UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1 1989 ÅRGANG 18

Foto: Per Lars Tonstad

Hovedtema: Samisk helsetjeneste

Tilværelsens uutholdelige lettvintheter

Vi lever i kampanjenes tid. I det siste har vi hatt anti-røykedag, AIDS-dag, kampanje mot kolesterol, barneulykker, hjemmeulykker, mot seksuelt misbruk av barn, etc. Alle disse er kommet "kastet" på oss fra oven, - fra sentrale aktører, og gjerne med så kort varsel at det er umulig å planlegge det aktuelle problem innpasset i det lokale helseopplysningsarbeid som er igang.

Gjennom kommunehelseloven ble ansvaret for helseopplysningsarbeidet lagt til kommunene. Hensikten var at lokale forutsetninger skulle påvirke prioriteringene også på dette feltet. Sentrale helsemyndigheter bør etterhvert spørre seg om en kveler "de hundre blomster" med denne stadige "overrislinga".

Vi vil tro at de fleste steder går arbeidet på lokalplanet nokså uavhengig av de sentralt initierte kampanjene. Det er uheldig, fordi påvirkningsmulighetene blir svekket. Det er dessuten dårlig ressursanvendelse. Kampanjene er rett og slett for mange, for dårlig planlagte, og samordningen med de utøvende ledd i helsetjenesten er for dårlig. Derfor blir de da også lite effektive. På mange måter virker de som systematisk "avlat" for det jevne, seige slitet.

Kampanjene forutsetter at lokalt helsepersonell skal følge opp. Helsepersonell i kommunene er idag hardt presset. I tillegg til at flere oppgaver desentraliseres til kommunene, øker det kurative presset enormt, i takt med det presset folk flest er utsatt for fra et stadig hardere arbeidsliv og et stadig mer usikkert arbeidsmarked. I vårt samfunn er sykdom inngangsbiletten til økonomiske garantier. Da bør ingen undre seg over at primærhelsetjenesten er i ferd med å segne under byrden av økt sykelighet i samsvar med konkurser og avsigelser.

Samtidig ser vi tallrike bekreftelser på den historiske erfaring at økonomisk usikre tider medfører oppgangstider for alle typer sjarlataneri. Astrologi, psykisk massasje og chakra er "in".
Hvor Candida-syndromet skal kategoriseres vil tida vise. Vi er ikke motstandere av kampanjer eller alternativ medisin.Vi må være åpne for nytenkning, nye behandlingsmuligheter, nye teorier. Det vi frykter er *den tilsløre nde virkning* alskens lettvinte løsninger kan ha på de *store* problemene vi som samfunn står overfor.

Å utøve samfunnsmedisin i nedgangstider er ikke lett. Alle våre personlige og faglige erfaringer bygger på høykonjunkturer. Ja, det spørs om ikke hele vårt system for planlegging og organisering av helsevesenet *forutsetter* økonomisk vekst. Dagens virkelighet - ikke minst i utkantstrøk - skriker etter ny strategisk tenkning. (Når får vi det første etterutdanningskurset i "samfunnsmedisin i nedgangstider"?)
Hvordan skal vi makte å virkeliggjøre målet om Helse for alle i år 2000 når trusselen om arbeidsledighet og fraflytting blir mer konkrete og nære realiteter enn god helse i framtida?

Som en kollega sa det i en opphetet debatt om lokale fødetilbud:"Det handler ikke om spedbarnsdødelighet, men om lokalsamfunnets død".

Berit Olsen/Mette Brekke
(ansv. red. for dette nr)

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 4 89 92 90

Gunn Aadland	Mette Brekke	Marit Hafting	Kirsti Malterud	Berit Olsen	Janecke Thesen
6760 BRYGGJA	2640 VINSTRA	Nyresbaret 19 5700 VOSS	Institutt for almennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	5890 LÆRDAL K: 056 66100
K: 057 53 106	K: 062 90100	K: 05 512410	K: 05 298119	K: 085 51761	P: 056 69333
P: 057 53 206	P: 062 91010	P: 05 513685	P: 05 233955	P: 085 51443	

Abonnement: kr 200,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Lærdal; 056 66 100, Janecke Thesen eller Ruth Sprakehaug. ISSN 0800-5680

Ikke bare "Veiviseren"...

Leder:

Utposten nr. 2/85 var "Finnmarksnummer". Vi som var med på å lage det var godt fornøyd med resultatet.

Dette nummer er også et "Finnmarksnummer", men et annerledes sådant. Det handler om "samisk helsetjeneste", dvs. om hvordan det samiske samfunn ønsker å utforme sin helsetjeneste, og om hvordan helsetjenesten i n tur påvirker samfunnet.

Forrige "Finnmarksnummer" tok også opp "helsetjeneste i sameland". Det var skrevet av en søring (undertegnede) som tilfeldigvis var havnet der og hadde oppdaget at der var annerledes enn de fleste andre steder i landet vårt!

Dagens "Finnmarksnummer" hadde det faktisk ikke vært mulig å lage den gang- i 84/85. Det avspeiler noe som har skjedd de aller siste åra - nemlig at samene selv har begynt å utforme en helsetjeneste som fungerer på res egne premisser og deres eget språk.

Og hvorfor har så ikke dette kommet før?
Det samiske folk er en tallmessig liten gruppe med en ung akademisk historie. Første samiske lege ble utdannet i 1969, første legespesialist tidlig på 80-tallet.

Assimileringspresset fra det norske samfunnet har vært formidabelt. Tenk bare på 7-åringens møte med skolen, hvor norsk var eneste tillatte språk, men totalt ukjent for barnet. Den generasjon som nå utformer den samiske helsetjeneste er ikke for ung til å ha en slik bakgrunn. Hvordan dette virker inn på et folks oppfatning av egen verdi er lett å tenke seg.

Det er altså først de seinere år at tanken på å bevare og styrke det spesifikt samiske har vunnet fram og nå også har gjort seg gjeldende innen helsetjenesten. Og hvorfor er nettopp helsetjenesten et viktig felt å kjempe for?

Flere undersøkelser har vist at norsk helsetjeneste ikke fungerer godt i det samiske samfunn. Et eksempel er Per Fugellis undersøkelse fra Skoganvarre, hvor han fant at legekontakt pr. innbygger pr. år var 0,6, og at 24 % av de samiske innbyggerne kunne vise til forsømte sykdomstilfeller. At dette er uverdige tilstander sier seg selv. Personlig har jeg vært med på å måtte utføre smertefulle inngrep på eldre mennesker uten å kunne gi dem en forklaring på et språk de forsto. Slikt er også uverdig.

En psykiatri som ikke tar utgangspunkt i pasientens eget språk og kulturbakgrunn kan man neppe få særlig tiltro til. I det hele tatt vil en helsetjeneste uten en slik forankring ikke kunne nå lengre enn til "maskinfeil-tankegangen" - jfr. Anne Hegglands innlegg. Og en slik tankegang er vel gått av moten for en stund siden i vår allmennmedisinske ideologi?

Det å leve i skjæringspunktet mellom to kulturer vil i seg selv kunne medføre særegne helseproblemer - jfr. Cecilie Jávos artikkel.

Men behøver man å gastroskoperes og røntgenfotograferes på sitt eget språk? Med andre ord: skal enhver minoritetsgruppe ha sine egne superspesialister?

Derom er meningene delte, ikke minst når det gjelder hvem som ev. skal fiansiere dette. Finnmark fylkeskommune har hittil gått imot å finansiere det oppstartede spesialist- legesenteret i Karasjok på linje med en sykehuspoliklinikk. Fylkeskommunen setter spørsmålstegn ved behovet for og berettigelsen av et slikt senter.

Når rheumatolog Knut Johnsen - en av initiativtakerne til senteret - blir spurt om berettigelsen, svarer han: "vårt overordnede mål er å styrke den samiske identitet og det samiske samfunns infrastruktur". Her er han inne på noe vesentlig: helsetjenesten har hittil vært norsk og har dermed nødvendigvis bidradd til assimileringsprosessen og til svekket tro på egne muligheter i den samiske befolkning. At man nå selv tar ansvar for helsetjenesten i flest mulig ledd vil uvegerlig bidra til å "styrke identiteten". Og det å overta de mest prestisjetunge delene av medisinen vil kanskje styrke den mest?

Helse er som kjent ikke bare et spørsmål om helsetjeneste. Helse har mer å gjøre med folks selvbilde og tro på egne muligheter enn vi som helsepersonell kanskje liker å se. Derfor vil det faktum at det samiske folk selv står for en helsetjeneste av høy kvalitet være av større betydning enn de enkelte tjenestene skulle tilsi.

Også Norge har undertegnet WHO's berømte Alma-Ata-deklarasjon "Helse for alle i år 2000". WHO ber medlemslandene om å prioritere underpriviligerte grupper for å nå lengst mulig mot det ambisiøse mål. Vi har ennå noe å ta igjen overfor vår samiske minoritet.

Mette Brekke

Symbolet for helse fra gammel samisk mytologi, her tegnet av Gry Fors.

Samepolitisk kafferast [1)]

med noen refleksjoner til innvortes bruk.

Vigdis Stordahl. Cand. polit. fra univ. Tromsø 1982. For tiden tilknyttet Nordisk Samisk Institutt i Kautokeino som forsker. Har i en to-års-periode samarbeidet med fagfolkene ved BUP i Karasjok for å utvikle "transkulturell psykiatri".

Etter nær på 20 år med etnopolitisk aktivitet er det på tide med en kafferast der vi ikke bare koker kaffe og nyter utsikten (i betydningen fruktene av vårt samepolitiske engasjement), men der vi tar oss tid til å stille noen kritiske spørsmål ved vår egen aktivitet - eller om en vil - tar oss tid til selvransakelse og refleksjon.

Av Vigdis Stordahl

Bakgrunnen for at jeg mener det er viktig med denne formen for "kafferast" er at jeg opplever at vi etterhvert er en god del som strever med å få kartet til å stemme med terrenget. Det bilde vi har skapt oss (som er vår Tideman og Gude) er at det samiske samfunnet har endret seg på grunn av kontakten med det norske samfunnet. [2)] Og denne endringen har ikke vært av det gode. Implisitt postulerer vi at hadde det ikke vært for at det norske samfunnet koloniserte det samiske, hadde det "opprinnelige" samiske samfunnet bestått. Og noe som er "opprinnelig" er samtidig noe "ekte".

Innbakt i en slik forståelse ligger et bilde av et samisk samfunn - som vi gjerne omtaler som "det tradisjonelle samiske samfunnet" - som noe ubesudlet, nær på et paradis der kvinner og menn var likestilte, der man levde i pakt med naturen, var selvforsynte (innbakt i det igjen at sult og nød var ukjent) og der det hersket sosial orden gjennom tro på noaidien som stammens ubestridte religiøse og politiske leder. Var det uoverensstemmelser ble disse, har vi fått lære, løst på demokratisk vis ved at alle måtte være enige i løsningsforslaget. Interessekonflikter, makthierakier, misunnelse.....alt det "vonde og leie" vi i dag sliter med å ordne opp i i våre daglige liv, var visst ikke eksisterende...?

Nå overdriver jeg vel, vil noen hevde. Nå er jeg vel ironisk? Et så rosenrødt bilde har vi da aldri trodd på! Javel, jeg spissformulerer. Men poenget er at vi faktisk har skapt oss et bilde av "endring" som en utvikling fra noe "ekte" og "opprinnelig" til noe "uekte" og "uopprinnelig". Vi er gått fra det opprinnelige, tradisjonelle samiske samfunnet, men til hva? Det ser det ikke ut til at vi har noe begrep om. Det nærmeste vi vel kommer i å begrepsfeste det samfunnet vi i dag lever i er at det er mer eller mindre "fornorska". Noen rester av det "opprinnelige" fins altså og det skal vi ta vare på og dyrke slik at det "ekte" samiske samfunnet kan oppstå på nytt.

I og med at det samiske samfunnet ikke er tradisjonelt lenger, skulle en tro at det vi i dag har er det "moderne samiske samfunnet", men det er såvidt jeg kan se et begrep man ikke bruker i den samepolitiske debatten. [3)]
Unntaket ser ut til å være dagens seminar der en har hevet seg utpå og smelt til med "Sápmi atomáiggis" (Sameland i atomalderen). Hvorfor denne tittelen hadde vært interessant å få vite.
Likeens hvilke reaksjoner dere har fått på den.

Livsprosjektet til den samepolitiske bevegelsen (med alle dens forgreininger som legeforening, forfatterforening etc.) var "det nye samiske samfunnet". Vi skulle på en måte gjenopprette vår kultur. Optimismen og gløden var sterk på 70-tallet. Kursene i koftesøm, tresløyd, tinntrådbroderinger var mange og fullsatte. Og det var driv over diskusjonene og samefestene. Det var imidlertid ikke bare en interesse for å lære seg de gamle håndtverk, "det tradisjonelle". Det var også en erobring og organisering av nye arenaer i form av en institusjonsoppbygging.
Det var samiske sendinger, senere Sámi Radio, det var Samisk utviklingsfond, samiske barnehager, samiske videregående skoler, etc. You name it!

Og i dag - ? I dag er mye av dette minner og gjenstand for såvel mimring som frustrasjon. Og Altasaken får skylda - den tok alle våre krefter. Det kan se ut som om vi kun har klart å erobre små enklaver av samfunnet, små pustehull der vi fortsetter å dyrke restene etter det "opprinnelige" og "ekte", som duodji (samisk husflid), joik, samiske mattradisjoner ol. Misforstå meg rett, jeg mener ikke at slike kulturelle ytringsformer er noe negativt og noe vi bør slutte med omgående. Poenget jeg vil fram til er at dette lett blir noe mer ekte samisk enn pølser og pommes frites fra Sillju gatekjøkken til tross for at jeg ber om "márfi ja pommes frites". At vi faktisk synes det er godt og spekulerer på hvorfor i all verden alle barn - inklusive mine egne som jo er samiske og som jeg har prøvd å lære samiske mattradisjoner - også foretrekker det istedenfor blodpølser, hjelper liksom ikke. Det er noe uekte ved det. Vi er jo alle oppgitte over at det ikke lønner seg med et gatekjøkken som bare selger tradisjonell samisk mat, er vi ikke?

Var det selve livsprosjektet vårt, "det nye samiske samfunnet", det var noe galt med? Jeg vil faktisk hevde at det ikke bare skyldes "myndighetenes manglende forståelse", men at vi faktisk sjøl opererer med en motsetning mellom "kultur" og "endring".
Denne motsetningen trenger ikke være noe vi er bevisst og den kan være der selv om vi påstår at "det er naturlig at kulturer endrer seg" når vi blir konfrontert med at "den samiske kultur er det nå ingenting igjen av". Vi klarer liksom ikke helt å forsvare at vi sjøl ikke går med kofte til daglig selv om vi ofte snakker om samiske klestradisjoner og samiske klærs fortreffelighet. Vi blir flakkende i blikket og opplever stempelet "fornorska". Når vi bakster verre for å få orden i våre hverdagsliv har vi så altfor lett for å ty til at det nå var "enklere før". Det er kanskje ikke vår skyld at vi ikke får det "ordentlig" til. Og "ordentlig"er slik det "opprinnelig" eller "egentlig" skulle ha vært. "Kultur" blir dermed for oss det som har med tradisjoner å gjøre, mens "endring" har med "utvikling" å gjøre (ikke sjelden oppfattes de som synonymer) og "utviklingen" ses på som noe som ødelegger tradisjonene og dermed kulturen. For dem som vil ta vare på tradisjoner eller kultur, blir "endring"/ "utvikling" en vederstyggelighet. Mens de som er talsmenn for "utviklingen" ser på "kultur"/ "tradisjoner" som en klamp om foten. Valget blir da gjerne stående mellom fremskrittet eller å bli værende på steinaldernivå (Dahl 1986: 17). Altasaken var jo full av slike diskusjoner. Godtok en ikke utbygginga, var det tilbake til tranlampa (se f. eks. Mikkelsen 1981). Vi flirte av den argumentasjonen og vi flirte av SLF som skulle "Arbeide for vern og utvikling av samisk språk og kultur tilpasset samfunnets øvrige utvikling til enhver tid". Med den paragrafen ville jo samisk kultur forsvinne, mente vi. Vi var moralsk indignerte over at de ikke skjønte verdien av Kultur (merk med stor K!). Det vi ikke så, og faktisk enda har vanskelig for å forstå, er at vi alle ble fanget i vår egen argumentasjon og endte opp med å se på "kultur", "endring" og "utvikling" som noe motsetningsfullt.

Det samiske samfunnet er i endring, har alltid vært i endring og vil alltid være i endring. Det er jo noe vi faktisk vet av egen erfaring (ta en titt i dine egne fotoalbum). Kulturell endring (forandring) er faktisk noe naturlig for mennesket. Det er jo nettopp evnen til å lære av erfaring som er menneskets sterke side. Når derfor enkeltmennesker ikke takler sine liv, så skyldes det ikke endringen eller forandringen som sådan, men at systemet eller samfunnet ikke klarer å svare på de krav og ønsker de måtte ha eller se (Wallace 1970). Gitt andre vilkår ville endringen ikke slått ut som den gjorde. Med andre ord, det er ikke kontakten i seg sjøl mellom kulturer som har betydning for en situasjon, men formen denne kontakten får. Er det en kontakt i form av at den ene parten vil slå den andre i hjel får den helt andre kon-

⇒

sekvenser for relasjonen mellom partene, enn om det er en kontakt der en vil bytte til seg goder en verdsetter. Historien viser oss at kontakten mellom det norske og det samiske samfunn ikke alltid har hatt en asymmetrisk karakter. (Se f. eks. Scanche 1986).

Endringstempoet er selvsagt også noe som har betydning for hvordan relasjonen mellom partene utvikler seg. Når mye skjer på kort tid som det har gjort i vårt tilfelle, er det lettere å miste den samiske innflytelsen over endringstakten.

Til slutt vil jeg knytte noen ord til sammenhengen "kulturell endring" - "helsesituasjonen blant samer" for å anskueliggjøre mitt poeng (og for på en måte å ha gjort leksa mi til i dag). Hvordan vi forstår denne sammenhengen får konsekvenser for a) hva vi leter etter som forklaringer på den situasjonen vi vil avdekke og b) hva slags kunnskap vi produserer om denne sammenhengen.

Hvis vi forstår "kulturell endring" som noe vekk fra det opprinnelige og som noe som har ødelagt det "ekte samiske", vil vi lete etter uttrykk som skal bekrefte dette. Da kan vi f. eks. forklare den tiltagende hjerte- og karlidelsen blant samer med at det skyldes at de har fått nye, i betydningen "ikke-samiske", matvarer. Eller vi kan si at det også skyldes den kulturelle utviklingen. Kunnskapen vi produserer er at samiske matvarer er best, ihvertfall for samer og at kulturell endring er skadelig, ihvertfall for samer. Men i og med at endring pr. definisjon er av det onde, kan vi vanskelig gjøre noe, for vi kan jo ikke endre på noe. Gjør man det bryter man Tradisjonen. Hva denne Tradisjonen er er det ingen som vet, eller vi ender opp med å diskutere hva den er - og i mens dør kua. Tradisjonen liksom bare er der, løsrevet fra sin kontekst. Vi blir ofre for denne Tradisjonen og dermed objekter og ikke-ansvarlige. Rent forskningsmessig havner vi i en elendighetstradisjon. Vi blir opptatte av å bevise hvor elendig samer har det (kanskje med unntak av oss sjøl), og det er også en undertrykking.

Hvis vi derimot hadde sett på at "kultur" og "endring"/"utvikling" er noe som hører sammen, hadde vi kunnet gå inn og se på hvor vi måtte ha ytterligere endring for å unngå den uønskede tilstanden vi hadde observert. Da ville ikke løsningen på alkoholisme og selvmord kun bli en tilbakevending til storfamilien og rypejakt og laksefiske, men også inkludere en analyse av, la oss si, dagens maktstrukturer i det samiske samfunnet. Slik kan vi bli subjekter som påtar oss ansvaret for den kulturelle endringen vi mener er nødvendig. Vi har en vilje til å forandre på den uønskede tilstanden og vi lar oss ikke tie ihjel av anklager om at vi ødelegger Tradisjonen. Vårt samfunn blir da ikke et eksotisk titteskap forbeholdt dem som gjerne vil bevare enkelte folkeslag som Tradisjonelle og De Edle Ville. [4] Det gjelder å fortsette der vi begynte for 20 år siden, nemlig med erobring og organisering av nye arenaer; - arenaer som av oss gis en klar samisk profil. Slik sett er et samisk spesialist-senter en riktig vei forutsatt at de får aksept for at det er like så samisk å drive ved hjelp av ultralydmaskiner og laparoskopi som håndspåleggelse og urtemedisin.

1) Foredrag holdt på Samisk Legeforenings seminar "Sápmi atomáiggis - helse, kultur og samfunn" i Karasjok 24.09.88. Førsteamanuensis Harald Eidheim ved Universitetet har siden lest igjennom foredraget og kommet med kommentarer som jeg har innarbeidet. Jeg er ham også takk skyldig for ideen til den nye tittelen.

2) For enkelthets skyld bruker jeg her "det norske samfunn", men de samme prosesser gjelder for de andre samfunn samer bebor.

3) Samerettsutvalgets utredning på dette feltet (se f. eks. kap. 9) synes jeg er interessant lesning i dette perspektivet.

4) For litteratur innen emnet se f. eks: Jens Dahl: Udviklingsaspektet i kulturen i Stofskifte nr. 14, 1986, samt Stofskifte nr. 9, 1983 (Vildhedens Historie).

Litteratur

1. Dahl, Jens: Udviklingsaspektet i kulturen i Stofskifte nr. 14, 1986.
2. Mikkelsen, Magnar: Proletarenes uttogsmarsj i Gjengset (red.): Samisk mot - norsk hovmod Pax Forlag 1981.
3. Schanche, Audhild: Nordnorsk jernalderarkeologi, Magistergrads-avhandling, Universitetet i Tromsø, 1986.
4. Stofskifte nr. 9 1983: Vildhedens Historie.
5. Wallace, Anthony: Culture and Personality, 2nd Edition, Random House, New York 1970.

❑

Av og til ser doktoren til deg
beordrer hvile
skriver ut nye resepter
tilrår noen ganger
ei uke på sykehus
men når ett døgn er gått
og trøttheten din
er smeltet på overflata
klarer du igjen å tenke på
hvordan det går heime
hvem som vasker golvene
klærne koppene
hvem handler
husker han å kjøpe
akkurat den osten
minstebarnet liker
Legen undrer seg
når blodtrykket stiger
og skriver ut sterkere medisiner

Rauni Magga Lukkari
(frå: "Mørk dagbok", til norsk ved Laila Stien og Harald Gaski)

"Utnyttingen av naturressursene i den samiske urbefolkningens område har et sterkt anstrøk av kolonialisme. Med kolonialisme menes her at et områdes naturressurser konsekvent utnyttes helt eller delvis til fordel for et annet område".
(Nordisk Sameråd 1959).

"Det er en ulykke for et folk at det har undertrykt et annet".
(Karl Marx 1869).

Å leve med uløste konflikter

Cecilie Jávo, f. 1948. Cand. med. Oslo 1976, spesialist i psykiatri 1984. Praksis fra Åsgård sykehus, Nordland sentralsykehus & Statens Senter for barne- & ungdomspsykiatri. Fra høsten -84 overlege ved barne- & ungdomspsyk. poliklinikk i Karasjok.

Kulturelle perspektiver i psykiatrien

Av Cecilie Jávo

Samisk psykiatri

Når dette temaet tas opp, er det fordi vi innenfor den samiske helsetjenesten hele tiden har ment at det er nødvendig med en tilpasning eller nyutvikling av tjenestene som står i forhold til samisk kultur, tenkemåte og virkelighetsoppfatning. Dette gjelder i særlig grad den psykiatriske helsetjenesten. Det er for oss naturlig å se de fenomenene og problemene vi møter også i et sosialt og antropologisk perspektiv - såvel som i klinisk perspektiv.

Transkulturell psykiatri

Interessen for de kulturelle aspektene ved psykiatrien har de senere år kommet mer og mer i fokus internasjonalt, og vi merker også at interessen er voksende i det psykiatriske miljøet forøvrig i Norge - da i første rekke i forbindelse med innvandrere fra andre kulturer. Man har blant annet sett at tradisjonell norsk psykiatri ikke så lett lar seg applisere på etniske minoriteter og deres miljø.

De tradisjonelle hjørnesteinene innen moderne vesterlandsk psykiatri har vært biologisk, psykologisk og sosiologisk tankegang og det ser ut til at kulturstudiet nå er på vei inn som den 4. hjørnestein.

Transkulturell forskning

Forskning innen det vi kan kalle transkulturell eller kulturell psykiatri er foreløpig meget sparsom. En av foregangsmennene internasjonalt er engelskmannen Philip Rack som er psykiater og har arbeidet spesielt med minoritetsgrupper. Vår poliklinikk foretok en studietur til den psykiatriske enheten han har ledet i Bradford og Philip Rack kom på gjenvisitt til Karasjok ved påsketider i 1988, da vi arrangerte et større fagseminar om transkulturell psykiatri. Jeg vil på det varmeste anbefale boka hans "Race, Culture and Psychiatry" som er kommet ut i norsk utgave. Vi håper ellers at det med tiden vil kunne komme bidrag til forskningen innen dette feltet også fra fagmiljøet som er under utvikling her hos oss.

Mentale sykdommer - kultur

Når det gjelder mentale sykdommer har kultur både blitt betraktet som:

A. etiologisk - f. eks. gjennom bestemte barneoppdragelsesmetoder og holdninger; ved stressfremkallende roller (f. eks. minoritetsroller) eller kulturkonflikter, evnt. raske kulturforandringer og som

B. symptomutformende - som i tilfelle av kulturbundne syndromer.

Når det gjelder sistnevnte kan en vel si at alle psykiatriske lidelser egentlig, til en viss grad, er kulturbundne, men fordi vi mangler avstand til vår egen kultur er det vanskelig å se objektivt på den og se disse faktorene i det hele tatt.

Hysteri er vel den mest kulturvariable av alle psykiske lidelser. Det er like viktig å forstå den kulturelle kontexten for Wienhysteriet på Freuds tid som hysteri innen vår egen kultur.

Den norske psykiateren Tom Andersen som nå arbeider ved Universitetet i Tromsø beskriver i sin doktoravhandling "Health in two contrasting Societies" forekomsten av en kortvarig alvorlig emosjonell reaksjon preget av uro, angst og søvnløshet, noe hyppigere

hos menn (2,5 %) enn hos kvinner (1,8 %) blant den samiske befolkningen i Kautokeino. Tilstanden klarnet opp uten mén, og ble av forskeren oppfattet som kulturbetinget.

Diagnostisering innen psykiatrien er betinget av kjennskap til den kulturen man arbeider i. I noen kulturer kan det f. eks. være tendens til at vrangforestillinger maskeres pga. at det i befolkningen som sådan er utbredte magiske forestillinger, mens det i kulturer som f. eks. den norske, som er preget av rasjonell tenkning og vitenskapelig objektivitet, er vanskeligere for en psykotisk person å skjule sine symptomer. Vedkommende vil nokså raskt bli diagnostisert.

Vi hadde for en tid tilbake hos oss på poliklinikken et tilfelle vi diskuterte en del: en eldre samisk kvinne med klart magiske forestillinger så som at hun mente seg "ganet" f. eks, og spørsmålet ble om hennes forestillinger skulle defineres i retning av psykose eller om de lå innenfor det normale i den kultursammenheng hun befant seg i. Det ble en interessant diskusjon, uten at jeg skal gå noe videre inn på den her.

Når det gjelder psykiatrisk sykelighet, varierer den i forskjellige kulturer. Depresjon f. eks. blir diagnostisert hyppigere i noen kulturer enn i andre og blir oftere somatisert (altså gitt kroppslige utslag) i Asia og Afrika. Anorexi og bulemi f. eks. er svært sjeldent forekommende i de såkalte utviklingsland. Schizofreni varierer i hyppighet og forløp fra land til land. I mange vestlige land peker hallusinasjoner oftest i retning av schizofreni eller en organisk sykdom - dette er imidlertid ikke tilfelle andre steder.

Når det gjelder epidemiologisk psykiatrisk forskning i den samiske befolkning er ingenting hittil gjort - Siv Kvernmo som også arbeider ved poliklinikken i Karasjok kommer imidlertid til å starte opp sitt forskningsarbeid utpå nyåret, når det gjelder psykiatrisk sykelighet hos barn og unge i Indre Finnmark.

Minoritetssituasjonen- mentale påkjenninger/ mental lidelse

Nå er det slik at den samiske befolkning befinner seg i en minoritetssituasjon, og jeg skal til slutt ta opp kultur som etiologisk faktor i forhold til mentale sykdommer. Jeg vil trekke fram 3 forhold:

1. Det samiske folk har som minoritet i Norge opplevd en beinhard fornorsking og blitt sett ned på av den norske befolkning - hvordan har dette nedfelt seg mhp. selvbilde, selvfølelse og personlig trygghet?

2. I dag er det - pga. at samisk språk og kultur fremdeles ikke har fått samme status og muligheter som det norske - stadige kulturkonfliktsituasjoner - hvordan virker vedvarende konflikter som mangler rammebetingelser for å kunne løses på den enkeltes mentale helse?

3. Det samiske samfunn har på kort tid gjennomgått meget raske kulturfor-

⇛

andringer og befinner seg nå i en mellomsituasjon, med den halvnomadiske livsform på den ene side og det moderne postindustrielle datasamfunnet på den andre, - hvordan virker en slik brytningstid - med oppløsning av de gamle normer og regler - på folks mentale balanse og identitetsfølelse?

Man vet at eget selvbilde og egen selvfølelse er essensielt for en trygg og god identitetsutvikling og mestringsevne i livet. I terapi legges det derfor stor vekt på å arbeide nettopp med pasientens selvbilde og styrke selvfølelsen.

For vår samiske pasient som er født inn i en etnisk/kulturell rolle som betyr mindreverd og redusert makt (dvs. mulighet til å skape seg en framtid på sine egne premisser), er det nærliggende å tenke seg at dette representerer en risikofaktor i forhold til å utvikle psykiatrisk sykdom og at det kan gi økt sårbarhet overfor stress og psykiske belastninger. En spesiell belastning innebærer det f. eks. for en samisk ungdom å flytte fra et velkjent samisk miljø, med kjente verdinormer og regler og med kjente kommunikasjonsmåter til et norsk miljø med helt andre normer, regler og kommunikasjonsmåter. Man snakker i denne forbindelse ofte om kultursjokk. Kultursjokk inntrer når de psykologiske ledemerkene som hjelper et menneske å fungere i samfunnet blir byttet ut med andre. Kunnskap om kultursjokk hjelper oss til å forstå betydningen av kulturell støtte.

Å ha en gruppe å tilhøre er psykisk fordelaktig. Men å tilhøre en lavstatusgruppe, en gruppe som blir lite verdsatt og sett ned på, har sine egne problemer. Effekten av mange års kulturell undertrykking av samer er at samers egen selvrespekt er svak. Det representerer et alvorlig psykisk problem å måtte leve med et foraktelig syn på seg selv, et foraktelig syn som stammer fra andre. Dette problemet har blitt demonstrert i en serie klassiske eksperimenter med barn og dukker (Clark og Clark 1939). Eksperimentet (som senere er blitt gjentatt flere ganger med visse variasjoner) går i hovedsak ut på å tilby barn et uvalg dukker å leke med, et utvalg hvor forskjellige etniske grupper er representert. Barna blir spurt hvilke de foretrekker, hvilke de gjerne vil ta med seg hjem, og oppmuntres til å bedømme dukkenes verdi (snill, slem osv.). De blir også bedt om å si hvilke dukker som likner mest på dem selv. Resultatet blir vanligvis at hvite barn identifiserer seg med de hvite dukkene og tillegger dem positive egenskaper, mens svarte barn også har lett for å tillegge de hvite dukkene gode egenskaper og nedvurdere de svarte. Svarte barn har vanskeligere for å avgjøre hvilke dukker som likner dem selv. Følgelig er det hvite barn i en behagelig situasjon hvor - jeg er bra - hvit dukke er bra - hvit dukke er meg; mens det svarte barnets situasjon er at - jeg er bra - svart dukke er ikke bra - svart dukke/hvit dukke er meg?, noe som er en uharmonisk situasjon. Undersøkelser som er foretatt i mange forskjellige land i tiden etter krigen, både med denne teknikken og andre teknikker, tyder på at dette resultatet stort sett fremkommer i ethvert tilfelle hvor man studerer en minoritetsgruppe som har lav status (Milner 1975).

Det er mange måter å reagere på i en slik uharmonisk situasjon. En måte er selvfornektelsen - man fornekter sin samiske identitet og prøver å adoptere majoritetsidentiteten. I noen tilfeller kan det innebære så mye fornektelse at det nesten er snakk om å amputere sitt tidligere jeg. Som en illustrasjon på denne løsningsmåten, vil jeg sitere en karibisk dikter:

Gamle Far.

Gamle far kom til England
vinteren '58.
Kulden bet ham hardt,
han bar seg i sin vesle kjellerhybel
nede ved elven.
Hver dag jamret han høyt:
"Mann, nå tar jeg neste båt hjem".
Med da våren kom
var Gamle far her ennå.

Tiden gikk.
Gamle far begynte å skifte fotfeste.
Røttene hans betyr ingenting nå.
Han glatter håret,
klemmer det flatt.
Fargede jenter vil han ikke vite av -
Dag etter dag ser du ham
sprade bortover veien med en blondine,
aldri noen brunette.
Og dressen hans, fløtegul eller beige,
aldri noe mørkt.

Gamle far menger seg ikke med gutta
på lørdagskvelden mer -
Nei, han sitter på puben borte i veien -
Den på hjørnet
hvor de ikke liker å servere negre -
Og han slår vitser om oss sammen med
de hvite.
"Uffameg", sier han,
"Er det ikke motbydelig
hvordan de gjør seg til
på cricketkampene".

Han hilser ikke mer,
spiser ikke taro eller syltetøy -
"Ikke særlig fordøyelig" -
Og Gud forby,
han vender til og med ryggen
til saltfisk med brød.

Jøss,
Gamle far vil ikke kjennes ved oss nå,
i sin hvite Rover
med glattslikket hår.
Og de hvite sier at
"Han er et forbilde for sitt folk".

Hugh Boatswain

En psykologisk løsning på motsatt ytterpunkt er å forkaste det påførte bildet av den gruppen man tilhører og tvert imot forherlige og opphøye alt ens eget samtidig som man forkaster alt fra undertrykkerkulturen som dårlig eller ondt.

De fleste medlemmer av etniske minoriteter søker et kompromiss mellom disse to ytterpunktene.
Å kunne leve med slike uløste konflikter som her er beskrevet krever en viss psykisk stabilitet. De fleste medlemmer av minoritetsgrupper er stabile mennesker. Men når denne stabiliteten velter og en person blir sinnsyk, må vi huske denne påkjenningen blant mange andre og ta den med i betraktningen.

Som noen av dere kanskje vet, har poliklinikken i Karasjok fra 1986 hatt tilknyttet sosialantropolog i forskerstilling, nemlig Vigdis Stordahl. Dette er et samarbeidsprosjekt med Nordisk Samisk Institutt som et ledd i utviklingen av samisk psykiatri.
Hennes forskningsprosjekts tittel er: "Etnisk integrasjon og identitetsutforming på lokalplanet: personlige dilemma og sosiale problemer". Dette er en forskning som går rett inn i problematikken rundt kultur som etilogisk faktor, spesielt minoritetssituasjonen.

Til slutt vil jeg si at en psykiatri som ikke tar hensyn til og inkluderer den viten og de perspektiver jeg her har kommet inn på, er en dårlig psykiatri og også en fattig psykiatri. La oss håpe at samisk psykiatri utvikler seg i pakt med god gammel samisk tradisjon om å se mennesket i en større helhet, et større perspektiv.

❑

DEMRING

Dagene smiler nå
blekt begynnende.
Folkets eget smil.

Dyrene trør stilt
i moselandet.

Kveldene er mettere nå
matet med mening.
Folkets eget strev.

Fisken vaker
i elvene.

Morgenen er mer tåkete nå.
Herrefolkets mål
tildekket av ord.

Rypa flyr høyt
over åsene.

Tida var synligere før.
Kneblet liv, forbudt språk
folkets røst kvalt og hånt.

Molta modner gyllent
over myrene.

Håpet nå
klarere enn før:
Folket er sterkere.
De tror på seg sjøl.

Flagget vaier fritt
framfor husene.

Laila Stien
(fra: 'Fabler. Frost')

Vi har ikke nedgangstider

sier Knut Johnsen - rheumatolog og en av initiativtakerne til spesialistsenteret i Karasjok. Mette Brekke har slått av en prat med ham:

MB:
Knut Johnsen - et spesialistsenter midt på Finnmarksvidda - hva skal det bety?

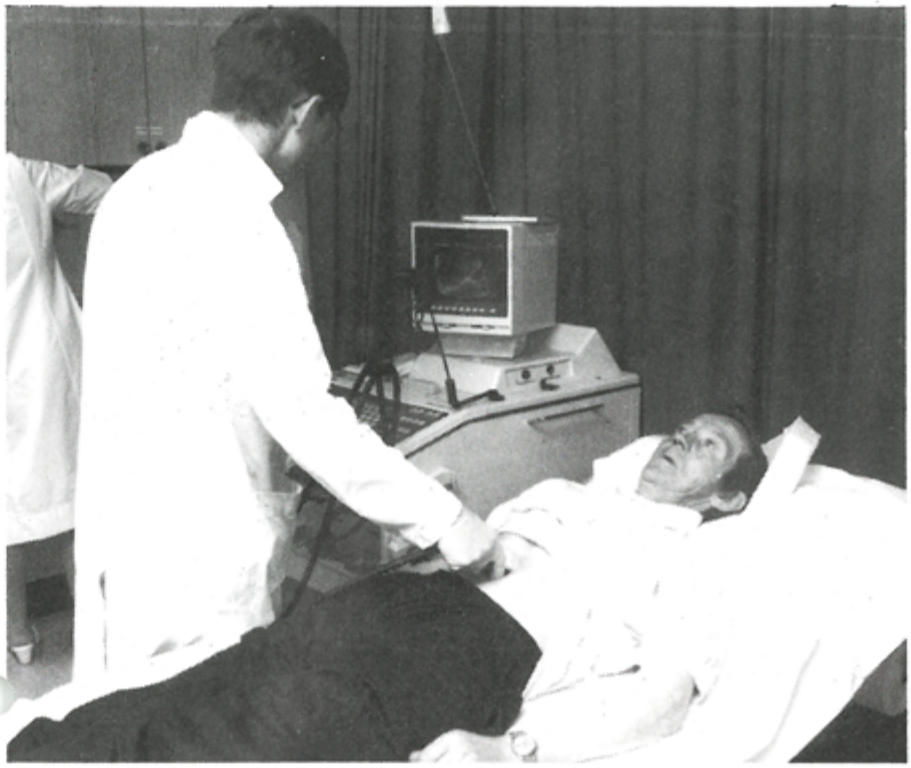
KJ:
Ideen til dette har vokst fram over år - ut fra den generelle samiske samfunnsutvikling. Det har blitt et naturlig krav i folket om å få et fullverdig spesialisttilbud på sitt eget språk. Og dette er vår overordnede faglige målsetting. Men vi har begynt i det små. Vi starta opp i febr. -87. Nå er vi to indremedisinere, fysiokjemiker, to sykepleiere og sekretær - alle samisktalende.

MB:
Hvordan arbeider dere?

KJ:
Vi satser på poliklinisk virksomhet, og gjør de samme utredninger som en medisinsk poliklinikk ved et sykehus: gastroskopi - coloskopi - ultralyd-us. - belastnings-EKG - ekkodoppler-us. og ulike endokrinologiske og gastroenterologiske belastningstester.
Vi deler lab. og rtg-lab. med kommunehelsetjenesten som har utmerket utstyr til ikke-kontrast-rtg.us. og som har ansatt radiograf. Alle rtg. bildene blir forøvrig sett av rtg. lege ved regionssykehuset i Tromsø.

MB:
Hvor kommer pasientene fra?

KJ:
De kommer fra Alta - Kautokeino - Porsanger -Karasjok - Tana & Nesseby. Totalt sett regner vi med et oppland på 20 000 mennesker. Også Utsjok kommune i Finnland har brukt oss. Dette har nå stoppet opp pga. problemer med



betalingsordninga, men vi regner med å få det i gang igjen fra -89.

MB:
Tar dere imot norsktalende pasienter?

KJ:
Ca 20 % av våre pasienter er norsktalende.

MB:
Hva med primærlegene - vil de ikke lett føle seg presset til å overføre "alle som feiler noe" til dere og dermed selv bli sittende igjen med de "mindre interessante" pasientene?

KJ:
Jeg tror ikke det. Vi har et godt forhold til kommunehelsetjenesten. Vi satser bevisst på tilbake-henvisning. Og epikrisen skal gå ut neste dag. Så vi har inntrykk av at primærlegene setter pris på vår service.

MB:
Og hvordan har befolkningen tatt imot dere?

KJ:
Varmt! Det var full klaff fra første stund. Vi hadde ikke tort å håpe på det, men regnet med å møte en viss skepsis, siden dette var nytt og ukjent. Kommunene har også vært positive og har engasjert seg for å påvirke fylke og stat til å støtte oss økonomisk.

MB:
Ja, hva med økonomien? Er dere kanskje Finnmarks svar på Ringsenteret?

KJ:
Nei, nei! Pasientene betaler vanlig mellomlegg. Men finansieringen har vært et problem hele tida. Helst ville vi hatt full offentlig finansiering på linje med en sykehuspoliklinikk. Vi søkte fylkeskommunen om dette, men fikk avslag. Hittil har vi fått driftstilskudd for en spesialist, men vi håper å få for den andre fra neste år (-89). Nå har staten bevilget 2,2 mill. kr til samisk spesialisthelsetjeneste under forutsetning av at fylkeskommunen bidrar med 25 % av det totale beløp. Mye av dette vil gå til psykiatrien, men noe også til oss.
Vi er spent på fylkets avgjørelse.

MB:
Hvordan er deres forhold til Finnmark fylkeskommune?

KJ:
Fylkeskommunen har ikke vist entusiasme, snarere tvert imot. Vi er nok blitt oppfattet som en brysom gjeng - som kverulanter, kanskje. Og dette har vel en historisk forklaring. De samiske områdene har aldri blitt høyt prioritert innen Finnmark fylke. Men i det siste har vi opplevd et sterkt statlig engasjement. Blant annet har sosialministeren vist stor interesse.

MB:
Hvilke mål og forhåpninger har dere for framtida?

KJ:
Vår faglige målsetting er som sagt å bygge opp et fullverdig spesialisttilbud på samisk. I -89 får vi øyenlege, fra 1990 ØNH-lege. På sikt ønsker vi pediater, hudlege og nevrolog. Og vi ønsker en finansiering i full offentlig regi. Dette er de konkrete mål. Men vårt overordnede mål er å styrke den samiske identitet og det samiske samfunns infrastruktur. Vi mener at vi bidrar til det. Og vi mener å ha en positiv innvirkning på rekruttering av samer til helseutdanningene. Og ikke minst - vi har fått satt samisk helsetjeneste på dagsordenen. Det har blitt mye debatt omkring oss.

MB:
Hvordan opplever dere arbeidet?

KJ:
Vi må jobbe hardere enn vi bør pga. finansieringsproblemene. Men vi er optimistiske.

MB:
Men er det ikke dristig å satse så friskt i et kriserammet og fraflyttingstruet fylke som Finnmark?

KJ:
Vi har ikke de samme krisene her i indre Finnmark. Det er ikke nedgangstider som preger oss.

❑

Norsk helsearbeider i sameland

Anne Heggland, utdannet ved fysioterapihøyskolen i Oslo 1971. 1/2 års videreutd. i generell fysioterapi, 1 års videreutd. i helse-& sos. administrasjon ved Agder distriktshøyskole. 1 år ved psyk.klinikk Haukeland sykehus, 1 år ved Bangner general hospital, Skottland, 3 år ved Porsanger Helsetun, Lakselv. Siden 1977 kommunefysioterapeut i Karasjok.

Av Anne Heggland

Det er knyttet mange følelser til det å komme som norsk til et samisk samfunn. Følelsene er både positive og negative. Dette gjør med andre ord noe *med* oss.

Som helsearbeider har man rollen som behandleren, den som har kunnskap, myndighet og dermed mest makt. Pasienten er den som søker hjelp, og som har mindre kunnskap og mindre makt. Hvordan dette scenebilde vil utvikle seg når man vet at de fleste helsearbeidere i samisktalende strøk har vært, og fremdeles er norske og norsktalende, kan man tenke seg.

Sosial interaksjon forutsetter kommunikasjon - både verbal og non-verbal. For den norsktalende helsearbeider blir de verbale kommunikasjonsproblemer de mest fremtredende, og de mest begrensende for det gode samspill. Samtidig som helsearbeider og pasient ikke klarer å snakke forståelig med hverandre, blir også den non-verbale kommunikasjon - kroppsspråket - forvirrende. Jeg som fysioterapeut vil kunne merke det både i holdningsmønster, muskelspenninger og i respirasjon.

For hvilket språk velger man i denne situasjon? I utgangspunktet har behandleren høyere status enn pasienten. All viten og erfaring viser at det språket den med høyest status behersker best blir kommunikasjonsspråket. Den samisktalende pasient blir som regel den tapende part. Også her har den samisktalende måttet lære seg stor-samfunnets språk for i det hele tatt å orientere seg i det offentlige apparatet.

Men slik har det alltid vært vil mange si. Da jeg for et par år siden intervjuet samisktalende om hvordan det er å oppsøke norsktalende helsevesen, var svarene gjennomgående de samme:

- det har alltid vært slik
- vi har blitt så vant til det
- vi har lært hva vi skal si hos legen og vi bruker de ordene

Men nå ser man hvordan oppfatningen har endret seg, fra et mer fragmentarisk syn på sykdom - det man har kalt maskinfeil-tankegangen - til å se mennesket som en helhet, hvor man inkluderer både psyke og soma.
Man erkjenner at mennesket påvirkes av fysiske og psykiske belastninger samtidig, og at sosiale forhold, økonomiske forhold osv. har stor betydning for menneskets totale helsetilstand.

Som norsktalende helsearbeider får man problemer i forhold til dette. Man kan overleve dersom man følger den omtalte maskinfeiltankegangen, hvor man finner feilen og prøver å reparere den. Og man har i stor grad også oppfylt rolleforventningene, da mange pasienters holdning og forventning til helsevesenet er å bli gjort noe med.
I mange tilfeller er dette bra nok.

På den annen side, om man ser på dagens helsebilde med psykiske sykdommer og livsstilssykdommer som noe av det mest dominerende, er man ofte avhengig av dialog, samtale, kommunikasjon, for å få en god sykehistorie og for å kunne hjelpe pasienten.

Da også forebygging har blitt en viktig del av behandlingsstrategien, må man kunne formidle opplysning på en for pasienten forståelig, inspirerende og pedagogisk riktig måte. Dilemmaet for den norsktalende behandler blir om

man klarer å ivareta helhetssynet på pasienten, og klarer å formidle helseopplysning slik man mener er riktig, eller om man i frustrasjon og usikkerhet griper fatt i det som er somatisk sykt hos pasienten og lar det andre være.

Konklusjon

Ønsker man å ivareta hele mennesket, og ønsker man videre å vinkle behandlingsopplegget inn på forebyggende arbeid, vil man som norsktalende helsearbeider oppleve begrensninger når man ikke snakker samme dagligspråk som pasienten. Man kan si at den samisktalende pasient får et dårligere behandlingstilbud enn den norsktalende.

Så tilbake til den mer følelsesmessige siden av temaet. Jeg nevnte i begynnelsen at det skjer noe med oss norske som kommer hit.

Generelt blir man som helsearbeider godt mottatt hos folk, fordi man representerer en som kan hjelpe, en som skal og kan vise omsorg. Men når man kommer til et samisk distrikt og er både norsk, og i tillegg norsk helsearbeider, oppdager man at man hverken blir godt mottatt eller godtatt. Fordi dette skjer nesten for oss alle, og vi stadig blir konfrontert med språk-problemer og kulturell forvirring, må jeg innrømme at jeg aldri har anbefalt norsktalende helsepersonell å komme hit. Dette både ut fra det synspunkt at helsepersonell her ideelt sett bør være samisktalende, men like så mye pga. alle konflikter som oppstår.
Men dette er teori. For det skjer også noe med en selv, ens forhold til seg selv og til sin egen identitet.

Jeg har delt det inn i fire faser. Noe av dette er selvopplevd, derfor tør jeg å si det. Innholdet har jeg lagt i fire store sekker, og man kan plukke opp av dem det man kjenner som opplevd og forkaste det andre som ikke opplevd.

Jeg vil tilføye at utviklingen ikke går i rett linje gjennom alle fasene. Man befinner seg kanskje på siden, man blir værende i en av fasene kortere eller lengre tid, eller man hopper over en fase osv.

Fase 1 har jeg kalt: *Forståelses- og forventningsfasen*: Man har lest om samer og mener at mye at det den norske stat har gjort er svært galt. Norsk assimilasjonspolitikk har vært et overgrep. Man vil komme med åpne øyne og være positiv. Videre har man jo forventninger, det har alle som søker arbeid og kommer til et nytt sted. Ønske om sosialt fellesskap, trivsel og utvikling, både i arbeidet og privat.

Fase 2: *Identitetsvakling - forkasting*: For man opplever at her nytter det kanskje ikke å være åpen og forståelsesfull. Man *er* en representant for storsamfunnet, det som har undertrykket, som representerer stress, materialisme ol. I skuffelse over ikke å bli akseptert og i streben etter å bli akseptert begynner man å forkaste noe av det man kommer fra, og man prøver å bli same. Man vil bare være sammen med samer, alt det samiske er bra, ens eget får mindre verdi osv.

Fase 3: *Aggresjonsfasen*: Heller ikke dette går. Man blir ikke akseptert likevel. Og man blir sint, lei, orker ikke å være her mer, flytter herfra. Ingen ting nytter. Noen flytter, andre trekker seg tilbake og blir endel av det rent norske miljøet.

Fase 4: *"Finne tilbake til seg selv"*: Dette er den essensielle fasen etter min erfaring, hvis man skal bli en del av dette samfunnet. Man er nødt til å godta sin egen bakgrunn, finne seg selv, bli trygg på sin egen identitet. Jeg bruker ikke ordet stolt, for det ordet har noe stengende i seg, noe undertrykkende, men jeg bruker ordet trygg. For når man står på trygg grunn tør man åpne sansene sine, lytte, se, oppfatte, for det første pasientens behov og deres opplevelse av det å være syk, men også det samiske samfunnet.
Da skjønner man kanskje også samenes leting etter tapt identitet og trygghet. Vi norske må nemlig kunne samarbeide både med de samiske pasientene og med våre medarbeidere på samenes premisser, for det er vi som har flyttet *hit*.
Vi trenger foruten sunn fornuft også kunnskap i samisk språk. Vi trenger kunnskap om samisk kultur og historie, og om transkulturelle fenomener. Vi trenger å få satt ord på våre opplevelser og erfaringer. Mye av dette må vi arbeide med selv, men vi trenger også andre faggrupper til å hjelpe oss med det. Først når vi har fått dette perspektivet på ting, kan vi blir en del av samfunnet her og gjøre en god jobb. ❑

Presentasjon av samisk legeforening

Ester Fjellheim er født i et lite sørsamisk samfunn ca. 6 mil fra Røros i et øde fjellområde uten veiforbindelse, elektrisitet eller andre "moderne faciliteter". Folkeskole på Finnemisjonens internatskole for samebarn. Reindrift i kombinasjon med småbruk var næringsveien, og det var geografisk og økonomisk ingen enkel sak å skaffe seg videre utdanning. Jobb som legesekretær og kveldsgymnas. Cand. med. 1981 (Tromsø). Spesialist i allmennmedisin, - har bare ikke fått "orden i papirene" enda. Som ny formann i Sámi Doaktriid Searvi ser hun en stor utfordring i samisk "identitetsreising" i kyststrøkene.

Av Ester Fjellheim

Sámi Doaktriid Searvi/Samisk Legeforening ble stiftet i 1984 med Egil Utsi som leder. Siv Kvernmo som overtok ledelsen etter to år har vært med helt fra starten, hun trengte en "friperiode" og ble erstattet med ny ledelse høsten -88.

Foreningens målsetting er:

- Å forbedre helsetjenestetilbudet for den samiske befolkning. Helsetjenesten må tilrettelegges for den samiske pasient, språklig og kulturelt.

- Å spre kunnskap og informasjon om den samiske pasients spesielle situasjon kulturelt og språklig.

- Å arbeide for at flere samer tar utdanning innen medisin.

- Å fremme utdanning innen etnisk medisin.

- Samarbeid med annet helse- og sosialpersonell i samiske områder.

- Å fremme helseopplysning på samisk blant samene.

Tatt i betraktning at vi er en liten etnisk minoritet er vi fornøyd med at medlemstallet allerede har passert 45. (Her er medregnet våre svenske og finske kolleger, medisinske studenter og noen få tannleger/veterinærer.)

I løpet av den relativt sett korte tiden foreningen har eksistert er det nedlagt et betydelig arbeid som vi allerede nå ser positive resultater av.

Mange ting kan nevnes, men spesielt vil vi framheve utviklingen og utbyggingen av spesialisthelsetjenesten for den samiske befolkningen i Indre Finnmark. Foreningen med styret i spissen har maktet å få gjennomslag hos de politiske myndigheter for at "helse for alle" betyr at helsetjenester for den samiske befolkningen må styrkes, dette for å sikre et tilbud som er likeverdig med den øvrige befolknings helsetjeneste. Denne forståelsen er delvis kommet til uttrykk på statsbudsjettet for kommende år.

Foreningen har vært svært aktiv for å sikre en kulturpolitisk og faglig utvikling ved å påta seg større arrangementer. Her kan nevnes "helse- og sosialpolitisk" møte mai -86, hvor statlige myndigheter var representert med sosialministeren sammen med representanter for Finnmark - Troms fylke og Universitetet i Tromsø. Andre seminarer som kan nevnes er "samisk helse og kultur" sept. 88. Fagseminarer har det vært mange av, f. eks. "Transkulturell psykiatri" hvor en internasjonal kapasitet på området - Phillip Rack var gjesteforleser.

Perspektiver på helse- og sosialtjenesten overfor den samiske befolkningen er det nedlagt mye arbeid i, likeledes strategier for å utvikle etnisk medisin på høyskole- og universitetsnivå.
Men oppgavene er mange og store for en liten forening. Blant annet kan nevnes at vi enda ikke har klart å skaffe bevilgninger til et sekretariat, slik at alt arbeidet blir "fritidsarbeid" på toppen av lange arbeidsdager. Derfor står denne saken høyt på ønskelisten sammen med de andre samiske helsefaglige foreninger som vi legger vekt på å samarbeide med, nemlig Sámi Sosialbargiid searvi/samisk sosialarbeiderforening og Sámi Buohccidiksu Searvi/Samisk Sykepleierforening. Ett eksempel på samarbeide er o. n. helse- og sosialpolitiske møte mai -86.

Det er også viktig for foreningen å samarbeide "over grensen".
Det samiske folk på nordkalotten er ett folk, finske og svenske kolleger er der-

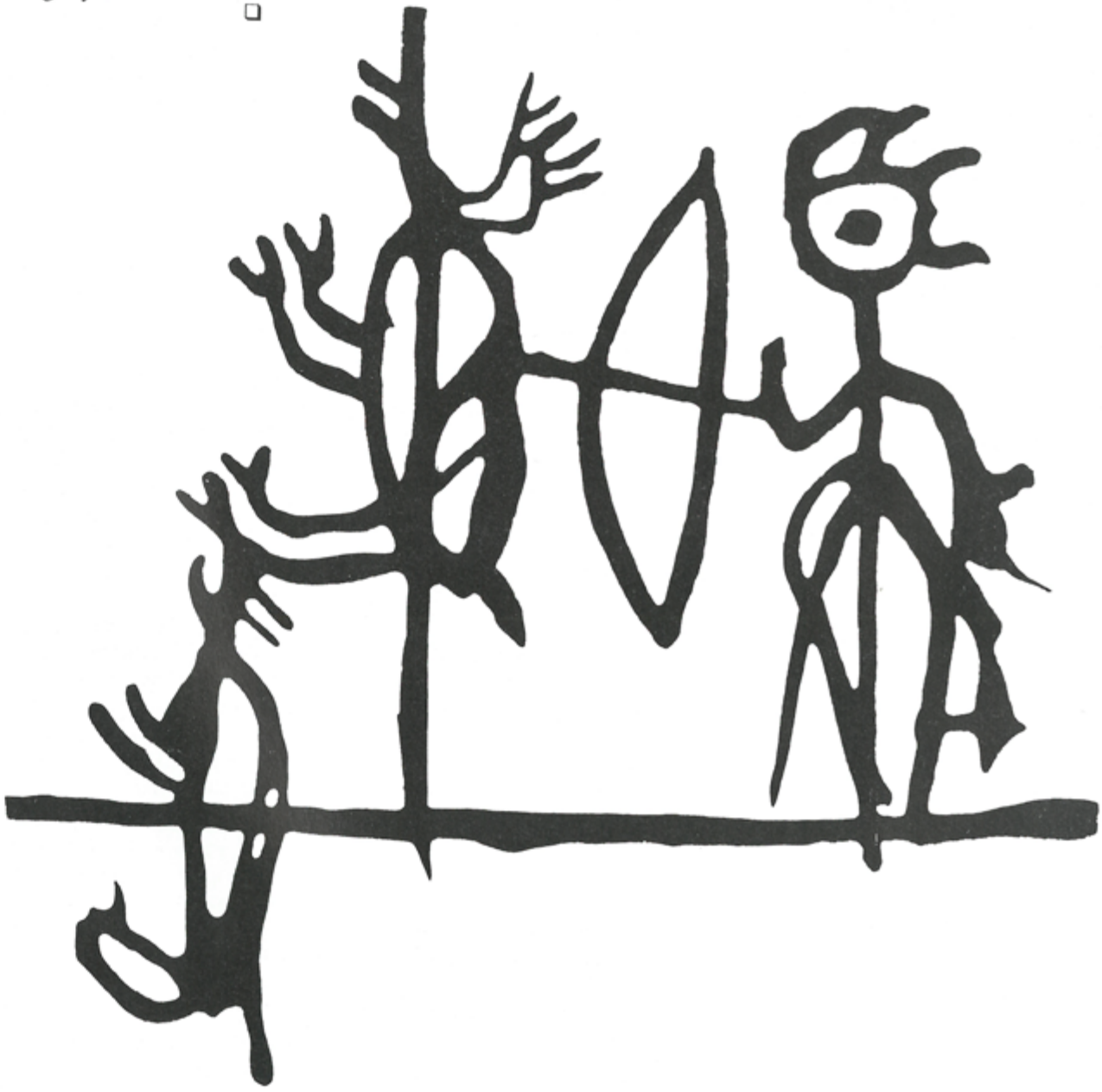
for viktige medlemmer og samarbeidspartnere. Forståelsen for dette er ikke alltid like stor hos nasjonale myndigheter.

Nettopp fordi vi er en liten forening må vi arbeide etappevis og systematisk. Dette er hovedårsaken til utskiftningen vi foretok i styre og ledelse ved årsmøtet i høst, hvor styrets tyngde og ledelse ble flyttet til Tromsø.
Herfra vil vi legge stor vekt på å arbeide for utviklingen av et bedre helsepolitisk program for den sjø- og fjordsamiske befolkningen. Her er så og si ingenting gjort, man kan trygt si at denne store etniske gruppen er "det glemte folk". Det betyr ikke at vi forlater de godt påbegynte sakene i Indre Finnmark, men her er "snøballen" begynt å rulle i riktig og positiv retning, og det er lettere å "dytte" denne videre enn å lage nye.

❑

Jeg er en nomade. Jeg pendler
mellom dagen og Drømmetiden.
Europa ser ikke Drømmetiden,
selv ikke her hvor den er nær.
I Drømmetiden er alt første gang.
Reinsdyrguden hever sitt gevir.
Fabelfisken svømmer ut av fjellet.

Ailo Gaup
("under dobbel stjernehimmel")



Utpostens redaksjonskomite

Berit Austveg, Oslo (02-35.31.80)

Elise Klouman Bekken, Oslo (02-20.10.70)

Eli Berg, Roverud (066-13.403)

Kari Bjørneboe, Blommenholm (02-27.76.00)

Åsa Rytter Evensen, Oslo (02-55.92.10/02-50.43.90)

Signe Flottorp, Oslo (02-61.10.50)

Reidun Førde, Oslo (02-55.92.10)

Synnøve Grønn, Blomsterdalen (05-22.68.69)

Marit Bjårtveit Kruger, Skogn (076-81.900)

Beate Lupton, Båtsfjord (085-83.117)

Anne Katrine Nore, Oslo (02-15.95.50)

Anne Wyller Shetelig, Klæbu (07-59.88.75)

Inger Marie Steinsholt, Kongsberg (03-73.53.55)

Telefonnummer er stort sett til arbeids-sted.

Halcion® (triazolam)

B Hypnotikum

Tabletter: 0,125 mg. og 0,25 mg.
Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin. 0,25 mg tabletten har delstrek.

Egenskaper:
Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7—3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjennfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i faeces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:
Triazolam er indiset hos pasienter med forbigående og kortvarig insomni. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomni.

Kontraindikasjoner:
Hypersensitivitet for legemidlet.

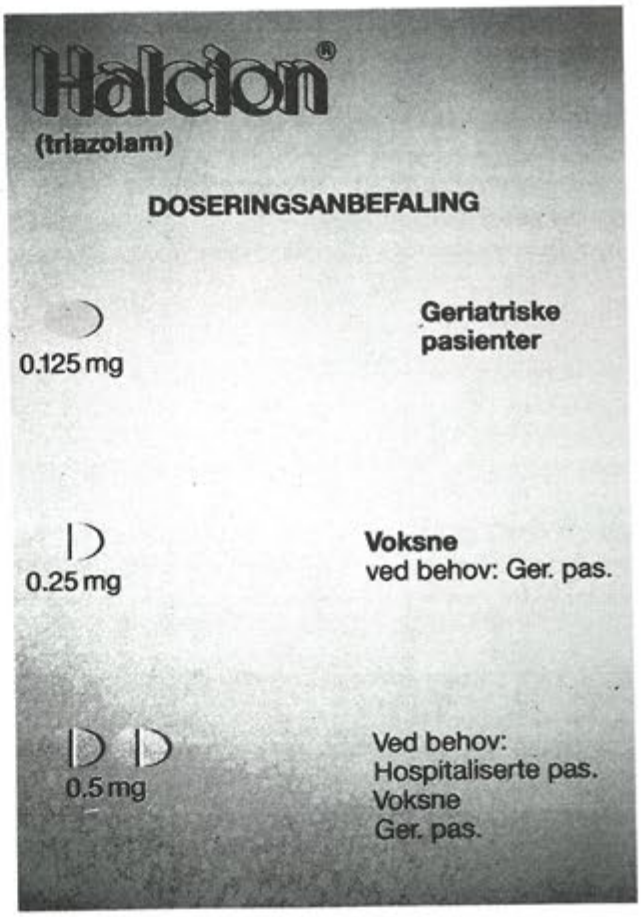
Bivirkninger:
Hovedsaklig doseavhengighet. Døsighet, omtåkethet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

△ **Forsiktighetsregler:**
Bør fortrinnsvis gis et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofylt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Interaksjoner:
Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonere kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidine, men akkumulering forekommer ikke ved gjentatt dosering. Ved samtidig inntak av erytromycin kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. (I:55 e benzodiazepiner).

Dosering:
Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125—0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25—0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre).
Voksne: 0,25—0,5 mg.

Pakninger og priser:
0,125 mg: 10 tabl. kr. 17,00 — 30 tabl. kr. 31,85 — 100 tabl. kr. 83,30 — 10×100 tabl. kr. 784,15
0,25 mg: 10 tabl. kr. 21,75 — 30 tabl. kr. 44,20 — 100 tabl. kr. 121,85 — 10×100 tabl. kr. 1169,75



Halcion® (triazolam)

OPPLAGT NESTE DAG*

KORT INNSOVNINGSTID OG BEDRE SØVNKVALITET*

PRODUCT OF
Upjohn
CNS RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION
Upjohn Informasjon,
Boks 6749, St. Olavs Plass
0130 OSLO 1
Tlf. 02-20 72 20

*"Preparatkort HALCION"
Nytt fra Statens Legemiddelkontroll 15. sept. 1983

For nærmere opplysninger se Felleskatalogen

Job. no. 6869. 1 L

I hine haarde dager

Bjørn Tansem.
Han har vært kommunelege i Alta fra 1968. I lange perioder har han også betjent flere nabodistrikt når disse har vært uten egen lege. Bjørn Tansem har i mange år "vært" Finnmark legeforenings kurskomite. I 1988 fikk han Hedvig Salmis minnepris for sin innsats i fylkets helsetjeneste.

Foredrag på APLF's Altakurs 8-12 august 1988.

Av Bjørn Tansem

I forbindelse med APLF's ukekurs i Alta hadde vi en bolk vi kalte: Nordkalottmedisin. Vi hadde lyst til å presentere landsdelens fordeler og bakdeler - og gjenoppfriske noen av de "tilstander" vi opplevde i de hårde tidene i begynnelsen av 70-årene. Kort sagt litt om "hine hårde dager". Mens jeg tenkte gjennom dette, kom jeg imidlertid til at vi alle egentlig burde vite litt om de *riktig hårde dager* som vi gjennom medisinalrapporter og skildringer av tiden rundt begynnelsen av 1800-tallet har ganske god kjennskap til. Det er også fornøyelig å trekke paraleller mellom de tiltak myndighetene iverksatte dengang og nå - og de lokale politikernes tendens til "krisemaksimering....."

Men la oss starte med året 1792. Da kom til Alten og Finnmark for første gang en såkalt "districtschirurg" ved navn Suhr - en utdannet om enn mangelfullt - ordentlig lege som fikk hele det daværende Finnmark til sitt virkeområde. Han så dagens lys i København og dro som ung mann til sjøs og gikk etter en tid i land på St. Croix i Dansk Vestindia i Karibiske Hav. Her startet han sin medisinske løpebane som lærling hos byens "landsfysicus" - fylkeslegen. Han måtte ha vært dyktig, for etter få år kom han hjem til København og tilegnet seg tittelen "underchirurg" og ble så uten å avlegge eksamen beordret til Trondheim som regimentslege. To år senere ble han altså sendt til Alten hvor han tiltrådte som distriktskirurg. En kan vel saktens spørre seg hvor relevant utdannelsen på St. Croix var for legegjerningen i Finnmark.....

Unge Suhr skulle da dekke Finnmarkens Districts-Chirugicat med ca 6000 innbyggere i et vidstrakt, værhårdt område uten veier eller faste kommunikasjoner hvor reisene kunne vare flere uker, om ikke måneder med små dårlige farkoster eller med rein og pulk gjennom vintermørket på vidda. Og når vi vet hva han hadde å hjelpe seg med og hvor tungvint det var å skaffe seg "de nødtørftigste medicamenter" fra Haparanda 500 km borte eller fra Trondheim/Bergen med ukers reisetid hvis det da ikke var leilighet fra Arkangelsk - skjønner vi hvor uendelig bortskjemte vi er i dag.
Det var hårdere tider den gang.....
Suhr holdt ut i hele 6 år (hva er dagens gjennomsnitts-tjenestetid montro?) - før han dro hjem til København for å fullføre legeutdannelsen. Og utrolig nok: Han søkte seg tilbake til Alten og Finnmark - som hadde vært uten lege i 2 år! Han gikk til samme håpløse situasjon; med ren nød og sult i befolkningen. Suhr ble smertelig klar over sammenhengen mellom elendige levevilkår og helsetilstanden og da særlig de pestlignende epidemiene som raserte befolkningen i hele fylket. Ser vi likhetspunktene mellom våre levekårsundersøkelser og årsaker til hjerte-karsykdommer?

Suhr foretok flere omfattende inspeksjonsreiser - også til Øst-Finnmark. Strabasiøse månedslange turer i åpen båt for med egne øyne å bedømme situasjonen og å kunne sende tilstandsrapporter -medisinalberetninger - til sentralmyndighetene. Det fortelles også at han dro til Kautokeino med reinskyss "for at ei alene undersøge den der opkomne Epidemi, men og med de tjeneligste Midler at gå den imøde for

om mulig at standse og utrydde den..." Nord-Norge reglene var ikke innført på Suhrs tid! Han hadde stor familie og elendig lønn. Han fikk praktisk talt intet honorar av pasientene og måtte greie seg med sin lille faste lønn - *og* en viss avgift av brennevinssalget. Likevel fikk han utrettet mye, foregangsmann som han ble for å få innført koppevaksinasjon. Snedig greidde han å få koblet vaksinasjonen sammen med vielse og han fikk ansatt hjemmesykepleier - riktignok bare for kort tid - under en stygg epidemi i Altafjorden! I 1813 søkte Suhr avskjed -utslitt og syk - "etter langvarige og hårde giktsmerter, pådraget i Statens tjeneste..." Han døde allerede etter 3 år.

Det ble meget vanskelig å få ansatt ny lege i Alten og stortingsmannen Klerch foreslo allerede i 1817 "å heve lønn og bedre vilkårene for distriktslegene for om mulig å lokke dem nordover" - altså rene stimuleringstiltak. Svaret fra myndighetene var - da som nå: Vi har ikke penger! Finnmark var altså ett legedistrikt -bosted Alten. Det ble arbeidet for å dele det opp - men først i 1831 ble Øst- og Vestfinnmark to distrikter. I årene fram til århundreskiftet ble etterhvert flere distriktsleger tilsatt. Men de hadde en stri tørn likevel. Altadoktoren betjente Talvik, Alta og Kautokeino. Det var dengang det største legedistriktet i Norge med en befolkning på ca 5000. Da som nå den største befolkningskonsentrasjonen i fylket. Resten av Finnmark hadde ca 17500 innbyggere som 9 leger delte mellom seg. Altalegen måtte reise 16 mil til Kautokeino, 7 mil til Rognsund og Langfjorden. Bortsett fra at det tok så lang tid å reise, ble det så dyrt at folk ikke hadde råd til å hente legen før det bokstavelig talt sto om livet. Skyssen kunne koste 15-30 kr og i tillegg honorar - hvis det var noe å hente. Fiskerbefolkningen maktet bare ikke så store utlegg, og turene til f. eks. Kautokeino tok som regel 4 døgn - som førte til at resten av distriktet sto uten lege. I ytterdistriktene visste en selvsagt ikke om disse turene og en kan tenke seg fortvilelsen når folk i nød kom frem til legekontoret og fant det stengt med beskjed om at legen var i Kautokeino. Ingen lege, og hele den strabasiøse turen forgjeves.

I 1910 fant politikerne ut at Alta distrikt var for stort og delte det. Rett før første verdenskrigen i 1914 kom Norges første kvinnlige distriktslege til Alta. Hun het Trude Johnsen og holdt ut i hele 7 år. Alta/Talvik var et hårdt sjødistrikt og helt avhengig av båtskyss og dyktige skippere. Likefullt ble det mange strabasiøse og farefulle sykebesøk til befolkningen ytterst i fjorden. Ofte med flere døgn værfast i et fjordhøl uten adgang til telefon eller dampskipsanløp. De fleste steder var det ikke kai så legen ble rodd i land i fjæra og så var det å slepe kofferten langs stranda i sne og kav. Det var godt gjort at hun holdt ut så lenge, spesielt når en også vet at hun aldri hadde ferie på disse 7 årene! Hva sier dagens medisinmenn - kvinner til det.....

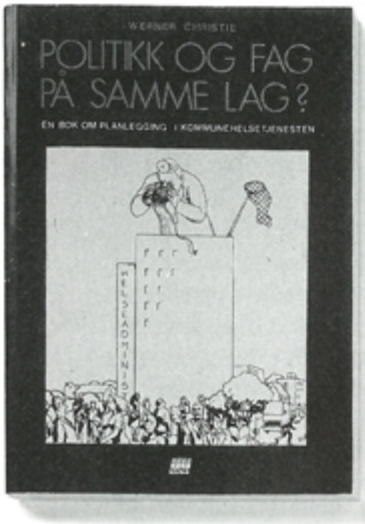
Langsomt, men sikkert ble imidlertid forholdene bedre. Flere distrikt, flere stillinger opprettet og helst besatte stillinger var ønskemålet. I 1967/68 var det bruktbart med leger i Vestfinnmark, men så raste bunnen ut av systemet. Hvis en lege reiste måtte nabolegen - etter lovens bestemmelse - overta ansvaret for det vakante distriktet - med en halv lønn som kompensasjon. Hvis flere distrikt ble stående tomme, ja så måtte en bare overta disse også. Daværende fylkeslege Øygard skjønte at noe måtte gjøres og Finnmark fylke bekostet opprustning av kontorer og utstyr i distriktet. Vi fikk blant annet diktafoner, arkivett og standard minimums instrumentarium. Utekontorene var heller sparsomt utstyrt. Selv måtte jeg i flere år sitte med en lommelykt i kjeften for å få lys til GU. Mange spiraler ble satt inn i slikt lys i den tiden - og så vidt jeg vet - uten komplikasjoner. Fra slutten av 1969 til 1971 var det absolutt krise i hele fylket. I Østfinnmark hadde Sør-Varanger ansvaret for Berlevåg, Båtsfjord, Vardø, Vadsø, Nesseby og jeg tror også Tana. Prof. Anders Forsdahl var alene om praktisk talt hele Østfylket. Det var riktignok sjøfly disponibelt, men selv om innsatsviljen og motet var på topp, satte værforholdene grenser. Skulle en rykke ut, måtte en bile i timevis hvis fly ikke kunne brukes. Det høres kanskje utrolig ut i dag, men Varangflyene hadde ofte best nytte av Cappelens veikart, samt våre geografiske lokalkunnskaper f. eks. når det gjaldt umerkede kraftlinjer over fjordarmer, skumle undervannsskjær på landingsplassene eller lignende.

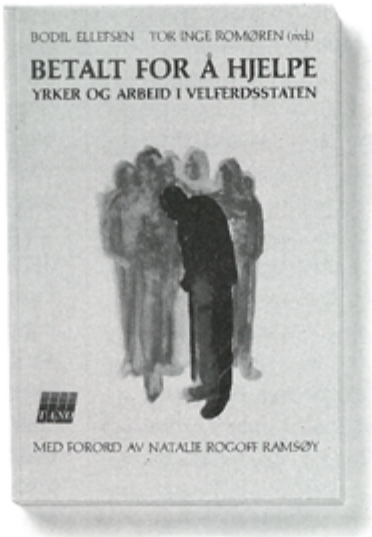
I Vestfinnmark var vi 3 eller 4 med stasjon i Alta. I perioder måtte vi betjene Hasvik, Loppa, Kautokeino, Karasjok, Porsanger og til og med Hammerfest i helserådssammenheng. 2 turnuskandidater var alene der. Vi skiftet på med opphold f. eks. i Loppa/Hasvik eller Karasjok/Porsanger. Avsluttet kontordagen her i Alta sent på kvelden. Slukte litt mat, klemte kona og så inn til ungene som sov, så satt vi i bilen 250 km over Sennaland og Hatter via Lakselv til Karasjok. Kontordag på sykestua, sykebesøk og om kvelden 85 km til Lakselv for å ha kontordag der. Vakt i hele området - omtrent på størrelse med Buskerud. Folk var enestående hyggelige og forståelsesfulle i den tiden. De var tålmodige og ringte meget sjelden sent på natten, unntatt ved virkelig alvorlige tilstander. Vi hadde også meget godt samarbeid med sykestuene og ikke minst helsesøstrene. Pasientenes lidelser ble vurdert og meddelt oss som som oftest kunne forordne medisin og/eller innleggelse på sykestua til observasjon. Vi kunne også legge dem direkte inn på Hammerfest sykehus pr. telefon. Det som hjalp oss mest, var kan hende at vi overalt hadde lokale kontakter som kunne bedømme riktigheten av opplysningene vi fikk.
Og der må jeg berømme de gamle telefonsentraldamene som visste utrolig mye om sine medmennesker. Vi kunne bruke dem som "vaktsentral" og koordineringsorgan. Sentralborddamene visste hvem som hadde ringt etter lege, hvor de bodde, om de var pålitelige eller hysteriske, om det var kjørbar vei etc, etc. Og de holdt seg nøye underrettet om hvor vi var og ikke minst om vi hadde fått oss litt søvn slik at vi kunne purres. De nedlagte bygdesentralene har en stor plass i mitt hjerte, med bakgrunn i 70-årene. Og så noen muntre historier til slutt:

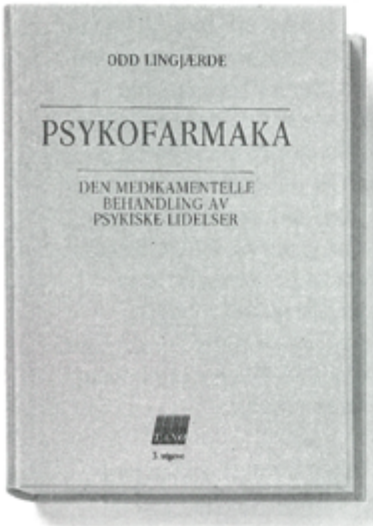
En dag mens jeg holdt til i Øksfjord måtte jeg av sted til Hasvik i full fart. Det var storm og høy sjø. Legebåten i Loppa var sjøgående og mannskapet vant, så turen over Sørøysundet til Hasvik var uproblematisk. Pasienten hadde appendicitt og måtte til Hammerfest. Eneste mulighet var å sende legebåten dit. Jeg måtte tilbake til Øksfjord hvor venteværelset satt fullt av folk som ikke hadde hatt lege på 3 uker, og været var så ille at ingen kunne eller ville gå ut. Legebåten kunne bruke 6-8 timer før jeg kunne

⇒

GÅ IKKE GLIPP AV DISSE VIKTIGE FAGBØKENE FRA TANO







WERNER CHRISTIE:
POLITIKK OG FAG – PÅ SAMME LAG?
En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten.
Oversiktlig og grundig behandles de mange aspekter ved helseplanleggingen. I samarbeid med Gruppe for helsetjenesteforskning, Sosialdepartementet og Overordnet styringsgruppe for helsevesenet har forfatteren tatt for seg kommunehelsetjenesten. Medisin, lokalpolitikk og nasjonale mål må være samspillende faktorer i kommunenes utforming og gjennomføring av planene. Boken gir et solid grunnlag for helseplanarbeidet, både historisk, ideologisk, teoretisk og praktisk.
Pris **kr. 178,-** Hf. 224 sider.

BODIL ELLEFSEN, TOR INGE ROMØREN (RED.)
BETALT FOR Å HJELPE
Yrker og arbeid i velferdsstaten.
I 12 artikler beskrives ulike sider ved helseprofesjonenes møte med pasientene. Artiklene grupperer seg rundt fire hovedemner: Samfunnsstruktur og hjelpende yrker – Yrkesgruppene og arbeidsplassen – Hjelpeapparatet og brukerne – Yrkesgrupper under nye rammebetingelser.
Natalie Rogoff Ramsøy, professor i sosiologi, redegjør i en innledning for hvorfor det er viktig å nærme seg yrkene i helsesektoren med samfunnsvitenskapelige metoder. Boken beskriver hvordan pasientene og hjelperne: Leger, sykepleiere, fysioterapeuter m.m. opplever sin hverdag og sine roller. Klarer de å virkeliggjøre velferdsstatens intensjoner i møtet med pasientene? Alle artikkelforfatterne har både samfunnsvitenskapelig og helsefaglig utdannelse og praksis.
Pris **kr. 188,-** Hf. 200 sider.

ODD LINGJÆRDE:
PSYKOFARMAKA, 3. UTGAVE
Den medikamentelle behandling av psykiske lidelser.
Senere års internasjonale forskning og omfattende utvikling innen farmakologien ligger til grunn for forfatterens utvidelse og totale revisjon av boken. Den henvender seg til psykiatere og andre leger som anvender psykofarmaka i sitt daglige virke. Siden første utgivelse har denne vært en av de mest ubredte og anvendte bøker innen sitt felt i Skandinavia.
Pris **kr. 448,-** Ib. 572 sider.

BJØRN WESTLIE:
I GRENSELANDET
Når forskning flytter grensen mellom liv og død.
Den høyteknologiske medisinske utvikling reiser sentrale etiske spørsmål. Forfatteren tar spesielt for seg teknologiens innmarsj i livets to mest kritiske faser: Fødsel og død. Boken behandler bl.a. hjernedødskriteriet, organtransplantasjon, fosterdiagnostikk, bioteknologi, etiske avveininger og samfunnsmessige prioriteringer.
Pris **kr. 158,-** Hf. 168 sider.

TANO
Det lille fagbokforlaget med de store forfatterne

BESTILLINGSKUPONG

Ja takk, vi bestiller gjerne følgende bøker:

.... stk. Politikk og fag – på samme lag? Kr. 178,-

.... stk. Psykofarmaka, 3. utg. Kr. 448,-

.... stk. I grenselandet. Kr. 158,-

.... stk. Betalt for å hjelpe. Kr. 188,-

FORSENDELSESOMKOSTNINGER KOMMER I TILLEGG.

NAVN: _____

ADRESSE: _____

POSTNR./STED: _____

Kupongen sendes

studia
UNIVERSITETSBOKHANDEL
P.B. 2627 5026 Bergen

komme til Øksfjord. I mellomtiden kom daværende stortingsmann Samuelsberg kjørende med bil til Hasvik. Han skulle også meget nødvendig til Øksfjord. Han visste også at presten i Loppa hadde kommet over til Hasvik med ei lita skøyte, men hadde nektet å dra ut i det dårlige været og tok heller hurtigruta forrige natt til Hammerfest. Dermed lå den lille skøyta i Hasvik. Vi spør skipperen der, foreslo Samuelsberg. Og denne var villig. Turen over tok flere timer, og var - selv for vante folk - litt av en opplevelse. Full storm, slingring og sjø inn over den lille båten som danset som en kork og truet hvert øyeblikk med å kantre. Stortingsmannen og jeg ble etterhvert mer og mer betenkt, ettersom vi nede fra lugaren hørte hvordan den åpenbart meget berusede skipper'n skrålte og sang høyere og høyere oppe i styrehuset. Vi kom frem i god behold, men fikk vite av folk i Øksfjord at "vi var gale som kunne ta ut i det været med den lille skøyta i det hele tatt!!"

For å sette vår lille stormfulle ferd i riktig perspektiv skal jeg til slutt lese en "sannferdig beretning av fiskeren Lasse Henriksen fra Sandland i Loppa om "Syketransport i gamle dager":

Syketransport i gamle dager

hentet fra boka "Ferden" av Lasse Henriksen, Sandland.

Petter Frank og Stor-Andreas var de 2 sterkeste menn på Sandland i min ungdom. De 2 karene var som regel med storseileren han Rasmus Jonsa på åttringen hans, som kalles for "Lindesnes".

Undertiden var Petter og Andreas også med mine båter "Havhesten" og "Skofla". Åttringen ble kalt "Havhesten" og den kunne man dra langt til havs med. Firroingen fikk navnet "Skofla" for den var bred framme og slo godt sjøen fra seg. Mangen storm og bølgebrott var disse båtene ute i, og adskillige fiskelaster har de ført på land i årenes løp.

En gang vi var på vei til havs kom det uventet og plutselig en ganske sterk vindrosse. I det samme kjente Petter et underlig stikk i øret, som om vinden hadde kastet noe på ham. Han hovnet opp i ansiktet og stemmen ble borte. Det ble vendereis og Petter måtte i seng. Det var den gang ingen lege i Loppa, og heller ikke kunne man rekke noen lege gjennom telefon, for det fantes det heller ikke på den tiden. Det endte med at Stor-Andreas, Gammel-Hans, Mikkal Søren og meg måtte dra avsted med Petter i båten "Lindesnes" til doktoren i Skjervøy. Det var sent på høsten, og det blåste en ganske kraftig vind fra nord. Petter ble anbragt i båthuset, og så var det å trekke i oljehyret og begynne å krysse ut av Bergsfjorden. Han Stor-Andreas var hovedsmann. Han hadde lært å seile av han Rasmus Jonsa og hadde ord på seg for å være en dristig seiler.

Vi tok løs fra Sandland om morgenen og ved kveldstid var vi framme i Skjervøy. Det viste seg at legen var reist til Kvænangen og Nordreisa. Sykestua var stengt, fordi søsteren var sluttet, så vi fikk ikke den syke inn der og heller ikke kunne vi ha ham liggende i båthuset. Til slutt fikk vi plass i bådstua hos handelsmannen, men det var et meget forfallent hus, så det var ikke noe bra oppholdssted for den syke. Der bodde vi i to døgn før legen kom hjem. Da legen hadde undersøkt Petter fant han ut at det var strengeste sort difteri, og beordret oss å reise til Hasvik med Petter. Det var ca 10 mils vei dit. Det var jo skarpeste tid på året, og forvåkte og trette etter 2 døgn i bådstua uten sengklær, var det ikke greit å fare så lang vei i åpen båt og mørke. Vi seilte allikevel og nådde Sandland om kvelden. Barna til Petter ble flyttet til naboene - de hadde 5 barn - og selv ble Petter liggende hjemme hvor konen passet ham.

Dagen etter bar det så ivei til Hasvik med Petter. Det ble stiv sydvest kuling med litt nedbør. Stor-Andreas stod ved vålen og holdt båten stødig så den ikke skulle forskjære seg på bårene og derved komme med langsiden mot bråttene. I slikt tilfelle kunne en lett trille rundt og forlise. Vi nådde Hasvik ut på dagen hvor doktor Pauss tok seg av Petter. Han ble lagt inn på sykehuset der. Pauss ga oss svovel i en tallerken. Med dette skulle vi røke båthuset i hele 6 timer. Vi la svovelen i båthusovnen, og så tok vi den tomme tallerkenen og gikk tilbake til Pauss med den. Han spurte om vi allerede hadde røkt oss ferdig. Vi hadde jo ikke fått i oppdrag å brenne svovelen i tallerkenen, og svarte som sant var, at vi hadde lagt svovelen i ovnen. Pauss sa at det gjorde ikke noe bare vi hadde tettet til røkrøret, så røken ikke slapp ut - Men det hadde vi nok ikke gjort. Så gikk vi ombord igjen etter kort tid, og Stor- Andreas tok resten av svovelen og kastet den på havet. Dernest satte han kaffekjelen over, for nå hadde vi ikke smakt hverken vått eller tørt siden vi dro hjemmefra.

Sydvesten frisknet etter hvert til orkan med sne og sludd. Det ble umulig å tenke på hjemveien igjen før været la seg, og vi innrettet oss på beste måte. Underlaget i sengene våre besto av bordfjøler og ingen sengeklær.
Om natten ble vi vekket av dr. Pauss og drengen hans som ba om hjelp til å redde skøyta som holdt på å drive av. Vi hjalp dem og skøyta ble reddet, men jeg holdt på å sette livet til. Jeg skulle ro i land en tamp, og herunder kantret jollen, men heldigvis var det så nært land at jeg klarte meg.

I ganske en uke måtte vi være i båthuset uten sengklær og uten kokmat, før stormen endelig spaknet av, men da dreide den nordlig og med kraftig dønning, som jo også trykket ned mot Hasvåg. Doktorvågen ble den kalt i daglig tale. Vi la 3 klor og dro av land. No skulle vi hjem. Stor-Andreas var hard å seile, og flere ganger holdt bordene i båten på å klovne når den falt tungt i sjøen. Midtveis mellom Sildnebben og Håen dreide vinden og vi måtte holde til i Sør-Tverfjord, da det var umulig å komme seg til Sandland. Vi kom da også som så mange ganger før til den gamle fisker Aslak Johansen. Vi var gjennomvåte, sultne og frosne. Da som ellers fikk vi mat og drikke i hans lune og varme stue - Smitten var ikke den tids folk så svært redde for. Han visste hvilket oppdrag vi hadde vært ute i, men han fryktet oss ikke. Nu var det sen kveld. Det blåste fra vest og det snedde. Det var en hel del sne på marken og det var tungt å komme fram, men vi gikk hjem ca 1 mils vei, skjønt det var natt og dårlig terreng. Vi nådde også fram ut på natta. Betaling for turen tok vi ikke, men følte det som alminnelig kristen- plikt å hjelpe sin neste og nabo.

Hvem vil gjøre det i dag?

❑

Kan vi fremme helse gjennom turist-næringen?

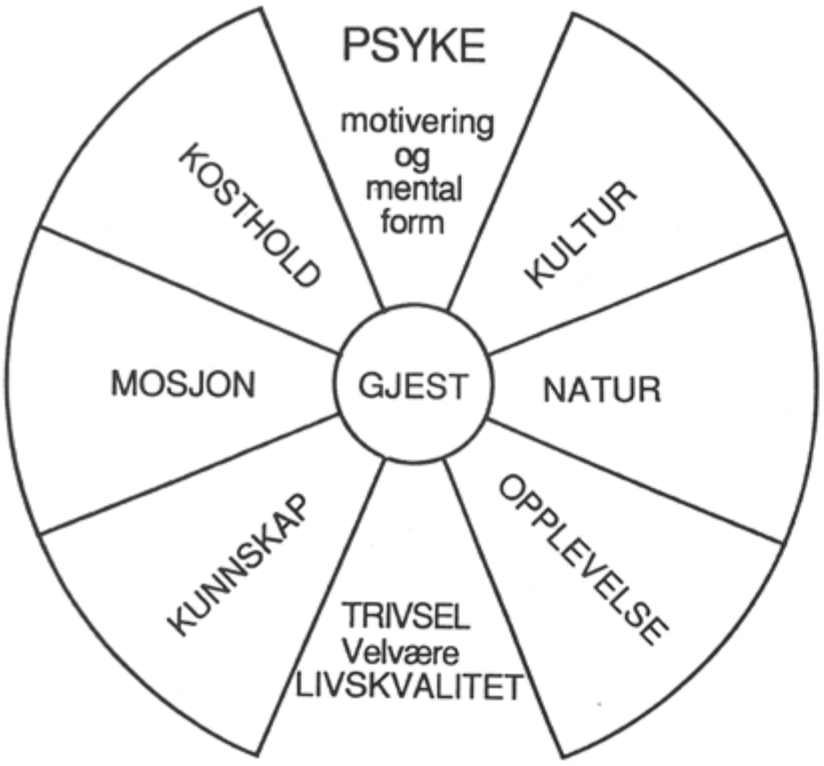
Konsulent John Elvestad, Vinstra, har vært leder for NORTRA's helseprosjekt og forfattet rapporten vedrørende mulighetene for å få fram tilbud innen helse og reiseliv i Norge.

Beskrivelse av et prosjekt i regi av NORTRA.

Av JohnElvestad.

Reiselivet har lange tradisjoner i å gi rekreasjon og tilbud om helsefremmende aktiviteter og opplevelser. Aktivitetene og behandlingen har fra høyfjellssanatorienes tid og videre framover skjedd på dels høyt faglig nivå, men også dels på grunnlag av mere tilfeldige interesser og ideer fra innehavere og andre. Kunnskapene om helse og forebyggende helsearbeid har ikke vært oppdaterte i takt med den medisinske utviklingen. Det har aldri vært forsøkt å gi reiselivet en felles faglig plattform å stå på i sin bestrebelse på å gi tilbud om helsefremmende virksomhet.

REISELIV - HELSE



Ett av målene med NORTRA's helseprosjekt er å forsøke å trekke retningslinjer for faglig tilhørighet og gi tilkjenne næringens mening om hva som er helse og forebyggende helsearbeid og hvilke definisjoner og ekspertise som legges til grunn for arbeidet.

Reiselivets helseprosjekt ønsker å basere seg på WHO's helsedefinisjon, og det blir understreket i rapporten at helse er avhengig av psykiske, fysiske og sosiale faktorer som ikke nødvendigvis knytter seg til sykdom. Det stilles krav til opplevelse og velvære. Denne definisjonen uttrykker også en forståelse for at mennesket fungerer som en helhet. Trivsel og glede er vesentlige helsefaktorer.

Vi vet at skadevirkningene av uheldige levevaner er store. Nettopp derfor er helseeffektene av livsstilsendring så store. Det som skal til for å redusere omfanget av skadevirkningene, er moderate endringer av folks levevaner med større vekt på enkelte forhold som: regelmessig mosjon, sunnere kosthold, slutte å røyke, redusert overvekt, redusert stressnivå, redusert alkoholforbruk, bedre trivsel og livskvalitet/velvære.

Grunnlaget er imidlertid at en selv har motivasjon og vilje til endring av livsstil, og at samfunnet, herunder myndighetene og næringslivet, legger forholdene til rette og kommer med ordninger og tilbud for å fremme sunne levevaner.

Kostnadene i det behandlende helsevesenet er meget betydelige og dessuten inne i en foruroligende vekst. Denne veksten medfører ikke nev-

neverdig mindre sykelighet i befolkningen. Behovet for forebyggende virksomhet er helt åpenbart enormt og variert, og det er viktig at privat sektor får komme inn og gjøre en innsats på en rekke områder.

På bakgrunn av dette er det klart at dersom reise- og næringslivet kan presentere seriøse og virksomme tiltak, vil politiske miljøer og myndighetene være lydhøre og se på etablering av prosjekter på en positiv måte.

Forutsetninger i Norge

Norge har åpenbart særlige forutsetninger og erfaringer for å kunne utvikle gode produkter innen helse og livsstil og formidle folkehelsebudskapet.

Viktige faktorer som kan trekkes fram er:

- Store ubrukte og attraktive naturressurser med stort opplevelsespotensiale. Lufta er frisk.

- Omfattende ekspertise og interesse for forebygging av helseskader og opparbeiding av gode helsevaner.

- Gode tradisjoner med kondisjonsidretter, turgåing og forhold natur - menneske og menneskets allmenne psykiske helse. Vi er blant de land i verden som har høyest levealder.

- Mattilbudet er rikholdig og dekker alle næringsmessige behov. Drikkevannet er godt. Vi kan finne tilbake til sunne norske kostholdstradisjoner med en interessant kulturbakgrunn.

Virksomheten i våre naboland

Prosjektets kartlegging av helseprodukter i Skandinavia og Tyskland viser at virksomheten er omfattende. I Norge har vi bare såvidt kommet i gang og kan registrere bare 3000 gjestedøgn i 1987. I Tyskland registreres det 4 mill. tyskere årlig på rene helseopplegg/ sunnhetsferier. Flere tusen nordmenn deltar årlig på sunnhetsferier i Tyskland. I Sverige har en registrert 28 helsesteder - "Friskvårdshem" med totalt 462.000 gjestedøgn årlig. Bare 22.370 av disse døgnene betales fullt ut av deltakeren. De svenske helsestedene drives i samarbeid med Hälsofrämjandet, en sunnhetsorganisasjon med over 3 mill. medlemmer. Vegetarkost og et holistisk helsesyn preger den faglige delen av oppleggene. 1800 nordmenn deltok i 1986 på svenske helsesteder. I Finland er det også en stor del av gjestene som får dekket sine utgifter fra det offentlige. Virksomheten i Finland er stor, uten at vi har klart å skaffe fram eksakte tall. Noen av helsehotellene i Finland er av meget høy standard og ligner på de anleggene som drives og planlegges i Norge.

Faglige ressurser

Prosjektet er blitt knyttet til høyt kvalifiserte ressurssentra både innen offentlig og privat sektor i Norge. Interessen fra faglige og næringsmessige miljøer har vært positiv. Av de organisasjoner, instanser og firmaer som er blitt kontaktet og har sagt ja til videre samarbeid og medvirkning kan nevnes: Norges Idrettsforbund, Norges Idrettshøyskole, Nasjonalforeningen for folkehelse, Statens Ernæringsråd, Aktimed. og Norges Idrettsmedisinske Institutt.
Her burde grunnlaget for den såkalte "Folkehelsealliansen" ligge dersom samarbeidet videreutvikles. ⇛

I prosjektets database for aktuell litteratur, video og undervisnings-materiell er det registrert 40 personer fra fagmiljøer, næringsliv, organisasjoner og politikk. Disse kan etter nærmere avtale delta i videreføringen av prosjektet sentralt eller ute i bedriftene. Det fellesfaglige grunnlaget for videre satsing på helseprodukter i reiselivet burde være det aller beste. Ressursene i reiselivet er gode. Hotellsituasjonen er gunstig og har ledig kapasitet i store deler av året. Aktivitetsanleggene er ikke overbelastet hverken ute eller inne.

Markedet

Markedet kan deles inn på følgende måte:

Norge vil være det dominerende marked i overskuelig framtid.
Av utenlandske markeder vil det være de skandinaviske land samt Nord-Tyskland som vil være de mest interessante.

De mest interessante målgruppe-kategorier er:

- Ledere med høyt stressnivå og stor arbeidsbelastning,

- personer med høy risiko for helseskader, som belastningslidelser, overvekt, røyking, psykisk slitasje/depresjon,

- aktive mosjonister,

- pensjonister,

- belønningsreiser.

- familier.

Markedsundersøkelsen i forbindelse med prosjektet kommer ut med et interessepotensiale på 18 % blant norske ledere. 10 % av bedriftene som var med i undersøkelsen, kunne tenke seg helseopplegg for egne ansatte som et reelt tilbud. Når dette summeres med eksisterende marked, gir det et arbeidspotensiale for næringen som ligger på 0,368 % av befolkningen. Dette betyr at det er mulig å komme opp på 47.000 gjeste-døgn pr. år på kort sikt, 2-3 år. Et slikt estimat forutsetter produktutvikling og markedsinnsats. Utviklingspotensialet mot år 2000 er betydelig, selv om det er usikkert. En relativt stor økning er sannsynlig.
En avgjørende forutsetning for et virkelig gjennombrudd og en tilfredsstillende økning, kan være at det totale presset fra helsemiljøer om økt satsing på forebygging blir så kraftig at det får konsekvenser for bevilgninger, refusjonsordninger og regelverk. Eksempelvis må reiselivsbedrifter nå velge mellom å ta inn fullt betalende gjester, eller bli rene helse- og rekreasjonssteder. En regelendring her, som kan gi oss tilsvarende forhold som i Sverige, Finland og Tyskland, kan bli en viktig faktor for å få videre utvikling.

Konkrete oppfølgingsprosjekter

Folkehelsesentra er planlagt i Hardanger og Gudbrandsdalen. Disse er tenkt som faglige og organisatoriske ressurssentra for utvikling og drift av reiselivets helseprodukter i den regionen de er knyttet til. Sentrene vil kunne legge forholdene til rette for reiselivsbedrifter som alene ikke har ressurser nok til å komme med på dette markedet. Driftsgrunnlaget for sentrene vil ligge i samarbeidet med omliggende reiselivsbedrifter og i lokalbefolkningen.
Sentrene vil yte tjenester til både lokalbefolkning og tilreisende. De grunnleggende tilbud som skal inngå i et slikt senter er:

- Mulighet for gjennomføring av ulike helsesjekker,

- egen velværeavdeling med svømmebasseng/-andre bassenger, fysioterapi, hudpleie, fotpleie, massasje osv,

- muligheten for individuell veiledning fra instruktør/medisinsk personell,

- utarbeidelse av individuelle helseprogrammer,

- tester, treningsprogram mv. for idrettsutøvere,

- utarbeidelse av kursopplegg til bruk i reiselivet,

- salg av helse- og velværeprodukter.

Reiselivsbedriftene får muligheten til å ta ansvar for: Innkvartering, transport, organisering av oppholdet og utvikling av ulike produktpakker i samarbeid med senteret.

Såvel totaltilbudet som det enkelte deltilbud må holde høy standard og bære preg av faglig dyktighet.

Selje og Ullensvang

Prøveprosjektene ved Selje hotell "Selje Aktiv" og ved Hotell Ullensvang "Ullensvang body in West" fortsetter selv om resultatene økonomisk sett har vært svake. Responsen fra dem som har deltatt har vært meget god og hotellledelsen har tro på produktene.

Produktene er utformet på bakgrunn av erfaringer og ideer fra utlandet etter studiereiser til England (Champeys og Inglewood Health Farms) og finske helsehotell (Haiko). Hotellene har utarbeidet undervisningsopplegg vedrørende fysisk aktivitet, stresshåndtering, avspenning, kosthold og psykisk form, samt oppfølgingsprogram og egen treningsplan tilpasset hver enkelt.

"Oslo-seminar om folkehelse".

I forbindelse med NORTRA's prosjekt Reiseliv - helse er det planlagt Seminar i Oslo i 1988/89. Et viktig mål med seminaret er å avklare ønskeligheten og muligheten for å legge en verdenskonferanse om folkehelse til Oslo, og foreslå hvordan en går fram for å få konferansen og eventuelt bistå norske arrangører med opplegget av en konferanse. Seminaret er videre tenkt å være en motiveringsmulighet overfor potensielle alliansepartnere og ressurspersoner. Faglige sider ved konseptet vil kunne bli belyst fra høyt kvalifisert hold. Seminaret blir vurdert som et viktig tiltak for å skape grunnlag for forebyggende helsearbeid som næringsaktivitet i mer bevisste former. Seminaret vil kunne øke forståelsen for hvilke faktorer som er vesentlige for videre framdrift av prosjektet på et internasjonalt nivå.

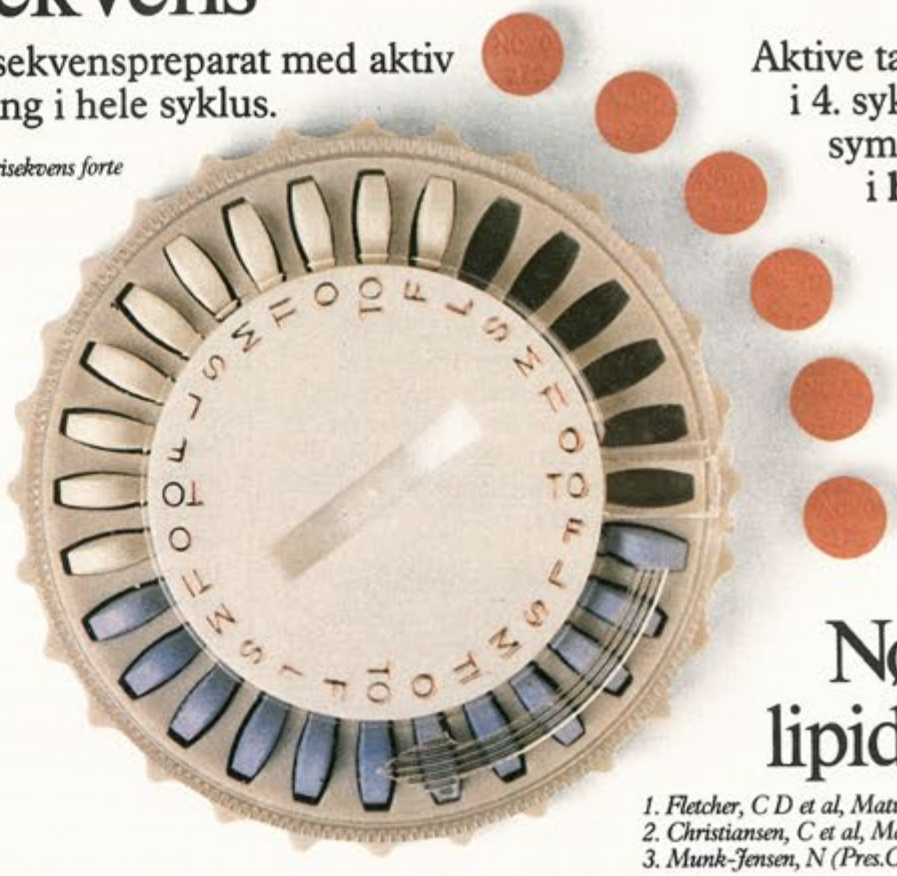
❑

NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens®

Eneste* sekvenspreparat med aktiv behandling i hele syklus.

**Gjelder også Trisekvens forte*



Aktive tabletter også i 4. syklusuke gir symptomlindring i hele syklus.

Nøytral lipidprofil[1,2,3]

1. *Fletcher, C D et al, Maturitas 1984; 6: 279–83*
2. *Christiansen, C et al, Maturitas 1984; 6: 193–99*
3. *Munk-Jensen, N (Pres.Crans Montana 1988)*

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progestogen sekvenspreparat. ATC-nr.: G03F B05

TABLETTER: ***Trisekvens:*** Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. *Hver blå tablett inneh.:* Østradiol 2 mg, østriol 1 mg. *Hver hvit tablett inneh.:* Østradiol 2 mg, østriol 1 mg, noretisteronacetat 1 mg. *Hver rød tablett inneh.:* Østradiol 1 mg, østriol 0,5 mg. Alle tablettene er filmdrasjert. Fargestoff: Indigotin, jernoksyd.

TABLETTER: ***Trisekvens forte:*** Hver pakning inneholder 12 gule, 10 hvite og 6 røde tabletter. *Hver gul tablett inneh.:* Østradiol 4 mg, østriol 2 mg. *Hver hvit tablett inneh.:* Østradiol 4 mg, østriol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg. *Hver rød tablett inneh.:* Østradiol 1 mg, østriol 0,5 mg. Alle tablettene er filmdrasjert. Fargestoff: Jernoksyder.

Egenskaper: ***Klassifisering:*** Trefasiske østrogen-progestogenpreparater bestående av de naturlige humane østrogener 17-b-estradiol og østriol samt progestogenet noretisteronacetat i behandlingens annen fase.

Virkningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelsymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behandlingscyclus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avstøtes og resulterer i en menstruasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave østrogendosen i tredje fase påvirker ikke blødningen og er i stand til å holde pasienten symptomfri. Den objektive effekt kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasma FSH.

Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert estradiol og østriol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2–4 timer. *Metabolisme:* Hurtig dels perifert og dels i leveren. *Utskillelse:* Via urin. Undersøkelser med Trisekvens og Trisekvens forte har vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i leverfunksjonen er observert. Undersøkelser har ikke vist noen forandringer i antitrombin III verdiene.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel. Forebyggelse av knokkelmineraltap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasi som endometriekarsinom eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling unntatt i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Leverfunksjonsforstyrrelser. Bestående eller tidligere tromboflebitt, tromboembolske lidelser, cerebrovaskulær sykdom, koronartrombose og klassisk migrene eller med familiær disposisjon for slike lidelser. Udiagnostisert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller diplopi pga. vaskulær øyesykdom. Svangerskap.

Bivirkninger: Brystspenning samt blødningsuregelmessigheter inntrått, som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektforandringer kan forekomme, men de kliniske undersøkelser har ikke vist noen klar tendens i retning av vektøkning eller vekttap. Blodtrykket har ikke steget under de utførte undersøkelser.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for enometriecancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes da østrogener har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Sekvensbehandling med østrogener pluss progestogen i annen fase resulterer imidlertid i transformasjon av endometriet som avstøtes fullstendig i slutten av hver behandlingscyclus. Nyere prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og endometriehyperplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenhengen mellom hyperplasier og karsinomer i endometriet er usikker. *Anamnese:* Det er holdepunkter for at overvekt og antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometriekarsinom, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfeller og der familiær disposisjon for slike tilstander er tilstede. Pasienter med epilepsi, migrene, diabetes, astma eller hjerteforstyrrelser bør kontrolleres omhyggelig, da østrogener evt. kan forverre disse tilstander. Forsiktighet må også utvises ved myomer/vekst av myomer. *Undersøkelser:* Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammasetumor. Grundig gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig hver 6.–12. måned. *Seponering:* Ved tegn på tromboflebitt, trombоembоliske lidelser, akutt hepatitt, migrenelignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4–6 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengeleie eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2–3 måneders behandling, bør det foretas en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6–12 måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatene har ingen kontraseptiv effekt.

Dosering: ***Anbefalt behandling:*** 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessige blødninger opptrer vanligvis når de røde tablettene tas, evt. allerede ved de siste hvite tabletter. Kvinner som fremdeles har menstruasjon, begynner behandlingen på 5. menstruasjonsdag. Pasienter som har gjennomgått abrasio, begynner behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. Generelt bør behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt etter 2–3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. Evt. uregelmessige blødninger oppstått under behandling med Trisekvens de første 2–3 måneder av behandlingen, elimineres vanligvis ved å skifte til Trisekvens forte. Hos pasienter med kraftige symptomer bør behandlingen innledes med Trisekvens forte. *Alternativ behandling:* Kvinner med intakt uterus som ikke vil akseptere månedlige blødninger, kan i postmenopausen behandles med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innskutt etter f. eks. 1–3 måneders behandling med rene østrogenpreparater. Et slikt behandlingsregime induserer avstøtning av endometriet med forlengeds intervaller. *Forglemmelse:* Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. Den innerste skiven på esken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett.

Pakninger: Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

Novo Industri A.S
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720

Candida-syndromet

Geir Flatabø, 35 år, oppvaksen mest i Oslo, gift med Gunnbjørg Øyre, 3 barn. Med emb. eks. Oslo hausten 1980. Turnus Odda - Ølen. Etter det distriktslege/Kommunelege I i Ulvik, avbrote med 1 år som ass. lege ved Valen sjukehus. Medisinske særinteresser: ernæring, allergi, akupunktur.

Av Geir Flatabø

Candida Albicans er av oss leger stort sett rekna som ein snill kommensalist, ein sopp som er tilstades hjå dei fleste og lite patogen, som inngår i vår normalflora. Vi kjenner den som årsak til vaginiter, stomatiter, hudinfeksjoner, paronykier m.m. I desse AIDS-tider er den og kjent som oportunist, som viktig sjukdomsårsak ved nedsett infeksjonsforsvar.

Dei siste 10 åra har ein i USA vorte merksam på at denne lågpatogene mikroben, kanskje eller truleg er årsak til meir sjukdom enn vi er klår over, dvs. det såkalla candida-syndromet, eller "chronic candida sensitivty syndrome" (CCSS).

Syndromet er ikkje karakterisert av nokre få tydlege velavgrensa målbare kliniske symptom, men snarare av eit vell av diffuse vanskeleg klassifiserbare symptom og teikn, som vi alle har litt av i periodar, eller støtt og stadig. Symptoma skuldast anten allergi / hypersensitivitetsreaksjon mot organismen, mot soppens metaboliter og/eller mot soppens invasive vekst.

Candida vert klassifisert som gjærsopp (Fungi inperfecti) og arten candida albicans finnes berre hjå menneske, og vert isolert frå tarm og slimhinner på 10-15 % av normal befolkning, og 15-40 % av hospitaliserte. Heile 79 ulike immunologiske determinanter har ein funne berre hjå Candida albicans. Ein del av desse varierer frå eit soppisolat til eit anna, og samme person kan ha fleire raser av Candida. Antigener frå Candida har vist seg å vera innblanda i einskilde tilfeller som er undersøkt med hensyn til urticaria, astma, irritabel tarm og psoriasis. Det er såleis gjort undersøkingar der pasienter med ovannemnte sjukdommar og positiv candida-dyrkning, og/eller reaksjon på candida-antigenprovokasjonstest er blitt vesentleg betre enn kontrollgruppa etter behandling med Nystatin og/eller hypoallergendiet.

I tillegg til ovannemnte einskild-sjukdommar er det kome rapportar om at Candida Albicans kan forårsaka generelle kroppssymptom på grunn av lokalisert infeksjon, oftast i tarmen. Symptoma som pasientane oftast klagar over er: Trøyttleik, stemningslabilitet, depresjon, konsentrasjonsvanskar, hovudverk m.m. Kvinner er mest utsett, ofte med symptomforverring før menses som ved premenstruelt syndrom, men ulikt dette så er dei ikkje symptomfri mellom menstruasjonane. Mange har plager med muskelsmerter, palpitasjoner, respirasjonssymptom med sinusit og irritasjonshoste, gastro-intestinale symptom med luftplager, treg mage eller diare og smerter, kutane plager med kløe og urticaria, underlivsplager med auka utflod, residiverande/ kronisk cystit.
Mange av pasientane opplever "fysing", dvs. trong til å eta spesiell mat, oftast karbonydrat-rik/søt og gjærbakst, men opplever ubehag i magen etter inntak av maten. Mange av pasientane reagerer med ubehag på lukta av ulike kjemiske miljøstoff som parfymer, tobakk, bileksos m.m. I sjukehistoria finn ein ofte bruk av breispektra antibiotika, østrogener eller cortico-steroider.

Hjå barn arter symptoma seg onnorleis, mens menn har liknande symptomatologi som kvinner.

Patogesen for CCSS blir klassifisert som:

A - ubalanse i likevekta mellom vert og candida, ved auka candida-kolonisering (oftast i tarm).
B - frigjering av gjærsopp-metabolisme-produkt, både antigene (allergene) og ikkje antigene.
C - fjernreaksjonar av desse produkta, både immunologiske og ikkje immunologiske.

Auka kolonisering skjer ved auka blodglucose (diabetes, svangerskap, P-piller), ved auka sukkerinntak (lokalt i tarm), ved bruk av breispektra antibiotika og ved svekka immunforsvar (cortikosteroider).

Ved auka kolonisering får ein auke av gjærsopp-produkt inn i organismen. Alle fire hypersensivitetsreaksjoner kan vera innblanda som årsak til symptoma, og med det frigjering av kininer, histamin og prostaglandiner. Einskilde stoff frå candida har direkte toksisk effekt på organismen. Sukkermetabolismen til gjærsoppen frigjer mellom anna acetaldehyd, etanol og CO2. Det siste er da årsak til auka luft, gass-produksjon. Det andre gir uttalt CNS påverknad. Acetaldehyd hemmer mellom anna acetylCOA-produksjonen og grip på det viset inn i sitronsyresyklus og kroppens totalmetabolisme. I tillegg forsyner soppen seg av kostens vitaminer, og eindel pasienter får vitaminmangel og fettsyremangelsymptom med metabolsk dysfunksjon som følge.

Einskilde forskarar har funne eit antistoff mot candida som kryssreagerer med ovarier og thyreoidea. Eit eige syndrom APICH (autoimmun - polyendokrinopati - immundysregulation - candidiasis - hypersensibilitet - syndrom) er beskrevet der candida er innblanda. Dette bør ein mistenkja hjå pasientar som i tillegg til tidlegare nemnte symptom har thyreoidit og/eller ovariedysfunksjon.

På grunn av polysymptomatologi kan ein først stilla diagnose etter at pasienten er blitt frisk/betre etter behandling. Blodprøver har svært begrensa verdi, ettersom svært få av antigenene av candida er tilgjengeleg kommersielt for testing. I USA blir cutanprovokasjonstest med gjærsopp-antigenekstrakt brukt, med litt hell, på grunn av stor kryssreaksjon mellom ulike soppantigen (også mellom gjærsopp og muggsopp). I følge einskilde forfattarar er det samsvar mellom ELISA-test mot cytoplasmaproteinantigen frå candida og CCSS. Ein vil i såfall sjå fall i antistofftiter etter vellukka behandling. Statens Institutt For Folkehelse har siste året teke i bruk testing av candida antistoff, men den beste testen i følge litteraturen (ELISA) er ikkje tilgjengeleg i Norge det eg kjenner til.

Undersøkjingar viser og endring i aminosyreutskillinga i urinen ved CCSS.

Beste måten å finna fram til diagnosen blir da å testa pasientens reaksjon på behandling mot candida kombinert med ein antigenfattig diett.

Dr. Heiko Santelman i Mandal er kanhende den lege i Norge som har mest erfaring med candida-syndromet. Han anbefaler ein test-diett på 10 dagar. I grove trekk går dietten ut på:

Matvarer som ein kan ete:
Alle grønnsaker, potet, ferske frøspirer.
Frisk og frossen frukt, skrelt, mindre enn 250 g dagleg.
Alle kornprodukt, nøtter og frø (muggfri).
Smør og olje.
Brød bakt med bakepulver, Korni og Ryvita fiberbrød som er gjær-og maltfri, flatbrød.
Egg, kjøtt og fisk, men ikkje røykt.
Drikkevarer: Søt mjølk, Cultura surmjølk, fløyte, nypressa juice, farrisvatn, kaffi, "urtete".
Gotteri: Saltstenger, ukrydra potetgull og popkorn.

Matvarer ein må unngå:
Alt søtt og matvarer som er tilsett sukker og honning, samt iskrem, kjeks, sjokolade, ferdige søta frukostblandinger, hermetisk frukt, malt- og sukkerhaldig pålegg.
Alt som inneheld gjær og soppprodukt, samt brød, rundstykker, surdeig, soyaprodukt, øl, ølgjær, eddik, sjampinjong, kefir, yogurt, alle osteslag og rømme.
Alle alkoholholdige varer, all ferdig juice og saft unnanteke nypressa.
Vitamin og mineralprodukter dersom dei ikkje er merka med "gjærfri".
Medikament som breispektra antibiotika, P-piller, Prednison, Cimetidin (vurder indikasjon).
Peanøtter, peanøttsmør, pistasj og paranøtter (nesten alltid smitta med muggsopp).
Tørka frukt viss ikkje garantert muggfri.
Dressing, majones, ketchup, surkål, sursild.
Tobakksvarer og te er ofte soppinfiserte.

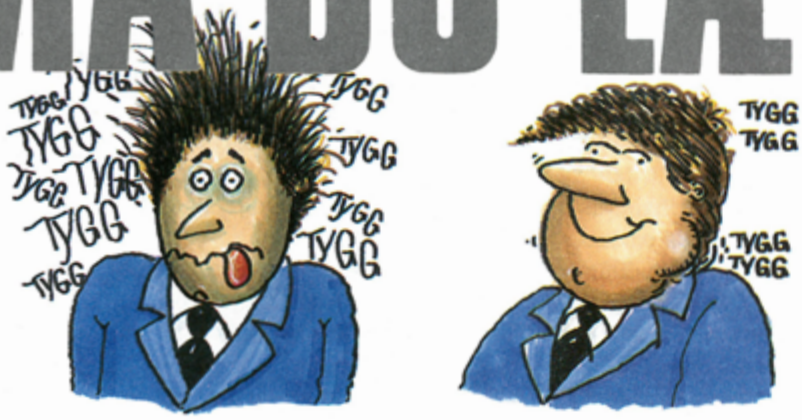
Dei fleste med candida-overvekst blir betydeleg betre på denne dietten og held seg betre også etter at dei går attende til sin normale kost. Nokre får symptomforverring, særleg viss ein kombinerer dietten med farmakologisk behandling mot sopp. I laupet av dagar vert desse og betre, men får lett symptomforverring ved tilbakegang til normalkost for tidleg.

Farmakologisk er nystatin (Mycostatin) i dei doser som nemnt i Felleskatalogen ok å bruka. Mycostatin tablettar er vanskeleg å skaffa på grunn av stor etterspurnad (!) i USA. Truleg er mikstur betre, ettersom den og verkar lokalt i munnen. Ketoconasol kan og brukast. Kaprilsyre har brei antimykotisk verknad og blir anbefalt av helsekostbransjen (Kaprinex tbl). Kvitlauk og andre laukslag har på grunn av innhald av allyltiosulfonsyrer også brei mykostatisk verknad, både frisk og i form av ekstrakt eller kapslar. I USA er det og tilgjengeleg candidaantigen-ekstrakt til bruk for desensibiliseringsbehandling mot gjærsopp. Det er vel heller uvisst om dette har noko for seg.

Candida-syndromet vart lansert på radio i programmet: "Flere veier til god helse". Svært mange såkalla alternativmedisinere har såleis god kjennskap til candida-syndromet sin eksistens. Imidlertid verkar det som om norske legar generelt ikkje har fanga opp diagnosen og behandlingsmoglegheitene. Min første tanke då eg høyrde om syndromet var at dette måtte vera tull, men etter å ha undersøkt nøyare i medisinsk litteratur, og ikkje minst etter erfaringar med nokre av mine "verste" problempasientar (les: Fibrosit-pasientar), er eg ikkje i tvil om at syndromet eksisterar. Er du interessert i å vita meir om candidasyndromet står det svært grundig omtala i:
Food allergy and Intolerance av Brostoff and Challacombe. Forlaget: Bailliere Tinndall 1987. ISBN O 7020 1156 8.
Ein meir praktisk retta omtale av candida-syndromet står i Holon: (Tidsskrift for Biologisk Medisin og Helhetsterapi) nr. 4 og nr. 5/88.
Det er kome ut små bøker siste året berekna på menigmann, på engelsk, dansk og norsk.

❑

NÅR DU GIR PASIENTENE NOE Å TYGGE PÅ – MÅ DU LÆRE DEM Å TYGGE RIKTIG !



nicorette®

NIKOTINTYGGETABLETTER

1. VELG MOTIVERTE PASIENTER
   Det kreves fullstendig røykestopp før man begynner med Nicorette.
2. BRUK SPØRRESKJEMAET FOR Å FINNE PASIENTENS NIKOTINAVHENGIGHET
   Dette gir større sjanse for å lykkes.
3. FORKLAR RIKTIG TYGGETEKNIKK
   10-15 tygg, 1 min. pause, 10-15 tygg, ny pause osv. i 1/2 time.
4. FØLG OPP PASIENTENE
   Jo bedre oppfølging, desto større mulighet for å lykkes.

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen

Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik · Tlf. 02 - 54 90 95

Kasuistikkspalten

En psykiatrisk sykehusinnleggelse

Skrevet av "En psykofarmakologiens vokter" (anonym av hensyn til pasientens personvern).

Mann 65 år, overvektig, ble innlagt på paragraf 5 etter ukontrollert oppførsel, særlig siste 2 uker. Foruten syns- og hørselshallusinasjoner, var han plaget av søvnløshet, uklar tale og forvirring. Han var ikke orientert for tid og sted og vandret om nettene. Hvis han sov noe, var det bare for å våkne opp av mareritt. Et antennelsesforsøk hjemme utløste innleggelsen. Pasienten kom fra enkle sosiale kår, ugift, ingen barn, ufør siste året og boende hos en søster. Han hadde gått til kommunelege siste 2 år for behandling av høyt blodtrykk. Senere (ukjent når) ble også hjerteinsufficiens behandlet medikamentelt. Et drøyt år forut for innleggelsen gjenfinnes første notat om angst.
Pas. hadde tidligere vært uten psykiatrisk sykdom. Angsten ble behandlet med benzodiazepiner.

To måneder før innleggelsen oppstod de første åpenbare hallusinasjoner.
Ved innleggelsestidspunktet inntok pasienten følgende medisiner:

Aldomet 1000 mg x 2, Moduretic 1 tabl. dgl, Digitrin 0,1 mg dgl, Apodorm 5 (-10 mg) vesp. og Vival 10 mg ("et par tbl."?).

Det var også kjent at pasienten over tid jevnlig inntok alkohol, 6 flasker øl daglig var antydet. Vakthavende lege bemerket at Aldometdosen var høy. (Den er faktisk den max. anbefalte). Ellers ble leverfunksjon og elektrolytter kontrollert.

Leververdiene var forenelige med alkoholkonsum. Kaliumverdien var adekvat (hypokalemi kan potensere digitoksineffekten). Dessverre ble ikke digitoksinverdien etterlyst, slik at serumspeilet her forble ukjent. BT-verdiene viste et snitt rundt 200/110.

Diagnose: Psycosis NUD.

Til tross for kjent viten om at de somatiske medisiner, Aldomet, Moduretic og Digitrin, hver for seg kan gi sentralnervøse bivirkninger, gikk det enda 3 dager i sykehuset før medisinene ble rørt ved. Både alder og doser burde tidlig ha aktualisert en bivirknings-diagnose. Fra avsnittet Bivirkninger i Felleskatalogens preparatomtaler sakser vi følgende:

Sentralnervøse reaksjoner:

- Aldomet: "mareritt, nedsatt mental konsentrasjonsevne, reversibel mild psykose eller depresjon, ørhet".

- Moduretic: "insomnia, forvirring, depresjon, nervøsitet".

- Digitrin: "synsforstyrrelser, svimmelhet, mentale forstyrrelser hos eldre".

I tillegg kommer altså potenserende CNS-effekter av benzodiazepiner og alkohol.

Etter 3 dager innlagt, ble alle medikamenter seponert tvert. Etter 2 dager til, med noen svettetokter, klarnet pasienten opp, ble orientert, var samarbeidsvillig og viste noe innsikt. Men episodene forut for innleggelsen var ham ukjent. Overført til paragraf 4.1 etter 1 ukes opphold.

Etter 14 dager ble BT målt til 170/100 uten medisiner. EKG viste atrieflimmer, frekvens 85. For søvnløshet fikk pasienten under oppholdet Halcion 0,25 mg, siden ble effekten forsterket med Phenergan 50 mg. Etter hvert økte ødemtendensene, og Moduretic 1 tabl. dgl. ble satt inn igjen.

Etter 3 ukers sykehusopphold var pasienten ordnet og grei og ble utskrevet til sitt hjem med sistnevnte medisiner.

Moralen i denne beretningen er at slike kasus, av mange gode grunner, ikke bør belaste det psykiatriske behandlingsapparat.

F. eks. vil regningen for 3 ukers innleggelse komme på ca. 30 000 kr.

Det kunne også løftes en påminnende pekefinger mot følgende:

- dette er enda et tilfelle som går i mot tradisjonen "en gang digitalis, alltid digitalis"

- digitoksinspeil og elektrolyttstatus, særlig kalium, må følges regelmessig

- benzodiazepiner bør aller nødigst gis til alkoholbelastede pasienter

- man skal ikke gi et benzodiazepin for dag og et annet for natt

- BT-verdier målt på alkoholbelastede pasienter er upålitelige.

❑

Utfordringer og vanskeligheter i forebyggende helsearbeid

Vidar Bjørn rundet 40 år i høst. Eksamen Oslo 1979, turnus Askim og Gol, deretter allmennpraktiker på Gol. Ass. fylkeslege/sosialmedisinsk sektor i Vestfold fra 1982. Opptatt av svakstilte gruppers situasjon og av helseplanlegging. Mellomfag i sosiologi er hans nyttigste ballast for å bli en bra folkehelse-arbeider. MHA-studiet i Oslo fra høsten 1988.

Forebyggende helsearbeid er vanskelig av mange grunner:
- **resultatene er vanskelig å måle og synliggjøre,**
- **ansvaret er sammensatt og uklart,**
- **arbeidet lider av mangel på metodeutvikling,**
- **en faglig status for slikt arbeid er lav selv om forebyggende helsearbeid lenge har vært et politisk honnørord.**

Av Vidar Bjørn

Som for andre sykdomstilstander så også for ulykker: Vi kommer mye lenger i forebyggende henseende ved å se hendelsen som avslutningen på en "hendelsesrekke" hvor forhold som miljøets eller produktets beskaffenhet, graden av individuell trening eller mestring, ytre forhold og annet også spiller inn. Et eksempel: Kollisjon mellom bil og syklist; om ulykkestilløpet ender med døden eller en slipper med forskrekkelsen, vil blant annet være avhengig av bilens bremser, syklistens rutine, veibanens overflate og temperaturen i lufta. I all sin enkelhet er dette viktig, fordi vi derfor i ulykkesforebyggende arbeid har flere angrepspunkter.

Ulykker og årsaksforhold

Allikevel er ulykker selve mønstereksemplet på svært direkte sammenheng mellom årsak (hurtigvirkende kraft) og virkning (helseskade). I de fleste andre folkehelsesammenhenger er det ofte sammensatte og kontroversielle årsak/virkningsforhold. Ikke på noe felt ligger forholdene så vel til rette for konkret forebyggende innsats som ved skader/ulykker, og ikke på noe felt kan man regne med så stor, så forutsigbar og så rask gevinst.

Et av helsevesenets konstante dilemmaer er framstilt i fig. 1.

Helsevesenet står fortsatt med mesteparten av ressursene som passive mottakere av helseproblemer vi kunne ha forebygget.

Fortsatt er det slik at folkehelsehensyn ikke veier særlig tungt i de valg vi gjør om personlig og kollektiv livsstil. Dette får svære konsekvenser for organismens intern-miljø, arbeidsmiljø, nærmiljø og globalt miljø. Og fortsatt er det slik (fig. 2) at vi har mer av et sykdomsvesen enn et helsevesen.

fig. 1

SYKDOMSVESEN	HELSEVESEN
* INDIVIDORIENTERT	* GRUPPEORIENTERT
* JOBBER FOR VENTEVÆRELSET	* JOBBER FOR BEFOLKNINGEN
* HOVEDSAKELIG BEHANDLING	* HOVEDSAKELIG FOREBYGGING
* MEST OPPTATT AV SYKDOM	* MEST OPPTATT AV HELSE

fig. 2

Vi er ikke kommet lenger enn at tiltak for å redusere hjertekøene konkurrerer med kostholdsopplysning på samme budsjett, og at sammenhengen mellom hoftekøene og brøyting/strøing av fortau og veier ikke får konsekvenser fordi de ikke står på samme budsjett.
De politiske og forvaltningsmessige utfordringer som ligger i dette er enorme. Men vi kan heller ikke som fagfolk i helsevesenet si oss fri fra ansvar.

Faglige utfordringer i forebyggende helsearbeid

Det er ingen mangel på utfordringer i kommunehelsetjenesten for tiden! Snarere er det slik at om vi aldri så gjerne vil engasjere oss i samfunnsmedisinsk utviklingsarbeid, så setter uomgjengelige oppgaver og knappe tillingsrammer grensene. De totale ressursene i kommunehelsetjenesten vil alltid være knappe i forhold til de totale rammene (se fig. 3).

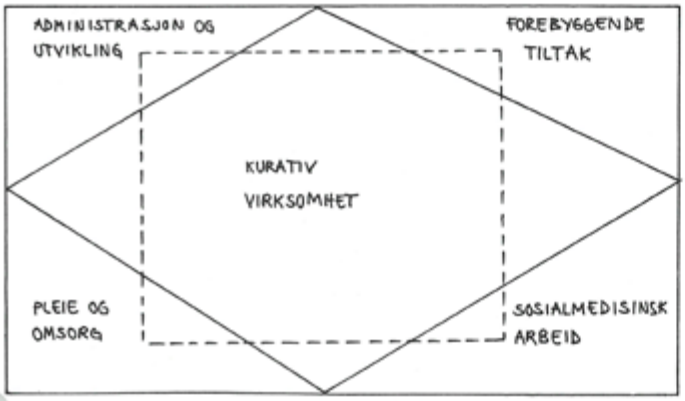


fig. 3

Den største firkanten antyder de totale oppgaver, den stiplede de totale ressurser. Hvor man velger å sette ressursene inn, vil variere, og noen oppgaver vil lide uansett. Den kurative virksomheten er unntatt - den synes å stå så sentralt i vår kollektive bevissthet om hva et godt helsevesen er, at den får sitt. I dette er visst alle parter enige - politikere, administratorer og fagfolk. Tør noen å reise debatten om alt vi foretar oss av kurativ virksomhet er like nødvendig og viktig? Finnes det måter å sette "tak" på også denne virksomheten uten at det slår ut i økt misforhold mellom behov for og tilbud om helsehjelp?

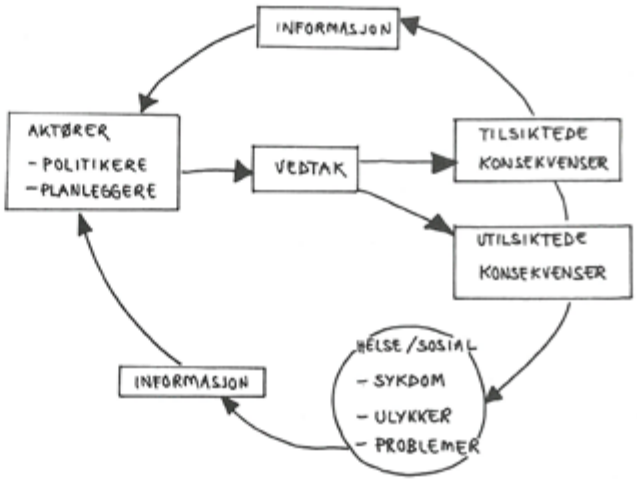


fig. 4

Fig. 4 illustrerer en annen utfordring til oss som fagfolk når det gjelder forebyggende helsearbeid. Klarer vi utfordringen som ligger i det å komme ned fra pidestallen, å gå inn i vår tid på vårt sted, å si fra om det vi ser og erkjenner på folkehelsas vegne? Har vi metodikk til å gjøre det? Klarer vi å overbevise arbeidsgiverne våre om at dette er en del av helsetjenestens kjerneoppgaver? Vi har egentlig en inspirerende arv å bære videre på dette feltet fra tiden før molekylbiologien, farmakologien og moderne teknologi fanget våre sinn og vår praksis nesten totalt.
Dersom begrepet samfunnsmedisin skal få noen virkelig mening, må vi klare å vektlegge metodeutviklingen innen forebyggende medisin sterkere. Ellers blir samfunnsmedisin en spesialitet for amatører med erfaring i å administrere pleie- og omsorgsmedisin og kurativ medisin.

Planning for health

Hvem skal ta ansvaret for "planning for health" om ikke vi gjør det - eller i det minste legger premissene for slik planlegging?

Fig. 5 illustrerer det poenget at det meste av vår tids uhelse produseres utenfor helsevesenets tradisjonelle domene. Tradisjonell helseplanlegging befatter seg bare med planlegging av

⇒

HELSEPLANLEGGING – NIVÅ

	KOMMUNALT	OVER-KOMMUNALT
HELSE/SOSIAL-SEKTOR	PRIMÆR-HELSETJENESTE	INSTITUSJONS- OG SPESIALIST-HELSETJENESTE
UTENFOR HELSE/SOSIAL-SEKTOR	f.eks. AREAL/BOLIG SKOLE	f.eks. TRAFIKK ØKONOMI

fig. 5

sektorens egne aktiviteter. Skal helseplanlegging få noen mening som "planning for health", så må vi utvikle viljen og evnen til sektor- og nivåovergripende samordnet planlegging. Også dette er en oppgave som krever kapasitet og oppbygging av kompetanse.

Grensen mellom faglig og politisk ansvar og utfordringer blir ofte brukt som unnskyldning for ikke å gå inn i denne typen problemstillinger. Jeg tror at skillet er kunstig, og at det egentlig dreier seg om enda en utfordring til oss som fagfolk, en pedagogisk utfordring. Jeg mener at det er en viktig og ganske udiskutabel faglig sannhet at primærforebyggende tiltak/lavrisikostrategi i de aller fleste sammenhenger av forebyggende medisin er mer effektive og derfor viktigere enn sekundærforebyggende tiltak/høyrisikostrategi (selv om ingen må få oss til å si at det er enten/eller). Det er en viktig, men vanskelig pedagogisk utfordring å få politikerne med på denne tankegangen.

Men gjør vi det, har vi kanskje lagt grunnen for en økt forståelse for enkelttiltak seinere! Alkoholforskerne (1) har levert en god illustrasjon av dette poenget, i det de har sett på fordelingen av rus-relaterte ulykker mellom ulike konsumentgrupper (fig. 6) - jeg presenterer tallene her som et lynkurs i epidemiologisk tankegang. Eller sagt på en annen måte: Hvis målsetningen er å redusere alle rus-relaterte ulykker, så må vi også ta for oss ulykkesmønsteret i de konsumentgrupper vi etter vanlige oppfatninger mener har et problemfritt konsum. Det går an å brekke nakken første gangen du stuper i havet i yr sommer-rus, og det går an å kjøre av veien den eneste gangen du ikke lot bilen stå igjen etter selskapet, ja kanskje nettopp da. Det er altså ikke noe enten/eller, men sannsynligvis spares flere liv hvis vi alle reduserer farten fra 50 til 30 km/t i tettbygd strøk, enn om de få vanvittige reduserer fra 90 til 50 km/t.

Det som erfaringsmessig er vanskeligst å få "vanlige" mennesker med på (politikere er som kjent prinsipielt vanlige mennesker), er jo nettopp at det ikke går an å skille mellom *dem* med problemer og oss uten problemer, og at primærforebyggende tiltak/lavrisikostrategi må bety at verdien av helse settes opp mot andre verdier og derfor "koster" noe, det være seg nedsatte fartsgrenser, dyrere tobakk, færre polutsalg, som vi alle må være med på å "betale". I amerikansk litteratur og debatt har dette fenomenet fått et eget navn, særlig knyttet til kjernekraftproblematikken: NIMBY-syndromet - som står for "not in my backyard" - ikke i bakgården min! Vi vil gjerne ha fordelene av tiltak for trivsel, helse og velferd, men ingen vil ha ulempene som følger med.

"Ikke mitt bord"- - ?

Av og til syns jeg at "ikke mitt bord"-holdningen står i veien for effektive forebyggende tiltak: "Ulykkesforebyggende tiltak er et ansvar for lovgiverne, og i informasjonsarbeidet har vi jo aviser og TV". Voksne folk må selv ta ansvar for helsa si - om de vil røyke på seg lungekreft er det lite jeg kan gjøre med det".
Jeg blir mer og mer overbevist om at alt forebyggende helsearbeid er spørsmål om å klare å sette "både-og"-holdninger i system. Det er ikke spørsmål om enten grupperettede eller individrettede tiltak, ikke om enten lokalt eller sentralt ansvar. I ulykkesforebyggende arbeid kan (fig. 7) en både-og-oversikt for eksempel se slik ut:

LYNKURS I EPIDEMIOLOGISK TANKEGANG:

ALKOHOL-KONSUM L/år	% AV BEFOLKNINGEN	% INDIVIDUELL RISIKO FOR RUSULYKKE/ÅR	KONSUMENTGRUPPAS %-ANDEL AV ALLE RUSULYKKER
LAVT 0-5	85	1	27
MODERAT 5-10	10	4	23
HØYT 10-30	4	10	27
EKSTREMT 30+	1	43	23

fig. 6

FOREBYGGENDE ARBEID	LOKALT	SENTRALT
INDIVID-RETTET	LÆRING/MESTRING	INFORMASJON
GRUPPERETTET	TRYGT MILJØ	LOVGIVNING

fig. 7

Det vil ofte være slik at ulike tiltak ikke bare forsterker og støtter hverandre, men er nødvendige forutsetninger for hverandre. Det vil for eksempel være vanskelig å drive trafikkopplæring om at sykkel-lykt er nødvendig i mørket og at fotgjengere skal gå på venstre side der det ikke er fortau, dersom en ikke samtidig kan henvise til at det faktisk er så viktig at det fins en lov om det - for å sette ting litt på spissen.

Helse er et verdivalg

Det er på høy tid at ressursbruken i helsevesenet blir gjort til gjenstand for kritisk granskning. Som fagfolk må vi være glade for at vi blir kikket i kortene. Ingen vet mer om krig enn generalene, og ingen vet mer om sykdom enn legene. Men hvem har sagt at generalene vet mer om fred og legene mer om helse enn folk flest? Generalene og legene selv har jo sagt det, men det har ikke brakt oss hverken verdensfred eller folkehelse! Kanskje er det fordi vi har tviholdt på vår egen resept - stadig mer kurativ medisin - at vi er i ferd med å bli spilt ut over sidelinja som helsevesenets ledersjikt. Vi bør prøve å se skriften på veggen istedenfor å sutre - og analysere vår egen innsats heller enn å klage over andres uforstand.

Allikevel blir jeg urolig når kolleger går helt inn på premissene til helsevesenets nye ledersjikt og på liv og død skal lage cost/benefit-analyser på alle tiltak. Konklusjonen synes alltid å bli den samme: dette har vi ikke råd til å la være å gjøre! Men hvis vi ikke har råd til å la være å gjøre noe som helst, så har vi i stagnasjonstider ikke råd til å gjøre noe nytt heller - og så fortsetter alt i samme spor, selv om alle er enige om at en kursendring må til.

Jeg mener ikke at vi skal la være å drive løpende evaluering av hva vi holder på med. Men jeg tror at vår strategi for forebyggende helsearbeid må tuftes på at vi er med på å klargjøre verdivalgene i dette: Liv og helse er bra - det er vi for. Sykdom og død er ikke bra - det er vi imot. Jeg tror dette er helt nødvendig for å få gjennomslag for "planning for health" - altså offensivt forebyggende arbeid sammen med dem som kan forandre virkeligheten på de arenaene hvor uhelsa produseres: arealplanleggerne, produktutviklerne, lovgiverne og velforeningene.

Hvis økonomene sier: "Vi har ikke råd til forebyggende helsearbeid, for da blir flere folk gamle og legger beslag på økte ressurser i alderdommen" (de sier det jo aldri akkurat slik!), da må vi svare: "Vi vil ikke bare gi år til livet, men liv til årene" (fig. 8).

Forebyggende helsearbeid dreier seg ikke bare om å redde liv, og dødeligheten er fortsatt 100 % i dette landet. I mye større grad dreier deg seg om å vedlikeholde funksjonsnivå lengst mulig, slik at vi dør stående, så og si. Kanskje må vi bli flinkere til å regne på og dokumentere de samfunnsøkonomiske besparelsene også ved primærforebyggende tiltak - men det er enda vanskeligere enn andre cost/benefit-analyser: Premature som overlever og blir funksjonsfriske kan registreres, hjertetransplanterte som kommer tilbake i jobben teller i regnskapet. Det er annerledes med barna som ikke faller ned og får tverrsnittslammelser pga. riktig sikring av vinduene, og sekstiåringene som ikke får infarkt fordi de kutta ut røyken og la om kostholdet i tide. Så lenge vi ikke er blitt flinkere til å utvikle metodikken i slik dokumentasjon, er det kanskje lurere å satse på verdivalg-strategien.

Helse er et verdivalg. Helse er en positiv verdi. Hvorfor har Sisyfos-analogien (fig. 9) fått slik gjennomsnitt som logo for det forebyggende helsearbeid? ⇛

fig. 9

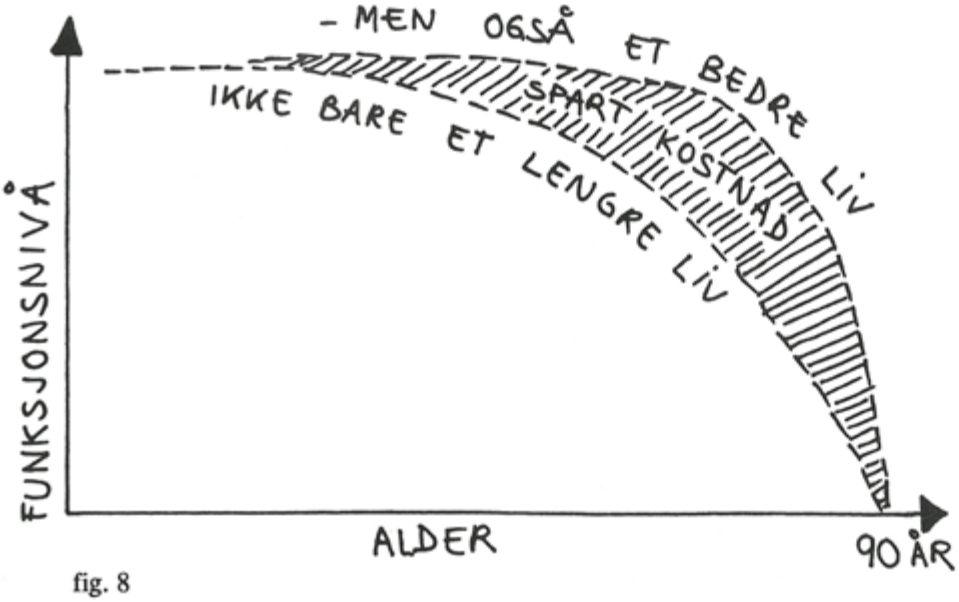


fig. 8

Det gir meg følgende assosiasjoner:

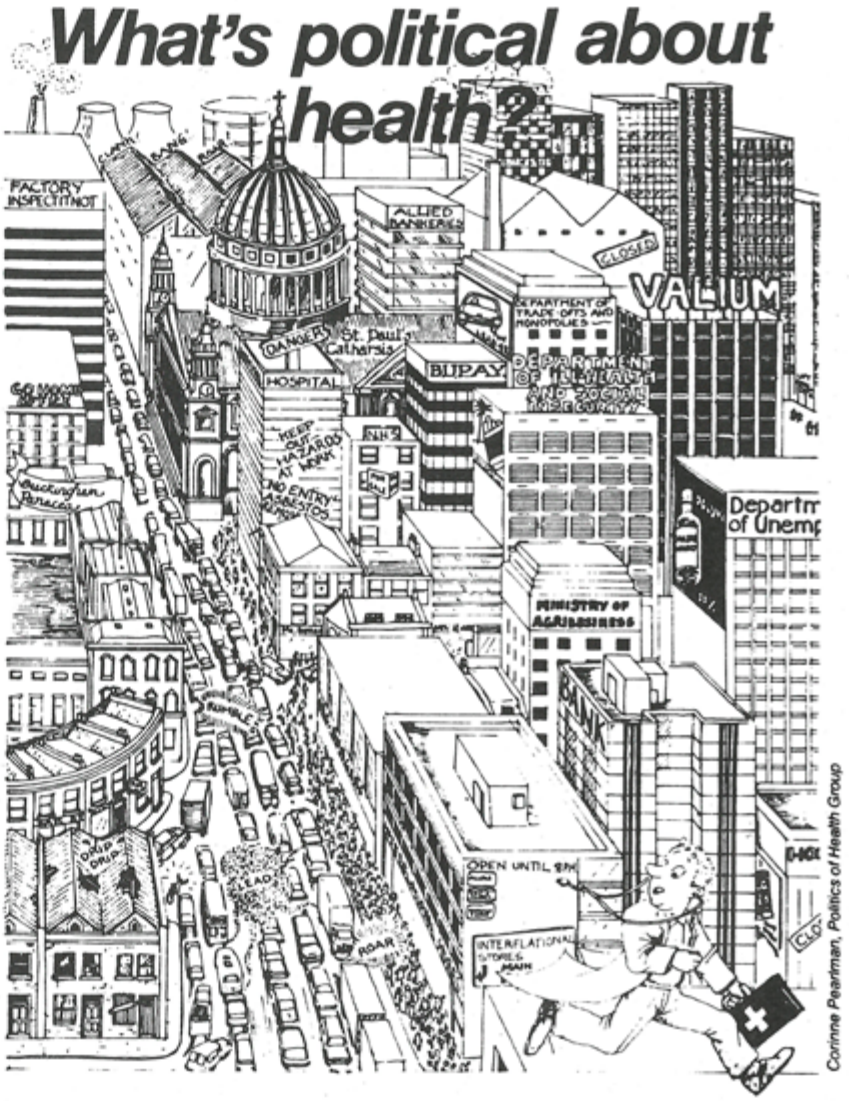
Helse er individuelt slit mot samfunnet. Jeg kan vanskelig tenke meg noen mindre positiv helseforståelse. Da har vår korpulente og kverulerende venn Grynt faktisk en mye sunnere holdning til helse (fig. 10). Med Grynt kan vi si: Livet og helsa er gitt, og skal forsvares. Men døden er den ytterste uhelse, og den er uomgjengelig.

fig. 10

Da bør vi (fig. 11) snu Sisyfos-figuren rundt og se oss om etter medspillere for å redusere helserisiko.
Da er vi helsearbeidere!

Litteratur

1. Arner O, Hauge R, Skog OJ. Alkohol i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.



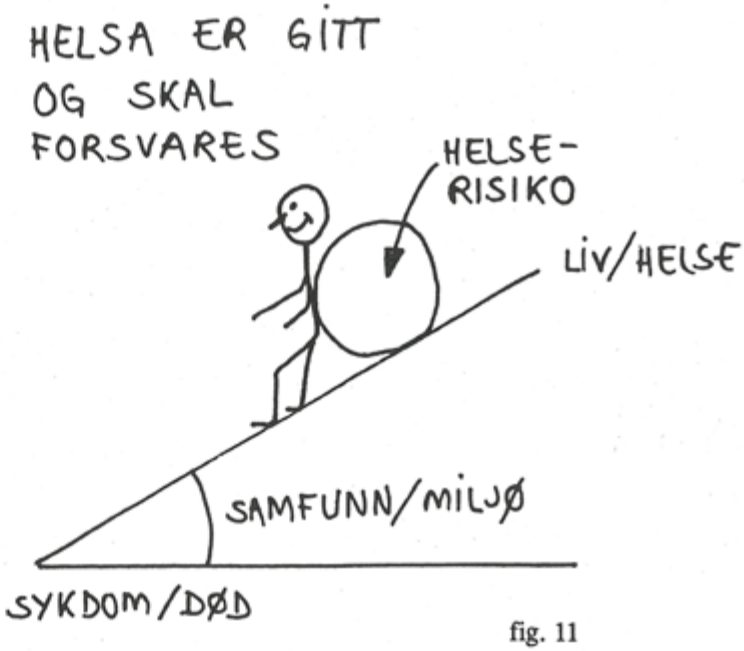


fig. 11

NYHET

Mindiab®
(glipizid)

ved type 2 (ikke insulinavhengig) diabetes

Mindiab® (glipizid)
er effektiv
med hurtig blodsukkersenkning
og enkel dosering

- **Mindre mulighet for langvarige hypoglykemier (1) (2)**
- **Biologisk virketid inntil 24 timer (3) (4)**
- **Doseres en gang pr. dag — før frokost (4) (5)**
- **God effekt etter flere års bruk (5)**
- **Rimelig**
- **Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)**

Mindiab® (glipizid) er et originalprodukt fra:
FARMITALIA CARLO ERBA

For ytterligere informasjon, kontakt:

MONTEDISON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA AB
Postboks 53, 1371 Asker. Tlf.: (02) 79 07 60

Preparatomtale:

MINDIAB (R)
Famitalia Carlo Erba

Antidiabetikum ATC-nr.: A10B B07

Tabletter 2,5 mg og 5 mg: *Hver tablett inneh.:* Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinspeil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinspeil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens.
Absorpsjon: Glipizid absorberes hurtig og fullstendig.
Proteinbinding: Ca. 98% er proteinbundet.
Halveringstid: 3 - 7 timer.
Ved nedsatt nyrefunksjon er halveringstiden for glipizid praktisk talt uforandret, men pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon må følges nøye.

INDIKASJONER: Diabetes mellitus type II (ikke insulinavhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i *en* dose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappevis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om følingsreaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) *Omstilling* fra andre preparater til glipizid: Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende sulfonylurea, bør det legges inn en utvaskningspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utilfredsstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av dosen(e).

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Hypoglykemi forårsaket av overdosering, interaksjoner eller nedsatt næringsopptak kan gi symptomer som varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet. Ved hypoglykemi gis hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløsthet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning I.V., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protrahert forløp, og krever da overvåkning i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)

Referanser:

(1) **Berger W:** Die relative Häufigkeit der schweren sulfonylharnstoff — Hypoglykämie in der letzten 25 Jahren in der Schweiz. Schweiz med. Wschr. 116, Nr. 5 145—151 (1986).

(2) **Gries FA:** Düsseldorf, K.G.M.M. Alberti Newcastle Upon Tyne, U.K. Management of Non-insulin-dependent Diabetes mellitus in Europe. A consensus statement. Bulletin International Diabetes Federation. Volum XXXII No. 3. Dec. 1987.

(3) **Peterson CM et.al:** Diabetes care No. 5, s 497. 1982.

(4) **Melander A.** Clinical Pharmakology of Sulfonylureas metabolism. Vol. 36 No. 2, suppl. 1, Febr. 1987, pp 12 — 16.

(5) **Bitzen, PO:** Doktoravhandling, Dalby 1988. Sverige: The early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mell. in Primary Health Care.

Kommunehelsetjenesten - en sykkel uten styre?

Inntrykk fra kommunelegekursets seminar, 24 og 25 november 1988

Kurs i kommunalt helsearbeid for leger (tidligere "Bygdøy-kurset", nå "SIFF-kurset") slo på stortromma i år og inviterte på 2-dagers seminar om "UTREDNINGSPROSJEKTER I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN". Foruten kommuneleger/bydelsleger var målgruppen definert som ledere i helse- og sosialsektoren (politikere, administratorer). Ideen med seminaret var å gi en bred presentasjon av de 5 gruppe-oppgavene som kursdeltakerne har besvart, etterfulgt av diskusjon med veilederne, gruppas medlemmer og salen.
Gruppeoppgavene hadde følgende temaer:

- Omprioriteringer for en bedret folke-helse.

- Rusmidler og helse.

- Kommunal overtaking av HVPU.

- Praktisk arbeid med kommunediag-nostikk - årsmelding for kommunehelsetjenesten.

- Hvordan sikre at den offentlige legen forblir i samfunnsmedisinen og at kommunelegen forblir i kommunen.

Jeg sitter på ferja på vei hjem og forsøker å samle inntrykkene fra de to dagene: hvor er vi, hvor går vi og hva står vi for?

Til kurset forelå alle gruppebesvar-elsene ferdig trykket - et verk på 165 sider. Det er mye nyttig mellom disse to permene:
Hvis du har kvinnet (mannet) deg opp til endelig å gjøre noe med alkohol-bruken i kommunen slipper du å tenke alt omigjen selv - her finner du konkrete tiltak og argumentasjon som kan brukes så og si direkte i saksbehandlingen i helse- og sosialstyret. Hvis
du har gitt opp å vente på at helse- og sosialplanarbeidet skal "ta av", og bestemt deg for å skrive årsmeldinga allikevel; ja så finner du her en konkret mal, med et enkelt tabelloppsett.
Tallene fra din kommune kan du hente direkte fra andre kilder, du BEHØVER ikke registrere selv for å komme i gang.
Jeg hadde særlig sans for den framlagte definisjon av den GODE årsmelding som den som:
- kommunelegen orker å lage
- politikerne orker å lese
- administrasjonen ikke kan misbruke.

Kan du ikke oppfylle disse kravene, bør du sannsynligvis bruke kreftene på annet vis.

Hvorfor er jeg allikevel så betenkt etter kurset? Hvorfor tviler jeg på om jeg igjen skal forsøke å få med meg mine samarbeidspartnere (helse- og sosial-sjef, politikere) til neste år - dersom opplegget blir noenlunde det samme? Jeg får ikke helt tak på det, men bildet av sykkelen henger i. Figuren ble lagt fram av gruppa som begravet KOM-MUNEDIAGNOSEN og feiret navnedag for KOMMUNE-HELSEPROFILEN.

SE på den sykkelen - se GODT på den. De siste 10 årene, særlig de siste 4, er bakhjulet blitt mindre og mindre, og styret sitter ganske løst - ja av og til har jeg følelsen av å kave i løse lufta. Når det blir slik, blir eneste måten å holde balansen å fortsette å trø - og trø - og trø. Og det er ganske ensomt; og slit-somt. I lyset fra lykta og i erkjennelsen av landskapet vi befinner oss i er det ingen tvil om at det er *viktig* å holde balansen.

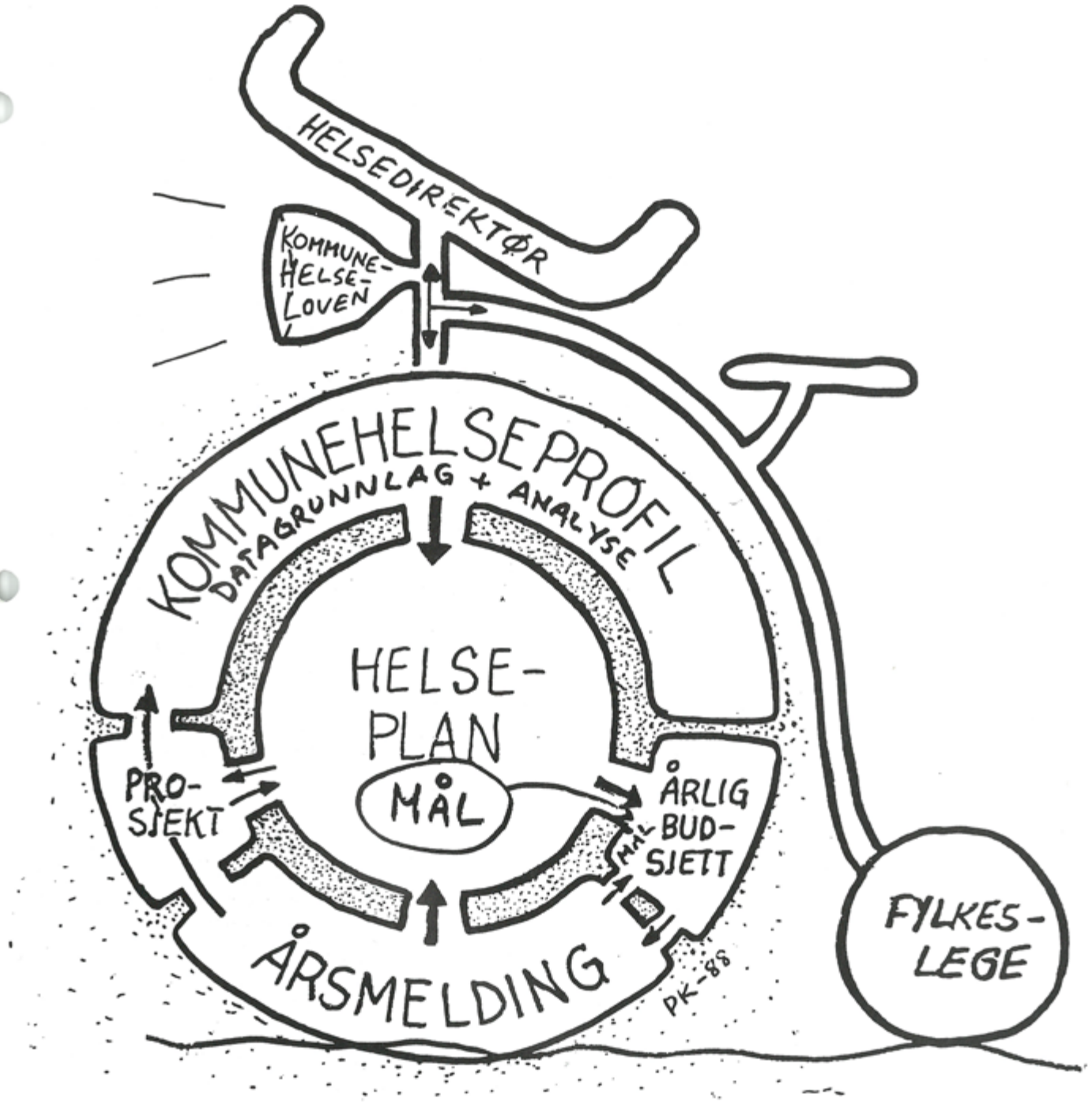
Omsatt til litt klarere tekst blir min oppsummering omtrentlig slik: Ideen bak oppvurdering av gruppearbeid og samlet presentasjon er god, og bør absolutt videreutvikles. Men produktet er uferdig og bør finpusses, kanskje før vi igjen inviterer våre samarbeidspartnere med på dette. Det bør legges mer vekt på kursets form - to dagers nokså passiviserende katedrale foredrag må mykes opp; og det må gis rom for andre formidlingsformer enn bare overheads. Det bør også gis oppgaver som gir rom for konkrete eksempler på vellykkede prosjekter, (og mindre vellykkede, dersom vi kan dra nyttig lærdom av dem). Mal for årsmelding og underlagsmateriale for HVPU-reformen burde vi ha hatt for lenge siden - utarbeidet sentralt og fulgt opp av fylkeslegene.

Når det gjelder kommunehelsetjenesten generelt, var sykkelen for meg en nyttig tankeknagg. Det er lett å se at det ikke er godt å sitte på det setet. Vi får omforme modellen, styrke viktige funksjoner, og begynne å sykle i flokk. For meg er det godt å tenke på at den dominerende folkesporten i min kommune er - turritt. Om denne stimulerende syklingen i flokk vil få fullt gjennomslag også i adminstrativt og politisk arbeid i helse- og sosialsektoren gjenstår å se.

Janecke Thesen
kommunelege

Gruppeoppgavene - samlet (NB begrenset opplag) eller enkeltvis kan bestilles fra:
Kommunelegekurset, SIFF, Geitmyrsveien 75, 0462 OSLO 4.

❑



Tetralysal «Farmitalia»

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

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel å 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel å 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

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakokinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske 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. 71,55 tilsv. $\frac{\textbf{30 pkn}}{\textbf{2}}$ **til kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.**

b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxyxyklin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).
Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Örebro. **5. dag** lå alle som fikk 100 mg doxycyklin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

(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 lymecycline and doxcycyline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & 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.* (6) *D. Danielsson et al.: Vilket tetracyklin bör väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*

Den 8. nordiske kongress i allmenn-medisin

vil bli holdt i Oslo 26. - 29. juni 1991. NSAM og Institutt for allmennmedisin i Oslo har i fellesskap nedsatt en arrangementskomité bestående av:
Åsa Rytter Evensen,
Olav Rutle, Jo Telje,
Øystein Pihlstrøm og
Christian Borchgrevink.

Tidligere nordiske kongresser i allmennmedisin har hatt sine motto:
Den 2. Kongress i Bergen:
En bedre primærhelse-tjeneste.
Den 4. Kongress i Dalby:
Medisinen i allmenn-medisinen.
Den 5. Kongress i Reykjavik:
Forebyggende arbeid.
Individ, familie og samfunn.
Den 6. Kongress i Århus (1989): Almen medicin i 90-årene.

Vi synes med respekt å melde at disse slagord ikke er spesielt spennende, bortsett fra det svenske, men det forstår vi til gjengjeld ikke helt. På den annen side må vi innrømme at vi har begrenset fantasi, og derfor trenger vi hjelp av Utpostens lesere.

Hvem har et godt forslag til et fengende motto for den 7. Nordiske kongress i allmenn-medisin? Forslag mottas med takk, og kan sendes til undertegnede. Det beste vil bli honorert.

Christian F. Borchgrevink
Institutt for allmennmedisin
Frederik Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2

NSAM's Kongsvold-seminar

Torsdag 13. april

Tema: Primærhelsetjenestens rolle i en nedgangstid

1200 - 1400	Ankomst, registrering, lunch.
1400 - 1500	Når arbeidsgiver forbereder de ansatte på oppsigelser. - help til selvhjelp, eller keiserens nye klær?
1500 - 1600	Når en trygg arbeidsplass forsvinner - tillitsmanns-apparatet og arbeidstagernes reaksjoner og opplevelser.
1600 - 1700	Er oppsigelser et helseproblem?
1700 - 1800	Gruppearbeid: Primærhelsetjenestens oppgaver og rolle i dette.

Fredag 14. april

Tema: Primærhelsetjenesten og omsorg for barn.

0900 - 1000	Samfunnets omsorg for barna i et historisk perspektiv. Hva har helsetjenesten bidratt med?
1000 - 1100	Familiens og det sosiale nettverks omsorg for barna - familiesituasjonen, subkulturer og det "uformelle" hjelpeapparatet.
1100 - 1400	Tur/skitur og lunch.
1400 - 1500	Planlegging av barns oppvekstmiljø og påvirkning av lokalpolitiske forhold.
1500 - 1600	Hvordan snakke med barn om vanskelige ting?
1600 - 1800	Gruppearbeid: Primærhelsetjenestens arbeid med barn - Hva gjør vi og hvilke muligheter har vi? Helsestasjonen Skolehelsetjenesten Barnevernet Områdepediatri Miljørettet helsevern/kommunalpolitisk arbeid Andre idéer
1900	Middag

Lørdag 15.april

Tema: Allmennmedisinske handlingsprogrammer

0900 - 1000	Erfaringer med utarbeidelse av handlingsprogram mer i diabetes og hypertensjon.
1000 - 1200	Referat fra referansegruppene. Diskusjon

Begrenset antall deltakere. Påmelding innen 1. april til

NSAM's sekretariat, Fr. Stangs gt. 11/13, 0264 Oslo 2
Tlf. (02) 55 92 10

2. premie i Utpostens essaykonkurranse 1988:

Tanker om allmennmedisinens vitenskapelige grunnlag

Ivar Aaraas, 44 år. Nittedøl bosatt i Balsfjord. Har arbeidet 12 år i primærhelsetjenesten, 6 år som bydelslege i Tromsø, 6 år som kommunelege i Balsfjord. Før det 4 år på sykehus. Fra høsten -88 amanuensis i allmennmedisin ved universitetet i Tromsø. Pendler mellom Malanghalvøya (Tromsøs "Nesodden") og universitetet. Trives med familien i positivt nordnorsk bygdemiljø. Økende interessert i (allmenn)medisinens kommunikative aspekter som han finner undervurdert i forskning, undervisning og praksis.

I den allmennmedisinske fagutøvelse fordres at naturvitenskapelig innsikt forenes med en hermeneutisk, helhetsorientert menneskeforståelse. I essayet framholdes at hittil er stort sett bare ett av de to forståelsesgrunnlagene vi opererer ut fra - det naturvitenskapelige - systematisk utbygget via forskning. Det drøftes hvordan en slik forskningsmessig ensidighet medfører problemer for en helhetsorientert praksis. Naturvitenskapelige metodikker er velegnet for å analysere pasienter som "objektivt" relaterte vesener ordnet i standardiserte grupper, men ikke for å forstå "subjektivt" handlende personer slik de framstår uforfalsket og varierte i vår praksisvirkelighet. I denne situasjon er det en utfordrende allmennmedisinsk forskningsoppgave å skape et systematisk kunnskapsgrunnlag for en hermeneutisk, helhetsorientert pasienttilnærming. Det mangler vi i dag.

Av Ivar Aaraas

Innledning

Allmennmedisinen kan betraktes som et fag som utfoldes gjennom en særegen interaksjonsprosess mellom lege og pasient i konsultasjonen. Fagutøvelsen fordrer at naturvitenskapelig innsikt forenes med en hermeneutisk, helhetsorientert menneskeforståelse.
Virksomhetens hovedmålsetting er å kurere og lindre enkeltmenneskers lidelser og forbedre deres helse. Det virker som et paradoks at man i byggingen av et vitenskapelig fundament for denne individrettede praksis så ensidig baserer seg på undersøkelser og analyser av grupper. Som kjent har idealet i klinisk forskning de siste tyve år vært å påvise sikre forskjeller mellom grupper av syke/friske, behandlede/ubehandlede osv. Det kontrollerte kliniske forsøk har framstått som "anerkjent gullstandard". Den toneangivende oppfatning har vært at jo større gruppe en studie omfatter jo bedre, og jo sikrere vitenskapelige konklusjoner kan vi trekke - til beste for den enkelte. I dette essay vil jeg først drøfte noen uløste problemer jeg kan se det nevnte paradoks innebære for praktisk legegjerning, dernest komme inn på noen utfordringer.

Problemer

La meg starte med et fundamentalt problem, som angår både forskere og praktiserende leger, nemlig vanskeligheten med å skille klart mellom syke og friske. I praksis er dette ofte ikke noe uoverstigelig problem - om vi tillater et visst slingringsmonn. Men uten slingringsmonn er vi fortapt. Vi kan nemlig aldri med absolutt sikkerhet fastslå om en person er syk eller frisk. Om noen skulle stusse ved en slik påstand, henviser jeg til to nylig utkomne bøker som etter mitt skjønn overbevisende argumenterer for at det nettopp forholder seg slik i klinisk forskning og praksis (1, 2).
I kontrollerte kliniske studier forsøkes denne vanskelighet omgått, dels ved at forskeren beskriver mest mulig entydige kriterier for hvem som skal anses "syk" eller "frisk", dels ved å øke antall pasienter i studiepopulasjonen. På den måten blir forskjeller - de forskjeller som forskeren er interessert i

å belyse - tydelige. Andre forskjeller - som kan være viktige i praksis - blir utvisket. Spørsmålet om hvem som "egentlig" er syk eller frisk forblir ubesvart.

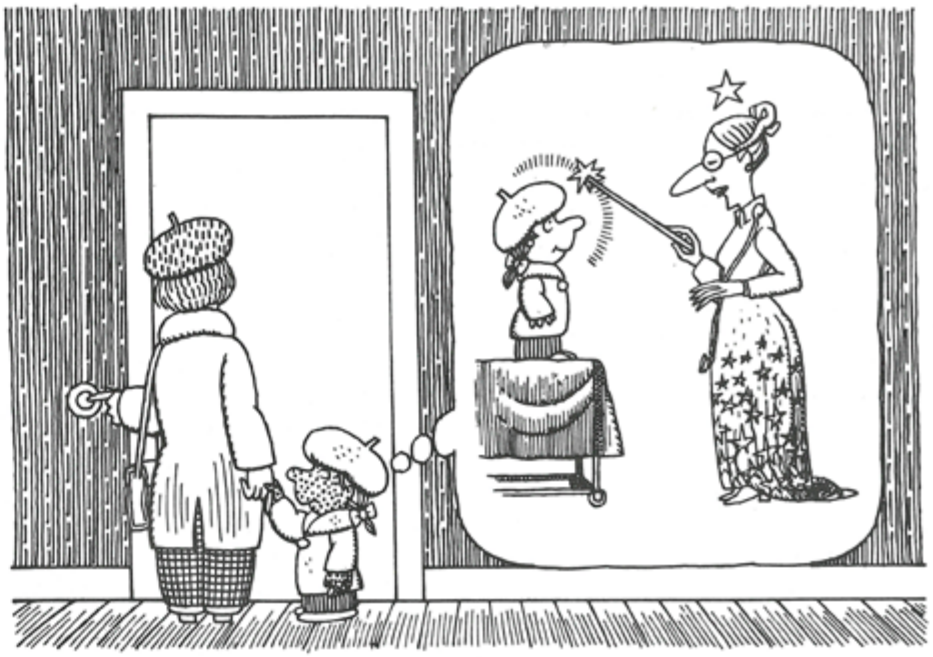
Når det i den subjektive interaksjonsverden hvor en konsultasjon utspilles, er umulig å fastslå hvem som er syk og hvem som er frisk med 100 % sikkerhet, er vi henvist til å bruke vårt faglige skjønn kombinert med sannsynlighetstenkning. Vi kan også forsøke å beregne sannsynligheter. Da er vi igjen inne i en analysemetode basert på grupper. Stort sett er slike beregninger for tidkrevende og kompliserte til å være nyttige i en travel praksishverdag, og de etterlater oss fortsatt usikre.
Et fundamentalt problem rammer også sannsynlighetsberegninger: de forutsetninger vi legger til grunn for våre beregninger er i seg selv usikre.
Hvor objektive og sikre er for eksempel symptomer? Er de ikke nettopp på grunn av sin subjektive natur, svært variable i det regnestykket som settes opp? I allmennpraksis løses gjerne dilemmaet gjennom å "vente og se".
I tidens fylde avslører naturen sitt sanne ansikt. Erfaring har lært oss at det stort sett går bra - men ikke alltid. To skjebnesvangre utfall truer stadig: noen pasienter dør uventet og noen blir uventet ikke friske. Vi trenger etter min oppfatning en forskning som lar oss forstå mer om kjennsgjerningene bakom slike utfall. Det er slike problemstillinger vi til daglig strir hardest med og enda forstår minst av.

I denne sammenheng kan det framstå som et tankekors at epidemiologiske studier, som nettopp bygger på løpende meldinger av sykdommer og dødsfall i praksis, i så liten grad har kommet oss til nytte. I 1987 kom en artikkel i Lancet som hevdet at konklusjoner basert på slike registreringer - i dette tilfelle dødeligheten av hjerte-karsykdommer basert på dødsårsaksstatistikken - var upålitelige (3). I en etterfølgende brevveksling hersket enighet om at data var ufullkomne, men uenighet om de vitenskapelige konklusjoners pålitelighet og nytte. Allmennpraktikere er i slike prosjekter "vannbærere" for studieopplegg som i sitt vesen ikke angår kilden - allmennpraksis - på tross av at data nettopp utspringer fra denne kilden. Om generelle epidemiologiske studier basert på løpende sykdomsregistrering ikke gir kunnskap av betydning for den daglige interaksjon med individuelle og varierte pasientskjebner i allmennpraksis, har utvilsomt kontrollerte kliniske forsøk sitt å si for en sikrere grunn å praktisere på. Men det er også nødvendig å være klar over disse studiers begrensninger.

For om vi gjennom gruppestudier etterhvert har erhvervet en sikrere grunn å bygge medisinsk praksis på, kommer vi stadig vekk ut for individuelle erfaringer som tilsier at grunnen enda er utrygg og uferdig. Det faktum at vitenskapelig utprøvede metoder og terapier ikke passer for alle i praksis, framgår, om ikke eksplisitt, så implisitt av de vitenskapelige rapporter selv. Det kan sies å dreie seg om et "statistisk signifikant" mindretall. Mindretallet lider en uheldig skjebne på flere måter. For det første får de ingen nytte av det eksperiment de deltar i. Videre blir deres problem gjerne tilsidesatt eller utelatt i forskningsrapportenes drøftelser. Dernest er det ingen som i praksis kan forutsi om en person som ellers passer for en ny og lovende behandling egentlig tilhører mindretallet som vil oppleve skuffelse. Skuffede forhåpninger er et av de viktigste og vanskeligste problemer leger i dag må hanskes med, og særlig i allmennpraksis er dette både betydningsfullt og byrdefullt fordi de samme pasientene kommer igjen og igjen.

Et nær beslektet problem er knyttet til det å overføre resultatene fra forskningsrapportene til hverdagens praksis på en korrekt måte. I kontrollerte gruppestudier beskrives alltid omhyggelig til dels strenge utvalgskriterier. I praksis vil legen gjerne slakke på kravene, hvis det kan være håp om å hjelpe en person, som har hatt liten eller ingen nytte av tidligere behandlingsopplegg, og som man ellers står rådløs overfor. I konsultasjonsøyeblikket er det dessuten umulig for legen å ha full oversikt over om nettopp denne pasienten ville blitt ekskludert som eventuell deltaker i de studier det nye behandlingsalternativet baserer seg på. Eksempler på at pasienter som det vitenskapelig sett strengt tatt ikke er dokumentert nytteeffekt for, allikevel får prøve nye metoder og opplegg forekommer antakelig ofte i den daglige praksis. Å si noe om hvor ofte det skjer, ville i seg selv være en utfordrende og vanskelig forskningsoppgave - som ingen hittil, så vidt jeg vet, har prøvet seg på. En slik undersøkelse ville antakelig nettopp fortalt oss noe om hvor vanskelig det er å overføre resultatene fra kontrollerte kliniske forsøk til individuell klinisk praksis vitenskapelig korrekt. Jeg tror Rutle i sin undersøkelse fra norsk allmennpraksis gir oss et indirekte vitnesbyrd om dette problem - "gapet" mellom teori og praksis - når han finner så store og uforklarlige variasjoner fra praksis til praksis (4). Teoretisk kan en tenke

⇒



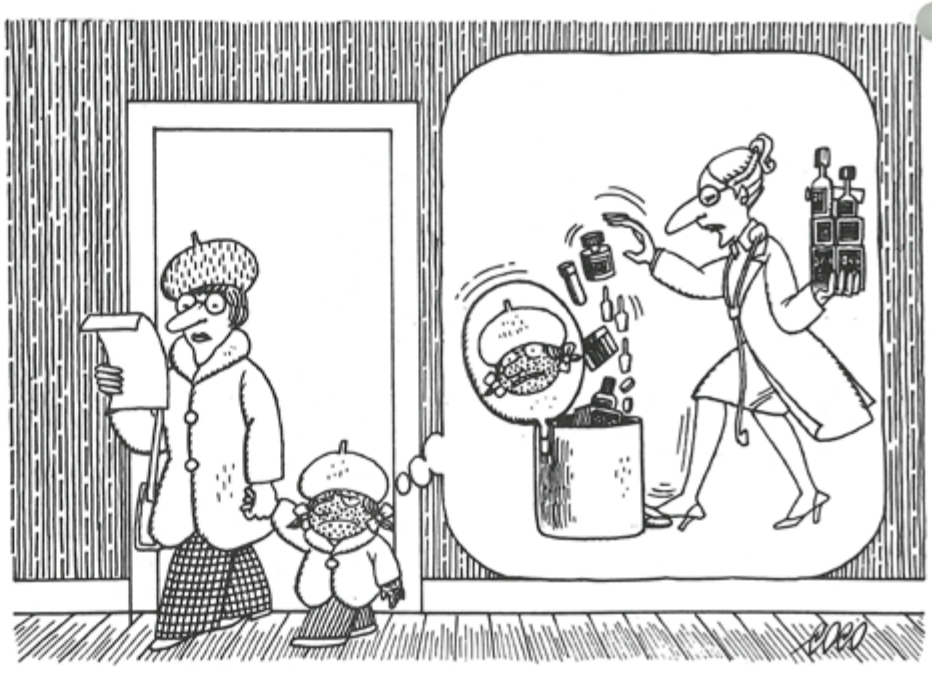
seg at leger i praksis klarte å være like restriktive og utvelgende overfor enkeltpasienter som forskerne er når de konstruerer sine studiepopulasjoner. I så fall kunne trolig en del terapifeilslag og skuffelser forbundet med dem forebygges. I praksis er imidlertid en slik rendyrket rasjonalistisk fremgangsmåte vanskelig, dels fordi legen måtte være i besittelse av tilnærmet "guddommelig" kunnskapsoversikt, dels fordi pasientenes medbestemmelsesrett i terapispørsmål - for eksempel ønsket om å prøve noe nytt - måtte tilsidesettes helt. Og selv om en del feilslåtte behandlinger hypotetisk sett kunne elimineres gjennom en mer rasjonell vitenskapelig praksis, ville det ikke vært godt nok siden vi, som tidligere nevnt, ikke kan forutsi om den aktuelle pasient tilhører et "statistisk signifikant" mindretall som midlet ikke passer for.

Utfordringer

I det jeg hittil har sagt ligger at det medisinsk naturvitenskapelige paradigme - som blant annet forutsetter at symptomer og sykdommer kan ses isolert fra personer, og grupperes og analyseres statistisk og objektivt - gir et utilstrekkelig forståelses-grunnlag. For å forstå mye av den lidelse vi møter i allmennpraksis, må vi utvide vårt perspektiv og inkludere pasientens subjektive opplevelsesverden. Behovet for denne nyorientering synes jeg særlig to norske allmennpraktikere har bidratt til å tegne klart: Jørgen Jørgensen i sitt prisbelønte essay fra 1985 der han begrunner krav om et paradigmeskifte i medisinen (5), og Kirsti Malterud gjennom sin påvisning av hvordan vårt "medisinske klassifikasjonsspråk" er uten navn på og klare begrep om mange lidelsestilstander, som i særlig grad rammer kvinner (6). Jeg ser deres bidrag som utfordringer til ettertanke og refleksjon i allmennpraktikerkollektivet. Virkningen av en slik refleksjon kan bli en bevegelse bort fra en praksis som ensidig og derfor delvis forkjært bygger på naturvitenskapelig tenkning i sin utøvelse.

Mye tyder på at utfordringen er i ferd med å bli forstått, og bevegelsen kommet i gang. Den gamle erkjennelse av interaksjonen mellom lege og pasient som det sentrale element i konsultasjonen har de senere år fått en renessanse. Denne erkjennelsen synes grunnleggende for utviklingen av nye strategier og modeller for konsultasjonsgjennomføring. Her i landet synes to modeller å ha fanget størst interesse, den sosial-psykologiske tilnærming beskrevet av Pendleton et al. (7), og den pasientsentrerte kliniske metode utviklet av bl. a. Levenstein (8). Begge tilnærminger gjør det til et hovedpoeng at legen i konsultasjonen må få fram, forstå og gjøre bruk av det som oppleves viktig i pasientens livssituasjon og forestillingsverden. Å ta i bruk en slik forståelse har ikke bare en psykologisk og sosialmedisinsk betydning, men er også svært viktig for en effektiv implementering av rent biomedisinske tiltak. Etter min oppfatning vil denne utviklingen bidra til å skape balanse i vår konsultasjonsforståelse, slik at naturvitenskapelig innsikt - ikke bare i navnet, men også i gavnet - kombineres med en hermeneutisk ("holistisk") menneskeforståelse. En hermeneutisk tilnærming innebærer, slik jeg tolker det, at det lidende mennesket søkes forstått som tenkende og handlende subjekt i en sosial og kulturell sammenheng.

Ut fra det jeg tidligere har sagt, stiller utviklingen av en mer balansert konsultasjonsforståelse oss framfor ytterligere en utfordring. Hittil er bare ett av de to forståelsesgrunnlagene vi opererer ut fra - det naturvitenskapelige - systematisk utbygget via forskning. Går det an å utbygge det hermeneutiske forståelsesgrunnlag på en tilsvarende måte? Ut fra et tradisjonelt naturvitenskapelig syn er det et problem ved den hermeneutiske tilnærming at den betrakter personlig og intersubjektiv variasjon som interessant og viktig å forstå. (Det kan her være tankevekkende å innskyte at i allmennpraksis er det akkurat dette vi er interessert i. De problematiske er nettopp ofte at vi i for liten grad skjønner oss på variasjon og subjektive særegenheter). Gjennom naturvitenskapelige metodikker forsøkes slik variasjon "luket ut" slik at funnene kan standardiseres, objektiviseres og valideres kvantitativt. Slike metodikker er velegnet for å analysere "objekter" ordnet i grupper, men altså ikke for å forstå "subjekter" slik de framstår uforfalsket og varierte i vår praksisvirkelighet. Går det likevel an gjennom hermeneutisk utforskning å forstå og validere subjektiv variasjon systematisk slik at vårt felles kunnskapsgrunnlag kan bli utvidet? Når Mc Whinney drøfter valideringsspørsmålet i forbindelse med den pasientsentrerte kliniske metode, sier han (9): "The ultimate test of a method is its outcome. To measure the accuracy of a clinical diagnosis the clinical can go to the pathologist. What is the equivalent for testing the diagnosis of the patient's inner experience? Going to the patient. The patient can tell us whether the physician has acknowledged and understood his or her expectations and feelings".



I praksis må vi forholde oss til pasientenes dom, enten vi liker det eller ikke. Pasientens uttalte mening kjenner vi egentlig meget godt som en viktig og ofte endelig prøvesten for våre forslag og tiltak i det daglige. Men kunne vi tenke oss å ta i bruk pasientens ord som et vitenskapelig validitetskriterium - slik Mc Whinney foreslår? Tanken burde ikke være oss fremmed. Med en historie fra praksis vil jeg illustrere hvordan jeg tror våre pasienter sitter inne med ubrukte validitetsnøkler, som kan tas i bruk i en hermeneutisk orientert utforskning av menneskelig lidelse.

- Historien handler om en person jeg har hatt kontakt med i mange år. Hun har oppsøkt meg ofte. Mange ganger har hun sittet på venteværelset tidligere enn avtalt, uten forhåndsbestilt time med et forventningsfullt og gåtefullt trykk, som har vakt min irritasjon. Jeg har bladd opprådd i hennes tykke journal, grudd meg for å kalle henne inn, anstrengt meg for å være vennlig. Som oftest har hun hatt smerter, av og til uendret fra før, av og til verre og på et nytt sted. Noen ganger har det forekommet ulike ledsagersymptomer, som kanskje kunne tyde på noe alvorlig og har krevet medisinsk utredning. Slik har det pågått i årevis. Mine kolleger før meg har også gjort mange forsøk på å finne ut av lidelsens natur, uten hell. Ved en tilfeldig konsultasjon etter 5 år foreslo seg på ny, i mangel på bedre alternativer fysioterapi, hvoretter hun sa: "Jeg tror ikke du trenger å henvise meg til fysioterapi mer. Det hjelper ikke allikevel. Jeg tror jeg vet hva alt ommer av". Jeg så på henne med oppriktig interesse og lente meg lyttende tilbake. Historien hun fortalte tok uavbrutt 1 time. Det virket etterpå nesten som et "nytt" menneske satt foran meg. Hun hadde på 60 minutter gitt meg et forvandlet og forklaret perspektiv på sin lidelses- og livssituasjon, som vi i løpet av over 100 konsultasjoner gjennom tolv år i liten grad hadde vært på sporet av, i hvert fall om jeg skulle tro journalens ord og tall. Det kunne telles opp over 10 nedtegnede diagnose-kategorier, mange på grunnlag av spesialistundersøkelser og sykehusopphold. I etterpåklokskap kunne flere diagnoser valideres som irrelevante - noen endog som uheldige, i det hun var påført bivirkninger av unødvendig behandling. Etter å ha fortalt sin skjellsettende historie har hun kommet sjeldnere. Våre møter har vært mer meningsfulle og målrettede. Mitt "medisinske utenomsnakk" har stilnet av. Hun har sagt mer, jeg mindre. Til gjengjeld har jeg funnet det interessant å lytte - det som før nesten var et ork.

Historien er representativ for flere pasientskjebner jeg har møtt gjennom mange år i praksis. I samtaler med erfarne kolleger har jeg fått fortalt lignende historier. Vi har sammen lurt på hvordan det har seg at "hemmeligheter" som på en måte lar "brikkene falle på plass" åpenbares så sent - ofte først etter mange år. Kanskje er det slik at flertallet av slike historier forblir ufortalt? I så fall kan vår oppgave være å etterforske dem eller kanskje rettere framelske dem hos våre pasienter. Slike historier er verdifulle. På tross av at de selv ikke kan behandles naturvitenskapelig på noen fornuftig måte, kan de vise seg å invalidere funn basert på en for ensidig biomedisinsk tilnærming. Illustrerer ikke den historien jeg nettopp har fortalt akkurat dette? Historien kan også være et eksempel på hvordan ensidig biomedisinsk tenkning og informasjons-søkning virker hemmende slik at følsomt og viktig stoff fra pasientens livsverden forblir skjult.

Avslutning

At de problemer som her er skissert for allmennmedisinen, er av mer generell karakter og reiser utfordringer som angår hele det medisinske fagfelt er det levert tungtveiende argumentasjon for (1, 2, 10, 11). Lidelse kan ikke utforskes uttømmende ut fra forestillingen om at alle hemmeligheter til slutt vil finnes i det "biologiske maskineri". Selv om tiden for naturvitenskapelige nyvinninger i medisinen sikkert ikke er over, er de fleste funn som i dag gjøres på dette felt av begrenset nyhets- og nytteverdi. Slik sett er den naturvitenskapelige bæresøyle for medisinsk praksis allerede meget solid. Det er imidlertid ikke bra med bare en bæresøyle om "bygningen" (dvs. praksis) forutsetter to for å stå støtt. Jeg ser det i dag som en utfordrende allmennmedisinsk forskningsoppgave å få reist den andre bæresøyle. Denne bæresøyle forutsetter at vi tar i bruk en alternativ vitenskapelig forståelsesmåte - den hermeneutiske - som setter den subjektive forestillingsverdenen til det lidende menneske i fokus. En slik oppgave vil ta tid og være krevende. Noen har såvidt begynt.

Litteraturreferanser:

1. Wulff H, Andur Pedersen S, Rosenberg R. Philosophy of Medicine, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1986.
2. Juul Jensen U. Practice and Progress, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987.
3. Stehbens WE. An appraisal of the epidemic rise of coronary heart disease and its decline. Lancet 1987; 1: 606-11.
4. Rutle O, Forsen L. Allmennpraksis - tema med variasjoner, Oslo: SIFF/Gruppe for helsetjenesteforskning Rapport nr 8/84.
5. Jørgensen J. Sykdom og helse - trenger vi nye paradigmer? Utposten 1985; 6: 174-80.
6. Malterud K. Illness and disease in female patients. I. Scand J Prim Health Care 1987; 5: 205-9.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching, Oxford University Press, Oxford 1984.
8. Levenstein JH, Mc Cracken EC, Mc Whinney IR, Stewart MR, Brown JR. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine, Family Practice 1986; 3: 24-30.
9. Mc Whinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? CMAJ 1986; 135: 873-78.
10. Asplund K, Hulter Åsber K. Läkekonsten och den kliniska forskningen - inte bara tillempad biomedicin! Läkartidningen 1988; Vol. 85, Nr. 17.
11. Eisenberg L. The Subjective in medicine. Perspectives in Biology and Medicine, 17, 1. Autumn 1983.

❑

Referansegruppen i sykehjemsmedisin

NSAM har i 1988 etablert en egen referansegruppe i sykehjemsmedisin.
Gruppen består av følgende tilsynsleger:

Einar Einarsen,
Vik i Nordland.

Knut Mamen, Finnsnes.

Per Steinar Steinsvoll, Otta.

Hans Michael Waaler,
Stjørdal.

Hans Michael Waaler har vært leder i startfasen med ansvar for møtevirksomhet og det første kurs i sykehjemsmedisin. Våre første møter har vært preget av diskusjoner om faglig identifikasjon, satsingsområder og realistiske arbeidsmål. Denne klargjøring tar tid i en innbyrdes modningsprosess ettersom gruppen vinner erfaring.

Vårt aktivitetsnivå er selvsagt også avhengig av ressurstilgangen både faglig og økonomisk. Vi håper at våre kolleger i økende grad vil være oppmerksom på vår virksomhet, at de vil benytte oss som faglig ressurs og tilføre oss gode impulser og nødvendige faglige korrektiv. Knut Mamen, 9300 Finnsnes har oppdatert litteraturarkiv i Sykehjemsmedisin og står gjerne til tjeneste med opplysninger.

Hilsen referansegruppen ved Per Steinar Steinsvoll.

❑

Referat fra kurs i sykehjemsmedisin

Kurset var godkjent som emnekurs og ble holdt på Rica Hell hotell, Stjørdal 23. og 24. november. Leder var Hans Michael Waaler, og han stod også som faglig ansvarlig for kursets hovedemne: Rehabilitering.

Ressursgruppen i sykehjemsmedisin stod ansvarlig for hvert sitt emne forøvrig og brukte seg selv som forelesere over disse emner: Sykehjemslegens arbeidsdag, aldersdemens og sykehjemstjenesten.
Kursdeltakerne var 40 tilsynsleger, samt 15 andre helsearbeidere fra sykehjem, hovedsakelig fra Trøndelagsfylkene og Møre og Romsdal. Dette var en tilslutning langt større enn forventet og med desto større krav til faglig innhold.

Kurskomiteen hadde utmerkede støttespillere utenom egne rekker. Overlege Johan P. Hesselberg holdt en spirituell forelesning over rehabiliteringsvirksomheten ved Brøset Rehabiliteringssenter.
Det var utmerkede tverrfaglige innslag ved fysioterapeutene Ingeborg Laugsand og Bjørg Mjøsund som redegjorde for rehabiliteringsmodeller og erfaringer fra sine arbeidsplasser. Kommunelege May Ruud ga oss en grundig og morsom innføring i sitt arbeid med handlingsprogram for slagpasienten etter sitt registreringsarbeid i Stange.

Kurskomiteen avstår fra bedømmelse av egne prestasjoner som forelesere. Kursdeltakerne viste stor interesse og deltok ivrig i plenumsdiskusjon og samtale over gruppeoppgaver. Det vitnet om sentrale emnevalg og god respons. De mottatte evalueringsskjema vil bli grundig gjennomgått og kommentarer med korrigerende kritikk vil vi selvsagt ta til etterretning.

Vi har lært at gruppearbeidene må forberedes bedre og praktiseres annerledes i fremtidige kurs.

Hilsen referansegruppen
i sykehjemsmedisin ved
Per Steinar Steinsvoll
Sel sjukeheim
2670 OTTA

Brev fra redaksjonen

Kjære leser.

Da vi overtok redaksjonsansvaret for ett år siden, hadde vi ingen erfaring. Nå har vi ett års erfaring - en god begynnelse, men stadig slik at vi fortsatt har mye å lære om å lage et godt tidsskrift. Ved årsskiftet synes vi tiden er inne til å dele noen av våre erfaringer så langt med dere, som er våre oppdragsgivere.

Utpostens nåværende organisasjonsmodell og arbeidsmåte er preget av våre forutsetninger og intensjoner. Først litt om forutsetningene:

Redaksjonsmedlemmene bor spredt over hele landet, og vi kan ikke møtes ofte. Vi har valgt å fordele de tekniske oppgavene knyttet til administrasjon og produksjonsprosess. Utposten har sin adresse, sitt administrative sentrum og sin uunnværlige sekretær (Ruth Sprakehaug) i Lærdal i Sogn. Men samtidig har hver av oss totalansvar for redigering og produksjon av hvert vårt nummer. Noen av oss har gått sammen om dette. Den observante leser vil ha lagt merke til at vi etter tur står som ansvarlig redaktør for "vårt" nummer. Redaktøren planlegger temadelen og tar seg av koordinering av resten av stoffet. Våre aktive lesere sørger heldigvis for et jevnt og solid tilsig av stoff. Dette første året har vi snarere hatt for mye enn for lite stoff - et opplagt luksusproblem, som vi etterhvert lærer oss å håndtere til felles fordel!Vi har valgt en produksjonsprosess der stoffet skrives inn på data ett sted, layout foregår et annet sted, og trykkeriet ligger et tredje sted. Mellom disse produksjonsleddene skal stoffet tilbake til ansvarlig redaktør for korrektur og videre planlegging. Ingen av oss liker å få det altfor travelt. Dette medfører at bladet får en ganske lang produksjons-periode. Utposten kan derfor aldri kan ta mål av seg til å dekke de ferskeste primær-medisinske nyheter.

Dette er da heller ikke vår intensjon med bladet. Derimot vil vi gjerne prøve å gå i dybden - vi vil knytte forbindelseslinjer mellom teori og praksis basert på primærlegers egen erfaring og refleksjon. Vi vil gjerne være et hverdagsblad, som ingen skal behøve å være redd for å sende sitt innlegg til. Våre publiseringskriterier vil aldri være slik som i de vitenskapelige medisinske tidsskrifter. Kan vi ha en jordmorfunksjon for den som for første gang vil formidle sin erfaring i form av et innlegg eller en artikkel, vil vi svært gjerne det.

Vi ønsker å gjøre Utposten lesverdig - både med hensyn til innhold og utseende. I 1988 har vi strevd kraftig for å finne fram til en god samarbeidspartner på layoutsiden. Dette resulterte til slutt i at årets 8 nummer er blitt satt opp av 5 forskjellige layout-firmaer. Vi har nå gjort erfaringer som gir oss godt håp om å komme i stabil havn angående denne delen av produksjonsprosessen i tiden framover. Leseren vil etterhvert se hvilket layoutfirma vi velger som vår faste samarbeidspartner.

Norsk primærmedisin er like mangfoldig som ugras. Utpostens oppgave er å ivareta og formidle dette mangfoldet, uten å definere mangfoldet som ugras. Vår redaksjonskomite sikrer oss kontakter over hele landet. En ajourført oversikt over redaksjonskomiteen finner du på s. 18. Men redaksjonskomiteen er ikke bare redaksjonens forlengete arm. De er også vår idebank og vårt sikkerhetsnett. Vår redaksjonsperiode varer 5 år, og vi trenger å vite at vi ikke er alene hvis vi trenger avlastning. Fra 1989 har Gunn Aadland og Eli Berg byttet plass, ved at Gunn er gått inn i redaksjonen, og Eli er gått over i redaksjonskomiteen. Vår illustratør, Karin Skallsjø, har også endret status ved at hun er gått ut av redaksjonskomiteen. Hun kommer likevel fortsatt til å sikre bladet hverdagsnære tegninger.

De som var redde for at en ren kvinneredaksjon skulle lage et dameblad, har forhåpentligvis falt noe til ro i løpet av vårt første redaksjonsår. Vi mener likevel fortsatt at vi som kvinner har noe ekstra å bidra med som kan komme norsk allmenn- og samfunnsmedisin til nytte. Utposten skal fortsatt være et alminnelig blad for norske primærleger - av alle kjønn.

Godt nyttår!

Kirsti Malterud

❑

"Vi er mange..."

Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

2050 JESSHEIM

1341

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: Utposten nr. 1 1989

Leder side 3
Mette Brekke

Samepolitisk kafferast side 4
Vigdis Stordal

Å leve med uløste konflikter side 8
Cecilie Jávo

Vi har ikke nedgangstider side 12
Knut Johnsen intervjuet av Mette Brekke

Norsk helsearbeider i sameland side 14
Anne Heggland

Presentasjon av samisk legeforening side 16
Ester Fjellheim

"I hiine haarde dage..." side 20
Bjørn Tansem

Kan vi fremme helse gjennom turistnæringen side 24
Jon Elvestad

Candida-syndromet side 28
Geir Flatabø

Kasuistikkspalten: En psykiatrisk sykehusinnleggelse side 31

Utfordringer og vanskeligheter i forebyggende helsearbeid side 3[illegible]
Vidar Bjørn

Kommunehelsetjenesten - en sykkel uten styre? side 38
Janecke Thesen

Den 8. nordiske kongress i almennmedisin side 41

Tanker om allmennmedisinens vitenskapelige grunnlag side 42
Ivar Aaraas. 2. premie i Utpostens essaykonkurranse

Nytt fra referansegruppene - sykehjemsmedisin side 46

Referat fra kurs i sykehjemsmedisin side 46

Brev fra redaksjonen side 47