

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1987

ARGANG 16



**TEMA: JUS OG MEDISIN**

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG  
SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S  
9652.63.00111

Ola Lilleholt  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal  
Tlf. kont. 073 65 217  
Tlf. priv. 073 66 126

Magne Nylenna  
Inst. for Almenmedisin  
Fr. Stanggt. 11/13  
0264 Oslo 2  
Tlf. kont. 02 86 82 10  
Tlf. priv. 02 87 11 93

Frode Helan  
Tingvoll Helsecenter  
6630 Tingvoll  
Tlf. kont. 073 31 100  
Tlf. priv. 073 31 437

Øystein Pedersen  
Distriktslegekontoret  
6400 Molde  
Tlf. kont. 072 58 036  
Tlf. priv. 072 51 066

Jon Hilmar Iversen  
Distriktslegekontoret  
6490 Eide  
Tlf. kont. 072 96 361  
Tlf. priv. 072 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkelnummer kr. 20,-. Layout: Uiset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

## Bjørnetjeneste fra Inkognitogate 26

I det vi legger siste hånd på denne utgaven av Utposten figurerer Legeforeninga i avisene med helsides annonser hvor Statsministeren er tegnet som gribbe og legemishandler. Dette er tydeligvis ment å påvirke opinionen i forbindelse med den lønnskonflikten vi står opp i.

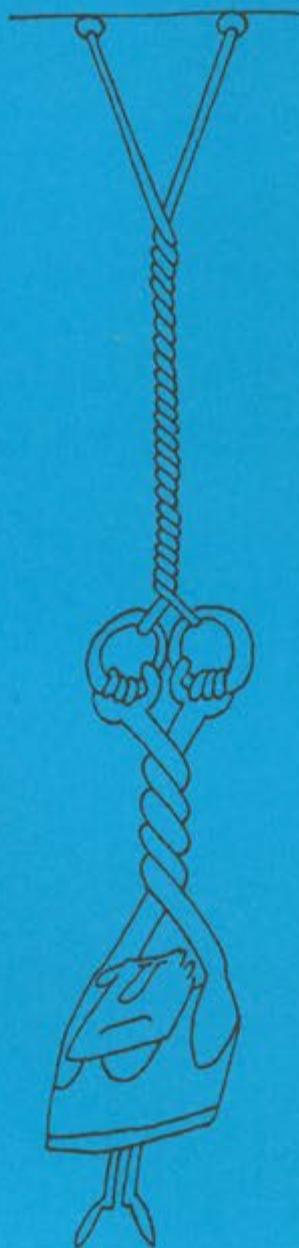
Annonsene er med sin plumpe og smakløse form en primitiv parti-politisk agitasjon som for folk flest igjen vil bekrefte at leger og Legeforeninga er stakk-konservative. Kanskje vil annonsene more noen med tilknytning til Fremskrittpartiet. På alle andre må de virke frastøtende og i alle fall oppfattes som en grov avsporing i en forhandlings-situasjon som angår Normal-tariffen. Utspillet tjener derfor ikke legenes interesser hverken i opinionen eller i forhold til de forhandlingene som naturligvis må bli gjenopptatt på et eller annet tidspunkt.

Hvem er det i Inkognitogate 26 som er så fullstendig blottet for politisk gangsyn og så sløv for sentimentene både blant folk flest og blant Legeforeningas egne medlemmer? Presidenten? Sentralstyret? Administrasjonen??

Det tar års maysommelig arbeid å rette opp publikums bilde av hva Legeforeninga og leger står for etter disse annonsene.

La oss få vite hvem det er som er ansvarlig for denne blunderen! La vedkommende forklare seg for Landestyremøtet: Her er det på sin plass med skarpe reaksjoner!

Ola L



Utp. nr. 2, 1987  
**INNHold:**

### TEMA: JUS OG MEDISIN

- Øystein Pedersen:**  
Pasientrettighetene og legeplikten s. 49
- Inger Benson:**  
Pasientombudsordningen i Nordland s. 50
- Erik Engebjerg:**  
Om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende s. 55
- Lisbeth Bang:**  
Voldtækt og kvinnemishandling s. 57
- Ørnulf Rasmussen:**  
Jussen, helsevesenet og pasienten s. 62
- Lisbeth Bang:**  
Hvad kan almenpraktikeren gjøre for voldtatte pasienter s. 66
- Øystein Pedersen:**  
Intervju med Ørnulf Rasmussen s. 70
- Gerd-Ragna Bloch Thoresen:**  
Bare faglig — ingen fordommer s. 74
- Berit Tveit:**  
Lek med liv s. 78
- Anonym:**  
Om incest — barneseksualitet, skyld, skam og glede s. 86
- Magne Nylenna:**  
Samfunnsmedisin i praksis s. 89
- Utpostens essaykonkurranse** s. 91
- Steinar Westin:**  
Forslag til svar på oppgave i almenmedisin i nr. 1/87 s. 92

# Pasientrettighetene og legepliktene



"Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødige utgifter, tap, tidsspille eller uleilighet": (Lov om helsetjenesten i kommunene, §2-1).

I dette nummer av Utposten har vi fokusert på noen problemstillinger i skjæringsfeltet mellom jus og medisin. De siste år er det kommet en rekke lover og bestemmelser som dels innebærer økte rettigheter for pasientgrupper, dels økte og innskjerpede plikter for helsevesenet til å yte hjelp. Samtidig har vi fått en større mediafokusering og en mer brukerkritisk holdning til helsetjenesten. I større grad enn før heves kritiske røster mot de hvite frakkenes tidligere uanгриpelige ufeilbarlighet. Stadig flere rettssaker mot helsepersonell avdekker også at der skjer feilvurderinger og feilgrep, både ved overbehandling og underbehandling, og tilliten til oss som profesjon uthules gradvis. Forsikringselskapene høyner forsikringspremiene og erstatningssakenes antall og størrelse øker for hvert år.

I forbindelse med dette har det også skjedd en fokusering på legerollen som ikke er spesielt flatterende: "Legene er arrogante, de hører ikke på oss pasi-

enter, de tar beslutninger om oss uten at vi får være med å diskutere, de presenterer ikke alternativer og risikomomenter til behandlingen, og gir oss ingen valgfrihet". Rapporten fra Pasientombudet i Nordland, som refereres i dette nummer av Utposten, er i denne sammenheng lite oppmuntrende lesning.

Men har nå pasienten alltid rett, og har han rett til å kreve å få velge fra helsevesenets meny etter eget forgodtbefinnende? Bør vi leger godta at pasientens selvbestemmelsesrett og autonomi er så ukrenkelig at heller ikke vi skal motsette oss krav om spesifikke diagnostiske eller terapeutiske intervensjoner? Med andre ord: Skal pasienten få sykemelding når han ber om det? Skal pasienten selv bestemme forskrivning av antibiotika, analgetika og psykofarmaka via oss, - som en noe komplisert form for egenmedisinering? Og har pasienten krav på å få undersøkt sin hodepine i computertomografen fordi han ikke føler seg tilstrekkelig beroliget uten en slik undersøkelse?

En vei har som regel to grøfter, og om den ene grøfta her er legens paternalistiske pasientumyndiggjørelse, så er pasientens egen selvbestemmelse like mye den andre grøfta. Pasientene vet idag mye om sine sykdommer og plager, og de økte kunnskaper i befolkningen gir økte forventninger til hva helsevesenet kan gi. Her bidrar ikke minst massemedia til fokusering på medisinske framskritt og subtil teknologi som gir mange helt urealistiske forhåpninger om vårt diagnostiske og terapeutiske potensiale.

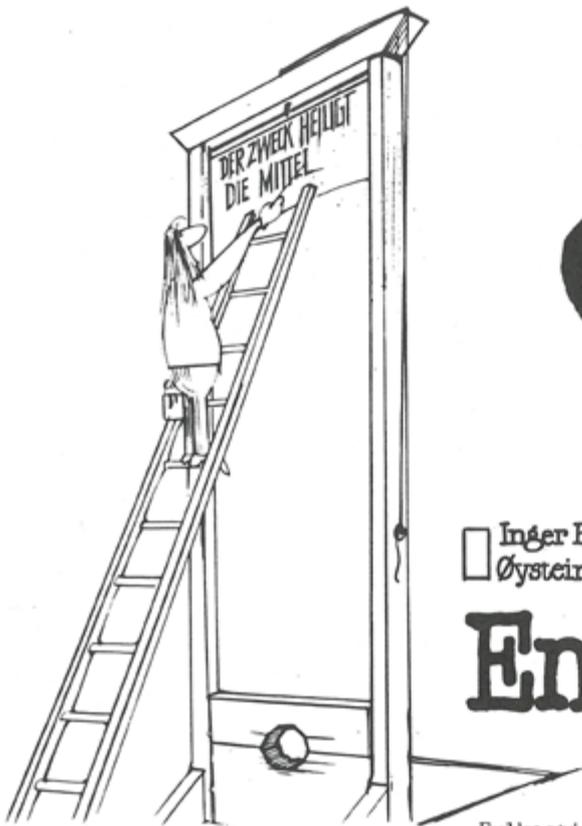
I vår realitetsorienterende rolle som forvalter av de reelle og tilgjengelige helsevesengoder, må det nødvendigvis oppstå både skuffelse og til tider konflikter. I utgangspunktet er pasientens rettigheter sterkt begrenset når det gjelder "helsevesensomsorg" ved f.eks. resept-

pliktige medikamenter, henvisningspliktige undersøkelser og behandlinger, og sykehusoverlegens suverenitet til å utskrive pasienter fra sykehuset mot deres vilje. Legen må i dette fungere som det han er, nemlig en autorisert faglig-medisinsk kunnskapsforvalter og en samfunnsøkonomisk ressursforvalter som må foreta profesjonelle avveininger overfor hver enkelt pasient.

Her kan selvsagt ulike sykdomsforståelse mellom lege og pasient skape problemer, og vi vet også at ulike leger løser like problemer forskjellig. Vi må likevel etter beste autoriserte evne balansere pasientens ønsker og forventninger mot våre prinsipper for god medisinsk praksis. I vårt arbeid skal vi fordele knapphetsgodene i helsevesenet slik at de utnyttes optimalt ut fra medisinske kriterier, og også beskytte pasienten mot unødige unyttige undersøkelser eller behandlingsforsøk.

Men vi plikter også i vår praksis å ivareta og imotekomme pasientens rettigheter. Pasienten har rett til å behandles med respekt, og rett til å fremlegge egne synspunkter på sitt problem. Han har rett til forståelig informasjon, til medbestemmelse og deltakelse i valg mellom alternativer. Han har rett til journalinnsyn, rett til å være uenig med oss, rett til å klage på våre løsnings tiltak, og rett til å ta opp erstatningssak ved feilbehandling. Pasienten har rett til å avslå vårt tilbud om hjelp, - men han har ikke rett til å kreve selvbestemmelse innenfor helsevesenet. Her må til sist legens egen vurdering på basis av faglig integritet og autonomi være avgjørende for hvilke dører som åpnes og lukkes for pasientens labyrintvandring etter diagnose og helbredelse.

*Arstein P.*



# JUS OG

□ Inger Benson, cand.jur., pasientombud i Nordland, intervjuet av □ Øystein Pedersen

## En rapport om pasient

Fylkestinget i Nordland vedtok under møte 6.-8. desember 1983 å opprette stilling som pasientombud i Nordland for en prøveperiode på 2 år. Det ble samtidig vedtatt å oppnevne et utvalg som styringsgruppe for pasientombudet samt en kontaktperson på hvert av sykehusene for styringsgruppen.

Administrasjonen i Nordland fylkeskommune hadde ikke tilrådd at det ble opprettet stilling som pasientombud. Pasientombudet i Nordland ble "født" ved et benkeforslag. Erfaringene fra prøveperioden har imidlertid vært så gode at et enstemmig fylkesting ved inngangen til 1987 har vedtatt å gjøre stillingen permanent.

Nordland fylkeskommune har nå lagt forholdene slik til rette at pasientombudet har fått en så uavhengig stilling som mulig.

■ Pasientombudet er en egen etat med sitt eget budsjett, har eget kontor utenfor både fylkeshuset og sykehusene, og har hjelp av en kontorfullmektig i 1/2 stilling.

Styringsgruppen, som består av tre politikere, en representant fra FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon) og en representant fra fylkeslegen, er et rådgivende organ. Styringsgruppen har ikke avgjørelses- eller instruksjonsmyndighet i konkrete saker.

I tillegg til styringsgruppen er det oppnevnt kontaktpersoner til styringsgruppen på hvert sykehus. Disse kontaktpersonene er valgt blant de politisk oppnevnte i

sykehusstyrene. Det er fremdeles noe uklart hvilken rolle disse kontaktpersonene skal ha, men pasientombudet har hatt kontakt med de fleste i forbindelse med besøk på de forskjellige sykehusene.

### Hvilke arbeidsoppgaver og arbeidsmåter har et pasientombud?

Pasientombudet skal arbeide for at pasienter ikke blir utsatt for urett, gal behandling, på sykehuset.

Pasientombudet er videre opptatt av de problemer som pasienter møter på et sykehus. Om pasienter får tilstrekkelig informasjon, opplysninger, må vente

# G MEDISIN

## Pasientombudsordningen i Nordland

unødvendig lenge på behandling, om det daglige stedet er tilfredsstillende eller lignende.

Når pasientombudet har mottatt en klage, skal pasientombudet så langt det lar seg gjøre prøve å kartlegge de faktiske forhold.

Pasientombudet kan uttale seg om noen har opptrådt uaktsomt/klanderverdig.

Dersom klager avdekker uheldige forhold/rutiner på et sykehus, har pasientombudet rett til å uttale seg om dette og foreslå konkrete tiltak til forbedringer.

Pasientombudet kan også løse saker på en uformell måte ved personlig kontakt med pasient og sykehus.

### Hvordan er ordningen blitt kjent og tatt i bruk?

"Jeg har holdt orienteringsmøter for de ansatte på alle de 7 sykehusene som faller innenfor mitt arbeidsområde. Videre har jeg sendt underretning om pasientombudsordningen til en rekke etater og foreninger, deriblant alle foreningene som faller innenfor FFO og alle fagforeningene på sykehusene. Jeg har også holdt foredrag om pasient-

ombudsordningen på forskjellige foreningsmøter. Presse og kringkasting har dessuten i stor utstrekning vært benyttet.

Jeg besøker jevnlig lokalsykehusene ute i distriktet. I forbindelse med disse besøkene sørger jeg for at det blir annonsert om mitt besøk i lokalavisene. Lokalavisene har hittil også vært villige til å gi en liten omtale av pasientombudets virksomhet før jeg kommer. Videre pleier NRK å komme med melding i lokalradioen når jeg er ute og reiser.

Sykehusene har dessuten fått utlevert et lite brev om pasientombudsordningen. Dette brevet skal ligge på dagligstuen rundt om på sykehusene. Ett av sykehusene leverer dessuten dette brevet til alle pasientene på sykehuset før jeg kommer.

Målsettingen har vært at flest mulig i Nordland skal vite at det er et pasientombud.

Jeg har med mine kontordager på sykehusene ute i distriktet og med all informasjon rundt dette ønsket å gjøre "terskelen" så lav som mulig.

### Hva slags saker har pasientombudet arbeidet med?

De aller fleste som har henvendt seg til meg mener de har blitt utsatt for en eller annen form for feilbehandling. Klagen har forskjellig innhold. Fra et ønske om å få bragt klarhet i om sykehuset har begått en eller annen feil til en klar overbevisning om at sykehuset (legene) har begått feil. Mange saker gjelder flere forhold som f.eks. feilbehandling, mangelfull informasjon og et ønske om å bli undersøkt på et annet sykehus.

I 1985 hadde jeg i Nordland 156 saker, hvorav

feilbehandling	88 saker
feildiagnostikk	11 saker
feilmedisinering	9 saker
mangelfull informasjon	8 saker
arroganse fra helsepersonell	12 saker
pasientønske om annet behandlingssted	15 saker
mistillit til konkret lege/sykehus	7 saker

diverse klager vedr.  
polikliniske rutiner,  
ventelister, o.l. 10 saker

## Hva har skjedd med de forskjellige sakene?

Ca. 15% av sakene er ikke tatt opp med det aktuelle sykehus. Noen få er blitt avvist av meg, noen anonyme henvendelser har jeg ikke kunnet gå videre med, og noen saker er løst på uformell måte.

Ellers har sakene blitt enten tatt opp direkte med det aktuelle sykehus, tatt opp med fylkeslegen, tatt opp med forsikrings-selskap, eller forelagt andre spesialister til uttalelse, alt avhengig av sakens art. Mange saker har vært vanskelig å jobbe med fordi der blir påstand mot påstand, fordi jeg ikke får svar på mine henvendelser til sykehuset, eller fordi innarbeidede rutiner og praksis har påført enkeltpersoner problemer som skyldes mange uheldige tilfeldige omstendigheter. Sakene tar generelt lang tid. I tre saker er det søkt om billighets-erstatning av statskassen. Dette alternativet er det siste for pasienten. For å få billighets-erstatning av statskassen er det ikke nødvendig å påvise klander-verdige forhold fra sykehusets side. I disse sakene blir det alltid foretatt en konkret rimelighetsvurdering. Det vil dog ha betydning om det kan bevises at sykehuset har begått feil. Det er også mulig å få billighets-erstatning selv om pasienten ikke har hatt et økonomisk tap.

En sak gjaldt mangel på tillit til et lokalsykehus. Denne saken ble tatt opp med fylkeshelse-sjefen. Fylkeshelsesjefen antyder i sin uttalelse at det bør etableres regler for unntak fra kravet om at en pasient må benytte seg av sitt lokalsykehus. Jeg kommer til å arbeide videre med disse spørsmålene.

Jeg har også tatt opp noen saker på generelt grunnlag:

- Problemer omkring infeksjon i operasjonssår, hva som skal regnes som klanderverdige eller vaktsumme forhold, hvilken erstatningsmulighet pasienten har selv om der ikke foreligger bevis for konkret forsømmelse eller feilbehandling m.m.

- Også problemer omkring poliklinikkens innkallingsrutiner, sykehusets ventelister og ulik geografisk fordeling av behandlingstilbud (eks. reumakirurgi) har vært tatt opp.

I arbeidet med enkeltsakene er det et par problemområder som ofte går igjen som generelle problemer, og i den forbindelse har jeg tatt opp følgende saker overfor Sosialdepartementet:

## Journalføring på norsk

Mitt inntrykk er at pasienter har meget vanskelig å forstå det som står i journalen. De som låner det medisinske leksikonet hos meg får noe hjelp, men dette er på ingen måte tilstrekkelig.

En rekke av de saker jeg har tatt til behandling har egentlig vært klager på mangelfull informasjon, og dette kommer stadig igjen. Helsepersonell sier at de informerer skikkelig, men at pasienten verken kan eller vil forstå. Jeg vil anta at vi kunne komme et godt stykke på vei dersom helsepersonell ble mer vant til å bruke norske ord og uttrykk når de snakker om sykdommer og behandlingen av dem. Dersom helsepersonell ble forpliktet til å skrive på forståelig norsk i journalen (legejournalen, pleiejournalen o.s.v.), antar jeg at de etterhvert ville bli vant til å bruke norske ord og uttrykk for sykdommer og behandlingen av dem. I praksis skjer det vel ofte slik at legen/sykepleieren begynner å omtale sykdommen på norsk. Så bruker de plutselig latinske ord og uttrykk og pasienten blir så fokusert på de latinske ordene at pasienten ikke følger med hva som blir sagt videre.

På grunnlag av foranstående foreslår jeg at vi i Norge også får retningslinjer/lovregler der helsepersonell blir forpliktet til å bruke et forståelig norsk i journalen.

Retten til innsyn i sin egen journal blir vel først reell når pasienten også får en reell mulighet til å forstå hva som står i journalen.

## Klagerett i det somatiske sykehusvesen

Etter å ha arbeidet som pasientombud opplever jeg helsevesenet på mange måter som rettsløst. For meg virker det tilfeldig hvem som blir henvist til et annet sykehus for å få "second opinion". Dersom en pasient får avslag på en undersøkelse eller videre utredning har han i dag ingen reell klagemulighet og han har ingen rett til å få begrunnelse for avslaget.

Når en pasient tar opp en sak med meg gir dette seg også for-

skjellige utslag. Ved noen sykehus blir pasienten, på grunn av at jeg tar opp saken, plutselig henvist til et annet sykehus, mens det i andre saker ikke skjer noe.

På grunn av flere saker vil jeg foreslå at det gis reelle klagemuligheter for den som får avslag på en undersøkelse, innleggelse eller videre behandling. Det bør opprettes et klageorgan som kan omgjøre beslutninger som er truffet i sykehuset. Det bør ihvertfall ikke være slik at fordi en pasient tar opp en sak med pasientombudet oppnår en rett som pasienten ellers ikke hadde fått.

### Erstatning på objektivt grunnlag

I en rekke saker er pasienten påført skade på sykehuset, f.eks. nerveskade eller betennelse etter operasjon. Selv om skaden kan skyldes klanderverdige forhold på sykehuset, viser det seg i praksis meget vanskelig/umulig å føre bevis for at konkrete klanderverdige forhold er direkte årsak til problemet. Pasienten kan ha fått alvorlige helseproblemer med alvorlige konsekvenser, men får likevel ingen erstatning. Derfor bør sykehusene etter min vurdering ilegges erstatningsansvar på objektivt grunnlag.

### Brosjyren "Å være pasient - dine rettigheter og ditt ansvar"

Jeg har bistått Forbrukerrådet i utarbeidelse av denne brosjyren som er ment utdelt til pasienter som innlegges i de somatiske sykehusene. Brosjyren kan nå fås fra Forbrukerkontorene eller Helsedirektoratet, og omtaler pasientens rettslige situasjon som pasient og om rettsreglene som gjelder i sykehuset vedrørende f.eks. taushetsplikt, journalen, rett til informasjon, klagemuligheter, erstatningskrav o.l.

Brosjyren har vært utprøvd på sykehusene i Nordland (og i Haugesund), der pasientene fikk anledning til både å ta opp problemer de opplevde i pasientrollen, og hvilken hjelp de syntes brosjyren gav dem til å ta opp disse. Svarene ble bearbejdet av vit. ass. Jan Froestad ved Universitetet i Bergen, og blant de mest tankevekkende resultater kan nevnes: Hva var pasientene misfornøyd med under oppholdet?

Det var 180 slike kommentarer. Disse negative erfaringene for-

delte seg på følgende områder;

1) 23% (av 180) var misfornøyd med informasjonen; de savnet informasjon, de opplevde problemer i kommunikasjonen med de ansatte eller de var misfornøyd med måten informasjonen ble gitt på - gjennom legevisitten.

2) 15% klaget på maten eller matrutinene. De syntes maten var dårlig, lite variert, eller lite tilpasset deres sykdom, eller de ble sultne fordi det var for lang tid mellom kveldsmåltidet og frokosten

3) Like mange klaget på plasseringen: De lå på overfylte rom hvor det ofte var mye støy, i korridoren eller på rom med pasienter som var mye sykere eller mye eldre enn de selv, eller de opplevde stadig å bli forflyttet fra et sted til et annet

4) 11% var misfornøyd med lang ventetid i forbindelse med undersøkelser eller behandling

5) 10% klaget over at kontakten med legene eller pleiepersonalet ble lite personlig og overfladisk fordi de ansatte har det for travelt eller fordi man kommer i kontakt med for mange av dem

6) Like mange var misfornøyd med standarden, utstyret eller fasilitetene på sykehuset

7) 6% klaget over personalets holdninger, for avvisende eller gretne leger og pleiere

Hvorfor tar ikke pasientene opp misnøyen med personalet?

Bortimot halvparten av de pasientene som opplever ting de er misfornøyd med eller gjerne vil ha forandret, unnlater å ta dette opp med personalet på sykehuset. Omtrent 140 relevante kommentarer avslørte fem hovedgrunner til dette.

Mange pasienter viser til generelt gode erfaringer fra oppholdet som gjør at de ikke har lyst til å klage. Noen typiske kommentarer var; "Fordi det ellers var god service og god hjelp å få", "Fordi personalet gjør alt de kan for oss, det er ikke deres skyld at rutinen er slik", "Hadde det så godt alt i alt".

En annen stor gruppe klager ikke fordi de ikke tror det nytter å få forholdet endret; "Regner ikke med at personalet har noen innvirkning på en leges oppførsel", "Ingen mulighet til å endre på dette", "Personalet vil si at det ikke er deres bord", "Det var og

er et politisk spørsmål, hele tredje etasje står ubrukt, mens det er stort behov for sykehusplasser".

Mange pasienter unnlot å klage fordi de ikke torde, orket eller ønsket å klage. Noen slike kommentarer var følgende; "Jeg ønsket å være flink pasient, hadde ikke lyst til å klage", "Orket ikke å lage bråk", "Følte meg ikke sterk nok", "Redd for å bli dårlig behandlet", "Man er kanskje for beskjeden".

Andre pasienter klaget ikke fordi personalet hadde det så travelt. Typiske kommentarer var; "Ingen av personalet hadde tid eller innbød til diskusjoner", "De var jo som sagt veldig opptatt", "Betjeningen var underbemannet, hørte faktisk at de sprang i ett kjø", "Følte det ikke ville gagne, alle hadde liten tid".

En del pasienter unnlot å klage fordi de syntes det var unødvendig, delvis fordi oppholdet var av kort varighet. Noen slike kommentarer var disse; "Jeg var innlagt bare ett døgn", "Syntes ikke det var nødvendig", "Jeg var der bare tre dager, og ville ikke syte og klage", "Det var vel ikke noe å ta opp".

Kommentarene viser her hvordan en rekke faktorer medfører at mange pasienter brenner inne med sin misnøye. Mange er svært takknemlig for den hjelpen de har mottatt, mange orker ikke eller tør ikke klage, de fleste er beskjedne og ønsker ikke å være til bryderi, eller de har liten tro på at det nytter å beklage seg.

### Hvorfor tar pasientene kontakt med ombudet?

Pasientene fikk kjennskap til ombudsordningen gjennom oppslag i avisene, eller ved programmer ilokalradioen. Pasientombudet har selv lagt stor vekt på å gjøre ordningen kjent gjennom å etablere et nett av kontakter med avisene og det ser ut til at dette arbeidet har hatt en viss effekt.

Som motiv for å ta kontakt la pasientene størst vekt på sitt ønske om at sykehuset innrømte og beklaget den feilen som var blitt gjort. De ønsket først og fremst en innrømmelse av dette forholdet og de følte seg nedverdige ved at dette ikke ble gjort. For noen var det også et motiv å hindre at slike feil ble gjentatt overfor andre pasienter. Flere av pasientene mente også at de burde ha krav på økonomisk erstatning på grunn av skaden eller

det økonomiske tap de fikk som en følge av denne. Men en anerkjennelse av de faktiske forhold - at de virkelig var blitt feilbehandlet - var for mange det viktigste. De beklaget seg over den mistenksomhet de var blitt møtt med av sykehuslegene. En mistenksomhet som gikk ut på at de bare prøvde å snyte seg til en økonomisk erstatning.

Slike erfaringer var også en årsak til at pasientene tok kontakt med ombudet. De hadde erfart hvor vanskelig det var å komme noen vei alene. Opplevelsen av at de ikke ble tatt alvorlig var generell. Mange uttrykte en lettelse over at de nå hadde noen å gå til, en følelse av at de hadde noen med ressurser i ryggen. Noen påpekte også at ombudet hadde god greie på det hun drev med, i motsetning til mange av de advokatene som forsøker seg på "helsejuss".

Det var også klart at pasientombudet ble oppfattet som noe personlig, en ordning opprettet "bare" for pasientene, helt på deres side. Derfor var det mye lettere å ta kontakt med ombudet enn å kontakte "myndighetene" eller gå til advokat. Ombudet kunne en kontakte bare for å få råd, uten at en på forhånd hadde bestemt seg for hva en ville gjøre med saken. Jeg satt igjen med et klart inntrykk av at denne ordningen har redusert terskelen for å søke hjelp. Mange av de pasientene som i dag tar kontakt med ombudet ville sannsynligvis "brent inne" med sine problemer fremfor å søke annen hjelp.

### Trenger vi en pasientombudsordning?

Det er i vårt helsevesen mange ressurspersoner som mer eller mindre bevisst ivaretar "systemets" interesser. I allefall går man ikke aktivt ut for å fremme pasientens interesser.

Når en pasient har vært uheldig i sin kontakt med sykehuset, er det viktig at pasientens interesser ivaretas, og at man finner frem til de argumenter som taler til pasientens fordel.

Som det vil fremgå har de eksisterende ordninger ikke vært tilfredsstillende, eller pasientene har ikke vært istand til å nytte dem på en skikkelig måte

Det er åpenbart at det å skrive et brev til et sykehus eller til fylkeslegen er vanskelig: "En høy terskel". Mange pasienter har også vanskelig for å ta kontakt

med en advokat. Jeg har sett det som veldig viktig å ha personlig kontakt med pasientene og mener at det å ha kontordager rundt i distriktet er av vesentlig betydning for å få gjennomført arbeidet på en skikkelig måte.

Jeg ser det som meget viktig at pasienter som mener seg feilbehandlet får en bekreftelse eventuelt avkreftelse på dette. Dersom pasienter ikke gis mulighet for å få prøvd sin sak på en skikkelig måte oppstår det lett et mistillitsforhold mellom pasienter og helsevesenet.

Dersom pasienter har større forventninger enn helsevesenet er i stand til å innfri bør slike forhold komme fram. På flere områder er det åpenbart at folks forventninger er større enn det helsevesenet er i stand til å innfri.

Når man diskuterer begrepet rettssikkerhet i helsevesenet har jeg sett det som meget vesentlig at pasienter ikke bare har en rett men at pasienter vet om sin rett og gis muligheter for å bruke sin rett.

Jeg mener at pasientenes rettssikkerhet har økt på grunn av at fylkeskommunen har fått et pasientombud. Slik som pasientombudsordningen er bygget opp og praktisert i Nordland har flere mennesker fått muligheten til å få prøvd sin sak ■

### □ Erik Engbjerg Fylkessjukehuset i Molde



Erik E. er cand.med fra Københavns Universitet fra 1965. Spesialist i patologisk anatomi fra 1971, i det vesentlige utdannet ved Patologisk avdeling, Odense sykehus. Fra 1975 overlege ved Patologisk-anatomisk laboratorium, Fylkessjukehuset i Molde.

# Om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende

## Legens plikter

Etter forskriftene til §41 i Lov om leger av 1980 skal politiet ha underretning om åpenbare eller mistenkte tilfeller av følgende dødsfall:

- 1) Drap eller annen legemsbeskadigelse
- 2) Selvmord eller selvvoldt skade
- 3) Ulykke som forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykker og lignende
- 4) Yrkesulykke eller yrkesskade
- 5) Feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade
- 6) Misbruk av narkotika
- 7) Ukjent årsak når døden er inntrådt plutselig og uventet
- 8) Dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær arrest
- 9) Funn av ukjent lik

Melding skal gis snarest mulig, muntlig eller telefonisk til politikammeret eller lensmannen. Den muntlige melding skal følges av en skriftlig melding på fastsatt skjema, som er en kopi av den vanlige legeerklæring om dødsfall. På legens erklæring om dødsfall anmerkes, at muntlig er gitt til politiet.

## Politiets rolle

Politiet skal forholde seg til slike dødsfall etter Påtaleinstruksens kapittel 13 som omhandler dødsfallstyper som i hovedsak er de samme som omtalt i forskriftene til legeloven. Det skal etter Påtaleinstruksen foretas sakkyndig undersøkelse ved mistanke om straffbar handling og funn av ukjent lik. I de øvrige tilfellene bør politiet i alminnelighet sørge for at sakkyndige undersøkelser foretas. Avdødes nærmeste skal varsles og gis anledning til å uttale seg, men politiet kan selvsagt se bort fra eventuelle innvendinger mot obduksjonen. Det er poengtert at likundersøkelsen bør foretas som likåpning når ikke likskue ansees tilstrekkelig. Det framgår av årsberetningen fra den Rettsmedisinske kommisjonen at likskue praktisk talt er forsvunnet som sakkyndig likundersøkelsesmetode.

## Dødsårsaker og dødsmåter

Som kjent finnes det 4 dødsmåter: drap, ulykke, selvmord og naturlig død. Det er forståelig at politiets umiddelbare interesse for dødsfall avtar i den nevnte rekkefølgen. En sivilrettlig og samfunnsmedisinsk begrunnet prioritering er ikke nødvendigvis sammenfallende med politiets, og selv om politiet er suverent i sin avgjørelse av om det skal foretas rettsmedisinsk obduksjon eller ei, synes jeg at det er enhver leges rett og egentlig

også plikt gjennom sin formulering av anmeldelsen å framprovosere en obduksjonsbegjæring. Dette fordi politiet er den eneste instansen som kan begjære obduksjon av personer som dør utenfor sykehus og institusjoner. I andre land har f.eks. forsikringsselskaper og pårørende samme retten.

En annen sak er at obduksjon meget ofte vil endre det kliniske skjønn over både døds måte og dødsårsak (1,2). Erfaringsmessig er den kliniske dødsårsaken spesielt usikker ved naturlig død. Det kan hevdes, at dette forhold har liten praktisk betydning, men alle leger ser vel nytten av at dødsårsakstatistikken er så nøyaktig som mulig. En feilaktig angitt døds måte kan få mye større konsekvenser i de enkelte tilfeller; hvis f.eks. en antatt naturlig død i virkeligheten er følge av ulykke eller hvis en antatt ulykke viser seg å være suicid kan det vende fullstendig opp-ned på den etterlatte families forhold.

## Traumer og yrkesskader

De fleste punkter i den ovenfor omtalte listen er neppe vanskelig å tolke. Det er blott å erindre seg anmeldelsesplikten. I tilfellene omtalt under pkt. 3 er det viktig å huske at en ulykke kan ligge langt tilbake i tid. Det er også lett å glemme at dødelige traumer hos barn og eldre som kan være lette å for-

klare fra medisinske synsvinkler skal anmeldes. Det er lett å overse yrkesskader. Det gjelder spesielt hvis man ikke har særlig godt kjennskap til avdøde. Det har stor betydning at disse dødfallene blir obdusert, og dersom politiet avstår fra rettsmedisinsk obduksjon, mener jeg at legen av hensyn til eventuell erstatningssak og miljøtiltak på arbeidsplassen bør forsøke å få obduksjon utført som vanlig sykehusobduksjon. Det bør i disse tilfellene i tillegg gis melding til sentrale registre og myndigheter (3). Det kan neppe være tvil om at disse dødfall i øyeblikket er svært underreportert og at de vil få tiltagende betydning.

### **Iatrogene dødsfall**

Erfaringsmessig volder dødsfall omtalt under pkt. 5 størst vanskelighet for legene. Det er ofte vanskelig å avgjøre om politiet skal varsles eller ikke. Det er meningsløst å anmelde et hvert dødsfall som skjer i tilslutning til behandling. Politiet vil f.eks. neppe ha interesse i å få fortalt, at en gammel person med tarmgangren etter mesenterieell okklusjon dør få timer etter eksplorativ laparotomi, og det finnes en lang rekke av slike dødsfall både av medisinsk og kirurgisk art. Omvendt bør man etter min mening anmelde dødsfall som skjer i forbindelse med diagnostiske inngrep som f.eks. endoskopi eller røntgenundersøkelse, selv om man vet at slike undersøkelser er beheftet med en viss letalitet, fordi det enkelte dødsfall som regel vil være uforutsigelig. Leger bør i slike tilfeller ikke oppfatte seg selv som skyldige i hverken det ene eller det andre, men politiets pliktsmessige etterforskning av slike dødsfall er avhengige av at melding gis. I mange tilfeller vil politiets etterforskning innskrenke seg til en registrering av en avgitt melding. Når det blir begjært obduksjon, vil obduksjonsrapporten som oftest være sluttokumentet i politiets befatning med dødsfallet. I stedet for å oppfatte innholdet i denne paragrafen som en mere eller mindre skjult anklage mot leger bør man betrakte den som et utmerket vern imot mistenkeliggjørelse og ryktedannelser. Også her gjelder det at en sykehusobduksjon bør forsøkes gjennomført hvis politiet unnlater den rettsmedisinske obduksjonen. Primærleger kan komme i vanskelige og ubehagelige situasjoner hvis pasienter dør kort tid etter utskrivning eller undersøkelse på sykehus. I disse tilfellene synes jeg at man skal

overlate anmeldelsen til undersøkende lege eller avdeling.

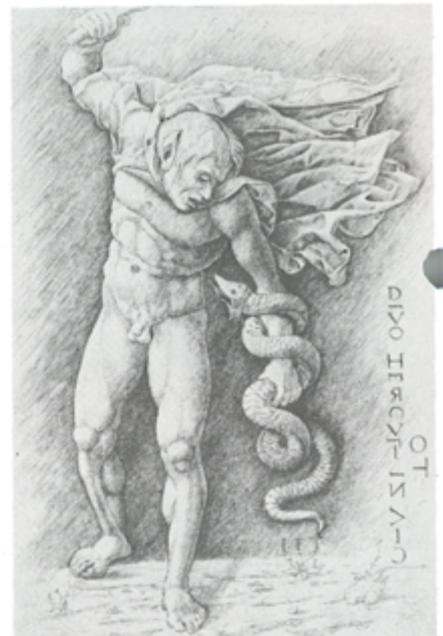
### **Rettsmedisinske obduksjoner**

Antallet av rettsmedisinske obduksjoner er stigende. I 1977 ble 2,7% av alle døde rettslig obdusert (4) og i 1986 vil det bli foretatt vel 3000 rettsmedisinske obduksjoner (5). Det svarer til ca. 7% av alle dødsfall. Det er antatt at ca. 10% av alle dødsfall bør obduseres rettslig (6). Når dette tall ennå ikke er nådd skyldes det dels politikamrenes sterkt varierende interesse for rettsmedisinske obduksjoner, og dels foreligger det antagelig underreportering fra leger og sykehus til politiet. Men selv om man regelmessig møter en tilsynelatende ureflektert mangel på interesse hos politiet, fritar det ikke legen for plikten til å melde fra.

Ca. 2/3 av de rettsmedisinske obduksjonene foretas på de rettsmedisinske institutter i Oslo og Bergen, resten på de patologiske-anatomiske avdelinger utover landet. Alle leger vil kunne innhente råd fra disse institusjoner hvis det oppstår tvil om hvordan man bør forholde seg i konkrete situasjoner. Til slutt skal det anføres at utgiftene forbundet med den rettsmedisinske obduksjonen i hvert enkelt tilfelle uavkortet dekkes av Justisdepartementet. Politiet har ingen mulighet for å anvende "innsparte" beløp til annet enn politiarbeid.

### **Litteratur**

1. Asnæs S. Obduktionens betydning for bestemmelsen af dødsårsager og dødmåder. Disputas, Eget forlag, København 1984.
2. Svenes KB. Et obduksjonsmateriale fra Vest-Agder. Tidsskr nor lægeforen nr 14, 1983; 103: 1168-1172.
3. Tjønn HH. Legers melding om yrkessykdom. Tidsskr nor lægeforen nr 35-36, 1984; 104: 2512-3.
4. Den Norske Patologforening. Årsrapport 1985.
5. Den norske patologforening. Årsrapport 1986.
6. Den norske patologforening. Generalplan for Patologi, 1981.



# Voldtægt og kvinnemishandling i og udenfor familien

□ Lisbeth Bang  
Oslo helseråd



Lisbeth B. er cand.med. fra Københavns Universitet 1980. Har arbejdet i to år som bydelslege i Oslo. Fra 1985 er hun engasjert av Oslo helseråd til å forestå planlegging av Tilbud til voldtekts ofre i Oslo. Oktober 1986 engasjert som ass. fylkeslege i Buskerud. Tilknyttet NAVF's forskningsprogram om kvinnemishandling.

Voldtægt og kvinnemishandling i og utenfor familien stiller nogle krav til hjelpeapparatet, som bare kan imødekommes ved en tværetatlig og tværfaglig indsats.

Det samme kan foreslås for modtag og behandling af andre svage grupper, såsom ældre udsat for mishandling, barn udsat for mishandling, omsorgssvigt og seksuelle overgreb. Denne artikel vil tage op problemstillingen rundt personer udsat for voldtægt i og udenfor familien.

## Voldtægt

Straffelovens §§ 192, 193 og 194:

§192: Den som ved vold eller ved at fremkalde frygt for nogens liv eller helse tvinger nogen til utugtlig omgang eller medvirker til det straffes for voldtægt med fængsel i indtil 10 år. Fængsel i mindst et år dersom den utugtlig omgang var samleje.

§ 193: Utugtlig omgang med nogen som er bevidstløs eller af andre grunde er ude af stand til at modsætte sig handlingen, straffes med fængsel i indtil 5 år.

§ 194: Med fængsel indtil 5 år straffes den, som skaffer sig

eller medvirker til at en anden skaffer sig utugtlig omgang med nogen ved trussel, underfundig adfærd eller misbrug af afhængighedsforhold.

De tre paragraffer skal forstås under den vinkel, at en gerningsperson bare kan dømmes, hvis der er tale om forsæt: Det vil sige at for at en mand kan dømmes for voldtægt, skal han i gerningsøjeblikket være klar over, at det var voldtægt han uøvede. Ved politiets og retsapparatets behandling er dette ofte det springende punkt. Størsteparten af gerningspersoner, man får fat i, siger: "Det er rigtigt, at vi havde et samleje, men hun ville det selv." Og dette argument når ofte frem uanset, selv om han have slået hende ganske grovt, at han kan have taget kvalertag på hende eller at han kan have viftet omkring med en kniv. Kravet om fortsat er et almindeligt strafferetslig princip ud fra hensynet til den uskyldige; heller la ti skyldige gå fri, end at dømme en uskyldig.

## Myterne

En af de store myter omkring voldtægt er, at det drejer sig om seksualitet. Manden voldtar

kvinden, fordi han længes efter seksualitet. Egentlig synes hun også det er hyggeligt med så stor viril evne; Men han er lidt for sulten efter det seksuelle, slik at han på et tidspunkt i samhandlingen handler forbi hende, at hun føler seg overkørt, eller at hun har været med om noget mere seksuelt end hendes kvindelige puritanisme tillader hende, at hun derfor er nødt til at sige sig voldtøgt for at redde æren. Og "Herregud," siger folk, det kan man ikke idømme mænd flere års fængsel for. Hun må tage sin del af ansvaret for det samleje som hun sikkert på sin måde har været med om. Sådan er myten.

## Realiteterne

Realiteterne er en ganske anden. Realiteterne har vi fået et mere systematiseret overblik over via den forskning der er foregået på feltet i de sidste 20 år. Nicholas Groth (USA) har lavet den internationalt mest omfattende undersøgelse af mænd som har voldtøgt. Han har foretaget en interviewundersøgelse af 700 som er anmeldt eller dømt for voldtøgt. En af de ting han har taget op er, hvorvidt voldtøgt er ønske om seksualitet; eller er voldtøgt noget andet?

Av de 700 mænd var en trediedel gift med med et tilfredsstillende seksuelt forhold til hustruen, en anden trediedel havde et fast forhold til en kvinde og var ligeledes fornøjet med den seksuelle kontakt. 2/3 havde adgang til et seksualliv, de var fornøjet med, de trengte ikke voldtøgt af den grund. Mændene blev spurgt, hvordan det seksuelle havde fungert under voldtægten. 1/3 svarede, at de var impotente under hele forløpet, et problem der ikke plagede dem ellers, en anden trediedel havde seksuel dysfunktion, væsentlig i den form at det var vanskelig for dem at komme frem til at få sædudløsning.

På spørsmålet hvad de tænkte på det tidspunkt, de begik voldtægten, svarede en stor del, at de følte sig ydmygede i deres mandssrolle, at de ikke følte, at de oppfyldte deres egne forventninger om, hvordan en rigtig mand er og har det. Det kunde gælde forhold på arbejdspladsen, i det sociale liv iøvrigt, i familien - eller at de ville hævne sig på kvinden generelt.

Som resultat af sit forskningsarbejde inddelte Nicholas Groth voldtægter i tre kategorier efter indholdet i voldtægtsituasjonen.

1. Sadistiske voldtægter udgør

ca. 5% af det totale billede. Voldtægten planlægges omhyggeligt i forvejen. Manden får erotisk nydelse ud af at pine, torturere brænde, skære i, binde og ophænge sit offer. I nogle tilfælde går det så galt, at voldtægten ender med dødelig udgang.

2. Vredesvoldtægter udgør ca. 25% af det totale billede. Det drejer sig om at manden giver udtryk for raseri i gennem at voldtøgt. Vredesvoldtægter er ikke planlagt. Manden bruger som regel mere vold mod kvinden end hvad som er nødvendigt for at kunne gennemføre den seksuelle del af voldtægten. Han kan også foretage sig andre ting, der manifesterer hans raseri, som eks. at spytte på hende, tisse på hende, skælde hende ud, ydmyge hende.

3. Magt og kontrolvoldstægter udgør resterende 70%. Disse voldtægter er planlagt. Manden håber ved at kunne dominere og kontrollere en kvinde til seksuelt samvær at han vil genoprette en mandlig identitet, som han er tilfreds med. Han bruger bare akkurat så megen vold, at hun føjer sig. Han tager det lidt som en selvfølge, at han overbeviser hende om sine seksuelle evner, beder hende eksempelvis om et kys bagefter, foreslår at de kan spise middag sammen næste dag, eller beder om hendes adresse, så kan han stikke indenom når det passer.

## Definisjon

Burgess og Holmstrom har udarbejdet følgende definition på voldtøgt (Disse to forskere er pionerer indenfor det internationale forskningsarbejde om voldtøgt).

"Voldtøgt er først og fremmest udtryk for ønske om at være voldelig, have magt, kunne kontrollere et andet menneske. Voldtøgt er ikke i udgangspunktet en seksuel handling, men seksualiteten og kønsorganet bliver brugt som våben".

Denne gennemgang skulle illustrere afstanden mellem myter og realitet i forhold til hvad en voldtøgt er. Når kvinden anmelder voldtøgt, har hun i de fleste tilfælde oplevet at være i livsfare, og at måtte betale med sit liv ved at udsættes for den mest intime invasjon af sin krop og sjæl under groteske og ydmygende omstændigheter. Den reaktion hun udviser efter voldtægten rubriceres af psykiatrien under posttraumatisk stressforstyrrelse, en tre-faset krisereaktion som ligeledes ses hos ofre for

tortur, krig, naturkatastrofer, store ulykker, grov vold.

For at vende tilbage til politi- og retsapparatets tilbud til voldtægtsofre, er det i de fleste tilfælde en henlæggelse av sagen efter bevisets stilling hvilket kan være at politi- og retsapparat har vurdert at sagen vil være for vanskelig at vinde i retten. Det vil blive hans påstand overfor hendes påstand, og juryen må da forholde sig til hvis troværdighed de har mest tillid til.

Kvinden opfatter i de fleste tilfælde en henlæggelse lig med at man ikke tror hende, og en fortvivlet registrering av at mænd kan voldtage hende uden at samfundet løfter en finger. Det er klart at dette kan forværre den krisereaktion hun slider med.

Nogle jurister diskuterer at ændre "fortsæt" til "uaktsonhed". Dette ville stille krav til gerningsmanden, at han skal redegøre for hvorfor han ikke forstod at kvinden ikke indvilligede i det han holdt på med. Andre forslag går ut på at politiet ikke skal sende en standardformular til kvinden, om at sagen er henlagt efter bevisets stilling men istedet indkalde kvinden, eventuelt sammen med bistandsadvokaten, og redegøre for, hvorfor man vælger at henlægge sagen.

Andre forslag går på, at man kan bruge den nye viden man har fået om krisereaktion efter en voldtægt (Rape Trauma Syndrome) som et bevis i retssagen. I USA har man vundet retssager ved hjælp af dette bevis.

## Statistikk

Gennemsnittligt i Norge anmeldes 115-130 voldtægter i året. Dette er toppen af isfjeldet. En svensk mørketalsundersøgelse (SOU: Leif GW Persson) konkluderer at 6-10% af voldtægter anmeldes, 90-94% henvender sig ikke. Dette er en udfordring bl.a. til helsevæsenet, idet undersøgelser viser at op til 80% af voldtægtsofre udvikler alvorlige fysiske, psykiske og sociale senskader i efterforløbet. Overfører vi svenske %-rammer til norske forhold svarer det til at 2 500 - 3 000 voldtægter årligt finder sted.

## Helsemessige senskader

De helsemessige senskader en voldtatt person kan opsøge helse-tjenesten for kan være: Symptomer på urinvejsinfektion, abdominalia, gastrointestinale plager udviklende sig til spise-

forstyrrelser af typen anorexia-bulimia. Psykiske plager såsom depression, angst, selvødelæggelse (alkoholmisbrug, pillemisbrug), forsøg på suicid. Har vi pasienter, hvis symptomer ikke lader sig bekræfte med fund af bakterier o.l. eller kroppslige lidelser samt pasienter med psykiske symptomer, vil det være en god ide at give sig til en kartleggende samtale og bl.a. spørge til "om der er handt dem noget", om de er - eller har været - udsat for mishandling, seksuelle overgreb som barn eller voldtægt. (Seksuelle overgreb som barn: Undersøgelsen til Holter, Sættre, og Jepsen konkluderer, at gennemsnittligt 16% af voksne siger, at de har været udsat for en eller anden form for seksuelt overgreb som barn, som de ikke brød sig om). Det kan være en stor hjælp for patienten at lægen tager disse ting alvorligt. Det er nødvendigt, hvis man ikke selv har tid til at følge problemet op, at man har et sted at henvise til som kan tage imod patienten raskt og kompetent.

## Hvordan nå mørketalsgruppen?

Man kan som helse- og socialpersonale lure på, hvordan man skal nå den store mørketalsgruppe af voldtægtsofre med et tilbud som de har lyst til at tage imod og som på sigt kan forebygge en senskadeudvikling.

En vigtig faktor at forholde sig til i planlægning af et tilbud er kulturelle holdninger rundt: Hvad er en voldtægt? Den store afstand mellem myterne og realiteten. Det at hjælpeapparatet forholder sig lidt irriteret, idet de tænker:

- "Jamen, er det ikke bare et samleje, som hun ikke vil være bekendt at indrømme overfor mand eller kæreste, og så kalder hun det voldtægt."

- "Hvorfor skal vi inddrages i deres private problemer, det får de selv ordne op med."

Eksempelvis en ass. lege på en gynekologisk afdeling, der begyndte at diskutere med kvinden, om hun var sikker på, at det var en voldtægt, hun havde været udsat for ud fra den betragtning, at var hun ikke sikker på det, behøvede han ikke at undersøge hende.

Hjælpeapparatets behandlingstilbud til voldtægtsofre er mange steder præget af mistro og afvisning, med rette er tilbudet karakteriseret som "rerape" (voldtægt på ny).

## Hvad kan gøres for at ændre hjælpeapparatets tilbud?

Orientering, undervisning og oplæring er altid nødvendige ingredienser i en handlingsplan. Derudover kan anbefales at sætte istand tiltag grundet på et tværetatligt, tværfagligt samarbejde med udgangspunkt i patientens særlige behov. For at give et konkret billede af et sådant tiltag viser jeg til Tilbud til voldtægtsofre i Oslo, et tiltag som Oslo Helseråd har taget initiativ til at få istand på Oslo Kommunale Legevakt. Under- tegnede er ansat til at forestå planlægning og gennemførelse af planerne i samarbejde med involvert personale.

Den skitserede model vil kunne bruges overfor andre grupper som f.eks. ofre for kvindemishandling, ofre efter trafikulykker, personer udsat for vold.

## Tilbud for voldtægtsofre i Oslo

8. januar 1986 åbnede et eget modtag for voldtægtsofre i Oslo. Modtaget er det første af sin art i Skandinavien. Modtaget er lagt til Oslo Kommunale Legevakt (OKL) af flere grunde. OKL ligger centralt i byen og er velkendt af byens befolkning. Det vil ikke være stigmatiserende at søge hjælp her for voldtægt. Til OKL er knyttet flere forskellige akuttjenester; såsom Almenhelse-tjenesten, Sosial vaktjeneste, Psykiatrisk vaktjeneste og Observasjonsposten. Disse tjenester er tilgængelige hele døgnet alle ugens dage.

En forudsætning for omlægning af tidligere tilbud til nuværende var at rutiner for modtag og behandling skulle lægges tilrette således at samarbejde mellom faggrupper og institutioner var et udgangspunkt for modtaget. Tilbudet er integreret i eksisterende akuttjenester, det har således været en forudsætning, at alle berørte personalgrupper skulle modtage undervisning og oplæring.

Oslo Helseråd har taget initiativ til et samarbejde med øvrige instanser i Oslo, som har en funktion i forhold til sagsbehandling af en voldtægt. Samarbejdet har inkludert Oslo Politikammer, Statsadvokater, Bistandsadvokater, Rettsmedisinsk Institutt, Kriminalpolitisen, Oslo Politiskole og Krisesenteret. Alle instanser har været villige til at omlægge deres rutiner og/eller indføre helt nye rutiner med hovedformålet at varetage patientens

fysiske og psykiske behov samt retslige stilling på en bedre måte.

En beskrivelse af tilbudet vil trække følgende forhold frem: Etter en voldtægt kan patienten være i en tilstand at chock. Viden om dette ligger til grunn for tilrettelæggelsen af tilbudet. Tilbudet tager utgangspunkt i patientens akutte behov; I tillegg er tilrettelagt oppfølgingsmulighet såvel på det medisinske som det psykosociale område. Udfra den viden der er tilgjengelig om konsekvenserne af en voldtægt for patientens familie og nære relationer, indgår rådgivning til disse som en del af tilbudet.

Voldtægts ofre kan henvende sig døgnet rundt uafhængigt af politianmeldelse. Såvel akut hjelp som oppfølging er gratis. Forholdene er lagt til rette udfra at disse patienter er klassifiseret akuthjelp trengende. De mottages med en gang af sygepleiersker og følges til et skærmet sted, hvor de har anledning til at velge hvilken del af tilbudet, de ønsker at begynne med, samt hvor mange dele af tilbudet de ønsker.

Almenhelseseksjonens læger og sygepleiersker giver medisinsk hjelp og foretager den retsmedisinske undersøgelse med innsamling af bevismateriale. Sosial Vakttjeneste i samarbejde med Psykiatrisk vøkttjeneste giver kriserådgivning, tilkalder bistandsadvokat for juridisk veiledning og formidler kontakt til politi. Almenhelseseksjonen tager vare på hele den medisinske oppfølging, Sosial vakttjeneste i samarbejde med Psykiatrisk vakttjeneste formidler viderehenvisning til Oslo familievernkontorer og psykiatriske poliklinikker. Observasjonsposten kan tilbyde inntil 24 timers opphold. Sosial Vakttjeneste kan tilbyde opphold andetsteds, såfremt dette skulle have interesse. Den akutte del af tilbudet er oppbygget således, at patienten får al hjelp med en gang og kan forblive på et og samme sted. Instansene udenfor OKL såsom politi, bistandsadvokat og Kriminalpolitistentralens åstedsgruppe har sagt sig villige til at komme til OKL, hvis og når patienten ønsker det.

En viktig del af tilbudet er at udarbeide en informasjonsplan. Et af formålene med at tilrettelægge modtaget lettilgjengelig for alle og ikke stigmatiserende er at få en større del af mørketalsgruppen til at henvende sig. For at

oplyse Oslos befolkning om det nye tiltag er en brochure distribueret til helse- og sosialsentre, helsestasjoner, politistasjoner, skoler, apoteker, og biblioteker.

Samarbejdets innhold og form er lagt i faste rammer, dels ved hjelp at samarbejdsaftaler, undervisning, opplering, og dels ved indføring af metodebøker og standardjournaler for medisinsk og retsmedisinsk undersøgelse, psykososial kriserådgivning, oppfølging m. m.

## Statistisk oversikt

I perioden 8.1.86-8.10.86 er modtaget 115 pasienter totalt, 107 kvinner og 8 mænd.

### Alder:

Under 14 år	3
14-16 år	19
17-20 år	33
21-30 år	42
31-40 år	11
41-50 år	6
51-60 år	1

### Modtagne tjenester:

Retsmedisinsk undersøgelse:	88
Medisinsk undersøgelse	94
Psykososial hjelp	100
Indleggelse OBS post:	13
Medisinsk kontroll	45

### Medisinske problemer:

Kønssydomme:	8
(5 Chlamydia, 3 gc)	
Graviditet:	3
Viderehenvisning:	11
(6 røntgen, 4 gyn-obs, 1 ONH)	
Tegn på ydre vold:	39
(ud af 94 undersøgte)	

67% av tilfellene ble anmeldt politiet.

De fleste voldtægter finder sted indenfor eksisterende eller tidligere eksisterende parforhold; Under 1% af disse kvinner henvender sig for at få hjelp. I tillegg til de seksuelle overgrep kan ofte foregå kvindemishandling.

Det er en kendsgjerning at den aller største mørketalsgruppe findes ved voldtægter begået inden tidligere eller nuværende parrelation; I de tilfælde kvinden fra denne gruppe kommer og beder om hjelp, har hun reelt være i livsfare. Hjelpemidlet må være oppmerksom og tilbyde omfattende hjelp. ▶

# Gastrobotan®

Engangsdosering ved *ulcus duodeni* og *ulcus ventriculi* en tablett 800 mg om kvelden.

**GASTROBITAN** (GGA) cimetidin  
Histaminerg H<sub>2</sub>-receptorantagonist  
**INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT:** 100 mg/ml i 1 ml inneh. Cimetidin 100 mg, acidum hydrochloricum 33 mg, aqua ad injec. ad 1 ml.

**TABLETTER:** 200 mg, 400 mg og 800 mg. Hver tablett inneholder Cimetidin 200 mg resp. 400 mg, resp. 800 mg, conat. et color. g.s. Farvestoff: Titandioxyd.

**EGENSKAPER:** Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinogobrasjonen. Hemmer kompetitiv histaminets virkning på histamin H<sub>2</sub>-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H<sub>2</sub>-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H<sub>2</sub>-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

**Absorpsjon:** Absorberes godt etter oral administrasjon som tablett.  
Proteinbinding: Ca. 20%.  
Halveringstid: Ca. 2 timer.

Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er kortere til kreatin clearance.

**Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75 % av giften finnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Overgang i placentaforbruket. Passerer placentaforbruket og stakkes i morsmelk. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

**INDIKASJONER:** Duodenalsår og benigne ventrikelsår, Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residuerende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennombar. Forsaksis ved reflux esofagitt. Profylaktisk mot blødninger på grunn av stressulcus hos kritisk syke.

**EFFIKASJONER:** Duas, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversible gynkekomast sees hos mindre enn 1% av pasientene, hovedsakelig ved høy dosering.

Tilfeller av reversibel forringelse av leverfunksjon er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt fortløpende stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og spidde tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstisiell nefritt, sannstige er reversible. Reversible blodplateforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

**FORSIKTHETSREGELER:** Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux esofagitt og interstisiell nefritt, sannstige er reversible. Reversible blodplateforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

**FORSIKTHETSREGELER:** Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux esofagitt og interstisiell nefritt, sannstige er reversible. Reversible blodplateforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

Det foregår forebyggende og begrenset viden om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved reflux esofagitt. Bar ikke brukes ved graviditet og amming.

**INTERAKSJONER:** Cimetidin interagerer med flere legemidler. Noen av disse er: betydningsfullt. Se interaksjonskapittel (5.14).

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

**DOSEERING:** Viktlose. Parental: Normaldosering ved *duodenalsår* eller *ventrikelsår* er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved *duodenalsår* og 4-8 uker ved *ventrikelsår*. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved *reflux esofagitt* anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av *duodenalsår* gis 400 mg om kvelden eller opp nedvisning 400 mg morgen og kveld, evt. 800 mg om kvelden. Ved *Zollinger-Ellison syndrom* kan dosen økes til 2 g pr. dag fordelt på 2-4 doser. To pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatin clearance. Deres man ikke har verdier for kreatin clearance, kan dosen bestemmes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin innst.

# Gastrobitan<sup>®</sup> 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni



## H<sub>2</sub> - blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Styrke:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
<b>Gastrobitan</b>	<b>30 stk.</b>	<b>800 mg</b>	<b>1 tabl. x 1</b>	<b>8,65</b>
Antacid tabl.	100 stk.	400 mg	4—6 tabl. x 8	8,50—12,75
Balancid mikst.	1000 ml		10—15 ml x 8	5,35— 8,05
Link mikst.	1000 ml	300 mg	5—10 ml x 4	2,10— 4,15
Link tabl.	10 x 60 stk.	1100 mg	2—3 tabl. x 4	5,60— 8,40
Link plastpute	96 x 10 ml	300 mg	1 plastp. x 4	6,85
Novaluzid mikst.	500 ml		5—10 ml x 4	2,40— 4,80
Novaluzid plastpute	50 x 10 ml		1 plastp. x 4	7,10

**Gastrobitan refunderes etter § 9.37 ved  
bl.a. ulcus ventriculi og ulcus duodeni**



## Evaluering

Samarbeidet har så langt fungert til såvel personalets som pasienters tilfredshed. Det er klart at man i utgangspunktet var godt hjulpet av allerede eksisterende rammer: nemlig en døgnåpen legevakt med mange akuttjenester tilknyttet, således at den medisinske, retsmedisinske og psykososiale pasientbehov kan ivaretaes på et sted.

På landsplan vil det selvfølgelig være mulig å sammensette et tilbud ut fra de rammer som de ulike fylker og kommuner har å bygge med. Det som er viktig ved etableringen av tilbudet er at ta utgangspunkt i pasientens særlige behov. Man trenger ikke etablere særtilbud, man kan integrere tilbudet innenfor eksisterende helse- og sosialvesen. Utover at pasientens behov ivaretaes på en bedre måte, er det også en anledning for personalet å få andre måter, å lykkes på. Samtidig etterkommes Sosialdepartementets og Helsedirektoratets opplag om integrering av helse- og sosialtjenester i primærtjenesten på et helt konkret plan.

Følgende rapporter er utarbejdet og kan rekvireres av interesserte ved henvendelse til undertegnede:

1. MEDISINSKE TILBUD TIL VOLDTEKTSOFRE I OSLO. En utredning om helsevesenets muligheter, begrensninger og forpliktelser. Oslo helseråd 1984. (Bang, Malterud, Strand).
2. MEDISINSKE TILBUD TIL VOLDTEKTSOFRE I OSLO. HANDLINGSPLAN. Oslo helseråd desember 1984. (Et udvalg).
3. Rapport fra et to måneders arbeids- og studieopphold på Sexual Trauma Center, San Francisco; USA 1984-85. Medisinsk tilbud til ofre for voldtægt. (Lisbeth Bang).
4. OSLO KOMMUNALE LEGEVAKTS TVERFAGLIGE TILBUD TIL PASIENTER UDSAT FOR SEKSUELT OVERGREB/VOLDTÆGT Evaluering af 6 måneders drift. Oslo Helseråd, juni 1986 (Lisbeth Bang)
5. RAPPORT FRA VOLDTEKTS-TRIBUNALET 23.10.84. Universitetsforlaget 1986. (Bang, Berge, Krogstad)
6. RAPPORT FRA DEN FØRSTE INTERNATIONALE KONGRES OM VOLDTÆGT. 1986. (Lisbeth Bang)

# Jussen, helse

Ørnulf Rasmussen

Foredragsreferat ved Øystein Pedersen



ØRNULF RASMUSSEN (35) er advokat og universitetslektor ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Bergen. Forskningsfelt: Jus og medisin.

I utgangspunktet er helsevesenets jus, helseretten, et lov- og forskriftsområde med skjønnspregede regler. Det dreier seg om 76 lover, 366 forskrifter og over 500 rundskriv som trenger tolkninger og vurderinger før de blir etablert "rettslige standarder" på de områder lovverket omhandler.

Helseretten er likevel plassert i en sammenheng der andre vesentlige lovregler og prinsipper gjelder.

## Legalitetsprinsippet gjelder i helsevesenet

Dette er en uskreven lov - med grunnlovs rang - som verner om individets rett til personlig frihet, legemets integritet, ytringsfrihet og eiendomsrett på flere områder i det medisinske fagfelt vil det være konflikter av en slik art at spørsmål om legalitetsprinsippet berøres. Det kan dreie seg om frihetsberøvelse, tvangstiltak og samtykkeproblemer innenfor HVPU, psykiatri, eldreomsorg, kirurgi m.m.

## De alminnelige strafferegler gjelder

Disse reglene skal verne om borgernes integritet, også når de f.eks. befinner seg i en pasientsituasjon i helsevesenet. Der har vært saker rettet mot behandlere på grunn av seksuelt misbruk av pasienter, legemsbeskadigelse med særlig farlig redskap (kirurgi!), disponering av pasientmidler til egne formål (spesielt aktuelt i institusjoner).

Men det er vanskelig å få noen dømt f.eks. for frihetsberøvelse



# Helsevesenet og pasienten

Gjeldende rett og aktuelle utviklingstendenser

(psykiatri) og krenkelse av ytringsfriheten. Selv om de alminnelige strafferegler i teorien er godt vern, er de i praksis lite anvendbare som adekvat reaksjonsform.

## De alminnelige erstatningsregler gjelder

I Norge er fortsatt reglene slik at der først foreligger mulighet til å få erstatning for skade påført under behandling i helsevesenet hvis

a) der foreligger en menneskelig eller teknisk svikt, en uaktsomhet, der man kan pålegge noen skyld for det inntrufne

b) der foreligger en årsaks-sammenheng mellom den uaktsomme handlingen og den påførte skade

c) den påførte skade har ført til adekvat tap. For pasienten kan dette være svært vanskelig å bevise at der er påført ham skade ved uaktsomhet, dvs. at noen har gjort noe de ikke burde gjøre ut fra en god faglig medisinsk handlingsnorm. Advokatene må benytte medisinske sakkyndige som ikke alltid er like villige til å bistå til å påvise kollegiale feiltrinn.

Det er også vanskelig å sannsynliggjøre en årsakssammenheng i flere situasjoner - f.eks. ved blodpropp på grunn av p-piller, ved infertilitet på grunn av spiral, ved sykehusinfeksjoner, ved medikamentbivirkninger. Beviskravet ligger her hos pasienten og hans advokat.

Ved objektivt erstatningsansvar er skyldspørsmålet uinteressant, den som driver virksomheten bærer

risikoen, forsikrer seg mot skader/bivirkninger, og kan ikke klandres eller dømmes, pasienten får erstatning ved objektivt påvist skade. Det er nå aktuelt å innføre en ordning etter slike prinsipper også i norsk helsevesen.

## Forvaltningslovens

anvendelse i helsevesenet er ikke mindre problematisk. Pasienten skulle ha rett til informasjon, innsyn, medbestemmelse, ankerett m.m., men der er fremdeles sterkt begrensede rettigheter for pasienten innenfor store deler av helsevesenet, spesielt innen psykiatri, HVPU og eldreomorg. Dette har skapt mere misnøye som særlig de siste år har dukket opp i media. Helsevesenet har vært i utakt med sin samtid og andre deler av samfunnet når det gjelder individvern og individrettighetene, og den skapte misnøye har søkt og funnet andre kanaler (pasientforeninger, media, pressgrupper) når jussens dør er lukket. Paternalismen har fortsatt en etablert posisjon i helsevesenet, - det at legen beslutter på pasientens vegne hva som er pasientens beste, uten medvirkning fra pasienten! Eventuelt at legen ikke presenterer alternativer, konsekvenser, risikomomenter, m.m., og derved unndrar pasienten å få velge selv.

## Helseretten

har de siste 40 år utviklet seg - som all annen jus - ut fra de rådende materielle og ideologiske forhold i samfunnet. Utviklingen etter krigen kan beskrives i tre epoker:

a) Servilitetsfasen, 1945-65, der legen hadde ubestridt autoritet, og pasienten måtte underkaste seg den allmektige leges medisinske skjønn og behandling. I denne perioden kom det få rettighetsorienterte lover!

b) Rettsikkerhetssepoken, 1965-80, der rettsikkerhet og individbeskyttelsesideologi sto i sentrum. Der var opprør mot autoritetene, individet måtte beskyttes mot samfunnet, og meningsdannerne fokuserte særlig på medisinsens rolle i psykiatrien og ved normavvik.

c) Forbrukerfasen innen helsevesenet har utviklet seg i 1980-årene, med fokus på pasientrettigheter til å få hjelp, innsyn, klageadgang, erstatning, medbestemmelsesrett m. m.. Forbruker- og administrasjonsdepartementet har spilt en sentral rolle her, og har spesielt arbeidet for å innføre objektiv erstatning, pasientforsikring, klagerett, og enhvers rett til helsehjelp i kommunen (§2.1 i Kommunehelse-loven).

## Konfliktområder

Der er flere aktuelle konfliktområder innenfor norsk helsevesen, sett fra både juridisk, økonomisk, politisk og medisinsk-faglig synsvinkel.

For det første økonomien. Tidligere fulgte pengene etter pasientene. Hvis noen ble behandlet, gikk pengene dit, sykehusene hadde sjekkhefte med ubegrenset konto i statskassen! I dag må pasientene følge pengene og stille seg i kø der tilbudene finnes. Vi har fått ramme-

finansiering som mange steder har gjort helsetjenestetilbud til et knapphetsgode. Samtidig har vi fått avvisningssystemer som gjestepasientordninger, ventelister og køene. Hva har befolkningen krav på når det gjelder helsetjeneste? I følge Kommunehelsetiloven §2.1 har enhver rett til nødvendig helsehjelp i kommunen, og etter paragraf 6 i sykehusloven har man krav på behandling hvis man er tiltrengende øyeblikkelig hjelp. Men hvordan defineres i praksis disse rettighetene - og hvordan praktiseres de? Hvor mye kan folk forlange? Hvor langt skal denne type rettskrav gå? Og hvem skal betale - folk selv eller det offentlige?

For det andre kan samfunnet ha interesse av deg eller din sykdom på en slik måte at konflikt oppstår (forskning, undervisning, transplantasjon, obduksjon (!)). Fremdeles må pasientene undersøke samtykke til deltakelse i studentundervisning når de innlegges, f.eks. Rikshospitalet. Og i hvor stor grad må man være villig til å stille seg eller sitt barn til rådighet for forskning? Og hvor død skal man være før man er juridisk død og organer kan fjernes med tanke på transplantasjon?

Et tredje konfliktområde er når helsevesenet griper inn på vegne av samfunnet. Hvor farlig eller

gal må man være før helsevesenet kan gripe inn? Skal helsevesenet gripe inn der man ofte har svært dårlig tilbud (alkoholisme, narkomani, barnevern, m.m.)? Hvilke kriterier skal man ha for tvangs-behandling/tvangstiltak?

### Konflikten syk - syk

Hvem skal tilgodeses gjennom rettskravsregler når de begrensede behandlingsressurser skal fordeles? Skal man prioritere øyeblikkelig hjelp eller ventelister, akutte sykdommer eller kroniske, yngre eller gamle, somatiske eller psykiske sykdommer? I dag har alle rettskrav på å bli mottatt og vurdert i kommunehelsetjenesten, for der å få den hjelp de trenger - eller sorteres til innleggelse ø.h.j. i sykehus eller i kø med uvisst ventetid ved sykehusenes avdelinger eller poliklinikker. Og i dette systemet: skal noen kunne kjøpe seg til legetjenester foran de andre i køen? Hvilken rolle vil det private helsevesen spille i fremtiden? Er rettsprinsippet i helsevesenet kun til pynt? Har pasienten reell klagerett ved manglende tilbud - eller er dette en fiktiv rett for pasienten? Det ser ut til at vi må akseptere en viss kø, en viss forskjellsbehandling, en viss prosent feilvurderinger i helsevesenet.

Ser vi fremover, vil vi raskt se at de formulerte pasientrettig-

hetene vil bli kostbare for samfunnet. Der det er ytelsesplikt, er der også bevilgningsplikt. Kommunene vil søke de minst kostnadskrevende alternativene istedetfor å arbeide for å gi pasientene et optimalt helsetjenestetilbud. Nye undersøkelser og behandlingstilbud vil komme, med ledsagende nye lovregler. Erstatningsordningene vil forandres, noe som kanskje vil påvirke den medisinske praksis på visse felter? Den voksende forbrukerholdningen innen helsesektoren vil tvinge fram klagemuligheter for å overprøve og omgjøre helsevesenbeslutninger. Folks forventninger følger ikke lenger LEON-prinsippet, men tvert imot vil de ha det høyeste og beste nivå, selv om det er det dyreste. Folk vil ikke godta uheldige utslag av de fylkeskommunale rammeordninger, og der må komme en forandring av gjestepasientordningen. Jo mer omfattende pasientrettighetene blir, desto mer omfattende blir helsetjenestens forpliktelser. Dette må følges opp med nødvendig ressurstilførsel av personell, institusjoner og penger, og dette må da prioriteres på bekostning av andre samfunnsområder der borgerne ikke har samme lovfestede rett til tilbud og service.

De syke må prioriteres foran de friske! ■

Hvis forsikringsprisene og søksmålene øker:

# - Sykehusene kommer til å sky risikable operasjoner

ANNE MERETHE ERSTAD

TROMSØ: — Erstatnings-sakene må ikke føre til amerikanske tilstander. Faren er at vi til slutt ikke tør utføre risikofylte behandling, fordi forsikringspremiene vokser oss over hodet. Jeg tror ikke dette vil kunne skje i Norge, men vi må være oppmerksomme på faren.

Det er direktør Knut Schrøder ved Regionsykehuset i Tromsø som sier dette, etter at det i helga ble kjent at sykehuset har fått inn dobbelt så mange pasientklager i 1986 i forhold til tidligere år. Schrøder synes det er positivt at pasientene står sterkere på sine rettigheter, og mener at helsevesenet så smått begynner å

venne seg til kritikk. Han mener oppslag i pressen har vært en viktig årsak til at flere går til klagesak mot sykehuset, fordi man ser at det nytter. Faren er imidlertid at erstatningssøksmål og forsikringspremier øker om kapp slik at sykehusa til slutt nekter å behandle risikotilfeller.

I USA er det nå en rekke gynekologer som nekter å ha noe med fødsler å gjøre. Vi vet at det av og til oppstår skadet under fødsler. Noen spebarn overlever ikke. En liten risiko vil alltid være til stede sjøl om ikke legene gjør feil. Forsikrings-selskapene vet at de av og til må betale erstatninger i forbindelse med fødsler, og krever enorme forsikringspremier. Det blir for dyrt for legene, som til slutt ikke

vil ta seg av fødende kvinner, forteller Schrøder.

### Gamle saker

— Jeg tror ikke på sli ke tilstander i Norge, ikke minst fordi det private, amerikanske helsevesen er så forskjellig fra det norske. Samtidig må vi innrømme at få snakket særlig om pasientrettigheter og erstatninger i Norge for noen år siden. I dag er det en realitet, sier sykehusdirektøren.

RST betaler i år 600.000 kroner i forsikringspremier. Det er ei fordobling i løpet av to år, men fremdeles for lommesusk å regne i forhold til budsjettet på 450 millioner. Hittil i år er det kommet inn 33 klager om feilbe-

handling av pasienter. Tidligere år har antallet ligget mellom 12 og 18. Få klagesaker ender i retten.

Schrøder opplyser at mange av klagesakene som er kommet inn i år skriver seg flere år tilbake i tid. Han tror ikke det skjer flere feilbehandlinger ved sykehuset enn tidligere, men mener stadig flere pasienter blir oppmerksomme på rettighetene sine.

### Ny forsikringsordning?

—Vi har ei egen klagenemnd ved sykehuset, og vi har innrettet oss mer på å takle kritikk. Noe helsevesenet hadde store problemer med inntil for få år sia. I dag opplyses det om pasi-

entrettigheter og klage muligheter i pasientbrosjyrene våre, og alle som legges inn får en folder med «evaluerings sider» som skal rives ut og sendes til direktøren. Omtrent som på hoteller der man vil vite om gjestene er fornøyde, forteller Schrøder.

Sykehusdirektøren mener det er på høy tid å få i stand ei form for objektiv forsikring som gir pasienter erstatning også når det ikke er noe å bebreide legene. I dag kan ingen få erstatning hvis ikke sykehuset har begått feil. Ei egen forsikringsordning, som for tida utredes i sosialdepartementet, kan sørge for økonomisk erstatning hvis det går galt under risikofylte operasjoner eller behandlingsmetoder. Ei slik ordning finnes i Sverige.

Et nytt benzodiazepin med kort halveringstid  
fra Upjohn til behandling av søvnløshet.



# Halcion<sup>®</sup> (triazolam)

Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt  
på neste dags aktivitet:



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon,  
Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm,  
tlf. (02) 53 98 06

PRODUCT OF

**Upjohn**

CNS  
RESEARCH

# Hvad kan almenpraktikerne for voldtatte pasienter

□ Lisbeth Bang  
Oslo helseråd

## Medicinsk omsorg

Gå ud fra at pasienten er multi-traumatiseret (krop såvel som sjæl). Prioriter pasienten under øjeblikkelig hjælp. Foretag en grundig medicinsk undersøgelse fra top til tå. Pasienten kan være mere eller mindre i chock-fase. Du kan derfor ikke forvente, at hun husker at præsentere alle relevante symptomer. Et eksempel fra min egen praksis, er en pasient som opsøgte mig et par dage efter voldtægten, idet det fortsat gjorde ondt i næsen; der løb væske ud, og den var svullen. Pasienten havde været til gynekologisk undersøgelse i forbindelse med politianmeldelsen. Gynekologen havde koncentreret sig om underlivet, og havde således overset resten af kroppens skader, herunder en næsefractur.

Vær opmærksom på, at du kan være det første menneske, som rører ved pasienten efter voldtægten; vær nænsom. Forklar pasienten, hvad du agter at gøre, hvorfor og hvordan. Det kan være en god ide at spørge, om det passer pasienten at få dette eller hint foretaget. I de aller fleste tilfælde gør det det. Men læg du undersøgelsen op, således som beskrevet her, er du med til at pasienten psykisk restituerer sig. Du viser hende respekt som menneske, og giver hende kontrollen tilbage over eget liv - en kontroll som hun (han) netop har oplevet blev taget fra dem under ydmygende og groteske omstændigheder.

## Rutine:

Graviditetstest, veneriae (GC, Chlamydia, syfilis, Hepatitis B),

urinundersøgelse (stix, micro: Se efter spermier), vaginal sekret eftersees for trichomonas, sopp, Gardenerella. HIV-smitte: Gennemgå dette aspekt med pasienten, hvadenten du selv følger pasienten op eller henviser videre. Sygemelding. Aftal kontrol dato 8-10 dage senere. Giv pasienten alle vigtige informationer skriftligt i tillæg.

Undersøg om pasienten har et trygt sted at opholde sig de nærmeste par dage. Hvis ikke, sørg for dette ved eventuell indlæggelse, henvisning til krisesenter (Hvad passer for pasienten?), eller tag kontakt til sosialkontor. Sørg for at pasienten og pasientens nærmeste får kriserådgivning. Hvis ikke du selv har anledning og/eller føler dig kompetent, da skaf dig oversigt over hvem i kommunen/fylket du kan henvise til. Kriserådgivning er øjeblikkelig hjælp. En aftale ud i fremtiden er ikke acceptabel.

## Retsmedicinsk undersøgelse

- A) Dokumenter brug af fysisk vold.
- B) Dokumenter seksuel kontakt
- C) Tag prøver, der har til hensigt at identificere gerningsperson
- D) Tag prøver der identificerer pasient

Det er ikke muligt og ikke meningen i denne artikkel at gennemgå disse fire punkter. Lærebog og lysbilledserie til brug for selvstudie er under udarbejdelse i regi af NFU (Norsk Fjernundervisning).

I tilknytning til tilbudet ved Oslo Kommunale Legevakt har vi i samarbejde med Oslo Politi ud-

arbejdet sporsikringsudstyr. Dette ligger færdigpakket i en hendig væske. Vi har anledning til at benytte l æske pr. pasient, uanset politianmeldelse. Til orientering kan oplyses, at Justisdepartementet har bestemt, at disse æsker skal være tilgængelige på landsplan.

Jeg vil i det følgende gennemgå punkt A) lidt nærmere. Det kan gennemføres ved almindelig omhu, omend det er tidskrævende og er aktuelt ved undersøgelse af alle ofre udsat for fysisk vold.

## Dokumenter brug af fysisk vold

Noter klæders udseende (forrevent, plettet, m.m.) og andre løseffekter (iturevne smykker, tasker, m.m.). Dokumenter alle skader på kroppen (blåmerker, hudafskrab, svulnhed, stiksår, brændmerker, ømhed). Mål op, bredde og længde (mm eller cm). Det er en god hjælp at tegne en skisse av menneske, set forfra og bagfra, og indtegne skaderne. Haves et fotoapparat tilgængeligt, da fotografer skaderne. Tag først et oversigtsbillede, dernæst skaderne en efter en. Beskriv hver enkelt skade. Konkluder: Stump vold? Brandskade? Sammenhold skaden med pasientens beskrivelse af overgrebet og sammenhold om skaden (eks. fingermærker på halsen) er forenelig med følger efter (eks hårdt halsgreb) som pasienten fortalte, overgriber havde gjort.

## Behandling og forebyggelse

Alle skader behandles. Graviditeten kan forhindres ved at give Eugynon 50 mg, 2x2 med 12 timers mellemrum; ialt 4 tabletter. OBS. indikationsgrænser, slå efter i Norsk legemiddelhandbok! GC og chlamydia kan forebygges ved kapsler tetralysal 300 mg,

# ren gjøre

lx2 i en uge. Ved påtvungent analt samleie, kan proctoskopi være relevant. Tilbyd et anti-hæmorrhoidemiddel for at lindre pasientens smerter og lette eventuelle afføringsvanskeligheter. Til forebyggelse af UVI og vaginit, foreslå pasienten at drikke rigeligt, gerne frugtjuice og kulturmelk, anbefal et lavt sukkerforbrug. Anbefal at pasienten undgår hyppig vask af genitale slimhinder. Fraråd brug av sæbe. Vand er tilstrækkeligt. Tag under alle omstendigheder emnet op med pasienten: Erfaring viser at mange pasienter ønsker "at vaske hendelsen bort". Anbefal ikke-stramtsittende bomuldsundertøj. Vær tilbageholden med at skrive recept på sovemidler og "nervepiller". Det er mere virksomt for pasienten at få god menneskelig hjælp og støtte, have et trygt sted at opholde sig og få kriserådgivning. Beder pasienten om sove midler, da giv det som engangsdosis. Erfaring viser, at disse pasienter - uanset medikamenter - har vanskeligheder ved at sove og ofte vil være plaget af mareridt i en periode. At påbegynde brug av medikamenter kan føre til afhængighed uden egentlig nytte-værdi for pasienten.

## Om abort og prevensjon hos ungdom

(Fra Becker's kommentarutgave til Barneloven)

En jente avgjør uansett alder på egen hånd om hun skal begjære svangerskapsavbrudd (abortl. 13. juni 1975 nr. 50, §4). Foreldrene har en uttalerett bare når datteren er under 16 år.

Når det gjelder prevensjon, er det på det rene at unge over 16 år har selvbestemmelsesrett. For dem som er under 16 år kan spørsmålet være mer tvilsomt, men det må etter mitt skjønn antas at også de har selvbestemmelsesrett (uten hensyn til alder). Justisdepartementets lovavdeling har uttalt at selvbestemmelsesretten i prevensjonsspørsmål beror på en konkret vurdering av den unges fysiske og psykiske modenhet, og at den senest inntreer ved fylte 16 år. Noen holder på en 16-års grense. En slik aldersgrense harmonerer imidlertid dårlig med abortlovens regler, som ikke krever noe foreldresamtykke til abort, og som gir en ubetinget rett til prevensjonsveiledning etter abort (abortl. §14 a). Reelt sett ville en aldersgrense bare få betydning for prevensjonsmidler som krever individuell veiledning (P-piller, spiral og pessar), mens f.eks. kondom i praksis vil være fritt tilgjengelig. Et slikt skille er svakt begrunnet; eventuelle medisinske betenkeligheter har legen de beste forutsetninger for å vurdere. Det kan nok hevdes at selvbestemmelsesrett i prevensjonsspørsmål kan fremme seksuell aktivitet og kanskje øke seksualpresset på unge jenter, men etter mitt skjønn er det mer vesentlig at manglende selvbestemmelsesrett i prevensjonsspørsmål øker risikoen for uønskede svangerskap. Foreldrene har en viktig oppgave i å snakke med den unge om prevensjon og seksualliv, men det er den unge selv som må bestemme her.

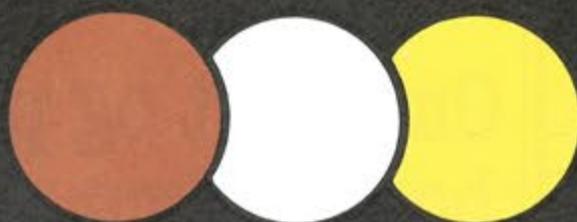
## Den ukjente far

(Fra Barneloven § 3, Beckers kommentarutgave)

Det offentlige har et selvstendig ansvar for å få fastsatt hvem som er far til barnet selv om moren motsetter seg dette. Hensynet til barnet veier her tyngst.

I forbindelse med fødselen (ikke ved svangerskapskontroll) har moren plikt til å oppgi hvem hun mener faren er, men hun kan ikke straffes for å motsette seg dette. Hun kan heller ikke nektes bidragsforskudd selv om hun nekter å samarbeide for å få farskapet fortsatt. I 1980 var det noe over 8% av ugifte mødre som ikke oppga faren.

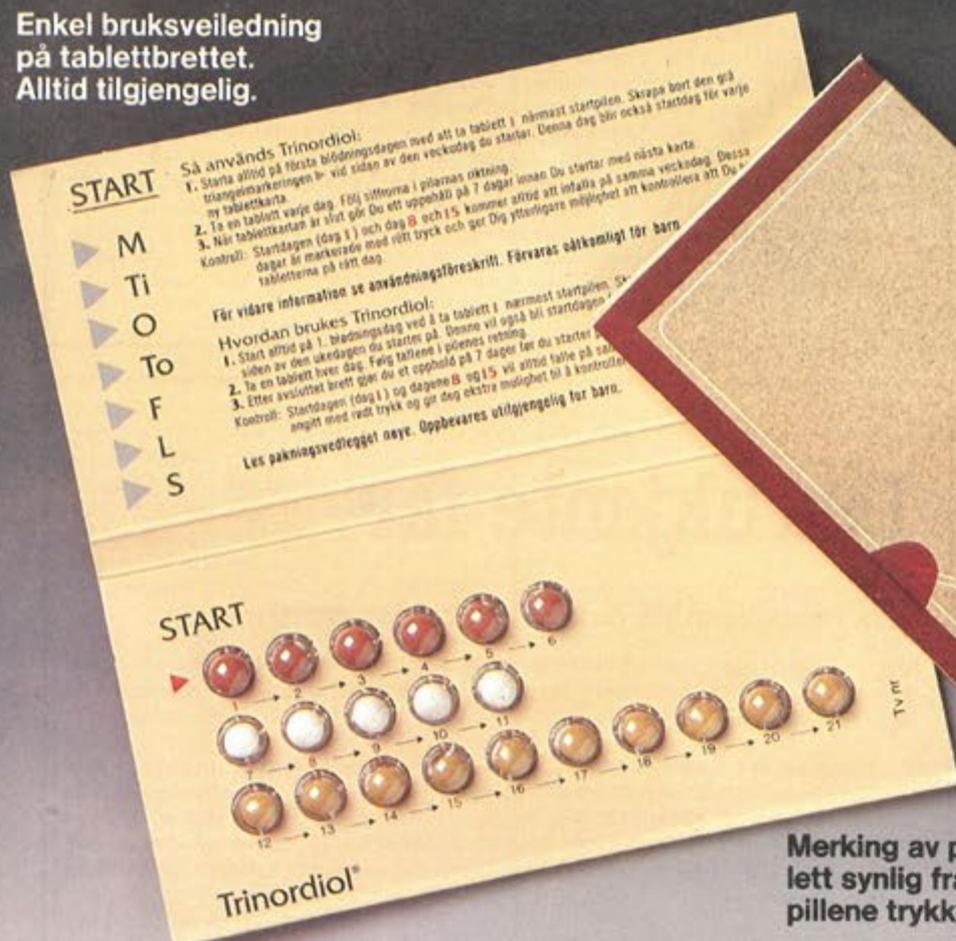
Hvis ikke farskapet er fastlagt ved fødselen, sendes fødselsmeldingen også til bidragsfogden som er tillagt arbeidet med å kartlegge farskap i samarbeid med Fylkesmannen. Fylkesmannen kan gi pålegg om blodprøve av mulig far, og offentlig lege har plikt til å ta slik prøve, evt. med politiets hjelp for å hente uvillig person til prøvetaking!



# TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

Enkel bruksveiledning  
på tablettbrettet.  
Alltid tilgjengelig.



Foldepakning:  
beskytter pillene.  
Diskret pakning.

Merking av pillene er  
lett synlig fra den siden  
pillene trykkes ut.

## Enkel bruksveiledning på brettet sikrer riktig bruk av p-pillen

KabiVitrum



# TRINORDIOL®

gir en meget god cycluskontroll (1,2)

gir minimal vektendring (2,3)

gir liten påvirkning på metabolismen (4,5)

TRINORDIOL «KabiVitrum»  
Antikonsepsjonsmiddel.

ATC nr. G 03 A B 03

**Tabletter:** Hver brun tablett inne.: Levonorgestrel 50 ug, ethinyløstradiol 30 ug, const. q.s. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver liten hvit tablett** inne.: Levonorgestrel 75 ug, ethinyløstradiol 40 ug, const. q.s. Hver gul tablett inne.: Levonorgestrel 125 ug, ethinyløstradiol 30 ug. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver stor hvit tablett** inne.: Const. q.s. (placebo).

**Utgenskaper:** Klassifisering: Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjons p-pille. Redusert total hormondose gjennom cyclustilpasset hormontilførsel. **Bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert.** God cycluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. **Pearl indeks 0.03, inklusive pasientfeil 0,21.**

**Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjon. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. Endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maksimal serumkonsentrasjon, levonorgestrel: 1 til 2 timer, ethinyløstradiol: Ca. 1 time etter inngift.

**Halveringstid:** Levonorgestrel: Ca. 24 timer, ethinyløstradiol: Ca. 26 timer.

**Metabolisme:** Både ethinyløstradiol og levonorgestrel metaboliseres i leveren.

**Utskillelse:** Via urin og fæces.

**Urgang i morsmelk:** Man har påvist både østrogen og gestagener i morsmelken.

**Indikasjoner:** Antikonsepsjon.

**Kontraindikasjoner:** Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Organisk hjertefeil. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson-syndrom, Rotorsyndrom, graviditetsikterus i anamnesen. Verifisert eller mistenkt cancer mammae eller østrogenavhengige tumorer. Udiagnostisert genital blødning. Graviditet, hypertensjon, sigdcelleanemi, porfyri, Herpes gestationes i anamnesen. Forverring av otosklerose under tidligere p-pillebruk eller graviditet. Hyperlipoproteinemi.

**Bivirkninger:** Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, depresjon og synsforstyrrelser. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi). Forandringer kan ytre seg som akutte buksmerter eller tegn på intraabdominell blødning.

**Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas grundig generell og gynekologisk undersøkelse inklusive mammaeundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kontrollen gjentas regelmessig. Cytologiske prøver tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år.

Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Opptre tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes ved tegn på ikterus.

Hvis mulig seponeres 14 dager før kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt trombose-risiko. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekonsultasjon. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke stabilisert cyclus, samt kvinner med oligomenore eller sekundær amenore bør helst anvende annen form for prevensjon. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres.

Ved uteblitt bortfallsblødning to på hverandre følgende sykler skal graviditetstest utføres. 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon brukes i tillegg resten av cyclus. Effekten kan reduseres ved oppkast og diare. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Bør ikke brukes under amming.

**Interaksjoner:** (1:6 e, 1:68 e antikonsepsjonsmidler).

**Dosering: 21 tabletters brett:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntre en menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding). Med dette doseringsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablett.

**28 tabletters brett:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag. Den første tablett tas fra rødt felt utfor den aktuelle ukedag. De følgende tabletter tas i pilenes retning på samme tidspunkt hver dag inntil alle tablette er oppbrukt.

De første 14 dagene av 1. behandlingscyclus skal man supplere med annet, ikke-hormonelt antikonsepsjonsmiddel. Fortsett behandling: Man går direkte over på neste brett og begynner på nytt i det røde feltet (på samme ukedag som man startet opp med det første brettet). Behandlingen fortsetter således kontinuerlig også under den menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding) som vanligvis vil inntre mens man tar tablettene i rødt felt. Da den siste tablett med hormoner alltid vil komme på en fredag vil den påfølgende helg som regel være blødningsfri.

**Pakninger og priser:**

3 x 21 tabl. 67,65.	3 x 28 tabl. 67,65.
6 x 21 tabl. 129,10.	6 x 28 tabl. 129,10.
13 x 21 tabl. 257,35.	13 x 28 tabl. 257,35.

1. Upton G.V.: Int. J. Fertil 28: 121-140 (1983).

2. Ulstein M. et al.: Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 63: 233-236 (1984).

3. Cullberg G. et al.: Contraception 26 (3): 229-243 (1982).

4. Fotherby K.: Contraception 31 (4): 367-394 (1985).

5. Skouby S. O. et al.: Am. J. Obstet. Gynecol. 153 (6): 495-500 (1985).

Bruksanvisning følger hver pakning.

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad  
Sentralbord: Oslo (02) 980801.

## Foreldre- rettigheter ved fødselen

(Fra Børneloven §2, Bechers kommentarutgave).

Ved fødselen har moren rett til å ha med barnets far eller en annen som står henne nær, dersom dette ikke er utilrådelig av medisinske grunner. Lege eller jordmor avgjør om slike rent medisinske grunner er til stede. Morens rett gjelder uansett om hun eller han er gift eller ikke. Barnets far har ikke selvstendig krav på å være tilstede dersom moren ikke ønsker det.

## Personlige rettigheter i institusjon

(Fra Personretten, Knophs oversikt over Norges rett).

"Spørsmålet om vern for personligheten oppstår også i sammenhenger hvor de hittil har vært viet for liten oppmerksomhet fra rettsordenens side. Vi kan f.eks. nevne spørsmålet om i hvilken utstrekning pasienter i sosiale institusjoner har rett til privatliv, og om slike pasienter har plikt til å underkaste seg ledelsens direktiver når det gjelder alkoholnyttelse, leggetider, etc."

## Eutanasi

(Fra Personretten, Knophs oversikt over Norges rett).

Også problemene omkring dødshjelp kan sees under synsvinkelen vern for personligheten. Aktiv dødshjelp er straffbar (Straffelovens §§233, 235, 236). Derimot vil passiv dødshjelp ofte være lovlig, som når en lege på anmodning av en dødsykt pasient avbryter en behandling som ikke har annen hensikt enn å forlenge et smertefullt liv med noen uker eller måneder.

I det hele må man nok si at personer som er tilregnelige, normalt selv må få bestemme om de vil motta legebehandling eller ikke".

# Intervju med universitetslek

## UTPOSTEN:

Øystein Pedersen

UTPOSTEN: Etter §2.1 i Kommune-helseloven har enhver borger rett til nødvendig helsehjelp i sin oppholdskommune. Innebarer dette at alle nå er sikret adekvat helsetjeneste?

ØRNULF R.: Der har skjedd store forbedringer når det gjelder helsejussen på dette feltet. Rettssikkerheten har økt, med økt mulighet for selvbestemmelse. Den forbrukerorienterte fasen i helsejussen har formelt gitt folk rettigheter og krav til ytelse både m.h.t. kvantitet og kvalitet. Likevel er det mange "fiender" for pasienten som påvirker utformingen av det konkrete helse-tjenestetilbud.

For det første er de bevilgende myndigheter interessert i å redusere de offentlige utgifter. De har derfor innført den ramme-finansiering vi nå har, og som medfører både faktiske og juridiske problemer. Verken kommuner eller fylkeskommuner får overført tilstrekkelige midler til å gi alle grupper et optimalt tilbud, og dette skaper vanskelige prioriteringsproblemer. I denne sammenheng har vi også fått en tungvint og tildels urettferdig gjestepasientordning som snarest bør oppmykes!

For det andre virker det kommunale selvstyre nedbrytende på pasientrettighetene. Ulik økonomi, ulike prioriteringer og ulike holdninger gir rom for diskriminerende forskjeller i helsetjenestene i ulike kommuner og fylker.

For det tredje krever den om-diskuterte kommunehelsetjenesten mye ressurser til å lage planer,

kontrollere planer, og sette iverk planer. Helsetjenesten drives nå etter en plan- og styringsmodell som krever mye tidsbruk og ressurser som tas - innenfor rammefinansierings-systemet - fra kurative og forebyggende oppgaver i helsevesenet. Helseplansystemet passer dårlig til det økonomiske rammesystemet, og mye av planarbeidet beskriver bare den virkeligheten vi likevel ville fått. Alt i alt virker kommunehelsetjenesten byråkratisk og stort sett overadministrert!

For det fjerde har arbeidsmiljø-loven skapt problemer, likeledes arbeidstidsforkortelsen. Arbeidsgiverne vil ikke yte overtidsbetaling til det kvalifiserte personell. Dermed blir det mindre arbeid pr. kvalifisert arbeidstaker og mer ukvalifisert og billigere arbeidskraft i helsevesenet. Dette reduserer både kvaliteten og kvantiteten på helsetjenestetilbudet.

UTPOSTEN: Men en kommune kan vel ikke bare la sin helsetjeneste forfalle - hva ligger i begrepet "nødvendig helsetjeneste" som kommunen er pliktig til å yte?

ØRNULF R.: I praksis blir dette - både i sykehusene og i kommunene - oppfattet som plikt til å yte øyeblikkelig hjelp der dette finnes påkrevd. Men vi har jo nylig hatt rettssak der kommunen ble dømt til å yte omfattende hjemmesykepleie for at pasienten skulle få bo i sitt eget hjem. Juridisk sett er mye uavklart når det gjelder å gi bestemmelsen reelt innhold. Helsebyråkrater og politikere arbeider med sine plansystemer for å definere behovene og fordele ressursene. I tillegg har enkelte grupper rettsmessig krav på tjenester. Likevel skjer tilbud og fordeling av tjenester idag mye ut fra en skjønnsmessig

«Wir sind sehr glücklich, daß Sie die ärztliche Versorgung unseres Landkreises übernehmen wollen.»



# Dr. Ørnulf Rasmussen

prioritering innen helsevesenet, og dels ut fra en markedsmodell med kjøp og salg av tjenester ut fra tilbud og etterspørsel. Omfanget av den kommunale helse-tjeneste (almenleger, helse-søstre, hjemmesykepleie, fysio-terapeuter) skjer utfra faglig behovsvurdering og økonomiske rammer. Kommunen er forpliktet til å ha etablerte ordninger her, men dårlig økonomi, ulike geo-grafiske forhold, vakante helse-personellstillinger o.l. kan gi svært ulikt omfang og kvalitet på tjenestene.

●  
UTPOSTEN: Men hvordan kan folk klage hvis de synes tilbudet er for dårlig?

ØRNULF R.: I første omgang kan man klage til kommunestyret, det vil i praksis si helse- og sosialstyret. Derneft kan saken videreankes inn for fylkeslegen, men fylkeslegen har nå langt mindre mulighet og rett til inn-flytelse enn før når det gjelder helsetjenesten i kommunene. Kommunen er i utgangspunktet forpliktet til å bruke mer penger enn de får i tilskudd til helse-tjenesten, og andre ikke-lov-regulerte kommunale aktiviteter må heller vike. Der kommunens innbyggere har lovfestet rett til service har kommunen plikt til å etablere tilbud om dette. Men folk kan jo også ha urealistiske forventninger og krav til helse-vesenet.

●  
UTPOSTEN: Ja, med hvor stor rett kan nå pasienten møte opp hos legen og forlange spesielle undersøkelser, henvisninger, medikamenter - eller selv velge behandlingssted for sine helse-problemer?

ØRNULF R: Pasienten har selvsagt rett til å fremsette ønsker og egne oppfatninger om sin sykdom overfor legen. Imidlertid er

legen her både en faglig-medisinsk kunnskapsforvalter og en samfunnsøkonomisk ressursforvalter som må foreta profesjonelle avveininger. Han må kanalisere de riktige pasientene med riktig prioritet til andre deler av helsevesenet (sykehus, røntgen m.m.) og bør forhindre unødvendige undersøkelser og unødvendig risikofylt behandling (bivirkninger) som pasienten ikke har oversikt over. Ved meningsforskjell mellom lege og pasient i den kommunale helsetjenesten, bestemmer legen, men pasienten kan påklage legens avgjørelse og få den omgjort.

Når det gjelder innleggelse i sykehus kan pasienten ikke fritt velge behandlingssted, bortsett fra (som hovedregel) ved øyeblikkelig hjelp. Primærlegen skal prinsipielt søke pasienten til lokalsykehuset, som så skal ta stilling til eventuell henvisning til sentralsykehus eller annen institusjon. Likevel har den enkelte lege rett til å henvise pasienten dit han vil, men regionaliseringsordningen begrenser i praksis omfanget av dette. I sykehuset kan pasienten heller ikke kreve en bestemt form for behandling, men kan derimot nekte å akseptere foreslått behandling slik at den behandling pasienten ønsker fremstår som den eneste mulige - selvsagt såfremt den er forsvarlig. En sykehus-pasient kan heller ikke selv bestemme lengden på sykehusoppholdet, og kan neppe nekte utskrivelse hvis overlegen har bestemt dette - selv om ikke pleiebehovet i hjemmet er dekket.

●  
UTPOSTEN: Hvor langt har legen plikt til å yte øyeblikkelig hjelp? Hva med å gå inn i farlige situasjoner? Hva med legens plikter når han ikke har vakt?

ØRNULF R: Legeloven pålegger

legen en ganske omfattende plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Han må etter beste skjønn avklare om legehjelp er nødvendig, og isåfall yte den hjelp han er i stand til. Det kan tenkes "gyldig forfall". Hva som regnes som "gyldig forfall" er ikke forskriftsmessig bestemt. Også i faresituasjoner har legen plikt til å yte nødvendig hjelp, f.eks. ved smittsomme sykdommer, ulykker o.l.. Når situasjonen oppfattes som truende og farlig (rusmiddelbrukere, adferdsavvik, sinnssykdom), kan det være riktig med politibistand for å beskytte legen, slik at medisinsk behandling kan ytes. Dette er ikke nødvendigvis det samme som at det ytes tvangsbehandling. Om det kan tvangsbehandles er en annen skål. Plikten til å yte ø.h.j. gjelder uavhengig av om legen har vakt eller ikke. Den gjelder ham personlig. Men har han ikke vakt, og kan han forsikre seg om at annen lege vil yte hjelp, er han nok ansvarsfri.

●  
UTPOSTEN: Hva med pasientens rett til informasjon om sin sykdom?

ØRNULF R: Pasientene har et omfattende, lovhjemlet krav på informasjon og innsyn i sin sykejournal, jfr. Lovlovens §§25 og 46. Ut fra normale forventninger til et lege/pasientforhold skal det informeres om

- hva som feiler ham
- om det er noe farlig
- hvordan problemet best kan behandles, om alternativer i behandlingen
- om risikomomenter
- hvordan det vil gå fremover

Kravet om informasjon og rett til

# Nyhet ved angina pectoris

Nytt, effektivt  
nitropreparat  
med langtids-  
virkning  
og dosering  
2 ganger  
daglig

1. Enkel dosering:  
Normalt 20 mg 2 ganger daglig.  
12 timers virketid  
– en fordel også ved nattangina<sup>6, 12</sup>
2. Eneste perorale  
langtidsvirkende nitrat  
med 100% biotilgjengelighet.  
Dette betyr enkel  
innstilling av pasienter.<sup>3</sup>
3. Ingen toleranseutvikling  
påvist ved anbefalt dosering.<sup>8, 12</sup>
4. Dosering uavhengig  
av lever-/nyrefunksjonen.<sup>9, 10, 11</sup>
5. Lav bivirkningsfrekvens<sup>4</sup>

ISMO kombinerer god effekt  
med enkel dosering  
– en forutsetning for  
god "patient compliance."



ismo<sup>®</sup>  
isosorbid-5-mononitrat



ORGANON A.S  
Boks 325, 1371 Asker,  
Tlf. (02) 78 43 65

## ISMO «Boehringer Mannheim»

**T Nitropreparat** Indeks: C01DA14  
**TABLETTER** 20 mg: Hver tablett  
inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg  
const. q. s.

**EGENSKAPER:** Langtidsvirkende  
(ca. 12 timer) nitropreparat med  
virkning på brystmerter forårsaket av  
koronar hjertesykdom. Antatt virke-  
mekanisme: Tonusnedsettende  
effekt hovedsakelig i venese kapa-  
sitanskar. Dette fører til redusert venes  
tilbakestrømning og derved nedsatt  
fylningstrykk (preload) i hjertet.

Hjertets arbeid minskes, dermed  
bedres eksisterende misforhold  
mellom hjertets oksygenbehov og -til-  
førsel, og anginose smerter reduseres  
eller forsvinner. **Absorpsjon:** Tilnær-  
met fullstendig, maks. plasmakon-  
sentrasjon etter ca. 1 time.  
**Biotilgjengelighet:** 100%. **Halverings-  
tid:** 4–5 timer. **Metabolisme:** I lever ved  
denitrering og glukuronidering.  
**Utskillelse:** Hovedsakelig i urin som  
metabolitter.

**INDIKASJONER:** Profylaktisk mot  
angina pectoris.

**KONTRAINDIKASJONER:**  
Nitratintoleranse. Alvorlig hypoten-  
sjon, sjokk, økt intrakranielt trykk.

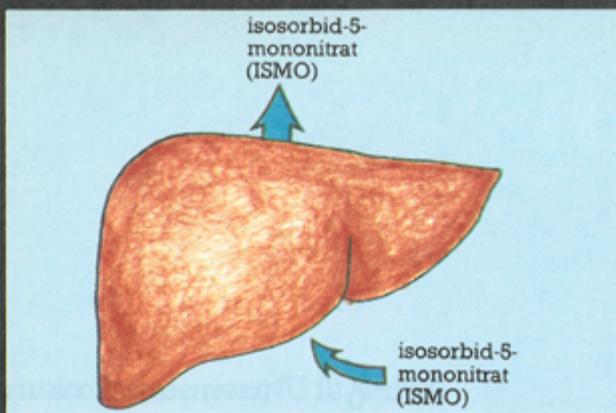
**BIVIRKNINGER:** Forbigående hode-  
pine, "flushing," hypotensjon, svim-  
melhet, takykardi og brekninger.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Ved  
akutt hjerteinfarkt bør ISMO kun  
brukes under streng medisinsk  
kontroll. Forsiktighet utvises hos  
pasienter med aorta klaffefeil,  
hypotensjon, akutt koronar okklusjon  
eller akutt koronar insuffisiens med  
blodtrykkfall. En mulig effekt på  
intraokulært trykk tilsier forsiktighet

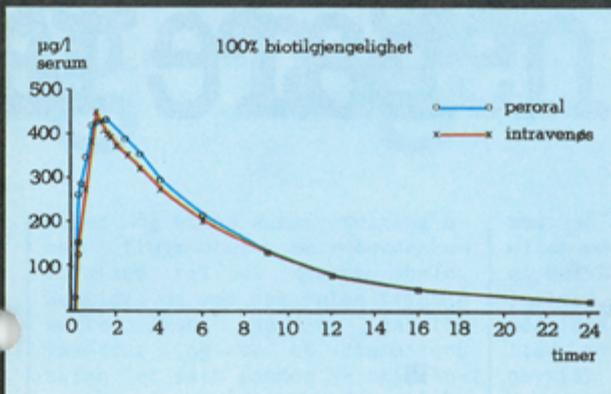
ved trangvinklet glaukom. Kan  
potensiere effekten av antihyper-  
tensiva og gi utilsiktet hypotensjon ved  
kombinasjon med alkohol. Sepone-  
ring av høye doser bør skje langsomt.  
Mulighet for toleranseutvikling.

**INTERAKSJONER:** Alkohols effekt  
på reaksjonstiden kan potensières.  
Se Interaksjonstabellen i Felleskatalo-  
g 1986. (I: 65e)

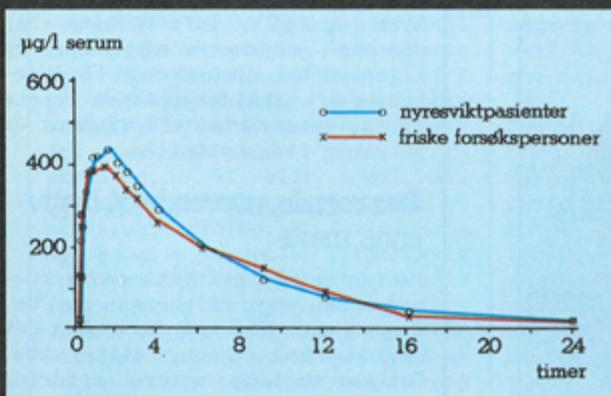
**OVERDOSERING/FORGIFTNING:**  
Ved overproduksjon av methemglo-  
bin som følge av overdosering: Intra-  
venøs tilførsel av ascorbinsyre eller  
metylenblåttoppløsning. Oksygentil-



Ingen "first pass"-effekt og lang halverings-tid gir enkel dosering<sup>3</sup>



Eneste langtidsvirkende nitrat med 100% biotilgjengelighet. Dette betyr enkel innstilling av pasienter<sup>3</sup>.



ISMO - Normaldoserings også ved nyresvikt<sup>9,10</sup> og nedsatt leverfunksjon<sup>11</sup>.



Enkel dosering - Normalt 20 mg (1 tablett) 2 ganger daglig<sup>5,12</sup>.

førsel. Forevrig vanlig generell behandling. Se kapitlet om Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1986. (F: 73)

**DOSERING:** Individuell. Vanligvis 1-2 tabletter 2 ganger daglig. Ved oppstart av behandling anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: Initialt 1/2 tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men ikke knuses. Ved akutte anfall kan et sublingualt preparat benyttes.

**PAKNINGER OG PRISER:** Tabletter 100 stk. enpac kr. 223,40 T:12

**Referanser:**

3. Abshagen U et al. Eur J Clin Pharmacol 1981; 20: 269-75
4. Überbacher HJ et al. Pharmacotherapeutica 1983;3: 331-41
6. Akhras F et al. Z Kardiol 1985; 74, Suppl. 4: 16-20
8. Jansen W et al. Med Welt 1982; 33: 1756-62
9. Kösters W et al. Med Welt 1981; 32: 521-23
10. Raue F et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrat 1985: 78-85. Springer-Verlag, Berlin
11. Akpan W et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrat 1985: 86-91. Springer-Verlag, Berlin
12. Rennhak U et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrat 1985: 147-53. Springer-Verlag, Berlin

01.10.86

medbestemmelse har vokst fram så sterkt at pasientene i praksis har krav på svar på alt de spør om - såfremt dette ikke vurderes å være åpenbart skadelig for dem selv, eller for deres forhold til nære pårørende. Viktig i denne sammenheng er også at informasjonen gis i en språkdrakt og i en form som pasienten kan forstå.

● **UTPOSTEN:** Du har arbeidet med problemstillinger omkring pasientens personvern i helsevesenet. Hvorfor er dette et problem nå?

ØRNULF R: Medisinske opplysninger gjelder våre svakheter, og de er velegnet, og blir brukt til, å tegne bilder av vår kropp, sjel og personlighet. Det er rimelig at individet vil ha en kontroll med hvem som får dette "bildet", i hvilke situasjoner, for hvilke formål, og hvilke deler av det disse får. Det er, grovt sett, dette personvernproblemet gjelder. Det er blitt et spesielt aktuelt problem nå med en omfattende bruk av EDB i forvaltningen - også i helsevesenet. Vi ser at EDB letter registreringen av data, mer data lagres, og spredningen av data lettes. Dataregistreringen tilpasses maskinene, og skjønsmessige vurderinger hos programmereren ender opp som nakne standardiserte tall som kan tas ut av brukeren som unanserte fakta. Eventuelt kan data omkodes og tolkes og tillegges annen betydning enn den opprinnelige informasjon. Informasjonen kan også spres og kobles med andre dataregistre og kan evt. kombineres og brukes til andre ting enn de er ment for. Vi er alle gjenstand for en meget omfattende registrering. Få eller ingen har oversikt over hva offentlige organer mener å vite om dem, hvem de har fått denne viten fra, og hvem de lar få del i den.

● **UTPOSTEN:** Har vi ingen beskyttelse mot slik dataregistrering og databruk om oss selv?

ØRNULF R: Jo. Personregisterloven og legelovens taushetspliktsregler skal gi oss beskyttelse. I praksis får imidlertid den som måtte ønske det registrere alle de opplysninger han måtte ønske stort sett. Opplysninger kan og blir spredt viden omkring. Taushetsplikt er mer en diffus ideologi enn en juridisk realitet i helsevesenet i dag. Jeg er neppe alene om å mene det.

Et særlig problem er at data dukker opp, og brukes på helt andre steder enn pasienten hadde tenkt seg da han "betrodde" seg til legen. Dette kan skje på flere måter. Legeloven pålegger

medleplikt til statlige registre, for visse helseopplysninger. Data oversendes den offentlige forvaltning, der det generelt er mildere taushetspliktsregler enn i helsevesenet. Herfra kan de spres lettere enn fra helsevesenet selv.

Taushetsplikt oppheves dessuten ved samtykke fra pasienten. Krav om slike samtykkeerklæringer er blitt stadig mer vanlige i arbeidslivet. F.eks. må alle oljearbeidere signere erklæring på at arbeidsgiver (ved bedriftslegen) har full frihet til å innhente helseopplysninger fra hvem de vil. Uten samtykke - ingen jobb! Medisinske og psykologiske data er i USA en viktig premisse for tilsettelse, forfremmelse, avskjedigelse, type arbeidsoppgaver o.l.. I denne situasjonen blir personvernet minimalt, og bedriftslegen står i en vanskelig dobbeltrolle som kliniker med "taushetsplikt" overfor sin pasient, og som sakkyndig med plikt til opplysninger om arbeidstakerne overfor arbeidsgiveren. I det hele tror jeg bedriftshelsetjenesten vil bli et økende problem i mange sammenhenger.

Taushetsplikten oppheves også "hvis særlige grunner taler for det", jfr. Legeloven §31, f.eks. overfor politiet, media, etc.. Her har legen stort rom for skjønn. I praksis har man nesten ingen mulighet til å begrense spredningen av egne helsedata!

UTPOSTEN: Hva slags regler trenger vi for å beskytte oss mot uønsket innsyn i privatliv og private helseforhold?

ØRNULF R: Vi trenger iallefall regler som beskytter oss mot registrering, spredning og sammenstilling av registre. Vi har alt for dårlig beskyttelse mot at data registreres i første omgang. Vi har også svært liten innflytelse på riktigheten av data om oss selv. Vi vet også lite om hvor disse data tar veien. Med andre ord hvem som vet hva om oss, og hva de bruker disse data til. Vi må få klarere regler med sikte på spredningsbegrensning av data om oss, forbud mot kobling av registre og rett til å få underretning om slike data spres.

TEMA SLUTT

□ Gerd-Ragna Bloch Thoresen □



Gerd-Ragna B.T. er cand.med. fra Bergen 1978. Etter sykehus- og distriktsturnus i Hammerfest arbeidet ho i 5 år i den første kommunalt drevne praksisen i Stavanger. Ho er almenpraktiker Dnlf og interesserer seg spesielt for sosialmedisin og tverrfaglig samarbeid. I øyeblikket arbeider ho på psykiatrisk klinikkavdeling ved Sentralsykehuset i Rogaland.

Bidrag til Utpostens essaykonkurranse

# Bare fag

Legen sitter ensom på sitt kontor. Dømmer over liv og død - lyst og nød. I rettssalen har dommere meddommere og jury, og klienten har forsvarer. På legekontoret presiderer legen alene og pasientens eneste forsvarer er på samme tid kontrollør.

## Dømmende, utøvende og livgivende makt

Pasienten er prisgitt denne treenigheten og enigheten og befinner seg ofte vel der. Hva det skyldes kan vi ane, ikke vite. Det kan skyldes myter, erfaring tanker eller ting som ligger utenfor vår begripelse - eller som alt annet i livet er det sannsynlig at det har en kompleks pluralistisk årsak. Det kan skyldes egenskaper ved samfunnet, vårt eget demokrati, med stor grad av åpenhet og ivaretakelse av individets rett til selvhevdelse. Det samme samfunn er og parallelt med dette basert på solidaritetstanken, omsorgstanken og likeverdigheten som manifesterer grunn tanker.

## Utdannelsen

Det kan skyldes egenskaper ved utdannelsen - en utdanning med lange tradisjoner, med kontinuitet og ansvar. Tradisjoner bærer med seg trygghet i overleveringer, og styrke ligger og i kontinuiteten. Det bærer med seg et sterkt fundament å forankre seg i, samtidig som det er en trygg plattform å gå ut fra. Det kan være en syntese av kollektive erfaringer og verdivalg som har vist seg å gjennomleve ytre forandringer og overleve i ulike



# glig-ingen fordommer

faser og er en sammensmelting av små fragmenter av menneskeforstand til et større hele. Samtidig og som det føles trygt å sette lyset på de enkelte fasetter og se at diamantens skinn er satt sammen av små individuelle områder. Utdannelsens innhold er grunnlaget for forventning om utført gjerning. Innholdet er mangfoldig. Først og fremst faglige kunnskaper, for på det bygger all videre virksomhet. Innholdet spenner over det mikroskopiske og makroskopiske. Vi blir kjent med store kroppsdelar utifra både en mekanisk, biologisk, fysiologisk og kjemisk modell. Forsøksvis fordypes det i sjelens og sinnets irrganger. Det som kanskje forsommes er systemtenkning og helhetstenkning og vektlegging på at begge armene tilhører samme kropp og at kroppen ikke hadde eksistert uten sjel. Sjelen kan ikke leve uten erfaring, og erfaring kan ikke unngå å merke både kropp og sjel. En båt i storm har fått testet sin sjødyktighet og vet at den flyter selv om masten er brukket, seilet revnet og gallionsfiguren forsvunnet. Dette er mer verdifull erfaring enn å stå blankpolert i en monter, og vi må ikke undervurdere disse erfaringene og se oss blinde på blankpolerte skrog. Kanskje vi skulle respektere vrakgodset for hva det har opplevd i tillegg til hva det er og legge disse to dimensjonene sammen.

## Pasienterfaringer

At pasienten befinner seg vel foran treenigheten kan skyldes pasienten og hans omgivelser tidligere erfaringer. Erfaringer med andre mennesker og helsevesen og leger. Pasientens erfaring med andre mennesker er med å gi det tillit eller mistillit, trygghet eller utrygghet. Det er

med på å skape en hjelpesøkende eller en hjelpeavvergende person, et selvstendig eller uselvstendig individ. Pasientens erfaring med sykdom er viktig. Har han lidd mye? Har funksjonsevnen psykisk og fysisk vært intakt? Har pasienten erfart tidligere at leger gir gode medisiner, kloke råd og tungtveiende avgjørelser slik at det faller lett å overgi seg domstolen?

## Samfunnet

Samfunnet har gitt leger makt i kraft av sin utdanning og tradisjon til å bestemme over behandling, ikke-behandling, sykemelding, medisinforordning. Vi er gitt rådgivningsrett og vurderingsansvar i trykkesaker og attestskrivning. Samfunnet har gitt legene uklare uskrevne fullmakter til å bestemme over viktige deler av medmenneskers liv samtidig som våre allmenne råd i kraft av vår posisjon blir lagt svært stor vekt på i enkelte tilfeller.

I en daglig praksissituasjon står vi oppi faglige etiske og moralske valg flere ganger hver dag. Disse våre valg støtter seg på vår erfaringsbakgrunn, utdanning, moralske og religiøse syn, - men blir ofte presentert som objektive sannheter. Sammenblanding av fag og moral er vanskelig å unngå, og skal nødvendigvis ikke alltid unngås så lenge vi er klar over hva vi gjør og hva som er hva. I en hektisk praksissituasjon er det ofte vanskelig å se hva vi gjør og hvorfor vi gjør det vi gjør, og det er ikke alltid nødvendig å ha dette aspektet forrest i hukommelsen. Enkle problemer får man ofte gode rutiner i: infeksjonsbehandling, syng av kutt, kontroll av gravide er eksempler på slike. Vi skal ikke bevege oss langt utenfor disse områdene før våre

råd og anvisninger blir mindre entydige. Nakke/skuldermyalgier - skal pasienten sykmeldes eller bør hun gå på jobb. Vår vurdering avhenger ikke bare av hva vi har erfart pasienten blir best av, hva som gir fortest smertelindring og minst funksjonsnedsetting, men og av hva vi synes folk bør tåle. Hvor vi synes grensen for sykmelding bør gå og hva vi synes vi kan forlange av folk. Noen av oss mener at det å stå på til vi stuper er det riktigste i livet, andre mener man skal være mer overbærende og vente mindre av seg selv.

Nakke/skuldermyalgier inneholder foruten en mekanisk slitasjekomponent og en psykisk komponent. Vi har tatt oss sammen, krummet hals og heist skuldrene til ørene og gått løs på livet. Denne rustningen trenger pasienten, og hva skal vi stille opp med for pasienten hvis vi tar den bort? Kanskje smertene kommer av en vanskelig hjemmesituasjon. Hun har sin urimelige svigermor i pleie hjemme. Skal hun ta hensyn til sine skuldre og sende henne på pleiehjem, eller skal hun ta hensyn til at svigermor vil visne bort på pleiehjemmet og slite med de vonde skuldrene? Vi som leger legger ofte press på pasienten til å ta slike vanskelige avgjørelser, og da er disse farget av vår kultur og moral, og ikke av rent faglige vurderinger. I vår kultur nå er tendensen til at den myalgiske kvinnen bør få slippe byrden med svigermor og støtte henne på at det er riktig av henne å ta hensyn til sitt eget liv. For få år, siden eller i en annen kultur, ville det eneste riktige være å ta hensyn til gamle svigermor, slette ut seg selv, tie og tåle og gi de gamle en verdig slutt og beholde sin autonomi og makt til det siste. ▶

NYHET

# WELLCOPRIM® 300 mg

(TRIMETOPRIM)

1 TABLETT  
OM KVELDEN  
VED AKUTT UVI



## C Wellcoprim «Wellcome»

### Antibiotikum

**TABLETTER 300 mg:** Hver tablett inneh.: Trimetoprim 300 mg, constit. q.s.  
**Egenskaper:** *Klassifisering:* Antibakterielt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av konsentrasjon og følsomhet. *Virkningsmekanisme:* Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. *Absorpsjon:* Hurtig og nesten fullstendig. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammer vann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. *Halveringstid:* Ca. 11 timer. *Utskillelse:* Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. *Overgang i placenta:*

*Passerer. Overgang i morsmelk:* Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

**Indikasjoner:** Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.

**Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever- og nyresvikt. Folsyremangel. Vitamin B<sub>12</sub>-mangel.

**Bivirkninger:** *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).

**Forsiktighetsregler:** Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. *Graviditet:* Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.

**Dosering:** *Akutt urinveisinfeksjon: Voksne:* 300 mg (1 tablett) om kvelden. *Barn 6-12 år:* En halv tablett om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.

**Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Kvalme, brekninger. *Behandling:* Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseres ved hemodialyse.

**Andre opplysninger:** Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk piktratagens nyttes. (Trimetoprim senker fenylalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjonstester.)

**Pakninger og priser:** 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

**The Wellcome Foundation Ltd**  
Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf. (02) 53 73 30



Mens vi snakker om eldreomsorgen. Vi er med og bestemmer hvem som skal få hjemmehjelp og hvem som skal på dagsenter. I hvilke hjem skal hjemmesykepleier settes inn og familien avlastes og fritas, og i hvilket hjem hovedvekten av byrden skal legges på familien. Vi sender søknader og gjør våre anbefalinger, men de kan bygge like mye på vår oppfatning av hvem som er verdig trengende og hvem som bør ta sin del av byrden.

Når det gjelder det rent medisinske tilbud til de eldre er det lettere å la det regne på både presten og på klokkeren. Blodtrykksbehandling og hoftopera-sjoner kan standardiseres og skjematiseres, skjønt når det gjelder hofter er det nå sikkert at vår utsettelse av tilbud til den fete og late pasienten grunner seg på ren medisinsk underbyggelse og at slankheten og trimmingen gir så mye bedre resultat. Kan det ikke og bare være ergrelse over alt for mye overvekt og dorskhet som flommer over. Fikk pasienten tilbud om operasjon først, ville kanskje aktivitet komme etter og livsgleden ved å slippe smerter ville gjøre det slutt på både trøstespisingen og grinebitingen og manglende trening.

Apropos trening: Mosjon, jogging, helsestudio, svømming, aerobic, vekker udelte begeistring og blide nikk hos legestanden. Kan man vise til et treningsopplegg, kan man få sympati for allverdens diffuse mer eller mindre bagatellmessige klager og plager. Leddbånd, kne, skuldre og rygg må til enhver tid være tipp topp og yte maksimum. Man har investert timer, penger og krefter i kroppen, og venter lojalitet tilbake. Lojaliteten i form av ytelse, forbedringer, evig ungdom og velvære. Det at man har trent er inngangsporten til mange stengte helsevesendører og gir fortrinnsrett i mange køer. Fotballspillere, skiløpere, joggere og stupere er selvfølgelig hele samfunnet interessert i skal være lytefrie og ytelsesfulle. Gamle damer med gonarthrose viker gladelig plassen for A-lags fotballspillere med meniskskader. Barn med kronisk nesetetthet ofrer sin plass hos øre-nese-halslegen for at ikke stuperen må stå over treningen, og jeg hørte en eliteidrettsjente som fikk smerter etter maksimal belastning etter lengre tid, men var ubesvært i vanlig aktivitet under intervju henvise til sine professorer og overleger hvor hun fikk behandling uten å måtte stå på venteliste. Det var synd jeg ikke fikk navnet på de herrer og

professorer, da jeg har flere pasienter jeg kunne tenke meg å henvise der, slik at de slapp å stå i to-tre år på venteliste ved Sentralsykehuset. Og disse pasientene var i tillegg besvært både i hvile og i arbeid.

## Sykmeldinger

er et av våre siste maktmidler, og der har vi hjelp av trygdeverket til å tukte pasientene. En som aldri i sitt 40-årige arbeidsliv har vært sykmeldt, får en ukens sykmelding for hodepine, men en som er sykmeldt for en måned siden for mavesmerter, må til takk gå en måned til med hodepine før sykemelding kommer på tale. Hva slags medisinske vurderinger er dette? Kanskje en riktig moralsk vurdering - men medisinsk?? For ikke å snakke om uføretrygd. Svært mange uføretssaker er sammensatte vurderingssaker, der ulike fasetter belyses. Søkerens familiære og sosiale kontekst, hans yrkeskarriere, yrkesmuligheter, samfunnsforhold og verdighet bestemmer i høy grad utfallet selv om bare rent medisinske forhold skal ligge til grunn. Vi beskriver vel ubevisst mer malerisk og med større innlevelse de nedslitte hvirvlene til en utslitt industriarbeider enn fasettskadene til en 30 år gammel gulvlegger med bilmekking som hobby. Dette kan man si er ut fra en antatt sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk vurdering. Arbeidsledighetsproblematikken sniker seg og inn i bakhodet. Har industriarbeideren snekke og kolonihage og får i våre øyne en meningsfylt tilværelse, blir beskrivelsen av smertene og slitet enda mer blomstrende. Har man mistanke om at den økende lediggangen vil brukes til roten til alt øndt, nemlig alkoholen, setter man alt inn på attføring og arbeidstreningstiltak, selv om de to søkerne hadde identisk rygg. Hensikten helliger middelet, og middelet er målet.

## Medisineringen

følger da objektive lover hva angår indikasjoner og dosering? Å nei da. Man må foreta verdivalg for hver pille. Analgetika skrives restriktivt ut, man må ha svært mye vondt av en arbar lidelse og være et troverdig menneske for å få gruppe B preparat. Og går man over til vane-dannende medisiner, er det vi som vurderer hvem som har svak vilje og hvor grensen går mellom vaner og uvaner. Hvor mye vi selv tåler å ligge nattevåken er med på å bestemme hvem som skal få sovemedisin, og når det gjelder sovemedisin til skrikende små-

barn, vurderes dette på bakgrunn av når vi sist hadde våkenetter og hvordan vi opplevde det. Samtidig taes med i betraktning om foreldrene er en god mor og god far og hvordan vi synes de takler de øvrige av dagliglivets problemer.

Barnevernsaker er de vanskeligste og mest følelsesladete sakene i barn/foreldre relasjon, og det kan i slike saker være svært vanskelig å holde hodet kaldt og hjertet varmt. Hvem skal ofres, kvinnen eller barnet, og i hvilke av disse tilfellene blir begge ofret? Før det har kommet så langt, er mange tunge trappetrinn gått både opp og ned. Vi har anbefalt barnehage, støttekontakt, arbeidstiltak og boligbytte ut fra hva vi mente var best bygget på vår verdinorm og eraring. Disse valg gjør vi på bakgrunn av hvordan vi har opplevd barnehage og arbeid, boligstandard og vennskap og gjennom livets faser dannes det allianser og leire, sympatier og anti-patier. Utmattelsesfasen er og ofte vond og langdryg.

Abortproblematikken har vel leserne undret seg over at jeg ikke har kommet inn på. Abortproblematikken som er et av de viktigste medisinske etiske spørsmål i vår tid. Nei, det er overhodet ikke glemt, bare utelatt. Ikke fordi det ikke er viktig eller det viktigste, men fordi vi i en slik situasjon er overbevist om at vi befinner oss i et moralsk etisk og religiøst drama og ikke unnlater å ta dette med i vår medisinske sosialmedisinske vurdering. Jeg vil heller legge vekt på enkelte sider i vår virksomhet hvor vi ikke har dette så klart for oss.

## Livssituasjoner

Vi kan bli ofte både rørt og oppgitt over alle livets faser og fasetter vi blir bedt om å ta stilling til. Det kan synes underlig alle problemer mennesker kommer til legen med, skjønt hvor skulle de ellers gå. Vi blir spurt om de burde få barn tett eller med mellomrom. Vi skal ta stilling til om de bør få barn etterat de er 40 år. Ekteskapskonflikter blir vi bedt om å ta parti i. Skal man bruke prevensjon eller skal vi ikke bruke prevensjon, og hva slags prevensjon skal vi eventuelt bruke. Hvem skal ta ansvaret, mannen eller kvinnen. Hvilket yrke skal jeg velge, kan jeg bli det jeg vil med min eksem og min asthma, tåler ryggen min at jeg blir frisør, og er jeg for gammel til å omskoleres. For gammel i for-

hold til hva, til arbeidslivet, til å prøve å få realisert en drøm eller for gammel til å klare det. Spørsmål og problemer som egentlig ikke hører direkte under vårt fagområde alltid, men som er med på å krydre tilværelsen og som det er riktig å ha en ydmyk holdning overfor.

### Konklusjon

Vi kan hjelpe pasientene til å ta sine egne valg ved å lytte og interessere oss for hans vurderinger. Ved å gi av vår tid og taushet, innlevelse uten styringstrang. Dette er klare prinsipper innen psykiatri og oftest rådende prinsipper innen almenmedisin. Og det er ikke her på disse punkter jeg vil sette søkelyset, men på alle de valg og vurderinger vi tar der vi ikke er disse bevisst. Skal da den almenmedisinske hverdag bestå av nevrotisk tvilende leger, handlingslammet, ute av stand til å ta avgjørelser. Skal de være maktesløse overfor verdispøkelset, skjelvende overfor de store moralske avgjørelsene, eller skal man nekte å ta avgjørelser og å gi uttalelser. Aldri tone flagg eller stille seg til skue, alltid bare være uanngripelig sphinxer.

Det er klart at man kan hjelpe pasienten til å ta sine egne valg ved å lytte og interessere oss for hans vurderinger ved å gi av tid og taushet, innlevelse uten styringstrang. Klare prinsipper innen psykiatri og oftest rådende prinsipper innen almenmedisin. Og det er ikke her på disse situasjonene jeg vil sette søkelyset, men på alle de valg og vurderinger vi tar der vi ikke er disse aspekter bevisst. Der disse ting ligger begravet under hverdagens støv og slitets aske. Det er da vi må ta frem støvkosten og bokstavelig talt feie for vår egen dør og se hvem og hva som bor der. Kjenner vi den som bor der kan vi ta ham med i beregningene og gjøre regning med ham etterhvert. Og å skrive en artikkel som denne er en måte å prøve å bli bedre kjent med ham på.



Bidrag til Utpostens essaykonkurranse

# Lek me

Berit Tveit   
Fyllingsdalen

### Tentativ diagnose: kollektiv depresjon

Det er så lett å avfeie den klagende legen med "Du er ikke syk. Du har bare mistet en illusjon, - Legens Kall til å Hjelpe, kanskje." Men sangen har noen dype sørgmodige undertoner, og jeg har hørt dem før fra andre. Jeg føler meg usikker og redd. Men bak meg står min gamle overlege og sier det samme som før: "Det som gjør deg til lege er ikke det du gjør, men det som foregår inni der" - og så føles det som om han gir hodet mitt to kjappe perkusjoner, og -også som før - lurur JEG på om det er noe "inni der".

Tja. Hvis det er noe, er det både årsak til min angst, og en mulig fordel. For det første: Jeg har ingen illusjoner om leger. De er ikke tapt! Jeg har aldri hatt noen. Jeg har kjent for mange leger, fått se dem fra for mange synsvinkler. Legene er det de ser ut til å være: Alminnelige mennesker, med normal variasjonsbredde hva de fleste menneskelige egenskaper angår.

For det andre: Jeg har ingen objektivitet. Jeg er like engstelig på egne vegne som på mine kollegers. Men med disse forutsetninger mener jeg å ha sett noe som er vanskelig å måle:

Legene hadde en gnist i seg, av nysgjerrighet og livsappetitt. Intet problem var for stort eller for lite:

- Har ungen puttet åtte teskjeer ned på en melkeflaske? Hva med en korntang?

### Tillegnet: Overlege Bjørn Knutsen

Livet har mulighet for gleder uten tall. Den største av dem alle er å kunne når man skal.

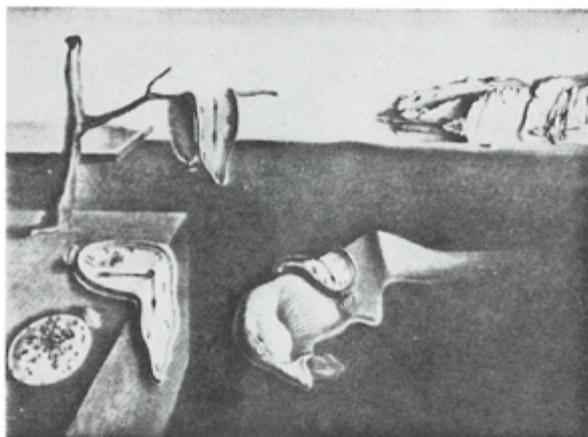
Piet Hein.

### Klagesang fra en utbrent lege:

Alle sier noe om oss, mener noe.  
"Interessant, sier de, og mener  
"Du har makt."  
"Høytlønnsyrke" sier de, og mener  
"Du leker krig  
med våre liv."  
Hvorfor kan de ikke si hva de mener  
eller mene det de sier?  
Jeg vil jo bare lytte, hjelpe,  
løse deres problem.  
Men de vil ikke si hva de vet  
om seg eller om meg.  
De bare stiller opp et trolldans  
hvor jeg ser to dumme doktre,  
ingen lege.  
Og hvor er jeg?  
Jeg vet ikke lenger  
mer enn at jeg er en  
og det er ikke statistisk signifikant.

### Marsjsang for politikere og byråkrater:

Helse for alle, og en huslege attpå,  
bare vi får styre litt mer.



- Kjøre seg fast i snøen? Her er spaden, jeg spar.

- Hvordan stoppe tuberkulosen? Lag noen lover, skap tester, prøv en vaksine!

"Jeg ser ingen problemer - bare oppgaver."

Årsaken kan være i oss fra før. Vi valgte å studere medisin, tross advarsler og viten om "det lange lerret som skal blekes". Det kan også hende at medisinen selv forsterket våre egenskaper, med å gi oss mål og mening i livet, og metoder som virkelig kan løse oppgaver.

Men nå? Legene går langsommere enn før, og sleper på en tung bær av statistikk, fremmedord og litteraturlister. De har vondt i magen før vakt, og kaffekoppen skjelver på skålen. Overfor en ny sykdom sniker de seg langs veggene og sender ut vage, høflige oppfordringer (Jo, jeg tenker på AIDS).

Møter som før var skikkelige verbale fotballkamper, de ligner nå mest på pliktbesøk hos bestemor. Bare de helt unge og de helt gamle våger å motsi henne.

Dette har jeg sett. Det ligner betenkelig på en kollektiv depresjon. Noen snakker om "utbrenthet". Tor Jacob Moe sa i en forelesning: "Vi er oppdratt til å prestere. Når vi blir trette, stivner tankene våre, og vi forsøker reflektorisk å prestere ennå mer. Og ender med å bli utbrent".

Trette? Har vi noen grunn til å være det? Aldri før har legene hatt så kort arbeidstid, så trygg økonomi, så mange hjelpere og arbeidssparende teknikker. Men det er vanlig å føle seg trett ved depresjon, og selve hovedsymptomet er jo senket grunnstem-

ning, - at livsgleden blir borte.

Kanskje det er formastelig å stille en slik diagnose, når vårt stemningsleie "bare" er sunket til våre pasienters gjennomsnittlige nivå? Jeg syns ikke det, og finner støtte hos Adam Egede Nissen (1): " - bare en glad og tilfreds lege kan ha den harmoni og ro som skal til for å skape en givende konsultasjonsatmosfære".

Hvorfor gikk vår glede bort? Byråkrati, krav fra pasienter, mas fra media - STOPP! Jeg er da lege, og burde vite bedre. Tentativ diagnose er ikke grunnlag for å anta noe om årsaker, ennå mindre for behandling. Dette er ikke ø.h.j. Jeg kan lete etter flere fakta først.

### **Aræ medica in observationibus**

Min overlege gikk visitt med hale. Jeg gikk stolt bakerst. Selv sommervikarierende studenter ble kalt doktor der i huset. Plutselig ble jeg ropt fram. Overlegen pekte på pasienten og forlangte en utredning.

Jeg stammet frem noe om hjertesvikt. Overlegen fnyste, og sa: "Ikke fortell meg hva du tror pasienten feiler. Beskriv hva du ser".

Jeg glodde - men plutselig kunne jeg se, og fortelle: "Hviledypne. Leppcyanose. Hevelse i venstre fosse supraclavicularis. Utvidede vener på venstre side av thorax".

"Jaha, ja. Nei! Du får ikke røre pasienten ennå. Diagnosen kan stilles herfra." Med fortvilelse lette jeg i mine kunnskaper, og ante at maset om detaljer hadde gode grunner. Overlegen ventet tålmodig.

"Stuvning - kollateraler - noe

hindrer lymfe-vene-drenasje inne i thorax? Men hvorfor bare venstre side- vena cava-. Å. Den deler seg jo. Hindringen må sitte langt oppe på venstre side?" "Mmm. Nå kan du palpere." Midt i min lykke over å finne dempning nedenfor sternoclavicularleddet, møtte jeg pasientens øyne. Der var dyp angst. Men hun smilte til meg, og hvisket hest: "Du fant det ut, du også."

Mens jeg svelget av rørelse, kom jeg på hvorfor hun var hes. Jeg sa "Recurrrens" til overlegen. Han nikket. Så gikk vi videre.

Når jeg husker denne historien så godt, er det nok fordi den har vært min livbøye og mitt kompass: "Du har kunnet tenke klart en gang" - "Beskriv hva du ser, så har du noe å tenke på."

De disharmoniske decibel fra "alle andre", omhyggelig gjengitt i massemedia, ga meg en følelse av at jeg ikke lenger hadde noe å tenke med. Jeg la kabal isteden. "Ett og ett kort, noen åpne, noen skjulte. Flytt treer og dame, men kongen går ikke, for du har ikke kongeplass".

En tanke kom svevende forbi: "Hva er forskjellen mellom kabalen og den gamle historien?" Jeg prøvde å le den vekk, men det gikk ikke. For begge deler oppleves av meg som spennende, interessante, og - det er såvidt jeg tør si det: Morsomme. Begge kan - muligens - løses ved systematisk å skaffe seg oversikt over mulighetene, og få frem skjulte fakta. Jeg prøvde meg med "livløse kort" og "levende mennesker", men det gikk ikke, det heller. Riktignok var vi sammen en tur i angstens hav, pasienten og jeg. Men kalde svømmeturer hører til i medisinsens mangfoldige spill. Øyekontakt kan gi mye informasjon. Jeg måtte medgi både stolthet og glede over å ha klart også den delen. Kanskje de har rett, de som sier og mener: "Du har et spennende yrke. Du leker krig med våre liv" Misunner de oss det?

En kollega kom sent til lunsj, og jamret: "Hvorfor undersøker jeg pasientene - jeg finner så mye!" Jeg har hittil funnet: Tegn på kollektiv depresjon hos en gruppe alminnelige, men velutdannede og ressurssterke mennesker. De har bare sitt fag felles. En rimelig hypotese er da at årsaken finnes der. I faget selv, i forholdet til pasientene, kollegene - eller er det leken som hindres?

For medisin ligner et spill. Vi

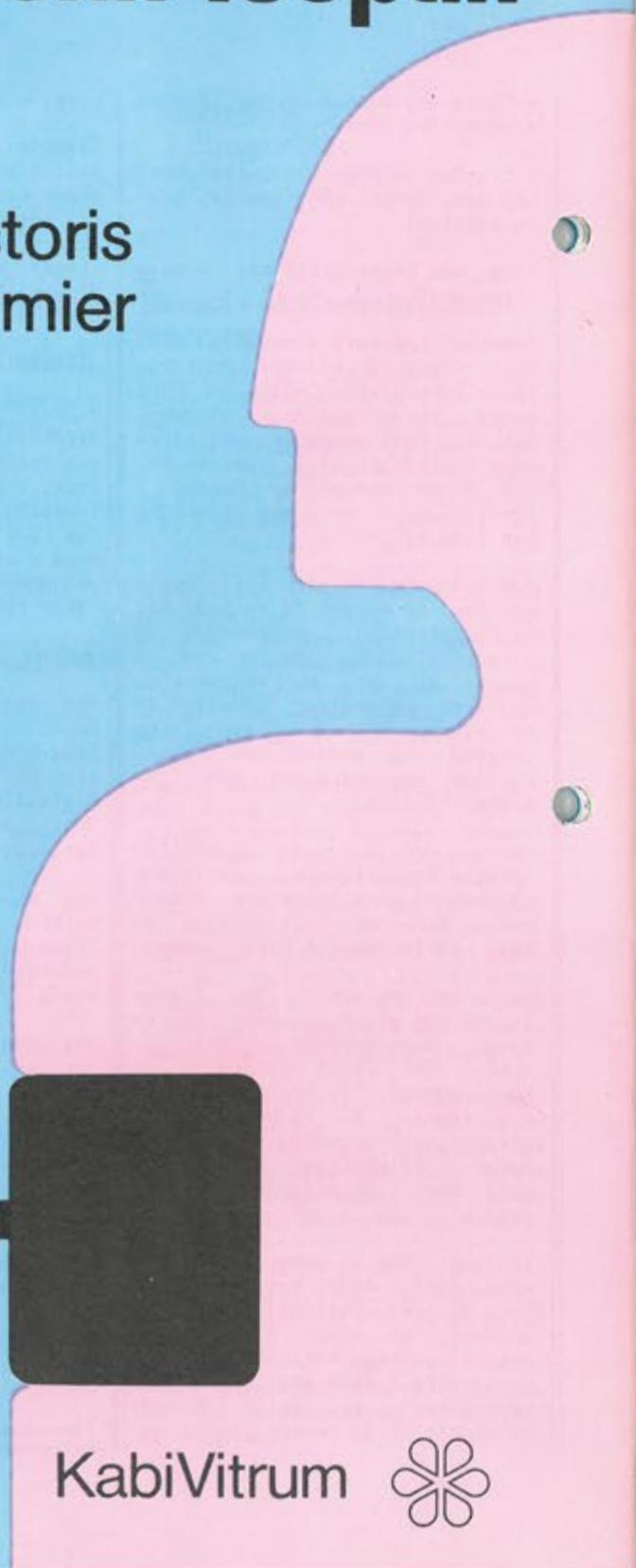
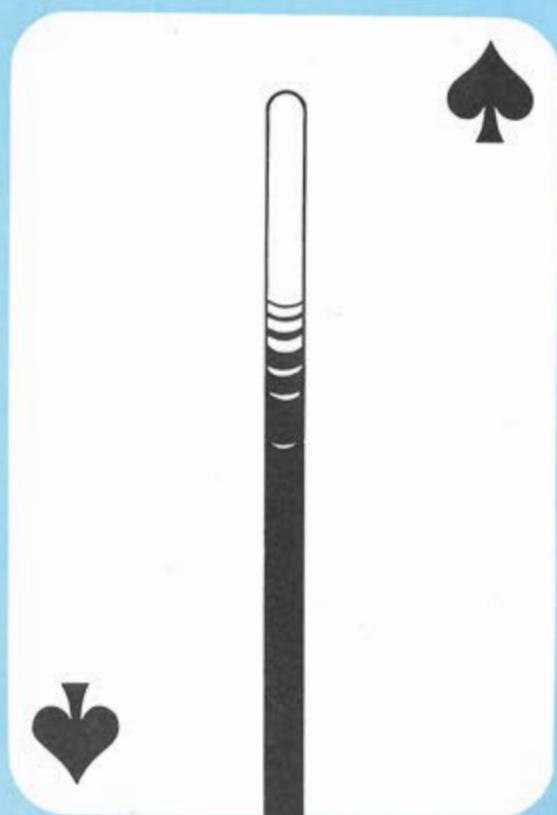
# Geangin<sup>®</sup>

verapamil

**40% lavere pris enn Isoptin**

Indikasjoner:

Hypertensjon, angina pectoris  
og supraventrikulære arytmier



KabiVitrum





makter en oppgave på grensen av min yteevne, da vet jeg hva lykkes er. Hva er dine spill? Se etter - fyller de kriteriene?

### Når arbeidet går som en lek -

Mange former for menneskelig virksomhet har spilllets preg, selv når vi kaller dem arbeid. F.eks.: Fiske, jakt, jordbruk, hagestell - båter, fly, biler - vitenskap, kunst, håndverk, barnestell - og medisin med tilgrensende fag. Grensen går ikke mellom arbeid med teknikk og arbeid med natur (inklusive mennesker), men i mulighetene for selv-valg og spillerom innenfor en ramme. Til og med gulvvask kan være spennende - hvis jeg kan leke litt med måter å gjøre det på, og nyter resultatet.

Den økonomiske lønnsomheten er varierende, og grensen mellom hobby, yrke og kunst kan være flytende. Det er en påfallende likhet mellom endel av disse yrkesutøverne og ivrige spillere. De trener og jobber og sliter, langt ut over alle arbeidsmiljøgrenser, og klager i høye toner over tretthet, fåle motspillere, masete pasienter osv. osv. - men slutte? Å neida!

De siste årene har vi likevel fått flukt fra noen yrker med sterkt preg av spill, de fleste i offentlig tjeneste: Politi, ingeniører, dommere, lærere. Mye har vært sagt om lønn i den forbindelse. Vel, - hvis jeg kan få et like spennende arbeid for bedre betaling, da skulle jeg være bra dum om jeg ikke tok det.

Men jeg mistenker at noe i selve deres yrkesspill har forandret seg, og at det samme er tilfelle for legene.

### Drøfting av mulige årsaksfaktorer til kollektiv depresjon hos leger

Legenes plager har vært gradvis økende de siste 20-30 år. Forandringer i sykdomspanorama og teknikk skulle bety lite. Vi har hatt større omveltninger før, og er bare blitt oppmuntret av det. Rammen er den samme: Konsultasjonen. Spillereglene har vært de samme siden Hippokrates: Medisinsk etikk, Ars medica in observationibus, Nil nocere, Salus ægroti suprema lex, "Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste".

Risikoen er mindre, både for at pasientene dør i utide og for økonomisk katastrofe ved egen sykdom. Premien får vi, nå som

før, ved selvros, kollegial anerkjennelse og friske pasienter. Taknemlighet har aldri vært noe å strebe etter.

Forholdet til pasientene er heller ikke grunnleggende endret. Deres forventninger har bare forandret seg i takt med våre egne.

Når vi tenker på at de er syke "satt ut av spill" - og vi kommer der med en uforskammet høy livs- og arbeidsglede, og attpåtil har makt, da viser pasientene faktisk ganske lite misunnelse og aggressjon.

Misunnelsen gnager nok mer når de er friske. Det er ikke mange i et samfunn som kan oppnå våre fordeler: Status, makt, frihet, - og et yrke som i seg selv er et spennende spill. Og så tjener vi nok til å skaffe oss kostbare leker i tillegg. Svært mange jobber hardt etter andres ordre, og kommer hjem så slitne at en øl til Detektimen er det eneste de orker. Likevel: Forskjellen og misunnelsen var nok større før.

Noen kolleger spiller "Jeg er sjefen", til stor frustrasjon både for pasienter og kolleger. Men de fleste nyter samspillet gleder, og misunnelsens gift fordamper. Men dette er heller ikke nytt.

Lønnen er blitt lavere i forhold til andre yrkesgrupper. Det har vi hittil tatt nokså filosofisk, og de depressive symptomer har ingen sammenheng med legens lønnsnivå.

I 1967 ble almenmedisinernes symptomer beskrevet slik (3): "Utbredt rømningstendens, hjerteinfarkter og glefs i telefonen. - Når man ved slutten av hver kontortid har en vel begrunnet avsky for seg selv, varer det ikke lenge før man ønsker seg papir og reagensglass å stelle med. De ser iallfall ikke så ulykkelige ut hvis man gjør noe galt". Da var nok antall pasienter den største påkjenningen. Ved innføringen av Folketrygd for alle i 1956 fikk flere råd til å søke lege. Når en kontordame tjente 500 kroner måneden, og en "grundig undersøkelse med prøver" kostet 50 kroner, betydde det ikke så helt lite at prisen gikk ned til 7- sju- kroner. Da gikk det å gå til lege med sin fluor.

Men i sitatet står: "Rømingstendens". Nå rømmer ingeniører og politifolk. Vi gjorde det - men nå har vi ikke lenger så mange steder å rømme til.

"Legeoverskudd" er likevel et ord som bare skremmer de helt unge.



Vi andre ser mange og store uløste oppgaver som vi gjerne vil gå løs på, og som pasientene formelig tigger om. Så stoppes vi, av noe nytt og plagsomt: Budsjetter, planer, regulering - alt i henhold til lover og forskrifter. Vi har møtt veggen.

Noe annet nytt er massemedias forhold til legene. Et underlig hat/kjærlighetsforhold. Jeg undres hva ishockey- eller fotballspillere ville si, hvis de ble utsatt for slike mengder av anonyme anklager. Massemedia sier mye klokt også. Men vi føler oss ofte som barn som blir slått på det ene kinnet og klappet på det andre, for samme lek. Og massemedia har makt. Det er som å møte en vegg til.

To vegger, og vi har ikke noe sted å flykte. Vi føler oss klemt opp i et hjørne - uten spillerom. Slikt er - deprimerende.

### Fire spill på samme bane går ikke

Jeg synes hele situasjonen ligner en kollisjon mellom barn som vil leke på samme sted. Politikerne og byråkratene tegner sine paradiseruter og hopper rundt med papir. Legene forlanger å få løpe hvor som helst når som helst, for det er der pasientene er. Lovgiverne går "rett fram, samme hva vi støter på". Massemedia springer i veien for alle og sladrer til alle om alt.

Da er det stor fare for slagsmål.

Foreløpig sitter legene og sutrer i sitt hjørne, og overlater til massemedia å si det de selv ville sagt før: "Spørsmålet er om vi kan godta den ansvarsløsheten som ligger i at vi ikke bruker de midler vi har til å få faren erkjent" (Om tester for narkotika og AIDS) (4).

En skremmende flygetanke: Jeg husker krigen. Tyskerne elsket orden, og ga forordninger. De lot seg erte av røde luer, og konfiskerte dem. Da gikk vi barhodet - og så var det også galt. Vi fros litt på hodet, men var meget fornøyd med oss selv: Vi vant det spillet. Tanken er skremmende, fordi følelsene var så sterke: Raseri, innbitt motstandsvilje, skadefro triumf. En ond form for glede.

Lov om helsetjeneste i kommunene sier: "En lege ansatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten". Alt før loven trådte i kraft, jamret legene "Dette blir kollega i

knipe!" I vårt spill skal intet menneskelig være oss fremmed, og vi så at helsesjefene kunne komme i samme situasjon som de tyske soldatene, og bli utsatt for de samme følelser. Da ville de også bli deprimeret.

Medisinspillet's fornemste regel er at vi skal kunne møte hvasomhelst når som helst, med åpne øyne. "Snu de skjulte kortene" - teste alle kombinasjoner, også dem som er utenom alle andre menneskelige lover og regler.

Klarer vi å komme frem fra hjørnet og kikke på de andre: Hva slag spill driver de med?

Fins muligheter for å jenke noe til, så vi kan få spillerom nok igjen?

### Hva liker politikere og byråkrater?

Deres ramme er lover, forskrifter og budsjetter. De liker å lage dem, nynner tilfreds når de klarer å få virkeligheten til å passe inn i rammen, og sørger dypt over underskudd.

Jeg har hørt at noen fikk beskjed en dag om at "Det er noe igjen på inventarkonto - hva vil dere ha av nytt?" - og dagen etter: "Ikke kjøp så store porsjoner! Rabatt??? Det er ikke nok igjen på driftskonto!" Det kan være en vandrehistorie, selv om fortelleren så svært forvirret ut.

Men å se gode byråkrater og politikere i virksomhet er en glede. Deres spill kan være både elegant og effektivt, og de har - tross alle vansker menneskene stiller til - klart å holde enslags orden i våre samfunn helt fra Hammurabis tid. De eldste bevarte skrifter angår skatter, avgifter og offentlige utgifter.

Politikere og byråkrater kalles ofte maktglade. Jeg tror heller de liker å styre. Her er viktig nyansforskjell: "Å ville bestemme" er noe annet enn "Å lede en prosess mot et ønsket resultat". Mange av dem er klar over sin dobbeltrolle: De er satt til å styre over menneskene - men ikke bare for sin egen fornøyleskyld.

Legenes tilsynelatende uryddige spill må virke svært furstrerende, ikke minst når de løper avsted med halvparten av de høyt elskede budsjetter, og blir sure når byråkraten ber om regnskap.

### Hva morer massemedia?

Mediafolk liker å fortelle

historier. Deres nysgjerrighet har ingen grenser, og deres lykke er en signert artikkel/program. Å bli sitert/kommentert/kritisert er også herlig.

Media-yrker ligner noe på medisin. De skal også kunne møte hvasomhelst hvor som helst, vurdere og referere. En avis har samme spennvidde som en leges kontordag.

Av og til sårer de medmennesker med sin "skudd". De er ikke stort gladere for det, enn legene er for å måtte palpere seg frem til hvor smerte er verst. Men det må noen personglimt til, for å få leserne til å oppfatte de ledsagende fakta.

Det er meget vanskelig for dem å forstå dybden i vår taushetsplikt, og hvorfor vi misliker publisitet. Da kan de lett komme opp med frustrasjon: "De f-e medisinerne sitter på så mye godt stoff, og vil ikke ut med det!"

### Lovgiverens fornøyelse

I en lov er hvert ord veiet hundre ganger, pusset som en Kongepokal - og ofte mer verdt. Alle menneskenes mulige påfunn bør kunne gjenspeiles i paragrafene. "Bør" - ikke "skal". Jeg har visst lært noe om juridisk presisjon. "Skal" er her en umulighet.

De som laget "Lov om leger" hadde sans for medisinske problemer. Kap III (Om legers plikter), §25: "En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig. Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp". Paragrafen gjorde meg glad. Jeg er ikke forpliktet til å gjøre noe mer enn mitt beste, overfor mine pasienter.

Loven om helsetjeneste i kommunene er atskillig mer bastant og krevende. "Enhver har rett til -" og "Kommunen skal -" uten noesomhelst forbehold. Kanskje både leger og kommuner maste litt mye for å få en lov, så lovgiverne ikke fikk leke i fred med sin paragraf-pussing? Konsekvensene er iallefall noe bedrøvelige, og neppe tilsiktet fra lovgivernes side.

### Front- til front-kollisjon

Kommunene fikk ansvar for et spill de ikke kan, og legene nekter bestemt å gjøre forandringer i det. Begge trodde om hverandre at de var alminnelige fornuftige mennesker med respekt

for trafikkregler. Men trafikk er et helt annet spill, og fornuften tar ferie hos alle når deres spill trues. Sagt om fotball: "Det gjelder ikke livet. Det er mye verre."

Sykehistorien består av en mengde detaljer over lang tid. Som når legene sier: "Pasientene blir ikke syke etter noe system. Effektivitet er avhengig av elastisitet." Byråkratene ser olmt på legene, tenker på sine egne ubetalte overtidstimer for å overholde budsjettfristen, og spør: "Vil dere ha overtid eller vil dere ikke?" - "Ja takk", sier legene. Og så er vi like langt.

### Om å løfte seg selv etter håret

I kriteriene for spill er ordet "Jeg" av stor betydning. Jeg velger spill. Jeg velger fremgangsmåte der spillereglene tillater det. Jeg tar sjansene, jeg gleder meg eller sørger over resultatet. "Samarbeid" er ofte et spill i spillet, med "Fair play" som nøkkelord. Jeg-du-vi.

Etter en periode med megalomani (f.eks. tro på at dobbelt så stor bedrift blir dobbelt så lønnsom og rasjonell) er mange bedrifter blitt normale igjen. Nå bruker de store summer på å gjenskape gamle dagers "verksted-stemming": Små enheter med mester, svenner og læregutter sammen om å følge prosessen fra råmateriale til produkt. Roboter overtar de kjedelige jobbene - der hvor "homo ludens" blir farlig, fordi han kjeder seg og begynner å leke: "Klarer det seg med to tak på skruen, selv om reglementet sier fire?"

Selvevaluering, selvstyring og gruppedynamikk er moteord. Plakatene sier ikke lenger: "Forbudt å spise her", men: "Din innsats betyr noe."

Legene virrer rundt i sykehuslabyrinter, eller går i depresjon over å bli satt til veggs av byråkrater med lov i hånd. De ser lengselsfullt mot bedriftene, og syns det er trist at det ikke trengs mer enn en bedriftslege hvert sted.

Avisfolk gliser og sier: "Slik er det jo vi har det", og ofrer spaltepenn på den nye tros alter. NRK-folk sukker tungt.

Politikerne og byråkrater spiller foreløpig ufortrødent videre med sine budsjetter og planer. Noen få har riktignok løftet hodet, aner et værskifte og smaker på ord som: "Inntjeningsvevne."

Kvalitet. Stabil arbeidsstokk. Trivsel. Service. Fleksitid." Men andre jamrer: "Noen statråder mumlet slik også. En ville tilogmed slippe løs den hellige arbeidstiden, og ødelegge alle våre fine planer. Tilogmed i kommunene er det jo blitt slik at etter kl. 15 er det ikke en lege igjen på kontorene."

"Løft ditt hode, du raske gutt! Om et håp eller to ble brutt, blinker et nytt i ditt øye!" Det kan hende dere møter blikket til en våken byråkrat, og at dere blir hørt hvis dere sier: "Hva med å utvide budsjetttrimmen noe - for eksempel fra "Min kommune" til "Vår bedrift"? I noen små kommuner har de faktisk fått positivt svar, og de helse-sjefene virker lite deprimerte.

Innen media-verdenen fins også et og annet lyspunkt. Noen der er blitt skremt av sin egen makt, og har lest omigjen H C Andersens eventyr (5): "Det er ganske visst!" - det som slutter slik: "Og det kom i avisen og det ble trykt og det ganske visst: En liten fjær kan nok bli til fem høns!"

Et barn sa: "Hvis ikke noe annet hjelper, les bruksanvisningen." Legeloven sier: "En lege skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp". Legene er også hverandres pasienter. Ved depresjon er det lege artis å si:

"Ikke mer overtidsarbeid."

Konsekvensene? De er, ifølge loven, kommunens og fylkenes ansvar. Ikke vårt. Jeg håper vi slipper å gå så langt. Selv små barn kan erkjenne livets nødvendige konflikter. Som at sisten og paradiset må kollidere av og

til, at begge er aktverdige spill, og at begge er morsommere enn å krige på alvor om plass på banen. Jeg håper, på tross av og på grunn av mine manglende illusjoner om leger. Og vi er ennå ikke sunket dypere i vår depresjon enn til befolkningens gjennomsnittsnivå.

### PS:

Sløv lesning av avisens tegneserier - et gløtt til siden på en overskrift: "Nyttig autoritet" Jeg våknet, og leste blant annet:

"Det er godd frem stor forståelse for den psykiske siden av sykdomsbildet, og den siden må ivaretas nettopp ved at legen står for pasienten som autoriteten, den som inngir trygghet fordi han vet hvordan saken skal gripes an".

Signert av en erfaren presseman: Jacob R. Kuhnle (6).

Rammet den ene veggen i mitt hjørne? ■

### Litteratur:

1. Egede Nissen, Adam: Intervju i Utposten nr. 7/85 s 199
2. Amundsen, Roald: Mitt liv som polarforsker, 1927
3. Tveit, Berit: Ars medica in observationibus. TDNLF 1967 nr. 22, s 1873-75
4. Bergens Tidende, leder 15/7 - 86
5. Andersen, H.C.: Eventyr og historier
6. Kuhnle, Jacob R.: Synspunkt, Bergens Tidende 18/7-86.





Effektivt og  
selektivt  
mot herpes  
infeksjoner

Rand Grafisk Design

For ytterligere opplysninger og Felleskatalog-tekst, kontakt:



**The Wellcome Foundation Ltd**

Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf.: 02 - 53 73 30.

# Om incest - barneseksual

□ Anonym □

Utposten nr. 1, 1987, i postkassen. Etter en slitsom dag med gleder, utfordringer stress og hygge på jobben. Denne gangen vil jeg lese tidsskriftet skikkelig. Rask middag, en pils (midt i uka!) og kryper opp i sofakroken med primærhelsetjenestens eget blad.

Barnenummer denne gangen. Det er fint, greit med disse temanumrene som gjør at man kan samle tankene om et mindre område av vår mangeslungne hverdag.

Artikkelen av Ellen Rygh Myraker om seksuelle overgrep på barn fenger meg på en spesiell måte: med en blanding av dump kvalme og lettelse over at temaet er kommet opp i lyset. Mye bra, mye godt, men jeg steiler over noe som virker for lettvtint for oss som har blitt fratatt store deler av vår barndom og ungdom fordi årene gikk med til redsel for, og smerter ved, slike overgrep.

For det føles som om år av livet er stjålet: Den tiden man skulle ha til å utvikle seg i lek og alvor, utprøving, bli kjent med egen kropp og forholdet til andre mennesker, ble dominert av et tungt mørke, et mørke som det ikke gikk an å trenge ut av, fordi incest går det ikke an å snakke om for et barn, det ligger på en måte i sakens natur.

Det står i artikkelen at man skal "Frita barnet for ansvaret for de seksuelle handlingene det har vært med på, og legge det der hvor det hører hjemme, hos de voksne." Hvordan gjør man dette? Ved å si det til barnet? Nepe, følelser endres ikke bare ved snakk. Og hva slags rolle er det her legen tiltror seg?

Slike lettvtinte "løsningsforslag" sjokkerer, og de sårer. Dette er subjektivt innlegg, jeg vet det. Mine egne opplevelser, følelser og reaksjoner er og blir mine egne, og kan ikke generaliseres. Men de kan kanskje vekke litt ettertanke. Det hører med til historien at jeg har fått hjelp, men det tok lang, lang tid, med en meget dyktig kollega, som bl.a. mestret oppgaven å ha en lege som pasient. Lang, lang følelsesmessig bearbeiding av opparbeidet sinne og fortvilelse var det som skulle til.



# Itet, skyld, skam og glede

Grunnen til at jeg griper til pennen, var ikke denne artikkelen alene, men min reaksjon da jeg leste Jon Hilmar Iversens begeistrede anmeldelse av Thore Langfeldts bok om barneseksualitet i samme nummer. Boken er sikkert lesverdig og emnet viktig, men å få presentert disse artiklene samtidig, var som å få et knyttneveslag i magen. Oversensitivt selvfølgelig, men det har å gjøre med min egen historie. Da jeg som, tenåring begynte å bli klar over at det som var min barndoms fortvilelse og ulykke fikk de største konsekvenser i mitt kjærlighetsliv, gjorde jeg det som syntes mest nærliggende: snakket med "famlielegen". Vi hadde nemlig en slik i min familie, og det skal jo være så bra. Attpå til kvinne, og endog kjent for sin psykiatriske profil. Skjelvende, rødme, gråtende, fortalte jeg om min største hemmelighet.

Men hva skjedde? Jo, barneseksualitet måtte man akseptere, så den skyldfølelsen jeg hadde, sa hun, den skulle jeg slett ikke ha. Og, sa hun, dette var så vanlig, så vanlig, og måtte sees på som en normal foreteelse. "Men", sa hun videre, "på den annen side kunne det jo gi problemer, og de skal man ikke se bort fra". Løsningen mente hun var å ta det opp på familievernkantoret, hvor hun også arbeidet, så ville det der bli bestemt hva som videre skulle skje. Var jeg villig til det? (Det var vel slik hun "innhentet pasientens samtykke"). Hva kunne jeg si annet enn ja? Men følelsen av at min vonde hemmelighet skulle brettet ut, diskuteres og blir bestemt over var som et nytt overgrep. Jeg fulgte aldri opp, var vel kanskje en vanskelig pasient.

Neste gang jeg søkte hjelp, var hos en psykolog. Det hadde tatt meg noen år å samle mot. Men igjen fikk jeg historien om min skamfølelse over at jeg hadde vært med på noe som jeg egentlig ville. Og jeg forsøkte å tro på det som ble sagt, men det stemte ikke med min virkelighet. Skam og skyldfølelse, jo, det var det nok, men ikke fordi jeg hadde noen glede av det, det var virkelig bare ille. Men noe i meg sa meg at jeg skulle hatt overnaturlige fysiske og psykiske krefter til å kjempe imot, bite, slå, hva som helst. Og at jeg ikke hadde



det, var det som ga meg skyldfølelse - tror jeg.

Jeg droppet ut igjen, levde et "normalt liv": Giftet meg, fikk barn, holdt det gående, legeyrket gir jo så allikevel liten tid til å reflektere over egen situasjon. Men så innhentet fortiden meg likevel i et kraftig knall og fall. Nærmest ved en tilfældighet ramlet jeg inn hos en kollega. Han fikk også min historie. Da så han på meg, og sa: "Hvor gammel var du da det første gang ble gjennomført samleie?" Jeg lette i hjernen, visste ikke sikkert, men sa jeg trodde jeg var 5 år. Øynene hans utvidet seg. Jeg følte at nå, nå kommer dommen: Sårbar alder, ødelagt for livet. Men det han sa var: "5 år bare, det må ha gjort fryktelig vondt!" Som i et lynglimt husket jeg plutselig den stikkende smerten, følelsen av å gå helt i stykker. Og blødningene etterpå, som var bekræftelsen på at jeg var ødelagt. Det var begynnelsen på det lange, lange arbeidet.

En historie blant mange om dårlig medisinsk behandling først, og så en som forstår? Kanskje det. Vendepunktet for meg var å møte en lege og kollega, attpå til mann, med evne til å se situasjonen fra den lille pikens side, uten å dytte på meg en prefabrikkert forståelse. Ved å antyde mulige reaksjonsmåter, gi rom for mine egne reaksjoner. Det tok ugudelig lang tid, men resultatet var en følelse av å ha fått tilbake kroppen min, seksualiteten, barndommen, om enn noe sent.

Men arrene sitter der, og de vonde følelsene er der selvom de ikke lenger dominerer livet. Nå ser jeg på opplevelsene som en del av min livshistorie, en del jeg av mitt fulle hjerte skulle ønske jeg var foruten, men når det først er slik skal det INN i livet, og ikke være som et spøkelse i min sjels kjeller.

Men noen ganger smerter det mer enn ellers.



# SORBANGIL<sup>®</sup>

ISOSORBIDDINITRAT

Ny indikasjon

## HJERTESVIKT.



Dosering:

**20–40 mg × 3–4**

Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket effekt.

For ytterligere opplysninger  
se felleskatalogen

KabiVitrum

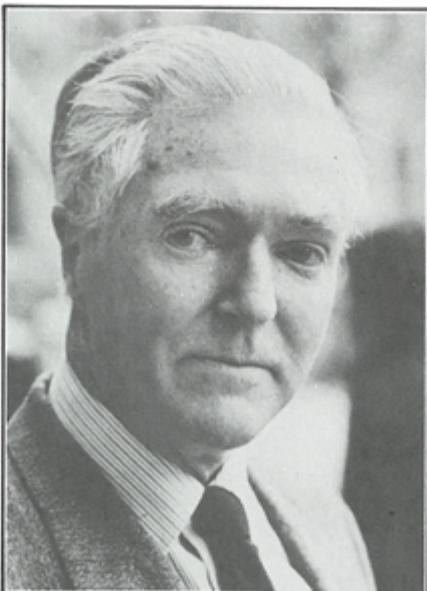


# Samfunnsmedisin i praksis

□ Magne Nylenna

## Samfunnsmedisin er gøy

Det er viktig å holde dette klart for seg før man går løs på boken "Samfunnsmedisin i praksis. Oslo helseråd i 80-årene". Det er nemlig lett å miste motet av en såvidt tung og kompakt trykksak som dette festskriftet til statsfysicus Fredrik Mellbyes 70-årsdag er. I alt 45 medforfattere med statsministeren i spissen har redaktørene Harald Siem, Kåre Berg og Berthold Grünfeld invitert til å hylle denne heders- og foregangsmannen i norsk samfunnsmedisin.



Fredrik Mellbye - 70 år (Foto Tore Hoel)

Boken presenterer et tverrsnitt av aktiviteten ved landets største helseråd, et helseråd som forvalter en halv milliard kroner og beskjeftiger 3000 personer, og bredden er imponerende. Emmene som omtales spenner fra adopsjon til avlusning og fra tuberculosebekjempelse til forurensning og støy. Fordelt på ni hoveddeler med et avsluttende intervju med jubilanten er boken en katalog over det meste som kan plasseres under paraplyen samfunnsmedisinsk arbeid.

Katalogpreget kan bli vel tydelig noen steder. Innen enkelte områder, som f.eks. miljøproblemer, blir presentasjonen nærmest en oppramsing av aktuelle problemer. Selv på 400 sider er det umulig å gi en grundig og komplett oversikt over et fagområde som det samfunnsmedisinske. Lievel kan det - for en gangs skyld - være fristende å ønske seg noe lengre, men i så fall langt færre artikler enn hva tilfellet er.

Det er umulig å kommentere hvert av de 46 kapitlene boken består av. La meg likevel kort nevne to:

Jon Langes artikkel om barne- og ungdomspsykiatri som viser en flik av et spennende arbeidsområde som er ukjent for mange av oss, og som demonstrerer hvor godt kasuistikken egner seg som presentasjonsform i en slik sammenheng.

Og hovedredaktør Harald Siems artikkel om forhandlinger og forhandlingsstrategi, et emne som er mer aktuelt enn de fleste tror. Forhandlingsmodeller kan appliseres på mye av den interpersonale dynamikken vi omgir oss med i helsevesenet.

Boken inneholder mye nyttig kunnskap og spennende lesning. Det er et bokstavelig talt viktig skrift som presenteres til Fredrik Mellbyes ære. Når jeg likevel fant det nødvendig å presisere det morsomme i samfunnsmedisinen innledningsvis, skyldes det at kombinasjonen av omfang, lay-out og disposisjon ikke gjør lesningen av dette festskriftet så lystbetont.

En av Mellbyes mange egenskaper er evnen til å begeistre og inspirere. Så mye av dette er det ikke å spore mellom permene i denne boken. Ikke slik å forstå at det etterlyses en mer humoristisk vinkling av stoffet om AIDS eller alkoholisme, nei, mer enn

understrekning av at det vi mangler i norsk samfunnsmedisin i dag er en tro på at det virkelig nytter: at overbevisning og glød er en viktig del av det samfunnsmedisinske arbeid. Dette ble da også understreket av jubilenten selv ved overrekkelsen av festskriftet i Universitetsforlaget 13. februar. Evnen til å styre henger sammen med evnen til å overbevise, og slike evner er det nettopp dette faget eller fagområdet dreier seg om. I sin takketale understreket Mellbye at forutsetningen for godt samfunnsmedisinsk arbeid er at alt endres og lar seg endre. Han påpekte betydningen av et skikkelig etisk fundament for arbeidet kombinert med evnen til å se på samfunnet med udogmatiske øyne.

Det er ikke lett å feste slike aspekter ved faget til papiret, særlig ikke når skrivingen er fordelt på et halvt hundrede forfattere. Da blir et gjerne det fragmentariske og håndfaste som dominerer fremfor det visjonære og helhetlige. I dette ligger da også bokens største svakhet. Den manglende fremstilling av samfunnsmedisinen som et visjonært fag med perspektiv og overbevisning. Et fag med rotfeste i en filosofisk tradisjon og kontakt til moderne data- og genteknologi.

Faren for at disse sidene ved faget drukner i dagens offentlige byråkrati er ovehengende og har utvilsomt økt ved den administrative fragmentering som har skjedd i kommunehelsetjenesten. Avskaffelsen av den statlige distriktslegeordning ble da også fremholdt som jubilentens eneste faglige skuffelse gjennom sine mer enn førti års aktive tjeneste.

Denne malurten til tross: Samfunnsmedisinen er fremtidens fag og boken "Samfunnsmedisin i praksis" gir en god oversikt over spennvidden i arbeidet. Boken er, som forlaget sier, en statusrapport og bør leses som sådan. I den litteraturfattige norske samfunnsmedisin fortjener boken utvilsomt en plass i bokhyllen. Jeg er mer i tvil om den fortjener en plass på nattbordet. ■

Harald Siem, Kåre Berg og Berthold Grünfeld: Samfunnsmedisin i praksis. Oslo helseråd i 80-årene. Universitetsforlaget, 1986. 399 sider, heftet. Pris kr. 250.-.



# UTPOSTEN'S essay- konkurranse

For tredje gang utlyser vi vår essaykonkurranse. De to forrige gangene er det kommet 6-8 bidrag. Sjansen for å oppnå pris er derfor stor, men nivået har vært høyt slik at juryen har hatt en vanskelig oppgave. Almen- og samfunnsmedisinen er så omfattende at det ikke skulle være vanskelig å finne temaer å skrive om. Bredden i temavalget har da også vært svært stort i de to tidligere åra.

Hvem skal ta opp konkurransen med Jørgen Jørgensen i 1987?

Skal du prøve deg?

# Husk essaykonkurransen

## Konkurranseregler Utpostens essaykonkurranse 1987

Utposten inviterer sine lesere til en konkurranse om årets beste primærmedisinske essay. Deltagerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske almen- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

### Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4 ark og bare på den ene siden av arket. Det benyttes dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør ikke være under 10 manussider og må ikke overskride 15 manussider. Dersom litteraturhenvisninger er aktuelle, føres disse opp i henhold til "Vancouver-konvensjonen" (jfr. Tidsskriftets manuskriptveiledning). Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

### Anonymisering:

Forfatterens navn skal ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet og ved innsendelsen skal det vedlegges en lukket konvolutt som er merket med manuskriptets tittel utenpå og som inneholder opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer. Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen.

### Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: UTPOSTEN, 6657 RINDAL innen 20. august 1987.

### Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av almenpraktiker Dnlf Eli Berg Bratlie, bydelslege Elise Klouman Bekken, professor Per Fugelli og stipendiat Magne Nylenna.

### Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1987 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL.

## HER ER OPPGAVEN:

Tenk deg at du er almenpraktiserende lege på et tre-legesenter i en drabantby et sted i Norge. Ettermiddagen er avsatt til øyeblikkelig-hjelp henvendelser. En av dine pasienter er Jon-Henry Nilsen, en 18-årig gutt, som du i løpet av konsultasjonen forstår det holder på å gå dårlig med. Etter konsultasjonen noterer du følgende i journalen:

"28.01.87: Vansker med livet sitt, hatt det i 2 år, kommer som ø.h.j., omsider tatt mot til seg idag. Angst, tør ikke det meste, ofte ikke engang å treffe gamle venner. Sluttet handelsskole\*2 år siden, etter dette hjemme i blokkleiligheten med ufør far og mor som jobber som rengjøringsassistent. Fire søsken, to eldre brødre og en søster på 23 som har et barn han har passet iblant, forøvrig hans eneste jobb det siste året. En yngre bror har også fått "nerver" og satt seg til hjemme. Pas. klandrer seg selv for det, krangler med broren, og det blir i familien åpenbart oppfattet som grunn til at også broren går i stå. Han har vært på arbeidskontoret, og skal melde seg der igjen nå. Ellers avtaler vi at han kommer tilbake om en uke. Videre utredning og problemformulering da.

Han virker engstelig, snakker fort, lavt og stakkato uten pust. Likevel et sympatisk inntrykk, virker trist, men ikke åpenbart deprimeret."

a: Hvordan vil du formulere pasientens problem/problemer?

b: Hva tror du grunnen/grunnene er til at han har kontaktet deg?

c: Kan du som almenpraktiker hjelpe ham, og i såfall på hvilken måte?

Neste journalnotat er meget kort:

"04.02.87: Ikke møtt til avtalt time."

d: Hva kan grunnen/grunnene være til at pasienten uteble?

e: Beskriv kort hvilke handlingsalternativer du har den 04.02.?

f: Beskriv de overveielser du legger til grunn for valget mellom de alternativer du har notert under spørsmål e ■

# Forslag til svar på oppgave i

□ Steinar Westin  
amanuensis, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim

Oppgaven har til formål å teste evne til problemformulering og pasienthåndtering innenfor rammen av en triviell almenmedisinsk praksisdag, der det er avsatt et kvarter pr. pasient. Den stiller ikke krav til omfattende medisinske kunnskaper. Her er det konsultasjonen det fokuseres på, og særlig på det element i konsultasjonen som består i å oppfatte hvorfor pasienten egentlig kommer (Pendleton's fase 2: "The doctor attempts to discover, or actually discovers, the reason for the patient's attendance"). Undersøkelser fra engelsk almenpraksis har vist at svikt i denne kritiske fase 2 er den hyppigste årsak til at pasienter opplever sitt besøk hos almenpraktikeren som mislykket.

Studentene vil antagelig oppfatte oppgaven som vanskelig. Problemet er diffust, medisinsk sett, og komplisert, sosialt sett. Dette er allikevel et av de karakteristiske trekkene ved legearbeid i helsetjenestens første linje. Og vi må etter mitt skjønn fokusere sterkere på dette i vår almenmedisinske undervisning. Men jeg skal være åpen for at dette er en oppgave som kanskje egner seg bedre i den almenmedisinske videreutdannelsen.

Likevel, - her er mitt forslag til svar:

## Spørsmål a:

Det dreier seg tydeligvis om en skoletaper fra en belastet og ressursfattig familie med betydelige indre konflikter. Pasienten har muligens fått en syndebygg-funksjon, og har vansker med sitt selvbilde i en sårbar fase, der han skal prøve å etablere en rolle som voksen. Hans problemer kan beskrives som følger:

1. Opplevd angst som hemmer ham sosialt og plager ham rent personlig.

## "Jon-Henry Nilsen"

# almenmedisin i nr. 1/87

2. Mangelfull skole/utdannelse, avbrudd av handelsskolen følte som et personlig nederlag.

3. Han er arbeidsledig, ønsker å forsørge seg ved eget arbeid.

4. Vanskelig familiesituasjon, som antagelig virker hemmende for hans personlige utvikling.

5. Økonomiske problemer, en arbeidsledig 18-åring i en flerbarnsfamilie har ganske sikkert akutt pengemangel.

### Spørsmål b:

Vi må anta at det for en 18-åring med denne kulturelle og sosiale bakgrunnen, er et stort sprang å oppsøke en almenpraktiserende lege, som bl.a. representerer autoritet og "det etablerte".

1. Gutten er fortvilet, bestiller time bare for å "gjøre noe".

2. Han kan være presset av familien, som kan mene at en lege må gjøre noe med nervene hans.

3. Han kan selv ha et håp om at en lege kan fjerne angsten hans, kanskje tror han det finnes medikamenter som kan ta den vekk.

4. Han kan ha en forestilling om trygdestønad av et eller annet slag.

5. Han kan forvente å bli henvist til en eller annen (annen) instans som kan hjelpe ham.

### Spørsmål c:

Det finnes ikke noe enkeltstående standard-behandlingsopplegg for en slik pasient. Det første man må gjøre, er å ta stilling til om man som almenpraktiker i det hele tatt kan eller vil engasjere seg, eller om man raskest mulig skal satse på videre henvisning (eller avvising?). Hvis man vil engasjere seg, henter man frem

følgende bilde på sin mentale dataskjerm:

1. Ta pasienten på alvor, d.v.s. høre på ham og hjelpe han til å se hva problemet egentlig består i.

2. Etablere et tillitsforhold som kan gi basis for fortsatt kontakt, gi ham ny time.

3. Tilby en korttids støtteorientert og problemorientert terapi, forslagsvis over 3-5 konsultasjoner. Gutten kan muligens profitere på en slik kontakt med et uavhengig voksent menneske som han kan få tillit til. Men det er for tidlig å lansere et slikt forslag under den innledende konsultasjonen.

4. Tilby deg å intervensere i familien på et eller annet vis, dersom pasienten ønsker det og du selv føler at du behersker dette fargevannet (familieterapi). Et tilbud i reserve.

5. Tilby henvisning til psykolog, sosionom eller familierådgivningskontor.

6. Forskrivning av ataraxika vil i denne sammenheng bli regnet som galt svar.

7. Dersom du ved en legeerklæring kan dokumentere at han har vært ervervsmessig ufør på grunn av sine nervøse plager i 12 måneder, vil han etter egen søknad kunne få attføringspenger. På dette tidlige tidspunkt vil et slikt fremstøt antagelig være mer av en bjørnetjeneste enn en lege-tjeneste (stigmatisering i sykerollen). Men muligheten er der.

### Spørsmål d:

1. Du oppnådde ikke hans tillit første gang.

2. Han var i utgangspunktet presset til å søke lege, og hadde egentlig ingen intensjon om å

følge opp kontakten.

3. Angsten for å møte opp på legekontoret på nytt hadde tatt overhånd. En personlig kontakt med et voksent menneske kan være provoserende for en ung og utrygg person.

4. Han kan rett og slett ha glemt timeavtalen, eller kommet for sent, ungdom i den alderen har ikke spesielt god orden på sine avtaler.

5. Han kan ha så dårlig økonomi at 50 kroner i honorar virker avskrekkende, i hverfall kan han tenke at de pengene kan brukes til noe annet og bedre.

6. Han kan ha fått seg jobb og være fornøyd (lite trolig).

### Spørsmål e:

Handlingsalternativene er av to prinsipielt forskjellige typer:

1. Gjøre som vanlig ved avbestilte timer: La journalen gå tilbake til arkivet. Det er en etablert tradisjon i almenmedisinsk arbeid at pasienten skal ta initiativet til enhver konsultasjon.

2. Velge en mer aktiv holdning ut fra tanken om at en slik pasient lett glir ut av ethvert behandlingsapparat, og at noen i siste instans må bry seg. Måter å bry seg på kan være:

a) ringe til pasienten

b) skrive til pasienten

c) undersøke med kolleger i praksisen om de har ytterligere informasjon om pasienten eller familien som kan hjelpe deg i beslutningen om du bør forfølge saken. ▶

### Spørsmål f:

Tanker omkring den passive holdningen til spørsmålet er allerede nevnt ovenfor. Dersom man velger å gjøre noe, må man ta i betraktning:

1. Å ringe til pasienten er egentlig et overtramp av taushetsplikten, ettersom familien ikke nødvendigvis er orientert om at han har oppsøkt lege.

2. Et brev er en lite intervenserende måte å henvende seg på, forutsatt at brevet sendes i nøytral konvolutt. Man kan ganske kort si at man har reservert ny timeavtale en ukes tid senere, og således signalisere at man bryr seg, og at det finnes enda en åpning.

3. Det er sannsynlig at denne familien må ha andre medlemmer som er i kontakt med dette lokale legesenteret, og en forespørsel hos kolleger kan sikkert gi nyttig tilleggsinformasjon. Muligens er det naturlig at en av kollegene som "har familien" følger opp også denne pasienten; i hvertfall er en slik kollegial sondering viktig før man involverer seg med ett medlem i en slik problemfamilie. ■

### annonse

# Problemløsning i almenpraksis

Steinar Westin, i samarbeide med Arne Ivar Østensen, Geir Jacobsen, Kjell Salvesen og K Gunnar Gøtestam har samlet Utpostens almenmedisinske problemserie fra 1981/82 samt flere etterfølgende artikler i bokform. (114 sider). Boka koster kr. 100.- og kan bestilles fra Institutt for samfunnsmedisinske fag, Eirik Jarls gate 10, 7000 Trondheim. Pris: kr. 100.- inkludert porto.

\*\*\*\*\*

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100.- til

Navn.....

Adresse.....

### annonse

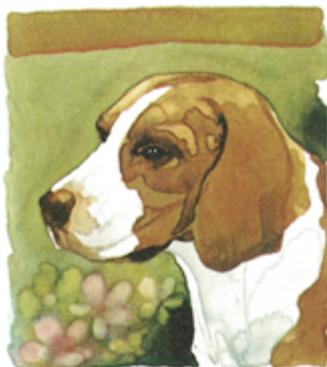
# Hattfjelldal: Vikariat kommunelege II

I Hattfjelldal kommune, Nordland fylke, er det ledig vikariat som kommunelege II primo juni 1987 og i flere måneder fremover pga stillingsskift.

Hattfjelldal er en stor fjellbygd med 1800 innbyggere ved grensen til Sverige. det er 2 fastlønnsleger og 3-delt vaktordning. Tidligere vikarer har trivdes bra i kommunen.

Nærmere opplysninger hos helsesjef Claus Sterkær, tlf. 087-84019 (legekontor) eller 087-84100 (privat). Søknad med nødvendige attester sendes Hattfjelldal kommune v/Administrasjonsutvalget, 9690 Hattfjelldal.

# PROBLEMET



# LØSNINGEN



**TAVEGYL®**



Tavegyl® – ved allergiske lidelser og kløe.

Pakninger:  
Tabletter, Enpack 20 stk., 100 stk.  
Mikstur 100 ml.  
Injeksjonsvæske 5 ampuller á 2 ml.

Se felleskatalogen.  
Tavegyl® – et naturlig valg av antihistamin.

# NAVF

## Allmennmedisinsk forskningsprogram 2 utdanningsstipend

ved NAVFs Råd for medisinsk forskning (RMF) som har vedtatt et 5 års program for allmennmedisinsk forskning. Formålet er å styrke det daglige grunnlag for forebygging og behandling av sykdom i primærhelsetjenesten. Stipendene er av 3 års varighet og er beregnet på leger som ønsker å gjennomføre større allmennmedisinske forskningsprosjekter.

Ltr. 21-29 (kr 147 637,- til 207 168,-). For fullstendig utlysning se Norsk lysingsblad 11.5.87

Nærmere opplysninger fås av forskningsveileder Even Lærum, Inst. for almenmed., Bergen, tlf. 05/ 29 20 83 eller forskn.veileder Dag Bruusgaard, Inst. for almenmed., Oslo, tlf. 02/ 55 92 10.

Søknad mrk. «RMF - Program for alm.med. forskn.» med redegjørelse for utdanning, arbeid, evt. forskningserfaring, publikasjonsliste og en mest mulig detaljert prosjektplan sendes innen 30.6.87 til

Norges allmennvitenskapelige forskningsråd  
Sandakerveien 99, 0483 Oslo 4. Tlf. 02/ 15 70 12

RMF 48/87

## SIMG - JANSSEN PREIS 1987

SIMG - JANSSEN-prisen utdeles årlig og er opprettet for å stimulere til forskning i almenpraksis. Almenpraktiserende leger eller legegrupper fra Europa kan søke om prisen. Søknaden må være avfattet på tysk, engelsk eller fransk, og inneholde et resyme av protokollen på inntil 1000 ord. Prosjektet må være av betydning for almenmedisinen og ev. også kunne være gjennomførbart av tilsvarende enkeltleger eller legegrupper i andre land.

Prisen består av 30 000 Bf i forbindelse med at den blir utdelt og 20 000 Bf etter at arbeidet er avsluttet. Det er forutsatt at prosjektet skal være avsluttet innen 2 år etter utdelinga. Det er også forutsatt at mottakeren skal foredra resultat av prosjektet ved en SIMG-kongress.

Søknader sendes innen 30. november 1987 til:

Prof. Dr. R. De Smet  
Jury Sekretary  
Centrum voor Huisartsopleiding  
Rijksuniversiteit Gent  
Academisch Ziekenhuis  
De Pintelaan, 185  
B-9000 Gent (Belgie)

Regionsykehusene møter pasientkrav på 12 millioner kr.:

## Erstatninger sterkt opp

SYLVI LEANDER

Landets fem regionsykehus behandler nå en rekke erstatningssaker som trolig fører til utbetalinger på tilsammen ca. 12 millioner kroner. Antall klager fra pasienter har øket radikalt ved flere av våre største sykehus, i Tromsø er det skjedd en fordobling siste år. De økonomiske følger utelukkende ikke. Regionsykehuset i Trondheim betaler nå to millioner kroner i årlig forsikringspremie, en tidobling på ett år. Større bevissthet blant pasientene fører til flere klager.

— Når et sykehus kommer i pressens søkelys i forbindelse med erstatningssaker, fører dette straks til en strøm av klagesaker fra andre pasienter. Dette har vi merket flere ganger, sier direktør Harald Holand ved Regionsykehuset i Trondheim. Mens sykehuset fikk 29 meldinger i 1983, var tallet to år senere oppe i 112 saker. I år blir det omkring 100 små og større saker. Utviklingen har ført til hevet forsikringspre-

mie. Sykehuset betaler nå to millioner kroner i ansvarsforsikring.

### Positivt

Sykehusledelsen ser med positive øyne på at pasienter i større grad forsvarer sine rettigheter, men den sterke fokuseringen i massemedia har også sine negative sider, mener Holand. Blant annet får det følger for rekrutteringen til helsevesenet. Det er spørsmål om hvor mye kritikk helsevesenet tåler i lengden, sier han.

Regionsykehuset i Trondheim er et av de sykehus som har hatt størst utbetalinger til pasientakader den senere tid. I løpet av tre år har skadene totalt kostet fem-seks millioner kroner. At et sykehus får innmeldt mange klager betyr ikke nødvendigvis at akkurat det sykehuset gjør flere tabber enn andre. Det har betydning hvor flittig personalet er til å rapportere skader. Et sykehus som behandler mange pasienter og utfører kompliserte operasjoner, vil dessuten være mer utsatt. Sykehusets holdning har også betydning for det totale skadebeløp.

Direktør Knut E. Schrøder ved Regionsykehuset i Tromsø ser økningen i klagesaker i sammenheng med at

folk takket være oppslag i pressen ser at det nytter å gå til sak. Han understreker at sykehuset i forbindelse med hver skadesak eller nestenulykke tar selvkritikk og gjennomgår sine arbeidsrutiner.

### Hevede premier

Den høyeste forsikringspremie i forbindelse med pasientakader får Haukeland sykehus i Bergen. Fylkeskommunen har nylig balt tilbud ute blant forsikringselskapene, og tilbudene ligger rundt tre millioner kroner. Nå har Haukeland sykehus de siste årene hatt småutbetalinger i skadesaker, ifølge fylkeskommunen. Når forsikringspremie likevel stiger så høyt, har det høyst sannsynlig sammenheng med at sykehuset står overfor saker som trolig ender med større utbetalinger.

Forsikringsbransjen har hevet premiene på ansvarsforsikringen drastisk den senere tid, fordi selskapene lå så lave i premie at de hadde store tap på sykehusene, opplyser advokat Haakon Arnesen i Norges Forsikringsforbund.

Rikshospitalet i Oslo har fått sitt eget pasientombud, noe som kan ha bidratt til flere klagesaker. I år utbetales

1 850 000 kroner i erstatninger. Høyst sannsynlig må sykehuset regne med at gjensidende saker vil koste over to millioner.

Rikshospitalet står i motsetning til regionsykehusene som selvsassurandør. Det er grunn til å anse at Staten er mindre rundhåndet i erstatningssaker enn forsikringselskapene er på vegne av sine oppdragsgivere.

### STORE PASIENT-KRAV

## Sykehus må betale

Landets fem regionsykehus behandler nå en rekke erstatningssaker som trolig fører til utbetalinger på ca. 12 millioner kroner. Stådig flere pasienter klager på behandlingen, og utgiftene til forsikring og erstatninger øker kraftig.

## *Han sår*

*Og dagen den går med latter og sang,  
og døden han sår i natten så lang.  
Døden han sår.*

*Han går og sår,  
sår og sår -  
rødde roser, blege tulipaner,  
sorte violer og syge hyazinther,  
mimoser.*

*Han går og sår,  
sår og sår -  
blege smil, bange tårer,  
sorte kvaler og syge længsler,  
tvil.*

*Dagen den går med latter og sang.  
Døden han sår i natten så lang.  
Døden han sår.*

Sigbjørn Obstfelder

RUTLE, OLAV  
Sløttmark 2  
2050 JESSHEIM

MONTEDESIGN GROUP  
**FARMITALIA**  
**CARLO ERBA**  
Pombal 53, 1371 Aosta, IT 002795760



## Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

**KAPSLER 150 mg og 300 mg:** Hver kapsel inneh.  
Lymecyclin, aeqv. tetracyclin, 150 mg, resp. 300 mg.

**Pakninger og priser:** 150 mg: 25 stk. kr. 62,50, 100 stk.  
kr. 162,50, 300 mg: 14 stk. kr. 68,25, 20 stk. enpac, kr. 93,60,  
30 stk. kr. 126,90, 50 stk. kr. 147,55, 100 stk. kr. 284,40.

**Dosering:** *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig,  
eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en  
uke og oppover). Hvis preparatet må gis til  
**barn:** Vanlig dosering 8-10 mg pr. legemsvekt pr dag.  
*Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).*

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

# 300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

### Doseringsintervall:

**I** = lymecyclin = Tetralysal  
**d** = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin - farmakolinetikk:

C max (mg/l)    t max (h)    t 1/2 (h)    AUC (mgh/l)

<b>I</b>	2,4 ± 1,0	2,9 ± 1,2	9,9 ± 2,7	19,3 ± 9,0
<b>d</b>	2,0 ± 1,0	1,8 ± 1,1	11,7 ± 3,5	12,7 ± 4,9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriestatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7-10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv.  $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$  til  
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater: Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriestatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) Mårdh, Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14-16, 1981. (2) Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid, Chemotherapy 31:261-65, 1985. (3) A. Pines et al.: Antiviot, Regimes in Severe and Acute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735-738. (4) Carefelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78-81, 1976. (5) L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59-64, 1982.