

## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no). Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

## Problemløsning eller problemløsning?

Det er et tankekors at vi med et av verdens best fungerende demokratier, har en slik skremmende mangel på langsiktige planer, ansvarlighet, og konsekvens i den politiske ledelse og i den offentlige beslutningsprosess generelt. Problemløsning er avhengig av gode beslutninger. Dårlige beslutninger løser ingen problemer, men skaper nye i tillegg. Og de koster penger! Det er hva jeg kaller problemløsning.

I de over 30 år jeg har arbeidet i norske sykehus, har jeg sett store summer bli sløst bort på ting man på forhånd *vet* ikke vil fungere. Hele organiseringen av sykehusvesenet har lenge vært, og er fortsatt, en svær og kompleks katastrofe. For myndighetene ser det ut til å ha vært viktigere å frarøve legestanden styring enn å finne gode løsninger, og man har endt i et virvar av problemer, hvor misforståelser, gale holdninger og inkompetanse dominerer. Enhver løsning som kunne være effektiv på lengre sikt, blir stemplet som «politisk umulig».

La meg trekke frem fra min erfaring med sykehussektoren ett eksempel, nemlig håndteringen av bemanningssituasjonen. Over hele landet – hver gang en ny sykehusavdeling skal etableres – har man opprettet så mange stillinger som beregnes *akkurat* tilstrekkelig for full drift av avdelingen. Avdelingens størrelse, spesialitet og akuttberedskap m.m. avgjør hvilken stab som er påkrevet til hvilke tider på døgnet. Slett ikke så enkelt, men man har normer å gå etter og har stort sett kunnet få dette til. Men det er ett problem man systematisk har oversett eller ignorert fra administrerende myndighets side, til tross for at det ligger i dagen, vil vise seg umiddelbart og er påpekt fra medisinsk faglig hold igjen og igjen. Blant alle yrkesgrupper kan jeg bruke sykepleierne til å illustrere hva det gjelder. Vi *vet* at ferie, avspasering, kurser og etterutdanning, permisjoner, svangerskap og fødsler og selvfølgelig sykdom forårsaker et betydelig fravær, som er forbausende konstant og i gjennomsnitt kanskje rundt 10%. Det meste skyldes ikke tilfeldigheter (sykdom), men de ansattes rettigheter. Jeg har aldri opplevd at det overhodet har vært tatt noe høyde for dette fraværet i sykehusledelsens beregning av stillingsbehov. Med vitende og vilje baserer man altså sykehusdriften på en formidabel underbemanning.

Den selvfølgelige konsekvens er vakanter, rovdrift på det eksisterende personale og en ond sirkel med mistrivsel, dårlig arbeidsmiljø, økt sykkelighet og ytterligere fravær. Kvaliteten på fagutøvelsen synker. Med andre ord blir både personalet og pasientene skadelidende. Alt medisinsk personell er klar over dette. Det logiske ville ha vært å redusere driften til den balanserte eksisterende stab. I stedet legges pasienter i korridorene! Sykehuset leier inn sykepleiere fra det store utland, til dels uten nødvendige norskkunnskaper, og til lønninger som langt overskrider det vanlige ansatte legger beslag på. Man minnes ordtaket: «Mot dumheten kjemper selv gudene for-gjeves.»

Jan Hygen  
Helgeroa

## Om å ta feil

Man skal velge sine slag, glemme tapene og telle sine seire. Jeg vet ikke om det er slik Dagfinn Høybråten tenker, men nå kan han telle en stor seier, og jeg skal innrømme at jeg tok feil.

For noen år siden tok undertegnede og noen kolleger kraftig til orde mot å utvide lov om vern mot tobakksskader slik at det skulle være forbudt å røyke i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. Argumentene fra vår side var at kunnskapsgrunnlaget for at passiv røyking var farlig, var for dårlig til å kunne gjennomføre store inngrep i individets frihet. Høybråten tok ingen notis av våre protester, og lovendringen kom på plass. Norge var ikke først ute med slike tiltak, men vi føyer oss inn i et godt europeisk selskap der selv ihuga pub- og kafébesøkende som irer og italienerne har funnet sin plass. Franskmennene har også kommet med, men Tyskland sliter litt med at politiske tiltak kan være forskjellige mellom ulike «Bundesländer». Grunnen til at jeg innrømmer at jeg tok feil, er at man nå ser tydelig effekt av tiltakene. Italienske kolleger har nylig vist at sykkeligheten av koronar hjertesykdom er 11,2% lavere blant 35–64-åringer i 2005, sammenliknet med de fem foregående årene (1). I Italia trådte loven i kraft i 2005. For den noe eldre aldersgruppen (65–74 år) var reduksjonen 7,9%. Tvilere kan fortsatt si at dette kunne ha skjedd uansett, hjerteinfarkt-

sykdommen var uansett på vei nedover. De italienske forskerne har forsøkt å justere for underliggende trender, og mener fortsatt at de kan påvise en tydelig effekt.

Hva så med vår protest, individets frihet og dårlig kunnskapsgrunnlag, var den unødvendig? I medisin og særlig innen folkehelsearbeid kan det være vanskelig å vise tydelige sammenhenger. Når man skal fatte en beslutning om å handle eller ei, må vi ofte ta utgangspunkt i hva konsekvensene er om vi tar feil. I denne saken burde undertegnede ha stilt seg på Høybråtens side. Konsekvensene av ikke å innføre restriksjonene, og så ta feil, var verre enn det motsatte.

Dag Steinar Thelle  
Universitetet i Oslo

## Litteratur

1. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N et al. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008; 117: 1183–8.

## Skriften på veggen

Det ser ut til å være en opplest og vedtatt sannhet at forelesningene på medisinstudiet holder høy standard. Dette til tross for at det ikke finnes effektive evalueringsordninger der studentene får gitt ris og ros til sine lærere. Vår erfaring etter seks års studium er imidlertid at ved anslagsvis en tredel av forelesningene kunne man med fordel brukt tiden på lesesalen.

Vi gjennomførte våren 2008 en uheldig spørreskjemaevaluering av forelesningene på sisteåret i Oslo blant en gruppe avgangstudenter. Fire av 18 utvalgte forelesninger, med fire ulike forelesere fra fire ulike fagfelter, fikk en gjennomsnittsskår over 5 på en skala 1–6. Det oppsiktsvekkende var at i alle disse ble tavle benyttet som viktigste pedagogiske virkemiddel. Ikke i noen av de fire ble det brukt PowerPoint, mens presentasjonsprogrammet ble brukt i de fleste av de 14 andre.

Hvorfor? I selve presentasjonsverktøyet PowerPoints form forsvinner lett dybde og kontekst (1). PowerPoint-forelesere kommer ofte uforberedt; mange ser ut til å tro at det å lage en slik presentasjon i seg selv er forberedelse nok. Ofte kompenseres manglende forberedelse med en presentasjon av enorme mengder forvirrende infor-

masjon på kort tid. Innsatsen det krever å utmeisle de viktige linjene i faget, og si noe samlende som ikke står i enhver lærebok, forsvinner. Med PowerPoint kan selv elendig undervisning se strukturert og stilig ut. Foreleserne slipper unna med høytlesning fra et lysbilde og gir studentene utskrift av PowerPoint-presentasjonen så de slipper å notere ordstrømmen (2). Slik er PowerPoint blitt tidenes mest fristende sovepute for medisinske forelesere og studenter, og ved endt studium kastes flere titalls kilo halvveis gjennomarbeidede PowerPoint-utskrifter.

Retten skal være rett: Det har vært flere gode forelesninger med bruk av PowerPoint i løpet av studiet. Men en forelesning som består i opplesning av stikkord på en skjerm er misbruk av læringsressurser, og vi som nettopp har opplevd studiet ønsker å sende et signal om dette. Ukritisk bruk av PowerPoint forringer etter vårt syn dagens medisinstudium.

Vårt standpunkt er at tavleundervisning oftere foregår i et riktig tempo for læring. På tavlen blir det bare tid til å presentere hovedpunkter, mens den gode muntlige fremstillingen som foregår parallelt, kan inneholde nyansene og utgjøre et skjelett for den boklige kunnskapen. Det å bruke tavle gir ikke automatisk god undervisning. Poenget er nok snarere at dagens tavleundervisere er en minoritet som gjennomsnittlig er mer bevisst sin pedagogikk enn PowerPoint-afficionadoene. Lærere har til alle tider måttet legge stor innsats bak god pedagogikk. Undervisende leger: Ikke glem tavlen som pedagogisk virkemiddel!

**Henrik Vogt**

Oslo

**Martin Aasbrenn**

Fredrikstad

#### Litteratur

1. Kjeldsen J. The rhetoric of PowerPoint. Seminar.net – International journal of media, technology and lifelong learning 2006; 1: 1–17.
2. Raaheim A. Men PowerPoint-plansjene mine får du ikke! Uniped 2008; 1: 17–24.