

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Kommune-
helsetjenesten

2/22



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

The editors

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 19 / 2 / 2022

Kommunehelsetjenesten



Michael 2022; 19: 105–208



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journals) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).

Michael er indeksert i Directory of Open Access Journals (DOAJ) og Norart



The Norwegian Medical Society 2022
P.o.box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2022

Innhold

<i>Leder – Maktar kommunane å drive avanserte legetenester?</i> <i>Steinar Hunskaar</i>	111
<i>Originalartikkel – Kommunal akutt døgneining i historisk lys</i> <i>Jon Øystein Friestad Bergseth, Geir Sverre Braut, Brita Gjerstad,</i> <i>Svein Ingve Nødland, Inger Lise Teig</i>	125
<i>Originalartikkel – Å se mennesket</i> <i>Kari Thori Kogstad, Linn Okkenhaug Getz</i>	143
<i>Kronikk – Medisinhistorie i Kyiv – attraksjon satt på vent</i> <i>Ingegerd Frøyskov Larsen, Øivind Larsen</i>	160
<i>Fra redaktørene – 30 år med kunnskapsbasert medisin</i> <i>Erlend Hem</i>	176
<i>Bokanmeldelse – Klassiker innen kunnskapshåndtering</i> <i>Michael Bretthauer</i>	177
<i>Bokanmeldelse – Helsevesenets mange roller</i> <i>Henriette C. Jodal</i>	179
<i>Bokanmeldelse – Kunnskapsbasert praksis på halvdistanse</i> <i>Magnus Løberg</i>	181
<i>Bokomtale – Pandemier i litterært og kulturelt perspektiv</i> <i>Jan Frich</i>	183

<i>Bokanmeldelse – Dyrenes helsevesen</i> <i>Øivind Larsen</i>	186
<i>Bokanmeldelse – Jugoland – historie og krig i vårt nabolag</i> <i>Magne Nylenna</i>	189
<i>Bokanmeldelse – Underholdende om døden</i> <i>Stein A. Evensen</i>	191
<i>Bokanmeldelse – Den fødte forbryter</i> <i>Torgrim Sørnes</i>	193
<i>Bokanmeldelse – Populærvitenskap om bakfylla</i> <i>Jørgen G. Bramness</i>	195
<i>Bokanmeldelse – Hjelpemidler i Norge</i> <i>Arvid Heiberg</i>	198
<i>Bokanmeldelse – En historieners sykepleiehistorie</i> <i>Ole Georg Moseng</i>	200
Forfatterveiledning – tidsskriftet <i>Michael</i>	205

Maktar kommunane å drive avanserte legetenester?

Michael 2022; 19: 111–24.

Sidan kommunehelsetenestelova vart sett i verk i 1984 har kommunane fått stadig aukande oppgåver innan helse. Allmennlegeteneste, legevakt og kommunale akutte døgneiningar er tre eksempel på medisinske tenester med kommunalt ansvar der legane og legekompentanse er sentrale. Allmennlegeteneste og legevakt har vore med frå starten, kommunale akutte døgneiningar kom med samhandlingsreforma. Mitt utgangspunkt er at desse tre tenestene har hatt problem med å innfri dei krava til medisinsk kvalitet som bør forventast. Kommunane, slik dei er organiserte og innretta som eigarar og driftarar av tenestene, har etter mi meining ikkje vist seg i stand til å drive avanserte legetenester og fagleg utvikling av tenestene på eit nivå som burde forventast. I staden er det legane sjølve og staten som har sikra den faglege kvaliteten gjennom kompenserande tiltak, forskrifter, forskning og fagutvikling.

I dette nummeret av *Michael* er det to artiklar som omhandlar kommunale helsetenester, høvesvis om kommunale akutte døgneiningar (KAD) i historisk lys (1) og om psykoterapi i fastlegepraksis (2). Det første eksempelet handlar om ansvar for organisering og drift, det andre om ein spesifikk terapeutisk metode. Begge artiklane handlar i stort om klinisk kvalitet og i kva grad pasientar får god medisinsk hjelp til rett tid og på rett nivå.

Gjennom klinisk praksis, utdanning, forskning og fagutvikling har eg i mange år hatt gleden av å arbeide med både allmennlegeteneste (fastlegeordning), legevakt og kommunale akutte døgneiningar. Den tette samanhengen mellom praksis, utdanning og forskning er for meg eit sentralt kjenneteikn ved all moderne helseteneste. Det operative ansvaret for desse tre faktorane kan rett nok vere fordelt på fleire når det gjeld kommunale helsetenester, medan spesialisthelsetenesta har det i føremålsparagrafen i spesialisthelsetenestelova § 3-8: Sjukehus skal drive med (a) pasientbehandling, (b) utdan-

ning av helsepersonell, (c) forskning og (d) opplæring av pasientar og pårørende. Dette omfattande oppdraget for sjukehusa må også implisitt gjelde for kommunehelsetenesta, sjølv om det ikkje er nedfelt i lov eller forskrift. Det er implisitt, fordi samanhengane og oppgåvene er like gyldige i kommunehelsetenesta, og det er ei sjølsagt og generell forventning at *alle* helsetenestene våre skal vere moderne, kunnskapsbaserte og sikre kompetanse- og kunnskapsutvikling gjennom utdanning og forskning.

Det er eigaren av ei teneste som er ansvarleg for både drift, kompetanse og kvalitetsarbeid (inkludert forskning). I kommunal forvaltning er det først og fremst *driftsfunksjonen* som er vektlagt. Mi erfaring tilseier at i kommunal politikk og administrasjon er det diskusjonen om «pålagte oppgåver» og finansiering som står i sentrum. Ein pådrivarfunksjon for kompetanse og utdanning, forskning og fagutvikling er det sjeldan eg ser frå kommunal side. Ei slik mangeårig ansvarsfråskriving får truleg større konsekvensar for dei tre medisinske tenestene eg diskuterer i denne artikkelen, enn for mange andre kommunale tenester. Ein hovudgrunn til dette er at det i mange kommunar er liten tradisjon, forståing og refleksjon om viktige faglege faktorar som gjeld avanserte og akademisk baserte tenester, og som direkte og indirekte har konsekvensar for rekruttering, stabilitet og kvalitet.

Kommunal akutt døgneining (KAD)

Bergseth og medforfattarar (1) gjer godt greie for den historiske utviklinga som leia opp til samhandlingsreforma og innføring av dei kommunale akutteiningane, med plikt for alle kommunar til å vere i gang frå 2016 (3). Dei legg mest vekt på den helsepolitiske bakgrunnen, og tek i liten grad opp kvalitetsutfordringane. Eg meiner også at dei underkommuniserer nokre av dei mest naive førestillingane som vart selt inn i forbindelse med samhandlingsreforma: Kor stor effekt førebygging av sjukdom skulle ha på den kliniske delen av helsetenesta på ganske kort sikt, og dermed også på bruken av senger, og potensialet som låg i overføring av oppgåver til kommunane, inkludert avlastning av sjukehusa gjennom KAD-institusjonen (4).

Den politiske salsprosessen rundt kommunale akutte døgneiningar var massiv, og vart følgt opp av rådgeving frå Helsedirektoratet. Dimensjoneringa vart sett til ca. 0,133 senger per 1000 innbyggjarar. Kommunane har som kjent veldig ulikt folketal, og sjølv om det var mange interkommunale samarbeidstiltak, så såg ein for seg nesten 200 nyoppretta KAD-einingar, med frå 1 til 73 senger. Det vart aldri gitt noko god forklaring på estimatet av sengefaktoren, og ettertida har vist at den var sett for høgt. Det finst rett og slett ikkje så mange pasientar som ein trudde, som kunne sleppe sjukehusopphald ved akutt sjukdom. Mange KAD-institusjonar har hatt lågt

belegg, nasjonalt gjennomsnitt har vore rundt 40 % og mange har utnytta under 30 % av kapasiteten (5). I Riksrevisjonen (2016) si undersøking av helsetenestene etter innføringa av samhandlingsreforma, blir det konkludert med at kommunale akutte døgneiningare ikkje vert nytta på ein måte og i eit omfang som er i tråd med intensjonen, og aktiviteten erstattar i liten grad innleggingar i sjukehus (6).

Det vart også ein stor diskusjon om kompetansenivå hos legar og anna helsepersonell, trongen for diagnostisk og terapeutisk utstyr, men ikkje minst om kva pasientar som skulle i KAD-seng. Det var ikkje tvil om at regjeringa såg for seg ei direkte avlastning av sjukehusa; ein pasient i ein kommunal akutt døgneining var ein pasient mindre i sjukehus. Dette vart formulert som at etablering av kommunal akutt døgneining skulle vere eit kommunalt *før- og i stadenfor*-tilbod, og tilbodet skulle vere like godt eller betre enn innlegging i sjukehus (7). Men KAD-institusjonen skulle samtidig vere eit *allmenntilgjengeleg* tilbod til pasientar som ikkje hadde trong for innlegging, og i lova vart plikta avgrensa til pasientar som kommunen har «mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for».

I utgangspunktet låg det an til å bli etablert ca. 650 kommunale akutt-senger. Dersom desse skulle «erstatte» sjukehussenger, ville det ikkje berre utgjere ein stor del av dei indremedisinske sengene i sjukehusa i Norge, men det ville som ein samla KAD-organisasjon truleg utgjere verdas største medisinske avdeling! Dersom ein alternativt i ein moderne storby med 5,5 millionar innbyggjarar skulle opprette ei avdeling med 650 avlastande sjukehussenger eller eit akuttmottak med 650 senger, ville ein neppe fått debatt om det var naudsynt å ha lege på vakt, om laboratoriet skulle kunne undersøke leverprøver og blodgassar eller om rtg. thorax skulle vere tilgjengeleg (7, 8).

Kvalitetsansvaret er underlagt lokal tryggleiksvurdering. Det var allereie frå starten av kjent at det var svak eller ingen dokumentasjon for effekten av tiltaket, både når det gjaldt økonomi, klinisk kvalitet eller pasientsikkerhet. Gitt dette, burde ein i alle fall som eit utgangspunkt sikre monitorering av organisering, innhald og kvalitet. Einingane var og er kvar for seg alt for små til å gje sikre vitenskaplege svar på forlaup, prognose, kvalitet etc., og kva forklaringsvariablar slike moment er assosierte med. Det var difor oppsøkingssøkkande at det ikkje var nokon som helst plan for følgjeforskning, nasjonal homogen og systematisk innsamling av data omkring klinisk innhald eller oppretting av kvalitetsindikatorar. Helsedirektoratet si innsamling av enkle styringsdata for kommunale akutte døgneiningar er etter det eg veit framleis basert på enkle manuelle registreringar på excel-ark. Etter ti år må ein slik status for kvalitetsarbeidet i beste fall kunne karakteriserast som trist, i verste fall som uforsvarleg når ein tenker på omfanget av tenesta.

I Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (9) oppdaga vi i samanheng med reforma at mange KAD-institusjonar ville bli lagt til legevaktene. Det ville gi mange utfordringar, men også moglegheiter til auka kvalitet i begge tenester, dessutan ein basis for innhenting av styringsdata og kliniske data. NKLM utarbeidde eit større multisenterprosjekt i 2012/2013, der ein forsøkte å få alle KAD-institusjonar som deltakarar, og mange var interesserte. Prosjektet vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som multisenterstudie, men det vart advart om at dersom prosjektet fekk preg av nasjonalt helseregister (og dermed ha større nasjonal nytteverdi!), ville det bli avslått! Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet var negative, dei såg ikkje trong for å følgje med aktiviteten i kommunale akutte døgneiningar når det gjaldt klinisk innhald og kvalitet, og ingen pengar vart løyvd til prosjektet, som dermed aldri starta opp. I 2022 er det ein pågåande ny prosess i Helsedirektoratet med tanke på å innlemme nokre enkle variablar frå KAD-institusjonar i Kommunalt pasientregister (KPR), kanskje frå 2024. Sjølv om ein kan seie velkommen etter, så må konklusjonen vere at den manglande interessa frå lovgjevar og kommunane som eigarar, er symptomatisk for situasjonen i kommunehelsetenesta. Det viser korleis kommunane manglar interesse for fagleg kvalitet og kunnskapsbasert praksis.

Mange KAD-einingar har likevel vore vellukka, med god drift og god kvalitet (8, 10). Kvar eining har måtte finne sitt nivå for innhald, pasientpopulasjon, utstyr, kompetanse, vaktordningar og kvalitetsarbeid (7, 8). Dei største KAD-einingane har sjølvsagt hatt best føresetningar for å lukkast på kvalitetssida, men biletet er ikkje eintydig knytt til storleiken. Her som ofte elles for kommunale helsetenester, er det mitt inntrykk at den viktigaste faktoren for kvalitet og god drift, er entusiastiske og tilstrekkeleg mange fagpersonar (legar og sjukepleiarar) og god fagleg leiing. Mange er historiene frå enkeltkommunar om manglande interesse, liten forståing for kvalitet og kva den kostar, manglar ved nødvendig utstyr, for lite personell og liten vekt på vedlikehald og utvikling av kompetanse.

Etter ti år kan ingen svare på om KAD-reforma har oppfylt måla sine (5, 6). Indikasjonar tyder på det motsette, men det er sidan starten ikkje gjort noko seriøst forsøk på å finne det ut, verken frå lovgjevar eller eigarane si side.

Legevakt

Legevakttenesta har vore eit kommunalt ansvar sidan tidleg på 1980-talet (11). Utviklinga av fagleg innhald, kvalitet og kompetanse i denne viktige delen av akuttberedskapen, kan trygt omtalast som ei kommunal lidings-

historie (11, 12). Det har vore ein kontinuerleg kamp mellom staten og kommunane på den eine sida og fagfolka og Legeforeningen på den andre om alle slags villkår, organiseringar, innhald, utstyr, kvalitetskrav, kompetanse og rolleforståing. Det er symptomatisk at når dette blir skriva (mai 2022), er det brot i forhandlingane mellom KS og Legeforeningen om Særavtalen (SFS 2305) som gjaldt til 31.12.2021. Avtalen regulerer blant anna legevakt. Forrige gong (2020) vart det streik hausten 2020 og tvungen lønsnemnd.

Det var ein kamp berre å få gjort legevakt til eit offentleg ansvar (11). Både staten og kommunane meinte lenge at legevakt var legane sitt private ansvar. Etter at kommunane fekk organiseringsansvaret, skjedde det svært lite fagleg utvikling. Den eine offentlege utgreiinga etter den andre har gjennom meir enn 25 år slått fast at legevakt er ein svak del av den akuttmedisinske kjeda (13–15). Utviklinga har, sett i perspektiv, vore driven fram av fagfolka i tenesta og av Legeforeningen gjennom press på staten for å forskriftsfeste nasjonale krav. Kommunane har, igjen generelt sagt, vore bakpå den medisinsk-faglege og teknologiske utviklinga, gitt dårlege løns- og arbeidsvilkår til legane, vore i mot fastsetting av faglege standardar, og har ikkje vore villige til å ta kostnadane som eit moderne akuttmedisinsk tilbod krev.

Legevakt er klinisk høgrisikosport (16). Det har vore svært tunge prosessar for å få kommunane og staten til å forstå trongen for kompetanse, utstyr og løns- og arbeidsvilkår. Dårlege opplevingar frå unge, uerfarne legar aleine i legevakt er noko vi stadig høyrer frå LIS1-legar som ikkje vil la seg rekruttere inn i fastlegeordninga. Da ein til slutt fekk gjennomslag for at legane faktisk skulle få betalt for å ha legevakt i form av beredskapsgodtgjersle, vart det innført betaling basert på kommunestorleik og «vaktklassar», trass store protestar frå legane i distrikta (11). Framleis er det ulik løn for likt arbeid og få fastlønsavtalar i legevakttenesta. Ingen andre beredskapsorganisasjonar har i dag aktivitetsbasert løn, ikkje sjukepleiarar, ikkje politi, brannfolk eller ambulansearbeidarar, og slett ikkje legar i akuttmottak på sjukehus.

Det er *staten* som på bakgrunn av politisk og fagleg press, har brukt lov og forskrift for å betre det faglege innhaldet og kvaliteten i legevakttenesta. Oftast har det skjedd på bakgrunn av utgreiingar (11–15), kombinert med politisk press basert på uheldige hendingar, rekrutteringsvanskar eller innspel frå Helsetilsynet eller spesialisthelsetenesta. Dette er ein parallell til fastlegeordninga: Kommunane har ansvaret, men det er staten som gir rettar og plikter, set fast kvalitetskrav og i praksis styrer ordninga fagleg sett. Kommunane har fokus på drift, og har i liten grad involvert seg i fagleg utvikling og enda mindre i forskning og innovasjon.

Naudmeldetenesta har hatt ein arm i kommunane og ein i sjukehusa heilt frå 1980-talet gjennom innføringa av Hordalandsmodellen, legevakt-sentralar og akuttmedisinske kommunikasjonssentralar (AMK) (11). Dette systemet kunne ikkje fungere utan at kommunane var med, og forskrifts-festinga kom difor tidleg. Seinare har krav til teknologi, kvalitet, funksjon og kompetanse auka for kvar revisjon av forskrifta, sist i den nye akutt-medisinfor skrifta frå 2015. Men asymmetrien mellom lovverk og reell drift er synleg frå starten til i dag. Det er til dømes ein klar forskjell hos Helse-tilsynet i kva dei aksepterer av forskriftsbrot: Ikkje oppfylte svartider på telefon hos AMK (90 % innan 10 sekund) blir slått ned på, medan massive brot i legevaktssentralane (80 % svar på 2 minutt) ikkje ser ut til å vere omfatta av tilsynet si interesse, enda det er offentleg kjent at mange legevakter ligg lågare enn 30 %.

Kompetansekrav til legevaktpersonellet var ei stor og viktig kampsak etter 2010 i form av ei ny akuttmedisinfor skrift. Det var Norsk legevakt-forum, Legeforeningen, NKLM og legevaktene sjølv som førte an i debatten (11). Jonas Gahr Støre vart helseminister i 2012, og fekk eit stort mediepress mot seg for å gjere noko med kvaliteten i legevaktene (11). Dette var han lite villig til, og han ville ikkje utarbeide ein handlingsplan for legevakt. Her brukte helseminister Støre eit prinsipielt argument i eit brev til Stortinget i mai 2013; han ville ikkje gripe inn i den lokale styringsfridomen (11):

Legevakt er et kommunalt ansvar. Det er både riktig og viktig. Norge er et langstrakt land og utfordringene lokalt er forskjellige. Derfor må kommunene ha frihet til å innrette tjenestene i tråd med lokale behov. Statens styring av kommunesektoren skal begrenses til det nødvendige, og sektoren skal gis flere handlingsalternativer innenfor nasjonalt fastsatte rammer.

I Stortinget gjekk til og med regjeringsspartia Ap, Sp og SV langt i å vere ueinig med eigen helseminister i denne avvisinga, og dei formulerte at det var viktig å sikre kvalitet, kompetanse og tilgjenge i heile landet. Presset frå tenestene heldt fram, og da den nye akuttmedisinfor skrifta endeleg kom i 2015 var den full av detaljerte krav frå staten si side ovanfor ei teneste som kommunane har det faglege ansvaret for. Nokre eksempel:

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

I bokstav b) kom det krav om å kunne utføre sjukebesøk og i bokstav c) vart utrykningsplikta forskriftsfesta. Det kom også skjerpa og formaliserte kompetansekrav til legar som skal ha vakt aleine (utdrag):

- En lege kan bare ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når
 - legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering
 - legen har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand. med. eller norsk autorisasjon). Legen må i tillegg, eller som del av tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Det kom også ein «utstyrsparagraf»:

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

Til saman utgjør denne statlege styringa av den kommunale legevakttjenesta eit detaljert formynderi, truleg langt utover det kommunane hadde sansen for. Specialisthelsetjenesta hadde sjølvsagt ikkje funne seg i tilsvarande detaljstyring. Men det er ingen tvil om at legevaktene rundt om fekk ei betydeleg og naudsynt støtte til høgre kvalitet gjennom den nye forskrifta, som eigarane ikkje hadde bidratt til på eigen kjøl. Kommunane har seinare først og fremst vore opptatt av kompetansekrava, det vil seie å fortelje kor vanskeleg det er å oppfylle dei. Kompetanseløftet i form av kursa i akuttmedisin og vald- og overgrepshandtering er truleg det største enkelttiltak innan sitt slag i primærhelsetjenesta i Norge, med ein prislapp på opp mot 160 millionar kroner. Alt vart finansiert av staten, for eit forvaltningsnivå dei i prinsippet ikkje ville legge seg bort i (11).

I forbindelse med at Helsedirektoratet utga nasjonal rettleiar for legevakt (2020), var KS sin høyringsuttale først og fremst prega av motstand mot sentrale føringar, detaljerte krav og innskrenking av handlefridomen. Legevakt-Norge er full av fortellingar om kor stemoderleg kommunane behandlar legevaktene, når det gjeld diagnostisk utstyr, legevaktbilar, bemanning og medarbeidarar, kompetansebygging og fagleg leiarskap. Mogelege mekanismar for dette vert diskutert nærare mot slutten av artikkelen.

Helsedirektoratet skal etter planen publisere dei fire første nasjonale kvalitetsindikatorane i løpet av 2022. Dei er viktige nok, men også interessante av to andre grunnar i denne samanhengen. Det er igjen *staten* som forsøker å registrere og å sikre kvaliteten, og dei er ganske så *overordna* og relativt fjerne frå kliniske kvalitetsmål:

«Samtrenting: Andel sykepleiere/annet helsepersonell ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting med ambulanse siste år.

Samtrenting: Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting med ambulanse siste år.

Triagering: Andel legevakter med et standardisert verktøy for triagering av pasienter som møter på legevakten.

Tolketjeneste: Andel legevakter med tilgang til døgnskategorisk tolketjeneste på flere språk.»

Forsking og kartlegging av legevakt har framleis svakt omfang (11). Rett nok vedtok Stortinget i 2001 å opprette Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (9, 12). Senteret har hatt høg forskningsaktivitet og vore ein avgjerande premissleverandør for mykje av det gode som har skjedd på legevaktfeltet sidan. Men det er knapt noko synleg overordna fagleg aktivitet frå kommunane si side på legevaktfeltet. Det er per 2022 heller ikkje nasjonal statistikk over telefonar til legevaktsentralane eller valide aktivitetsdata frå legevaktene (17).

Fastlegeordninga

Fastlegeordninga har mange likskapar med legevakttjenesta når det gjeld tilhøvet mellom kommunane som eigarar og driftsansvarlege, men der det reelle organisatoriske og finansielle ansvaret i stor grad har lagt hos staten, forankra gjennom sentralt avtaleverk (18). Den faglege utviklinga i fastlegeordninga er i enda større grad enn for legevaktene blitt overlata til legane sjølve, ikkje minst i regi av Legeforeningen (19, 20). Spesialistutdanninga er rett nok blitt statleg dei seinare åra, men elles er det aller meste av faglege nyvinningar, inkludert forsking og innovasjon, blitt initiert og finansiert gjennom Legeforeningen (19, 20).

Den store ulikskapen i forskningsaktivitet og forskingsmidlar mellom helseføretak og kommunesektoren er ein stor debatt i seg sjølv. I denne samanheng er poenget å slå fast at i den grad det er forskningsaktivitet knytt til fastlegeordninga og allmennmedisin utanom universiteta, så er det ikkje eigaren av tenesta, kommunane, som står for denne eller som på nokon måte er pådrivar. Allmennmedisin har inntil det siste mangla institusjonar for fagutvikling og forsking (21). Organisasjonar som Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus), Allmennmedisinske forskingseiningar (AFE), NKLM og andre er initiert av fagfolk, Legeforeningen og direkte eller indirekte finansierte av staten eller legane sjølve (19, 20).

Tilsvarande er også den kliniske utviklinga. Slik fastlegeordninga er organisert, har kommunane ikkje hatt ei naturleg rolle i innovasjon eller fagutvikling på legekontora (18). Men dei kan heller ikkje mistenkast for å ha

gjort særlege forsøk på å komme i ein posisjon for slikt ansvar. Det er ytterst få kommunar som har nytta seg av retten til å be fastlegane om styrings- og driftsdata med tanke på om dei oppfyller sitt sørge-for-ansvar. Det er derimot mange eksempel på kommunar som er vanskelege eller direkte motarbeidande når det gjeld forskingsprosjekt, fagutviklingsidear og permisjonar for slike aktivitetar.

Det har vore eit stort trykk på auka forskingsinnsats i kommunal sektor. HelseOmsorg21-prosessen la opp til både institusjonar og organ som skulle stå for dette. Staten har så langt sagt at alt dette er eit kommunalt ansvar, og dermed har prosessane i stor grad stoppa opp (22). Det er også uklart i kva grad fastlegane vil bli ein del av dei kommunale forskingsorgana, eller om dei framleis stort sett må syte for seg sjølve, som før. Det som likevel er klart, er at så lenge som forskning ikkje er eit kommunalt lovpålagt ansvar, så skjer det lite frå kommunal side. Det er generelt liten vilje og evne til å utvikle tenestene basert på forskingsbasert kunnskap, og helsepolitikken er i liten grad evidensbasert (23, 24).

Agenda Kaupang sin rapport frå 2016 om leining av kommunal legeteneste slår fast at det er stor variasjon mellom kommunar når det gjeld ressursar på leining og styring, med betydelege innslag av «underledelse» (25). I rapporten skriv dei rett ut:

«Et viktig funn her er at kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten, er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene. Det er satt av for lite ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegene i kommunene».

Vi er no i ei «fastlegekrise», og kommunane opplever store vanskar med rekruttering til tenesta og dermed å oppfylle dei lovpålagte krava. Det er ikkje vanskeleg å forstå at fokuset da vert retta mot basale driftsfunksjonar; å få nok legar. Men i dei «gode tidene» 2001-2015, da grunnlaget for dagens krise gradvis vart lagt, var det diverre heller ikkje mange teikn til at kommunane satsa på fagleg kvalitet og fagutvikling, innovasjon eller forskning. Det var det alltid andre som måtte gjere.

Kvifor sviktar kommunane den faglege utviklinga av eigne tenester?

Gjennom å ha følgd dei kommunale legetenestene gjennom mange år lokalt og nasjonalt og deltatt i forskning og utviklingsarbeid for sektoren, har eg gjort meg mange tankar om *kvifor* det har svikta så mykje frå kommunane si side når det gjeld fagleg utvikling i dei tre eksempla eg har brukt i denne artikkelen.

Eit hovudgrep i mi analyse er å samanlikne med spesialisthelsetenesta, enten det gjeld utviklinga i ei heilt sjukehusfag, i dei akuttmedisinske tenestene som AMK, akuttmottak eller ambulansetenesta, eller det generelle fokuset på fagutvikling og forskning som del av den samla aktiviteten. Kvifor er det slik at det nesten alltid er spesialisthelsetenesta som legg premisser for faglege endringar som i neste omgang vert innført i kommunale legetenester? Og kvifor er det slik at sjølv ganske små einingar i føretakssystemet, som heller ikkje i utgangspunktet er så akademisk sterke, har mykje meir satsing i form av folk og ressursar på leing, fagutvikling og forskning? Eksempel kan vere ambulansetenesta, mindre avdelingar i føretak og liknande.

Eit opplagt svar på noko av asymmetrien er sjølvstgt storleiken på institusjonane (helseføretak mot enkeltkommunar), finansiell styrke og dei ulike lov- og forskriftsfesta spesifikasjonar og oppgåveformuleringar. Sjølv om den kommunale helse- og omsorgstenesta samla sett er om lag like stor som spesialisthelsetenesta, er dei operative einingane vanlegvis mykje mindre. Det er også lett å seie at sjølvstgt må det vere andre krav i nevrokirurgien eller intervensjonskardiologien enn på legevakta eller i KAD-avdelinga. Men reint prinsipielt meiner eg at det bør det ikkje. Kvart føremål må ha kvalitetsmål, kompetanse, fagutvikling, forskning og ein sikkerheitskultur tilpassa aktiviteten, på sine eigne premisser. Og i eit slikt perspektiv har kommunane svikta.

Manglande profesjonalisering og forståing av kva faglege krav som gjeld

Mine tre eksempel, kommunale akutte døgneiningar, legevakt og fastlegeordning, er alle avanserte medisinske tenester. Samanlikna med spesialisthelsetenesta manglar kommunane ofte *faglege pådrivararkrefter*. Dette er sjukehusa fullt av. Dei fleste fagfelt og funksjonar er prega av stadleg leing på driftsnivået som følgjer utviklinga tett når det gjeld kompetanse, teknologi og utstyr. Det er pådrivarpress oppover i organisasjonen for «meir, betre og nytt». Fagfolk har ofte eit smalare ansvarsområde, dei har større del av arbeidstida si knytt til slike oppgåver, og det er ein kultur for å vere framoverlenna noko ein ikkje har så sterk tradisjon for i kommunen. Visst er det mange legevaktssjefar, legar og sjukepleiarar i kommunehelsetenesta som også er entusiastar for eige fag og funksjon. Men når det gjeld dette viktige systematiske fagfokuset, er det stor forskjell på sektorane.

Spesialisthelsetenesta driv berre med helseteneste, alt er innretta på å få resultat innan denne sektoren. Dette gjeld ikkje kommunane. Dei legeintensive tenestene som eg har diskutert i denne samanhengen, står for ein svært liten del av dei kommunale budsjetta. Mi erfaring tilseier at det da er vanskeleg for driftsansvarlege å få forståing i dei høgre beslutningsnivåa for

kva krav som gjeld for moderne, medisinsk verksemd. Eg opplever stadig utsegn som kan tolkast som at «det er ikkje så viktig i kommunen, og spesielt ikkje i små kommunar». Debattar omkring både kommunale akutte døgneiningar og legevakt har hatt sterke innslag av slike haldningar. Utgangspunktet bør i staden vere at ein pasient med kols eller lungebetennelse sjølv sagt skal ha same kvalitative tilbod, uavhengig av geografi eller storleiken på kommunen.

Manglande kostnadsforståing

Moderne helsetenester er dyre. Det krevst mange folk, dei arbeider døgnet rundt, legar er høgt løna, ein må eller bør ofte vere fleire saman, og utstyr kan vere nødvendig og dyrt, sjølv om det ikkje blir mykje brukt (som til dømes ein brannbil til 3 millionar kroner). At beredskap kostar, er velkjent hos politi og i det kommunale brannvernet, men har fått lita forståing når det gjeld kommunale legetenester som kommunale akutte døgneiningar eller legevakt.

Politikarar og rådmenn kan fortvile over å bli pådytta kostnader til legevaktbil på ein kvart million kroner, for å oppfylle utrykningsplikta. Dei synes det er betre å basere seg på ambulansen. At den kostar 10 millionar å drifte i året, meir enn heile legevakta i kommunen, og at kvar pasienttransport kan koste 25 000 kroner eller meir, er sjeldan kjent eller blir tatt med i diskusjonen.

Stabsfunksjonar er underdimensjonerte

Kommunale helsetenester er etter mitt syn betydeleg underdimensjonerte når det gjeld faglege stabsfunksjonar. Det er for få legar med fagutviklingsansvar og fagutviklingssjukepleiarar i tenestene. Stillingsbrøkane er for små og oppgåvene for store. Mangelen på slike funksjonar gjer at tenestene ikkje bruker nok ressursar på kvalitetsarbeid og fagutvikling.

Manglande fokus på prosedyrar og kvalitetssystem

På dette feltet har det vore stor framgang i mange tenester dei siste åra. Leiarar på alle nivå har gjennom tilsynserfaringar og klagesaker forstått at ein må ha orden i papira. Likevel er det slik at det er store forskjellar mellom ulike tenester i ulike kommunar. Fokus på slikt arbeid er ein funksjon av folk og kompetanse i stabsfunksjonar.

Forståing for fagutvikling og forskning

Kommunesektoren er svak på fagutvikling og forskning. HelseOmsorg21-prosessen både kartla situasjonen og foreslo tiltak. Det er ein svær asym-

metri i finansiering og aktivitet mellom statlege ansvarsområde og dei kommunale. Staten si forståing er at kommunane må komme på bana, og dei må betale alt sjølv. Mens staten bidrar med milliardar til eigne institusjonar.

Men det handlar ikkje berre om pengar. Kommunane har vist liten evne til å *forstå* korleis praksis, utdanning og forskning heng saman i helsetenester med sterke innslag av akademisk arbeidskraft, for eksempel legar og psykologar. Dette er eit betydeleg kulturproblem, som har gjort at kommunar har mista eller ikkje rekruttert mange kompetente personar. Det blir gjort betydelege framskritt på overordna nivå gjennom tiltak som Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), men lokalt er det ofte ein lang veg å gå før forståing av poenget og lokale behov blir oppfylt.

Små einingar løyner risiko og manglande kvalitet

Ovanfor har eg omtalt korleis dei kommunale legetenestene ofte manglar systematisk innsamling av styringsdata og sjekking av kvalitetsvariablar. Dette blir ytterlegare utfordra når einingane er små: Alvorlege bristar opptrer sjeldan i enkeltkommunar, og blir vanskelege å oppdage eller blir tatt for tilfeldige hendingar. Spesialisthelsetenesta har store volum og omfattande kontrollsystem når det gjeld kvalitet. Å kompensere for dette i kommunal sektor er ei stor utfordring.

Litteratur

1. Bergseth JØF, Braut GS, Gjerstad B, et al. Kommunal akutt døgneining i eit historisk lys. *Michael* 2022; 19: 125-42.
2. Kogstad KT, Getz LO. Å se mennesket. Kan innsikt i psykoterapi bidra til bedre møter hos fastlegen? *Michael* 2022; 19: 143-59.
3. St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> (10.5.2022)
4. Slik blir helsereformen. Intervju med helseminister Bjarne Håkon Hansen. *Nettavisen* 19. juni 2009. <https://www.nettavisen.no/artikkel/slik-blir-helsereformen/s/12-95-2650917> (21.5.2022)
5. Mortensen SM, Myrli TR. *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene 2019*. SAMDATA kommune IS-2836. Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
6. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. Stortinget. Dokument 3:5 (2015-2016).
7. Norsk forening for allmennmedisin. *Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Oslo: Den norske legeforening, 2014.

8. Strand A-M S, Kvangarsnes M, Landstad BJ, et al. Hvilke lege kvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? *Michael* 2019;16: 293–305.
9. NKLM. *Ti år i legevaktens tjeneste. Nklm 2005–2015*. Rapport nr. 6-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.
10. Lappegard Ø. Hallingdal sjukestugu. Midt mellom kommune og sykehus. *Utposten* 2017; 46 (3): 14-6.
11. Hunskaar S, Sandvik H. *Legevaktens historie. Frå barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2018.
12. Hunskaar S. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 361–72.
13. NKLM. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
14. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget*. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
15. Norges offentlige utredninger. *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. NOU 2015: 17.
16. Hansen EH, Hunskaar S red. *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020.
17. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. *Årsstatistikk fra legevakt 2020*. Rapport nr. 2-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021.
18. Ånstad H. Kommunehelsetjenesteloven – bakgrunnen for at loven ble som den ble. *Michael* 2013; 10: 123-36.
19. Hunskaar S. Legeforeningen og akademisk allmennmedisin i Bergen. *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 391–8.
20. Hunskaar S red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972-1922. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
21. Hunskaar S, Røttingen J-A. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 2637-9.
22. Nilsen L. *KS vil ha økonomisk drahjelp, men ikke et lovpålagt forskningsansvar*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/ks-vil-ha-okonomisk-drahjelp-men-ikke-et-lovpa-lagt-forskningsansvar/> (15.5.2022)
23. Strisland F, Eitzen I, Landmark AD. Gir e-helsetiltak bedre og tryggere tjenester? *Dagens Medisin* 6. mai 2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/05/06/gir-e-helsetiltak-bedre-og-tryggere-tjenester/> (9.5.2022)

24. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
25. Agenda Kaupang. *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapport R9010. Stabekk: Agenda Kaupang, 2016.

Steinar Hunskaar
steinar.hunskar@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen

Steinar Hunskaar er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Norwegian Research Centre.

Kommunal akutt døgneining i historisk lys

Michael 2022; 19: 125–42.

Med samhandlingsreforma vart kommunane pålagt å opprette kommunal akutt døgneining (KAD). Eit hovudformål med denne nye institusjonen var å avlaste spesialisthelsetenesta. KAD-institusjonen er eit sengeposttilbod for pasientar med akutte allmennmedisinske problemstillingar. Han representerer eit omsorgsnivå i grensenettet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta der kommunale lege- og omsorgstenester samhandlar med spesialisthelsetenesta om pasientane. Idéen om ei lokal teneste som skulle avlaste dei akutte døgntilboda i sjukehusa har spor langt bakover i tid. I artikkelen skildrar vi ut frå eit stiavhengigheit-perspektiv korleis KAD-institusjonen vart danna som resultat av tre stiar som samverkar. Ein helsepolitisk sti handlar om korleis utvikling av lovverket opna for auka kommunalt ansvar for helsetenester. Ein annan sti handlar om grad-vis aukande differensiering av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Ein tredje sti tar for seg korleis kjenneteikn ved tidlegare etablerte helseinstitusjonar har påverka og forma KAD-en som helseinstitusjon.

Samhandlingsreforma påla kommunane å tilby akutt hjelp med døgnopphald, såkalla kommunal akutt døgneining (KAD) (Prop. 91 L (2010–2011)). Tilbodet skulle vere eit sengeposttilbod for pasientar med allmennmedisinske problemstillingar, men som trong meir avansert behandling eller tettare overvaking enn det dei kunne få i heimen.

Ikkje alle nyvinningar overlever etableringsfasen, men KAD-ane synest å ha fått eit godt fotfeste. Dette får oss til å undre oss over om KAD-institusjonen er utvikla med grunnlag i ein lengre tradisjon, snarare enn å vere ei fundamental nyskaping. Målet med artikkelen er å få ei betre forståing av kommunal akutt døgneining ved å studere korleis utviklingstrekk i helse-systemet har verka inn på etableringa. Vi spør: Korleis kan ein forstå utviklinga av KAD-institusjonen som tenestekonsept i eit fagleg-politisk perspektiv?

Artikkelen spring ut av ein kasusstudie der vi tok for oss ei kommunal akutt døgneining og studerte korleis ho fungerte med vekt på klinisk verksemd, møter med og behandling av pasientane og relasjonar til andre helse- og omsorgstenester (Gjerstad et al. 2020). For å forstå KAD-institusjonen i ein historisk samanheng, har vi analysert dokument om helsetenester for akutt sjuke utanfor sjukehus.

Teoretisk perspektiv

I analysen av etableringa av kommunal akutt døgneining drar vi vekslar på teoriar om stiafhengigheit. Svært forenkla hevdar slike teoriar at det som skjer i dag, er påverka av rekkjer av tidlegare hendingar (Mahoney 2000). Hendingar må her forståast vidt, og kan vere handlingar, avgjersler, politiske dokument eller anna. Nokre av hendingane er reaksjonar på kvarandre, andre er tilfeldige hendingar (Mahoney 2000). Innslaget av tilfeldige hendingar gjer at kva slags utvikling vi får, ikkje er gitt (Pierson 2000). Kvar hending påverkar utviklinga ved enten å forsterke noko som er i emning eller å dreie utviklinga i andre retningar. Tidlege hendingar vil ha stor betydning, ettersom dei har innverknad på kva for retning stien tar. Stiar vert til ved at ei hending enten set i gang nye hendingar (reaksjonar) eller vert forsterka av andre hendingar (Mahoney 2000). Ulike stiar kan møtast og dei kan forsterke kvarandre.

Teoriar om stiafhengigheit kan òg brukast til å forklare at noko ikkje endrar seg, trass i avgjersler, lover og reformer (Peters 2005). Vi vil først og fremst bruke teorien til å vise korleis etableringa av ei ny teneste føyer seg inn i ein utviklingsprosess som har føregått over lang tid.

Etter det vi har funne fram til, er utviklinga av helseinstitusjonar i grenseflata mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta ikkje studert før ved hjelp av eit perspektiv på stiafhengigheit. Vi meiner at dette perspektivet er godt eigna til å studere etableringa av ei ny teneste i helsetenestesystemet. Vi argumenterer for at det ikkje var opplagt at vi skulle få KAD-institusjonar, men samtidig kan vi sjå at historiske spor har ført oss i den retninga.

Metode

Materialet vårt er hovudsakleg dokument som lovtekstar, stortingsmeldingar og proposisjonar, dessutan andre faglege tekstar som vi analyserer ved å bruke perspektiv på stiafhengigheit. Dei mest sentrale offentlege dokumenta har vore: Ot.prp. nr. 36 (1967–68) (forarbeid til sjukehuslova), St.meld. nr. 9 (1974–75) om regionaliseringa og arbeidsdelinga mellom sjukehusa og kommunane, NOU 1979:10 om funksjonsfordelinga i helse-

tenesta (Juel-utvalet), NOU 1979:28 om helsetenesta i lokalsamfunnet (Nyhush-utvalet), Ot.prp. nr. 36 (1980–81) med utkast til lov om helsetenesta i kommunane (Brundtland-regjeringa), Ot.prp. nr. 66 (1981–82) om helse- og sosialtenesta i kommunane (Willoch-regjeringa), Ot.prp. nr. 48 (1985–86) om overføring av sjukeheimane frå fylkeskommunane til kommunane, NOU 2004:18 med utkast til ny lov om kommunehelsetenesta (Bernt-utvalet), NOU 2005:3 om behovet for samhandling (Wisløff-utvalet), St.meld. nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreforma, Prop. 91 L (2010–2011) om kommunal helse- og omsorgstenestelov og Meld. St. 7 (2019–2020) om helsefellesskapa i nasjonal helse- og sjukehusplan for 2020–2023.

I desse dokumenta har vi leita etter hendingar og forhold som vi tolkar som stiar som har påverka etableringa av KAD-institusjonen. Vi har særleg lagt vekt på idéar og perspektiv som har vore med på å utvikla kommunale helse- og omsorgstenester. Vi viser også til annan litteratur om kommunal akutt døgneining, og data og analysar frå vår eigen kasusstudie av ein mellomstor og sjølvstyrt KAD-institusjon (Gjerstad et al. 2020). Kasusstudien gir ikkje utan vidare generaliserbar kunnskap om kommunale akutte døgneiningar, men viser eit konkret døme på korleis ein institusjon er blitt realisert som følgje av føregåande hendingar og utviklingsprosessar.

KAD-institusjonen

Fagleg medisinsk kvalitet

Ei kommunal akutt døgneining skal vere eit allmennmedisinsk sengeposttilbod med ein fagleg-medisinsk kvalitet jamgod med tilbodet i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet 2016). Det allmennmedisinske viser seg i at slike einingar behandlar pasientar med mange forskjellige sjukdommar (Helsedirektoratet, 2019). I den kommunale akutte døgneininga vi studerte, var pasientgrunnlaget i 2018 fordelt på pasientar frå 15 hovudklassar i det internasjonale klassifiseringssystemet for primærhelsetenesta (ICPC).

Etableringa av kommunale akutte døgneiningar gjorde at kommunehelsetenesta fekk ansvar for meir avansert behandling enn før (KS & Den norske legeforening 2014), slik også legar på KAD-institusjonar erfarte det (Strand et al. 2019). KAD-en i vårt materiale har avklart kva for alvorlege medisinske tilstandar dei vil handtere og korleis eininga skal sikre god pasientflyt (Gjerstad et al. 2020). KAD-en gir avansert behandling, men har avgrensa tilbodet til akutte og kroniske sjukdomsutbrot hos pasientar som allereie er diagnostiserte, har låg risiko og med hovudsakleg kjente behandlingsbehov (Gjerstad et al. 2020). Eininga tilbyr meir avansert behandling enn det som det truleg var tenkt frå styresmaktene si side. Ein

intern gjennomgang av kols-pasientar gjort ved den aktuelle KAD-en viser at pasientane var så sjuke at dei ville ha vore innlagt på sjukehuset om ikkje KAD-en hadde hatt eit tilbod.

Når pasientar kjenner seg trygge på at det fagleg-medisinske tilbodet dekker deira behov, føretrekk dei KAD-en framfor sjukehuset (Gjerstad et al. 2020). Det same finn Leonardsen (2017) i ei studie av fem KAD-einingar.

Kompetanse og organisering

Statlege helsestyresmakter har stilt kommunane relativt fritt med omsyn til organisering av KAD-institusjonane. Svært mange stader er tilbodet interkommunalt (Helsedirektoratet 2019). Det gjeld også KAD-en som vi har studert, som er eit samarbeid mellom fire kommunar med til saman omlag 130.000 innbyggjarar. Eininga vart etablert i 2013 og hadde i 2020 omlag 20 årsverk. Ho har 13 sengeplassar, noko som gjer henne til ei av dei større KAD-ane. I 2019 fanst det 15 KAD-ar med ti eller fleire sengeplassar i Noreg (Helsedirektoratet, 2019). Den største KAD-institusjonen i Noreg er KAD Aker i Oslo med over 70 senger (Faiz 2019).

Den studerte KAD-en har fellestrekk både med primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Den liknar på primærhelsetenesta med å leggje vekt på god allmennmedisinsk kompetanse med legar frå allmennpraksis, låg legedekning og eit ambulerande vaktlag av allmennlegar som hovudsakleg er fastlegar. Allmennmedisinsk kompetanse har òg blitt vektlagt i andre KAD-ar (Strand et al. 2019). Den studerte KAD-en minner om spesialisthelsetenesta med å ha høg dekning av sjukepleiarar med brei medisinsk bakgrunn i tillegg til spesialiseringar. Også i dei daglege rutinane på eininga med preisitt, visitt og inn- og utskrivingar, viser slektskapen til ein medisinsk sengepost seg. KAD-en har i tillegg same journalsystem som sjukehusa.

Den studerte KAD-en samarbeider med andre aktørar om innlegging, behandling og utskriving av pasientar. Eininga mottar hovudtyngda av pasientane frå kommunehelsetenesta, legevakt og fastlegar, men òg nokre frå sjukehus. Etter ferdig behandling, vert dei fleste sendt heim. Nokre vert overført til andre kommunale omsorgstenester eller ved behov til sjukehus. Ved KAD-en vi har studert har dei heile tida hatt klart for seg at den er ei særeigen teneste. Denne vissa har påverka praksis. For ikkje å verte ei sjukeheimsavdeling, tar dei ikkje imot pasientar frå sjukeheimar. For ikkje å verte ei sjukehusavdeling har dei avtalt med sjukehuset kva for pasientgrupper som kan leggjast inn derifrå, og til kva tidspunkt.

Kommunal akutt døgneining er meint for korte innleggingar. I 2017 var gjennomsnittleg liggetid i den studerte KAD-en 3,5 dagar. Der har dei ein fleksibel praksis og utvidar opphaldet ved behov. Til samanlikning vart

sjukehusa mindre fleksible etter samhandlingsreforma. Då starta dei det som framleis er praksis, å ta betalt av kommunane for kvart døgn som kommunane ikkje tar imot ein utskrivingsklar pasient (Abelsen et al. 2014).

Dei lange linjene

Institusjonelle forgjengarar: sjukestover og intermediære tilbod

Som institusjon har kommunal akutt døgneining likskapar med tidlegare etablerte institusjonar med akutt hjelp-døgntilbod, plassert i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetenesta (Leonardsen et al. 2017).

Dei første spora av KAD-liknande karakter finn vi i sjukestovene, med røter som går tilbake til 1800-talet (Aaraas 2003). Typisk for sjukestovene er at dei er lokaliserte i utkantstrok. Sjølv om sjukestovene hadde eit trygt ankerfeste i nokre lokalsamfunn, vart dei ikkje allment utbreidd i kommunane. I sjukehuslova av 1969 vart ansvaret for dei lagt til fylkeskommunane. Når ein i St.meld. nr. 9 (1974–75) drøfta avlastning for sjukehusa, var det eldreomsorga og sjukeheimane som vart trekt fram. Satsinga som etter kvart vart gjort på eldreomsorga i kommunane og den kraftige utbygginga av akuttilboda i spesialisthelsetenesta, gjorde truleg at sjukestovene kom noko i skuggen, både i den fylkeskommunale og den kommunale helsepolitikken. I den nasjonale helsepolitikken passa dei ikkje inn med si blanding av logikkar frå både spesialist- og allmennlegetenesta. I dag er dette tankevekkjande, særleg fordi sjukestovene, både ut frå medisinske vurderingar og lokalsamfunnsomsyn, hadde gode skotsmål. Den einskilte kommunen vart oppfordra å sjå på behovet for sjukestovesenger i sjukeheimane (Mamen & Nylenna 1987 a,b).

Av nyare dato er intermediære avdelingar eit sentralt spor i retning kommunal akutt døgneining. Eit konkret døme er Hallingdal sjukestugu som ligg i Ål og er tilknytt Ringerike sjukehus (Lappegard 2016). Intermediære avdelingar kan òg ligge sentralt, slik som Søbstad helsehus i Trondheim, eit samarbeidstiltak mellom sjukehus og kommune (Garåsen 2008). Desse institusjonane mottar pasientar som elles måtte ha vore på sjukehus, og tar hand om pre- og/eller post-hospitale funksjonar.

Vi ser sjukestovene og intermediære avdelingar som forgjengarar til kommunal akutt døgneining fordi dei deler sentrale institusjonelle trekk. Dei har ein allmennmedisinsk profil med vekt på akutte sjukdomsutbrot, gjerne hos eldre og kronikarar. Sær viktig er allmennmedisinsk kompetanse for å kunne handtere breidda av sjukdommar og høg sjukepleiekompetanse for å kunne observere pasientane med sikte på å oppdage eventuell forverring. Tidlegare forskning viser at slike institusjonar gir pasientar medisinsk forvarleg behandling og er meir kostnadseffektive enn sjukehus (Aaraas 1998,

Lappegard 2016, Garåsen 2008), og at pasientane er nøgde med opphaldet (Lappegard 2016).

LEON som helsepolitisk hending

Eit premiss som opna opp for desentralisering av helsetenester og avlastning av sjukehus vart lagt med LEON-tenkinga om lågast, effektive omsorgsnivå. Den vart lansert i samband med at sentrale styresmakter presenterte ei politisk ramme for nasjonal organisering av helsetenestene som omfatta både sjukehusa og primærhelsetenesta i St.meld. nr. 9 (1974–75). Bakgrunnen var eit sterkt press på sjukehusa, med langt høgare vekst i tenesteetter-spurnad enn det veksten i talet på sjukehussenger skulle tilseie. Meldinga påpeika at mange av pasientane kunne ha vore behandla utanfor sjukehus. For å avlaste spesialisthelsetenestene vart det foreslått å etablere ein regionalisert, hierarkisk og differensiert helsetenestestruktur på tre nivå: distrikthelsetenesta, fylkeshelsetenesta og regionhelsetenesta. Distrikthelsetenesta var det lågaste nivået. Her skulle primærhelsetenestene, retta mot lokalsamfunnets behov ligge.

Prinsippet om regionalisering var sentralt allereie i sjukehuslova av 1969. Ein ville sikre geografisk utjamning og likskap mellom dei ulike regionane i landet.

St.meld. nr. 9 (1974–1975) tok til orde for at pasientar skulle fordelast mellom dei ulike nivåa i samsvar med LEON-prinsippet, det vil seie at pasientane skulle handterast på det lågast effektive omsorgsnivå. Prinsippet har både ein medisinsk og ein økonomisk dimensjon: Pasientar skal behandlast på eit tenestenivå der dei får forsvarleg behandling og på det nivå som kan gi dei behandling til lågast mogleg kostnad. Denne tenkemåten var ikkje avleidd av hendingar i det nasjonale helsevesenet i forkant, men ein freistnad på å tenke nyskapande om framtida.

Oppbygging av helsetenester i kommunane

Primærhelsetenestene utvikla seg til å verte meir omfattande og samansette. Tilgang på tenester i sektoren auka i takt med ei akselererande medisinsk utvikling og krav om utbygging av tenester til mange grupper. Denne utbygginga førte til endringar i oppgåvefordelinga og samhandlinga mellom det kommunale nivået på den eine sida og det fylkeskommunale og det statlege nivået på den andre.

Kommunane overtok etter kvart styringsansvaret for primærhelsetenestene (Ot.prp. nr. 36 (1980–81); Ot.prp. nr. 66 (1981–82)) i samsvar med LEON-tenkinga. Ein viktig milepåle var kommunchelsetenestelova som vart vedtatt i 1982. Lova hadde blant anna mål om å skape nærleik mellom

befolkninga og hjelpeapparatet på den eine sida, og mellom befolkninga og den politiske og administrative styringa på den andre sida (Ot.prp. nr. 36 (1980–81)).

Helse- og omsorgstenestene i kommunane har frå 1980-åra hatt tre innsatsområde: 1) Sjukeheimar, som skal omtalast nærare i neste avsnitt, 2) legetenester og 3) bustadorienterte tenester. Legetenestene omfatta både allmennlegeteneste og legevaktteneste. Kommunen sitt auka ansvar vart gjort tydeleg i dei organisatoriske og finansielle rammene for allmennlegetenesta, først ved vedtak om eit delt finansielt ansvar mellom stat (trygdetilskot), kommune og marknad (eigenandelar). Seinare vart finansieringa revidert gjennom fastlegeordninga. Legevakttenesta, som tidlegare var vaktordningar lokale legar sjølv organiserte, vart erstatta med ei lovpålagt kommunal teneste som til dels var kopla opp imot fastlegeoppgåver (Ot.prp. nr. 36 (1980–81)). Utvikling av heime- og bustadorienterte tenester har vore ein vedvarande prosess og truleg det tenesteområdet med sterkast LEON-preg, det vil seie med klårast vekt på å bygge ut meir kostnadseffektive, men samstundes forsvarlege tenester.

Frå tidleg i 1990-åra har hovudvekta av ressursbruken i kommunal omsorg vorte flytta frå institusjonar til heimebaserte tenester (Brevik 2010). Omlegging til meir kostnadseffektive driftsformer i omsorgstenestene har skjedd gjennom satsing på omsorgsbustader med tilkopla tenester i staden for institusjonsplassar, ved sterk utbygging av heimesjukepleie, og i den seinare tida gjennom satsing på kvardagsrehabilitering med sikte på at folk skal kunne bu lengst mogleg i heimen.

Dei finansielle ordningane medverka til endring. Overgang til kommunal rammefinansiering med ubundne statlege tilskot til ulike velferdstenester var basert på «objektive» kriterium, noko som gav føringar for den kommunale organiseringa av helse- og velferdstenestene (NOU 1979:10, NOU 1979:28). Kombinert med handlingsplanar og reformar gav denne forma for finansiering statlege styresmakter ei viss styring av ressursbruken i primærhelsetenesta. Kommunane stod på same tid relativt fritt i bruken av ressursar og organisering av tenestene, og fekk mellom anna styringsrett over legetenesta ved at kommunelegar skulle overta for statleg styrte distriktslegar.

I tillegg til oppbygging av tenester i kommunane, vart det òg tatt grep i tråd med LEON-tenkinga i spesialisthelsetenesta. Såleis har polikliniske tenester vorte eit sentralt verkemiddel for å effektivisere drifta og redusere sengebehova i spesialisthelsetenestene. Vidare vart distriktspsykiatriske senter etablert for å styrke dei lokale helsetenestene og desentraliserte staten sitt ansvar.

Sjukeheimane – ei anna utvikling enn intendert

Historia om sjukeheimane slik vi kjenner dei i dag, kan sporast attende til 1960-åra. Då var institusjonstilbodet på bygdene i beste fall ein aldersheim, nokre stader med ei eiga avdeling for pleietrengande (Ot.prp. nr. 36 (1967–68): 18). Då sjukeheimane kom, var tanken at dei pleietrengjande skulle ha eit medisinsk og sjukepleiefagleg tilbod som var meir avansert enn tilbodet på aldersheimane. Dette vart følgt opp i St.meld.nr. 9. (1974–75), der det vart tatt til orde for at sjukeheimane skulle ta imot pasientar som ikkje kunne få hjelp i heimen, men som likevel ikkje trong sjukehusopphald. På denne måten skulle sjukeheimane avlaste sjukehusa. Dermed trong sjukeheimane eit betre apparat for behandling og diagnostisering, polikliniske funksjonar og beredskap for akutt hjelp. Kapasiteten måtte vere stor nok til at dei som var sjuke kunne verte verande på sjukeheimen i staden for å ta opp sjukehusplassar (St.meld. nr. 9 (1974–75): 60–61). Tilbodet i sjukeheimane kunne også omfatta tenester til personar med psykiske sjukdommar (St.meld. nr. 9 (1974–75): 65). Vi ser her tidlege tankar om at sjukeheimane skulle gi eit tenestetilbod liknande det KAD tilbyr i dag.

Sjølv om det i utval og stortingsmeldingar vart lagt vekt på at kommunane skulle driva sjukeheimane, vart fylkeshelsetenesta ansvarleg for eit overordna tilsyn med sjukeheimane og for å medverka til å koordinera innleggingane i sjukeheimane i fylket (St.meld. nr. 9 (1974–75): 10). Det syntest ikkje å vere nokon tvil hos dei overordna statlege styremaktene om at det var kommunane som skulle ha ansvaret for denne primærhelsetenesta (St.meld. nr. 9 (1974–75)). Likevel skulle tida gå heilt fram til 1988 før ansvaret for sjukeheimsdrifta vart overført frå fylkeskommunane til kommunane (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)).

Sjukeheimane oppfylte ikkje forventinga om å avlaste sjukehusa. Dei fungerte som langtidsinstitusjonar og var lite rehabiliterande. Ein del eldre vart innlagde på korttidsopphald, medan få sjukeheimar tok imot kronisk sjuke og funksjonshemma med særskilde behov. Lovproposisjonen (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)) kommenterte at somme meinte at sjukeheimane burde ta imot akutt sjuke eldre heimebuande. Proposisjonen konkluderte med at det kunne vere aktuelt der det var lange avstandar og vanskeleg med transport, men det måtte ikkje krevje meir av sjukeheimane sine ressursar når det gjaldt bemanning, utstyr og sengekapasitet.

Samhandlingsreforma og overføring av oppgåver til kommunane

Trass i tidlege ambisjonar om eit heilskapleg helsesystem, vart det uklart korleis samspelet mellom primær- og spesialisthelsetenesta skulle utformast og kva innhaldet i dei kommunale helsetenestene skulle vere. Med unntak

av vidareføring av sjukestover i nord og punktsatsingar på einskilde lokale samarbeidstiltak elles i landet, var det i hovudsak slik at utviklinga i dei to hovudsektorane i helsevesenet følgde forskjellige logikkar.

Relasjonen mellom desse to sektorane vart for alvor gripe fatt i etter hundreårskiftet. Utfordringane med den til dels fråverande medisinske kompetansen i sjukeheimane vart trekt fram (Nygaard 2002). Eit utval vart sett ned for å sjå på lovverket i dei kommunale helse- og omsorgstenestene (NOU 2004:18). Wisløff-utvalet (NOU 2005:3) peika på utfordringar knytt til samhandling mellom ulike aktørar for pasientgrupper som kreftpasientar, eldre med fleire sjukdommar, kronikarar, sjuke med kort forventa levetid, psykisk sjuke og rusmisbrukarar. Utvalet såg ikkje at problema kunne løysast gjennom endringar i oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Dei gjorde heller framlegg om ei rekke mindre endringar, og karakteriserte sjølv det samla forslaget som ei innhaldsreform. Eit av forslaga, krav om formaliserte avtalar mellom dei to helsetenestenivåa, skulle verte realisert i samhandlingsreforma frå 2012.

I utgreiinga vart akutte døgnplassar på kommunalt nivå òg drøfta. Utvalet løfta fram undersøkingar som viste at ein vesentleg del av akutt hjelp-innleggingar på sjukehus, særleg «indremedisinske» sjukdommar og innleggingar av eldre, kunne ha vore unngått dersom det fanst alternative tilbod på eit lågare omsorgsnivå. Dei viste til sjukestovene som nokre stader hadde slike innleggingar, og som der utførte enklare diagnostikk og behandling på ein forsvarleg måte. Sjukestovene var som oftast lokalisert i lokalsamfunn der det er lang avstand til næraste sjukehus. Utvalet påpeikte at dersom ein skulle leggje akutt hjelp-funksjonar til sjukeheimane, ville det krevje meir personell og styrka kompetanse. Utvalet meinte at gjennomsnittskommunar ikkje ville kunne ta på seg eit slikt ansvar utan at å få ekstra økonomisk tilskot.

Samhandlingsreforma frå 2012 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) var i noko grad inspirert av det engelske helsesystemet National Health Service (NHS), altså eit forsøk på å integrere primærhelsevesenet og «sekundærhelsevesenet», og å organisere helsetilbodet på lågaste effektive omsorgsnivå (Berg 2018). I staden for LEON dreg ein her fram omgrepet BEON (*beste, effektive omsorgsnivå*), ei nyskriving av LEON, og trekker med dette linene tilbake til St.meld. nr. 75 (1974–75). Sjølv om LEON-prinsippet var lite vektlagt i stortingsmeldinga om samhandlingsreforma, var LEON openbert eit element i grunnlagstenkinga.

På same måte som i Wisløff-utvalet (NOU 2005:3) vart samhandlinga mellom tenestene sjølve kjernen i samhandlingsreforma. Førebygging, tidleg innsats og tilbod til kroniske pasientar var sentrale utviklingsområde. Sam-

handlingsreforma fremja strukturelle reformar der det vart lagt stor vekt på at ein større del av veksten i helsesektoren måtte skje i kommunane. Økonomiske verkemiddel stod sentralt i gjennomføring av strukturendringane, men desse var i varierende grad effektive (Nødland & Rommetvedt 2019). Kommunal akutt døgneining var eit av tiltaka som vart prioritert gjennom nye statlege midlar. Mange kommunar vart motiverte av tilskotet og sette tidleg i gang med å etablere eit kommunalt akuttilbod. Ei anna motivasjonskjelde kan ha vore dagbøter som kommunar måtte betale om dei ikkje tok imot pasientar som var utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta. Ein konsekvens av dagbøter var at kommunane raskare overtok pasientar frå sjukehusa, men dette var ofte pasientar med svakare helsetilstand enn før, trass i at dei var ferdigbehandla frå sjukehuset.

Ein annan konsekvens av samhandlingsreforma var at kommunane satsa på kompetanseheving gjennom etablering av korttidsmottak og rehabiliteringstilbod (Abelsen et al. 2014). For å motivere kommunane til førebygging og tidleg innsats tok ein i bruk medfinansiering av somatiske tenester. Kommunane skulle finansiere ein prosentdel av sjukehusa sine utgifter for pasientar busett i kommunen. Dette verkemiddelet skulle vise seg å fungere dårleg og lite målretta, og vart difor avvika (Nødland & Rommetvedt 2019).

Styresmaktene overførte oppgåver mellom nivåa trass i at Wisløff-utvalet tilrådde annleis. St.meld. nr. 47 (2008–2009) (side 58–65) viser til gode tenester utanfor sjukehus. Dømet med etterbehandlingssenteret Søbstad helsehus, eit intermediært samarbeidstiltak mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune, var av særskilt interesse. Dette senteret hadde fleire legar, sjukepleiarar og fysioterapeutar enn det som er vanleg i sjukeheimar, men færre enn i sjukehus. Ei samanlikning mellom Søbstad helsehus og tilsvarende pasientar ved sjukehuset viste at pasientane ved helsehuset hadde færre reinnleggingar, lågare behov for kommunale tenester og lågare dødeligheit etter eitt år. Tilbodet var kostnadseffektivt (Garåsen 2008).

Oppsummerande drøfting

Vi starta analysen med ein tanke om at kommunal akutt døgneining, sjølv om det er ein ny institusjon, har trådar tilbake i tid. Vi finn tidlegare hendingar og relaterte utviklingstrekk som peikar i retning av ei kommunal akutt døgnbasert helseteneste. Men nettopp desse tidlege hendingane gjer at vi og kan spørje: Kvifor kom ikkje KAD-institusjonen før?

At kommunal akutt døgneining likevel ikkje vart etablert før, kan forklarast av ulike historiske utviklingsprosessar knytt til det kommunale helse-tenestetilbodet. Teorien om stiavhengigheit har vore til hjelp i leiting etter

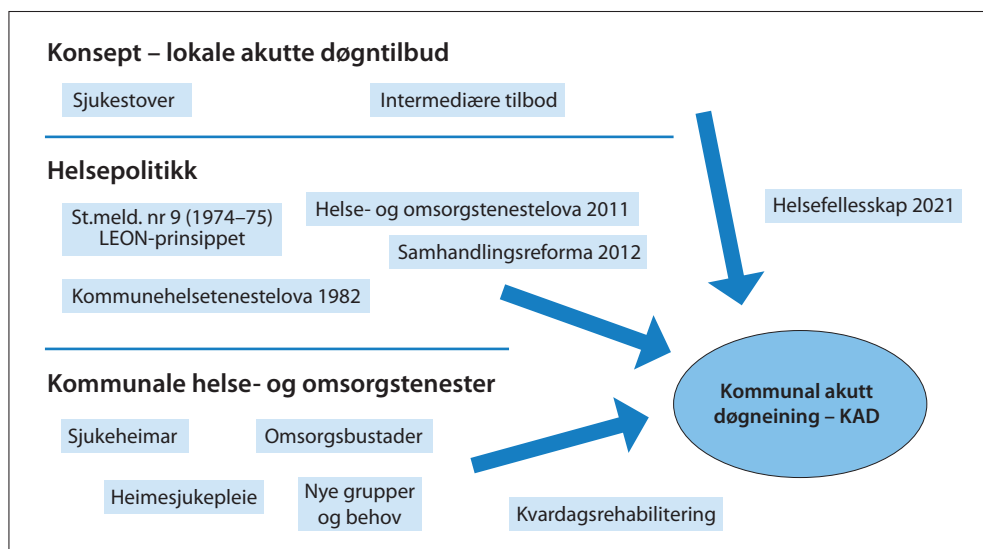
hendingar og utviklingssteg som har verka inn på korleis KAD-institusjonen har blitt til. Analysen vår tyder på at utviklinga ber preg av tre stiar, innvede i einannan, og med nokre hendingar som har fremja og andre som har bremsa etableringa av kommunal akutt døgntilbod.

Figur 1 viser tre stiar som fører fram til etableringa av kommunal akutt døgneining. I figuren har vi òg plassert inn helsefellesskap (Meld. St. 7 (2019–20)) som mogleg initiativtakar for vidare utvikling av tilbod som liknar KAD. Kva slags tenester helsefellesskap vil gi på kommunalt nivå, er ennå uvisst.

Helsepolitikken er ein sentral sti og har å gjere med korleis teneste- og ansvarsfordeling mellom kommunar, fylkeskommunar og stat har vorte planlagt og organisert. St.meld. nr. 9 (1974–75) med sin presentasjon av LEON-prinsippet, var ei sentral hending i så måte. Denne meldinga gav næring til prosessen fram mot å gi kommunane større ansvar og fleire oppgåver. Dette vart forsterka gjennom kommunehelsetenestelova av 1982. Lova gav grobotn til ei kraftig utvikling av kommunane sitt primærhelsetenestetilbod. Likevel var det lenge lite merksemd om samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Først i 2000-åra vart det gjennomført utgreiingar som såg på behov for ny lovgiving (NOU 2004:18) og koordineringsutfordringar (NOU 2005:3). Då vart det lagt vekt på pasientrelaterte koordineringsutfordringar mellom dei to helsetenestenivåa, men framleis utan forslag til strukturelle grep. Ny lov om helse- og omsorgstenestene i kommunane og samhandlingsreforma vart sett i kraft frå 2012. Den nye helse- og omsorgstenestelova gav kommunane fleire oppgåver og ansvar, inkludert ansvar for å tilby kommunal akutt døgneining. Denne eininga vert nemnd to stader i lova; som lovpålagt teneste og som punkt i lovpålagte avtalar om samhandling mellom kommunar og helseføretak. Det tok såleis lang tid å utvikle eit lovverk som gav grunnlag for systematisk utvikling av samarbeidet mellom dei to helsetenestenivåa.

Ein annan viktig sti er utviklinga av kommunale helse- og omsorgstenester. Over dei siste 50 åra har kommunale helse- og omsorgstenester auka i omfang og differensiering. Oppbygginga frå 1970-åra og fram mot hundreårskiftet retta seg i all hovudsak mot interne omsorgsnivå i primærhelsetenesta. Denne oppbygginga reflekterer ein helsepolitikk som la vekt på å utvikle dei tradisjonelle primærhelsetenestene og som var mindre opptatt av forholdet mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Vi vil hevde at denne utviklinga hang saman med at kommunane måtte prioritere å bruke ressursar der behova etter deira vurdering var størst. I tillegg til organisering av dei kommunale legetenestene vart det satsa på vidare oppbygging av



Figur 1. Oversikt over ulike stiar som førte til etableringa av kommunale akutte døgneiningar.

heimesjukepleietilbodet. Av-institusjonalisering og reformtiltak for sårbare grupper auka behova for heimesjukepleie og kommunale omsorgsbustader. Kommunane fekk slik eit utvida ansvar for somme pasientgrupper.

Samhandlingsreforma gjorde at det kommunale tenestetilbodet vart ytterlegare differensiert. Relasjonane mellom kommune- og spesialisthelsetenesta vart endra. Kommunal akutt døgneining var ein del av dette. Reforma gjorde også at kommunane måtte ta hand om pasientar som vart tidlegare utskrivne frå sjukehus og desse hadde større behov for korttidsoppfølging og rehabilitering (Abelsen et al. 2014). Differensieringa held fram i form av kvardagsrehabilitering og *Leve heile livet*-reforma (Meld. St. 15 (2017–2018)).

Den tredje stien kan trekkjast tilbake til sjukestovene og tanken om lokale akutte døgntilbud, lansert midtvegs i 1970-åra. Denne politiske idéen vart støtta av LEON-prinsippet som la vekt på fordeling av tenester mellom nivåa. Sjukeheimane kunne ha tatt over pasientgrupper med akutte behov for oppfølging gjennom døgnet ved å heve kompetansen (St.meld. nr. 9 (1975–76)), og kunne såleis aleine ha blitt ei konkretisering av denne idéen. Også i lovproposisjonen om overføring av sjukeheimane frå fylkeskommunar til kommunar, finn vi tanken om at sjukeheimane skulle avlaste sjukehusa. Somme tok til orde for at dei burde ta imot akutt sjuke eldre heimebuande (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)). Det har også vorte hevda at sjukeheimar integrert med sjukestover kunne ha vorte eit akutt døgntilbod

(Mamen & Nylenna 1987b). Men sjukeheimane utvikla seg i retning av omsorgstenester, ikkje som helseinstitusjonar som kunne avlaste spesialisthelsetenesta.

Idéen om lokale akutte døgntilbod vart i nyare tid konkretisert gjennom intermediære tilbod som vart etablert somme stader i samarbeid mellom kommunar og sjukehus. At desse gir forsvarleg medisinsk behandling, er effektive og at pasientane er tilfredse, har medverka til at det faglege konseptet med akutte døgntenester utanfor sjukehus har styrka sitt renommé. Dette bidrog til å gi fagleg-medisinsk legitimitet til KAD-institusjonen då denne vart etablert som eit landsdekkande tilbod.

Etablering av KAD-institusjonen kan tolkast i lys av stivhengigheiter langs dei tre stiane. Desse viser seg som samanhengar mellom kommunal akutt døgneining og tidlegare hendingar: (i) det gjeld helsepolitisk styrking av kommunane sitt ansvar i helsesystemet, (ii) utvikling av kommunalt tenestemangfald og (iii) institusjonelle forgjengarar i form av velfungerande lokale akutte døgntilbod. Dei tre stiane kryssar kvarandre i KAD-institusjonen. Dei syner seg der som sjølvforsterkande mekanismar, eit typisk trekk ved mange stivhengigheiter. Slike sjølvforsterkande mekanismar gjer ifølge Pierson (2000) at det er sannsynleg at steg i ei retning vil føre til nye steg i same retning. Å endre kursen vil vere omstendeleg og truleg krevje meir kostnader. Sagt med andre ord er det lite truleg at ein kjem til føre tilbake pasientgrupper frå dei kommunal akutt døgneiningane til sjukehusa. Presset på spesialisthelsetenestene kan ventast å vare ved, samstundes som kommunane har utvikla kapasitetar og kompetanse til å ta hand om fleire akutte behandlingsbehov enn før. Det er sannsynleg at dei tre stiane også i framtida vil fungere saman som gjensidig sjølvforsterkande mekanismar og gi ei utvikling der kommunar overtar nye oppgåver frå spesialisthelsetenesta.

Etablering av helsefellesskap (Meld. St. 7 (2019–2020)) er ei helsepolitisk hending skapt av sentrale styresmakter for å styrke samhandlinga mellom kommune- og spesialisthelsetenester. Helsefellesskapa vert oppmoda til å etablere nye lokale samarbeid og tenester i grenseflata mellom kommune- og spesialisthelseteneste. Dei opnar opp for at differensieringa av det kommunale tenestetilbodet vil kunne auke ytterlegare. Differensieringa kan verte forsterka gjennom vedvarande press mot spesialisthelsetenestene og behov for nye helsetenester som følgje av at folk vert eldre og lever lenger heime med sjukdommane sine.

Fleire nye tenester vil kunne ligge i grenseflata mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Men det er ikkje gitt korleis desse vil sjå ut, det vil seie kva slags intermediære tilbod som vil kome. Krava til sjukehusa om prioriteringar og effektivisering (Meld. St. 7 (2019–2020)) gir grunn til å

vente at behova for kommunale akutte døgntilbod vil vare ved og forsterkast. Fleire alternativ kan då tenkast. Kommunale akutte døgneiningar kan få ei utvida rolle ved at dei vert større eller tar imot nye pasientgrupper. Om det siste skjer vil det stille nye krav til kompetanse og utstyr. Ein kan vidare tenkje seg ei differensiering av tenestene, til dømes basert på særskilte pasientgrupper, diagnosar eller behandlingsbehov. Motsett kan det også tenkjast at heimesjukepleie, mellom anna som følgje av teknologiutvikling, får fleire oppgåver, inkludert slike som KAD-en har i dag.

Institusjonelt er kommunal akutt døgneining eit døme på ein institusjon som kan fungere i grenseflata mellom sjukehusa og kommunane, sjølv om ikkje alle KAD-er fungerer like godt i dag (Johannessen & Steihaug 2020). I framtida vert det viktig å handtere auka etterspørsel etter akutte tenester. KAD-institusjonen må derfor utvikle seg utan å miste den allmenntmedisinske profilen, den særlegne kompetansestrukturen og nærleiken til pasientane.

Litteratur

1. Aaraas IJ. (1998). *General practitioner hospitals: use and usefulness: a study from Finnmark County in North Norway*. Doktoravhandling. ISM skriftserie nr. 45. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin. <https://hdl.handle.net/10037/6427> (8.4.2022).
2. Aaraas IJ. (2003). Sykestuen – en gammel institusjon for framtiden. *Ottar* nr. 245. Tromsø: Tromsø museum/Universitetet i Tromsø: 20–25. <https://www.nb.no/items/04495db995a909d12f305fe41a649a0c?page=21> (8.4.2022).
3. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI et al. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport nr. 382. Stavanger: IRIS. <http://hdl.handle.net/11250/2631346> (8.4.2022).
4. Berg OT. (2018). «Det 20. århundre sluttet i 1970-årene»: Betrakninger om 1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon og hvordan den traff medisinalvesenet. *Michael* 15: 11–39. «Det 20. århundre sluttet i 1970-årene» | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)
5. Brevik I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. Rapport nr. 2. Oslo: NIBR. <https://hdl.handle.net/11250/2711940> (8.4.2022).
6. Faiz KW. (2019). KAD, ØHD eller KØHD? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0978>
7. Garåsen H. (2008). *The Trondheim Model*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU. <http://hdl.handle.net/11250/264374> (8.4.2022).
8. Gjerstad B, Nødland SI, Teig IL. (2020). Trust building in a Norwegian municipal acute ward. *Journal of Health Organization and Management* 34: 673–685. <https://doi.org/10.1108/jhom-11-2019-0334>
9. Helsedirektoratet (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp opphold. Veiledningsmaterieell*. Oslo: Helsedirektoratet og KS. [Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-opphold) ([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)) (8.4.2022).

10. Helsedirektoratet (2019). *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019*. SAMDATA kommune, IS-2941. [Hdir_Rapportmal-gjeldende.him](https://hdir.Rapportmal-gjeldende.him) 19.06.19 (helsedirektoratet.no) (8.4.2022).
11. Johannessen A-K, Steihaug S. (2020). The function of the Norwegian municipal acute units fails to fulfil the intention of health authorities. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 38: 75–82. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1717085>
12. KS og Den norske legeforening (2014). *Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud*. <https://www.ks.no/contentassets/28e6f018aca5480894a1cc1b830d7755/rapport-kommunalt-øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud.pdf> (4.4.2022).
13. Lappégard Ø. (2016). *Acute admissions at Hallingdal sjukestugu. Can and should local medical centres play a role in Norwegian healthcare services for acute admissions of a specified group of patients?* Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56220> (8.4.2022).
14. Leonardsen A-CL. (2017). *Experiences with decentralized acute healthcare services from different stakeholders' perspectives. A mixed methods study*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-57661> (8.4.2022).
15. Leonardsen A-CL, Lappégard Ø, Garåsen H et al. (2017). Desentraliserte helsetjenester. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0324>
16. Mahoney J. (2000). Path dependence in historical sociology. *Theory and Society* 29: 507–548. <https://doi.org/10.1023/A:1007113830879>
17. Mamen K, Nylenna M. (1987a). Pasienter i norske sykestuer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 107: 2612–2615. <https://www.nb.no/items/3548b319be0b6d0c21f1a2b55a8acea6?page=23> (8.4.2022).
18. Mamen K, Nylenna M. (1987b). Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 107: 2657–2660. <https://www.nb.no/items/3548b319be0b6d0c21f1a2b55a8acea6?page=81> (8.4.2022).
19. Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (8.4.2022).
20. Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (8.4.2022).
21. NOU 1979:10. *Helsepolitikken*. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008060200024 (8.4.2022).
22. NOU 1979:28. *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013011506015 (8.4.2022).
23. NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/> (8.4.2022).
24. NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/> (8.4.2022).
25. Nødland SI, Rommetvedt H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 60: 166–188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
26. Nygaard HA. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 122: 823–825. <https://tidsskriftet.no/2002/03/kronikk/sykehjemmet-som-medisinsk-institusjon-et-fatamorgana> (8.4.2022).

27. Ot.prp. nr. 36 (1967–68). *Om lov om sykehus m.v.* <https://www.nb.no/items/0b9f0f1d9f82f3f5eac554e1c69eba01?page=949> (8.4.2022).
28. Ot.prp. nr. 36 (1980–81). 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringene i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* <https://www.nb.no/items/048eef2775076bba848e88251da7bed3?page=325> (8.4.2022).
29. Ot.prp. nr. 66 (1981–82). 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringene i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* <https://www.nb.no/items/ec3e8a42d7fc499d8b21ff88e1510c8e?page=221> (8.4.2022).
30. Ot.prp. nr. 48 (1985–86). *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover.* <https://www.nb.no/items/66e3e7d102508e51009f7fcce8e34e7?page=9> (8.4.2022).
31. Peters BG. (2005). *Institutional theory in political science: the «New Institutionalism»*. 2. utg. London/New York: Pinter.
32. Pierson P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review* 94: 251–267. <https://doi.org/10.2307/2586011>
33. Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/> (8.4.2022).
34. St.meld. nr. 9 (1974–75). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.* <https://www.nb.no/items/22ade39f6909f817f358a81a16ca1337?page=65> (8.4.2022).
35. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (8.4.2022).
36. Strand A-MS, Kvangarsnes M, Landstad BJ et al. (2019). Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? *Michael* 16: 293–305. Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? | Tidsskriftet Michael (michael-journal.no)

Artikkelen inngår i forskningsprosjektet Ø-hjelp - en ny tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektansvarleg er Jæren Øyeblikkelig Hjelp. Prosjektleiar er NORCE Norwegian Research Centre. Samarbeidspartnarar er Gjesdal, Klepp, Sandnes og Time kommunar og Stavanger universitets-sjukehus. Prosjektet har finansiering frå Regionalt Forskningsfond Rogaland.

Vi takkar fylgjande personar som gjennom samtalar i mange møte har medverka til denne artikkelen: Anne Sofie Aarflot (brukarrepresentant), Marit Anda (overlege Jæren Øyeblikkelig Hjelp), Roman Benz (kommuneoverlege Klepp kommune), Cecilie Eigestad (leiar Jæren Øyeblikkelig Hjelp), Hans Petter Torvik (kommuneoverlege Gjesdal og Sandnes kommune) og Øystein Fjetland Øgaard (kommuneoverlege Time kommune).

Jon Øystein Friestad Bergseth
jonbergseth@hotmail.com

Jon Øystein Friestad Bergseth er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Orstad legesenter. Han har tidlegare vore overlege ved Jæren Øyeblikkelig Hjelp.

Geir Sverre Braut
geir.sverre.braut@sus.no

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin og har tidlegare vore fylkeslege og assisterande direktør i Statens helsetilsyn. Han er no seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus og professor ved Institutt for samfunnsvitskap ved Høgskulen på Vestlandet.

Brita Gjerstad
brita.gjerstad@uis.no

Brita Gjerstad er førsteamanuensis ved Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger, og er i tillegg tilknytt NORCE. Ho er sosiolog og forskar på kommunale helse- og omsorgstenester.

Svein Ingve Nødland
svno@norceresearch.no

Svein Ingve Nødland er seniorforskar ved NORCE Norwegian Research Centre. Han er siviløkonom og forskar på helse- og velferdstenester. Han er kontaktforfattar for denne artikkelen.

Inger Lise Teig
inger.teig@uib.no

Inger Lise Teig er førsteamanuensis i helseleing ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, og er i tillegg tilknytt NORCE. Ho er sosialantropolog og forskar på organisering og leing i helsetenesta.

English summary

Municipal Emergency Unit (KAD) in a historical setting

In the Coordination reform of 2012, the municipalities were required to establish municipal emergency care bed units (KAD). One of the main purposes of this new institution was to lessen the burden on the specialist health care services. The KAD institution is a municipal emergency care bed unit for acute admittance of patients with acute general medical conditions. It represents a level of care at the interface between specialist health care services and primary health care services where the municipality and the hospitals interact about the patients. The idea of a local service that relieves the hospitals of their acute 24-hour services has historical paths. The article describes and discusses, from a path dependency perspective, how historical imprints or paths have shaped the present KAD institution. Three paths are identified: the health policy path with a specific trajectory on legislation and an increased responsibility for health care services in the municipalities, the municipal services path which differentiate and enhance the number of health and care services, and the institutional path where former institutions set a specific trajectory of institutional development and consolidation of the current KAD-institution.

Å se mennesket

Kan innsikt i psykoterapi bidra til bedre møter hos fastlegen?

Michael 2022; 19: 143–59.

Allmennmedisin er et generalistfag. I Norge er faget for det meste organisert som en fastlegeordning. Dette legger til rette for langvarige relasjoner mellom pasient og lege. Budskapet i denne artikkelen er at innsikt i noen psykoterapeutiske begreper kan hjelpe fastleger til en bedre forståelse av både pasientenes problemer, konsultasjonenes dynamikk og egen fungering, både som lege og menneske. Vi forklarer begrepene i en språkdrakt tilpasset både allmennleger og andre med interesse for feltet, illustrert med autentiske kasuistikker fra førsteforfatters egen praksis. Målet er bedre forståtte pasienter, mindre frustrerte fastleger og en mer robust primærhelsetjeneste.

Fastleger kommer ofte tett inn på livet til pasientene sine, i et omfang mange andre leger ikke gjør. Deres arbeidsområde er *hele mennesket*, og når allmennleger diskuterer sitt fag, henviser de ofte til konkrete pasienterfaringer. Professor i allmennmedisin Ian McWhinney (1926–2012) beskriver hvordan allmennmedisinen som klinisk spesialistfag, defineres ut fra relasjon, a priori pasientens kontaktårsaker og helseproblemer (1). McWhinney gjengir en passasje fra Umberto Ecos (1932–2016) storverk *Rosens navn* (1980), som beskriver hvordan observatøren fra lang avstand vil se dyr på beite. På nærmere hold vil han se at det er hester, mens på nært hold vil han gjenkjenne en hest han kjenner navnet på, og eieren til. Og dette, skriver McWhinney, er allmennlegens perspektiv. Og nettopp derfor drøfter allmennleger i mindre grad enn andre leger *sykdommer* på generelt nivå. De tar oftere utgangspunkt i den individuelle kasuistikken som beskriver *en syk person*.

Allmennleger som møter de samme pasientene over tid, behøver et fagspråk som ivaretar den nærhet og innsikt som dermed oppstår. Psykoterapibegreper kan her gi nyttig inspirasjon. Medisinstudentene møter begrepene i grunnutdanningen, men kan ha vansker med å gjenkjenne fenomenene de beskriver i en fastleges daglige virke. Går vi til språket pasientene selv bruker, tyder mye på at den psykoterapeutiske språkdrakten ikke er dem fremmed. En pasient kan for eksempel si: «Jeg vet ikke, det er mulig det var underbevissthetsen som spilte inn».

I denne artikkelen oppsummerer vi sentrale psykoterapeutiske begreper, supplert med illustrerende kasuistikker fra førsteforfatters egen fastlegepraksis. Artikkelen skrives i disse avsnittene i jeg-form. Samtykke fra pasientene er innhentet der det var aktuelt. Før vi gir en samlet oversikt over de mest aktuelle psykoterapeutiske begrepene, eksemplifiserer vi budskapet med en kasuistikk.

Jenta og skilsmissen – og fastlegen som bekreftet

Mor, som sto midt i en turbulent skilsmisse, ville at jeg som fastlege skulle snakke litt med «den tause 12-åringen» i familien. En tirsdag morgen venter mor på gangen, og jenta og jeg ser på hverandre inne på legekontoret. Hun er stille og ser ned. Jeg spør henne om hvordan det er å bo i to hus. Hun er fortsatt stille. Så spør jeg om det er noe hun har lyst til å si meg. Da ser hun opp og roper: «DET ER JO IKKE MIN SKYLD!» Hun gråter høyt. Jeg sier til henne: «Nei, det er ikke din skyld». Hun samler seg, smiler, reiser seg og sier: «Ha det bra!»

Et behov for bekreftelse ligger dypt i oss alle. Vi trenger at noen ser hvordan vi har det, og hvordan vi har hatt det. Fastleger er hver dag i berøring med slike situasjoner. En uforbeholden *bekreftelse* fra fastlegen kan virke forløsende og helsefremmende. Bekreftelse kan gis verbalt, med enkle ord som: «Nå har jeg hørt på deg, og jeg skjønner du er lei deg når du har opplevd det du har gjort». Non-verbale signaler som oppmerksomhet, blikk og tonefall kan samtidig være like viktig.

Den psykodynamiske virkeligheten på legekontoret

At psykoterapeutiske begreper har relevans for allmennmedisin, er ingen ny tanke. Viktige pionerer på feltet var ekteparet Michael og Enid Balint (2) (ramme 1).

Langs veien fra Balint til vår egen samtid, kunne mange navn og tanke-retninger vært nevnt. Her vil vi bare omtale noen få, fordi de direkte har influert, eller blitt formulert av, allmennmedisinere.

Psykiater Michael Balint (1896–1970) startet sitt arbeid med veiledning av allmennmedisinere i Budapest i 1920-årene (2). Etter krigen gjenopptok han sitt arbeid i England. Sammen med sin kone Enid Balint (1903–1994) veiledet han allmennmedisinere i grupper på 8–12 deltakere. Grunnfilosofien var at psykososiale stressfaktorer ofte kan skape fysiske helseplager, og motsvarende – at fysiske symptomer kan maskere psykososiale problemer. Tankegodset ga opphav til en faglig bevegelse som spredte seg til hele den vestlige verden. *Balint-grupper* ble også opprettet i Norge, men har vært lite tonegivende etter tusenårsskiftet.

Ramme 1. Balint-grupper i allmennmedisin

Begrepet *mentalisering* har fått økt oppmerksomhet (3). Dette forstås som evnen til å forstå andre mennesker ut fra indre eller mentale tilstander. Sagt med andre ord: evnen til å se den andre innenfra og seg selv utenfra. Et hverdagslig eksempel er å gjenkjenne og imøtekomme et gråtende barns tristhet og behov for nærhet og trøst fra stabile omsorgspersoner. Barn som ikke erfarer dette, kan seinere få problemer, både med å regulere egne følelser og forholde seg til andres følelser. Den danske allmennmedisinske forskeren Annette Sofie Davidsen (4) har argumentert for at fastleger bør ha gode mentaliseringsevner, for bedre å kunne fange opp hva pasienten formidler og for å fungere godt som lærer og veileder. I Norge er det særlig to leger med fot i både det allmennmedisinske og psykoterapeutiske landskapet, vi vil nevne. Den første er allmennlegen og forskeren John Nessa og hans arbeid med samtale og psykodynamikk i allmennpraksis. I boka *Medisin og eksistens* (5, s.122-23) skriver han:

Legens oppgave er å se, høre og registrere hva pasienten gjør uten å fordømme eller avvise. Legen skal utvikle evnen til å se pasienten som et helt menneske som har sine gode grunner til å oppsøke lege, selv om disse grunnene ikke alltid er lette å oppdage ved første kontakt. Et eksistensialistisk perspektiv på klinisk arbeid kan være både nyttig og konkret i møtet med pasienten. Men forutsetningen er at en er en kompetent lytter som både er villig og i stand til å møte pasienten med det pasienten faktisk uttrykker i det han eller hun sier.

Nessa gir også eksempler på hvordan lege og pasient arbeider med noe han kaller *identitetsfortellinger* (5, s. 81):

Fortellingen som kommer når Lise har godkjent legen som en verdig og kompetent tilhører, gjør at Lise også oppdager sammenhenger i eget liv, sammenhenger hun ikke hadde vært klar over tidligere. Hun hører seg selv fortelle og får lyst til å vite mer.

Den andre vi vil trekke fram er professor i allmennmedisin Edvin Schei, som med boka *Lytt: legerolle og kommunikasjon* (6) har levert et viktig og praksisnært bidrag til innsikt i lege–pasient-relasjonens dynamikk og muligheter.

I ramme 2 følger et utvalg psykoterapeutiske begreper som har kommet til å bety mye for førsteforfatteren som primærlege. Det finnes litt ulike definisjoner av disse begrepene. Vi har forsøkt å beskrive dem på en måte som virker gjenkjennelig i allmennpraksis.

Bevisst og ubevisst

Disse begrepene representerer på mange måter kjernen i tenkningen etter Sigmund Freud (1856–1939), og de preger vår kultur. Begrepene brukes i dagligspråket, samtidig som de fra et vitenskapelig synspunkt er omstridte. Med bevisste tanker og følelser menes her det vi får tak i og erkjenner. Samtidig styres våre handlinger og følelser av ubevisste skjemaer eller mønstre, dvs. mønstre vi ikke er klar over, og ikke uten videre klarer å endre. Det dreier seg ikke minst om dominerende relasjonsmønstre, ofte destruktive, som vi repeterer uten å vite det. Mye av målet med psykoterapi er å bli bevisst på dette, for så å eventuelt kunne forstå og endre.

Affekt

Affekt viser til en persons umiddelbare følelsesmessige reaksjon på noe. Å rette oppmerksomhet mot den følelsesmessige stemningen og endringer i denne under en konsultasjon, kan være svært virkningsfullt. Affekter kan kategoriseres som iver/interesse, glede, redsel/frykt, irritasjon/sinne, sjananse/skam, fortvilelse/tristhet, misunnelse/sjalousi, ømhet/nærhet/hengivenhet. Å bekrefte at en følelse er legitim, er sentralt i psykoterapeutisk behandling. Det er også bevissthet om ikke bare pasientens, men også legens egne følelser i møtet med den andre.

Tilknytning

Spedbarnet kommer alene til verden og knytter seg til omsorgspersonene. Er mor og far mentalt nærværende og forutsigbare, vil de oppfylle barnets basalbehov. Barnet stimuleres, ivaretas, trøstes -- og utvikler en trygg tilknytning. Opplever barnet derimot at omsorgspersonene ikke gir respons, omsorg og trøst, blir det utrygt. Dette kan på sikt få store konsekvenser for utviklingen, både personlighetsmessig, relasjonelt og helsemessig. Temaet tilknytning står sentralt i en rekke terapiretninger.

Ramme 2. Nyttige psykoterapeutiske begreper.

Forsvarsmekanismer

Her er det snakk om ubevisste mekanismer som beskytter individet mot å oppleve angst. F.eks. kan jeg fortrenge at jeg er sint, fordi det å være sint er uforenlig med mitt selvbilde og ikke minst uforenlig med idealet jeg har om meg selv. I og med at de er ubevisste, kan forsvarsstrategiene til en viss grad representere selvbedrag. Forsvarsstrategier utvikles typisk i barndommen, i den hensikt å overleve og dempe konflikter. Et klassisk eksempel er barnet av alkoholikeren som kan bli unnnvikende og usynlig, for ikke å sees og ikke være i veien. Alternativt kan barnet bli en «klovn» for å avlede oppmerksomheten fra mor eller far som drikker. Disse tilpasningsmekanismene følger med personen inn i voksen alder, der de er overflødige og til og med uhensiktsmessige.

Bekreftelse

I bekreftelse ligger det ikke nødvendigvis noen vurdering i den forstand at terapeuten tar stilling. Målet er derimot å formidle til pasienten at terapeuten skjønner hvordan det er å være pasienten, og at pasientens følelser er forståelige. Dette innebærer en direkte bekreftelse av den andres eksistens, som igjen styrker pasientens jeg-opplevelse og selvfølelse. Bekreftelsen fjerner tvil, gjør at pasienten føler seg lyttet til og sett, og den gir legitimitet (7). Pasienten kan fra barndommen ha erfaring med at følelser ikke bekreftes, men avvises, og i verste fall tillegges en destruktiv kvalitet. Psykoanalytiker Siri Gullestad meddeler at bekreftelse kan være med på å stoppe mer eller mindre evig selvbebreidelse fordi personens følelser blir forstått og validert. Det at terapeuten gir uttrykk for å tåle det som sees og bekreftes, uten å vike unna eller ta skade av det, kan være kraftfullt. Dette knytter seg også tett opp mot overføring.

Overføring

Pasientens tidligere erfaringer vil, i vid forstand, medbringes til møtet med legen. Særlig vil tidlige livserfaringer være viktige (se også omtalen av tilknytning). Ved at pasienten gjenskaper mønstre fra fortida vil også både gode og dårlige følelser fra fortida kunne vekkes til live i konsultasjonen, uten at pasienten er bevisst på det. Pasienten kan med sin framtoning f.eks. irritere terapeuten i en slik grad at terapeuten til slutt blir sint (se motoverføring, neste punkt), og med dette bekreftes pasientens opplevelse fra tidligere i livet, nemlig at «et menneske som kommer nær meg, blir sint på meg». Pasientens opplevelse av terapeuten utgjør gjerne en blanding av gamle mønstre og noe nytt som oppstår mellom de to partene her og nå. Det at terapeuten *ikke* lar

Fortsettes neste side.

seg lede inn i kjente spor og dermed ikke handler slik f.eks. foreldrene gjorde, kan ha helende effekt. Pasienten kan få nye erfaringer: «Jeg kan bli lei meg uten at den andre knekker», «jeg kan bli sint uten at jeg blir avvist.»

Motoverføring

En lege (terapeut) er, på linje med pasienten, et subjekt; en tenkende og følende person med egne emosjonelle erfaringer, tilbøyeligheter og utfordringer. Motoverføringen er alle de følelsesmessige svar pasienten vekker i terapeuten. Informasjonen som ligger i legens motoverføring, kan utforskes som en viktig kilde for å kunne hjelpe pasienten. Minner denne pasienten legen om noe annet/noen andre i legens liv? Gullestad & Killingmo (8) skriver: «For å forstå en annen person må vi lytte ikke bare til den andre, men til oss selv».

Hvor går så grensen mellom empati og motoverføring? Gullestad & Killingmo definerer empati som «terapeutens innlevelse i pasientens opplevelsesverden gjennom en identifikasjon med pasientens følelser» (8). Mennesket har en allmenn tendens til å speile følelser og adferd en ser hos andre. Det kan kalles «resonans». Kognitiv forståelse kan også brukes; terapeuten tenker seg hvordan den andre har det. Uansett vil empati i stor grad handle om det som er bevisst for terapeuten, mens begrepene overføring og motoverføring retter oppmerksomheten mot de mer ubevisste kreftene som er i sving på begge sider.

Motstand

Dette begrepet dekker flere fenomener. Det kan handle om at pasienten vegrer seg for å se konfliktfylte forhold eller følelsesladete erfaringer i øynene. Et annet eksempel: det å bli frisk eller oppleve bedring, vil for enkelte mennesker være assosiert med ambivalens og subtil motstand. Fastleger møter iblant pasienter som nærmest «saboterer» behandling på måter som ved første øyekast virker uforståelige. Pasienter gjør sjelden slikt bevisst, og vil derfor ha vanskelig for å erkjenne hva som foregår. Konfrontasjon virker gjerne kontraproduktivt og vil kunne spolere alliansen mellom lege og pasient. Her kan det gi mening å tenke at individet beskytter seg mot noe som truer dem mer enn det helseplagene gjør. En syk person kan i stor grad tillate seg å være bare syk. Å bli frisk kan innebære å miste den sympati en møter som syk, kombinert med flere og høyere krav enn pasienten makter å innfri. Ansvar i yrkeslivet, ansvar for barn og familie, å måtte ta stilling til vanskelige saker. Det er viktig å identifisere og gripe forståelsesfullt tak i slik motstand, for den kan ellers trumfe alle legens forsøk på å løse pasientens helseproblem og skape stor frustrasjon hos behandleren.

Autentiske pasientkasuistikker

Mannen og mor – og fastlegen som innsiktsfull medtenker

Han var en vennlig mann jeg sporadisk hadde hatt på kontoret for alminnelige plager. Med flere års mellomrom uttrykte han at livet var vanskelig. Han var tilbakeholden og ordknapp. Jeg henviste han ved noen anledninger videre til psykolog. Der sluttet han gjerne etter kort tid. Litt tilfeldig spurte jeg hvorfor han hadde sluttet hos den siste psykologen. Det slo meg da at han virket så redd for å kreve sin plass, redd for at hans vansker ikke skulle være viktige nok. Disse tankene delte jeg med han. Jeg sa, litt uventet for meg selv, at det kunne minne meg om barn av alkoholikere som har lært seg å ikke synes, og som i voksne år blir redd for å ta plass. Han rettet seg da merkbart opp og responderte: «Det er det rareste jeg har hørt. Jeg fikk for noen dager siden høre at mora mi var full gjennom mer eller mindre hele min oppvekst. Det forsto jeg aldri da.»

Forsvarsmekanismen denne mannen hadde utviklet som barn, nemlig å ikke ta plass og bare trekke seg tilbake, hadde han tatt med seg videre i livet. Dette hindret ham i å få adekvat hjelp som voksen. Fastleger kan definitivt utmattes av pasienter som krever for mye, men vi må også legge merke til dem som krever for lite.

Fastleger møter hver dag mennesker med vonde erfaringer fra oppveksten. Gjennom et langt voksenliv vil mange klandre dem en vokste opp med for ikke å ha vært til stede og gitt omsorg. Den innsiktsfulle fastlegen kan forstå dette og gi bekreftelse. Iblant kan det i seg selv bli et vendepunkt, eller det kan på lengre sikt bidra litt til å lindre et savn pasienten bærer med seg.

Når jeg etter mange år betrakter mannen med alkoholisert mor på denne måten, og plutselig evner å sette ord på hans forsvarsstrategi, kan vi snakke om *mønstergjenkjenning*. Fenomenet omtales i Linn Getz og medarbeideres artikkel om hvordan allmennmedisinsk arbeid kan betraktes i lys av kompleksitetsteori (9). Leger er i utgangspunktet trent i å gjenkjenne konvensjonelle diagnostiske mønstre som diabetisk koma, leddgikt eller bipolar lidelse. Men evnen til mønstergjenkjenning kan utvikles også på det relasjonelle planet, hvor legen kan spørre seg: «Hva er det egentlig som foregår nå?» Hva minner dette om? Og like viktig som mønstergjenkjenning er mønsterbrudd. Mange fastleger kan fortelle om situasjoner der en kjent pasient sa eller gjorde noe uventet, og at dette ledet legen til å identifisere alvorlig sykdom. Leger som ikke kjente pasienten ville derimot lettere ha bagatellisert situasjonen.

Sjåføren og bussen – om havari og reparasjon

En av mine pasienter, en yrkessjåfør, hadde vært på ferie i Syden. Turistbussen han hadde vært passasjer i, hadde krasjet. Det var både omkomne og skadde i ulykken, og min pasient var også hardt kvestet. Ingen ble stilt til ansvar for ulykken. Min pasient kom seg ganske greit kroppslig. Sårene og bruddene grodde, men noe var fortsatt galt. Han utviklet hodepine og muskelsmerter; plager han tidligere aldri hadde hatt. Jeg ba ham fortelle om ulykken og det framkom at sjåføren av turistbussen åpenbart hadde hatt promille. Dette hadde min pasient forstått et stykke ut i bussturen, uten at han hadde fått seg til å gripe inn. Nå følte han en enorm skyld for dette, og skyldfølelsen ga kontinuerlig næring til grublerier og nedstemthet. Pasienten fikk for neste time hos meg i oppgave å lage en «pro et kontra»-liste. I venstre kolonne skulle det stå: «Grunner til at jeg er skyldig i ulykken». I høyre: «Grunner til at jeg IKKE er skyldig i ulykken». Da han kom tilbake uka etter, smilte han. Han la arket foran meg, og vi så på det sammen. Jeg spurte hva han tenkte, og han sa: «Ja, du ser jo at kolonnen til høyre er litt lengre enn den til venstre. Det er jeg glad for. Men det jeg er aller mest glad for er at jeg kom på det siste jeg skrev der i den høyre kolonnen. Ser du? DET VAR IKKE JEG SOM KJØRTE BUSSEN. Det er ikke jeg som skal kjenne skyld og skamme meg».

Skyldfølelse er det mye av på norske fastlegekontor. Den kommer i alle varianter, innvevet i komplekse tanker og væremåter. Depressivitet, selvnedvurderende tanker, kritikk av andre, bebreidelser, vondt i hele kroppen. Å finne gode måter å hjelpe mennesker til å gjenkjenne og bearbeide skyld og skamfølelser i hverdagen er, slik jeg vurderer det, viktig bidrag til god folkehelse. Sagt med Michael Stein (10, s. 152, vår oversettelse):

Leger holder verden på plass for pasientene (...) etablerer en legitimitet for deres synspunkter. Vi tilbyr kontakt og omsorg/bekymring. Det beste vi kan gjøre som leger er å være åpne for refleksjon over pasientens smerte. Legens jobb er å gjøre smerten mulig å dele. Er det umulig å dele (...) denne smerten (...) bidrar det til en skrekkopplevelse.

Kvinnen og alkoholen – en illustrasjon av overføring

Jeg hadde hatt utallige samtaler med henne og tenkte at jeg kjente henne godt. Livet hadde vært vanskelig både privat og på jobb, og hun var i ferd med å falle ut av yrkeslivet. Dermed begynte telefonene fra NAV å komme, og alt ble enda vanskeligere. Jeg vurderte at flere instanser måtte inn i saken og henviste pasienten til distriktspsykiatrisk senter (DPS). Hun fikk god hjelp der en periode. I utskrivelsespapirene la jeg merke til to ting: «God kontakt med fastlegen» og «Et betydelig alkoholoverforbruk». Det siste var totalt ukjent for meg. Neste gang hun kom til meg spurte jeg om dette med alkoholen. Hun smilte og sa at

DPS også hadde lurt på hvorfor hun ikke hadde delt dette med fastlegen som hun jo hadde god kontakt med. «Og da måtte jeg bare si til dem, at fastlegen min er den siste jeg vil skuffe!»

Positiv overføring gjør at legen kan oppleve pasienten som takknemlig, sjenerøs og lett å ha med å gjøre. Men idet positiv overføring tipper over i idyllisering, blir det faglig uhensiktsmessig. Det «styggeste» kan dermed ikke nevnes, det skamfulle og flaue har ingen plass. Det idylliserte forholdet har ikke rom for den utforskende ærligheten som kan åpne opp for viktige erkjennelser. Som mottakeren av ubetinget positiv overføring kan legen påpeke: «Jeg legger merke til at du sier så mange positive ting om meg. Jeg tåler godt at du også kommer med det som ikke er så positivt. Hva tenker du om det?»

Fastleger vil gjerne jobbe for å skape trygghet og fellesskapsfølelse. Et verktøy i dette er småprat:

Båt og kabriolet – og en tolerant pasient

Dette skjedde mens jeg var ung allmennlege, for mange år siden. Min kollega fikk et langvarig sykefravær, og jeg tok ansvar for hans pasienter. Jeg skulle dosere blodfortynnende medisin hos en av disse. Det var raskt effektuert. Da lente pasienten seg tilbake og sa: «Ja da. Og så pleier jeg og dåkter'n å snakke litt om båt og kabbrole når det nødvendige er unnagjort.» Jeg måtte da innrømme at jeg selv hverken hadde båt eller kabriolet. Pasienten lente seg da fram og sa, med glimt i øyet: «Ikke jeg heller». Vi fikk oss en god latter begge to.

Gjennom slike møter minnes jeg på at pasientene kan ta et vel så stort ansvar som legen for å få opprette og opprettholde kontakt. Legen tror det foregår pasientsenteret aktivitet, men oppdager så at spillet foregår på egen banehalvdel og ikke pasientens.

«Legen fra helvete, det var meg» – om å bli sett i grevens tid

Jeg kjente pasienten fra noen spredte besøk på kontoret tidligere. I den aktuelle konsultasjonen var hun lei seg for mange ting, men aller mest for å ha blitt «dumpet» av en mann. Hun var rundt førti år og barnløs, og kjente på muligheter som glapp. Yrkesaktiviteten var skjør, hun var utslitt og sov lite. Det fulgte flere konsultasjoner de neste ukene. Hun kom forgrått inn på time med stadig nye fysiske og psykiske plager. Hun framstod kort og godt som et deprimerert menneske i oppløsning. Min strategi ble å forsøke å rydde i kaoset: «Vi må behandle krisen, uroen og søvnvanskene dine først, og så får vi se hva som er igjen av

kroppslige plager når vi har jobbet med dette. Er det feil, får du heller skylde på meg.»

Pasienten hadde også symptomer fra sin velkjente, urolige mage. Dette tolket jeg som en del av depresjonen og søvnløsheten. Da jeg omsider forsto at hun hadde utviklet også andre mageplager, henviste jeg henne til sykehus. Det skulle vise seg at denne pasienten hadde kreft.

Da epikrisen kom, ble jeg først forskrekket. Jeg presenterte kasuistikken anonymt for mine kolleger for at de skulle hjelpe meg å se hva jeg hadde sett og ikke sett. En forsinket diagnose er en stor belastning for alle involverte, også for legen. Samtidig er forsinkede diagnoser ikke til å unngå i medisinenes førstelinje. En sykehuskollega sa det på en måte som trøstet meg en stund: «I allmennpraksis må ting rekke å vise seg fram for at en skal kunne få øye på dem».

Ett år senere mottok jeg en klage i den aktuelle saken. Pasienten beskrev der hvordan legen (jeg) systematisk hadde nektet å høre på henne og avviste hennes symptomer og plager. Jeg ble oppriktig lei meg og skrev et svar. Der var mitt mål å være nyansert og se situasjonen både fra hennes synsvinkel (som satt der med et dårlig resultat) og min (som hadde handlet ut fra det jeg så og ikke minst forventet å se). En kollega gjorde meg oppmerksom på at jeg ikke hadde forstått at jeg faktisk var ANKLAGET, og at jeg derfor skulle FORSVARE meg. Det neste døgnet leste jeg klagen gang på gang. Jeg sank ned i en avgrunn der det bare var pasientens versjon av historien som eksisterte. Vissheten om at mitt hode måtte legges på hoggestabben, og at jeg var ferdig som lege, begynte å fylle meg.

I dagene som fulgte fortsatte jeg å gå på jobb, men jeg spiste knapt og sov minimalt. Jeg opplevde meg som en fryktelig lege som ikke burde se folk. Jeg ble ekstremt defensiv i møte med pasientene som jo fortsatte å komme med sine plager og sin uro. Jeg kunne ikke berolige noen og sendte urimelig mange videre til undersøkelser og spesialister. En pasient sa i det hun tok i dora på veg ut: «Ja, jeg var ikke egentlig så urolig før jeg kom, men nå er jeg virkelig redd».

To uker gikk og hele min framtoning, både den verbale og non-verbale, oste av min visshet om hvor grusom jeg var. Det var likevel enda mer smertefullt å være alene, men jeg skjønnte at jeg snart måtte være det. Når klagen om litt ville bli behandlet og jeg ville ble avslørt som verdens verste lege, måtte jeg jo slutte å jobbe. En kollega sa til meg at det var vel slik at det ikke var jeg som hadde plantet kreften hos pasienten, og dette var det eneste jeg fant sant i situasjonen.

Til alt hell hadde jeg forut for denne hendelsen arbeidet ett år på psykiatrisk avdeling som ledd i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Praksisen der var ledsaget av obligatorisk veiledning med psykoterapeut, og veiledningen var ennå ikke avsluttet. Noen dager etter at jeg hadde sendt mitt svar på klagen, og altså var i elendig forfatning, ba jeg om å få bruke timen på meg selv. Jeg fortalte

historien og at jeg var blitt «legen fra helvete». Terapeuten responderte på en helt annen måte enn de trøstende kollegene jeg tidligere hadde snakket med. Han sa: «Ja, det er jo det du er (...) pasienten har gjort deg til en grusom lege.» Han påpekte at pasienten hadde rammet meg følelsesmessig, og det måtte jeg bearbeide med følelse. Han sa ganske enkelt at jeg måtte begynne å spise og sove og erkjenne at pasienten hadde gjort meg til det onde mennesket jeg kjente at jeg hadde blitt. Han fortsatte: «Den onde legen må ta et valg. Enten må hun slutte å jobbe og dette er det gode grunner for hvis en er en ond lege. En ond lege vil jo både planlegge og utføre nye onde handlinger. Alternativet er å fortsette og jobbe. Du vet du er ond, men hold øynene oppe og se om omgivelsene behandler deg som den onde legen du vet du er. Dersom du ikke opplever at dette skjer, og at de rundt deg tvert imot behandler seg som om du er god, vil du i neste runde måtte velge hvilken oppfatning av deg som faktisk stemmer.»

Der og da bestemte jeg meg for alternativ to – å ta vare på meg selv og fortsette på jobb med blikket åpent for omgivelsenes respons på meg. Og det virket! Med undring og forbløffelse la jeg merke til at omgivelsene behandlet meg som et godt menneske. Bedringen kom i løpet av et par dager. Jeg hadde aldri trodd at en slik tilfriskning var mulig hvis jeg ikke hadde vært hovedperson i historien.

I denne vanskelige saken var det åpenbart sterke krefter i sving, både overføring og motoverføring. Jeg følte på mye skyld, og jeg ble straffet nettopp slik pasienten ubevisst kunne ha behov for. Styrken i reaksjonen min sier både noe om kraften i pasientens sinne og noe om min egen sårbarhet: Er jeg ikke flink, så er jeg ikke god, og er jeg ikke god, så er jeg ond. Uheldig utfall i en konkret sak jeg håndterte ledet til generalisert nedvurdering av meg selv som person. Antakelig er slike prosesser vanligere enn vi tenker over.

Dette er uten tvil den historien som har preget meg aller mest som menneske og lege. Jeg har i årene som har gått etterpå kjent meg svakere fordi jeg nå vet hvor hardt jeg kan rammes, men også sterkere fordi jeg har holdt ut med meg selv under tung selvforakt. Jeg har fått en årvåkenhet når det kommer til å detektere skyldfølelse og skamfølelse hos pasienter, og ikke minst hos studenter og kolleger jeg har veiledet. Alt dette gjør at det aller mest smertefulle jeg har opplevd i min doktorgjerning, skulle jeg aldri vært foruten.

Fastleger må akseptere at enkelte av pasientene medbringer mye følelsesmessig «ammunisjon» som kan ramme legens sårbarhet kraftig. Når det skjer, har det begrenset effekt å behandle situasjonen bare på et rasjonelt plan. Jeg kan granske en sykehistorie og tenke at her har jeg opptrådt for-

svarlig på alle måter. Samtidig kan jeg registrere at skyldfølelsen fortsetter å gnage. Da må jeg erkjenne at «følelsene mine er rammet», og kan hende be en kollega om å lytte. Det er ikke først og fremst forsikringer om at jeg ikke har gjort noe galt jeg trenger, men bekreftelse på at det gjør vondt å bli rammet. Slike saker kan bli til å leve med når de kan forstås og tas imot av en kompetent lytter.

Diskusjon

Så langt har vi beskrevet hvordan leger som arbeider i helsetjenestens første-linje, kan ha nytte av veletablerte, psykoterapeutiske nøkkelbegreper. Det er både likheter og forskjeller mellom en fastleges og en psykoterapeuts hverdag. De stringente 45 minutter lange timene hos psykoterapeuten representerer et helt annet format enn hverdagskonsultasjonen hos en travel fastlege. Der opptrer avbrudd hyppig, og det at dagen ikke går etter planen er regelen snarere enn unntaket. Noe fastlegen og psykoterapeuten har til felles, er imidlertid den langvarige relasjonen til pasienten. Fastlegen har derimot bredere kjennskap til pasientens nettverk, og vil ofte også være primærlege for pasientens familiemedlemmer. Felles har de at fenomener som overføring og motoverføring utspiller seg på begge de faglige arenaene.

For oss gir det mening å betrakte de psykoterapeutiske begrepene i lys av nyere strømninger innen allmennmedisinsk fagutvikling. En slik strømning er *narrativ medisin*, med toneangivende tenkere som den britiske allmennlegen John Launer (11) og den amerikanske legen Rita Charon (10). Narrativ medisin dreier seg om å vie pasientenes historier oppmerksomhet. Og da ikke første og fremst objektive, biografiske fakta, men historiene slik pasientene erfarer dem og lever dem. Historier som på den ene siden kan være fastlåste, men som også har et potensial for endring. Slikt arbeid forutsetter at legen har et reflektert forhold både til seg selv og til dynamikken i konsultasjonen. Charon sier (10, s. 150, vår oversettelse):

Ved å legge til rette for at pasientene over tid kan fortelle sine livshistorier, gjør legen dem delaktige i en prosess der de kan rekonstruere seg selv gjennom erfaringen med lidelsen. Gjennom slike felles prosesser blir også leger mer åpne for forandringer, de kommer selv i kontakt med egen sårbarhet og avmakt (...) (som) kan utgjøre noe av det meste kraftfulle i legers tilrettelegging for tilheling hos pasientene (...)

Gi mest til dem som har størst behov

En av allmennmedisinens etablerte kjerneverdier er å «gi mest til dem som har størst behov» (12). Det er ingen formell konsensus om hva dette faktisk betyr, og det kunne være gjenstand for en egen artikkel. I denne sammenheng ønsker vi å peke på at for å leve opp til et slikt ideal, er det viktig at

legen ikke gir for mye til de pasientene det umiddelbart er lett å forstå og like.

Trygge mennesker er en slik gruppe. De vil i stor grad ha etablert god tilknytning tidlig i livet. De møter fastlegen med tillit, respekt og avbalanserte forventninger. De tar ansvar for egen helse og viser åpenhet for andres meninger uten at deres egne meninger viskes ut. Det verbale og det non-verbale språket harmonerer, og uttrykker noe som i stor grad er entydig for både pasienten og terapeuten.

Utrygge mennesker strever ofte med helsa. Som gruppe trenger de mer legehjelp enn andre, men de kan fort ende opp med å få mindre. Utrygge mennesker kan, med ambivalens, unnvikelse eller mistenksomhet, vekke frustrasjon og antipati hos legen. Legen på sin side kan, både bevisst og ubevisst, opptre avmålt og avvisende. Dermed bekreftes nok en gang pasientens opplevelse av at «ingen holder ut med meg, ingen liker meg. Det er farlig å gi noen tillit, for jeg blir bare utstøtt i neste omgang». Innsikt i psykoterapiens begrepsapparat kan gjøre det lettere å møte mennesker som det er vanskelig å føle umiddelbar sympati for, mer profesjonelt med et åpnere blikk for relasjonens muligheter. Det kan øke kvaliteten på hverdagskonsultasjonene og i neste omgang bidra til rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser.

Dårlig magefølelse – hva handler det om?

Idet jeg åpner timeboka og får oversikt over dagens pasienter, skjer interessante ting som jeg med tiden har blitt mer oppmerksom på. Navnene på lista vekker følelser i meg. Det kan være ansvarsfølelse, medfølelse, nysgjerrighet, og iblant en anelse tretthet. Noen navn assosieres definitivt med krevende øvelser, men jeg tenker det skal gå greit. Andre pasienter vekker en udefinert uro i meg. En autonom, kroppslig respons som ikke er bearbeidet i hjernebarken; jeg har valgt å kalle den «gruff i magen». Her kommer motoverføring til uttrykk på nonverbalt, kroppslig nivå, og her ligger viktig informasjon -- både om pasienten og om meg selv. Klarer jeg å håndtere denne fornemmelsen med utforskende nysgjerrighet, er mye vunnet. Et rom for refleksjon åpnes: «Den fornemmelsen jeg opplever i møte med pasienten, vekkes kanhende også hos andre. Hva er det i så fall med denne pasientens framtoning som fortjener å bli bedre forstått? Eller kanskje vekker ikke pasienten slik respons hos andre? Hvorfor skjer det da med meg? Minner vedkommende meg om noe eller noen?» Ved å stille slike spørsmål og se meg selv utenfra, opplever jeg at ubehaget avtar, og jeg erfarer at jeg i mindre grad opptrer instinktivt og uhensiktsmessig i konsul-

tasjonen. Blindsonene mine minker, og faren for å gjøre feilvurderinger reduseres.

På sin side kan de pasientene som ofte utløser avvisning, også utenfor legekontoret, oppleve å bli møtt og tålt på en ny måte. Det kan bli et lite skritt i helende retning.

Et psykoterapeutisk hverdagsspråk?

Vi håper å ha vist at de klassiske psykoterapeutiske begrepene har høy klinisk relevans i allmennmedisinsk hverdag, særlig innen rammen av kontinuerlige lege–pasient–forhold. Kan vi utvikle et mer hverdagslig språk for å snakke om dette? Eller kanskje har vi et rikt nok språk allerede? Er jakten på ordene litt som å lete etter brillene som sitter oppå hodet vårt? Kanskje handler det mest av alt om å erkjenne den kliniske relevansen, og ikke minst den unike verdien, av allmenn menneskekunnskap?

Innledningsvis belyste vi at mange pasienter selv bruker begrepene *bevisst* og *ubevisst*. Inndelingen er vitenskapelig tvetydig, men den kan fungere i praksis. Ordet *tilknytning* lar seg også ganske lett forstå. Mange pasienter har en umiddelbar forståelse av, og en forsoning med, at egen oppvekst på godt og vondt har vært definerende for den en har blitt eller ikke blitt. De vil kunne tilskrive egen trygghet en uforbeholden kjærlig far, eller kunne fortelle at en grunnleggende utrygghet alltid «fulgte med på lasset» etter at en storebror plutselig døde og foreldrene forsvant inn i en skygge av sorg. «Ble du sett av noen i oppveksten?» er et dekkende nøkkelspørsmål for fagpersoner. «Fantes det en trygg havn der du kunne søke ly når ting ble vanskelige?», kan fungere som et enda enklere spørsmål. Aller enklest er kanskje: «Hvem trøstet deg da du trengte det?»

Et annet tilgjengelig ord i språket vårt er *sårbarhet*. Det handler om hvordan vi mennesker tåler og bearbeider det som skjer med oss. Sårbarheten vår rommer mye; genetisk disposisjon, relasjonell tilknytning, tidligere opplevelser med svik og trøst, seire og tap, sosial integrasjon eller isolasjon. Dette er alt menneskelige erfaringer som står sentralt i psykoterapien. I oppdragerrollen kan jeg huske en gang barnet mitt falt og pådro seg et skrubbsår, men ikke syntes trøsten fra mor var god nok. Pekende på rester av gammel sårskorpe utbrøt barnet: «Jeg slo meg faktisk på såret, mamma! Ser du, jeg hadde sår der fra før!» I min kliniske praksis har jeg senere brukt uttrykket «*Å slå seg på såret*». Jeg har opplevd at det forstås intuitivt; pasientene vil gjerne bekrefte: Noe gjorde ekstra vondt fordi det rammet «oppå» noe annet og både minnet om det og forsterket det. Et av presten Karsten Isachsens (1944–2016) «grukk» var dette: «Du kan bare såres på områder du er sårbar».

Ordene *overføring* og *motoverføring* anvendes sjelden i allmennmedisinsk sammenheng. Vi har beskrevet hvordan pasienter kan idyllisere eller demonisere legen sin, og hvordan en lege kan kjenne både ømhet og «gruff i magen» ved synet av kjente pasientnavn. Fenomenene opptrer, slik vi har belyst, i rikt monn på fastlegekontorene hver dag. Her er det rom for både fagutvikling og videre forskning. I jakten på å *se mennesket* er fortsatt mye terreng uoppdaget. De metaforiske brillene befinner seg fortsatt på hodet. De må ned på nesa, slik at vi kan oppdage og optimalisere disse allmenne begrepene som antakelig ligger rett foran oss.

En måte å ivareta noen av psykoterapibegrepene på, kan være å tenke at en selv har *ei indre knaggrekke*. En knagg på rekka symboliserer min egen tilknytning til andre mennesker, på godt og vondt. En annen knagg representerer min toleranse for andres følelsesutbrudd. En tredje er bevisstheten om hva slags egenskaper hos pasienter jeg har størst problemer med å forholde meg profesjonelt til. På den fjerde knaggen henger alt det jeg liker litt for godt, og der skal jeg passe litt ekstra på! En knagg jeg har under stadig evaluering heter «mine mulige blindsoner.»

Som generalist i helsetjenestens førstelinje er det fastlegens oppdrag å ivareta to samtidige perspektiv. På den ene siden generell medisinsk kunnskap om menneskelig helse og sykdom, og på den andre siden partikulær kjennskap til den enkelte pasienten som person. Integrasjonen er både krevende og givende; av Anna Luise Kirkengen, professor emerita i allmennmedisin, betegnet som en forutsetning for å kunne tilby pasienten «trøst, støtte, hjelp og helbredelse» (13). Store og små feilvurderinger er der nest ikke til å unngå, slik denne artikkelen også illustrerer. Samtidig er det dokumentert betydelige gevinster av kontinuerlige lege-pasient-forhold, både med tanke på hensiktsmessig bruk av helsetjenester og overlevelse blant pasientene (14). Norske fastleger og andre som møter hjelpetrengende mennesker over tid har all grunn til å la seg inspirere og fascinere av kunnskapen om den terapeutiske relasjonens rolle i det medisinske landskapet. Vi håper denne artikkelen kan bli et bidrag i så måte.

Sluttord

Da han gjestet TV2 i 2021, ble den legendariske musikeren Bruce Springsteen spurt om han fortsatt kunne kjenne på usikkerhet midt oppi all suksessen. Han lot følgende ord falle:

Of course. (...) you are the same insecure kid you were when you were 15 or 16. All those things seem to track along with you through life.

Slike «usikre 15-åringer» møter vi hver dag på fastlegekontoret – i alle aldre. 15-åringen i oss kommer oftere fram i krise, og folk som til vanlig ikke er mye syke havner gjerne i kontakt med legen sin når livet går dem imot. Fastlegen må gjenkjenne og bekrefte denne 15-åringen, og også tidvis anerkjenne og forstå 15-åringen i seg selv. Lykkes vi med det, ser vi for oss bedre forståtte pasienter og mer tilfredse fastleger. Med dette får vi en mer robust primærhelsetjeneste, forankret i nettopp *å se mennesket*.

Litteratur

1. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 433–6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239699/> (7.4.2022).
2. Lakasing E. Michael Balint: an outstanding medical life. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 724–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464079/> (7.4.2022).
3. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 1991; 72: 639–56.
4. Davidsen AS. To survive, general practice needs to reintroduce the psychodynamic dimension. *Psychodynamic Practice* 2010; 16: 451–61. <https://doi.org/10.1080/14753634.2010.511045>
5. Nessa J. *Medisin og eksistens*. Oslo: Gyldendal, 2003. <https://www.nb.no/items/7b46757d848ce69030259ace3a0d2278?page=0> (7.4.2022).
6. Schei E. *Lytt: legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2015. <https://www.nb.no/items/66ddd06bf2d3296a468e64b91f3d7049?page=0> (7.4.2022).
7. Killingmo B. A Plea for affirmation: relating to unmentalised affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 2006; 29: 13–21. <https://doi.org/10.1080/01062301.2006.10592775>
8. Gullestad SE, Killingmo B. *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005. <https://www.nb.no/items/4d7371ce4baca1e406165f9ff34077c8?page=0> (7.4.2022).
9. Getz L, Hjørleifsson S, Saxtrup N et al. Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde. *Michael* 2021; 18: 17–39.
10. Stewart M, Brown JB, Freeman TR. The fourth component: enhancing the patient-doctor relationship. I: Stewart M, Brown JB, Weston W et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3. utg. Boca Raton: CRC Press, 2014: 142–54.
11. Launer J. *Narrative-based primary care*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 2002.

12. *Sju teser for allmennmedisin*. Norsk selskap for allmennmedisin: 2001. Norsk forening for allmennmedisin. 2019. 7 teser_7 (legeforeningen.no) (19.12.2021).
13. Kirkengen AL. Encountering particulars: a life in medicine. *Perm J* 2005; 9: 12-22. <https://doi.org/10.7812/tpp/04-157>
14. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Takk til psykoanalytiker og professor emerita i psykologi Siri Erika Gullestad for diskusjon av artikkelens begreper og kasuistikker, psykiater og psykoanalytiker Svein Haugsgjerd for introduksjon til ekteparet Balints virke, samt de tre fagfellene for konstruktive innspill. Arbeidet er utført med støtte fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

*Kari Thori Kogstad
k-tkogs@online.no
Gjerdrum legesenter
Nystuen 1
2022 Gjerdrum*

Kari Thori Kogstad er spesialist i allmennmedisin og gruppeveileder Dnlf.

*Linn Okkenhaug Getz
linn.getz@ntnu.no
Allmennmedisinsk forskningsenhet
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Fakultet for medisin og helsevitenskap
NTNU
Postboks 8905 MTFS
7491 Trondheim*

Linn Okkenhaug Getz er lege og professor i medisinske atferdsfag.

Medisinhistorie i Kyiv – attraksjon satt på vent

Michael 2022; 19: 160–75.

Krigen i Ukraina vekker minner. I romjulen 2013 var vi i hovedstaden Kyiv for å oppleve byen og undersøke om den var et aktuelt reisemål for en medisin-historisk gruppereise.

Vi fant mye interessant, spesielt det medisinhistoriske museet som på en tankevekkende måte koplet sammen helsehistorien med Ukrainas generelle, kompliserte historie. Men de politiske forholdene var for urolige til å arrangere en gruppereise. Og langt verre har det som kjent blitt.

Kunstverk og minnesmerker blir ofte krigsmål. Ved å ødelegge slike symboler, endrer angriperen også fortiden. Hvordan går det med Kyivs historiske attraksjoner? Og identitet?

På høstparten 2013 oppsto ideen om å ta en tur til Kyiv. Vi bestilte, i meget god tid, flybilletter og innkvartering for romjulen på det sentrale hotell «Dnipro», med sitt ukrainske navn etter elven som på russisk heter Dnepr.

Men så var det altså utviklingen i nyhetsbildet høsten 2013. I media hørte vi om økende politisk uro og etter hvert om opprør. Ukrainas russisk-vennlige president Viktor Janukovytsj var under sterkt press fra politiske motstandere. Den 21. november 2013 nektet han å skrive under en avtale om å søke EU-tilknytning. Det ble gnisten som fenget. Opprøret eksplo-derte. Maidan-plassen midt i Kyiv ble det sentrale stedet for kraftfulle demonstrasjoner. Tidligere statsminister Julija Timosjenko satt i fengsel og ble en samlingsfigur for motstanden mot regimet.

Kyiv 2013 – et ulmende bål

Da julen 2013 nærmet seg, virket det som om alt var blitt roligere. Vi dro av sted. Men rolig var det slett ikke. Allerede da taxien svingte opp foran hotellet, som lå rett rundt hjørnet for Maidan-plassen, var det klart at hit

gikk det ikke an å komme med noen gruppe før tidene ble mer normalisert (figur 1 & 2). Støyen var øredøvende. Opprørte mennesker med plakater og kamprop blandet seg med juletrafikk og høylytte artister og agitatorer.

Komplisert og dramatisk fortid

Ukrainas historie er skremmende, ikke minst sett fra et moderne, norsk synspunkt (1,2). Litteraturen forteller hvordan konflikter i denne delen av verden har lange tradisjoner for å bli håndtert med rå makt.

Kanskje har det vært et hovedproblem for de store, fruktbare slettene at de har få naturlige, geografiske skiller mot områdene omkring. Folkegrupper har bølget fram og tilbake og dannet riker av varierende utstrekning og sammensetning. Imperialisme og nasjonalisme har vekslet. Tilbake på 1000-tallet var Kyiv-riket det arealmessige største landet i Europa. Byen Kyiv var sentrum og ble arnested også for russisk kultur. Men så gikk utviklingen videre med oppdelinger og nye herskere. Omveltninger ble ofte gjennomført med brutalitet og menneskeforakt, plyndringer og massakrer. Historiefortellingene om hendingene kan også være preget av skriftningene, av hvilke øyne som skuer tilbake. En frihetshelt i en framstilling kan ha fått motsatt fortegn i en annen.

Ser vi på de siste hundre års historie, den moderne tid etter revolusjonen i Russland og Den første verdenskrig, begynte også denne perioden dramatisk. Ukraina var riktignok erklært selvstendig i 1918, men ble invadert og delt mellom Polen og den nye Sovjetunionen i 1921. 2–3 millioner mennesker mistet livet i kampene. I 1921 var det også tørke, slik at det ble hungersnød.

Fra 1923 var de politiske forholdene for så vidt stabile, ettersom Ukraina da gikk inn som en republikk i Sovjetunionen. Men årene fram til Den annen verdenskrig ble grusomme for befolkningen. Hardhendt styrt industrialisering, kollektivisering og russifisering snudde opp ned på samfunnet. Det medførte blant annet hungersnød i 1932–33, da flere millioner døde av sult. Den tyske invasjonen i 1941 viste seg fort å være brutal og hensynsløs. 5–7 millioner ukrainere døde i krigsårene.

Ukrainas historie henger nært sammen med jødeforfølgelsesens forløp i Europa. Det var en stor jødisk folkegruppe i Ukraina. Den hadde vært utsatt for trakassering og forfølgelse langt bakover i tiden, især fra tsartiden i 1880-årene, og det vedvarte. Etniske ukrainere var med på dette, også under den tyske okkupasjonen, der jødeutryddelse etter hvert foregikk i stort omfang og uten nåde.

Krimhalvøya hadde vært russisk, men etter Josef Stalins død i 1953 ble Krim overført fra den russiske til den ukrainske sovjetrepublikken i 1954.

Den nye lederen i Moskva, Nikita Krustsjov (1894–1971) sto for dette. Begrunnelsen antas å være at han trengte ukrainsk støtte for å befeste sin posisjon. Så lenge Sovjetunionen besto, hadde denne statusendringen for den autonome halvøya liten praktisk betydning, men dette skulle endre seg dramatisk senere (3).

Et annet viktig årstall er 1986. Informasjonen om ulykken ved atomkraftverket i Tsjernobyl ble forsøkt neddyttet, men det gikk ikke, og saken bidro til å utløse ukrainske folkebevegelser mot styresettet.

I 1991 ble Ukraina en selvstendig stat etter oppløsningen av Sovjetsamveldet. Avgjørelsen om dette regnes som utløst av det konservative, mislykkede statskuppforsøket i Moskva mot den reforminnstilte president Boris Jeltsin (1931–2007).

Nå skulle Ukraina styres og fungere uavhengig etter vanlige demokratiske prinsipper, men dette ble konfliktfylt. Det var stadige politiske stridigheter om veivalg, spesielt overfor Russland. Krefter på det delvis autonome Krim ville tilbake til Russland, og det var uro under president Leonid Kutsjmas autoritære styre.

I 2004 fikk man den såkalte «Oransjerevolusjonen». Russiskvennlige Viktor Janukovitsj ble valgt til president, men dette ble omgjort på grunn av valgfusk. Opposisjonsleder Viktor Jusysjenko overtok som president i 2005 med Julija Tymosjenko som statsminister.

I 2010 ble Viktor Janukovitsj igjen valgt til president. Han ble imidlertid anklaget for korrupsjon. Da han i 2013 nektet å godkjenne en søknad om at Ukraina skulle bli medlem av EU, hadde befolkningen fått nok. De gjorde opprør. Det var det som skjedde høsten 2013. Det var dette opprøret vi opplevde ved besøket i Kyiv i desember.

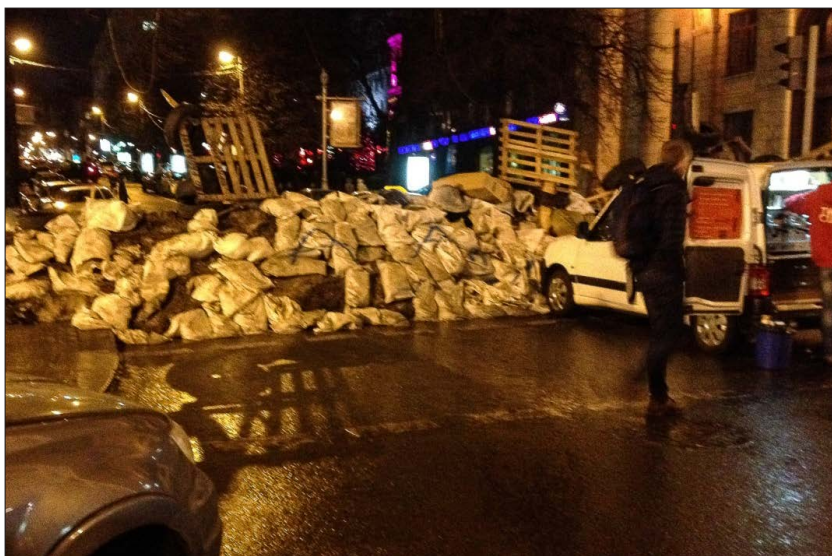
På nyåret 2014 eskalerte opprøret. Det ble voldelig og mange ble drept. President Janukovitsj ble avsatt og dro til Russland. Krim ble okkupert av Russland. Prorussiske separatister grep til våpen i østlige Ukraina. Der er de fortsatt i krig med ukrainske regjeringsstyrker.

I 2019 vant den vestvendte Volodymyr Zelenskyj en knusende valgseier over den sittende president Petro Porosjenko. Det ble et nytt oppgjør med styreform, korrupsjon og retningsvalg for landet.

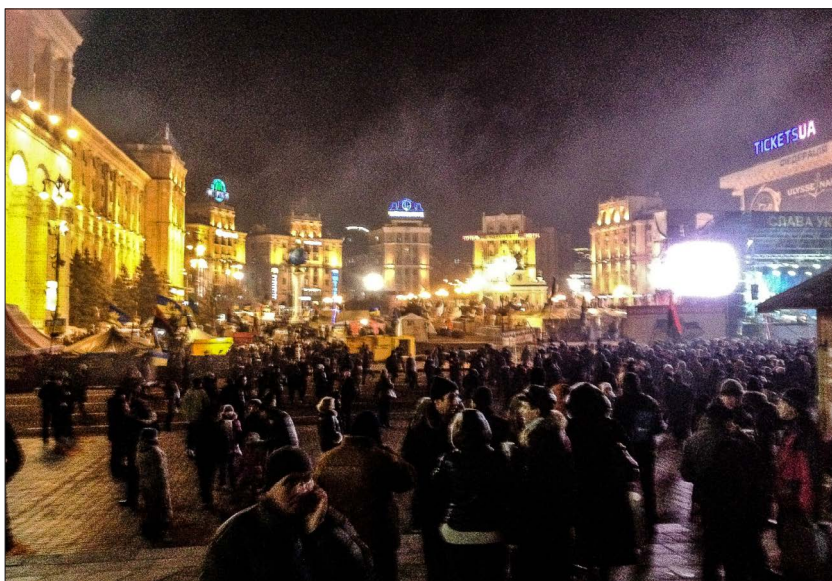
Den 24. februar 2022 kom så den russiske invasjonen. Det var blitt åpen krig mellom Russland og Ukraina.

Kyiv 2013

Det store Hotel Dnipro var både elegant og hyggelig. Men det var ikke mange gjester der. I tillegg til enkelte ubestemmelige var det noen som åpenbart var journalister. Og så var det vi.



*Figur 1: Velkomst med sandsekker, Maidan-plassen i Kyiv, desember 2013.
(Foto: IFL)*



Figur 2: Maidan-plassen i Kyiv en desemberkveld i 2013. Et kaos av illsinte demonstranter, politiske appeller, julemarked og hardrock-konsert mellom barrikader. Over det hele rev en eim av brennende bildekk i nesen. Hvem skulle tro at på kjellerplan under denne plassen med den turbulente folke- mengden lå et stort kjøpesenter der julehandelen var i full gang? (Foto: IFL)



Figur 3: Bildet av den fengslede tidligere statsminister Julija Timosjenko, i 2013 omtalt som «fange nummer 1», var et samlingspunkt på Maidan-plassen. Det tankefulle portrettet står over et slagord mot politisk undertrykking. (Foto: ØL)

Vi gjorde som vi ofte gjør når vi vil lære nye steder å kjenne på en effektiv måte, nemlig å få fatt i lokale folk til å vise oss rundt. Vi hadde forklart vårt anliggende for den meget hjelpsomme resepsjonsdamen. Hun skaffet en bil med sine kontakter Miloslava som guide og Gennadij som sjåfør. Byen er stor og har ca. 2,9 millioner innbyggere. Det historiske sentrum ligger på en høyde vest for elven Dnjepr. Nede ved elven er det en eldre bydel med havneområde, og rundt på begge sider av elven er det nyere, store boligområder med blokkbebyggelse etter østeuropeisk mønster.

Det medisinhistoriske museet

Den viktigste medisinhistoriske attraksjonen i Kyiv var for oss det medisinhistoriske museet (figur 4)(4). Det er innrettet i det gamle anatomiske instituttet, i en bygning fra 1853. Museet ble grunnlagt i 1973 og åpnet ifølge sin egen hjemmeside i 1982 i forbindelse med byen Kyivs 1500-årsjubileum (5).

Museet er beregnet både på et bredt publikum og på fagfolk. Vi ble fulgt rundt av en meget kunnskapsrik lege. De tradisjonelle temaene fra



Figur 4: Det medisinhistoriske museet i Kyiv ligger i Bohdan Khmelnytsky-gaten 37, like ved sentrum og Maidan-plassen. Plakaten annonserer nyttårsutstillingen 2013/2014. (Foto: ØL)

medisinens og helsetilstandens utvikling gjennom tidene var godt framstilt, blant annet ved hjelp av malerier (figur 5). Det var en utstrakt bruk av instruktive tablåer, scener med utstillingsdukker som viste medisinske situasjoner slik de må ha artet seg i virkeligheten (figur 6–9). Vi har tidligere omtalt museets tablåer fra Den annen verdenskrigs feltsykehus (6). Et stort antall instruktive glassmontre supplerte tablåene og ga detaljer og faktakunnskap.

Det som imidlertid gjorde sterkest inntrykk, var på hvilken måte museet hadde koplet sammen helse- og medisinhistorie med Ukrainas generelle, kompliserte og periodevis grusomme historie (1,2). Selv om Ukraina ikke ligger så langt borte fra Norge, er det mye viktig historie som er underkommunisert her hos oss, f. eks. eldre tiders epidemier og ikke minst Ukrainas hungerkatastrofe i 1930-årene. Man går ettertenksomt ut når man har besøkt det medisinhistoriske museet i Kyiv.

Kunsten og samfunnet

Kunsten – de kulturelle framstillingene som gir noe mer enn rene beskrivelser og som formidler opplevelser og tanker, bearbeidet gjennom intellektuell refleksjon, forteller mye om et samfunns historie og sammenhenger. Derfor er også kulturliv i vid forstand et viktig trekk ved identitet og følelse



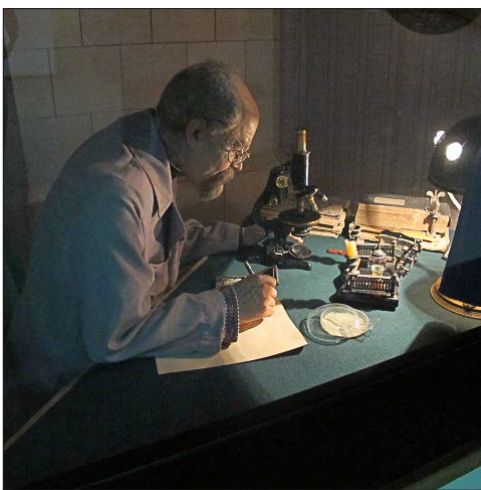
Figur 5: Som i andre østeuropeiske medisinhistoriske museer er kunstneriske framstillinger mye brukt, også i Kyiv, for å visualisere eldre historie. (Foto: IFL)



Figur 6: Et apotekinteriør hører med i ethvert medisinhistorisk museum, så også i Kyiv. Apotekeren i tablået er meget livaktig. (Foto: IFL)



Figur 7: Tablå i det medisinhistoriske museet i Kyiv med operasjonsscene fra før de hvite frakkenes og munnbindenes tid. (Foto: IFL)



Figur 8: Blant de mange naturtro tablåene i det medisinhistoriske museet i Kyiv tar kanskje denne laboratoriescenen prisen. (Foto: IFL)



Figur 9: Medisinhistoriemuseet i Kyiv har også instruktive montre med tematiske utstillinger. (Foto: IFL)



Figur 10: En norsk besøkende i det medisinhistoriske museet i Kyiv vil ikke gjenkjenne til dette tonometret av Schiøtz' modell. (Foto: ØL)



Figur 11: Det store nasjonale museet for kunst i Kyiv, i gangavstand fra Maidan-plassen, har mange bilder fra sosialrealismens tid. De gir et interessant bilde av fortidens hverdag. På dette 1800-talls-maleriet av Michael Trutovsky (1826–1893) er det en døddrukken mann som bringes hjem. (Foto: ØL)

av samhörighet. Ukrainas historie er derfor også en sammenhengende fortelling om kampen om kulturen, alt fra språket, kunstverkene, minnesmerkene, arven fra fortiden og historiefortellingene selv.

Museer for bildende kunst setter ofte også medisin og helse inn i sin sosiale kontekst. Bilder kan fortelle en ganske omfattende historie. Utvalget av bilder som vises, vitner om hvordan de som har kuratert utstillingen mener vi skal oppleve dem. I historisk bildekunst er informasjonen om fortiden både filtrert og farget gjennom kunstnerens øyne. Derfor gir kunstmuseer ofte mer kulturell forståelse enn vanlige historiske museers myriader av gjenstander gjør.

I Kyiv ligger det store nasjonale museet for kunst i kanten av den store parken som strekker seg fra platået der bysentrum ligger, og ned mot Dnipros bredder, ca. hundre meter lavere. Den majestetiske bygningen er fra begynnelsen av 1900-tallet, men museet har hatt forskjellig innhold, forskjellige navn og ulike vinklinger på samlinger og utstillinger opp gjennom tiden, en gjenspeiling av Ukrainas skiftende politiske og sosiale historie (7–9).

«Holodomor», sultkatastrofen som rammet Ukraina og områdene omkring i 1932–1933, var belyst på det medisinhistoriske museet. Men også kunstmuseet ga forståelse av det som skjedde. Det var ingen naturlige



Figur 12: Dette dramatiske maleriet av Mykola Pymonenko (1862–1912) har tittelen Offer for fanatisme og er fra 1899. (Foto: ØL)



Figur 13: Fra nasjonalmuseet for kunst i Kyiv: Ukrainsk gårdsbruk fra 1890-årene. (Foto: ØL)

forhold som skulle tilsi at det ble hungerkatastrofe i 1930-årene, men millioner av mennesker sultet simpelthen i hjel. For det første er Ukrainas kornmarker blant de største og mest fruktbare i verden. For det andre hadde landbruket gjennomgått en betydelig modernisering, noe som burde ha bidratt vesentlig til enda større og sikrere produksjon. Se på bildene (figur 11–13) som er eksempler på ukrainsk landsbygd og liv på landet ved utgangen av 1800-tallet. Da var det gammeldags og tradisjonelt. Begrepet «lav-teknologisk» passet her (figur 14). Men fra 1920-tallet skjedde det i løpet av kort tid en betydelig mekanisering og effektivisering, blant annet en overgang fra eldre tiders oksespann (figur 15) til 1930-tallets karakteristiske traktorer med piggede jernhjul til å ta seg fram i bløt jord (figur 16). Hvorfor kom det da en sultkatastrofe?

Jordbruksproduksjonen ble offer for datidens hardhendte politiske styring fra Moskva. Ukraina var altså en del av Sovjetunionen fra 1923 til 1991 og næringslivet ble koordinert med de andre republikkene. Kollektiviseringen og den øvrige omleggingen av jordbruket i 1920- og 1930-årene var en dramatisk prosess for Ukraina. Reformen ble fulgt av forhåndsoppsatte



Figur 14: Fra det nasjonale kunstmuseet i Kyiv: Innhøsting med sigd på de endeløse ukrainske slettene. (Foto: ØL)



Figur 15: Fra det nasjonale kunstmuseet i Kyiv: Fire okser og en plog – et ørlite bidrag til den samlede kornproduksjonen. (Foto: ØL)



Figur 16: Fra det nasjonale kunstmuset i Kyiv: En teknisk revolusjon da traktorene kom i vanlig bruk på 1930-tallet. (Foto: ØL)

produksjonskrav som det var så å si umulig å oppfylle. Alt som ble dyrket, skulle sendes til de nye, voksende industristedene andre steder rundt i Sovjetunionen. For ukrainske bønder var det strenge straffer for å spise av kornet de selv dyrket. De måtte sulte midt i kornoverfloden, mange til døde.

Pålegg om å dyrke produksjonsvekster som slett ikke passet, og som slett ikke kunne spises, i stedet for korn, f. eks. bomull, bidro også til den ekstreme nøden som ikke burde vært slik. Katastrofen var menneskeskapt.

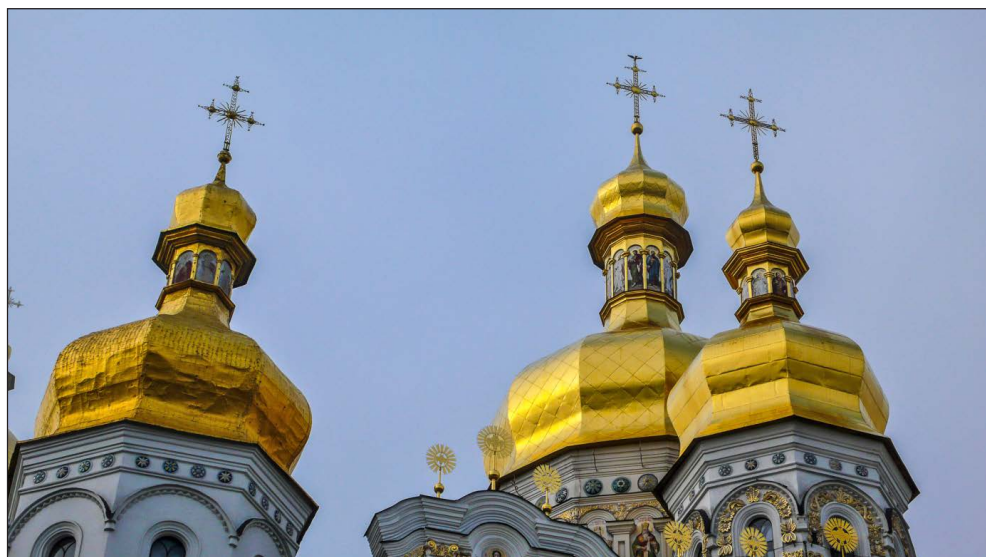
Slettelandet nord for Svartehavet er ideelt for høyeffektivt, industrielt jordbruk. I tiden etter 1991 er det også tunge utenlandske aktører her. Eksempelvis har en norsk industriinvestor et gårdsbruk på 150 000 dekar ved Zjytomyr i Ukraina, og også betydelige interesser i Russland (10,11).

Ukrainas kultur er dypt rotfestet i ortodoks kristendom (figur 17), selv om religiøs aktivitet lå nede i Sovjet-tiden. De mange, rikt utsmykkede kirkene forteller derfor også sosialhistorie, kunsthistorie og gir kulturelle røtter og ankerfeste. Forgylte kupler glitrer mot himmelen (figur 18). Det gamle klosteret gjør inntrykk.

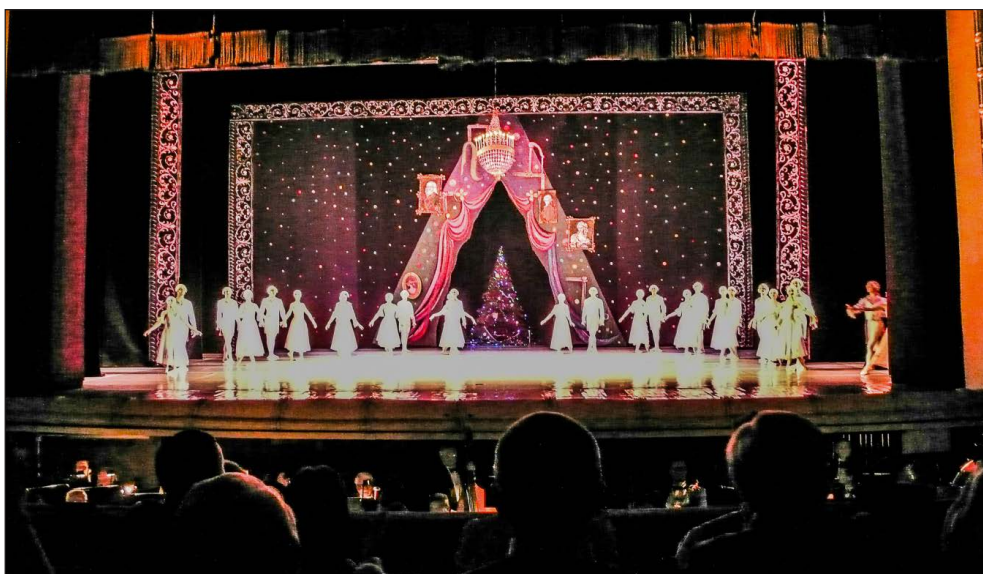
Det klassiske musikkrepertoar står sterkt i Øst-Europa. Kanskje er dette en viktigere del av det allmenne kulturbildet her øst enn andre steder. I sentrum av Kyiv ligger nasjonaloperaen. Isolert fra tumultene var vi her i musikkens verden. Tsjaikovskys smektende toner fylte rommet. Det var kulturliv på høyt nivå, som om ingenting hendte utenfor (figur 19). I den



Figur 17: Kyiv har mange kirker som kom i daglig bruk igjen etter landets selvstendighet i 1991. (Foto: ØL)



Figur 18: Noen få av kuplene i Kyiv (Foto: ØL)



Figur 19: Den nasjonale operaen i Kyiv, opprettet allerede i 1867, byr på et variert program. Vi så balletten Nøtteknekkeren. Her fikk danserne sin velfortjente sluttapplaus. (Foto: ØL)

fullsatte salen så man vanlige barnefamilier, men også et åpenbart mer velstående publikum med pels og perlekjeder. Der folk strømmet ut i den råkalde desemberkvelden etter forestillingen, så vi på den andre siden av gaten en forretning som solgte italienske luksusbiler. Den var åpen og selgerne sto klare. En kontrastfylt tid.

En stor fare ved kunstens rolle for identitet og nasjonsbygging er at den nettopp på grunn av sin funksjon er et mål for å bli ødelagt. Når kulturminner blir borte, blir forankring og identitet også borte. Vi har opplevd det mange ganger i historien, og også sett det i våre dager. Kunst, symboler og minnesmerker blir en kamparena. Ved å ødelegge disse, skaper angriperen også en ny fortid. Slike tanker meldte seg da vi opplevde Kyivs attraksjoner. Hvordan vil disse kunne overleve hvis kulturminner blir angrepsmål også her? Hva vil det være å se for befolkning og besøkende i framtiden?

Et intermezzo

Vi gikk i restauranten på «vårt» Hotel Dnipro for å avrunde vår tur. Den store spisesalen hadde et utall bord med hvite duker. Mat, vin og service holdt høy klasse til en fornuftig pris. En svartkledd pianist satt ved et hvitt



Figur 20: I parken tvers over for Hotel Dnipro sees monumentet over vennskapet mellom det ukrainske og det russiske folk. Det har skiftende farger i løpet av dagen. Her gløder det i gult mot den blå desemberhimmelen – det ukrainske flaggets farger. (Foto: ØL)

flygel og skapte stemning med klassiske stykker. Men det var nesten ingen gjester der, kanskje fire-fem.

Et godt voksent par satt og spiste sammen med en liten pike. Kanskje var hun åtte år gammel. Plutselig reiste hun seg og begynte å danse etter musikken. Dette var ikke en åtteårings hopp og sprett, men ordentlige dansetrinn. Så tok hun fram en liten fiolin hun hadde hatt i futteralet under bordet og begynte å spille. Og det var ikke en åtteårings første felegnikk, men ordentlig musikk. Så forsvant plutselig faren, eller kan hende var det bestefaren. Litt etter kom han tilbake med sin egen fiolin og spilte, han også. Sammen med pianisten ble det da en halvtimes ganske spektakulær konsert. Applausen ble mager fordi så få var til stede, men den var desto mer velment.

Så var det hele over. Vi var tilbake i virkeligheten. Ute gikk opprøret videre blant et prøvet folk (12–14). Man kunne ikke la være å tenke på musikkens makt og det gamle ordspråk som stammer fra soldaten og dikteren Johann Gottfried Seume (1763–1810) (15): «Wo man singt, dort lass dich ruhig nieder. Böse Menschen haben keine Lieder.»

Måtte det bli mer musikk.

Litteratur

1. Kolstø P, Paulsen M. Ukrainas historie. I: *Store norske leksikon*. https://snl.no/Ukrainas_historie (2.3.2022).
2. Kolstø P, Paulsen M, Holm-Hansen J. Ukrainas historie etter 1991. I: *Store norske leksikon*. https://snl.no/Ukrainas_historie_etter_1991 (8.3.2022).
3. Holm-Hansen J, Bukkvold T, Paulsen M. Krim. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/Krim> (17.4.2022).
4. National Museum of Medicine of Ukraine. <https://www.kiev.info/culture/medicine.htm> (8.3.2022).
5. National museum of medicine of Ukraine. <http://nmmu.org/eng> (8.3.2022).
6. Larsen Ø. Museum og virkelighet – det medisinhistoriske museet i Kiev. *Michael* 2018; 15: 289–91. *Museum og virkelighet – det medisinhistoriske museet i Kiev | Tidsskriftet Michael* (michaeljournal.no)
7. National Art Museum of Ukraine. https://www.kiev.info/culture/national_art.htm (8.3.2022).
8. National Art Museum of Ukraine. Museums of the world. <http://museu.ms/museum/details/15936/national-art-museum-of-ukraine> (8.3.2022).
9. National Art Museum of Ukraine. <https://artsandculture.google.com/partner/national-art-museum-of-ukraine> (8.3.2022).
10. Horntvedt A. Roar Paulsrud ser lysning i Øst-Europa. Satser 150 millioner på landbruk og industri i Ukraina. *Finansavisen* 3.1.2022. <https://finansavisen.no/nyheter/industri/2022/01/03/7795966/roar-paulsrud-ser-lysning-i-ost-europa-satser-150-millioner-pa-landbruk-og-industri-i-ukraina> (17.4.2022).
11. Lågbo Ø. Paulsruks diesellager i Ukraina ødelagt av missiler. *Fredriksstad Blad* 9.4.2022, s. 9.
12. Shevchenko A. *Ukraine*. London: Kuperard, 2012.
13. Strand M. *Ukraina*. Oslo: Cappelen Damm, 2015/2022.
14. Babel I. *Fortellinger om Odessa*. Oslo: Oktober, 2014/2022.
15. Volksliederarchiv. <https://www.volksliederarchiv.de/wo-man-singt-lass-dich-ruhig-nieder/> (17.4.2022).

Ingegerd Frøyshov Larsen
ifro-lar@online.no

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Ingegerd Frøyshov Larsen er pensjonert overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.
Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

30 år med kunnskapsbasert medisin

Michael 2022; 19: 176.

Uttrykket *evidensbasert medisin* ble første gang brukt i 1991 (1). Men det var først året etter at betegnelsen fikk vind i seilene, da en forfattergruppe med betydelig selvtillit proklamerte: *A new paradigm for medical practice is emerging* (2). Med en viss rett kan vi derfor markere et 30-årsjubileum i år.

Jeg liker å fortelle studentene om denne utviklingen. At jeg selv var medisinstudent da *kunnskapsbasert medisin*, som vi gjerne kaller det på norsk, vokste fram. «Men hva drev legene med før?» spør de.

Dette er naturligvis bare en del av historien. Mye av grunnlaget for den kunnskapsbaserte medisinen var lagt langt tidligere, for eksempel da den skotske legen Archie Cochrane (1909–88) utga boka *Effectiveness and efficiency* i 1972. Så det kan like gjerne være et 50-årsjubileum vi markerer.

I dette nummeret av *Michael* omtales et knippe bøker med titler som *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* og *Evidensbasert praksis*. Uten den kunnskapsbaserte medisinen ville disse bøkene sett ganske annerledes ut.

Litteratur

1. Bondevik H, Engebretsen E. Kunnskapsbasert medisin på norsk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0524>
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420–5. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er professor ved Universitetet i Oslo, instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.

Klassiker innen kunnskapshåndtering

Arild Bjørndal, Signe Flottorp, Atle Klovning
Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag
4. utgave. Oslo: Gyldendal, 2021
190 s.
ISBN 978820554542

Michael 2022; 19: 177–8.

Denne boken ble første gang utgitt i år 2000, forrige utgave kom i 2013 og nå foreligger fjerde utgave. Den er skrevet av tre veteraner i kunnskapsbasert medisin, direktør Arild Bjørndal i Regionsenter for barn og unges psykiske helse, forsker Signe Flottorp ved Folkehelseinstituttet og fastlege Atle Klovning i Oslo.

Boken er delt inn i 11 kapitler på 184 sider og et godt og oversiktlig stikkordregister. De midterste kapitlene (5–10) omhandler ulike typer forskningsstudier og studier og rapporter som oppsummerer forskning. De ulike typene, slik som effektstudier, diagnostiske studier og metaanalyser, forklares fint med sine ulike anvendelsesområder, styrker og svakheter samt hvordan man evaluerer disse i forhold til kvalitet og relevans. Disse kapitlene rammes inn av tre innføringskapitler der forfatterne forklarer hvordan man formulerer gode kliniske spørsmål og hvordan man leter systematisk etter kunnskapsbasert kunnskap. Til slutt finnes et kortfattet kapittel om implementering av kunnskap.

Boken er lettlest, språket er ukomplisert og derfor lett forståelig for den store målgruppen. Den direkte og personlige stilen fungerer godt. Teksten er brutt opp med mange nyttige faktabokser og rammer med korte kule-



punkter og eksempler fra virkeligheten. Kapitlene avsluttes med oppgaver til læring og refleksjon, men uten at det gis fasitsvar (de må leseren finne selv i teksten).

Etter min mening burde forfatterne gjort en grundigere revisjon av boken. Den nye utgaven fremstår litt gammeldags. For eksempel er inndelingen av de ulike studietypene diskutabel. Den står litt i veien for de siste års utvikling innen kunnskapshåndtering, klinisk forskning og klinisk epidemiologi. For eksempel omtales det i kapitlet om effektstudier først og fremst randomiserte studier. I dag er imidlertid emulering av kliniske studier med nye epidemiologiske metoder mye brukt for å estimere effekter av intervensjoner i medisin og helsefag. Denne utviklingen er ikke videre tematisert i boken. Levende oversikter og lærende helsesystemer er også nyere utviklinger i kunnskapshåndtering som hadde fortjent omtale og forklaring. Selv om det finnes korte referanselister for videre lesning på slutten av hvert kapittel, er alle unntatt to referanser fra før 2013.

Kunnskapshåndtering går i dag hånd i hånd med utvikling av helse-tjenesten ved kontinuerlig kvalitetsforbedring. Man kan si at moderne kvalitetsforbedring på mange måter er implementering av kunnskapsbasert praksis, i praksis. Dette vies for liten plass i boken. Jeg håper neste utgave utvider perspektivet slik at boken dekker læringsmålene for både medisin-studenter og andre helsefagstudenter i tråd med de nye nasjonale reglene for helseutdanning i Norge.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@medisin.uio.no

Michael Bretthauer er overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helsevesenets mange roller

Per Jørgensen, Mette Kjølby, Jens Winther Jensen, red.

Forskning, kvalitet og klinisk praksis: grundbog for sundhedsprofessionelle

København: Munksgaard, 2021

246 s.

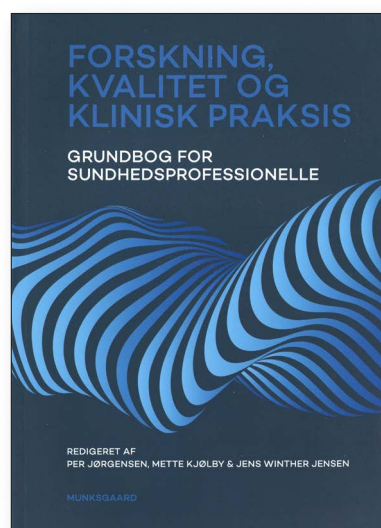
ISBN 9788702314038

Michael 2022; 19: 179–80.

Målet med denne læreboken er å gi en introduksjon til grunnleggende begreper og prinsipper ved forskning, kvalitetsarbeid og klinisk praksis i helsevesenet. Den består av fire deler. De tre første tar for seg henholdsvis forskning, kvalitet og klinisk praksis, mens den siste forsøker å koble de tre temaene sammen. Totalt har boken 16 kapitler, som er inndelt med mange underoverskrifter.

Bokens første del, om forskning, tar for seg etikk og vitenskapsteorier, studiedesign, veien fra forskningsidé til protokoll, finansiering, tillatelser og presentasjon av forskning. Disse kapitlene har mye god informasjon for en forskerspire, men er noe detaljert for en som kun ønsker oversikt.

Bokens andre del, om kvalitet, handler om klinisk kvalitetsarbeid. Kvalitetsbegreper blir forklart, inkludert PDSA (Plan, Do, Study, Act)-sirkelen. Videre beskrives utviklingen av kliniske retningslinjer og kvalitetsdatabaser. En del av kapitlene blir repeterende, som når PDSA-sirkelen blir introdusert for andre gang. De to siste kapitlene tar for seg pasientsikkerhet og nasjonale kvalitetsinitiativer i



Danmark. Dersom leseren ikke har kjennskap til det tilsvarende norske systemet, blir man sittende igjen med mange spørsmål.

Bokens tredje del, om klinisk praksis, tar for seg involvering av pasienten, implementering av forskning gjennom kliniske retningslinjer og forbedringstiltak. Det blir noe gjentakelse fra forrige del, men forfatterne lykkes med å forklare viktigheten av å inkludere pasienten aktivt.

Bokens siste del er kalt *sammenheng og samspill*. Livsvarig læring blir omtalt som hengeleiet mellom forskning, kvalitet og klinikk. Forfatterne begynner derfor med å beskrive ulike læringsteorier. Deretter omtales ulike danske eksempler på samspill mellom forskning, kvalitet og klinisk praksis. Begge disse temaene oppfattes litt på siden for norsk helsepersonell. Siste kapittel setter likevel et godt og samlende punktum, der man beskriver hvordan helsevesenet bør organiseres for raskt å kunne ta til seg ny forskning, som kontinuerlig forbedres og som stimulerer til videre utvikling.

Bokens temaer er interessante og viktige. Forfatterne ønsker å nå en bred målgruppe, alt helsepersonell, men dermed har språket blitt for lite konsist. I tillegg er boken preget av en del gjentakelser, og kapitlene kunne med fordel vært redigert annerledes for å skape en bedre helhet.

Til tross for disse innvendingene er dette en god introduksjonsbok for alle i helsevesenet. Den kan bidra til å se sin egen hverdag med kritisk blikk. Særlig vil boken egne seg for studenter, som samtidig foreleses i de norske systemene som tilsvarer de danske eksemplene i boken.

Henriette C. Jodal
h.c.jodal@medisin.uio.no

Henriette C. Jodal er stipendiat ved Universitetet i Oslo og Oslo universitets-sykehus og lege i spesialisering i onkologi ved Sykehuset i Vestfold.

Kunnskapsbasert praksis på halvdistanse

Hanne Kaae Kristensen, Hanne Peoples, red.

Evidensbasert praksis: forskning, brukerperspektiv, praksisviden

København: Munksgaard, 2021

274 s.

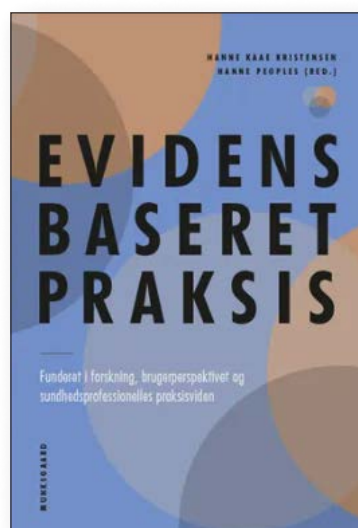
ISBN 9788762820043

Michael 2022; 19: 181–2.

Målgruppen for den danske læreboken *Evidensbasert praksis* er studenter innen alle helsefagutdanninger, samt de som arbeider i helsetjenesten. Med innføringen av RETHOS-forskriften, som krever at alle helsefagstudenter i Norge skal kunne «foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis», burde boken være midt i blinken.

Forfattergruppen består av ni universitetslærere, de fleste med bakgrunn fra ergoterapi og rehabilitering. Å skrive en bok som passer like godt for bioingeniør og lege, vernepleier og psykolog, er krevende. Og selv om rammeverket for kunnskapsbasert praksis er det samme, altså å integrere den best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap med erfaringer fra praksis og pasienters verdier og preferanser, er anvendelsen og eksemplene ganske ulike.

Boken inneholder ni kapitler. Det første gir en introduksjon til historien bak kunnskapsbasert praksis og diskusjon av noen sentrale begreper. Å bli fortrolig med begrepene krever litt av leseren – særlig fordi forfatterne kommer fra en fagtradisjon der begrepsbruk og metoder er litt annerledes



enn leger er vant med. Videre er det et bevisstgjørende kapittel om bruker-involvering i helsetjenesten, både i behandlingen av enkeltpasienter og i utforming og styring av helsevesenet.

For en lege som leser boken blir det mange selvsagtheter; man tenker at «dette er jo måten vi alltid jobber på». Mest tydelig blir teoretiseringen av normal legeadferd i kapitlet om «klinisk resonnering».

Kapitlet om litteratursøk gir en generisk innføring i søk etter vitenskapelig litteratur, men er lite spesifikk på det som er relevant for leger. Eksempelvis er sentrale databaser som Medline og Embase ikke omtalt. Den beskrevne søkeprosessen er også omstendelig og rettet mot å finne originalstudier, for eksempel til bruk i en systematisk oversikt, og ikke mot å finne oppsummert forskning som er mer anvendelig i praktisk, klinisk arbeid.

En del tema blir tatt opp i flere ulike kapitler, og man lurer på hvor stringent det redaksjonelle arbeidet har vært. Et eksempel er spørsmålsformulering med bruk av PICO-skjema: populasjon, intervensjon, sammenlikning (comparison) og utfall (outcome). PICO-skjema er nyttig for å utforme presise faglige spørsmål, og dermed forberede søk og utvelgelse av relevant litteratur. Men i stedet for å lede leseren gjennom denne prosessen på en pedagogisk måte, er de ulike stegene og bruksområdene for PICO spredt på forskjellige kapitler uten en åpenbar logisk rekkefølge.

De to største kapitlene handler om å ta i bruk kunnskap fremskaffet med henholdsvis kvantitative og kvalitative metoder i klinikken. Her er mye bra. Men som leser lurer jeg på hva som er ambisjonsnivået – er det å lære oss å være kritiske brukere av kunnskapen eller er det å utdanne forskere? Nivåmessig havner det på halvdistanse: Det er så mange enkeltelementer som skal vurderes at det blir uoversiktlig for den kritiske bruker, mens dybden er utilstrekkelig for forskerutdanning.

Den store bredden som forfatterne vil favne – både i målgruppe og tema – er kanskje det som gjør at boken oppleves ufokusert. Det ville vært mer målrettet og samtidig relevant for alle hvis man vektla kritisk bruk av oppsummert forskning og retningslinjer som de foretrukne kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis. På det området synes jeg at den gratis nettressursen www.kunnskapsbasertpraksis.no er mye bedre enn boken.

Magnus Løberg
magnus.loberg@medisin.uio.no

Magnus Løberg er lege, førsteamanuensis og utdanningsleder ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Pandemier i litterært og kulturelt perspektiv

Espen Stueland

Pandemiarkivene

Oslo: Forlaget Oktober, 2021

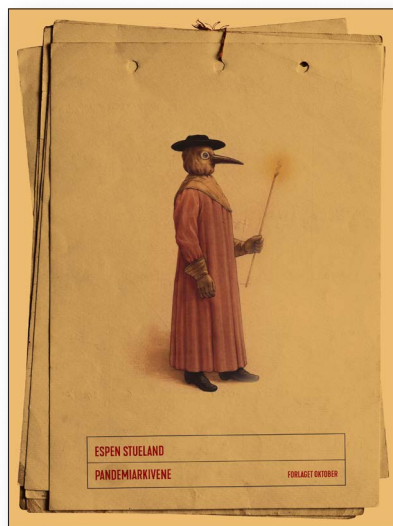
354 s.

ISBN 978-82-495-2320-7

Michael 2022; 19: 183–5.

Espen Stueland (f. 1970) er lyriker og forfatter. *Pandemiarkivene* er en sakprosaetekst hvor han anlegger et kulturhistorisk perspektiv på medisinske og litterære tekster. Stueland innleder med å vise til en undersøkelse fra 2019 om norske innbyggers bekymringer. Frykten for en pandemi nådde ikke opp på listen. Svartedauden, kolera, polio og spanskesyken er viktige referanser for oss alle, men inntil 2020 fremstod epidemier og pandemier som noe som tilhørte fortiden. Lite visste vi om sarsviruset som skulle påvises i Kina på tampet av 2019 og den påfølgende nedstengningen av Norge i mars 2020.

Koronapandemien stimulerte Stueland til lesning av *A Journal of the Plague Year* (1722) av Daniel Defoe (1660–1731), *Pesten* (1947) av Albert Camus (1913–1960), *Døden i Venezia* (1913) av Thomas Mann (1875–1955) og en rekke andre litterære tekster. Boken er inndelt i to deler, hvor første del handler om byllepesten i London på 1600-tallet og andre del handler om kolera og mikrober.



Obligatorisk lesning for enhver lege

I del 1 nærleser Stueland Defoes *Journal* og bringer leseren inn i datidens medisinske forståelse av sykdommen og praksiser for å håndtere utbruddet. Boken viser hvordan ulike forståelsesmåter brytes mot hverandre og hvordan legene fremstilles som maktesløse. Redselen for smitte håndteres gjennom ulike karanteneregler og forordninger. Beskrivelsen av pleiere som risikerte sitt eget og familiens liv i omsorgen for de syke viser hvordan fattige var mer eksponert og at sosiale forhold og økonomisk makt gjør seg gjeldende. Det er nok riktig, slik Stueland peker på, at Defoes tekst får ny betydning for lesere som har gjennomlevd usikkerheten og forordningene som ble innført under koronapandemien.

I del 2 er hovedtema kolerautbrudd og epidemier og omhandler en tid preget av brytningen mellom miasmeteori og den bakteriologiske tidsalder med blant andre Robert Koch (1843–1910). Vi beveger oss her mellom ulike utbrudd i ulike land. Stueland omtaler innledningsvis arbeidet juristen Edwin Chadwick (1800–1890) nedla for å fremme lovgivning og reformer for å bedre fattiges sanitære forhold og bostandard, og som banet vei for *Public Health Act* 1848 i England. Chadwick hadde riktignok lite sans for John Snow (1813–1858), som mente kolera var forårsaket av vannbåren smitte, men hans engasjement førte til at det ble gjort mye for å bedre bo- og sanitærforholdene. Stueland omtaler Charles Dickens (1812–1870) og hans miljøskildringer, før blikket rettes mot hjemlige strøk og kolerautbruddene i Drammen i 1832 og Christiania i 1853. Vi sveiper innom Henrik Wergeland (1808–1845) og norske myndigheters håndtering av kolerafarene, før vi får gode gjennomganger av *En folkefiende* (1882) av Henrik Ibsen (1828–1906), Camus' *Pesten* og Manns *Døden i Venezia*. Dette er interessante og gode nærlesninger av tre litterære tekster som bør være obligatorisk lesning for enhver lege. Stueland leser *En folkefiende* i en kontekst av kolerautbruddene og medisinske diskusjoner i samtiden, men det er også mulig å lese verket som en politisk kommentar (1). Dette illustrerer hvordan forfattere kan beskrive sykdom, men også bruke sykdom som litterært virkemiddel eller *metafor*, som Susan Sontag (1933–2004) nok ville ha sagt det.

Medisinsk humaniora

I et avsluttende kapittel reflekterer Stueland over medisinsk humaniora som fagområde, hvor han ser dette som et «utslag av at medisinhistorie har gjennomgått store forandringer siden 1970-årene». Jeg tror det vil være riktig å si at en driver i utviklingen av fagområdet var en kritikk av medisinen og et ønske om å bringe humanistiske perspektiver inn i medisinstudiet, med vekt på undervisningen i litteratur, medisinsk etikk og medisinsk historie

(2). De siste tiår har fagområdet utviklet seg videre, med større vekt på original forskning. *Pandemiarkivene* er i den sammenheng et interessant bidrag som gir ny innsikt og forståelse ved å bevege seg i et spennende landskap av litterære tekster og andre historiske kilder. Del 1 av boken har et distinkt fokus og kunne ha stått alene, men sammen med del 2 presenteres leseren for en bredde innen pandemilitteraturen og en historisk utvikling som danner en fin helhet.

Litteratur

1. Frich JC. En folkefiende – Ibsen som samfunnsmedisinsk læremester. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4718–21. Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.) : The Journal of the Norwegian Medical Association. 1998 Vol. 118 Nr. 30 (nb.no)
2. Frich JC. På sporet av en litterær medisin: en introduksjon til fagfeltet litteratur og medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3773–7. Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.) : The Journal of the Norwegian Medical Association. 1995 Vol. 115 Nr. 30 (nb.no)

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er spesialist i nevrologi og professor ved Universitetet i Oslo.

Dyrenes helsevesen

Eivind Liven, red.

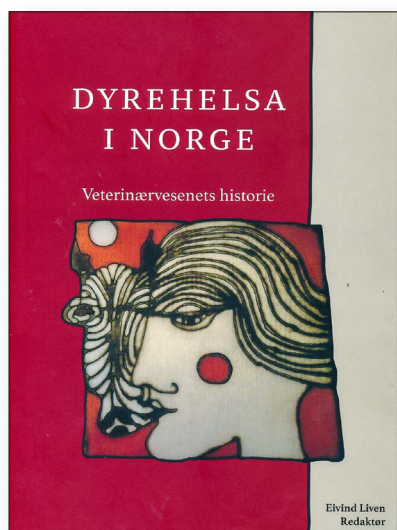
Dyrehelse i Norge: veterinærvesenets historie

Oslo: Kolofon, 2021

485 s.

ISBN 978-82-300-2212-2

Michael 2022; 19: 186–8.



Denne mursteinen av en historiebok omhandler veterinærvesenet i Norge, altså det systemet for ivaretagelse av dyrs helse som tilsvarer helsevesenet for oss mennesker.

Boka har fire deler. Den første, som er skrevet av redaktøren, tidligere veterinærdirektør Eivind Liven, dreier seg da også om organisering, dvs. om hvordan veterinærvesenet har utviklet seg. Del to er skrevet av redaktøren samt seniorrådgiver Knut Sandbu og avdelingssjef Ole Aamodt i Mattilsynet. Her er det landdyrhelse og dyrlegenes tradisjonelle arbeidsfelt i husdyrhold som omtales. Del tre handler om et relativt nytt felt, nemlig fiskehelse, forfattet av Martin Binde, som blant annet har fartstid som fylkesveterinær, og av Ole Aamodt. Siste del er skrevet av Halvor Hektoen, som blant annet har

vært prorektor ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet på Ås, sammen med Martin Binde. Temaet her er også ganske ungt, i det minste som fagområde framme i lyset, nemlig dyrevelferd. Avslutningsvis er det litteraturlister og registre. Gjennom hele boka er det gode illustrasjoner.

Ifølge forordet er hovedhensikten med boka å dokumentere utviklingen av veterinærenes arbeidsfelt og det rammeverket de har hatt for sitt virke. Derfor blir især første del en mer profesjonsintern fortelling. Men fra og med side 147, der annen del begynner, vender teksten seg mot den allment interesserte leser, slike som denne anmelder. Og dette er spennende stoff. Det er gode beskrivelser av dyresykdommer og hva man har gjort mot dem.

Vi hører om den allsidige og dynamiske medisinsprofessor Christian Peter Bianco Boeck (1798–1877), som også hadde stilling som universitetslærer i veterinærmedisin. Han arbeidet i hele sin funksjonstid forgjeves med å få etablert en skole for veterinærer, slik at man ikke var avhengig av utlandet, og også kunne drive fagutvikling selv. Norges veterinærhøgskole kom imidlertid først i 1935. Og *Det civile veterinærvesen* ble opprettet i 1890, da husdyrsykdommer for lengst hadde gjort seg gjeldende som et samfunnsproblem.

Fordi hesten fra gammelt av var så viktig i alle deler av nærings- og samfunnslivet, foruten i alt som hadde med landbasert militær aktivitet å gjøre, var den veterinærmedisinen som tok form som fag på 1700-tallet og framover, først og fremst rettet inn mot hestens helse. Men kvegsykdommer var like viktige, og når det oppsto smittsom sykdom, kunne veterinæren bli nødt til å iverksette drastiske tiltak. Det er tankevekkende å lese hvordan f.eks. munn- og klovsyke kunne gjøre nedslaktning og omfattende isolasjonstiltak nødvendig.

Helt siden 1800-tallet har det vært inntatt en radikal holdning overfor husdyrhelse, især for å holde smittsomme sykdommer unna. Dette har gitt resultater. Men fordi forebygging av smitte kan være så inngripende, f.eks. vedrørende import og eksport av dyr, kommer også politiske og næringsmessige interesser inn i bildet. Det er dessuten en glidende overgang til et av vår tids veterinærmedisins andre hovedfelt, næringsmiddelkontrollen. Syke husdyr og humane sykdommer som henger sammen med dyrs helse, er sjelden i Norge. Denne situasjonen er ikke blitt slik av seg selv.

Oppdrettsnæringen i Norge skjøt fart fra 1960- og 1970-årene, likeledes veterinærmedisinens befatning med den. Dyrehelsebokas tredje del er derfor fengslende lesning, både om framveksten av gigantnæringen havbruk og om fiskehelsas rolle i dette. Alt dette er egentlig samtidshistorie, en tid som har gått så fort!

Del fire om dyrehelsevelferd forteller om et annet felt som har en overraskende kort historie. Omsorgen for dyrs velferd skyldes åpenbart endringer i generelle holdninger overfor dyr som skapninger. Kulturelt sett er dyr på en måte kommet nærmere menneskene. Vi skjønner dyr bedre. Og det er vel dessuten enhver dyreholders erfaring at dyr av de fleste slag er lettere

og triveligere å ha med å gjøre, hvis man i større grad betrakter dem som medskapninger og ser på dem som individer.

Savner jeg noe i denne boka? Ja, selv om den allerede har mange sider, skulle jeg gjerne lest mer. Av hensyn til utenforstående lesere hadde det f.eks. vært interessant å få høre enda mer om hvordan en veterinærs hverdag har forandret seg med tiden. Det kunne f.eks. vært mer om den økende betydningen av helsetjeneste for hobbydyr, både for veterinærpraksis og rekruttering til yrket. Forsikringsordninger m.v. kunne også vært nevnt. Dessuten skulle jeg gjerne lært mer om dyrehelseutfordringer ved nyere former for dyrehold, slik som lama, alpakka og hjort. Jakt og viltforvaltning er også oppgaver som har veterinærmedisinske sider. Tenk bare på villreinen på vidda.

Konklusjon: *Dyrehelsa i Norge* er en bok jeg gjerne har i hylla!

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Jugoland – historie og krig i vårt nabolag

Kristian Hagestad

Jugoland: om Jugoslavia, nordmenn og nye land på Balkan

Sandnes: Commentum, 2021

315 s.

ISBN 978-82-84161-62-4

Michael 2022; 19: 189–90.

Krigen i Ukraina vekker ikke bare sorg og bekymring. Den vekker også interesse for krigshistorie. Etter nærmere 80 år med fred her i Norden, glemmer vi lett at slikt er et unntak. Det er få tiår siden krigshandlinger som krevde tusenvis av menneskeliv, ble utkjempet enda nærmere oss enn ved Svartehavet – i hvert fall kulturelt.

Balkanisering har i over hundre år vært en betegnelse på fragmentering med uheldige konsekvenser. Den blodige oppløsningen av Jugoslavia etter etniske og religiøse linjer, er det mest konkrete eksemplet.

Kollega Kristian Hagestad har siden studietiden i 1960-årene interessert seg for denne delen av Europa. Han har besøkt Balkan utallige ganger og har fulgt utviklingen der nøye. Nå har han samlet sin kunnskap og sine inntrykk i bokform. Gjennom mer enn 50 korte kapitler får vi innblikk i en sammensatt historie. Saklige beskrivelser og analyser krydres med personlige opplevelser.

Første del av boka handler om Josip Titos (1892–1980) Jugoslavia, «Landet som var», og utviklingen mot borgerkrigene i 1990-årene. De ledet til sju nye nasjoner, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Kroatia, Montenegro,



Nord-Makedonia, Serbia og Slovenia, som beskrives hver for seg i egne kapitler.

Det er vanskelig å forstå bakgrunnen for konfliktene som fikk slike tragiske følger. Fellesnevneren her, som så mange andre steder, ligger åpenbart i fortiden. Slaget på Kosovosletta i 1389 kaster skygger mer enn 600 år senere. Hagestad forsøker å forklare og balansere de mange etniske spenningene som fortsatt eksisterer. Begrepet *Jugoland* var ukjent for meg, men er åpenbart et uttrykk for nostalgis kraft og lengselen etter «de gode, gamle dager». For god hukommelse kan være et problem for enkeltpersoner, men blir lett en ulykke for nasjoner.

Andre del av boka handler om båndene mellom Norge og Jugoslavia. De båndene er mange og lange. Sprangene er store fra fortellingen om jugoslaviske krigsfanger som arbeidet på *Blodveien* og etterkrigstidens norske utenrikspolitikk, medisinske behandlingsreiser til Igalo og Telenors internasjonale aktiviteter. Legeforeningens menneskerettighetsutvalg, som ble opprettet i 1991, har tatt flere initiativer til samarbeid og forsoning mellom legeorganisasjoner i de nye landene på Balkan. Den stort sett ukjente fortellingen om dette er i seg selv en viktig del av boka.

Til sammen utgjør de over 300 sidene en mosaikk. Slik skapes et bilde av et spennende, kontrastfylt område som med dagens kommunikasjoner og reisevaner nesten kan kalles vårt nabolag. At bildet ikke framstår sylskarpt, er neppe Kristian Hagestads skyld. Dette er og forblir en komplisert og til dels uforståelig del av Europa. Selv skulle jeg ønske meg faktaruter og mer detaljerte kart over hver av de sju, nye nasjonene. Kanskje en tidslinje over de viktigste hendelsene i Jugoslavias historie også ville vært oppklarende for å forstå sammenhengene.

Men du verden så mye nytt jeg lærte av denne boka. Det er utrolig hva man ikke vet.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Underholdende om døden

Vibeke Maria Viestad, Andreas Viestad

Dødeboka. Livet med døden

Oslo: Spartacus, 2021

215 s.

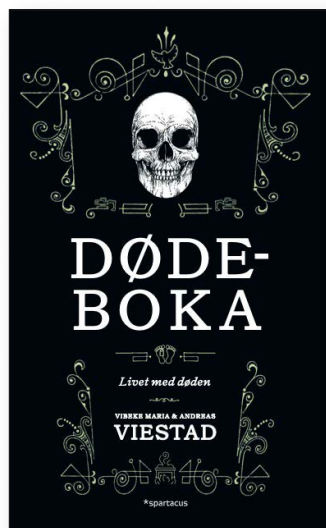
ISBN 978-82-430-1243-1

Michael 2022; 19: 191–2.

Døden har rykket oss nærmere siste to år. Ikke fordi mange dør (færre enn vanlig døde i 2020 og 2021), men fordi de dør så synlig. Vi har sett hjerteskjærende reportasjer fra Nord-Italia og hørt intervjuer med mennesker som har opplevd at mor eller far døde alene på sykehjem. Så tidspunktet kunne neppe være bedre for en utgivelse av *Dødeboka*.

Et ektepar med barn som bor på Nordre Gravlund i Oslo filosoferer rundt døden med graver rundt seg på alle kanter. 13.000 graver rommer trolig et sted mellom 120.000 og 180.000 døde og det skjer mye. Her er det lite sentimentalitet og mye nysgjerrighet. Så stor ble nysgjerrigheten at de la ut på reiser til andre land og kulturer for å sammenligne. Resultatet er en meget velskreven bok som faktisk underholder.

Anslaget er bokens perm som gjengir *Danse macabre* som minnet middelalderens herskere om at livet er skjørt og at i døden blir vi alle like. Navnene på kapitlene gir presis informasjon om hva du vil oppleve: *Døden som praktisk problem*, *Pakket i plast*, *Å velge en kiste*, *Opp i røyk*. Du skånes ikke. Sånn råtner du. Velger du å brennes ved 900 grader celsius, kan dine pårørende få se at kisten tar fyr på din vei mot 4 kilo aske.



Men tro ikke at forfatterne velger det litt sensasjonelle sporet. Du finner en sober og respektfull diskusjon av en lang rekke vanskelige avveininger som nylig etterlatte med liten erfaring kan dra nytte av.

Men hvilken retning tar holdninger til våre nærmeste når det en dag er slutt? Også i Norge er mye nytt på gang med mulighet for industriell forvandling av din aske til en diamant og QR-kode på gravsteiner som gir besøk på gravlunden til en utvidet opplevelse. Hos meg vekker ikke slik modernitet entusiasme. Begravelse av far og mor ute i rismarken hvor etterlatte arbeider eller zoroasternes himmelbegravelser på fjell i Iran, glemmer jeg aldri. Men intet kan måle seg med en gammeldags kistebegravelse fra en 800 år gammel steinkirke i Gausdal som jeg nylig opplevde. De nærmeste bar mens klokken drønnet. Han ble firt ned med tau og barna kom frem på gravkanten og kastet blomster og jord på bestefars kiste. Slik blir døden virkelig en del av livet.

Andreas og Vibeke Maria Viestad har skrevet en bok med mange kvaliteter. Mest av alt blir det tydelig at selv om tilnærmelsen til døden har vært forskjellig opp gjennom historien og også i dag varierer betydelig over grenser, så er det i døden menneskene viser seg unike. Vi er ikke det eneste dyret som sørger over døde, men det eneste dyret som begraver dem. Kapittelet om begravelsens historie er grunn god nok til å åpne denne boka. Visste du at fargen oker har hatt en unik rituell rolle i gravlegging i tusener av år og at barn er funnet gravlagt uten føtter? Var det for å tydeliggjøre at reisen var slutt? Boka anbefales.

Stein A. Evensen

s.a.evensen@medisin.uio.no

Stein A. Evensen er professor emeritus og overlege i indremedisin ved Rikshospitalet.

Den fødte forbryter

Silje Haugen Warberg

Den fødte forbryter: en kulturell figur i norsk offentlighet 1880–1910

Oslo: Scandinavian Academic Press, 2021

335 s.

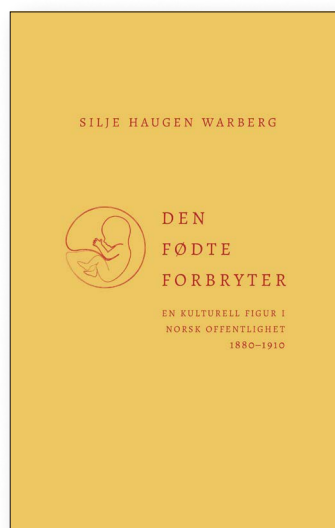
ISBN 9788230402245

Michael 2022; 19: 193–4.

For å ta det viktigste først – dette er en bok av en litteraturviter, for andre litteraturvitere. Tittelen til tross har den ikke noe budskap av genetisk eller kriminologisk art.

I store trekk er boken en omarbeiding av Warbergs doktoravhandling fra 2016, og det bærer den også preg av. Utgangspunktet er det kriminalantropologiske hovedverket til den italienske legen Cesare Lombroso (1835–1909), *L'uomo delinquente*, fra 1876. Warberg forsøker å belyse hvordan boken har hatt innflytelse på norsk litteratur og ikke minst norske forfattere.

Hun tar utgangspunkt i et lite utvalg norske kriminalsaker, som Sevlid-saken i 1832 og Ryentveit-saken i 1904. Hun beskriver hvordan samtidige norske forfattere – Garborg og Bjørnson særlig, men hun streifer også innom Rudolf Muus, Ibsen, Skram, ja, sågar Strindberg – tilsynelatende har blitt påvirket av Lombrosos teorier om at enkelte forbrytere er født slik. Hypotesen var at enkelte hadde valgt sitt metier ut fra en arvelig belastning, og at denne arven kunne observeres direkte ved inspeksjon av delinkventene. De skulle ha et særpreget utseende, i norske aviser



av og til omtalt som *kjeltringfjes*. Hun avslutter boken med et eget kapittel om Sletten-saken fra 1899, hvor det var stor diskusjon om skyldspørsmålet.

Warberg skal ha ros for at hun ikke i noen av de kriminalsakene hun beskriver, forsøker å ta noen eksplisitt stilling til skyld eller bevis. Hun tar heller ikke standpunkt til det naturvitenskapelige grunnlaget for Lombrosos påstander. Hun har klokt nok avgrenset oppgaven til det rent litteraturvitenskapelige og viker ikke fra det. Man skulle ønske at flere forfattere tok eksempel av henne på dette punkt.

Språket er dannet og sobert, men krevende for leseren, som det jo pleier å være i doktoravhandling. Dette er ikke noen lettlest bok for en som ikke selv har en akademisk litteraturvitenskapelig utdannelse, men heller ikke direkte utilgjengelig. For den som er spesielt interessert i norsk litteraturhistorie er den anbefalelsesverdig.

Torgrim Sørnes
torgri.msornes@gmail.com

Torgrim Sørnes er pensjonert gynekolog, og har blant annet skrevet seks bøker om alle norske henrettelser i perioden 1752–1876.

Populærvitenskap om bakfylla

Alexander H. Sandtorv

Fylla har skylda: med vitenskapen inn i bakrusen

Oslo: Humanist forlag, 2022

192 s.

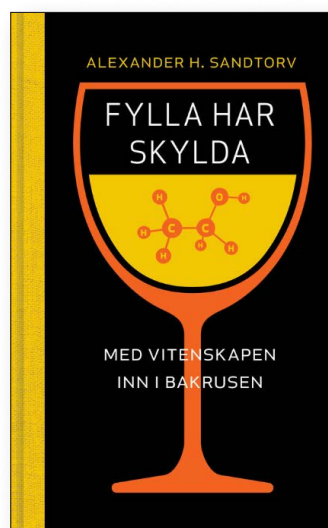
ISBN 9788282822268

Michael 2022; 19: 195–7.

Alexander H. Sandtorv har skrevet en populærvitenskapelig bok om fyllas negative følge – bakrusen. Med bakgrunn som kjemiker, prisbelønnet lærebokforfatter og forskningsformidler skulle han være godt kvalifisert til en slik oppgave. Forfatteren forsøker å oppklare alkoholens og bakrusens mysterier. Han slår an en hyggelig, jovial og lett tullede tone. Dette gjør boka lett å lese og den egner seg godt til nattbordets litteraturvalg. Tora Marie Nordberg har laget noen artige og illustrerende tegninger, som ofte er passende og informative, men av og til ser jeg uutnyttede muligheter i dem. Noen ganger blir de misvisende.

I boka gjennomgås alkoholens kulturhistorie, kjemi og biokjemi, men mest handler det om teorier og mulige kurer for bakrus. Og det burde være et godt felt å skrive diskuterende om. Her er det flust med myter og feiloppfatninger som nettopp vitenskapen kunne bidra til å oppklare.

Populærvitenskap krever mange avveininger: Hvor vitenskapelig bør man være? Hvor populært skal man vinkle det? Sandtorv har nok mest lagt vekt på det populære. Selv om han etter mitt skjønn ikke sier noe direkte uvitenskapelig, så sies det ofte på en ganske uvitenskapelig måte. Ting som



kan være sant og som har elementer av poeng i seg, blir til nokså bastante og udiskuterte påstander. Når han skriver *Det må ha vært litt av et øyeblikk da det tidlige mennesket oppdaget alkoholen*, hopper han over at alkoholen antagelig hadde vært med oss før vi ble *homo sapiens* (1).

Sandtorv skriver best om det som ligger nærmest hans eget fagfelt. Her har han kunnskapsoverskudd nok til å turnere en lettfattelig framstilling uten at det blir for pludrete eller for unøyaktig. Dette illustrerer hvor krevende det er å skrive populærvitenskap.

Sandtorv skriver mest om *ovdrykk*, og mindre om mer beskjedne inntak. Det blir mange likhetstegn mellom bruk av alkohol og fest og fyll. Hovedbolken av boka skal være en «bakrusens myteknuser. Vi avkler desinformasjon og misforståelser». Men gjør Sandtorv det? Holder boka det den lover?

Svaret er både ja og nei. Noen myter avkreftes, noen bekreftes, mens andre igjen misforstås eller opplyses for lite. Jeg blir innimellom usikker på om det faktisk er myter han avkler. Er det en myte at *kvinner blir mer bakfulle enn menn*?

Det fremgår ikke hvem han har søkt veiledning hos eller hvor grundige litteratursøkene er. Han skal ikke ha manglet informasjon på sin vei i verdensveven. Men jeg får tidvis inntrykk av at vi snakker om nokså trivielle nettsøk for å finne svar. Som når han skal prøve den gamle myten om at *øl før vin blir fin og vin før øl blir krøll*. Undersøkelsen han viser til er ikke egnet til å verifisere eller avkrefte hypotesen (2), men en annen studie kunne bekreftet den (3). Jeg synes han av og til mangler det vitenskapelig stringente blikk på det han forsøker å gjøre.

Jeg underholdes av det han skriver om bakrusens fenomenologi og om ølbriller, som betegner en effekt som gjør at man opplever andre som mer attraktive. Ofte skriver han godt og opplyst. Han har gode tanker om forskningsformidling. Men så kommer det noen allegorier som ikke treffer helt, noen påstander som i beste fall er halvsanne og noen formuleringer som gjerne kunne vært kuttet av en strengere redaktør. Boka har nok ikke utnyttet sitt potensial fullt ut, og antakelig leses den best med ølbrillene på.

Litteratur

1. Carrigan MA, Uryasev O, Frye CB et al. Hominids adapted to metabolize ethanol long before human-directed fermentation. *Proc Natl Acad Sci USA* 2015; 112: 458–63. <https://doi.org/10.1073/pnas.1404167111>
2. Köchling J, Geis B, Wirth S et al. Grape or grain but never the twain? A randomized controlled multiarm matched-triplet crossover trial of beer and wine. *Am J Clin Nutr* 2019; 109: 345–52. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy309>

3. Ridout F, Gould S, Nunes C et al. The effects of carbon dioxide in champagne on psychometric performance and blood-alcohol concentration. *Alcohol Alcohol* 2003; 38: 381–5. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg092>

Jørgen G. Bramness
jobr@fhi.no

Jørgen G. Bramness er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser og professor i psykiatri ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Hjelpemidler i Norge

Øivind Lorentsen

Historien om Hjelpemiddelsentralene og drivkreftene bak utviklingen

Sollia: Sollia forlag, 2022

232 s.

ISBN 978-82-93911-02-9

Bestilles hos forfatteren: oivindlorentsen@gmail.com

Michael 2022; 19: 198–9.



Mange av oss vil før eller senere trenge ett eller flere hjelpemidler. Etter min erfaring er dette et velfungerende system som bare *er* der, og som blir oppfattet som en selvfølge. Hele 450.000 personer har i dag hjelpemidler fra en av landets hjelpemiddelsentraler, finansiert av folketrygden. Det virker greit og smidig organisert og er tilgjengelig for alle.

Den første hjelpemiddelsentralen ble åpnet i Telemark i 1979, og alle fylker hadde sine hjelpemiddelsentraler ferdig utbygget i 1995. Sentralt i arbeidet har vært brukernes behov. Problemet er ofte ulikevekten i relasjonen. Ergoterapeuten vet kanskje hva som er tilgjengelig, men ikke nødvendigvis hva som fungerer for den enkelte. På den annen side vet ikke brukeren om spesielle tekniske finesser som kunne løse hans eller hennes utfordringer. God kommuni-

kasjon, gjensidig respekt og prøving og feiling er derfor nødvendig for å finne optimale løsninger. Tilpasset opplæring og oppfølging er også nødvendig, slik at fint uttenkte løsninger med dyre hjelpemidler ikke blir stående ubrukt i et hjørne.

Rehabiliteringsteknologi befinner seg i skjæringsfeltet mellom medisin og teknologi og karakteriseres av både tverr- og flerfaglighet. Siden funksjonshemning er gapet mellom hva personen kan og hva omgivelsene krever, blir tekniske hjelpemidler *enhver gjenstand eller ethvert ergonomisk tiltak som kan bidra til å redusere funksjonshemningen*.

Som leger eller annet helsepersonell har de fleste av oss begrenset innsikt i feltet og mulighetene som finnes. Det dreier seg ikke bare om bevegelseshemninger og rullestoler, biltilpasning og toalett-tilpasninger, men også syns- og hørselshjelpemidler, tale- og kommunikasjonshjelpemidler og ulike tilpasninger for mestring av dagliglivets funksjoner. Kravene om tilpasning på alle dagliglivets felter er økende, bevisstheten om at det er muligheter for økt mestring, selvstendighet og livskvalitet går som en rød tråd gjennom boken.

En sentral aktør i arbeidet var *Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede (RTF)*, som ble nedlagt i 1995. Forfatteren av denne interessante og kunnskapsrike boken, ledet arbeidet. Ved nedleggelsen hadde avdelingen 35 medarbeidere fra 13 disipliner, og over 500 personer var ansatt på hjelpemiddelsentralene i landets fylker. Kampen om en desentralisert eller sentral struktur har åpenbart utspilt seg på dette feltet også. Behovet for nærhet til brukerne har nok trumfet behovet for overordnet kunnskap og styring.

Boken er en verdifull dokumentasjon av de tverrfaglige innsatser som har vært nødvendig for å komme til dagens situasjon, men er nok i overkant detaljrik for den som ikke er direkte involvert i dette verdifulle arbeidet. Men boken er interessant og viktig og belyser et arbeid som er grunnleggende for det faglige og politiske arbeidet som gjøres i dag med tanke på funksjonshemmedes aktive deltagelse og rettigheter i samfunnet.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetikk ved Oslo universitetssykehus.

En historieners sykepleiehistorie

Gunilla Svensmark

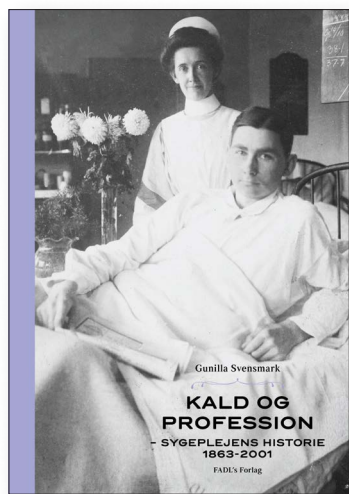
Kald og profession – sykeplejens historie 1863–2001

Roskilde: FADL's Forlag, 2020

502 s.

ISBN 978-87-93810-14-3

Michael 2022; 19: 200–4.



Kald og profession er egentlig en flott bok. Den er godt skrevet, ført i et enkelt og presist språk, er omfattende, tar for seg en periode på mer enn 150 år og bringer et vell av til dels meget gode og informative fotografier. Ikke minst er det gjort plass til prisverdig mange øyenvitneskildringer fra sykepleieres hverdag i fortida – i form av meningsbærende minneberetninger. Sykepleiere av alle avskygninger vil utvilsomt finne mye av interesse her – og en hel del ting de ikke visste de burde interessere seg for.

Men som framstilling av et fags og en profesjons lange historie – og som en fortelling om et fundamentalt område innenfor helsefeltet – faller den sammen. Kanskje ligger det en nøkkel til dette inntrykket i et intervju forfatteren Gunilla Svensmark gjorde med *Sygeplejersken*, Dansk Sygeplejeråds tidsskrift, da boken kom ut. Der beskrev hun sin egen bakgrunn slik:

Jeg har været historienord siden folkeskolen, men ud over min uddannelse som sygeplejerske i 1978 så har jeg gennemført to masteruddannelser i hhv. public administration og sundhedsinformatik. Jeg har ikke læst historie ...¹

En fragmentert historie

Hvorfor starter fortellingen om dansk sykepleie i 1863? Det forklarer forfatteren ved at de første danske diakonissene begynte å utøve faglært sykepleie det året. Fortellingen avsluttes i 2001 (bortsett fra en epilog om de siste 20 åra) fordi den tradisjonelle sykepleierutdannelsen da gikk over til et profesjonsstudium knyttet til bachelorgrader. Reservasjonen mot en grundig behandling av de siste tiåra begrunnes med at samtidshistorie er et vanskelig fag. Alt dette er rimelige standpunkter, og en periodeavgrensing som også har klare paralleller til den norske sykepleiehistorien. Problemer oppstår dog når disse årstallspunktene i liten grad blir noe mer enn punkter. Slik kan denne anmeldelsen mer eller mindre fruktbart brukes til å reflektere over hva profesjonshistorie eller historien til et helsefelt – eller bare historiefortelling – kan og bør være.

Det er nokså sjølsagt at den diakonale bevegelsen hadde meget stor betydning – antakelig helt avgjørende – for utviklingen av sykepleie som et profesjonelt fagfelt og et kunnskapsbasert yrke i hele den protestantiske verden rundt midten av 1800-tallet. Et godt analytisk grep ville være å sette arbeidet og visjonene til den tyske pastor Theodor Fliedner (1800–64) og hans kone Friederike Fliedner (1800–42) ved diakonissehuset i Kaiserswerth inn i sammenhenger med indremisjonsbevegelsen og det sosiale arbeidet i den tidlige industrialismens, kapitalismens og arbeiderklassens Europa. Eller spørre hvorfor kvinnelig diakoni ble kanalisert til nærmest utelukkende å dreie seg om sykepleie. Eller reflektere over hvordan og hvorfor kvinner kunne rekrutteres til dette yrket i så stort antall. Eller stille spørsmål ved hvilke utviklingstrekk som lå bak at profesjonell sykepleie for første gang ble etterspurt i tiåra rundt 1850.

Gunilla Svensmark gjør i liten grad det. Det vil si, hun omtaler en hel rekke av disse momentene, men klarer ikke å forme dem i brukbare analytiske grep. Personer og utviklingstrekk blir oftest lagt etter hverandre som begivenheter i lange rekker. Kanskje er dette *nerdegrepet*, som etterlater seg et inntrykk av en fragmentert framstilling. En konstatering som denne framstår derfor som nokså karakteristisk for denne boken: «Ved indgangen til 1900-tallet stormede den medisinske utvikling frem, og amter og kommuner byggede nye sygehuse i hele landet» (s. 106).

¹ «Dengang kendte vi patienterne», *Sygeplejersken* 11, 2020: 44-45.
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-11/dengang-kendte-vi-patienterne> (19.1.2022).



Operasjon på Varde sygehus i Jylland i 1900. Det er dessverre ikke opplysninger om hvem som er avbildet. Bilde fra boken. Foto Dansk Sygeplejehistorisk Museum.

En innholdsrik fortelling

Forfatteren er kunnskapsrik og opplest. Anestesi og antiseptikk er sjølsagt vesentlige sider av hennes eget fag, men hun unnlater å forklare hvorfor innføringen av slike praksiser var grunnleggende for kravet om å erstatte gangkoner med sykepleiere på sykehuset – og på den måten vise at det var perioden rundt 1850 som konstituerte sykepleiens fødsel, og følgelig at pastor Flidner også kan fortolkes som en del av større sammenhenger.

På den samme måten beskriver Svensmark kort og presist innsatsen til Joseph Lister (1827–1912), Louis Pasteur (1822–95) og Robert Koch (1843–1910), men lar være å forklare oss sammenhengene som ligger i bakteriologiens og laboratoriemedisinens framvekst som det teoretiske fundamentet bak effektiv bekjempelse av tuberkulose. Derfor blir den danske tuberkuloseloven tilsynelatende plutselig vedtatt i 1905 (s. 107).

For Gunilla Svensmark har sykepleien som moderne profesjon tre historiske grunnlag: den katolske klostersykepleien, den protestantiske diakonale sykepleien og Florence Nightingale (1820–1910). Slik kolporterer hun

de klassiske og tradisjonelle mytene om fagets fundamenter – uten egentlig å fundere over at det kan være vesentlige forskjeller mellom sykepleie i moderne betydning og allmenn omsorg for fremmede. Når hun slår fast at reformasjonen medførte nedleggelse av klostrene som en innledning til «sygeplejens mørke periode» (s. 14), henger hun seg på for lengst utdaterte arbeider blant annet av den amerikanske sykepleie-pioneren Lavinia Dock (1858–1956) fra 1930-årene. Og hun unnlater å problematisere at reformasjonens menn i stor grad videreførte og utvidet institusjoner for dem som ikke klarte seg selv eller dem som var i veien – for eksempel Kristian 4s (1577–1648) *Tugt- og børnehus* i København. På den annen side er hun prisverdig klar over den vesentlige forskjellen på de tidligmoderne institusjonene der oppbevaring var hensikten og det seine 1700-tallets moderne sykehus med behandling som formål. Hun behandler opprettelsen av *Det kongelige Frederiks Hospital* i 1757 på en god måte som en viktig nyskaping, men reflekterer ikke over at behandlingsinstitusjonen *Almindelig Hospital* fra tiåret etter faktisk også rommet en oppbevaringsinstitusjon innenfor sine egne vegger (s. 58–60).

Florence Nightingales posisjon er det få sykepleiehistorikere som tar lett på, heller ikke Svensmark. Men når hovedkilden til behandlingen av denne monumentale skikkelsen er den mer enn hundre år gamle biografien til sir Edward Tyas Cook (1857–1919), *The Life of Florence Nightingale*, som kom på dansk i 1917, blir resultatet forutsigbart underlig: enkeltstående begivenheter, en historiefortelling for nerder.

I andre deler av framstillingen har forfatteren søkt støtte i nyere historiarbeider av dyktige danske forskere som Nete Balslev Wingender og Susanne Malchau Dietz, men har ikke gjort forsøk på noen nordiske komparasjoner, for eksempel med å konsultere svenske Eva Bohm og Agneta Emanuelsson, eller norske Åshild Fause og Anne Micaelsen, Jorunn Mathisen eller Ellen Cathrine Lund og Ole Georg Moseng – som alle står bak omfattende nasjonale sykepleiehistorieframstillinger.

Svensmark skal ha for viljen til å gå løs på lange linjer. Hun vegrer seg ikke for å sveipe over den skiftende organiseringen av det administrative ansvaret for dansk helsepolitikk gjennom nærmere 400 år (s. 66–71). Denne nokså vesentlige problematikken kunne vært drøftet som et spørsmål om samspill mellom helseaktører og samfunn. Det vil si i forhold til endrete ideologier og politiske styresett – fra eneveldets prioriteringer gjennom det liberale demokratiet på 1800-tallet til velferdsstatens hegemoni i etterkrigstida. Her blir spørsmålet løst ved å beskrive en rekke institusjoner som tilsynelatende avløser hverandre sømløst. *Collegium medicum* fra 1740 glir umerkelig over i *Sundhedsstyrelsen* i 1803 – «... som fik de samme beføjel-

ser ...» – og videre over i den moderne organisasjonen med samme navn. Vi blir sittende igjen med inntrykket av at Sundhedsstyrelsen etter struktur-reformen i 2005 representerer en videreføring av 1700-tallets kongelige rådgivere.

En katalog over hendelser

Inntrykket av fragmentering og oppstilling av begivenheter fra fortida i lange rekker er minst like framtreddende i det lange, siste kapittel 5, som behandler tida fra 1958 til 2001. Det er den perioden forfatteren selv var i aktivitet som sykepleier. Det kunne ha vært grunnlaget for synteser, analyser og refleksjoner – som i stor grad uteblir. Delkapitler om utdanning, lønnsforhold, arbeidskonflikter og EDB gir et mangfoldig og helt sikkert etterrettelig bilde av etterkrigstida, men oppløses i enkeltbegivenheter, kanskje i enda større grad enn behandlingen av den eldre historien. Et hederlig unntak representerer delkapitlet om den voldsomme ubalansen mellom kjønnene som har preget sykepleieryrket siden tidenes morgen – med den språklig paradoksale tittelen *Mandlige sygeplejersker* (s. 302–312). Det bærer kimen i seg til problematisering og analyse, men munner like fullt ut i en flat konstatering av at andelen menn i mange år har svingt mellom tre og fire prosent.

En alminnelig litteraturliste mangler. Det medfører at leseren må gjette seg til hvor referansene er hentet fra ut fra de sparsomme og oftest utilstrekkelige opplysningene som er oppgitt i noteapparatet.

Kald og profession er et amatørarbeid. Den framstår som en katalog over hendelser. Det betyr sjølsagt ikke at den er verdiløs, langt fra. Den er overmåte innholdsrik og ser ut til å favne et meget bredt spekter av vesentlig tematikk – som man skulle forvente av en framstilling av mer enn 150 års profesjonshistorie. Men man kan ikke gå til denne boken og vente å få innsikt i vesentlige sammenhenger mellom sykepleie, helse og samfunn – eller nye perspektiver.

Ole Georg Moseng
om@usn.no

Ole Georg Moseng er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge og har blant annet skrevet Framvekst og profesjonalisering, Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år, bind 1. Oslo: Akribe, 2012.

Forfatterveiledning – tidsskriftet *Michael*

Michael (www.michaeljournal.no) er et vitenskapelig tidsskrift som gis ut av Det norske medisinske Selskab. Tidsskriftet har navn etter Michael Skjelderup (1769-1852), som var Norges første professor i medisin.

Michael er godkjent som vitenskapelig publikasjonskanal (nivå 1) i det norske universitets- og høyskolesystemet. Alle vitenskapelige artikler gjennomgår ekstern fagfelleevaluering (peer review). Etter intern redaksjonell vurdering sendes relevante manuskripter ut til kyndige eksterne fagpersoner som vanligvis er anonyme for forfatterne. Vurderingene publiseres ikke.

Michael inviterer forfattere til å sende inn artikler om medisinsk historie, medisinsk humaniora, samfunnsmedisin og helsepolitikk. Redaksjonens oppgave er å vurdere innkomne manuskripter og tilrettelegge stoff for publisering. Michael publiserer ikke artikler som har vært offentliggjort tidligere. Forfatterbetaling (article-processing charge (APC)) avhenger av publikasjonstype og institusjonstilknytning. For forfattere uten finansiering kan betaling frafalles etter individuell vurdering. Institusjonsfinansierte artikler belastes normalt mellom 10 000 og 20 000 NOK avhengig av artikkellengde og utstyr (f.eks. fargebilder).

Michael publiserer artikler på skandinaviske språk eller på engelsk (UK), avhengig av emne og forventet målgruppe. Artiklene skal være skrevet for en bred leserkrets. Forkortelser bør unngås eller forklares første gang de opptrer i teksten.

Michael kommer ut med fire ordinære utgaver i året. I tillegg publiseres supplementer.

Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres elektronisk samtidig med papirutgaven. Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i Michael i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres. Den publiserte artikkelen kan fritt deponeres i et vitenarkiv uten tidsforsinkelse.

Michael redigeres etter redaktørplakaten og er medlem av [Committee on Publication Ethics](https://www.copyright.com/) (COPE), og følger retningslinjene derifra og fra [International Committee of Medical Journals](https://www.icmje.org/) (Vancouvergruppen). Tidsskriftet er medlem av [Fagpressen](https://www.fagpressen.no/) og [Norsk tidsskriftforening](https://www.norsk-tidsskriftforening.no/).

Redaktører:

Øivind Larsen, professor em. i medisinsk historie, Universitetet i Oslo

Erlend Hem, professor i medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo

Magne Nylenna, professor em. i samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Artikkeltyper

Michael publiserer artikler av følgende typer:

Originalartikler (Original papers)

Originalartikler skal presentere ny kunnskap, skaffet til veie av forfatterne gjennom egen forskning. Dette kan f.eks. være egne studier basert på pasientmaterialer, arkivstoff eller andre historiske eller samtidige kilder. Det kan også være kvalifiserte nytolkninger av eksisterende materiale, litteratur eller annen informasjon. Teksten skal gjøre klart greie for hva som er forfatternes bidrag og det vitenskapelige resultatet. Negative funn, eller bekreftelse av tidligere funn, regnes også som publisierbar ny kunnskap.

Vitenskapelige artikler, uavhengig av forskningsfelt, skal redegjøre for materiale og metode og bør i utgangspunktet være satt opp i henhold til IMRAD-strukturen:

- *Introduksjon: Hvorfor gjorde du denne studien?*
- *Materiale og metode: Hvordan gjorde du det?*
- *Resultater: Hva fant du?*
- *Diskusjon/fortolkning: Hva betyr det du fant?*

Disse elementene kan ha andre overskrifter, dersom stilistiske hensyn tilsier det.

Oversiktsartikler (Review articles)

I en vitenskapelig oversiktsartikkel vil forfatterne vanligvis presentere et kvalifisert utvalg av studier, tekster og annen informasjon om et spesielt problem, og ende sin oppsummering med hva som oppfattes som essensen og den beste, tilgjengelige kunnskap. Det må være med et metodeavsnitt som begrunner utvalget av materiale som oversikten bygger på. Vitenskapelige oversiktsartikler kan gjerne struktureres i henhold til IMRAD-strukturen.

Kronikker (Chronicles)

I en kronikk presenterer forfatteren et synspunkt og diskuterer dette på en balansert måte. Kronikkens hensikt er å gi leserne argumenter for egen tenkning. Synspunktet som settes fram og hvorfor dette er aktuelt akkurat nå, skrives innledningsvis.

Debattinnlegg (Opinion papers, Commentaries, Letters to the Editor)

Dette kan være personlige meningsyttringer eller kommentarer til artikler som har vært publisert i *Michael*. Slike innlegg skal normalt være korte.

Lederartikler (Editorials)

Lederartikler setter artikler fra det aktuelle nummer av *Michael* inn i en relevant kontekst og kommenterer dem. Lederartiklene er vanligvis skrevet av redaktørene eller etter invita

Bokanmeldelser (Book reviews)

Bokanmeldelser presenterer relevant litteratur, oftest nylig utgitte bøker, og skrives etter invitasjon fra redaktørene. Anmelderen skal gi en kort beskrivelse av hva boka inneholder, hvorfor den omtales og anmelderens vurdering av den. Forfatter, boktittel, forlag, publikasjonsår, sidetall og ISBN-nummer skal oppgis.

Praktiske råd

Før man skriver et manuskript til *Michael*, bør man se på en av de nyeste utgavene av tidsskriftet (www.michaeljournal.no). Der vil man se hvordan tabeller, figurer og referanser er satt opp.

Manuskriptene bør begrenses i omfang. Vitenskapelige artikler bør sjelden overskride 5 000 ord. Kronikker bør sjelden overskride 3 000 ord. Ved behov for større plass, ta kontakt med redaksjonen.

Manuskripter sendes til michael@dnms.no. Et kvitteringsbrev beskriver den forventede redaksjonelle prosessen.

Hvordan skrive i Michael?

Manuskripter til *Michael* skal utarbeides i samsvar med *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (the Vancouver style: www.icmje.org).

Artikkeltittel

En artikkeltittel skal fungere som et ultrakort sammendrag som gjør det klart for leseren hva dette handler om ved første blick. Tittelen skal også gjøre artikkelen lett å finne igjen i ulike søkesystemer.

Sammendrag og ingress

Vitenskapelige artikler skal åpne med et sammendrag på inntil 200 ord, som presenterer hovedbudskapet i artikkelen. Hvis artikkelen er på norsk, skal en oversettelse av sammendraget til engelsk (UK) stå som siste side i manuskriptet. Legg mye omtanke i utarbeidelsen av sammendraget fordi det ofte er det eneste som leses.

Kronikker skal åpne med en kortfattet ingress, som først og fremst skal friste til videre lesning.

Mellomtitler

Mellomtitler skal skrives med halvfet skrift. Hvis nødvendig, kan man dele inn i et ytterligere undernivå med overskrifter i *kursiv*. Hyppige mellomtitler letter lesningen.

Referanser

Kun referanser til litteratur og andre kilder som har vært brukt ved utarbeidelsen av manuskriptet skal inkluderes. Henvisning til videre lesning skal ikke tas med.

Man skal bare henvise til publiserte, eller offentlig tilgjengelige kilder og materiale. Henvisninger til brev, e-poster, sms og personlige meddelelser skal begrenses, hvis disse kildene ikke kan bli konsultert og sjekket av leserne.

I artikler om historiske emner, der det er sitert gamle og sjeldne bøker og dokumenter, er det nyttig om det oppgis i hvilket bibliotek eller arkiv materialet er funnet, da det gjør det lettere for leseren å finne fram til det. For gamle bøker, trykket i flere små opplag, kan eksemplarene fra hver utgivelse være noe ulike.

For arkivmateriale skal arkivnavn og dokumentadresse i arkivet oppgis.

Ved referanse til artikler eller bøker der det er flere forfattere, skal de tre første nevnes ved navn, mens de følgende samles under *et al.*

Michael foretrekker at det refereres til papirbaserte kilder og at det i tillegg angis en lenke til nettversjonen. Netthenvisninger må identifiseres med lenker som er prøvd ut av forfatterne og med avlesningsdato.

Henvisningene kan settes opp på tre måter, avhengig av tema og av artikkeltype:

1. Vancouver-systemet

Dette er det systemet som vanligvis benyttes i medisinske tidsskrifter, og består av referanser som det henvises til med arabiske tall i teksten etter hvert som de kommer, med (1) som første henvisning. Referansene presenteres så i en nummerert liste, betegnet *Litteratur (Literature)* bakerst i artikkelen.

Detaljene i oppsettet av litteraturlisten skal også følge Vancouver-systemet. Et eksempel er her en referanse som har nummer 15 i en tekst:

15. Myhre JE. *Oslo bys historie*. Bd. 3: Hovedstaden Christiania fra 1814 til 1900. Oslo: Cappelen, 1990: 219–21. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007082200024?page=219

Tegnsetting, forkortelser og bruk av *kursiv* skal være som i dette eksemplet med boktittelen i *kursiv*. Ved henvisning til tidsskriftartikler, skal tidsskriftets navn stå med *kursiv*, forkortet i henhold til gjengs praksis.

2. Harvard-systemet

I artikler om emner fra samfunnsvitenskapene eller humaniora er Harvard-systemet ofte foretrukket. Forfatternes etternavn og arbeidets publikasjonsår er satt inn i teksten i parentes, og viser til en alfabetisk litteraturliste bakerst i artikkelen. Tegnet & brukes mellom to forfattere for samme artikkel, eksempel: (Andersen & Steinholt 1998) viser til forfatternes felles arbeid, mens (Andersen 1998, Steinholt 1998) betyr at det er to

separate publikasjoner av de samme forfatterne. Detaljene i de enkelte referanser skal ellers følge Vancouver-systemet, se ovenfor.

3. Fotnoter

Fotnoter brukes av metodologiske grunner ofte i blant annet historiefaglige tekster for utdypning eller presisering. Eventuelle litteraturhenvisninger i fotnoter skal være fullstendige. Hvis samme henvisning forekommer mange ganger i fotnotene, kan man vise til «samme sted», *ibidem*, forkortet *ibid.*, men bare hvis det er helt klart hvilken av de tidligere henvisningene man refererer til. Sluttnoter brukes ikke i *Michael*.

Tabeller

Tabeller brukes for å presentere og dokumentere en prosess eller et vitenskapelig funn. Hver tabell skal settes opp på en egen side med tabellnummer og tabelltekst i *kursiv* under tabellen. En tabell skal kunne stå for seg selv og være forståelig uavhengig av artikkelteksten. Innholdet i tabellen skal ikke gjentas i teksten.

Figurer

Diagrammer, tegninger, flytskjemaer osv. betegnes i *Michael* som *Figur* og blir nummerert i den rekkefølgen de opptrer i artikkelen. I figurene må bokstaver, tall og symboler ha en størrelse som står i forhold til hverandre og til det trykte format i *Michael*. Hver figur skal settes opp på en egen side med figurnummer og figurtekst i *kursiv* under figuren. En figur skal være forståelig uavhengig av artikkelteksten. Innholdet i figuren skal ikke gjentas i teksten.

Ved gjengivelse av illustrasjonsmateriale gjelder reglene for behørig referanse (se ovenfor). Det er forfatterens ansvar å innhente relevante tillatelser.

Figurer skal sendes inn elektronisk, fortrinnsvis i jpg-format (minst 300 dpi) og som separate vedlegg. Diagrammer må være rentegnet med profesjonell kvalitet. Diagrammer med fargede kurver må være slik at de også er forståelige hvis de blir gjengitt i svart-hvitt. Fotografier skal ha profesjonell kvalitet. Bildene skal sendes inn elektronisk som separate vedlegg, og de bør ha en filstørrelse på 5 MB eller mer.

Takk (*acknowledgements*)

Eventuelle takksigelser skal skrives kort til sist i artikkelen. De som takkes må ha gitt tillatelse til dette.

Summary

Engelsk sammendrag settes på siste side i artikkelen og skal ha samme innhold som det norske sammendraget.

Signatur

Under artikkelen skal det stå i *kursiv*: *artikkelforfatternes navn, e-post-adresse og minibiografi.*

Kontaktinformasjon:

michael@dnms.no

Tidsskriftet Michael

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2022)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

