selv drev jeg i sin tid solopraksis i Skotselv før vi var noen kolleger som slo oss sammen om å danne gruppepraksis. Jeg vil ihvertfall ikke tilbake til det jeg hadde. Jeg gikk fra det jeg da opplevde som et innmari onde til noe som var klart mye bedre. Nå kan jeg få avviklet ferie og fritid, etterutdanning og nyte kollegialt faglig og sosialt fellesskap – med god samvittighet. Før følte jeg at jeg jobbet meg ihjel, alltid hadde følelsen av noe ugjørt og syns det var uråd, nærmest umulig, å reise fra praksisen. For oss 6 som deler gruppepraksisen har vi dessuten

innført lik lønn, noe som oppleves som et stort gode. Vi har også klare avtaler mht. fordeling og rulling av oppgaver oss imellom. Vi har dessuten hatt en høy kontinuitet i legestaben, noe som har bidratt til at jeg tror pasientene opplever gruppepraksisen som personlig og nær selv om senteret har mange leger. Der hvor det er liten kontinuitet, kan jeg godt forstå at det kan bli problemer – i hvert fall for pasientene.

Hva med alle medarbeiderne i en slik gruppepraksis? Bli ikke de nok et ledd pasientene må forholde seg til og som gjør at lege-pasientforholdet blir ennå mer fremmedgjort?

Igjen kommer det an på den personlige faktoren, nemlig medarbeideren selv. Det kan selvsagt bli slik at medarbeidere nærmest etablerer en «praksis på si». Vi vet imidlertid at for mange pasienter er det nettopp medarbeiderne som er den store ressurs, den de syns de kan snakke med, til dem de betror seg om det de kanskje ikke har turd å si inne på legekontoret. Jeg ser først og fremst på medarbeiderne som en kjemperessurs for praksisen, et svært verdifullt supplement til det vi som leger er i stand til å yte pasientene. Det er derfor fremmed for meg å se på dem som en slags konkurrent eller distanserende ledd mellom pasienten og legen. Kontinuitet er også et nøkkelord når det gjelder medarbeiderne. Der har vi også vært svært heldige.

Hva gjør du for å holde på dine medarbeidere?

Jeg tror vi steller pent med dem. Vi har arbeidskontrakter, som vi oftest kan glemme og legge i en skuff når det først er ordnete og fredelige forhold. De er imidlertid

gode å ha for både legene og medarbeiderne hvis det oppstår uenighet. Videre har vi sluttet å telle penger. Vi lønner dem godt og vi lar dem få godt med kurstilbud, sosiale goder, osv. Dette får vi flerfold tilbake i innsats og fornøyde medarbeidere. Det er jo også nå blitt ordning med veiledning for medarbeidere, 2 av våre medarbeidere er veiledere, og ytterligere 2 er med i veiledningsgruppene. Denne veiledningen er en stor, faglig stimulans. Jeg vet det finnes kolleger som er skeptiske til å sende sine medarbeidere på kurs, for ikke å snakke om veiledning, dels utfra økonomiske hensyn, men også, mistenker jeg, utfra at de er redd for at medarbeiderne skal bli kikket i kortene mht. lønns- og arbeidsvilkår og rutiner ved kontoret. Jeg har ingen forståelse for slike holdninger og tror de lager ris til egen bak på denne måten.

Med den kunnskapsekspløsjon vi nå har, er det ikke nærmest en umulighet å være generalist? Bør ikke allmennmedisinerne også innse dette og dele opp allmennmedisinen inn i spesialgrener?

Jeg er grunnleggende uenig. For det første trenger vi nå mer enn noensinne noen som tenker helhet og sammenheng. Hvis vi graver oss ned i detaljkunnskapen, kan vi selvsagt bli matt, spesielt hvis vi tar mål av å kunne «telefonkatalogen utenat». Det er allikevel mulig å prøve å gripe de store linjer. Det er jo dessuten interessant å se hvordan medisinsk kunnskap går i bølger. For en som har drevet i faget i over 30 år, er det f.eks. snodig å ha opplevd hvordan hypertonibehandlingen har svingt. Nå er vi snart tilbake der vi i sin tid var. Jeg

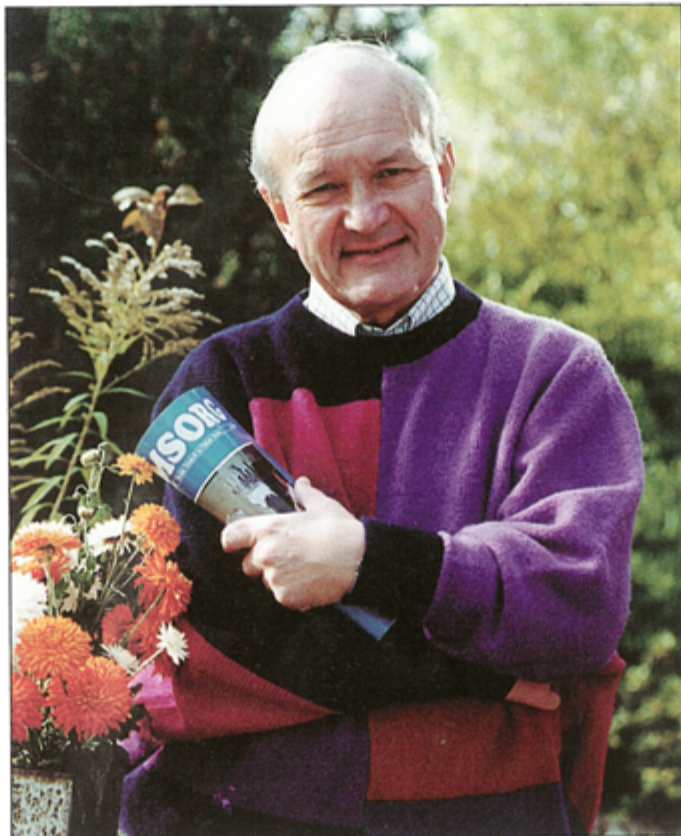
tror ikke vi skal gjøre dette vanskeligere enn det er. For en rimelig oppgående allmennpraktiker som holder seg ajour gjennom bl.a. kurs og faglig fellesskap med kolleger, er det ikke noen umulig oppgave å følge med. Vi skal imidlertid ikke undervurdere den kompetanse som kreves for å se og håndtere helhet.

Mange allmennpraktikere klager over den tid de bruker til trykkesaker. Er det ikke blitt ganske vanskelig å være en slags gissel for trykkesaken?

Mange av disse sakene er ikke lette, og trykdeklæringer er ikke blant de arbeidsoppgaver jeg tar fatt på med størst lyst. Vi blir jo anklaget av Rikstrykdeverket (RTV) for å være pasientenes advokater. Jeg har til og med opplevd at en representant fra RTV bastant hevdet at vi skulle være trykkesakenes advokater. Jeg synes fortsatt det er vår legejobb å være pasientenes advokater – å prøve å se problemene fra pasientenes side og på best mulig måte se hva slags tiltak som kan iverksettes i samarbeid med pasientene. Det betyr ikke at vi skal være enige i alt pasientene sier eller være ekspeditører som uten videre effektuerer enhver bestilling. Trygd må imidlertid også kunne ses på som et terapeutisk tilbud, i hvert fall ikke det motsatte.

Bør det ikke være et krav om å inneha spesialiteten i allmennmedisin for å kunne utøve allmennpraksis?

Det virker vel noe bastant, selv om det er ønskelig at flest mulig allmennpraktikere får spesialiteten. Det jeg imidlertid synes bør være et nærmest obligatorisk krav – så sant dette er praktisk mulig – er at man bør ha vært med i et veiledningsopplegg i løpet av de



første 10 år av sin allmennpraksistid. Det er nærmest uvurderlig hva dette kan bety, ikke først og fremst i form av detaljkunnskap, men i form av egne holdninger, atferd til pasienter og det man kan kalle praksisprofil. Jeg har selv vært veileder i flere år. Det har gitt meg utrolig mye.

Du har engasjert deg sterkt i hva vi gjør i omsorgen for døende. Samtidig er du kjent som en glad og optimistisk kar. Er du splittet i dine engasjementer?

Jeg ser ingen motsetning her. Det ene utelukker ikke det andre. Tvertimot synes jeg det er en del av samme sak, fordi begge har med kjærlighet og respekt for livet å gjøre. Livet består jo nettopp av sorgen og gleden som går i hverandre. Å arbeide med døende mennesker er også jobben vår, og det bør vi gjøre skikkelig. Vi trenger ikke være hengenhoder for det. Det er trist å oppleve blant endel helsepersonell (inkl. leger) at døden nærmest er blitt tabu, noe man nærmest ser på som et tegn på mislykkethet. Å se på døden som

mislykkethet er utrolig naivt og urealistisk.

For de av oss som kjenner deg, stusser vi fra tid til annen hvordan du klarer å holde dampen og entusiasmen oppe. Brenner du ikke opp med så høy flamme?

Jeg er bevisst hvordan jeg lever. Jeg arbeider i en praksis, hvor jeg synes forholdene er lagt rimelig godt til rette for å ha det trivelig og meningsfylt. Jeg har 1 d./uke hvor jeg gjør andre ting enn ren doktorvirksomhet, og hvor jeg bl.a. kommer bort fra de tunge bunke- ne. Men en arbeidsdag med full timeliste blir med årene noe som taper meg mentalt. Jeg er med på mye spennende, bl.a. sitter jeg i redaksjonsstaben i Norsk

Legemiddelhåndbok, er sensor i pediatri og er p.t. leder i Omsorgsrådet. Jeg er imidlertid vel så bevisst mitt hjemlige ståsted. For det første at jeg har tid til det og for det andre at dette dyrkes. Det er godt å komme hjem. Det er godt å ha en armkrok å søke hen til. Når Lita og jeg har hverandre, føler jeg ofte at da har vi alt. Da kan godt verden rase sammen. Vi har mange felles interesser: fjellet, klassisk musikk, lyrikk – for å nevne noen. De som ikke liker lyrikk, bør ikke komme på de 10 første minuttene av mine foredrag. Fjellet gir mye, ikke minst overblikk over livets skikkelse. Vi er noe utradisjonelle med ferier, fordi vi tar sommerferie om vinteren. Vi har dessuten klart å frikoble oss noe fra økonomisk jag. Når jeg ser på hvordan enkelte spesielt yngre kolleger strir med å få alle ting til å gå i hop og hvor ikke minst pengekjøret går i høygir, blir jeg bekymret og spør: Når får de tid til å være seg selv? Hvis det virker som jeg har det godt, stemmer det. Jeg tror ikke det skyldes bare tilfeldigheter. □

– og alle var der (berre ikkje kommunelegen)

Tekst: Geir Sverre Braut

Under ein Shigella sonnei-epidemi i sommar var ikkje kommunehelsetenesta på banen. I denne artikkelen vert dette drøfta i lys av reglane i den nye smittevernloven som trer i kraft i 1995.

Kommunehelsetenesta rapporterte ikkje om sjukdomsutbrotet

«Første pasient på installasjonen med diare var fredag 3.6.94 kl. 18.00 (uke 22). Han var kommet ombord dagen før. Han og hans familie samt andre i det samme distriktet hadde vært plaget med diare siste dager», skriv ansvarleg lege i eit oljeselskap i ein rapport til Fylkeslegen i Rogaland i veke 24 medan moroa sto på som verst. På den aktuelle installasjonen auka talet på sjuke kraftig i løpet av dagane 4.6.94 – 8.6.94. Det handla etter kvart om over 50 personar på denne installasjonen som hadde mage-tarm-symptom, hovudsakeleg kraftig diare. I tillegg kom det i løpet av veke 23 og 24 meldingar om sjuke på andre offshore-installasjonar og skip i petroleumsverksemda. I byrjinga trudde vi helst at det handla om ein virussjukdom, overført frå person til person med dråpesmitte.

Tidleg i veke 24 kom det så melding frå mikrobiologisk laboratorium om at ein hadde påvist oppvekst av Shigella sonnei i nokre avføringsprøver. Næringsmiddeltilsynet kunne også rapportera om sju hendingar der grupper av folk på land hadde vorte sjuke etter å ha ete felles måltid. Bedriftshelsetenesta i eit oljeselskap kunne vidare rapportera om masseutbrot

av diariesjukdom mellom dei tilsette på land. Men telefonar til kommunehelsetenesta kunne ikkje stadfesta at ein hadde noko særleg mykje diare å melda om der.

No skal det seiast at mange sjuke på land sikkert ikkje fann grunn til å kontakta helsetenesta; akutt diare er liksom noko dritt som går over av seg sjølv. Bedriftshelsetenesta i oljeselskapet dreiv litt meir oppsøkjande verksemd overfor dei tilsette, m.a. med spørjeskjema; og om ein får diare under opphald offshore, er kanskje terskelen for å kontakta sjukepleiar lågare.

Samordning av smittevernarbeidet gjennom fylkeslegen

Sjølv om den kliniske tilstanden til dei sjuke ikkje var dramatisk, var utbrotet av så stort omfang at fylkeslegen fann grunn til å invitera representantar frå dei greinene av helsetenesta som var innblanda til fleire orienteringsmøte ved fylkeslegekontoret. Dette vart gjort ikkje minst for å effektivisera tenkinga kring smitteoppsporinga samt samordna informasjonen til fagfolk, media og publikum. Samstundes

sende ein ut skriftleg informasjon om epidemien og dei vurderingane som vart gjort under møtet hjå fylkeslegen til alle sentrale personar i smittevernarbeidet i fylket.

Helsetenesta i petroleumsverksemda som også hadde puffa på fylkeslegen for å få i stand desse kontaktmøta, møtte mannsterkt opp. Det same gjorde mikrobiologisk avdeling og næringsmiddeltilsynet – men kommunelegane, som i alle fall frå 1995 er smittevernlegar, var fråverande.

Resultatet av hendinga, medisinsk sett, kjenner vel dei fleste. Det handla sannsynlegvis om Shigella sonnei overført til menneske gjennom forureina importert isbergsalat. Eit visst bilete av det offisielle omfanget av sjukdomen får ein kanskje gjennom å sjå på MSIS-tala for Rogaland, tabell 1. Når hendinga no er over (eller er ho eigentleg det, jf. det framleis noko høgare nivået for akutte mage-tarm-infeksjonar og shigellosar), finn eg grunn til å undra meg litt over nokre administrative sider straks før ny smittevernlov tek til å gjelda:

Tabell 1. MSIS-meldingar for 1994 – Rogaland fylke.

Firevekersperiode	Akutte mage-tarm-infeksjonar (Summariske meld.)	Shigellosar (Nominative meldingar)
1 – 4	343	0
5 – 8	11	0
9 – 12	285	0
13 – 16	218	0
17 – 20	221	0
21 – 24	486	26
25 – 28	334	3
29 – 32	329	1
33 – 36	374	3

Instruks for amtslæger; kgl.res. av 26. juni 1914

§ 15

Han skal, saasnt han blir vidende om utbrud av nogen farlig epidemisk sygdom i amtet eller nær dettes grænser, underrette de nærmeste helseraad. Er sygdommen optraadt inden amtet, har han at føre indseende med de trufne foranstaltninger, i fornødent fald ved personlig undersøkelse paa stedet. Saafremt han finder foranstaltningerne utilstrækkelige eller uhensigtsmæssige, skal han søge forholdet rettet, om fornødent ved henvendelse til amtsmanden, medicinaldirektøren eller departementet.

Tabell 2

1. Korleis handtera små tal i epidemiologien?

Dette er eit klassisk tema i alt epidemiologisk arbeid. For helse-tenesta på land, var tydelegvis eit så pass kraftig sjukdomsutbrot som dette for lite til at ein kunne fanga det opp skjønsmessig. Kan ein konkludera med at sjølv ei dobling av talet på vanlege tilstandar er for lite til at ein maktar å gjera valide vurderingar ut frå skjønsmessige observasjonar? MSIS-tala er klare nok i sitt språk, men dei kjem for seint til å vera til nytte i akutte situasjonar.

Petroleumsversemda reagerte raskare, men det skulle berre mangla. Offshore har dei god kontroll på alle personane; populasjonen er bokstaveleg tala godt avgrensa. I tillegg handlar det om friske personar som har lett tilgang til helse-teneste og er raske til å søkja hjelp dersom noko skjer som kan hindra normalt arbeid.

Kanskje kan ein læra noko av dette? Kva med å vera ekstra merksame på auka insidens av sjukdom i dei populasjonane som er lette å avgrensa også på land, som personar i sjukeheimar, skuleelevar og grupper av arbeidstakarar. Dette skulle eventuelt tilseia at ein i det vidare arbeidet med å byggja opp rutinar kring den nye smittevernloven må få til ei interesse for dette arbeidet også i eldreomsorgen, skulehelse-tenesta og bedriftshelsetenesta. Kort sagt – kommunelegen har åleine ikkje sjansen til å ha godt nok

oversyn over dei infeksjonsepidemiologiske tilhøva i kommunen, jf. § 7-2 bokstav b i smittevernloven.

2. Korleis betra samarbeidet mellom næringsmiddeltilsynet og helsetenesta?

I dette tilfellet fekk næringsmiddeltilsynet kontakt med epidemien gjennom oljeverksemda og gjennom interesserte privatpersonar som hadde opplevd gruppeutbrot av sjukdom. Næringsmiddeltilsynet har metodar for innhenting av anamnesticke data til bruk i smitteoppsporingsarbeidet. Dei ser også på dette som ei naturleg oppgåve for dei. Næringsmiddeltilsynet har ei viss rolle i den nye smittevernloven. Dei skal melde frå til kommunelegen eller fylkeslegen om næringsmiddeloverførte sjukdomar (§ 4-10). Der er såleis nødvendig at smittevernlegen byggjer inn kontaktrutinar med næringsmiddeltilsynet i den beredskapsplanen han eller ho har ansvar for å utarbeida etter § 7-2 bokstav a i smittevernloven.

3. Kven skal samordna arbeidet når dette går strekkjer seg over kommunegrensene?

Fylkeslegen hadde i det aktuelle tilfellet eit greitt utgangspunkt i og med at Statens helsetilsyn, Kontinentalsokkelkontoret/Fylkeslegen i Rogaland er meldingsinstans for utbrot av smittsame sjukdomar etter beredskapsforskrifta for

petroleumsverksemda. Dei innblanda instansane opplevde såleis samordningsrolla til fylkeslegen som klår.

Ved utbrot av smittsame sjukdomar på land, seier ikkje smittevernloven noko klårt om rolla til fylkeslegen anna enn at han skal motta meldingar om sjukdomsutbrot i visse tilfelle (§4-10). I § 7-4 er det sagt at fylkeslegen skal vera særleg merksam på allmennfarlege smittsame sjukdomar og halda Helsetilsynet orientert om forholda i fylket. Statens helsetilsyn har med heimel i § 7-10 høve til på eiga hand å gripa inn med tiltak retta mot fleire kommunar eller fylkeskommunar. Det er ikkje urimeleg at noko av denne makta vert delegert til fylkeslegane. Det er interessant å sjå at denne rolla var greiare definert i § 15 i amtslægeinstruksen fastsett ved kongeleg resolusjon 26. juni 1914 som ikkje gjeld lenger.

Kommunelegen har sjansen til å vera fagleg leiar

Sjølv om kommunelegane ikkje var på banen i dette tilfellet, er det heilt klårt at desse gjennom den nye smittevernloven er tillagt ganske arbeidskrevjande oppgåver. Pliktene i akutte situasjonar vil vera lettare å bera om ein har laga beredskapsplanar som gjer at ein har rutinar for å alliera seg med andre fagfolk, innan kommunen, i bedriftshelsetenester, i næringsmiddeltilsynet og på fylkesregionalt nivå den gongen det verkeleg byrjar å braka laus.

Våren 1995 bør vera ei fin tid til dette. Dels fordi den nye loven trer i kraft no, og dels fordi alle smittevernlegar får tilbod om kurs til støtte i etableringa av det nye smittevernet. Og trøytt kommunelegar skal heller ikkje gløyma at dette på mange måtar er ei gjenopp-leving av oppgåver og ansvar som den gamle distriktslegen hadde! □

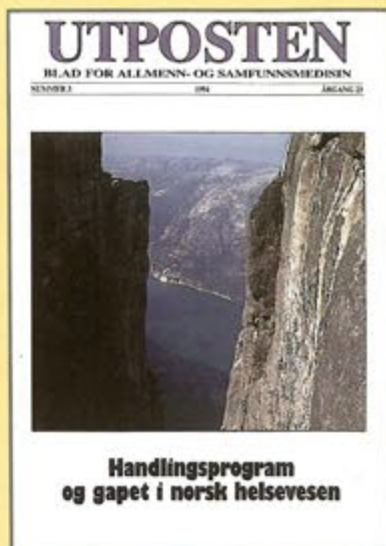
Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret
Postboks 680,
4001 Stavanger



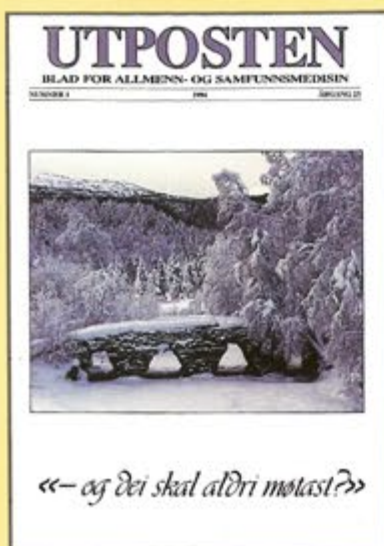
- Fornøyd premissleverandør eller frustrert autoritet?

Nummer 2

Leder: Den kommunale samfunnsmedisiner... *Betty Petersen*
 Kommunelege I - hvem er det? *Petter Øgar*
 Primærhelsetjenesten i en liten norsk utkantkommune. *Eystein Straume*
 Kommunehelsetjenesten og Lillehammer-OL. *Frode Veian*
 Nyttig om gnagsår. *Eivind Vestbo*
 Helsestasjonslegens ønskeliste. *Bård Natvig*
 Laboratoriearbeid i allmennpraksis. *Helle Drunker og Ludvig N.W. Daae*
 Helsedirektoratet svaret. *Per Wiium*
 Folkemedisin og alternativ medisin. *Torunn Selberg*
 «- og helvite sløkker me so langt me rekk». *Trond F. Aarre*



Handlingsprogram og gapet i norsk helsevesen



«- og dei skal aldri møtast?»

Nummer 1

Leder: «- og dei to skal aldri møtast?». *Eivind Vestbo og Geir Sverre Braut*
 Med kommunal lomelykt i psykiatriens gråsoner. *Rune Kroken, Per Stensland*
 Legevaktjenesten i Molde. *Kjell Nordby*
 Det hellige markedet. *Dag Thelle*
 Epikrise som kommunikasjon. *Yngve Nakling*
 Hvordan er hverdagen i en kommune? *Trygve Aanjesen*
 Miniintervju med tre nye ledere
 Forebyggende helsearbeid, kvalitetssikring og standardsetting. *Eelco Boonstra*
 Samfunnsmedisin mot århundreskiftet - en strategisk visjon. *Hans Magnus Solli*
 Hva skjedde den 27. november 1968? *Anne Luise Kirkengen*
 Worrens skylapper, eller: Er det makelighetsfilosofi? *Carl Ditlef Jacobsen*
 Det medisinske studium sett fra trygg avstand. *Berit Tveit*
 Til Paris - men ikke for å danse tango. *Anne Luise Kirkengen*
 Vedr. prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutiner. *Gunnar Kullmann*



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



Nummer 8

Leder: Nå tenner moder alle lys - betyr ritualer lenger noe for oss? *Helge Worren*
 Tar du ansvar for dine døende pasienter? *Sten Erik Hessling*
 Synkope - den allmennmedisinske utfordringen. *John Cooper*
 Leserbrev fra institutt for allmennmedisin i Oslo
 Svar på en leder
 311 medarbeidere i etterutdanning. *Kari Svarttjernet*
 Hvis det virker som jeg har det godt, stemmer det. Jeg tror ikke det skyldes bare tilfeldigheter. *Intervju med Sten Erik Hessling*
 - og alle var der (berre ikkje kommunelegen). *Geir Sverre Braut*
 Index for Utposten 1994
 Gammeldoktoren. *Geir Sverre Braut*
 Kopp, PK-info og rosa resepter. *Kjell Nordby*
 Tverrfaglige pusteovvelser for julen. *Oystein Melbo Christiansen*
 Kommunikasjon og konsultasjon. *Eli Glomnes*



Kommunehelsetjenesten er kommet for å bli

Nummer 3

Leder: Handlingsprogram og gapet i norsk helsevesen – en utfordring for lokale allmennmedisinske miljøer. *Petter Øgar*
NSAMs blodtrykksprogram: litt om historien bak. *Jostein Holmen*
Blodtrykk og kjønn – ikke lenger noen forskjell? *Kirsti Malterud*
Svar på innlegg fra Kirsti Malterud. *Jostein Holmen*
«Et hjerte er da vel et hjerte?». *Grete Fosse*
Trygdemedisin bør tilhøre primærhelsetjenesten! *Linn Getz*
Vård, värde og livskvalitet. *Sten Larsson*
Livsstilsmedisin. *Erik E. Solberg*
Utposten for 10 år siden
Intervju med Egil Willumsen Sykehusfunksjonen må styrkes!
Fra Klara Klok til Werner Christie. *Helge Lund*
Dødsmeldingene: Kvalitetssikring og epidemiologiske øvelser – kan det kombineres? *Vidar Bjørn*
Cyriax og andre manuelle undersøkelser- og behandlingsmetoder. *Sarjya P. Sharma*
På ein utpost – før vår tid. *Odd Kvanne*
Helsestasjonslegens ønskeliste – en kort kommentar og kunsinnbyrdelse. *Frode Heian*



Helsestasjonen
– et smertens barn?

Nummer 4

Leder: Helsestasjonen – et smertens barn? *Geir Sverre og Helge Worren*
Helsestasjonens fremtid – valget er vårt! *Frode Heian*
«Det får vera grenser». *Eivind Vestbo*
Legers helse og trivsel. *Snefrid Møllersen og Eystein Straume*
Velkommen til selskapet. *Elisabeth Swensen, NSAM*
«Attføring under medisinsk behandling». *Anne Matilde Hanstad*
Utposten-indeks 1993
Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren? *John Nessa*
Fysisk aktivitet i rehabilitering av hjertepasienter. *Ase Mørø og Per Solberg*
De første rekruttene ved et nytt institutt. *Dag S Thelle*
Slik gjer eg det Førarkort til eldre
Alkoholbehandling i Moskva. *Berit Olsen*

S 1994

ovrig:

«ng», «edb-spalte», «Slik gjør vi det»,
Kursannonsering» m.m.



Sjøfartsmedisin – hva er det?

Nummer 5

Leder: Vår ære og vår makt. *Geir Sverre Braut*
Sjøfartsmedisin – hva er det? *Eystein Straume*
Medico – Legeråd til norske sjøfolk i utenriksfart. *Aksel H. Schreiner*
Hvor ofte er ofte i allmennpraksis. *Kirsti Malterud*
Intervju med Peter F. Hjort Gammel, men ikke mett av dage
Hjerte-karsykdommer tar mange kvinnelig. *Sidvald Graff-Iversen*
Plutselig dødsfall hos barn og unge. *Einar Melvær Sandven*
Cyriax til besvæ? *Stein Erik Fredriksen*
Jeg skriver da ikke ut mye B-preparater!(?) *Gunnar Moulund*
Mens vi venter på stortingsmeldingen... *Petter Øgar*
Kvalitetssikring – hva kan edb bidra med?
Jostein Holmen, Irene Hetlevik, Høge M. Iversen
Atomvåpen, helse og miljø. *Høge Raastad*

Nummer 7

Leder: Kommunehelsetjenesten er kommet for å bli! *Betty Pettersen*
Samfunnsmedisin – «Annerledesspesialitet» eller «ryggrad i helsevesenet». *Sturla Gjesdal*
10 år med kommunehelsetjenesten – på godt og vondt! *Betty Pettersen og Petter Øgar*
Forebyggende barnevern hva er det? *Frode Heian*
Utleveringsplikt for pasientjournal til bruk i barnevernet. *Kirsti Baardsen*
Barnevern – fiende eller samarbeidspartner for helsearbeidere? *Elin Aasmøt Rygge*
Lege og husmor i 38 år – er det noe? *Berit Tveit*
Angående plakater og brosjyrer om miljørettet helsevern. *Eystein Straume*
Den europeiske unionen. *Geir Sverre Braut*
Val mellom verdier eller strategier. *Geir Sverre Braut*
Prisutdeling ved Primærmedisinsk uke 1994
Utpostens illustrasjonspris og tekstpris
Festtale ved middagen under Primærmedisinsk uke. *Helge Worren*



Hva slags
allmennmedisinske institutt
trenger vi?

Nummer 6

Leder: Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?
Eystein Straume
Intervju med Per Isachsen. *Helge Worren*
Christians-dråpa. *Petar Petursson*
Allmennpraksis i en velstandskommune
Det gode liv i allmennpraksis – finnes det? *Helge Worren*
Mens vi venter på stortingsmeldingen... *Petter Øgar*
Etikk og metoder i det forebyggjande helsearbeidet.
Torill Enger Karlsen
Hypnose i allmennpraksis. *Ole Jussang*
En drosjesjåfør til besvæ? *Tor Claudi*
Fibromyalgi – en umulig «diagnose». *Helge Worren*

Gammeldoktoren

Ein tankevekkjar medan vi ventar
på eit paradigmeskifte

Tekst: Geir Sverre Braut

Innflyttingsklart kontor for allmennlege

Eit fullt utstyrt allmennlegekontor frå 1920-åra er kjernen i ei einestående medisinsk historisk utstilling ved Glomdalsmuseet i Elverum. Ein utstillingskomité i Hedmark lægeförening med lege Kari Noer som leiar har med museumsfagleg støtte frå Glomdalsmuseet og økonomisk stønad frå Den norske lægeförening stått for innsamlinga av over 600 gjenstandar som har stått sentralt i legefagleg arbeid i farne tider. Kari Noer seier at målet med utstillinga er å dokumentera miljø, arbeidsoppgåver og hjelpemiddel for den vanlege allmennpraktikaren i Hedmark i første del av dette hundreåret. Ho

Lege Kari Noer har vore leiar av utstillingskomiteen i Hedmark lægeförening.



meiner at utstyrssamlinga, både når det gjeld medisinsk-fagleg utstyr og vanleg kontorutstyr er heilt komplett. Det skulle såleis vera mogeleg å gå rett inn og opna praksis.

Kring allmennpraktikarkontoret er det samla saman ein del utstyr og anna materiell som syner føresetnadene som legen arbeidde under. Her finn vi massevis av interessante detaljar. Eit transportabelt røntgenapparat brukt av dr. Queseth i Grue under første verdskrigen, er eit av dei absolutte klenodier. Kanskje kan det minna oss om at trua på moderne utstyr og ny teknologi i medisinsk praksis ikkje er eit fenomen av nyare dato. Gjenstandane frå tuberkulosepleien og hjelpemidla for barn med poliosekvele, er sterke vitnemål om det sosialmedisinske imperativet som alltid har lege på allmennmedisinaren. I ei tid kor allmennmedisin og samfunnsmedisin tykkjest skilja lag, kan dette gje grunn til å tenkja etter og prøva finna eit svar på kor sosialmedisinen skal verta av.

Utstillinga syner kontrastar – og manglande framsteg

For ein samfunnsmedisinar er kartet over tuberkuloseutbreiinga i Noreg i åra 1912-1914 i fullt fargestrykk tankevekkjande. Åtti år seinare har vi knapt noko betre tak på den rutinemessige epidemiologien enn det dei hadde då. Etter å ha vore der, står ein att med ei plagsam kjensle av at allmennmedisinen har gått framover teknisk sett, medan samfunnsmedisinen enno heng att i tenkjemåtar og arbeidsmodellar frå hundreårsskiftet.



Ein slede til legeskyssen vart gjeven til samlinga av statsråd Werner Christie ved opninga i juni 1993.

Utstillinga tek tydelegvis mål av seg til å syna kontrastane. Ein har også fått med seg noko frå den nyare tida. Og det er her utfordringane for ei levande historisk samling ligg; korleis sørgja for at det som er verd å ta vare på frå ein epoke vert teke hand om? For legen som er på vitjing i samlinga, er dette kanskje ikkje så viktig; han eller ho har det moderne rundt seg til dagleg. Men for den vanlege museumsgjesten, vil det vera av uvurderleg verdi at ein sørgjer for å få fram kontrastane.

Kari Noer seier at samlinga er bygd opp slik at folk flest skal kunna ha utbyte av ei vitjing der. Tekstane er laga til utan vanskeleg språkbruk. Det er også meininga at ein etter kvart skal laga til eigne temaark med utdjupande tekstar om dei ulike emna som er presenterte.

Utstillingskomiteen, som har



Eit fullt fargelagt kart over utbreiinga av tuberkulosen i åra 1912-1914 gir grunn til ettertanke over samfunnsmedisinske metodar anno 1994.

vore samansett av legane Kari Noer, Dag Riise, Torkel Bache og Helge Nitteberg samt støtta av Kåre Steinum på førebyggjande helsearbeid, har god grunn til å vera stolt av utstillinga. Ho har fått god plass i «Steinbygningen» ved



Eit komplett allmennlegekontor står klar om ein vil byrja praksis anno 1920.

Glomdalsmuseet i nær tilknytning til ei apotekutstilling og ein medisinsk urtehage. Ei vitjing der bør vera obligatorisk for alle legar som kjem forbi Elverum; og ikkje berre det – det er god grunn til å ta ein ekstratur dit berre for å sjå på samlinga. Dei musealt interesserte kan like gjerne ta med seg Glomdalsmuseet og Skogbruksmuseet i same slengen. Opnings-

tidene er det ikkje noko å seia på. Stort sett heile ettermiddagen året gjennom, med unntak av laurdagane utanom sommarsesongen. Meir om opningstidene kan ein få ved å ringja til museet på telefonnummer 62 51 18 00. □

*Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret
Postboks 680, 4001 Stavanger*

Melding om tildeling av allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1995

På møte i Allmennmedisinsk forskningsutvalg 13. oktober 1994, ble det tildelt allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1995. Allmennmedisinsk forskningsutvalg hadde til rådighet 18 stipend-måneder og det kom inn søknad om 30 måneder fra 8 søkere.

Følgende ble tildelt stipend:

Harald Sivertsen, Bøstad

Kommunelege II, fikk 3 måneder for prosjektet: «Yrkesmessig attføring – Hvilke tilbud blir gitt og hvor blir det av klientene?»

Helge Schirmer, Oslo

Bydelslege I, fikk 3 måneder for prosjektet: «Svalbardundersøkelsen».

Steinar Krokstad, Ålen

Kommunelege II, fikk 3 måneder for prosjektet: «Evaluering av spesialistutdanningen i allmennmedisin».

Egil H. Lehmann, Haugesund

Allmennpraktiker, fikk 2 måneder for prosjektet: «Planlegging av sekvensielle forsøk. Dataprogram».

Geir Kittang, Florø

Allmennpraktiker/ kommunelege, fikk 2 måneder for prosjektet: «Behandling av akutt og subakutt lumbalgi i allmennpraksis. Ein samanliknande studie av behandlingseffekt av akupunktur, manuell terapi og antiflogistika».

Audun Aune, Bergen

Allmennpraktiker, fikk 3 måneder for prosjektet: «Akupunktur og placebo i profylaksen mot reciderende cystitt hos kvinner».

Kjartan Olafsson, Florø

Allmennpraktiker, fikk 2 måneder for prosjektet: «Aktiv sykmelding i allmennpraksis».



Anmeldt av Dag Brekke

Rikstrygdeverket/Alment praktiserende lægers forening/Gyldendal Norsk Forlag. Oslo 1994.

112 sider.

Distribuert gratis til leger og trygdekontor.

Når nå Rikstrygdeverket og Alment praktiserende lægers forening går sammen om å gi ut en håndbok i trygdemedisin markerer det en ny holdning og løfte om en ny utvikling hos de to parter. Veiledning for leger som RTV ga ut i 1984 er jo blitt foreldet.

I bokens forord gis det da også uttrykk for at dette er et viktig kvalitetssikringstiltak og en markering av behov for bedre samhandling mellom legene og trygdens organer.

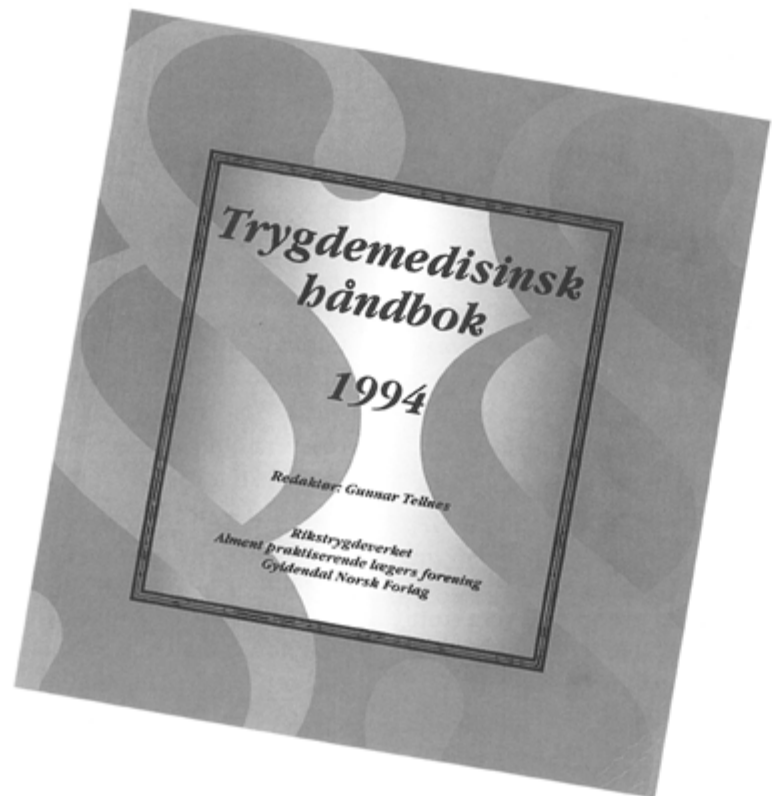
En håndbok forventes å være lett å ta seg frem i og innholde aktuell praktisk kunnskap og rådgivning. Det forventes også at den er i et format og har et oppsett som letter den praktiske bruk.

Innledningsvis forsøker man i boken å beskrive trygdemedisin som et eget fag. Det gis stikkord for hva som faller inn under den trygdemedisinske virksomhet, men tilknytningen til den samfunnsmedisinske spesialitet betones ikke. Trygdemedisin er et av samfunnsmedisins mange arbeidsområder. I en håndbok vil vi ikke vente å finne noen omfattende fagteoretisk drøfting. Slik sett er bokens knappe poengtering grei.

Noe mer omfattende ville man vente at sykdomsbegrepet ble drøftet, men også det skjer summarisk, og på forskjellige steder i

TELLNES G (RED):

Trygdemedisinsk håndbok 1994



boken. Beskrivelsen i forhold til lovtekstens nyanser er heller ikke så poengtert som man kunne ønske for praktiske formål, kfr forskjellene i folketrygdlovens §§ 3, 5 og 8.

På den annen side markerer dette at for legen er vurderingen syk-frisk-funksjonsdyktig en relativ vurdering av en konkret situasjon. Dette lar seg ikke presse inn i jusens begrepsverden med «vesentlig», «ethvert» eller «klart» som fremkommer i noen av folketrygdlovens paragrafer. Boken kunne godt si mer om medisins vesen og relativitet i forhold til jusens tilbakeskuen og statiske forutsetninger. Dette har også noe med det å forstå legens rolle som forvalter og sakkyndig uavhengig av habilitetsbetraktninger.

Boken omtaler gjeldende regler på er grei og oversiktlig måte innenfor de deler av folketrygdloven som leger vanligvis må forholde seg til. Alle kapitler har et avsnitt om «legens rolle» eller «legens oppgaver». Dersom legene følger opp de anvisninger som gis, vil legeerklæringer bli vesentlig mer anvendelige for trygden.

Reglene omtales med nokså forskjellig detaljeringsnivå. Ut fra målsettingen om å lage en håndbok, burde de detaljerte regler for fri fysisk behandling vært med som vedlegg, likeså gjeldende invaliditetstabeller og listen med diagnoser for godkjente yrkessykdommer. Disse trenger legene i sitt praktiske arbeid. De vil også være et nødvendig skritt for å komme bort fra slik kaotisk rekvisisjons-



Meld av Geir Sverre Braut

Førsteutgåva av boka frå Bjørneboe & Co kom i 1990. Når ho alt no kjem i tredje utgåve, tyder det på at salet går bra. Og det fortener redaktørar, forfattarar og forlag, for det er ei god bok. Eg tenkte først at det ikkje var grunn til å skriva ei melding om henne. Men etter at eg har hatt ho liggjande på ein stol heime i ein månads tid, og slege opp i henne fleire gonger i veka, har eg endra standpunkt. Ho er lett å finna fram i. Innhaldet er relevant både for førebyggjarar og klinikarar. I byrjinga er det nokre grunnleggjande, metodeprega kapittel som er med på å setja ernæringsarbeidet inn i ein større samanheng. Deretter kjem det masse faktaprega stoff om klassiske ernæringsfysiologiske emne. Til slutt kjem det ei rekkje kapittel med kliniske emne.

praksis som er avdekket for fysioterapi i Nordland eller inkonsistente vurderingar av medisinsk uførhet og sammenblanding med ervervsmessig uførhet som vi finner i mange legerklæringer.

Dette får komme i neste utgåve. Det må ligge i tittelen « – håndbok 1994 » at den skal revideres ofte. Da kan boken gjerne også få vanlig bokformat. Om nåværende format beholdes bør den ene margin bli

BJØRNEBOE, DREVON OG NORUM (RED.)

Mat og medisin 3. utgave

Universitetsforlaget, 1994
391 sider. NOK 325,-

ELVBAKKEN, THOMMESSEN

Det er vårt bord!

Kommuneforlaget, 1994
254 sider. NOK 348,-

Dei to første delane under overskrifta generell ernæring, er det lite å seia på. Innhaldet er disponert og framstilt slik ein medisinar likar det. I den siste delen om klinisk ernæring, er innhaldet i dei ulike kapitla noko ujamnt. Ikkje i kvalitet i og for seg, men i kor djupt ein går til verks. Funksjonelle tarmforstyrrelsar og obstipasjon får berre litt over 15 liner, medan årsakssambandet mellom kreft og kosthald får over 12 sider.

«Mat og medisin» tek utgangspunkt i ei biokjemisk forståing av ernæringsarbeidet. Det er spanande å samanlikna denne boka med ei anna som nett er komen på marknaden, nemleg Kari Tove Elvbakken og Maria Thommessens «Det er vårt bord!». Denne siste har eit meir sosiologisk utgangspunkt, og det syner att i emnevalet. I denne boka har ein behandla

ernæringsarbeidet ut frå ein helsepolitisk synsvinkel og kopla ideologi og teori opp mot praktisk feltarbeid. Boka har såleis n.a. fått med interessante kapittel om kosthald og ernæring i barnevernsinstitusjonar, heimebasert omsorg, for alkohol- og stoffmisbrukarar og for vaksne med psykisk utviklingshemjingar. Boka formidlar mykje bra empiri frå feltarbeid, sjølv om ein stundom stiller spørsmål med validiteten av alle råda som vert gjevne.

Bøkene kan ikkje samanliknast. Dei er svært så ulike. Klinikaren kjem ikkje utanom «Mat og medisin» like så lite som helseopplysaren og den som planlegg eit totalt omsorgstilbod til særlege grupper bør kunna koma utanom «Det er vårt bord!». Eg er i den heldige situasjonen at eg har kunna gjera som Ole Brumm; både og – og det angrar eg ikkje på!

stillende. Håndboken er et betydelig fremskritt og en forbedring for legers muligheter til godt trygde-medisinsk arbeid. Redaktøren fortjener ros for dette. Måtte boken også bli alminnelig i bruk og videreutvikles i et fortsatt samarbeid mellom Rikstrygdeverket og legenes organisasjoner.

så bred at det er mulig å gjøre supplerende notater i den.

Boken er redigert av prof.dr.med Gunnar Telnes, men det fremgår ikke hvem som står bak de enkelte kapitler. Det er i tråd med RTVs rundskrivtradisjon, men er en uskikk i en medisinsk håndbok.

Har man så lykket?

Både layout og innhold er tilfreds-

Dag Brekke

Når døden blir virkelighet

Omsorg i nærmiljøet ved livets slutt

Anmeldt av Helge Worren

Forlag: Kommuneforlaget 1993.
223 sider. Kr. 275,-.



Boken er i eldste laget til å bli anmeldt og vil derfor bli kommentert kort. Den gis oppmerksomhet i dette nr. av UTPOSTEN fordi artikkelen «Tar du ansvar for dine døende pasienter» (Sten Erik Hessling) gjør bokens tema aktuelt.

«Når døden blir virkelighet» håndterer et tema som dessverre fortsatt er delvis tabubelagt, også innenfor helsetjenesten. I boken møter man et tverrfaglig knippe av forfattere fra leger, sykepleiere og psykolog til prest og journalist. Dette er ikke en bok man nødvendigvis leser fra perm til perm i et jafs, men mer en bok man kommer tilbake til fra tid til annen som et oppslagsverk. Boken spenner vidt innenfor feltet, og det er klart ev vesentlig styrke. Det den på enkelte punkt taper i dybde, tar



den igjen i bredde. Til gjengjeld har hvert kapittel en fyldig litteraturliste, som gjør det mulig for den spesielt interesserte å gå videre. Spennet i boken går fra kapitler som «Dødskultur og dødsritualer i Norge» (sosiolog Per Langaard og prest Per Arne Dahl) og «Ethiske utfordringer ved livets slutt» (sykepleier Liv Wergeland Sørbye) til mer praktisk orienterte artikler som «Omsorg på tvers» (lege Sten Erik Hessling) og «Hva pårørende bør vite» (journalist Per Halvorsen). Egentlig kan de fleste kapitlene karakteriseres som praktisk rettede. At boken har en som en rød tråd at omsorgen fortrinnsvis bør skje i nærmiljøet, er etter min mening et stort pluss. Boken kan anbefales som et verktøy til alle som møter mennesker i livets sluttfase.

Betnovat® betametason 17 - valeriat



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

NUELIN DEPOT

(TEOFYLLIN)

ANTI-INFLAMMATORISK EFFEKT...

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

Referanser:

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

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

3M Pharma

Postboks 100
2013 Skjetten
Tlf. 63 84 75 00



Kopp, PK-info og rosa resepter

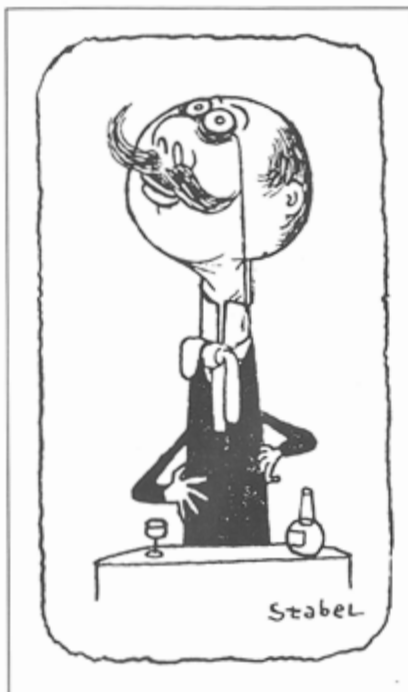
Tekst: Kjell Nordby



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

Om journaldokumentasjon og klagesaker

Et journalnotat kan være så mangt – det kan til og med være fullstendig fraværende! Av og til har jeg virkelig stusset når jeg i ettertid har lest mine egne nota-



Hva vil vel fylkeslegen si?

ter. Det er mulig de har vært godt ment, men som skriftlig uttrykk for en systematisk gjennomgang av en problemstilling er de iblandt meget knappe, og både logikken og prosaen kan være så ymse.

Og jeg har tenkt:

Hva vil vel fylkeslegen si hvis han så dette?

I mitt hode representerer journalforskriftene den ideelle fordring, mens man ofte kan si om virkeligheten at den har unike muligheter til forbedring i seg.

Vår praktiske virkelighet er at vi arbeider i et villniss av mangeartede symptomer, fornemmelser og interpersonelle relasjoner, og vi er nødt til å «kviste vekk» en mengde informasjon og tanker vi gjør oss underveis i en konsulta-

sjon når vi skal skrive den ned som et journalnotat.

Og her oppstår problemet. I utgangspunktet postulerer jeg at man har gjort en faglig forsvarlig jobb, men spørsmålet er hva som skal dokumenteres av det man har gjort, sagt og tenkt i en konsultasjon. Jeg har endel mer eller mindre uformell kontakt med kolleger som er klagebehandlere på fylkeslegens kontor, og ender av og til opp med hoderysten når jeg hører hva slags krav det settes til kollegers journalføring når disse har fått en klagesak på seg.

Hva må vi egentlig dokumentere?

Mitt inntrykk er at man i journalnotater skal dokumentere at man har tenkt på differensialdiagnoser, for hvis det ikke står der er det ikke sikkert at man har utøvd en faglig forsvarlig avveining mellom det banale og det farlige. Jeg har også inntrykk av at det av og til kan komme til å bli stilt krav om at man skal ha dokumentert hvorfor man f.eks.

Hva må vi egentlig dokumentere?



ikke har valgt å konsultere spesialister ved en gitt problemstilling.

Videre har jeg inntrykk av at man må dokumentere at pasienten er gitt informasjon for og imot de behandlingsopplegg som settes igang, hvis ikke ligger vi tynt an hvis komplikasjoner oppstår eller klage blir innlevert på oss.

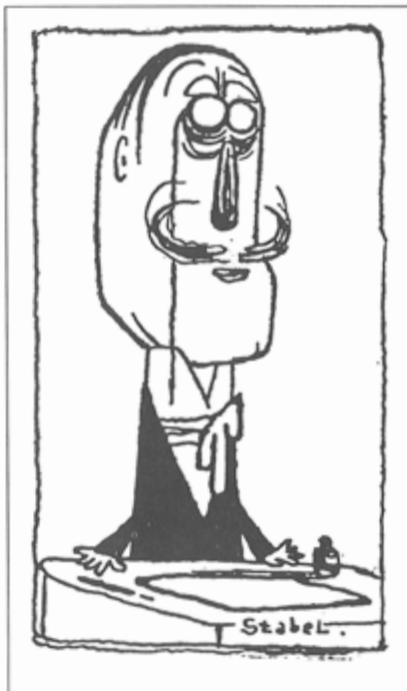
Og vi må dokumentere at vi har bedt pasienten ta kontakt igjen hvis komplikasjoner oppstår eller forløpet ikke er som forventet.

Antakelig er jeg sær, men jeg hisser meg jevnlig opp under slike diskusjoner og mener at kravene er livsfjerne i forhold til den hverdag vi arbeider i. Vi jobber i en allmennmedisin der vi etablerer rutiner og bruker tidligere erfaring som grunnlag for våre vurderinger. At vi f.eks. ikke ringer opp en spesialist for å rådføre oss, kan skyldes at vi tidligere nettopp har hatt diverse runder med samme spesialist eller andre kolleger for å avklare hvordan vi skulle takle og vurdere liknende faglige problemstillinger. Og å skulle dokumentere dette gang på gang i forhold til stadig nye pasienter av liknende kategori er etter min mening helt hinsides i en journal.

Samtidig skal jeg være raskt ute med å innrømme at mine notater nok kan være knappe og fungere dårlig som dokumentasjon.

Er det konstruktivt å være sur?

Hvordan skal man så prøve å løse dette dilemmaet? Fortsette å være sur og håpe at man unngår klagesaker, eller gjøre noe med sine egne rutiner? Eller prøve å påvirke klagebehandlingen til å ha et mer jordnært forhold til det vell av informasjon som vi må forholde oss til og trekke



Et forsøk på å være konstruktiv

essensen ut av hver eneste arbeidsdag?

Jeg er så småfrekk at jeg tror alle tre mulighetene har noe for seg.

Det er nemlig ikke av veien å være litt sur og få ut aggresjon og dårlig humør overfor tåpelige byråkrater av og til, – faktisk er det noe man bør unne seg nå og da! Videre tror jeg at vi allmennpraktikere må legge ned endel arbeid i å enes om hva som er en rimelig og forsvarlig journalføring i allmennpraksis. Slik det nå er, er det helt klart at vi blir utsatt for temmelig tilfeldig behandling på de ulike fylkeslegekontor. Selvom det ikke foreligger publiserte data, er det likevel godt kjent og dokumentert at andel klager som blir tatt til følge av de ulike fylkeslegekontorene varierer betenkelig mye.

Vi har ingen til å føre vår sak

Endel av oss ender opp med klagesaker på oss, og vi ville antakelig stått sterkere hvis vi hadde en allmennmedisinsk

journalstandard å vise til og hadde fulgt den. Ulempen med en standard er imidlertid at vi da også tilsvarende lett kan få påtale for ikke å ha fulgt den.

Vi skal være klar over at ved klagesaker er vi egentlig temmelig rettsløse. Vi blir bedt om å komme med en uttalelse i sakens anledning, men saksbehandler står fritt til å velge om han vil og i tilfelle fra hvem han vil innhente tilleggsopplysninger fra (f.eks. fra en spesialist). Vi har ingen «advokat» som kan føre vår sak i systemet. Vi kan heller ikke anke fylkeslegens avgjørelse. Og som saken blir vurdert til å være såpass alvorlig at den havner hos Statens helsetilsyn, har vi heller ikke der noen mulighet for «advokat»-bistand til å føre vår sak eller anke den.

Klagebehandlingssystemet er ikke godt nok. Avgjørelsene er altfor tilfeldige, og kanskje har endel av saksbehandlerne for liten peiling på hvordan legen jobber og hva som er vanlig journalstandard. Samfunnet får si klarere fra om hva det vil ha fra oss. Hvis alle pasientkontak-

Vi har ingen til å føre vår sak





Er det konstruktivt å være sur?



B-preparater kan henge i neste dag

ter skal ledsages av en journaldokumentasjon som skal kunne stå for enhver juridisk vurdering, så blir løsningen å redusere mengden klinisk arbeid og heller øke dokumentasjonsarbeidet – hvis det altså er det man vil ha oss til å gjøre. Slik det er nå, risikerer kolleger å komme i heisen for dårlig journalførsel når de opp-

fører seg som kolleger flest, men det oppstår problemer som resulterer i en klage.

Et forsøk på å være konstruktiv

Så over til overskriftens mer eller mindre kryptiske betegnelser:

Noe kan så klart gjøres fra vår

side når det gjelder å sikre bedre journaldokumentasjon.

På min egen arbeidsplass har vi etablert visse forkortelser som er raske å skrive inn som dokumentasjon på at ting er gjort.

KOPP Kontroll Om Plagene Persisterer. Dette kunne selvsagt vært formulert annerledes, men det var fristende å lage noe som liknet på Kopf.

PK-info Det er gitt informasjon om Pro et Kontra ved aktuelle problemstilling og eventuelle behandling.

Rosa resept

En kollega ble anmeldt til fylkeslegen av en B-preparatbruker da han prøvde å skru pasientens forbruk ned. Pasienten hevdet at han ikke hadde fått informasjon om at medikamentene kunne være vanedannende. Vi har derfor fått trykt opp rosa resepter med informasjon bakpå om B-preparater (se faksimile). Slik sikrer vi oss at det kan bli gitt automatisk informasjon til alle som får utskrevet B-preparater.

Første dagen vi tok dem i bruk fikk vi flere telefoner fra apotekene i byen. De hadde følgende spontane kommentarer:

«Apoteket beholder resepten ved innlevering. Det er ikke sikkert at alle får lest informasjonen.»

«Resepten skiller seg ut. Det kan tenkes misbrukere oppdager at eldre mennesker løser inn en rosa resept og rober dem etterpå.»

Begge deler er mulige, men vi

LEGESENTRERET – MOLDE

Storgt. 12-14 — 6400 Molde — Tlf. 71 25 40 22

Molde, den

Les informasjonen på baksiden!

Medisinen som er skrevet ut på denne resepten er et såkalt B-preparat. B-preparater er medisiner som enten er smertestillende, muskelavslappende, beroligende eller som brukes som sovemedisin.

Disse medikamentene kan være svært nyttige ved akutte plager, men brukt over flere uker vil de være vanedannende. De virker på hjernen slik at man må være spesielt forsiktig med bilkjøring. Det er du selv som må vurdere din egen kjørefdyktighet, men følgende retningslinjer gjelder: Man bør ikke kjøre bil de første tre – fire dagene man tar et B-preparat med varseltrekanol, og seinere bør man unngå å kjøre bil de første to – tre timene etter å ha tatt et slikt medikament. Mange av sove midlene vil «henge godt i» neste morgen.

Et tegn på tilvenning er at man føler at plagene forverrer seg når man prøver å redusere dosen eller slutte med medikamentet. De første par ukene etter at man har sluttet med f. eks. beroligende- eller sovemedisin vil man føle mer angst eller sove dårligere, og mange vil føleklagelig ta det som et bevis på at man trenger slik medisin. Men tvert imot er dette oftest et tegn på at kroppen har blitt tilvendt og at man ikke lenger føler seg vel uten slik dempende medisin. Etter en tid vil imidlertid kroppen igjen begynne å fungere normalt uten medikamenter.

Noen mennesker vil ha bruk for å bruke for B-preparater over lengre tid. Hvis dette skjer uten doseøkning, vil en slik bruk kunne være medisinsk forvarlig. Ved lengre tids bruk vil man redusere sjansen for doseøkning og tilvenning hvis man lar være å ta medikamentet hver dag.

Forside og bakside av de rosa B-reseptene.

har fortsatt med våre rosa resepter – og har seinere ikke hørt noe fra noen – heller ikke fra pasientene.

Muligens skulle man ha lagt inn flere rutiner med skriftlig informasjon til pasienter. Mange kolleger har åpenbart lagt ned stor arbeid i å utforme slik informasjon. Det er jo også mulig i et datajournalssystem (profdoc) å lage en brevtekst med en standardfomulering om at:

«Pasienten har blitt klinisk undersøkt utifra sine symptomer, fått informasjon om min vurdering av problem-

stillingen og hvilke måter det kan være aktuelt å behandle/forholde seg til problemet på. Det er videre foretatt en avveining av ulike behandlingsalternativer og gitt informasjon om fordeler og ulemper. Pasienten er også bedt om å ta ny kontakt ved manglende bedring.»

En slik brevtekst hentes frem med et par tastetrykk og legges automatisk inn i journalen som en del av journalnotatet.

Det er ikke vanskelig å innrømme at egen – og sannsynligvis andres – journalføring kan

være i knappeste laget. Vi vil stå oss på mer systematikk og utarbeiding av allmennmedisinsk konsensus om rimelig journalstandard. Dette kan imidlertid ikke rokke ved det faktum at ved klagesaker er det altfor stort sprik i de ulike fylkeslegekontorers håndtering. Etter min mening er det også et meget alvorlig problem at leger er uten ankemuligheter når de får en klagesak på seg. □

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



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

Oppgradering av PC

Prosessoren i personlige datamaskiner (PC) har blitt gradvis utviklet fra 086 – 286 – 386 – 486 og nå Pentium. Mange kjøpte sin første PC tidlig i 80-årene. Da var en 086-prosessor vanlig og 286 avansert. De senere årene har 386-prosessor vært det vanlige og 486 avansert. I dag blir det stadig flere Pentium-PC-er. Markedsanalytikere anslår at i 1995 vil PC-salget stort sett dreie seg om Pentium-maskiner (ved siden av Machintosh, PowerPC, Alpha, RISC og andre prosessortyper).

Mange av de gamle maskinene duger fortsatt bra til elektronisk databehandling. Det er særlig utbredelsen av windows og OS/2 som «spiser» maskinkraft og har store krav til CPU, RAM, store platelager, CD-ROM, lyd, video, avansert grafikk osv. Imidlertid kan en 286-maskin stadig gjøre god nytte for seg til dos-program og som f.eks. kommunikasjonsmaskin alene eller i nettverk, forutsatt at maskinens kommunikasjonsport har høy nok hastighet til å kunne håndtere et moderne modem med hastigheter på 9600 Baud og høyere. En 386-maskin holder bra hastighet og kan brukes også i windowsmiljø. Imidlertid blir man fort bortskjemt av hastigheten som en 486-maskin gir, og når en har prøvd en 486 og deretter skal gå tilbake til en 386 eller 286 virker maskinen treg.

Proseszoroppgradering av eldre

maskiner er et alternativ til kjøp av ny maskin. Cyrix, Intel og Kingston er utbydere på oppgraderingsmarkedet. Jeg har prøvd meg på oppgradering av IBM PS/2-maskiner: en 386/25 (386DX 25 Hertz klokkehastighet) og en 386/20 – som jeg oppgraderte til henholdsvis 486/50 og 486/40 med Cyrix oppgraderingsprosessorer. Når jeg i tillegg til 486-oppgraderingsprosessor satte inn «Math-Coprosessor 387» til 700 kroner, fikk disse maskinene virkelig nytt liv!

Selve oppgraderingen er enkel: Den gamle prosessoren løftes ut av kontakten sin med medfølgende spesialverktøy og den nye Cyrix-prosessoren settes på plass. Denne operasjonen tar 10–15 minutter. Deretter installeres programvare fra medfølgende diskett, og etter 20 minutters arbeid er du bortimot 3.000 kroner fattigere, men har fått en maskin som er lynrask sammenlignet med originalen.

Hvor mye minne (RAM) maskinen har vil også virke inn på prestasjonene og 4 Mb RAM er minimum. 8 eller 16 Mb trengs hvis det er aktuelt å bruke minneintensive windowsprogram.

Hvis du skal få full uttelling og en maskin du kan ha glede av i noen år framover bør også grafikkkortet oppgraderes og eventuelt suppleres med en ny skjerm på 15 eller 17 tommer med rask opp-

datering (70–76 Hz) for å få skarpe, flimmerfrie bilder. Grafikkortet koster fra 800 til 2.500 kroner og med det «ombord» vil maskinen oppføre seg meget raskt og virke helt som ny. En ny maskin med tilsvarende utstyr vil koste 15–25.000 kroner. Her har du fått samme for halvparten når skjermkort og skjerm er medregnet.

Neste post på oppgraderingsprogrammet vil være nytt, større og raskere platelager (harddisk). Harddiskens søketid er viktig for maskinens arbeidshastighet og det er stor forskjell fra 26 ms søketid på en 4–5 år gammel disk til 12 ms på en ny harddisk. En harddisk med 350 Mb kapasitet kan koste 2 – 3.000 kroner, en 120 Mb harddisk under 1.000 kroner.

Oppgradering av 286-maskiner er også mulig. Her er det spesielt Kingston som har et sett med kort og prosessor. Det er relativt billig, men resultatet er selvfølgelig ikke like bra som det man oppnår ved å oppgradere en 386-maskin til 486, men også en slik oppgradering kan være verdt å vurdere hvis man vil utsette nykjøp.

Så til deg som har en PC du lurer på å skifte ut: Hvis maskinen er av god kvalitet med bra komponenter og utstyr så er oppgradering helt klart et alternativ til pensjonering og nykjøp.

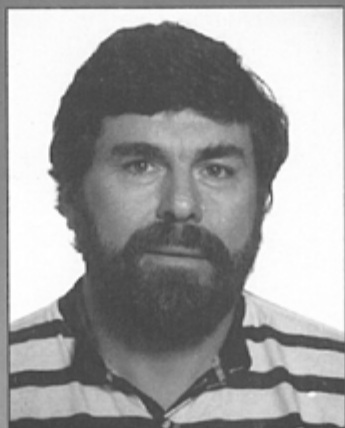
John Leer

Tverrfaglige puste- øvelser for julen



Tekst:

Øystein Melbø Christiansen



Øystein Melbø Christiansen f. 1948. Cand. med. Bergen 1973. Dobbelspesialist 1984. Fra 1976 stort sett jobbet som distriktslegelkommunelege i Vågsøy, Nordfjord. Fortsatt fascinert av mulighetene og utfordringene som doktor. Slites i møtet mellom allmennpraktikerens tidsøkonomiske multitasking og yrkesgrupper som har et annet tidsbegrep. Bekymret for en fremtid som helsebyråkrat og attestutsteder. Unngår papirkvelningsdøden i kombinertstilling ved å ha oven på kontoret, seile og ta sykehusjobber.

Medisinske oppgaver og idealer har forandret seg mye siden jeg forlot Doktorskolen. Medisinstudiet la i min tid stor vekt på nøyaktig undersøkelse og beskrivelse som grunnlag for eksakt diagnostikk. En felles, konsis terminologi var et viktig redskap for å sikre samarbeid

med kolleger. Dagens krav går mere på legens evne til kommunikasjon med pasienten, med andre helseprofesjoner, trygdebyråkrater og media. I denne sammenheng tvinges man til å avgrense språket til et minste felles multiplum som kan oppfattes av flest mulig. Dette medfører at utsagnene blir mindre nøyaktige, men til gjengjeld mere forståelige for ikke-medisinere.

RTV's kortversjon av ICPC har vært en fantastisk hjelp til å redusere presisjonen i min diagnostikk! I tillegg bidrar den til å gjøre medisinen mere «folkelig» og legene mindre mystiske og farlige. For hver dag jeg bruker dette gedigne diagnostiske verktøyet, føler jeg at pasientene forstår meg bedre, etter hvert som min terminologi og mitt kunnskapsnivå blir stadig mere likt pasientens.

Dette er likevel ikke tilstrekkelig! Fortsatt mener mange av våre samarbeidspartnere at legenes uttrykksform er for digital og biologisk. Jeg har lenge strevet for å kunne føle at jeg glir symbiotisk inn i ansvarsgrupper o.l. Et sabbats halvår med fast arbeidstid og mye tverrfaglig samarbeide ga meg inspirasjon til å konstruere en språkmaskin etter mønster av den svenske språkforsker Ove Oskarson. Hans maskin egner seg imidlertid kun for byråkratiske formål. For å få en form som egner seg for intim mellommenneskelig verbalkommunikasjon på et dypere plan, har det vært nødvendig å utvide antall utsagnsgrupper fra Oskarssons opprinnelige 8 grupper til 12.

Idéen er å plukke ett utsagn fra hver gruppe og kjede dem sammen i den rekkefølge de er satt opp nedenfor. Litt trening i vintermørket kan sette deg i stand til å produsere

lange, strømlinjeformede ytringer. Du vil bli forbauset over hvor lett du heretter glir inn, blir forstått og verdsatt i tverrfaglige grupper.

Trekk pusten, la pekefingeren følge tallrekken og la empatien flyte fritt. Det er viktig å virke personlig, samtidig som du uttaler deg så generelt at alle føler at de kan assosiere et innhold til dine ord. Bruk fornavn, – unngå yrkesbetegnelser. Unngå likeledes eksakte termer og faguttrykk som kan virke støtende/ekskluderende på medlemmer av andre grupper. Den som bare slutter seg til en annens mening, kan oppfattes som likegyldig. Det er derfor viktig at alle tar ordet om hvert tema. Begynn med å snakke til det gruppemedlemmet som åpnet ballet, og start f.eks. slik:

Når du, Werner, tar opp dette temaet

- 1: – i denne gruppa
 - her i samtalsituasjonen
 - i denne settingen
 - i denne konteksten
- 2: – synes jeg liksom på en måte at
 - føler jeg nesten litt sterkt at
 - har jeg liksom en klar følelse av at
 - sitter jeg på en måte og lurer på om
- 3: – det er nokså sentralt
 - det kan være litt grunnleggende
 - det kan være litt ålreit
 - jeg er bittelitt ambivalent når det gjelder
- 4: – å ta vare på
 - å få klargjort
 - å støtte opp omkring
 - å prøve å forholde seg til
- 5: – de vage strukturene
 - de sårbare interpersonelle relasjonene

- de mønstrene som avtegner seg
- den dynamikken som utspiller seg
- 6: - mellom de forskjellige partene
- mellom vår klient og hjelpeapparatet
- innen den tverrfaglige tiltakskjeden
- 7: - i det rollemønsteret
- i den samhandlingen
- i det landskapet de opplever at de befinner seg akkurat nå
- i den livsfasen
- 8: - som vi liksom har satt oss som et slags mål å avklare
- som vi på en måte kanskje bør prøve å analysere
- som det så avgjort kanskje er litt viktig å prøve å forstå
- 9: - selv om
- på tross av at
- ettersom
- dersom det nå er grunn til å tro at
- 10: - utviklingen synes å føre til
- en av følgene kan komme til å bli

- handlingsrekken avdekker
- denne prosessen kan lede til
- 11: - litt alvorlige livsfaseproblemer
- relativt uttalte interpersonelle konflikter
- nokså markerte problemer
- litt katastrofal konfliktløsning
- udekkede behov for avlastning
- mangelfull behovstilfredsstillelse
- nokså grotesk understimulering
- 12: - i familiesituasjonen
- i lyttesituasjonen
- i spisesituasjonen
- i knullesituasjonen
- i handlesituasjonen
- i livssituasjonen
- i møtesituasjonen
- i situasjonssituasjonen.

Dersom et utsagn blir for kort til å overskride den tilgjengelige tid, kan du gå tilbake til utsagnsgruppe 2 og knytte til en ny rekke ved hjelp av leddene:

*og ofte
dessuten*

*og av og til
i tillegg*

Deretter kan du kjøre en eller flere nye sløyfer, så lenge du føler et behov for å beholde ordet. Det virker selvsagt best å bytte litt om på utsagnene innen hver gruppe fra sløyfe til sløyfe – f.eks. kan du kjøre 1a, 2b og 3c i første runde og 2a, 3a i neste sløyfe. Metoden er skremmende lett å lære og sitter klistret etter kort tids bruk. Hvis du ønsker å øke empatifaktoren, redusere det rasjonelle innhold og samtidig få formen til å virke enda mere m u n t l i g, kan du fylle inn etter egen smak med rytme-stabiliserende ledd, som f.eks.

*h p si (jeg holdt på å si)
penmåte (på en måte)
fesideslik (før å si det slik)*

Kun fantasien og arbeidstiden setter grenser.

Lykke til!

*Kommunelege I
Øystein Melbø Christiansen,
6700 Måløy.*



ABORT?

Ser du tvil hos kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet? Ønsker du at kvinnene skal ha et godt beslutningsgrunnlag før de tar sitt valg ???

Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.

- * AAN har utdannede rådgivere med erfaring
- * AAN gir klientene god tid i samtale
- * AAN gir klientene oppdatert og saklig informasjon ut fra sosial-, trygde- og abortlov.
- * AAN tilbyr praktisk hjelp og støtte under og etter svangerskapet.
- * AANs tjenester er gratis.

For mer informasjon ring 22 41 82 50 eller ta kontakt med nærmeste AAN-kontor.

Alternativ til Abort i Norge består i dag av 23 rådgivningskontor for gravide. AAN er som organisasjon livssyns- og politisk uavhengig. Organisasjonen har bred politisk støtte og fikk for 1994 9,4 millioner kroner i statsstøtte. AAN har ca. 600 frivillige medarbeidere som gjør det mulig å tilby praktisk hjelp som barnevakt og weekendforeldre. AANs mål er at organisasjonens arbeid skal bidra til å redusere antall aborter i Norge.

Kommunikasjon og konsultasjon

Tekst: Eli Glomnes



Eli Glomnes er amanuensis ved Høgskolen i Telemark Avd, for humanistiske fag. Hun har mellom annet skrevet boka: Noen sier noe! Kommunikasjonsteori, LNU/Cappelen 1991. Artikkelen bygger på et foredrag hun holdt i Primærmedisinsk uke 1994 på kurset «Mot en humanistisk medisin». Innlegget blei svært godt mottatt av legene på kurset og viste at hun har gode forutsetninger for å bidra med viktig kunnskapstilfang til allmennpraksis fra det språkvitenskapelige fagområdet.

Vi kommuniserer aldri bare et saksforhold, vi kommuniserer alltid også et mellommenneskelig forhold. Hvordan kan vi analysere forholdet mellom lege og pasient?

Som humanister flest, holder jeg på med tekst og språk, og det kan virke fjernt fra mennesket i kjøtt og blod. Men selv ikke slike

kroppsarbeidere som leger, kommer utenom ordene, og tekstarbeidere går også til legen. Møtet mellom lege og pasient er også et språklig møte, og dette innlegget er en påminnelse om nettopp dette, en påminnelse om hva kommunikasjon er, og hva vi bruker språket til.

Legevitenskapens stadige framskritt stimulerer forventningen om det fullkomne. Og selv om vi vet bedre, håper vi at det er slik at om det bare bevilges penger nok, så ville vi få kunnskap nok, og utstyr nok, og alle problemer ville kunne løses. Så alle som har livet kjært, knytter mye håp og store forventninger til hva det skal bli mulig å finne ut og finne løsninger på. Noen knytter så store forventninger til de løsninger som kanskje kommer en gang, at de lar seg fryse ned i stedet for å dø.

Så går vi til legen med håp og angst, med hud og hår. Og søker helse eller frelse fra kroppens mange plager. Vi kommer til dere som med lette fingre kjenner blodet dunke under huden på oss, og lytter til våre dype sukk med stetoskop. Vi kommer med store forventninger når vi legger våre liv i deres hender det lille kvarteret, eller i heldige tilfeller den halve timen, vi møtes. Med deres sære kunnskap om vev og safter, om muskler og knokler, regnes tjue minutter som nok til å stille diagnosen og sende oss ut med noe vi tror er et svar. Med medisiner vi er redde for å ta, og sier vi har tatt, men lot ligge i skapet, eller tok for mange av da det gjorde som verst.

Kommunikasjon

Legen kjenner på vårt ytre og lytter til vårt indre, men kommer ikke

utenom ordene. Hva brukes ordene til?

Vi bruker dem for eksempel til å beskrive virkeligheten. Som når forskeren setter ord på det hun finner for at fenomener kan skilles fra hverandre. Fagorda «osteoblaster» og «osteoklaster» fungerer slik at fagfolk vet hva slags oppbygging og nedbryting det er tale om. I naturvitenskaplig forskning, som i all annen forskning, trengs det et presist beskrivelsesapparat. Vokabularet er tjenlig for eksperter, for det hjelper dem til å holde fast alle de små forskjellene. Dessuten har fagord den fordel at de bare brukes i faget, de blir ikke ødelagt av hverdagsspråkets omtrentlighet. Og presisjon er nyttig og nødvendig for så vel forskning som behandling.

Ofte oppfattes det å beskrive fenomener for å kunne sammenfatte kunnskap i pakker med informasjon som språkets egentlige funksjon, så viktig at andre funksjoner blir usynlige. Med fagspråk som utgangspunkt tenker vi at en kompetent språkbruker er en som vet hva alle fenomener kalles og som konsekvent holder seg til ett ord for hvert fenomen, slik en etterstreber i et fagspråk. Så ville vi få effektiv kommunikasjon uten misforståelser. Etter denne logikken oppfattes kommunikasjon som overføring av informasjon fra en hjerne til en annen. Med andre ord at møtet mellom mennesker er utveksling av informasjonspakker. Men oppfatningen av kommunikasjon som overføring av informasjon fra en hjerne til en annen, er ikke dekkende for kommunikasjon mellom mennesker. Denne snevre oppfatningen av hva kommunikasjon er, passer bedre til å beskrive hvordan jeg kommuniserer

med pc'en min enn hvordan mennesker kommuniserer.

Vi mennesker kommuniserer nemlig *aldri* bare et innhold, men *alltid også et forhold*. Kommunikasjon er *relasjon*, det er *møte*. Når vi kommuniserer, kommer vi i kontakt med hverandre. Vi får med hverandre å gjøre. Det er en form for berøring. Samtidig med at vi orienterer om en sak, forteller om våre sår og smerter eller gir råd om bruk av medisiner, så er vi i kontakt med hverandre, og denne kontakten er ikke uvesentlig for hvordan innholdet i det vi sier blir oppfattet.

Asymmetriske relasjoner

Det kan være noenlunde jevnbyrdighet mellom de som kommuniserer, eller vi kan ha mer eller mindre asymmetriske forhold. De sosiale rollene vi har gir noen mer makt og myndighet enn andre. Eksempler på slike roller er foreldre – barn, lærer – elev eller lege – pasient. Erfaringene vi har med foreldre-barn-relasjonen gir oss noen grunnmønstre for hvordan vi forholder oss i asymmetriske forhold.

Asymmetriske relasjoner, der den ene vet mer enn den andre, har mer makt enn den andre eller på annen måte er overlegen i forhold til samtalepartnern, er tvetydige, og det viser seg i at de ofte vekker motstridende følelser og reaksjoner i oss enten vi har den overlegne eller den underlegne posisjon.

I lege – pasient-forholdet er legen den overlegne og pasienten den underlegne. Det markeres på mange måter, for eksempel ved at pasientens tid ikke er så viktig som legens tid. Legen har både mer makt og mer kunnskap enn pasienten, det er jo derfor pasienten kommer. Legen spør og pasienten svarer, legen stiller diagnosen og rekvirerer behandling. Pasienten skal gjøre som legen har sagt.

Dette er en tvetydig situasjon. Pasienten kommer til en *autoritet*



og *omsorgsperson*, til en som kan gi *svar*, eventuelt en *dødsdom*, og til en som *hjelper* en med livet, som gir *trøst*. Det mest positive i foreldre-barn – relasjonen kan aktiviseres i en konsultasjon. Pasienten forteller åpent om alt i tillit til at legen vet hva som er best for ham. Rådene er gitt i kjærlighet med oppriktig ønske om å hjelpe. Det er den ene sida, det er den som får oss til å gå til legen, til å tro at hun kan hjelpe.

Men situasjonen er tvetydig. Også det verste i foreldre-barn-relasjonen kan aktiviseres. Vi liker ikke å være små, vi vil ikke bli bestemt over, vi vil helst ikke røpe mer enn høyst nødvendig, vi vet best selv hva vi trenger, og viss

bare legen kunne gjøre det vi ville, for eksempel skrive ut den resepten vi vil ha, litt kvikt, så kunne konsultasjonen være greit overstått.

For å slippe å føle oss underlegne, hender det vi omdefinierer behov til rettighet. Å kreve sin rett er ikke så truende for selvrespekten som å måtte tydeliggjøre sine behov og dermed sin underlegne posisjon. Det er som kjent mer ærefullt å stå på krava enn å be.

Status og nærhet

For å forstå bedre hva som skjer i møtet mellom lege og pasient, kan vi analysere situasjonen ved hjelp av begrepa status og nærhet. Alle

møter mellom mennesker kan sees i forhold til de to dimensjonene; *status* og *nærhet*, det selvhevdende og det kontaktsøkende. *Status-* og *maktdimensjonen* innebærer at menneskene ordnes hierarkisk i forhold til hverandre som på en vertikal akse. Alle former for ulikhet gir mulighet til rangering, men det varierer sterkt hvor opptatt den enkelte er av status og rangering. Noen mennesker plasserer seg umiddelbart i forhold til den de møter etter denne dimensjonen, over eller under. Det er selvfølgelig best å være over, og for å sikre seg denne posisjonen, vil en forsøke å markere seg.

Plassering etter status er ikke gitt engang for alle, men er en dimensjon ved alle kommunikasjonssituasjoner. Det er imidlertid opplagt at den som er vant til å bli sett opp til, ta ordet, eller den som har en posisjon som i utgangspunktet definerer ham som overordna, har et fortrinn. I noen forhold har rollene allerede plassert oss i forhold til hverandre etter status, som for eksempel lege og pasient. Både hva en sier og måten en uttrykker seg på markerer status.

Nærhetsdimensjonen er også ei side ved alle mellommenneskelige forhold, og ofte beskrives forhold mellom mennesker etter hvor nær de står hverandre. Nærhet og avstand er polene på den horisontale akse. Fortrolighet er et mål på nærhet. De som står hverandre nær, er de som er hverandres fortrolige. Nære forhold er prega av likeverd, lik status og gjensidig anerkjennelse. All kontakt mellom mennesker involverer nærhetsdimensjonen, men det varierer sterkt hvor mye vi gir av oss selv, hvor nær vi får lov til å komme, om vi skyves vekk eller tas i mot. Ofte betyr nærhet også likhet i mer enn status, det vil si at vi bekrefter hverandres opplevelser, med å si at vi forstår, og utsagn av typen: «slik har jeg det også».

Vi legger ulik vekt på status og nærhet, og det er en av grunnene til at vi ofte feiltolker hverandres

oppførsel og utsagn. Det er ikke nødvendigvis noen motsetning mellom de to dimensjonene. I sammenhenger hvor vi føler oss vel, er det en god balanse mellom nærhet og status. Vi kjenner oss respektert og tatt vare på. Status og nærhet blir sammenfallende og uproblematisk. Noen enkel oppskrift på hvordan en oppnår slik balanse finnes ikke, men en oppmerksomhet på samspillet mellom de to dimensjonene kan forhåpentligvis hjelpe.

Asymmetriske relasjoner er de forhold der rollene tildeler oss ulik status. Status er altså mest framtrædende. Men også asymmetriske forhold har en nærhetsdimensjon, og samspillet mellom de to dimen-

sjonene er vanskeligere i asymmetriske forhold enn i jevnbyrdige.

De som er opptatt av nærhetsdimensjonen i kommunikasjon, vil gjerne forsøke å nøytralisere statusdimensjonen. Den statusorienterte kan oppleve nøytraliseringa som en degradering. Den nærhetsorienterte harmoniserer relasjonen ved å framheve det som er felles, siden det er vanskelig å holde fast ulikhet uten en hierarkisk ordning. Den statusorienterte vil sette seg i respekt, vise sin autoritet og gjerne fortolke samvær i konkurransemetaforer, det er om å gjøre å vinne. For mye vekt på status, skaper utrygghet hos den underlegne part. Den overlegne oppnår gjerne respekt, men liten grad av fortrolig-





het, for den underlegne tør så vidt å svare på det han blir spurt om. Når pasienten er redd for legen, må legen ta ansvar for å dempe markeringen av status slik at pasienten blir tryggere. I en asymmetrisk relasjon har den med størst makt alltid størst ansvar. Å være bevisst den asymmetriske relasjonen, og dermed at status-dimensjonen sannsynligvis vil være mer fram-tredende enn nærhetsdimensjonen, kan være en påminnelse om hvilken del av kommunikasjonen en trenger å arbeide med.

Det er ikke så enkelt som at statusforskjeller skremmer og nærhet gir trygghet. Vet ikke legen mer enn meg, kan jeg like gjerne snakke med venninner om mine plager. Stor vekt på nærhet kan undertrykke de forskjeller som er nødvendige for å beholde en autoritet, og autoritet må til for at pasienten skal ha tillit til legen. Hva slags autoritetsmarkering som er nødvendig, er avhengig av situasjonen.

En synlig markering er legens hvite frakk som både holder avstand og skaper trygghet.

Møtet mellom en statusorientert pasient og en nærhetsorientert lege kan være vanskelig. Legens vennlige involvering og innlevende utspørring oppfattes ikke som vennlig omsorg, men som utidig degradering. Å bli tatt omsorg for aktiviserer for noen det verste ved foreldre-barn-relasjonen, en føler seg gjort liten, umyndig og hjelpeløs.

Møtet mellom en statusmarkerende lege og en nærhetsorientert pasient kan også bli vondt, legen blir den strenge far, ufølsom og uten trøst.

Vi kommer altså ikke til legen med en plage, får stilt en diagnose og foreskrevet en behandling, og det var det. Det som skjer i møtet mellom mennesker er mye mer sammensatt. Hver kommunikasjonssituasjon, også konsultasjoner hos legen, er et forhold der nærhet og status markeres.

Selvsagt er disse språkfunksjonene også virksomme i symmetriske forhold. Begrepa kan også brukes i en analyse av hvordan rådgivning og kollegaveiledning fungerer. Å be om råd oppfattes på statusaksen som å sette seg i en underlegen posisjon, men på nærhetsaksen er det ikke truende. Der vil det å be om råd virke som en positiv anerkjennelse. Ved å gi og få råd viser en at en trenger hverandre. Og det å trenge hverandre er en positiv verdi for et nært forhold, ikke en svakhet. Rådgivningen vil ha preg av erfaringsutveksling og være en bekreftelse av forholdet. Det er vel en felles erfaring at rådgivning, så vel som kritikk, fungerer best når mottakeren kjenner seg respektert, når en ikke blir gjort liten.

Selvforståelse og virkelighetsforståelse

Språket plasserer oss i forhold til hverandre. Denne sosiale plasseringa

er viktig for vårt selvbilde, for vår forståelse av oss selv. Å bli respektert, gir oss selvrespekt, å bli trodd på gir oss tro på oss selv.

Alle kommunikasjonssituasjoner er også en slags speil. Alt jeg sier og gjør er også speil for meg selv. Og dette speilbildet holdes sammen med bildene av andres liv. Om jeg lykkes eller ikke, om speilet viser meg en identitet jeg vil ha eller ikke, er avhengig av hvordan bildet av meg passer sammen med alle andre bilder av menneskelivet som omgir meg.

Filosofen Villy Sørensen har sagt at «Behovet for at fortolke sitt liv er det opprinneligste psykiske behov, det eneste elementære behov som mennesket ikke har felles med dyrene.» Å beskrive hvordan vi har det er også å fortolke våre liv. Å fortelle om våre sår og plager tydeliggjør det vonde som del av ens liv. Så er det ikke merkelig at vi fortrenger, at vi motsetter oss å språkliggjøre erfaringer som vi ikke ønsker skal være del av våre liv.

Å ha det vondt gir lav status.

Det gir høy status i vår kultur å greie seg selv. Å være sterk, uavhengig og frisk. Alle vil helst være det. Vår kulturs speil viser oss at en frisk og sunn kropp er en forutsetning for at vi skal kunne være fornøyd med oss selv og med livet. Det blir forferdelig viktig at legen kan kurere våre plager, for å få oss på høyden igjen.

Å være sterk og uavhengig er også å kunne kontrollere sin egen kropp. Kontroll over livet blir satt likt med kontroll over kroppen. Den som ikke viser kontroll over livet, får fort problemer med sin egenverdi og sin sosiale plassering. At vi har kontroll kan vi vise for eksempel ved å løpe langt.

Utholdenhet er en dyd, men det gjelder vel og merke ikke den type utholdenhet som kreves for å leve sammen med en syk eller den utholdenhet som kreves av den kronisk syke. De som må holde ut lidelser i mange år, blir ikke helter, det er bare det selvpålagte, frivillige slitet som gjør en til helt. Hva

slags speil har vi for den kronisk syke? Det som ikke lar seg kurere, truer vår kulturs virkelighetsforståelse, ikke minst vår forestilling om det fullkomnes som oppnåelig for legevitenenskapen. Vi vil gjerne tro at alt har et svar. Forventningen om svar og løsninger er tung både for legen og pasienten. Det ikke legen kan gjøre noe med, blir lett oppfattet som pasientens egen skyld, og pasientens eget ansvar. Og det den syke ser i speilet, er en som ikke greier livet sitt. Det gir lav status å ha det vondt.

Kulturens tekster forsyner oss med alternative selvbilder, med speil som gir oss identitet. Virkelighetsforståelse og selvforståelse henger sammen, og det som blir avgjørende for hva vi tar til oss og hva vi lar flyte forbi, er den personlige kommunikasjonen, møtene mellom mennesker.

Så blir også møtene med legen viktige for mer enn diagnoser, resepter og rekvisisjoner. Legetimene er speil i våre mest sårbare øyeblikk, når vi kommer med vår svakhet.

Hvem gråter ikke etter legetimer? Ikke fordi legen behandler oss dårlig. Legen er som leger flest; spør hva som plager oss, spør hvor lenge det har vart, hva vi har prøvd av behandling og noen spørsmål til. Det er da ikke noe å gråte for? Men å være syk, og kanskje er det noe farlig, og tenk om jeg ikke blir frisk, og for at ikke legen skal forstå at jeg er redd, så strammer jeg meg opp og smiler og sminker meg for at jeg ikke skal dø, for det er sikkert bare en bagatell, men en bør jo få sjekket det. Og når det er over, kan lettelsen og fortvilelsen overta.

Vi kommer ikke til legen med en plage, får stilt en diagnose, foreskrevet en behandling, og det var det. Legetimene er også speil i våre mest sårbare øyeblikk.

Konklusjon

Vi kommuniserer aldri bare et saksforhold, vi kommuniserer alltid også et mellommenneskelig forhold. Også når vi ordner og systematiserer

kunnskap om menneskekroppen, markeres et forhold til det som beskrives og mellom de som kommuniserer om det. Med ord markerer vi altså et forhold til det vi snakker om og til den vi snakker med. Noen ord markerer et distansert, ikke-personlig-engasjert-forhold til objektet, og det kan trengs når en vil fokusere på objektet og ikke på det personlig engasjerte. Men vi er og bør være personlig engasjert i oss selv, og vi trenger språk for våre kroppslige erfaringer, et språk som gjør at vi kan integrere vår smerte og våre sår i vår identitet og samtidig bevare selvrespekten.

Analyse- og forskerspråk gir distanse, splitter og skiller, men det er umulig annet enn i teorien å behandle et avgrensa defekt organ. I praksis behandles alltid et helt menneske. Dere som står oss nær når vi føder og når vi dør, det er ikke mindre enn livet, døden og lidelsen dere forvalter for oss. Måten dere gjør det på er avgjørende for hvordan vi opplever oss selv og hvordan vi fortolker våre liv. □

*Eli Glomnes
Amanuensis ved Høgskolen
i Telemark
Avd, for humanistiske fag*

Utgitt bla.:

Noen sier noe!
Kommunikasjonsteori
LNU/Cappelen 1991

Løn som fortent,
art. i Syn og segn okt.1993



Skolebarns helseproblemer, teoretisk basis og faglige premisser for skolehelsetjenesten

Arrangør: Statens Institutt for Folkehelse og Statens Helsetilsyn

Tid: 30. og 31. januar 1995

Sted: Auditoriet, Statens Institutt for Folkehelse, Geitmyrsveien 75

Målgruppe:

Leger og annet helsepersonell med interesse for skolebarns helseproblemer. Seminaret er også åpent for andre relevante yrkesgrupper.

Læringsmål:

Økt viten om skolealderens helseproblemer og deres årsaker, spesielt de som er relatert til skolesituasjonen. Gi en nøktern vurdering av forebyggingspotensialet som grunnlag for skolehelsetjenestens virksomhet.

Seminaret søkes godkjent av Den norske lægeforening i videre- og etterutdanning for spesialitetene allmennmedisin, pediatri og samfunnsmedisin, som tellende 10 timer.

Seminarledelse:

Rannveig Nordhagen, Kari Kveim Lie

Påmelding:

*Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning.
Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo.*

Innen 10. januar.

Antall deltakere: 100

Antall kurstimer: 10

Seminaravgift: kr. 600

Lunsj: kr. 120,- for 2 dager

(inkludert ekstra kaffe/kake i pausen)

Mandag 30. januar 1995

09.30 Registrering

10.00 Åpning av seminaret
(L. Hårstad, Sosialdepartementet)

10.15 I forebyggingens navn. Skolehelsetjenesten
i Norge i historisk perspektiv
(R. Nordhagen, Folkehelsa)

11.00 Kaffepause

11.15 Viten om «vondter» og vaner. Helse og trivsel
i skolen. Norge i internasjonalt perspektiv,
basert på en WHO studie (B. Wold, HEMIL
senteret, Universitetet i Bergen)

12.00 Helsefremmende arbeid i skolen:
Elevmedvirkning (S. Bremberg,
Barnavårdcentralen, Huddinge, Stockholm)

13.00 Lunsj

14.00 Basis/førskoleundersøkelse i skolen
– svensk modell og erfaringer
(C. Sundelin, Barnavårdcentralen, Uppsala)

15.00 Barn med kroniske lidelser – integrering i
skolen (A. Heiberg, Frambu)

16.00 Slutt

Tirsdag 31. januar 1995

09.00 Forskning, vite og forebyggingsstrategier.
Sunne slutninger eller kortslutninger?
(L. Bakketeig, Folkehelsa)

09.40 Skolen og inneklimaet – viten og
implikasjoner (E. Dybing, Folkehelsa)

10.15 Skoleulykker – kartlegging og intervensjon
(B. Kjølner, Folkehelsa)

10.45 Kaffepause

11.15 Mobbe- og voldsproblemet,
epidemiologi, intervensjonsmuligheter
(D. Olweus, Universitetet i Bergen)

12.15 Skoleelevens psykiske sårbarhet.
Kan skolehelsetjenesten bidra til mestring?
(AI Borge, Folkehelsa)

12.45 Lunsj

13.30 Rus og tobakksbruk blant unge i skolen.
Hva er omfanget, hvem er misbrukerne?
(W. Pedersen, UNGforsk)

14.30 Hvilken plass har somatiske undersøkelser
i skolehelsetjenesten?
(H. Hauge, Bergen kommune)

15.15 Forebyggingspotensiale i skolen. (O. Jøsendal,
HEMIL senteret, Universitetet i Bergen)

15.45 Oppsummering, avslutning (Kari Kveim Lie)

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 inneholder Budesonid, 100 µg resp. 200 µg og 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 kretslopp 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 hebet. 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 nervøsitet, 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, øksem, 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/ammning:** 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 tvungende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialet, 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 800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialet (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugger. **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 kortikosteroidbehandling helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilføres 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. 330,90. 200 µg/dose: 200 doser kr. 543,70. 400 µg/dose: 50 doser kr. 307,10. 200 doser kr. 926,70. (01.08.94)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

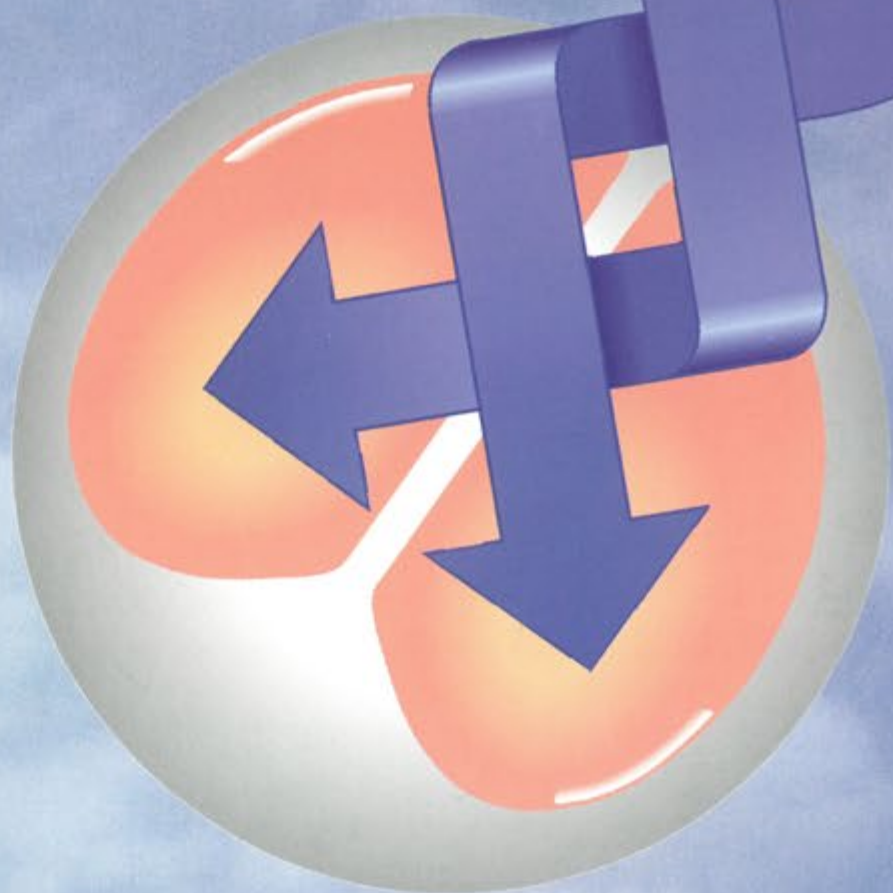
Adrenergikum ATC-nr.: R03A C03
INHALASJONSPULVER: 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: **Bricanyl Turbuhaler:** Hver dose inneholder Terbutalin sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene 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 tilføres 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 effektivt også under et akutt astma-angrep. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjonsfartighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstruksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliar transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversible 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 eksan-tem** 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 hypertensjonisme. Diabets-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 inhalasjons-terapi 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 astma-angrep ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/ammning:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreløssøk. 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, tremor 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. doseringstillelle. 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. doseringstillelle. 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. doseringstillelle. 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 doseringstillelle. Maks. 8 doser pr. døgn. **Overdosering/Forgiftning:** Mulige symptomer: Hodpine, uro, tremor, toniske muskelkramp, palpitasjoner, arytmer. Av og til blodtrykkstall. **Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi** (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** **Lette til moderate tilfeller:** Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmatisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerteleksemedisiner og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandling. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å inducere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkstall, bør et volumøkende medikament gis. (f.eks. 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-hals-sykdommer. **Pakninger og priser:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr 128,80. 0,5 mg: 200 doser kr 190,90. (01.08.94)

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