

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1995

ÅRGANG 24



**Folkehelse og fridom;  
risiko og livsverdi**

Nr. 3, 1995

99

Geir Sverre Braut

Leder: Folkehelse og fridom; risiko og livsverdi

100

Jan Helge Solbakk

Trå varsomt – helsearbeider bli ved din lest

108

Carl Ditlef Jacobsen

Likegyldigheten – hva gjør vi med den?

110

Eivind Vestbø

Risiko – ikke til å spøke med i allmennpraksis!

113

Utpostens edb-spalte

Plug and play

115

Bokmeldinger

– Nukleærmedisin

– Legemidlene historie

116

Laila Solli

Medarbeiderens møte med flyktninger  
og innvandrere

120

Smil i hverdagen

121

Finn Magnussen

Å snakke med ungdom

126

Vi beklager! Korreksjon av mangel i nr. 2-95

128

Gunnar Tellnes

Helhetstenkning og kreativitet innenfor natur,  
kultur og helse

132

Utposten for 10 år siden

134

«Utpost» i Telemark

GRUK-gruppe for kvalitetsutvikling

137

Dikt

Snu dere bort – tenk på noe annet

138

Jan Ørnulf Melbostad

På jakt etter landsmann Hansen

140

Når noe går galt...

Når pasienten er for «frisk» til å innlegges

142

Forfatterveiledning

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

### Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

### Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen

Krämmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 24 08

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 81 04

Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

6790 Hornindal

Tlf. privat: 57 87 95 76

Tlf. arbeid: 57 87 94 86

Fax: 57 87 95 73

### Annonser:

RMR

Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22.

### Abonnement:

Kr 300,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

### Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

# Folkehelse og fridom; risiko og livsverdi



Stortingsrepresentant Fridtjof Frank Gundersen seier i eit avisintervju at han har byrja å røykja, ikkje fordi det er sunt, men fordi han er sint (1). Han dreg ikkje den medisinske fagkunnskapen i tvil. Han argumenterer ut frå den personlege fridomen som overordna verdi når han går mot statens rett til å avgjera når og kor ein skal få røykja. Gundersen formidlar på sin måte synspunkt som for mange av oss utgjer det eine bladet av eit typisk dilemma.

I ein artikkel i denne utgåva av Utposten analyserer Jan Helge Solbakk spørsmålet nærrare (2). Solbakk hevdar at medisin tek på seg eit illegitimt ansvar som trugar menneskets personlege integritet og grunnleggjande rettar når den nyttar eit utvida helseomgrep som saknar forankring i den reine medisinske fagkunnskapen. Førebyggjande helsearbeid har ei forståing av det gode livet som eit liv langt der framme som ein ikkje har nokon garanti for å nå. Ei alternativ forståing av det gode livet, skriv han, er at det er det livet som ein kan nyta i notida og at det risikofrie livet er eit dårleg liv for dei fleste.

Det andre bladet av helseopplysningsdilemmaet vert presentert av Carl Ditlef Jacobsen (3). Han hevdar at den ovanståande argumentasjonen ikkje kan vera gyldig av di kvar einskild person berre i liten grad kan velja livsstil, vanar og uvanar på eit nøytralt og fritt grunnlag. Ungdomsskuleeleven er prisgitt det sosiale miljøet i spørsmålet om han eller ho skal byrja å røykja.

Sjølv om Gundersen og Solbakk tilsynelatande har same

utgangspunktet, er det ein skilnad som er vesentleg. Solbakk tek eit oppgjer med medisinens rett til å påverka mennesket, medan Gundersen ser staten som motpart. Jacobsen på si side framstiller medisin som statens legitime tenar i påverknadsspørsmålet. Ingen av dei går djupare inn i det grunnleggjande spørsmålet – nemleg: Kva er det eigentleg frie valet i eit menneskeliv? Analysen av dette er langt viktigare enn å sokja saret på om det gode livet er i dag eller i morgen eller korvidt det risikofrie livet er av det gode. Folket ventar seg eit godt liv både i dag og i morgen samstundes med at ein vil ha retten til å ta sjansar utan at det går negativt ut over livet.

Utfordringane for samfunnet, medisin medrekna, er å sikra einskildmennesket så stor grad av sjølvråderett som mogeleg. Problemet for medisinrar er at vi gjerne ønskjer å framstå som objektive og nøytrale i informasjonsverksemda vår. Dermed vert framstøya til «folkets beste» gjerne ganske bleike eller grå. Konkurrentane på banen når det gjeld lukka i livet sparar seg derimot ikkje når det gjeld subtile påverknadsmetodar. Det er lettare å selja Martini som glidemidlet for det lukkelege samlivet enn å selja røykestopp med dei same metodane!

Stortinget har fastsett at reklame for tobakk og alkohol skal vera forbode. Dette er eit klart uttrykk for at det norske samfunnet meiner at kollektivet skal kunna styra dei påverknadene vi vert utsette for. Dette gir likevel ikkje ein rett til å nyta alle mogelege middel for å kjempe mot tobakksbruk og alkoholnyting. Sjølv om målet er

aldri så edelt, vert ikkje alle middel heilage; det er vel basal etikkunnskap?

Jacobsen har eit vesentleg poeng i at medisinrar må ta omsyn til førebyggingsstiltak i møtet med einskildmennesket. Solbakk har eit like vesentleg poeng i at medisinaren i verksemda si må byggja på kunnskap. Og Gundersen har rett når han sier at det i Stortinget er ein føremón å uttala seg om det ein har minst greie på. Det er nettopp dette som er politikarane sitt privilegium og styrken i eit demokrati. Men det vert livsfarleg om fagfolk nyttar same strategien i si framferd.

Til slutt – slik eg les Fridtjof Frank Gundersen, Jan Helge Solbakk og Carl Ditlef Jacobsen oppfattar eg dei samlede slik at dei gjerne vil ønskja den fallskjermhoppande pensjonisten lukke til! På eiga hand, eller i dialog med andre, har han vald hoppet; fullt vitande om både sannsynlighet for og konsekvensane av eit uhell. Og det var heilt sikkert ikkje miljøpresset i pensjonistlaget som gav han idéen.

## Litteratur

1. Selinger E. En røyk for frihet. Intervju med Fridtjof Frank Gundersen. VG 1.4.1995:25.
2. Solbakk JH. Trå varsomt – helsearbeider bli ved din lest. Utposten 1995; 24 (3): 100–106.
3. Jacobsen CD. Likegyldigheten – hva gjør vi med den? Utposten 1995; 24 (3): 108–109.

# TRÅ VARSOMT

## – helsearbeider bli ved din lest

Tekst: Jan Helge Solbakk



Jan Helge Solbakk, f. 13.06.56

Akademisk bakgrunn:

Utdannet lege og teolog,  
doktorgrad i filosofi.

Arbeid: Sekretariatsleder,  
Den nasjonale forsknings-  
etiske komité for medisin,  
Gaustadalléen 21, 0371 Oslo.  
Professor II i medisinsk etikk,  
Fagområdet medisin, Institutt  
for samfunnsmedisin, UiT  
Gjesteforsker, Senter for  
vitenskapsteori, UiB.

Platon uttalte en gang at det ligger utenfor legens kunnskaps- og kompetanseområde å vite hva som er mest forferdelig for en pasient: Å fortsette å være syk eller å gjenvinne sin helse. Samtidig påstår det i *De hippokratiske skrifter* at «En lege, som også er filosof, er å ligne med en gud».

Disse visdomsord kan det være greit å ha i bakhodet som bakgrunn for det jeg kommer til å si i denne artikkel – om forebyggende helsearbeid. Det kan også være

greit å være forberedt på at jeg vil nærme meg dette tema som *etiker*.

### Kan medisin-etikere brukes til noe?

Hva er så en etikers oppgave i medisinien og i forebyggende helsearbeid? Er det å utvikle teorier om medisinsk etikk? Er det å gi en teoretisk begrunnelse for medisinske handlingsvalg og slik virke som *legitimerende* instans for det medisinske etablissement? Eller er det å stille kritiske spørsmål ved etablert medisinsk praksis eller praksis som tenkes satt i gang? Å stille kritiske spørsmål er det ikke bare etikere som gjør, det er karakteristisk for alle som bedriver seriøs vitenskapelig eller vitenskapsbasert virksomhet. Kanskje kunne medisinetikerens oppgave formuleres på følgende måte: Å stille de kritiske og nærgående spørsmål ved medisinsk virksomhet som vekker *ubezag* og negative reaksjoner; fordi ubehagsfølelsen nettopp kan være et uttrykk for at etablerte verdioppfatninger utfordres av spørsmålstillingen. Etikerens oppgave er med andre ord å være djevelens advokat på verdiplanet. Den er å lese medisinerne teksten, men på skrå.

### Medisinens nøkkelbegreper

Før jeg går i gang med å forsøke å klargjøre hva som ligger i artikkelenes noe provoserende tittel, kan det kanskje først være nyttig å minne om en del grunnleggende begreper i moderne medisin og forebyggende helsearbeid: *sykdom, helse, normalitet, kunnskap og kompetanse*.

Medisinens selvforståelse har alltid vært knyttet til tre av disse

begrepene: «normalitet», «sykdom», og kunnskap (*techne*) – i betydningen kunst, kunnen, teknologi. Dessuten har størrelsene «sykdom» og «den syke» alltid vært normerende for medisinien, både som kunnskapssøkende virksomhet og som praksis.

### Helsens mysterium

Begrepet «helse» derimot har aldri vært et spesifikt medisinsk begrep. Og faktisk er det slik at de fleste helsebegreper som brukes innenfor helsevesenet i dag er av *ikke-medisinsk* karakter. Det vil si, de er begrunnet ut fra et kunnskaps- og kompetanseområde som ikke bare strekker seg lengre enn den medisinske fell rekker, men som i hovedsak ligger langt *utenfor* den vitenskapsbaserte medisins doméner. Ikke bare det: helse er på sett og vis en størrelse som aldri helt lar seg gripe – av noen form for kunnskap. Den er oss til velsignelse i livet, den forunder og fascinerer, men den lar seg neppe fravriste alle hemmeligheter.

Min arbeidshypotese i dette innlegg er at medisinens faktiske kunnskapsgrunnlag er for mangelfullt til at man kan drive helsefremmende og forebyggende arbeid som går ut over å gjenopprette eller opprettholde normalfunksjoner. Anerledes formulert: så lenge medisin definerer helse som synonymt med normalitet, kan den drive helsefremmende og forebyggende arbeid med basis i egen kunnskap. I det øyeblikk medisinien derimot tar i bruk et mer ambisiøst helsebegrep (dvs. helse forstått som noe mer enn normal fysisk, psykisk og sosial funksjonstilstand), går den ut over sitt kunnskaps- og kompetanseom-

råde. Dermed påtar medisinen seg et illegitimt ansvar, som kan true menneskers personlige integritet og grunnleggende rettigheter. For det første representerer dette en trussel mot legens egen personlige integritet: alt blir helse, alt blir fag. Dermed utviskes det personlige, og legen står i fare for å gjøre seg selv til slave under egen uvitenhet (Dette slaveperspektiv har jeg tidligere behandlet i artikkelen «Helsemoralisme og teknologifanatisme i moderne medisin», *Utposten* 1991;20(8):354-7).

### Forfriskende medisin

Til støtte for denne påstand skal jeg først sitere fra en artikkel om helseopplysning skrevet av fire leger – som sto å lese i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1990: «Når det gjelder helseopplysning klarer vi ikke å opprettholde et profesjonelt skille mellom personlige holdninger, egen atferd og faglig virksomhet». Av dette trekker forfatterne den konklusjon at vi som leger – fra helsedirektør til turnuskandidat – ved vår egen atferd må vise at vi tror på våre egne budskap. Typisk nok er det med utgangspunkt i et *utvidet sykdoms- og helsebegrep* at de fire legene kommer frem til at skillet mellom det personlige og profesjonelle må vike:

«I stedet for å la helse stå for den ekstreme, totale sunnhet, både fysisk, psykisk og sosialt (jfr. Verdens helseorganisasjons definisjon av helse), har vi valgt å se helse som en del av livet, slik livet arter seg for de fleste av oss. På denne måten kan vi snakke om grader av helse også når det gjelder kronisk syke eller gamle, ja til og med for dem som er i ferd med å dø «mette av dage». I stedet for å starte der sykdommen slutter, vil vi strekke helsebegrepet så langt som det er liv. Det at man ikke er syk, er ikke ensbetydende med at man har god helse.

En person kan godt være uten påviselig sykdom, og likevel ha en dårlig helsetilstand. På samme måten kan en person med en kronisk sykdom, for eksempel psoriasis, lediggikt eller psykisk lidelse, ha god helse ellers. Begrepet helse er vanskelig å definere og bli klok på... Vi vil derfor lansere et nytt begrep, som vi tror kan benyttes i stedet for helse i en rekke sammenhenger, nemlig *forfriskning*.

Forfriskende arbeid tar sikte på å styrke de positive faktorene som påvirker helsen, i stedet for dagens, negative, sykdomsforebyggende helseopplysning» (Mjell, J. & Co, *Forfriskende helseopplysning*, Tidsskr Nor Lægeforening nr. 29, 1990; 110:3779-81).

### Totalmedisin

Men bruken av et utvidet sykdoms- og helsebegrep i medisinen representerer ikke bare en trussel mot legens eller helse-arbeiderens profesjonelle integritet, men også mot pasientens integritet. For en slik utvidelse innebærer at stadig mer av pasientens *personlige* sfære står i fare for å bli invadert av det medisinske apparat, fordi stadig større deler av hans eller hennes liv defineres som relevant for helsemessig intervensjon. Pasientens personlige integritet står da i fare for å bli utvist i takt med at fagets grenser, og dermed identitet, utviskes. Et fag uten klare grenser og klar profil er et fag uten troverdigheit – og, tror jeg: selvrespekt. Gjennom en slik utvidelse skaffer medisin og helsevesen seg naturlig nok større tilgang til og makt over mennesker, men innskrenker samtidig sin profesjonelle autonomi. Legen blir både slave og diktator. Pasientene blir bare slaver.

### Omsorgsterrorisme

Det forslag om onanihjelp til psykisk utviklingshemmede som ble fremsatt i utredningen *Rettsikker-*

*het for mennesker med psykisk utviklingshemming, NOU 1991:20*, er illustrerende for hvilke integritetsområder medisin og helsevesen mener seg kompetent og berettiget til å krenke:

«Bør personalet direkte medvirke til at den enkelte psykisk utviklingshemmede blir seksuelt tilfredsstillet hvor vedkommende ikke klarer dette selv? Spørsmålet kan vanskelig besvares generelt...

På bakgrunn av en etisk overveielse kan det heller ikke hevdes at konkret hjelp til mestring av seksuallivet ikke bør skje uansett. Noen plikt til å yte slik konkret hjelp foreligger ikke. Hvis det skal ytes slike tjenester, må det legges avgjørende vekt på tjenestemottakerens ønske, også de mer vase signaler om motstand og aksept. Den konkrete hjelpen må ikke under noen omstendighet ytes rutinemessig uten en faglig forsvarlig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Slike tjenester må alltid gis av en kvalifisert person med faglig bakgrunn for dette, og som personlig er innstilt på å opprette som en profesjonell tjenesteyter i disse tilfellene (s.46).»

I denne forbindelse er det også fristende å sitere fra omtalen av helsebegrepet i utredningen *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier, NOU 1991:10*, som gir den samme invaderende fornemmelse:

«Vi har i denne utredning brukt et utvidet helsebegrep. Dette betyr at vi i helse-begrepet også inkluderer forholdet til sosiale og økonomiske problemer... Det er viktig å presisere dette, siden helse-begrepet av mange begrenser seg til å bety «fravær av sykdom». For oss er alle forhold som reduserer folks livskvalitet viktige å bedre eller

bekjempe, enten de kan beskrives med en medisinsk diagnose eller ikke. Det er ikke dermed sagt at det er helse- og sosialsektorens ansvar og oppgave å ta seg av alle slags personlige problemer. Mye bør overlates til folk selv, under forutsetning av at det foreligger en reell valgmulighet (s.17)».

Det drøftes ikke hva som legges i uttrykket «reell valgmulighet» i forhold til personlige problemer. Allikevel gis det inntrykk av at dette faktisk er et spørsmål som ligger under Sosialdepartementets myndighetsområde å forvalte.

### **Er totalansvarlighet regningssvarende?**

Før jeg avslutter denne kritikk av det utvidede helse- og sykdomsbegrep kan det også være av nytte å se på en del andre negative virkninger av en slik utvidelse:

- a) Utvidelsen av sykdoms- og helsebegrepet til å omfatte stadig flere livsområder har gjort at helsetjenestens oppgaver har blitt potensielt *grenseløse*. Derved har vi fått et kjempestort *ressursproblem* å stri med, ettersom budsjettet dessverre har en fast bunn. Dette har gjort at vi står overfor et meget omfattende «avgrensningsproblem» og prioriteringsproblem: *Hvordan forsømme på en etisk forsvarlig måte?* Dette er imidlertid ikke bare et prioriteringsproblem; det er i siste instans også et forebyggingsproblem.
- b) Denne utvidelse har for det andre skapt en *forventningskrise* i befolkningen. Det vil si, vi har vært med på å gi inntrykk av at helsevesenet er i stand til å løse alle livsproblemer. Debatten om aktiv dødshjelp er, tror jeg, et outrert symptom på dette. Derfor er *forventningssanering* dessverre også blitt et nødvendig arbeid i forebyggingsens tjeneste.

- c) Gjennom utvidelsen av helse- og sykdomsbegrepet har vi for det tredje vært med på å gjøre mange flere mennesker til *pasienter*. I så henseende har deler av det forebyggende helsearbeid også virket *sykeliggjørende*.

### **Foreløpig oppsummering**

Ut fra det jeg her har sagt om det utvidede sykdoms- og helsebegrep blir det altså klart at jeg ser på inn-snevingen av dette begrep som et viktig *forebyggings-anliggende*: fordi det kan virke

- a) integritetsbevarende (for lege, såvel som for medisin og pasient),
- b) ressurssparende,
- c) forventningssanerende og
- d) sykeliggjøringsreduserende

Derfor vil jeg heretter operere med *sykdomskontroll som dominerende målsetting for medisinien*, med følgende forståelse av «helse» og «helsefremmende virksomhet»: *Helse definert som fravær av sykdom og sykdomskontroll forstått som helsefremmende virksomhet*.

### **Medisinsk forebygging**

Jeg tar med andre ord til orde for et helse- og sykdomsbegrep med basis i medisinsk kunnskap, dvs. et begrep som lar seg operasjonalisere av medisinsk kompetente personer. Dette er forsåvidt ingen ny og ukjent tankegang. Det er for eksempel en slik forståelse som ligger til grunn for folketrygdloven, hvor en av betingelsene for at en skal ha rett til uførepensjon er at det foreligger en sykdom. I forarbeidene til loven sies det at hva som kan regnes som sykdom til enhver tid, er avhengig av hvorledes den medisinske vitenskap utformer sykdomsbegrepet. I de nye forskriftene av 26. september 1991 sies det at «ved vurderingen av om det foreligger sykdom, ska de eller lyte i lovens forstand, skal

det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis».

### **Sykdomskontroll**

La meg nå gå over til å diskutere spørsmålet om forebygging innenfor rammen av et *innsnevret helse- og sykdomsbegrep*, dvs. forebyggende helsearbeid forstått som sykdomskontroll. Heller ikke innenfor denne trange ramme er det problemfritt å drive forebyggende arbeid. Dette skyldes i første omgang følgende tre forhold:

For det første har vi å gjøre med mennesker som har *vært syke* eller som *ennå ikke* er manifest syke. Dette skaper i utgangspunktet problemer for oss når det gjelder å måle resultatene av våre ulike forebyggingsstiltak. I behandlingen av aktuelle syke har vi i det minste endringer i symptombilder og subjektive sykdomsopplevelser å forholde oss til. I det forebyggende helsearbeid derimot har vi få, om noen, sikre kriterier å forholde oss til – kanskje bortsett fra i overvåkningen av enkelte epidemiske sykdommer, i deler av det kreftforebyggende arbeid og ved sesongbetonte allergier.

Hovedproblemet vi står overfor er imidlertid *tidsproblemets*. I det forebyggende helsearbeid arbeider vi hovedsakelig ikke i forhold til noen få liggedøgn på sykehus, men i forhold til et tidsperspektiv som ofte strekker seg over flere år og tiår.

Et tredje problem er den kroniske mangel på sikker kunnskap. Intet område i medisinien i dag er beheftet med så store metodologiske problemer og sorte hull som det forebyggende helsearbeid. Derfor er også helsefascist-paroler som «slutt å forske, begynn å handle» så farlig i denne sammenheng. I det følgende skal jeg presentere tre case som viser hvor mye vi fortsatt famler i det forebyggende helsearbeid.



### Om hjerters levekår

Flere og flere vitenskapelige rapporter tyder på at de forebyggingsstrategier vi har benyttet oss av i forsøket på å bekjempe hjerte-/karsykdommer (med omlegging av spise-, drikke- og røykevaner samt medikamentell behandling av forhøyede kolesterolverdier samt lett forhøyet blodtrykk) har gjort mer skade enn nytte. I en oversiktartikkel som sto å lese i British Medical Journal

*15.02.92, Doubts about preventing coronary heart disease. Multiple interventions in middle aged men may do more harm than good,* konkluderer professor M.F. Oliver med at de fleste av disse forsøk (som i hovedsak har vært rettet mot middelaldrende menn) har gitt negative resultater og at det sannsynligvis er mere skadelig enn gavnlig å oppfordre befolkningen til en radikal endring av sine levevaner:

«We must now face the fact that the evidence from large, well conducted trials gives little support to hopes that altering the lifestyle of the community at large, when started in middle age, will reduce cardiac deaths or total mortality. The case for stopping cigarette smoking is, however, strong. Perhaps the explanation is that beginning prevention in middle age is «too little too late». But should the public accept «more, sooner» before there is evidence that it would work?».

After many years of study we still do not understand enough about the main cause of death in the developed world, which is why coronary heart disease is not really amenable to control except when very rigorous and specific intervention is targeted at those most at risk (p. 393-394).».

### Om blodtrykkets gjenstridighet

Når vi bare ser på blodtrykksbiten av dette uhyre sammensatte problemkompleks, er man heller ikke lenger så sikker på den vitenskapelige holdbarhet. Dette er kommet frem dels gjennom nye studier, som f.eks. studien til Hilde Thürmer et al., «Is blood pressure treatment as effective in a population setting as in the controlled trials?», *J Hypertens* 1994;12:481-90 (norsk utgave i *Tidsskr Nor Lægeforening* 1994;114:2835-9), men også gjennom en ny og kritisk gjennomgang av de klassiske studiene på området. For de klassiske studiene vedkommende er Lars Werkö's artikkel, «Behandling av lett blodtrycksstegring. Få studier hållbara vid kritisk granskning.» (*Läkartidningen* 1994;91:1533-4), meget interessant, men også nedslående lesning. Artikkelen er basert på det kritiske granskningsarbeid professor Werkö ledet, som «ordförande» for en prosjektgruppe nedsatt av Statens beredning för

utvärdering av medicinsk metodik (SBU) i Sverige i 1991, «med uppgift att göra en förutsättninglös, strukturera genomgång av den vetenskapliga litteraturen på området». Målet med denne granskning var å avklara hva som er vitenskapelig avklart i spørsmålet om lett forhøyet blodtrykk. Den samme Werkö har forøvrig tidligere vært forskningssjef i det svenske legemiddelfirmaet ASTRA.

To hovedspørsmål ble gitt priorititet i gruppens granskingsarbeid:

«En huvudfråga var hur väl underbygd den nuvarande behandlingsfilosofin är när det gäller blodtrycksvärden i näheten av vad som ansetts normala. En annan huvudfråga var att jämföra olika principer för behandling, såväl farmakologiska som icke-farmakologiska.» (Werkö, 1994, s. 1533).

Et første datasøk på MEDLINE om blodtrykksbehandling bidro til å identifisere mellom 20 000 og 30 000 referanser! Prosjektruppen gikk deretter i gang med å presisere de kriterier som «måste gälla för att man skall kunna dra kliniskt värdefulla slutsatser från en vetenskaplig undersökning». Ved hjelp av dette sett av omforente kriterier kom gruppen frem til at om lag 40 av de ovennevnte studier sa noe om *primære behandlingseffekter*.

Det første overraskende resultat som undersøkelsen avdekket, var at gruppens medlemmer delte seg i bedømmelsen av de fleste av disse 40 studiene både når det gjaldt detaljer så vel som gjennomgående inntrykk. «Redan detta», sier Werkö, «var oväntat, då vi alla trott oss vara vetenskapligt «objektiva»». Like bemerkelsesverdig var det at mange av de studiene som alle i gruppen tidligere hadde ansett som meget vederheftige, viste seg nå ved nærmere granskning å inneholde flere problematiske trekk, som vanskeliggjorde så definitive slutninger som det man tid-

ligere hadde kommet frem til. Videre var det ingen av disse studiene som fikk maksimal scoring hos alle medlemmer av prosjektruppen. Werkö sier videre: «Att flera svenska studier fick högt betyg kan bero på att bedömarna visste mer om detaljerna i dem – eller på chauvinism».

Videre avdekket granskningen at utviklingen i placebogruppene fortsatt utgjør en utilstrekkelig analysert kilde til kunnskap om hva lett blodtrykksstigning egentlig innebærer for prognose og dermed for behandlingsindikasjonen. Følgelig blir det også klart at grunnlaget for bedømmelsen av hvordan individer med lett blodtrykksstigning bør behandles, er mangelfullt: «Vi vet helt enkelt för litet», sier Werkö, «för att kunna påstå att om man bara sänker blodtrycket, så förbättras prognosen».

Et annet viktig forhold som prosjektruppens arbeid bidro til å avdekket var at denne litteraturen i alt for stor grad var preget av å være avhengig av det interesserte firmas støtte for den ene eller andre stillingstagen. «Det är över huvud taget anmärkningsvärt», konkluderer Werkö, «hur många partsinlagor som under vetenskapligt täckmantel publicerats i supplement til referentbedömda tidskrifter» (Werkö, 1994, s. 1534).

Et annet – og beslektet – forhold som også er å beklage i dette forebyggingsfeltet, er den utbredte tendens til *selektiv rapportering* av forskningsresultater. I 1992 publiserte U. Ravnskov en artikkel om dette problemet, hvor han påpekte at de undersøkelsene som hevder at senking av kolesterol har forebyggende effekt på hjerte-/karsykdommer kan være et resultat av selektiv rapportering. Han skriver:

«Authors of papers on preventing coronary heart disease by lowering blood cholesterol values tend to cite only trials with positive results. The impression of success presented to doctors is false because the

numbers of controlled cholesterol lowering trials in which total mortality and coronary mortality were reduced equal the numbers in which they were increased (U. Ravnskov, «Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome», *BMJ*, Volume 305, 4.07.92, p. 19).

### Ultralyd – underholdning eller god medisin?

I dag får alle gravide kvinner ultralydundersøkelse i 18. til 19. svangerskapsuke. Innføringen av denne undersøkelsen som *obligatorisk* for alle gravide kvinner i Norge, var ikke basert på sikker vitenskapelig kunnskap, men på den antagelse at rutineundersøkelse av *alle* gravide bidro til et bedre medisinsk utkomme (i form av redusert perinatal dødelighet eller redusert sykelighet).

I 1984 ble verdens første konsensuskonferanse om ultralyd avholdt i Washington D.C. i USA. Konferansen konkluderte med at der ikke fantes noe vitenskapelig grunnlag for å si at ultralydscreening førte til noen bedring av det medisinske utkomme. To år senere – i 1986 – endte det norske konsensuspanelet opp med et nærmest identisk resultat. Derfor fant heller ikke panelet å kunne anbefale at ultralyd ble innlemmet som en obligatorisk undersøkelse av alle gravide i Norge.

I den uttalelse som nylig ble avgitt i forbindelse med Norges Forskningsråds *Konsensuskonferanse om bruk av ultralyd i svangerskapet*, lyder svaret på spørsmålet «Hvilken medisinsk nytteverdi har rutinemessig ultralydundersøkelse?», at den er av beskjeden grad:

«De studier som foreligger, har ikke vist noen medisinsk nytteverdi av rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 18, målt som økning i antall levendefødte eller reduksjon i perinatal morbiditet (sykelighet

i forbindelse med fødselen). Imidlertid må det anses som dokumentert at antall igangsatte fødsler på grunn av overtidighet reduseres ved rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18. Likeledes er det utvilsomt at flerlingesvangerskap oppdages tidligere. Panelet vurderer det videre slik at bruk av rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18 representerer en standardisert metode for bestemmelse av termin. Dette vil gjelde alle kvinner uavhengig av menstruasjonsforhold og egglosningstidspunkt. Det er dokumentert at ultralydbestemt terminfastsettelse er mer presis i den forstand at fødslene koncentreres mer omkring det midlere fødselstidspunkt. Rutinemessige ultralydundersøkelser vil dessuten, i den grad man vil oppfatte dette som medisinsk nytteverdi, føre til at enkelte utviklingsavvik som det er klinisk vanskelig eller umulig å finne, avdekkes (s.2).

Konsensuspanelets konklusjon i forhold til spørsmålet om tilbudet om rutinemessig ultralydundersøkelse bør opprettholdes,

ble derfor at ultralydundersøkelse «ikke kan være noe annet enn et individuelt tilbud. Dette i motsetning til en rutinemessig undersøkelse/screening» (s. 9). Den «salomoniske» sluttsats som panelet endte opp med i sin rapport, gjør imidlertid sitt til at det negative i ovennevnte konklusjon svekkes til fordel for en sandpåstrøying av status quo: «Etter en samlet vurdering mener panelet at det ikke er grunnlag for å gjennomføre et screeningprogram i vanlig forstand. Under spesiell hensyntagen til de gravides ønsker, mener panelet at alle gravide rutinemessig bør få informasjon om muligheten for en ultralydundersøkelse (s.9)».

### Familierettet forebyggende medisin

Volvat Medisinske fikk for en tid tilbake konsesjon av Datatilsynet til å opprette et pasientregister for såkalt *Familierettet Forebyggende Medisin*. Dette forebyggingstilbuddet består bl.a. av: 1) Omfattende

opp tegnelse over egen og egen families sykehistorie, 2) Informasjon om kosthold, livsstil og yrkeskarriere og 3) Tester for arvelig predisposisjon for hjertekarsydommer, som serumkolesterol og det kolesterolholdige protein Lp(a).

*Hva er så hensikten med å utføre denne typen tester som ledd i forebyggende helsearbeid?* Argumentet har vært at dersom den arvelige disposisjon for de store folkesydommer kunne kartlegges tidlig i livet, kan personen endre noen miljøfaktorer (gjennom f.eks. å endre kosthold og livsstil), slik at vedkommende utsetter sykdommens begynnelse eller unngår å bli rammet av den aktuelle sykdom. Spørsmålet er imidlertid hvor holdbart dette argument er når det gjelder forebygging av de store folkesydommer. Det er her tale om et meget komplisert og mangefasettert samspill mellom arv og miljø. Hvis en slik strategi skulle vise seg å holde også for disse sykdomsgrupper, ville argumentet for å utvikle tester for slike sykdommer kunne stå sterkt.

Et tungtveiende motargument ville da være at en slik form for testing og forebygging



ville kunne bli svært ressurskrevende, da antallet potensielle brukere er såvidt høyt.

I det følgende vil jeg forsøke å vise at hovedargumentet for å ta i bruk slike tester som ledd i forebyggende helsearbeid, sannsynligvis ikke holder. Jeg skal bruke hjerte-/karsykdom og testen for det kolesterolholdige protein Lp(a) som sykdoms- og testeksempel.

La oss se på hva vi vet om denne genetiske risikofaktor for hjertesykdom. Fremragende forskning (deriblant utført av professor Kåre Berg, UiO) har vist at konsentrasjonen i blodet av det kolesterolholdige protein Lp(a) er (nær 100%) arvelig betinget. Denne forskning har også sannsynliggjort at en høy Lp(a)-verdi utgjør en risikofaktor for utvikling av hjerte-/karsykdom på linje med mange andre kjente risikofaktorer.

Videre har vi i dag kunnskap om at omlag 25% av alle nordmenn har en høyere verdi av Lp(a) i blod enn andre. De med de høyeste verdiene har «risikofaktoren», de øvrige har ikke faktoren. Hva som her defineres som «høy verdi» og hvor mange som dermed måsies å besitte denne «risikofaktoren», er til en viss grad et skjønnspørsmål.

Ut fra de kunnskaper vi har i dag, er det ikke kjent at denne risikofaktor lar seg påvirke av kostholds- eller livsstilsendringer. Dette skulle tilsi at testing av Lp(a) i blod i forebyggende øyemed er en liten positiv nytteverdi. I det minste så lenge vi ikke har utviklet metoder som påvirker denne risikofaktoren slik at antallet nye hjerteinfarkt reduseres. Det er også et åpent spørsmål i hvilken grad et positivt testsvar for den enkelte kan virke angstskapende og dermed livskvalitetsferringende. Vi vet heller ikke om denne viten på sikt kan fremprovosere hjerte-/karsykdom hos den enkelte.

Da vi ennå ikke vet nok om dette, burde en slik strategi først prøves ut på et mindre antall mennesker og deretter evalueres, før

man eventuelt lanserer en slik test som ledd i et forebyggende behandlingstilbud.

Det er grunn til å tro at en slik testing med familie-utredning er svært ressurskrevende, både når det gjelder penger og personell.

Genetiske analyser viser videre at kolesterolverdi og Lp(a) bare utgjør en del av den genetiske risikokomponent for hjerte-/karsykdom. Med dagens voldsomme interesse for gen-forskning, er det derfor sannsynlig at flere andre genetiske faktorer som disponerer for hjertekarsykdom vil bli introdusert de nærmeste år.

Vi vet at firmaer som selger slike tester, regner med at den største økonomiske fortjeneste ligger i testing av hele befolkningsgrupper. Markedet er beregnet til milliardbeløp. Dette gjør at vi har grunn til å anta at det i årene fremover vil bli gjort massive markedsfremstøt for å fremme salget av tester for arvelig predisposisjon. Denne utvikling gjør det også sannsynlig at stadig flere forebyggingsstrategier vil bli lansert; strategier som vil kunne komme til å stå i konflikt med mye av det vi i dag forstår med «det gode liv».

### Det gode livs pris

Oscar Wilde har en gang sagt at en kyniker er en som vet prisen på alt, men ikke kjenner verdien av noe. Jeg tror dessverre det er grunn til å hevde at deler av det forebyggende helsearbeid hviler på et menneskesyn som kommer kynikerens holdninger svært nær: forebyggerne hevder å vite prisen på folks usunne levevaner, men virker svært lite villige til å tenke over verdien av disse vaner når det gjelder å takle livet her og nå, eller for den saks skyld: å skape det gode liv. Vi har alle arvet et liv vi er i ferd med å forvalte. I våre bestrebelsjer på å sikre fremtidige helsegevinster gjennom å følge ulike eksperters livsstilsråd, risikerer vi å forvalte oss bort fra «det gode liv». For mange av de forebyggingsstra-

tegier som til enhver tid lanseres, truer med å sette livet her og nå i parentes.

Forebyggerne forståelse av det gode liv ser ut til å være et liv langt der fremme. Men ikke en gang de er i stand til å garantere den enkelte at der venter et nytt og bedre liv på den andre siden av joggingen, grynen eller den alkoholiske eller nikotinske avholdshet.

En alternativ forståelse av det gode liv er at det liv som nytes i presens, er det gode liv og at det risikofrie liv er et dårlig liv for de fleste. Styrken i en slik forståelse er at man ikke forsøker å foregripe fremtidens gode liv, men lever livet her og nå, i kunnskap om at historiens kvern til nå har makulert de fleste profetier, og i forhåpning om at fremtiden er mulighetenes mer enn de forebyggende spådomskunstneres land.

Dessuten vet vi jo at de fleste av oss – uansett *genetisk konstitusjon* – sannsynligvis ville ha godt av i vår hverdag å bevege oss mer, spise litt magrere mat, røyke mindre og drikke med måtehold. Det skulle derfor være unødvendig å betale Volvat Medisinske 1500–2000 kroner for å motta slike råd.

Jan Helge Solbakk  
Norges forskningsråd  
Gaustadalléen 21  
0371 Oslo





**Arkivett – prikken over i'en –  
som en tråd gjennom livet.**

## Datalegen som kom på enda bedre tanker

Mens vi venter på det papirløse legekontor:

- ✓ Alle hater å arkivere?
- ✓ Alle elsker å finne ting hurtig!

**Arkivett Pasientjournal-arkivsystem** er nå  
viktigere enn noensinne for dataarkivet i tusenvis  
av legekontor og på over 50 sykehus over hele Norge.

### KJØP:

- |         |           |               |
|---------|-----------|---------------|
| ✓ Safe  | ✓ Reol    | ✓ Konvolutter |
| ✓ Skap  | ✓ Koffert | ✓ Skjemaer    |
| ✓ Skuff | ✓ Mapper  | ✓ Stempel     |

### FÅ:

**Arkivett – for ordens skyld – helt til døren!**

**Ring: 22 64 74 00 eller fax: 22 64 75 00**

og vi forteller deg raskt hvordan **Arkivett** også  
kan løse **ditt** arkivbehov en gang for alle,  
elegant og effektivt, enten du arkiverer på  
person- /fødselsnummer eller sak.

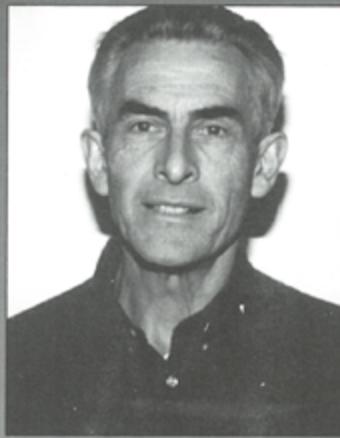


**Arkibett®**  
INTERNATIONAL  
Bergersens Trykkeri & Forlag as  
Brynsveien 3 b – 0667 Oslo

# Likegyldigheten – hva gjør vi med den?

## Hvordan øke innsatsen i det forebyggende helsearbeid?

Tekst: Carl Ditlef Jacobsen



*Carl Ditlef Jacobsen er seksjonsoverlege i medisinsk gastroenterologi ved Sentralsykehuset i Akershus. Han har spesialitet i indremedisin og gastroenterologi. Noen års erfaring fra allmennpraksis i Oslo. Medisinsk doktorgrad innen hemostase, Tromboseinstituttet Universitetet i Oslo 1969. Ett års opphold ved University of Iowa (hematologi). Mange års erfaring med tobakkskader og deres forebygging. Tatt initiativ til opprettelse av avdeling for Helseopplysing ved SiA. Medlem av Legeforeningens alkohol-politiske utvalg.*

Likegyldigheten er en folkesydom. Og den har rammet også oss leger på en lammende måte. Vi er mest interessert i de sykdommer

som er mest uvanlige. At tobakken tar over 7000 liv pr. år i Norge og at alkohol er samfunnsmisbruket ellers, synes å være bevisst glemt av både toppene i helseadministrasjonen og mange leger. Jeg er blitt spurta over radio hvordan det kan ha seg at Norge er blant de land som dårligst har greid å få ned tobakkskonsumet. Jeg tror hovedårsaken er at publikum ikke har oppfattet at helsemyndigheter og helsepersonell har tatt problemet alvorlig. I USA ble det satset stort på å informere publikum om hvor alvorlig problemet var og helseministeren selv reiste rundt i de forskjellige stater for å initiere og bevisstgjøre. Hvilken norsk helseautoritet har gjort det?

Det er mange måter å lyve på eller drive medisinsk desinformasjon. I 1990 publiserte Helsedirektoratet og Mork en «Samlet plan» for forebyggende helsearbeid i Norge. Her sto det jo noe bra, og problemet Støy hadde fått et eget kapittel, og ble grundig omtalt. Tobakken fikk noen få linjer i et annet avsnitt og alkoholskadene var knapt nok nevnt. Under et kapittel om omsorgen i svangerskap og fødsel var verken tobakken eller alkoholen nevnt!! Hvor ble det av protestene mot dette (som kostet over 50 millioner kroner)? Hvor var legene? Likegyldigheten var der.

Sykehuslegene er nok mest bevisstløse. De reparerer og reparerer og ser på laboratorie-svarene at leveren ser ut til å komme seg igjen, og da er deres innsats for den alkoholskadde pasienten ferdig. De tillater at sterkt invalidiser-

te lungepasienter trilles bort på røykerommet for ytterligere å ødelegge sine lunger og sitter samtidig i subtile faglige diskusjoner med kolleger om hvilken medikamentell behandling som er best for denne pasienten! Kanskje de heller burde være aktive for å gjøre sykehuset helt røykfritt? Er det å nekte denne pasient å røyke et inngrep i pasientens personlige frihet? Eller skal vi være konsekvente og også tillate vår alkoholiserte pasient å bli trillet bort i en skjenkestue eller bar for å kose seg med en mahoganybrun angstfordriver? Hvorfor er det forbudt å servere alkohol på sykehus, når det er tillatt å ha røykerom???

Under primærmedisinsk uke i oktober -94 fikk vi igjen høre de liberale ideene om at leger ikke skal blande seg in i hvordan pasienten lever sitt liv, at helsen er god bare pasienten trives (uansett hvor mye av trivselen som skyldes innslak av rusmidler?). Videre at vi skulle respektere pasientens såkalte «frie valg».

*Fritt valg!!* Hvilen bevisstløshet og manglende evne til å fatte livets virkelighet! Har en ungdomsskolelev fritt valg når det gjelder å begynne å røyke, hvis han/hun havner i et røykende ungdomsmiljø og en skole hvor lærerne er permissive og «tolerante» overfor røyke-uvanen? Hva med de barna og ungdommene som vokser opp med ølflaskene ved siden av melkekartongene på frokostbordet? Eller la oss hoppe til andre siden av den sosiale rangstigen: De som vokser opp med rikelig lommepenger og foreldre som dyrker sitt søte liv med karri-

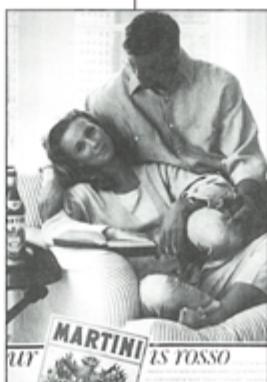
re og jet-set liv, som aldri er hjemme! Hva forteller ikke lærere på ungdomsskolene og videregående skoler: De fungerer som reserveforeldre. Barna har liten eller ingen kontakt med sine foreldre, og vet lite om grensesetting og de mange farer med ungdomslivet. Har disse barna *fritt valg*?

Når det gjelder røykedebuten vet vi at når barna begynner på ungdomsskolen er det bare 2% som røyker. Etter 3 år der er det over 20% som røyker. Dette finner vi oss i, tar det som en virkelighetsbeskrivelse – og et fenomen vi bare «ikke skal tro vi har mere kompetanse enn andre til å uttale oss om». Bare stikk hodet i sanden.

Men husk å gardere deg på forhånd ved å slynge rundt deg med ufarlige floksler som: «Det vi trenger er bedre holdninger i hjemmene...» eller: «Ved vår skole planlegger vi en røykekuttkampanje for elevene...» eller: «Jeg har ingen tro på tvang og restiksjoner. De får alltid tak i sakene likevel...» Jeg kunne sitere hundrevis av slike likegyldighets-floskler.

De som kritiserer oss «helsefacsister» gjør følgende grove feil:

1. De velger ut enkelte forskningsrapporter og overser andre som ikke passer deres syn.
2. De hevder glatt og ukyndig at forebyggende helsearbeid først gir resultater etter mange år. Jeg kan være enig i at dette er riktig når det gjelder kostholdsintervensjoner for koronarsykmene, men når det gjelder effekten av røykestopp på den lungeskadde pasient eller av alkoholrestriksjoner på vold, barnemishandling osv, så er den gunstige effekten umiddelbar.
3. De glemmer at individene i et komplisert samfunn bare i meget begrenset omfang har foretatt sine valg av livsstilsvarer/uvaner på et rent nøytralt og fritt grunnlag. Dessuten



glemmer de at alkoholrusgifter og nikotin er vanedannende stoffer som gir både psykisk og fysisk avhengighet, og en avhengighet som blir særlig sterkt hvor uvanen etableres i ungdomsårene.

4. De som kritiserer oss har ikke selv noen gode forslag til hvordan helsevesenet i Norge skal komme ut av den økonomiske hengemyra. Hvordan i all verden skal vi noen gang greie å komme ajour med folks behov og helsevesnets ressurser uten mere effektive forebyggende helsearbeid og lære opp folk til å ta vare på seg selv bedre og drive egenomsorg? Les den

glimrende artikkelen i New England Journal of Medicine («Reducing health care costs by reducing the need and demand of medical services», 1993;329:321–5) hvor tidligere helseminister i USA er en av forfatterne.

Hva skriver disse fagfolkene? *Vi kommer ingen vei uten å redusere etterspørselen etter helsetjenester!*

5. De gjør en etisk tabbe av dimensjoner ved *bare* å tenke på pasienten eller personen foran oss. De sier vi invaderer hans/hennes personlige integritet ved å preke røykestopp/alkoholreduksjon osv. De sier at bare personen selv vet hva som er best for ham/henne (sludder igjen). Er ikke disse liberalerne såpass orientert om mennesket som sosialt vesen, at de kan fatte at en persons livsstil i høyeste grad også har stor betydning for andre personer i hans omgangskrets/familie/arbeidsplass. Kanskje røykeren har små barn hjemme med astma? (Det

er dessverre meget vanlig problemstilling og burde kvalifisert til anmeldelse til barnevernet.) Kanskje den alkohol-dyrkende livsnyteren har en ødelagt hustru, en ødelagt hjemlig økonomi og barn med varige sår på sjelen? Har vi ikke som leger en klar plikt til også å prøve å hindre ulykker og skader der hvor vi opplever slik urettferdighet?

### **Det forventes av oss leger:**

- at vi i vårt virke skal prøve å forebygge sykdom og skade
- at vi skal drive helsetjeneste forsvarlig og ta hensyn til samfunnets utgifter til denne
- at vi som medlemmer i WHO skal arbeide for de målsettinger som er skissert i WHOs Targets. (25% reduksjon i alkoholkonsumet innen år 2000, og bare 15% røykere innen 1995 – for å nevne noe.)



Og for medlemmer av Den norske lägeforening er det også nedfelt etter vedtak at vi skal arbeide for å bedre den alminnelige folkehelsen. Foreningen har videre sluttet seg

til WHOs målsettinger.

Solbakk hevder at vi ikke mangler ressurser i norsk helsevesen – vi bare bruker dem feil! Han mener vi setter inn svakt begrunnete tiltak mot norske kostholdsvaner, og han sa på et møte Helsedirektoratet arrangerte i 1990:

«Jeg er ikke overbevist om at det å slutte å røyke og drikke mindre alkohol gir noen helsegevinst!! De 230 høyt betalte helsearbeidere i salen klappet livlig til dette akademiske vidd. Ingen protesterte. Vi er tilbake der vi startet:

*Likegyldigheten...*

*Carl Ditlef Jacobsen  
Sentralsykehuset i Akershus  
1474 Nordbyhagen*

# RISIKO

## – ikkje til å spøka med i allmennpraksis!

Tekst: Eivind Vestbø



**Forfatteren, Eivind Vestbø f. 1943, er medredaktør i Utposten. Han har arbeidet som kombilege i Finnøy kommune i 21 år. Var medlem i Legeforeningens helsekontrollutvalg og medforfatter av Helsekontrollboka.**

**NSAM var vertskap for eit vellykka seminar om risikoomgrep i allmennpraksis på Jægtvolden Fjordhotel den 23. – 25. mars. Utposten var invitert og takka ja med glede og interesse.**

NSAM skal ha all ære for å ha teke fatt i dette temaet som i aukande grad frustrerer utøvarar av primærmedisin. Seminaret var meint som ein første tenkedugnad om emnet, og gav deltakarane grundig innføring i risikoomgrepet og vanskane med å nytta det i medisinen. På neste Nidaroskongress vil ein fylgja opp med kurs og vi kan venta vegleiande materiell frå NSAM som eit mogleg sluttprodukt.

Det vil føra for langt å skriva uttøymane om innlegga og diskusjonen etterpå. For dette føremålet kjennes det rettare å peika på dei områda som blei problematiserte fordi dei er nært knytta opp til risikoomgrepet. For det er tale om problematisering. Utgangspunktet er den gryande uvelkjensla mange kollegar har, behovet for å sjå kva ho bunnar i for deretter å kunna handla på ein måte som kjennes meir rett.

### Sjølv risikoomgrepet

Det var spesielt filosofen Arild Utaker og medisinaren Reidun Førde som hadde gode analysar av omgrepet i sine innlegg. I si mest nøytrale form står risiko for sannsynlighet, men slik vi bruker det oftast, innebærer det ein sannsynlighet for at noko farleg skal henda. Det kan og brukast slik at risiko er sannsynlighet for farlege hendingar som vi sjølv kan gjera noko for å hindra, medan fare er sjanse for hendingar som er utan for vår kontroll. Nær knytta til omgrepet er og kontroll av risiko. Vi vil nemleg automatisk prøva å kontrollera faren i ein risikositasjon.

Problema oppstår når vi fører inn risikopersepsjon. Det er to fallgruver i denne. Vi går frå stor til liten risiko med diffuse grenser mellom stor aktuell fare som t.d. i krig, pest eller naturkatastrofer (tidlegare tiders risiko) og dagens risikopersepsjon knytta til livsstil, arbeidsledighet, rus o.s.b.; på eit mykke lågare risikonivå.

Det andre problemet er at vi blandar fare som vi ikkje kan gjera noko med, og risiko vi sjølv kan kontrollera. Verda blir farleg og kravet om kontroll stort. Vi får eit «risikosamfunn» med aukande risikokontroll, som igjen fører til meir utrygghet, negativ meistring og kanskje sjukdom. Velferd skaper paradoksal utrygghet. Medisinen er med på dette. Som helsearbeidarar er vi både aktørar og offer for utviklinga.

### Kunnskapsproblem

Riskokunnskapen i medisinsk litteratur er kolossal. Oversikta over kva som er risikalbelt og effekt av intervenering er eit spørsmål om oversikt, innsikt og om kven som skal tolka resultata. På seminaret blei dette problematisert med imponerande viten av Jostein Holmen og Irene Hetlevik med hypertensijsjon som døme.

På dette området veit vi mykke, risikantane er mange og behandlinga ofte medikamentell og inngripande. Innlegga fungerte difor både som oppdatering om hypertoni og ein generell innføring i bruk av risikokunnskap. Det var ikkje vanskeleg å få forsamlinga samd i at resultata jevnt over bør



Jostein Holmen (til venstre) i samtale med Michael F. de Vibe og NSAMs sekretær Anne Grethe Ihlen. Eli Berg ler i bakgrunnen...

tolkast med større varsemd med tanke på relevans og forventa effekt enn legemiddelindustrien og spesialistane ofte gir uttrykk for.

Ekstra ille er det når media på grunnlag av spesialistinterjører omtaler eit medikamentelt føreyggingspotensiale som det ikkje er datagrunnlag for.

Vi treng eit skifte frå «autorittetsmedisin» prega av smalt vitenskapeleg innsyn ved ekspertar til ein «vitenskapsbasert medisin» der tilnærminga er breiare både når det gjeld fagfolk og dei faktorar som blir teke med i vurderinga. Alle som var på seminaret opplevde at desse faktorane var mange, kompliserte og at sanninga neppe låg i medisinsk kunnskap åleine

### **Handlingsprogram er og problematiske**

Veien frå forskningsresultat til risikointervasjon hos einskildpersonen er lang og treng ein kvileplass med god utsikt så nær det kliniske

landskap som mogleg. Handlingsprogram der kunnskapen er operasjonalisert ved hjelp av risikogrupper så langt det let seg gjera, er gode ha. Men dei blir lett kontroversielle og har ei rekke svake sider. Det blir igjen eit spørsmål om korleis ein skal bruka forskningeskunnskap i praksis.

Problema tårnar seg opp med manglende datagrunnlag, generaliserbarhet, for smal risikotilnærming, grenseverdiar, livstilsintervensjon versus bruk av medikamenter og implementeringa i klinik kvardag.

Med aukande konkretisering av handlingsalternativ vil fagideologane lett tòrna saman samtundes som industrien roper profit, samfunnsmedisinen kost/benefit og styremaktene kostnad.

Den drivande krafta bak hypertensjonsprogrammet, Jostein Holmen, lot oss få del i kampen mellom David og Goliat før hypertensjonsprogrammet blei til. Autoritet og prestisje står på spel. Men veien

peikar framover. Korleis skal gode krefter i primærmedisinske miljø få innverkad på medikamentelle strategiar for risikointervenjon i framtida? Våre stridsmenn i er dag på grensa utmatting. Fleire folk, meir pengar og ny organisering må til.

### **Det problematiske individet:**

Men vanskane er ikkje over med dette. Meir enn nokon gong hopar motforestillingane seg opp når risikodata skal førast over frå gruppe til individ. Lettare blir det ikkje av at problema ikkje berre ligg i eige fag, men det er behov for kunnskapstilfang frå filosofi, antropologi, psykologi o.s.b..

Eller for å setja det heilt på spissen: Sjukdomsrisiko på individnivå er ikkje ein biologisk men ein eksistensiell kategori, som det blei sagt i diskusjonen etter eit av inlegga.

Det var ein dansk kollega, Hanne Hollnagel, som sto for det viktige innlegget om det risikable

spranget frå gruppe til individ. Det første problemet vi møter, er å rekna ut risikoen for individet. Risikofaktorane er mange (300 for ischemisk hjertesjukdom). Korleis skal dei vektleggast og i kva grad er dei til stades hos akkurat denne pasienten? Kva blir den samla risikoen? Og deretter, korleis skal den formidlast til individet? Og så – dersom risikoberekninga og risiko-persepsjonen skulle halda kvalitetsmål, kva så med det erkjenningsretiske problemet: Den samla risikoen for individet er ei statistisk storleik. Vi veit ingen ting om at akkurat denne personen blir ramma av sjukdom eller ikkje.

I tillegg kjem den gryande kunnskapen om den negativa påverknaden risikostemplinga kan ha for individet gjennom auka medikalisering, falsk trygghet, skuldkjensle, nedsett livskvalitet og kanskje og sjukdomsutvikling.

Vi risikostemplar og risikointervenerer på store grupper. Resultatet prøver vi å fanga opp med medisinske metodar. Men kva om

vi leita med metodar som er meir valide for livskvalitet og meistring? Vær varsam, vi veit for lite, var konklusjonen på seminaret.

Kanskje burde vi få til ein betre balanse mellom risikotenking og ressurstenking i kliniske situasjoner. Heller satsa meir på å få fram og støtta ressursane hos pasientane våre. Både Maslow, Frankel, og Antonowski har sagt mykje om kva som fremjar helsa. Kanskje er denne kunnskapen vel så viktig som risikokunnskapen. Men vi treng metodar for å ta han i bruk. Det er gryande forskning på dette området. Vi går ei interessant fagutvikling i møte.

### Livet i allmennpraksis blir ikke lettare

Neste gong du som allmennpraktikar får høyra om ein blodtrykksmedisin som har ein god lipidprofil og som legemiddelrepresentanten gjerne at vil du skal ta i bruk, så ta deg i vare fordi:

Er det vist i større kliniske for-

søk at effekten slår ut på livskvalitet eller lengde? Er effekten i så fall stor nok? Pass deg for å blanda relativ og absolutt risiko. Tilhører den aktuelle pasienten den gruppa som det er vist resultat for i forsøka? Er andre risikofaktorar viktige for akkurat denne pasienten? Korleis skal du framstilla risikoen for pasienten slik at han skjønner den best mogleg og sjølv kan ta del i avgjerda? Korleis vil han leva med risikodiagnosen i mange år som kjem? Vil han ta skade?

Takksemid for gode medisiner må blandast med respektfull tvil når medisinen skal ordinerast til friske. Vi må få meir hjelp av styremakter, ressursgrupper i allmennpraksis, samfunnsmedisinarar og alle gode krefter som nå vil implementera den «vitenskapsbaseerte medisinen» i faget vårt.

Eg takkar NSAM for fine og kloke dagar på Jægtvolden.

Judaberg den 26. mars 1995

EIVIND VESTBØ

4160 Finnoy

Kurskomitéen. Fra venstre: Anna Stavdal, John Nessa og Elisabeth Swensen.



Hanne Hollnagel, dansk forsker og allmennpraktiker:  
«Legene trenger å erstatte autoritær med frigjørende pedagogikk.»





Når nettene blir lange...

## UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42.

E-post cc:Mail 56 14 29 96 – E-post: G=john S=leer P=ccmail

A=telemax C=no

## PLUG AND PLAY

Min føringsoffiser i redaksjonen gir fortsatt denne spalten lov til å leve videre selv om menigheten er liten (bedømt ut fra antall inn-sendte vitnesbyrd).

Ny PC med Pentiumprosessor i 90, masser av RAM, 1 GB SCISI harddisk, SCSI 4x CD-spiller og ditto DAT tapestasjon, Sound System, lynraske COM-porter, innebygget 10-Base-T Ethernet-tilkobling på hovedkortet, kjempeskjerm med superoppløsning, NonInterlaced refreshrate 90-100 – bedre enn TV'n hjemme. Plug går greit. Play er verre.

Du skal ha tunga rett i munnen når du kjøper ny PC. Salget foregår mest som variasjoner over postordretemaet, og faghjelp og kundeoppfølging – «Support» og «Care» – er så som så.

Spesialkompetanse bør du helst ha selv – i hvert fall hvis du skal ha en mer avansert maskin enn de som selges sammen med brødrister og panelovner. I alle fall bør du beherske sjargongen når du ringer til «gutta» på «Care Senteret» og på «Support». Prosesseen med å kjøpe og få i drift en ny PC er fortsatt ganske innfløkt og frustrende. EDB-bransjen snakker om Plug and Play. Jamen sa jeg smør.

### Hvordan går det med de nye og kraftige operativsystemene?

DOS har vært basis for de fleste PC-brukere – etter hvert også med Windows som et skall utenpå.

Macintoshbrukere har sitt eget operativsystem og de «tøffeste» har kjørt på UNIX. DOS har mange svakheter, og Windows er både ressurskrevende og full av kompromisser. Nesten daglig opplever de fleste 3.1 windowsbrukere at maskina stanser pga. et «programkræsj». Det ble bedre med Windows 3.11. OS/2 fra versjon 1 og 2 levde i skyggen av Windows, men hadde en del trofaste tilhengere. Nå har vi fått OS/2 versjon 3 og OS/2 Warp, Windows NT 3.5 og nye versjoner av UNIX og i over ett år har vi hørt om Windows-95. Sun lever også i beste velgående.

Med de nye, kraftigere, sikrere og mer stabile operativsystemene kan du «multitaske» – dvs. ha flere program i aktivitet på EDB-maskina samtidig. Du kan også ha en maskin med flere prosessorer – og da får multitasking virkelig mening. Hva skal nå det være godt for? Det kan faktisk være ganske nyttig å kunne sende en fax og en annen utskrift samtidig som du skriver på et brev eller gjør et databasesøk. Du slipper å vente på at en operasjon skal avsluttes før du kan ta fatt på neste. Videre kan ett program «kræsje» uten at maskina går i stå. OS/2 har i løpet av de siste månedene fått mange nye tilhengere. Windows-95 er like rundt hjørnet og Windows NT 3.5 skal jeg prøve ut og kommer tilbake med rapport i et senere nummer.

Det ryktes at Lægeforeningen skal etablere en BBS (bulletin board system/elektronisk oppslagsstavle) med aktuell informasjon – i første omgang for alle tillitsvalgte for legene rundt om i landet. Et prisverdig tiltak som vil glede mange.

På Internet skjer det mye – også i Norge. Institutt for samfunnsmedisinske fag på Universitetet i Bergen er nå klar med egen WWW-server, og det er spennende å se hva Høgå Sandvik får til. Følg med, og de av dere som ikke har skaffet seg en internetttilgang må se til å komme i gang.

Imidlertid går det fortsatt an å leve et godt liv og bedrive sitt fag uten verken datamaskin eller internetttilgang, men de som synes at telefonen har vært et bra hjelpe-middel opp gjennom årene vil sette stor pris på de nye mulighetene nyere teknologi kan gi.

(And that's all for now folks).

John Leer



# Det er aldri for sent!



LOMUDAL «FISONS» Antiallergikum

ATC-nr.: S01G X01

ØYEDRÅPER 20 mg/ml: 1 ml inneh.: Natrii cromoglicas 20 mg, benzalkon. chlorid. 0,1 mg, natr. edet. 0,1 mg, aqua purif. q.s. 1 dråpe inneh.: Natrii cromoglicas 0,8 mg.

ØYEDRÅPER engangspipetter 40 mg/ml: 1 ml inneh.: Natrii cromoglicas 40 mg, glycerol. 17 mg, natrii edetas., aqua purif. ad 1 ml. 1 dråpe inneh.: Natrii cromoglicas 1,2 mg.

Egenskaper: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Hindrer degranulering av sensibiliserte mastceller og dermed frigivelse av histamin og andre inflammasjonsfremkallende substanser.

Indikasjoner: Allergisk konjunktivitt, sesongbundet og helårlig.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor innholdsstoffene. Ved allergi overfor benzalkonklorid skal engangspipettene brukes.

Bivirkninger: Forbigående lett irritasjon kan forekomme, noe hyppigere ved bruk av styrken 40 mg/ml.

Forsiktigheitsregler: Ved bruk av kontaktlinser må engangspipettene benyttes.

Graviditet/Amming: Det er ingen kjent risiko ved graviditet eller amming.

Dosering: Voksne og barn: 20 mg/ml: 1 - 2 dråper i hvert øye 4 ganger daglig. 40 mg/ml: 1 - 2 dråper i hvert øye 2 ganger daglig. Lomudal øyedråper må brukes regelmessig for å oppnå optimal symptomkontroll. Avhengig av allergiekspesifitet kan antall doser reguleres.

Uttelvering: Øyedråper 20 mg/ml: 5 ml unntatt fra reseptplikt.

Pakninger og priser: 20 mg/ml: 5 ml kr 49,90, 13,5 ml kr 142,30. 40 mg/ml: Engangspipetter: 60 stk. kr 257,60.

Behandling med Lomudal bør startes 2 - 3 dager før polleneksponering, men god effekt oppnås selv ved start av behandling etter at symptomer har oppstått. Børkepollen er til besvær for allergikere over hele landet. Ved stor polleneksponering kan Lomudal doseres oftere.

- Doseses 2 ganger daglig<sup>1</sup>
- Rask innsettende effekt<sup>2</sup>
- Antiinflammatorisk virkning
- Ingen alvorlige bivirkninger
- Uten konservoeringsmiddel

Ref.: 1) A twice daily treatment with 4% sodium cromoglycate eye drops is equal to treatment with 2% four times daily.

Ref.: Drott E, Njå F, Leino M.: Allergy, 47 (12 suppl): 100, 1992

2) Topical sodium cromoglycat (Opticrom®) relieves ongoing symptoms of allergic conjunctivitis within 2 minutes. Ref.: Montan P, Zetterstrøm O.: Allergy: 49: 634-637; 1994

**FISONS**  
Pharmaceuticals  
Grini Næringspark 15,  
1345 Østerås  
Tlf.: 67 14 72 50. Fax: 67 14 36 56

2 ganger daglig!



**Lomudal 4%**  
**øyedråper mot allergi**  
(natrii cromoclicas)

KNUT NÆSS:

## Legemidlenes historie

Fra antikken til moderne tid – og historier om legemidler

Meld av Geir Sverre Braut

**Småplukk frå soga om lækjemiddel.**

Forlaget Sykepleien 1994  
126 sider.

Knut Næss har samla saman til bok ein del artikkelfstoff om soga til lækjemidla som han har skrive i tidsskriftet Sykepleien. Det har blitt ei delikat lita bok. Ho er lett å lesa då teksten har ei munnleg framstillingsform. Knut Næss ønskjer å dela med andre kunnskapar og vurderingar han har gjort gjennom eit langt liv som farmakolog. Det personlege preget hindrar ikkje at det er lett å skilja mellom det som vert framstilt som faktum og det som er forfattaren sine eigne meningar. Faktum er likevel lett å etterprøva i det

ein ikkje har kjeldetilvisingar å halda seg til.

Grunnhaldninga i boka er anekdotisk, deskriptiv; noko som er vanleg når medisinarar går inn i eige fag for å sjå på andre sider enn dei reink biomedisinske. Det gjer i og for seg ikkje noko, så lenge både forfattar og leser ser det. Denne boka gjer seg ikkje ut for å vera meir enn ho er i så måte og det står ho seg på.

Boka gjev oss ei påminning om at det er eit behov for at nokon med utgangspunkt i historisk metode går laus på same temaet. Dette gjeld t.d. spørsmålet om samarbeid mellom medisinsk forskning og farmasøytsk industri, som Næss i utgangspunktet ser på som overvegande positivt. Likeins kan tema som plantemedisin og homeopati, som Næss kommenterer ut frå sin medisinske ståstad,



også analyserast historisk ut frå t.d. ein sosiologisk eller sosialantropologisk synsvinkel. Då vert truleg svara ikkje fullt så enkle som dei forfattaren presenterer her.

Om eg skulle sakna noko ut frå ein medisinsk synsvinkel, måtte det vera ei meir utvida framstilling av utviklinga av farmakologisk forskningsmetodikk. Frå heuristiske observasjonar til dobbelt-blindforsøk er steget langt. Denne utviklinga har forfattaren vore med på. Det er få andre enn nettopp Knut Næss her i landet som kunne ha krydra denne biten av historien med hendingar og utviklingssteg som framtida treng for å forstå kva som har skjedd og kvifor det var nødvendig. □

KJELL ROOTWELT:

## Nukleærmedisin

Meld av Geir Sverre Braut

**Spesiell, men interessant som allmenn oppdatering**

Universitetsforlaget 1995  
204 sider. Illustrert. Pris 245 kr.

Det er dristig å skriva ei bokmelding om ei bok frå ei nisje av medisinen som eg absolutt ikkje kan noko som helst fornuftig om; men eg gjer det likevel. Årsaka til det er at eg tende på denne boka, tru det eller ei.

Rootwelt har sett seg føre å skriva ein oversiktstekst om nukleærmedisinsk diagnostikk og

behandling for studentar og klinikarar som viser pasientar til nukleærmedisinske åtgjerder. Han går gjennom det allmenne grunnlaget for nukleærmedisin på ein grei og oversiktleg måte. Kapitlet om ioniserande stråling er i seg sjølv grunn nok til å stoppa opp ved boka. Så lett og ledig som forfattaren framstiller dette, kunne han med fordel for lesaren gått laus på større delar av strålemedisinenn enn berre nukleærmedisin.

I diagnostikkapitla drøftar boka aktuell metodikk for undersøking av ulike organ og organsystem. Dei nukleærmedisinske metodane vert vurderte opp mot alternative

metodar. Eigenskapar ved metodane, tryggleik, feilkjelder og kostnader vert systematisk presenterte på ein slik måte at det verkeleg rører ved sjela på ein samfunnsmedisinar. Tenk om alle «nisjemedisinar» hadde gjort det same – det hadde vore medisinen til ære.

Terapikapitla er knappe. Eg vel å tru at det skuldast at forfattaren på fagleg grunnlag meiner at dei ikkje fortener meir plass. Som appendiks har boka med døme på orienteringsskriv til pasientar som skal gjennom nukleærmedisinske tiltak.

Boka er illustrert i svart-kvitt med bilete, scintigram og diagram. Eg meiner å ha alt på det turre når eg hevdar at samlege illustrasjonar har ein klår bodskap; dei er kremen i ei spesiell bok for allment interesserte. □

# Medarbeiderens møte med flyktninger og innvandrere

Tekst: Laila Solli



Laila Solli er utdannet legesekretær fra 81 med praksis fra to legesentre i Trondheim. Ansatt som legesekretær ved Flyktningehelseteamet (FHT) i Trondheim kommune fra 89. FHT er bydelsomfattende og tverrfaglig med flere yrkesgrupper (helseøstre, leger, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier og legesekretær). Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge er samlokalisert med FHT.

Norge er blitt et flerkulturelt samfunn, og i dag bor det innvandrere (1) og flyktninger (2) i de fleste norske kommuner. Det betyr at vi som helsearbeidere har fått en ny brukergruppe å forholde oss til. Å lære seg norsk tar tid, derfor trenger mange innvandrere tolk når de trenger hjelp fra helsevesenet og andre offentlige kontorer. Mange

helsearbeidere uttrykker bekymring for at pasienten ikke forstår det de sier. Men er VI bekymret fordi VI ikke forstår pasienten? Hensikten med innlegget er ikke å komme med fasitlösninger i arbeidet med innvandrere, men jeg vil prøve å formidle at det finnes andre måter å tenke, handle og være på, enn det vi har lært er det riktige.

## Andre erfaringer

Innvandrere som kommer til Norge må ofte tilpasse seg et nytt klima, eventuell ny ernæringssituasjon og et nytt helseapparat. Pasienter i andre land kan være vant med og foretrekker ofte andre anerkjente medisinske retninger, som for eksempel akupunktur og homeopati i stedet for vår vestlige skolemedisin. Noen er vant til å bruke naturmedisin (planter og urter), shamaner eller gå til andre helbredere.

Pasienter som er vant til å stille krav overfor helsepersonell, blir ofte omtalt som «frekke». Det som vi betegner som «frekkhet», kan være vanlig praksis i deres hjemland. Dette må vi være oppmerksomme på når vi snakker med en pasient som kommer og stiller bestemte krav eller truer. Vårt kroppsspråk/håndbevegelse kan ha en helt annen betydning i andre kulturer (se figur). Kanskje er det vår holdning som må endres?

## Sykdomsoppfatning

Mange innvandrere har et annet syn på sunnhet og sykdom enn det vi har. Deres sykdomsoppfatning og sykdomspresentasjon er annerledes. De presenterer sin sykdom

ut fra de erfaringer de har fra tidligere. Å takle det at pasienten har en annen forståelse og bruker et annet «språk» enn oss er ikke alltid like lett. Å forholde oss til det vi hører er viktige egenskaper. Kan vi det, er vi mer åpen på å forstå det som vi synes er spesielt.

Et eksempel: En kvinne ringte til lege fordi mannen hennes trengte lege hjem straks. På spørsmål om symptomer, forklarte kvinnen at det «brant i halsen til mannen hennes». Dette ble oppfattet som halsbrann og i Norge oppfattes ikke halsbrann som øyeblikkelig hjelp. Kvinnen ble derfor bedt om å se det an og ta kontakt senere ved forverrelse. Litt senere ringte kvinnen igjen og ville ha lege til mannen fordi «det brant i halsen til mannen hennes». Nå kom legen, men det var for sent, mannen døde av hjerteinfarkt. «At det brant i halsen» betyddet på hennes språk; hjerteinfarkt/sterke brystsmerter.

## Språkvansker

I primærhelsetjenesten er det første møtet med en pasient som regel pr. telefon eller «ansikt til ansikt» i ekspedisjonen på legesenteret, hvor pasienten ønsker å få en time hos lege. Hvordan innvandrer blir møtt i telefonen/skranken er vesentlig for hvordan han vil trives på legesenteret. Premissene for den videre kontakten blir ofte lagt i ekspedisjonen. Kontorpersonalets oppgave er da å få tak i de opplysningsene en trenger med hensyn til timeavtale. Det å få tak i de riktige opplysningsene er viktig. Bare det å få tak i navn og fødselsdato kan

oftest være vanskelig når pasienten ikke vet sin fødselsdato etter vårt kalendersystem (fødselsdato må derfor regnes om), eller hvordan hans navn stavas med latinske bokstaver.

I Norge inngår fødselsdatoen i alle offisielle registre, og det er derfor viktig at den er riktig. Men mange oppfatter ikke dette som et problem. For dem er det viktigere å vite hvem de er sønn/ datter av, hvilket nummer de er i søskjenflokkene eller hvilken stamme de tilhører. Mange innvandrere har flere navn, fornavn – fars navn – farfars navn – stammenavn – etternavn. De kan bruke alle fem eller «bare» fire navn (de tre første + enten stammenavn eller etternavn). Men det kan også hende at de bruker «nickname» (klengenavn/kallenavn) på forespørsel om navn. Dårlig språk vanskeliggjør det hele. En annen ting er pasienter som er analfabeter og som verken kan lese eller skrive på sitt morsmål. Det er flest kvinner som er analfabeter. Men Utledningsdirektoratet (UDI), Tolke- og Informasjonsavdelingen, (Postboks 8108 Dep., 0032 Oslo, tlf. 67530890, telefax 67125272), har flere fine bøker/hefter/helsepermer med tekst og bilder på flere språk som kan være til hjelp, f. eks. vedrørende svangerskap og fødsel, barneoppdragelse osv. Det meste av informasjonsmateriellet er gratis, helsepermene koster ca. kr 25,- pr. stk..

Hvis en ikke får tak i alle opplysningene ved det første møtet, er det bedre å vente til den avtale timen og samtidig bestille tolk. Hvis tolk ikke kan skaffes, be vedkommende ta med seg sine identifikasjonspapirer slik at disse opplysningene blir riktige.

Innvandrere kan også ha lært seg engelsk «på gata», noe som kan få oss til å tro at pasienten forstår mer engelsk enn det han egentlig gjør. Andre snakker utmerket, men vær oppmerksom på at våre engelskkunnskaper ikke alltid strekker til. Et eksempel: En pasient som har time ankommer. Jeg spør ham på norsk når og hvilken

lege han har time hos. Han rister på hodet og uttrykker dermed at han ikke forstår hva jeg sier. Så spør han meg: «Do you speak English?» Jeg spør han da på engelsk om når og hvem han har avtale hos. Jeg ser at han heller ikke forstår dette og prøver på nytt på engelsk. Pasienten rister på hodet og sier: «I don't understand when you speak Norwegian.» Jeg sier at jeg snakket engelsk til han, og da sier pasienten at han ikke kan så veldig mye engelsk. Her trodde jeg at hans språkkunnskaper var bedre enn de egentlig var.

I løpet av de seks årene jeg har jobbet i Flyktningehelseteamet har jeg opplevd at jeg trengete tolk en gang, da mine engelsk-kunnskaper ikke strakk til. Pasienten snakket

utmerket engelsk. Pasienten kom til Norge som asylsøker fra et afrikansk land. Vedkommende var utdannet som advokat i hjemlandet og medlem av regjeringen. På grunn av at presidenten/regjeringen ble styrtet, måtte pasienten flykte for å redde livet. Pasienten ønsket en avtale hos vår lege på grunn av magesmerter og sure oppstøt, var av og til plaget med svimmelhet. Jeg spurte om dette var noe han nylig hadde fått eller om han hadde hatt lignende symptomer tidligere. Da kunne pasienten fortelle at han tidligere hadde vært undersøkt av lege i hjemlandet, i et naboland, i Europa og i USA for lignende symptomer. Han fortalte videre om undersøkelser og blodprøver som

## TRONDHEIM KOMMUNES FLYKTNINGEHELSETEAM



han hadde tatt. Jeg vet dessverre ikke hva alle blodprøver heter på engelsk, så her var det jeg som trengte tolk og ikke pasienten.

Ved mistanke om at vi ikke har forstått pasienten rett, kan vi sikre oss med å gjenta pasientens utsagn på den måten vi har forstått det og spørre om dette er riktig. Vi bør derfor forsikre oss om meningen når pasienten svarer med «ja», noe som ofte tolkes som enighet, men som kan bety noe annet. Det at pasienten svarer «ja» kan bety «jeg hører hva du sier», og behøver ikke å bety at meldingen er forstått. Men å anlegge et barnslig språk bør vi passe oss for. Når vi snakker må det være samsvar mellom ord og mimikk, vi må snakke langsomt og tydelig og være ekstra lydhøre.

### Tolk

Et godt hjelpemiddel til best mulig språkforståelse mellom helsepersonell og pasient er tolken, og tolk trengs oftere enn vi tror. Å være tolk er et yrke, og det stiller store krav til tolkene. Tolkene har taushetsplikt og har funksjon som nøytral oversetter. Å arbeide med tolk kan være en ny situasjon for mange helsearbeidere, og mange føler seg derfor ikke trygge i situasjonen. Barn, slektninger eller venner bør ikke være tolker, da disse kan få informasjon som mange ganger ikke er god å ha. Det er dessuten et for stort ansvar å legge på et barn hvis barnet brukes som tolk. Dette kan føre til at autoritetsmønstret i familien forandres/forrykkes.

Av og til kan en oppleve at pasienten nekter å bruke tolk. Grunnen til dette kan være politiske/ideologiske motsetninger, stammemotsetninger, små miljøer hvor alle kjenner alle. Dette kan føre til konfidensialitetsproblemer. Hvis pasienten ikke har tillit til tolken, er denne diskvalifisert. Men tolkens kjønn kan også være et problem. En manlig pasient vil helst ha en manlig tolk og avtale hos en manlig lege. Er det en kvinnelig tolk som har fått oppdraget,



Dette betyr på norsk: Kom hit!

Dette betyr på vietnamesisk: Hunder kan man kalle hit på denne måten. Ellers er det absolutt tabu og særdeles fornærrende å kalle på personer slik. Det kan man ikke engang gjøre overfor barn.



Dette betyr på norsk: Kom hit!

Dette betyr på vietnamesisk: Man kaller hit kun en mindre-verdig og lavstående person på denne måten. Oppfattes som fornærrende og hånende.



Dette betyr på norsk: Farvel/ha det bra osv.

Dette betyr på vietnamesisk: Med armen strekt frem foran seg betyr denne bevegelse «kom hit/kom tilbake». Man vinker ikke farvel.

*Disse figurene er hentet fra temaheftet «Vietnamesernes syn på sundhed og sygdom». Turid Uthaug, forsknings-Højskolen, 1983.*

kan den mannlige pasienten si at han ikke har behov for tolk eller at han ikke forteller den virkelige grunnen til besøket. Dette gjelder spesielt ved følelsesmessige problemer, familieproblemer, seksuelle problemer.

En del innvandrerkvinner vil helst ha avtale hos en kvinnelig lege, i likhet med mange norske kvinner. Kvinnene synes kombinasjonen kvinnelig lege og kvinnelig tolk er best. De kvinnelige pasiente synes det er best å snakke

med en kvinnelig tolk om «kvinneting», som for eksempel svangerskapkontroller eller ved gynækologiske undersøkelser. Noen kvinner kan akseptere en manlig lege dersom pasienten får en kvinnelig tolk. Men hvis pasienten får valget mellom avtale/undersøkelse hos lege og en tolk av det motsatte kjønn eller ingen avtale, kan pasienten enkelte ganger godta dette.

Tolken bør også få tilbud om å få vente på et annet rom enn venterommet der pasienten sitter, slik

at pasient, tolk og behandler møtes samtidig. Da unngås situasjoner der pasienten forteller tolken om grunnen til besøket på forhånd og tolken slipper å ta stilling til pasientens problemer.

### Andre leveregler

Andre kulturer og religioner har regler som kan være ukjente for en norsk helsearbeider, som f.eks. faste. Ramadan er fastemånedene og er den 9. måned i den muslimske kalender, som har kortere måneder enn vår. Ramadan er derfor ikke alltid på samme tidspunkt hver år. Men fastekravet kan vurderes forskjellig fra pasient til pasient. Det å ta tabletter, få sprøyter, ta en medisinsk undersøkelse (gynækologisk undersøkelse, cystoskopi, anoscopi), gi blod, er brudd på fasten for noen, for andre ikke. Hvis pasienten ikke godtar å bli undersøkt, kan man spørre seg selv om det er noen vits å sette opp en avtale. Gi pasienten en avtale etter at ramadan er avsluttet hvis pasienten godtar dette.

Innvandrere møter av og til ikke opp til avtalt tid. Forklaringen på uteblivelsen kan være besøk av en venn eller familie og da er dette besøket viktigere enn avtalen hos legen. Mange lever i en kaotisk krisesituasjon og klarer derfor ikke å holde styr på daglige gjøremål. Mennesker som er under stress eller har hatt traumatiserte opplevelser, for eksempel krig eller tortur, har ofte hukommelses- og koncentrasjonsvansker og glemmer derfor avtaler. Enkelte ganger kommer ikke pasienten fordi han er symptomfri og derfor ikke ser noen grunn til å gå til legen. Dette kan ha sin bakgrunn i at pasienten setter likhetstegn mellom symptomer og sykdom. Ved oppsetting av time til lege, bør personer som har vært utsatt for fengsling og tortur, helst få avtale på den tid av dagen det erfaringmessig er minst ventetid, da tiden de sitter på venterommet for å komme inn til legen, kan minne dem om ventetiden i fengslet.

### Bloodprøvetaking

Etter en konsultasjon kan legen rekvire blodprøver. Mange pasienter, både nordmenn og innvandrere, føler ubehag ved blodprøvetaking, og noen besvimer i forbindelse med dette. Da skal man være klar over at det å tappe blod kan være en torturmetode. Politiske fanger har enkelte ganger blitt tappet for så mye blod at de døde. Mange synes også at mengden blod som blir tappet er alt for stor. «Blodet er kraften i mennesket» eller «sjelen er i blodet», og det er viktig at mengden blod i kroppen er stabil. Tap av mye blod kan føre til ubalanse mellom varme og kulde i kroppen. Pasientene kan oppleve at de får en kuldeovervekt når de mister blod, fordi blod anses for å være varmeskapende. Dette mener de kan føre til sykdom. I slike situasjoner bør vi, ved hjelp av tolk, bruke litt tid til enkelt å forklare pasienten at kroppen selv produserer blod og at blodet sirkulerer i kroppen. Den armen som det blir tatt blodprøve av, blir ikke «tom» for blod. Derfor trengs det heller ikke å bli tappet like mye blod fra hver arm.

I forbindelse med blodprøvetaking trengte jeg en gang vietnamesisk tolk. Pasienten syntes jeg tok «alt for mye blod». Tolken forklarte at i hans hjemland måtte man spise en middag for å kompensere tapet av en dråpe blod. Når jeg tok flere glass tilsvarte det uendelig mange middager for pasienten.

En del flyktninger har måttet

flykte fra sitt hjemland og har vært utsatt for forfølgelse, fengsling og tortur (fysisk, psykisk og seksuell tortur) eller annen organisert vold. Ved EKG-/ EEG-taking og enkelte røntgenundersøkelser, bør vi være spesielt oppmerksomme på dette, da pasienten kan gjenoppleve elektrisk tortur når han ser ledningene/elektrodene festet på kroppen hvis pasienten tidligere har vært utsatt for elektrisk tortur. Dette gjelder også for kvinner ved gynækologiske undersøkelser hvis de har vært utsatt for voldtekts og/eller andre seksuelle overgrep.

Ikke alle viser symptomer på at de har eller har hatt det vanskelig, men vi vet at det kan komme alvorlige reaksjoner og de kan komme etter lang tid. Pasienter som har vært utsatt for fengsling, tortur og andre former for organisert vold har igjen en tendens til økt frekvens av både fysiske og psykiske symptomer og tendens til somatisering. Men mange prøver også å fortrenge torturen lengst mulig, ofte vet vi ikke at vedkommende har vært utsatt for tortur slik at vi kan være forberedt på deres eventuelle reaksjoner (redsel/besvimelse). Tidligere krigsopplevelser/traumer osv. er ikke så lett å snakke om, og de fleste fortrenger det i starten, da de ofte er i en fase hvor de er glad de har overlevd. Flyktninger/asylsøkere bruker selv uttrykket «I'm a survivor».

Mange av barna som kommer til Norge har vært utsatt for store traumer. Selv om de ikke har vært

### Noen kjennetegn ved innvandrere og flyktninger:

#### Innvandrer

- trukket ut
- valgt av sine egne
- planlagt avreise
- personlig mål
- optimisme

#### Felles:

- tilpasset et nytt klima
- ev. ny ernæringssituasjon
- et nytt helseapparat

#### Flyktning/asylsøker

- drevet ut
- forkastet/sendt ut av sine egne
- plutselig avreise
- politiske krefter
- traume, tap

fengslet eller blitt torturert, har flere av dem følt krig på nært hold, sett noen av sine nærmeste bli drept, forsvunnet eller torturert. Mange har også oppholdt seg over lengre tid i flyktningeleir. Spørsmål om tortur må ha et formål hvor det blir satt av god tid og at det gis muligheter til oppfølging og behandling, eventuelt henvisning til riktig instans, hvis det skulle være behov for dette. Det må ikke bli et løsrevet nytt forhør.

Hvis du ser at pasienten er redd for selve undersøkelsen, la pasienten være den som avgjør om undersøkelsen er nødvendig akkurat på dette tidspunkt. Kanskje ønsker pasienten å vente litt, sitte en stund på venterommet eller

komme tilbake en dag senere. En god venn eller familiemedlem kan også være med som støtte. Det som er viktig, er at det skapes tillit mellom helsepersonell og pasient, slik at pasienten ikke føler at han blir utsatt for et nytt overgrep, da tilliten kan være brutt ned hos pasienter som har vært fengslet.

1. Begrepet innvandrer har jeg brukt som en fellesbetegnelse på alle som er født i utlandet, men som frivillig har kommet til Norge som student eller arbeidsmigrant og deres familie-medlemmer.
2. Begrepet flyktning har jeg brukt som en fellesbetegnelse på alle utlendinger som har

kommet til Norge som FN-flyktning, person med opphold på humanitært grunnlag (HG-status), er kommet som familie-gjenforening eller som asylsøker.

Alle disse har rett til helse-tjenster på lik linje med andre som er bosatt eller midlertidig oppholder seg i en kommune, jfr. Lov om helsetjenester i kommunene. I fortsettelsen av kapittelet har jeg brukt fellesbetegnelsen innvandrer om både innvandrer og flyktning.

Laila Solli,  
Nesset LP,  
7600 Levanger.



**- Ikke sandt Hanne, jeg lovede dig, at det ville være meget mere skægt end en vandfødsel!**

(Haldow i Private Eye)



# A snakke med ungdom

Tekst: Finn Magnussen



*Var med på å utvikle Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og arbeidet der som avdelingsoverlege da han sluttet i juni 1994. Han har hatt tillitsverv i Psyk. i 8 år og har endel internasjonale verv. Han har vært opprettet av sosialpsykiatri og psykoterapeutiske problemstillinger spesielt for barn.*

Bare det at spørsmålet reises, antyder at noen synes det er annerledes og kanskje endog vanskelig å snakke med ungdom.

Det tar oss rett inn i problemet, ikke at ungdom er så annerledes enn andre mennesker, men at vi

iblant gjør dem annerledes. Min påstand vil være at ungdom er også mennesker, og stort sett like forskjellige som andre, dvs. at når man vil snakke med dem, og det bør man ville, så nyanserer man sitt forhold til dem, slik man ellers gjør når man forholder seg til mennesker. Det er riktignok så at ungdom ofte selv markerer sin egenart, i språk, klær og stil, og dermed markerer avstand til voksne. De trenger det, som ledd i sin identitetsutvikling. Og for så vidt trenger også verden det, for i blant kan man få følelsen av at det er nettopp i dette skjæringspunktet mellom ung og voksen at ting endres, at verden forandrer seg, og kanskje endog går framover.

Når man skal selvstendiggjøre seg i forhold til sine foreldre, må man hente støtte i jevnaldrende-gruppen. Det bør voksne både forstå og respektere. Man må ikke derfor skyve dem alle inn i en bås og skape den forventning at slik er ungdom. Det er for lettint. Og det hindrer utviklingen av den virkelige selvstendighet, som ligger i den videre individuering og ikke i den stadig økende gruppetilhørighet. Men det kan være bekvemt for den voksne som vil ha fred for ungdom, som blir fornærmet av utfordringen eller rett og slett er engstelig for konfrontasjon.

Selv om jeg i omgang med ungdom helst vil være opptatt av deres individuelle egenart, er det likevel

en nyttig ballast å ha med seg en del alminnelig forståelse av hva det vil si å være ung, å vite litt om de utviklingsmessige oppgaver som ligger i alderen, hvilke forventninger de lever med som gruppe. Det vil være med å styre den dialogen man går inn i.

Det betyr ikke at man må beherske alt det ungdom driver med. For en behandler kan det være et utmerket utgangspunkt nettopp å ikke vite. Maktbalansen i et voksen/ungdoms-forhold, og særlig da om man stiller med legens autoritet, er såpass forrykket i utgangspunktet at det kan være nyttig å stille som den underlegne på visse områder, enten det gjelder sport, musikk, språk eller mer spesielle tema.

Men når det gjelder kroppens vekst og sjelens irrganger, kan et visst overblikk gi større trygghet og romslighet når det gjelder å finne tonen i en samtale med en ungdom.

La meg derfor si litt generelt om pubertet, utfordringer og krav, før vi går videre til hovedtemaet, den verbale dialog.

- Pubertet: Vekstspurt og kjønnsmodning.  
Stor spredning, 10 – 16 år.
- Oppgavene:
  - Avfinne seg med sin kjønnsidentitet
  - Devaluere foreldremagien
  - Tåle det økede sosiale ansvar
  - Finne en utdannelse/arbeide, eventuelt mening med tilværelsen

- Knytte nære vennebånd, som egentlig er en prepubertetsoppgave
- Pubertet/overgangsalder, som traume for den som har uløste barndomskonflikter, som ressurstilfang for den som kan ta imot og utnytte det.
- Den evige adolescence, den uklare avgrensning oppad, senmodningen som sosialt problem. Likevel, i det fylogenetiske perspektiv er puberteten en selektiv senmodning, framtiden har lenge tilhørt senmodnerne.

Ett av ungdoms aktuelle problemer med sine senmodnende foreldre, er at de ikke får lov til å ha sin ungdom i fred. Det har lenge ligget i tiden at ungdom er en attraktiv livsfase, og man kan undre seg på hvorfor:

- Angst for alder og død?
- Den uforløste frigjøring fra besteforeldre?
- Sjalusi på de unges lyst og vitalitet?
- Det psykososiale moratoriums glede?

Dette siste poeng, noen voksnes uvillighet til å ha en voksenrolle, har særlig relevans til vårt tema, om hvordan man formidler sin voksenhet i holdning og tale.

Med barn snakker man barne-språk, i alle fall de første få årene. Senere blir barn lei det anstrengt barnslige, og de lærer seg raskere å snakke dersom voksne snakker som voksne til dem, med ord og begreper som svarer til forestillingsnivået, og om ordene og begrepene iblant ligger litt i overkant er det kanskje ikke så ille, for noe skal jo barn strekke seg etter.

Med unge mennesker, tenåringer, snakker man voksent. Uansett alder har man selvsagt som sender av budskap, et ansvar for, ikke bare hva man sender, men også for at det har en slik form at det blir oppfattet slik man mente det. Det betyr altså at man må justere for alder og oppfatningsevne. Men barns intellekt er vanligvis bedre

utviklet enn deres voksne tror, særlig de av dem som er vant til å oppleve barna som yngre.

Så kan man likevel oppleve at ungdom ikke behersker språket like godt som den voksne, og ikke er villig til eller i stand til å gå inn i dialogen på våre premisser. Eller de vrir på språket, lager sin egen sjargong med nye ord og begreper, for å forsvere seg og sitt, ta igjen eller finne bedre uttrykk for sine unike følelser, utdype sitt spesielle fellesskap. På sitt beste kan jo det betraktes som samme type kreativitet som språkkunstnere og diktere utnytter, når de tumler med det uutsigelige – selv om det ikke alltid blir det samme allmennytige resultatet av det.

I denne situasjonen tror jeg man står seg på å forblie seg selv, stå på sitt vanlige voksne språk, og ikke hive seg for raskt ut i ungdomssjargongen, i sin iver etter å være tjomslig forståelsesfull. Det kan oppleves som en overidentifikasjon med den unge, som nærmer seg ekspropriasjon av deres eget revir, heller enn et forsøk på allianse. Det berører dem deres eget, samtidig som det også fratar dem det de skal bryne seg på eller strekke seg etter. Det mest skuffende for ungdom er faktisk voksne som ikke er villig til å være voksne som de kan forme seg etter, eller i nest beste fall forme seg i motstand mot. Noe må de i alle fall ha å forholde seg til.

Denne tanke kan man føre videre, og se i en forstørret utgave som eksempel på hvordan voksnes kontakt med barn og unge egentlig dreier seg om hvordan sivilisasjon og kultur videreføres.

Men tilbake til dialogen. Når spørsmålet om hvordan man snakker med ungdom melder seg i en primærmedisinsk uke, dreier det seg rimeligvis om en mer konkret målsetting. I blant trenger man å snakke med unge mennesker, og hvordan gjør man det? Jeg kunne legge til spørsmålet, er det i det hele tatt noe spesielt ved det?

**1.** Jeg har allerede nevnt det poeng at man gjør lurt i ha sin naturlige voksenhet med seg inn i samtalen, uten å fri til ungdommens egen stil, og begrunnet det med at unge mennesker trenger voksenmodeller.

**2.** Dette kan videreføres derhen at unge ofte trenger *annerledes* og flere voksne enn de er vant til hjemmefra. Det gjelder særlig i samtalebehandling, der emosjonelle og aferdsmessige problemer svært ofte knyttet til familiekonflikter er aktuelt, men egentlig gjelder det generelt.

Å bli voksen er ikke medfødt, det må læres, og det læres bare i samvær med voksne. Vi fikk alle utlevert noen voksenmodeller i sin tid, og for de fleste har det fungert bra. Etter som vi vokste til ble modellene flere, men jeg tror vi undervurderer både barn og unges



behov for alternative voksenmodeller. Nærkontakt med voksne, på det nivå at det er et visst gjensidig forpliktende forhold, er stort sett mangelvare for de fleste unge i dag, og da gjelder det at de kontakter de får er seg bevisst sin modellfunksjon.

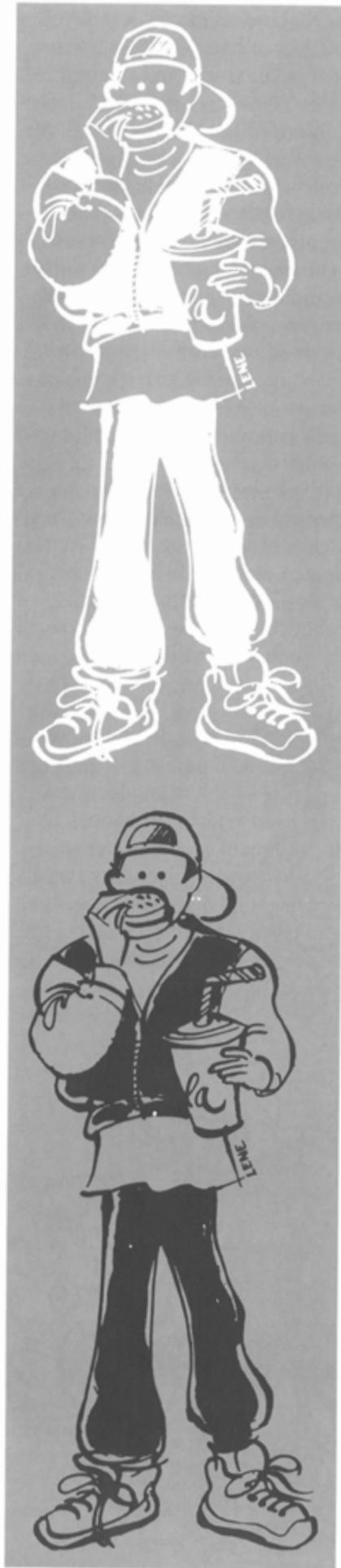
Å være en annerledes voksen betyr at man ikke som en selvfolge overtar for foreldre eller lærere, hverken deres rolle eller deres holdninger, og det vil selvsagt også reflekteres i måten man snakker med dem på.

**3.** Jeg snakker nå om samtale med ungdom ut fra hva *de* har nytte av, og vil legge til ennå et poeng. De trenger anerkjennelse og respekt for sin livssituasjon, at de er midt oppi den mest intensive fasen av sitt liv, at det iblant er så krevende at de trenger et moratorium fra familie og samfunn, det vil si de trenger litt større romslighet med hensyn til normer og krav, for feiltrinn og grenseoverskridelser, mens de prøver ut hva det vil si å være gutt eller jente – og menneske, hvordan det er å ha meninger om stadig flere ting.

I dagens samfunn får de stort sett konsesjon for det. Det de også trenger er imidlertid forventninger fra noen som betyr noe for dem, og grenser, som er en del av omsorgen for dem.

Hvis man ikke møter grenser, har man ingen grenser å prøve ut, ingen grenser å overskride, det vi ikke ingenting å vokse på. Hvis man ikke har forventninger til seg, og noen som bryr seg både med og om, og også gir ros og anerkjennelse, bekrefte, og heller ikke noen å skamme seg i forhold til, noen man kan føle skyld overfor, blir det vanskeligere å vokse opp og bli sitt eget menneske.

Man kan ikke nødvendigvis respektere en ungdom for alt hva han sier eller gjør, men man kan leve med respekt for den prosess de står oppe i, at de skal bli modne kvinner og menn.



Det er ikke minst i samtaler av ethvert slag, og ikke spesielt samtaler som massivt dreier seg om dette, at slike ting formidles. Det verste ungdom kan oppleve er likegyldigheten. De vil lett kunne tolke den passive, forsiktige tilbakeholdenhet med å markere grenser og forventninger til dem, som nettopp det. Resultatet kan bli en fortsatt tøyning av grensene, i håp om at noen til slutt skal bry seg. Det store sosiale problem i denne forbindelse er det store tomrom mellom foreldreautoriteten og kriminalomsorgen.

Psykologene snakker om et dårlig avtrappet forsvar når mennesker har liten indre evne til å håndtere sine følelser, slik at de for brått bryter gjennom. Vårt moderne samfunn har en dårlig avtrappet omsorg for unge når de vokser ut av den selvfolgelige foreldreautoritet. Og foreldre er ofte i villrede om hvordan de skal leve med sin autoritet overfor sine store barn og unge, når barna ikke lengre kan fysisk kontrolleres. Da er det bare samtalen igjen.

Når ungdom kommer på et legekontor er det oftest med en konkret, avgrenset problemstilling, som gjør dialogen målrettet og grei. Men når man likevel reiser spørsmålet om hvordan snakke med ungdom, velger jeg å tro at det ikke bare er for å sikre en bedre diagnose og bedre compliance av eventuelle behandling, men også ut fra den erfaring at iblant kan det bak de greie og konkrete problemene og symptomene skjule seg andre og vanskeligere ting

– der det somatiske symptom bare er en grei innfallsport til noe annet, som kan være meget bevisst (pasienten vil bare teste ut den voksne troverdighet) – eller kan ligge meget uklart i bakgrunnen, som mistriksel, mobbing, overgrep eller angst for nye og ukjente indre opplevelser, som det ikke er så lett å sette ord på.

Og da nærmer vi oss problemstillingen, der det ikke er den unge som er hjelpsøkende, men hjelperen. Hva kan den voksne gjøre for å få ungdommen i tale?

Noen ganger må man måtte nøye seg med, eventuelt begynne med å snakke *til*, hvis man mener at man har et viktig budskap. I mitt virke med forstyrret ungdom har jeg i blant måttet gå til dem, fordi budskapet var viktig, selv om de ikke likte å få det – eller konfrontere dem med reaksjoner på handlinger. Det kan komme mye godt ut av det; i miljøarbeidet er det en generell erfaring at det er de av miljøarbeiderne som klarest har satt grenser som får de næreste og mest tillitsfulle forhold til ungdommen etter hvert. Disse voksne har eksponert seg, blitt synlige, de unge vet hvor de har dem.

Implisitt i dette ligger at ungdom ofte fører sin dialog i handling/atferd, og i blant må møtes der, og at hjelp bl.a. betyr å dechiffrere atferdens mening og transponere den over i en verbal dialog, som kan bli langt mer presis og nyansert enn den atferdsmessige.

Men hvis vi nå holder oss til samtalen, hvordan snakker man så med ungdom?



Jeg har noen momenter, som ikke sier at man bør eller skal, men som er et råd om hva man kan gjøre.

**1. Dempe ned skillet mellom person og rolle.** Dette bryter noe med vår profesjonalitet, og kan bli særlig vanskelig for den som bruker sin rolle for meget som et forsvar. Psykoterapeuter har særlig hatt et i og for seg legitimt behov for å hvile i en rolle som anonymiserte dem, særlig hvis de var formet i den klassiske psychoanalytiske stil. Og generelt i helsevesenet er vi jo ellers vel vant til å spille ned våre personlige verdier og normer overfor pasienter.

Noen hver av oss har lært å modifisere det betraktelig når det gjelder både barn og unge. Deres krav på og behov for autentisitet hos oss, er ofte større enn deres behov for faglig nøytralitet, særlig da når vi ser bort fra den rent instrumentelle innsats. Det betyr at man får ta med seg sine særegenheter med inn i samtalen, i alle fall nok til at man profilerer seg som en reell person, slik at ungdommen etter hvert vet hvor de har oss. Da er det omtanken, det opplevde engasjement og viljen til å lytte og sette seg inn i den andres situasjon som teller, inkludert evnen til å finne den naturlige balanse mellom farlig nærhet og trygg avstand.

**2. Situasjonsdefineringen** er alltid en viktig del av en første samtale, mere så for ungdom enn voksne, fordi ungdomspasientene ikke er så vant til slike situasjoner, der voksne ofte tar flere ting for gitt. I en lege/pasient-situasjon vil legens måte å snakke på sette samtalet på et spor, og gi rammene for den. Samtalens formål vil vel vanligvis bestemme sporet. Er målet avgrenset og gitt, å behandle en ørebettelse eller fjerne en føflekk, er det ikke alltid så mye å si om det. Da skjer det meste på legens premisser.

Er tilstanden mer diffus, hodepine, tretthet eller generell svikende funksjon, har man bruk for å strekke antennene lengre ut og gi samtalen mere rom, bruke mere tid på å etablere en allianse. Og da blir det straks mere interessant å gå inn på pasientens egne premisser, fordi den ligger både forståelsen av plagne og den forpliktelse som gir compliance ved eventuell videre undersøkelse og behandling. Egne premisser kan forstås både billedlig og bokstavelig.

**3. Direkte tale** gir bedre respons enn unodig forståelsesfullhet og vandringer rundt grøten. Ungdom har tatt med seg mye av den lille gutten som sa at keiseren ikke hadde klær på seg, og på det punktet kan det være nyttig å følge dem, som et alternativ til den konvensjonelt høflige virkelighetsfordreining, som voksne av praktiske grunner så ofte driver med.

Det er noe annet enn å overidentifisere seg med dem i språk og mening, som kan være å kjøpe seg en allianse på falske premisser. Ingen av disse holdningene oppleves troværdige. Det er ikke nyttig å løpe fra sin voksenhet, poenget er å gi signaler om en annen slags voksenhet.

Hvis man ellers trenger litt hjelptil å finne ut av hvem man selv er,

kan et nærgående møte med en ungdom være en utmerket hjelp. En konfronterende ungdom kan arte seg som et forstørrelsesglass, der man blir, sikkert både urettferdig og urimelig, profilert. Men det gir også en balanse i forholdet. Hvis man selv tåler å bli litt utfordret, har man også større albuerom for selv å konfrontere, hvis det ellers er grunn til det. Hvis man for raskt faller tilbake på sin verdighet, i et fornærmet forsvar, har man tapt spillet. Her gjelder det å lytte til understemmen: i tillegg til å være uenig i det man er uenig i, også begynne å kjenne etter, hva er det egentlig denne ungdommen vil, hva er han engstelig for bak sitt mulige sinne, hvem er det egentlig han vil hudflette? Eller, med en selvestruktiv ungdom, hvor ligger fortvilelsen, hva dreier den seg egentlig om? Det dreier seg i hvert fall ikke om legen som samtalepartner.

Jeg har hatt stor nytte av å være både naiv godtroende i utgangspunktet, og åpent og aktivt undrende, etter hvert med ventilering av hypoteser og kanskje endog med å sette ord på muligheter, men med et spørsmålstege bak, som et tilbud – om forståelse, om nye perspektiver på seg selv og egne problemer. Det er spesielt aktuelt dersom man skal snakke flere ganger med en ung person, for da kan man etter hvert forholde seg til det man har felles, det som skjer nå. Det gir langt mere mening i å konfrontere noen med det de har gjort eller ikke gjort i forholdet til deg, enn hva de har gjort eller sagt i forholdet til andre. Forslag til forståelse er ikke så farlige, de kan avslås, og det bør ikke være vanskelig å akseptere at man kan ta feil.

**4. Dialogen som maktspill.** Hvis man nå går inn i den form for dialog som har mål utover den enkle, greie medisinske intervasjon eller rådgivning, er det nyttig å ta inn over seg maktsbalansen i dialogen.

Ungdom stiller i utgangspunktet

svakt, legen stiller både som voksen og som faglig autoritet. Man hverken kan eller skal løpe fra noen av delene. Men man kan modifisere det, jfr. Kierkegaards formulering om hjelperen. Og hva vil det så si å møte en ungdom på hans egne premisser? Det kan bety rent bokstavelig, å møte ham et annet sted enn på sitt eget kontor – ute, hjemme hos ham selv, på skolen. På biltur, der man sitter ved siden av hverandre, har jeg hatt noen av mine beste samtaler med ungdom.

Det kan i mer overført forstand bety også å snakke om noe der den unge har et overtak, vet noe, og kanskje til og med kan lære deg noe nytt. Det pleier ikke å være så vanskelig å finne noe. Når målet er å bygge opp et forhold kan man starte med det. Den oppmerksomme lytter vil før eller senere høre når de mer relevante tema dukker opp. Det er ikke noe lureri med dette, det kan gjøre helt åpent. I det hele tatt, full åpenhet og ærlighet er det eneste som duger. De aller fleste unge som søker hjelp med sin livssituasjon, eller noe som knytter seg til den, har dårlige erfaringer med noen av sine voksne, og er i utgangspunktet enten mis-tenk-somme, utrygge eller skeptiske til hva nye voksne kan ha å fare med.

Og så blir vi igjen

sittende med en balansegang: man skal ikke løpe fra sitt voksne ansvar, man skal samtidig la den unge oppleve av de får noe til i samtalens, at de både bevarer sin selvfølelse og integritet. Det er ikke lett å være voksen, men det burde ikke være så vanskelig å være seg selv.

**5. Argumentering.** Noen ganger blir man sittende med ungdom som vil argumentere og som er flinke til det. Den opposisjonelle posisjon er i en viss fase den naturligste for svært mange unge, og en del bevarer den langt opp gjennom voksen alder. Jeg synes ikke det er så ille å tape en diskusjon, det kan utdype forholdet, men det betyr ikke at jeg ikke står



på visse basale standpunkter. Veien videre går til undringen over behovet for å hevde seg, som kan føre videre til ubehaget ved å være så avhengig av voksne, og noen ganger enda videre til et underliggende behov for å bli satt grenser for, tatt vare på. Hvis det kommer så langt at ungdom stiller et ultimatum, er det i realiteten en bønn om intervensjon, da ser de ingen annen utvei.

**6. Den tause og hemmede ungdom** er ikke så brysom å leve med, men kan være atskillig vanskelig å få til en samtale med, jfr. elektiv mutisme, som en relativt sjeldent og vanskelig tilstand å behandle. Den tause unge krever både mer tålmodighet og egenaktivitet. Man må iblant prate litt mere selv. Man opplever fort at det nytter lite med sint pågang, derimot kan det være atskillig effektivere å ha med seg en voksen samtalepartner som man deler sine tanker og refleksjoner med. Dersom hovedproblemet er angst og hemning, blir det et spørsmål

om å skape tillit, eller å gå litt andre veier enn vanlig. Projektive metoder kan være nyttige, som f.eks. å tegne, fylle ut spørreskjemaer. Litt avhengig av alder og situasjon kan man forsøke å trekke inn dagbøker, man kan bruke brev, lydbånd, telefon.

Noen ganger kommer man opp mot taushet som ikke skyldes angst, men som mer er uttrykk for en passiv aggressjon, det vil si en saboterrende holdning, utvilsomt utviklet i forhold til den overmakt som barna har hatt behov for å ta igjen med eller beskytte seg mot.

Jeg har snakket om å snakke med ungdom, og tenkt på allmennlegen i sin praksis, med glidende overganger til psykoterapeuten, som har mer ambisiøse målsetninger med sin dialog. Jeg har ikke snakket om å leve med ungdom, eller overleve med dem. Det er et annet og større kapittel, men dreier seg i prinsippet mye om de samme ting.

I psykiatri og psykologi har man i noen generasjoner vært opptatt av det sentrale og viktige mor/barn-

forhold. Og det er fremdeles svært viktig for utvikling av tilknytning og basal trygghet i livet, som det meste annet hviler på. Til tross for store endringer i familiens funksjon og mønster over de senere tiår, ser det ut som om samfunnet gradvis aksepterer og verner om de tidlige barneår, slik de kommer til uttrykk i sosiallovgivningen. Men det er noe annet som halter, for mor alene er ikke alltid nok, det trenges også en far, eller, om dere vil, en annen slags voksenhet enn mors. Forpliktende forhold til flere voksne er mangelfaktorer i barn og unges oppvekst i dag. Samtaler med dem er en sjanse til å bøte på det, uansett poenget ved eller målsetningen ved samtalen. Det beste man da kan gjøre er å betrakte dem som vanlige mennesker, og ikke som et eget spesielt farlig eller vanskelig slag.

Finn Magnussen  
psykiater  
Bjørnveien 127  
0387 Oslo

## VI BEKLAGER!

I Utposten nr. 2-95, s. 91 kom vi i skade for å uteglemme navn på forfatter.  
Brev fra Galicia sensommeren 1994 er skrevet av Dag S. Thelle.

#### PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid ATC-nr.: R03B A02  
INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. Egenskaper: Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe-stoffer eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilfert dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasiøn etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. Metabolisme: Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktiviteter i leveren (første-passasje). Indikasjoner: Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet overfor budesonid. Bivirkninger: Lett halsirritasjon, høste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svegl kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdsfortyrrelsen hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binryrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. Forsiktighetssregler: Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitis, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. Graviditet/ammung: Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. Obergang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. Obergang i morsmell: Opplysninger foreligger ikke. Dosering: Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell separering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: Voksen: 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør doisen og doseringshyppigheten økes. Barn ≥ 6 år: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binryrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterkt slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimpurger. Vedlikeholdsdose: Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør doisen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gir Pulmicort (i hoydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale doisen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlinga helt med Pulmicort Turbuhaler. Andre opplysninger: Hver dose tilmåles ved vriddning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. Pakninger og priser: 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

## Pulmicort® Turbuhaler® er eneste inhalasjonssteroid med denne fordelen:

**"Dosering 1 gang daglig  
vil kunne være aktuelt for  
voksne pasienter som ikke  
trenger mer enn 400 µg pr. dag."**

(Felleskatalogen)



Budesonid  
**Pulmicort®**  
Turbuhaler®

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skräder  
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50

# Helhetstenkning og kreativitet innenfor natur, kultur og helse

– en utfordring for primærhelsetjenesten?

Tekst: Gunnar Tellnes



Gunnar Tellnes er cand. med fra Universitetet i Bergen, 1977 og dr.med. fra Universitetet i Oslo, 1990. Han har vært distriktslege på Værøy og Røst, 1979–84. Fra 1984 har han vært forsker ved Institutt for allmennmedisin, I. a. manuensis ved Institutt for forebyggende medisin og professor ved Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo. Spesialist i allmennmedisin (1990) og samfunnsmedisin (1991).

Bakgrunnen for planene om et senter for natur, kultur og helse (NaKuHel) er bl.a. myndighetenes utredning om forebyggende helsearbeid, nærmiljøpolitikk og kultur i tiden. Den har synligjort behovet for å utvikle en modell der det kan skje et samarbeid mellom offentlige myndigheter, frivillige organisa-

Artikkelen presenterer en visjon om å utvikle en ny modell for anvendt samfunnsmedisin. Forslaget omfatter etablering av senter for natur, kultur og helse (NaKuHel) basert på helhetstenkning og kreativitet i nærmiljøet. Målet er å bedre helse, miljø og livskvalitet. Visjonen handler om å skape en arena og et møtested for offentlige etater, næringsliv, frivillige organisasjoner og ildsjeler slik at de kan samarbeide om å nå felles mål.

sjoner, næringslivet og enkeltpersoner. Det er ønskelig å samle ressurser for økt nærmiljøarbeid, helse og trivsel. Utfordringen er å finne en hensiktsmessig organisering for et slikt samarbeid.

Visjonen handler om å skape en arena og et møtested der flere interesserte kan samarbeide om å nå felles mål. Denne visjonen kalles NaKuHel, som står for helhetstenkning og kreativitet innen natur, kultur og helse i vår tid.

## Mål og definisjoner

Det overordnede målet for NaKuHel er å bedre helse, miljø og livskvalitet, både lokalt, nasjonalt og globalt.

- *Helse* handler om å ha minst mulig sykdom og å ha overskudd til å mestre dagliglivets påkjenninger og oppgaver.
- *Miljø* omfatter våre fysiske og psykososiale omgivelser; inkludert vår natur, kultur og sosiale nettverk.
- *Livskvalitet* handler om enkeltmenneskets opplevelse av å ha et godt og meningsfylt liv.
- *Helhetstenkning* i denne sammenhengen handler om:

- a) å øke menneskenes bevissthet om samspillet mellom natur, kultur og helse
- b) å se mennesket som et samspill mellom kropp, følelser og intellekt
- c) å se mennesket som en del av sitt fysiske og sosiale miljø
- d) å få menneskene til å samarbeide på tvers av kjønn, alder, etnisk tilhørighet, livssyn, yrke og samfunnsposisjon
- e) å skape en arena der offentlige etater, næringsliv, frivillige organisasjoner, ildsjeler etc. kan samarbeide.

- *Kreativitet* handler om praktisk handling, egenaktivitet og skapende virksomhet.

## Hvordan nå målet?

Det grunnleggende virkemiddel for NaKuHel er helhetstenkning og kreativitet innenfor:

- Natur-, friluftslivs- og miljøaktiviteter
- Kultur, idretts- og kunstaktiviteter
- Helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.

## **NaKuHel teori og praksis**

NaKuHel betyr å tenke globalt og handle lokalt ved å bygge på økologisk forståelse, nærmiljøarbeid og forebygging. Alle tiltak knyttet til et senter for natur, kultur og helse bør inneholde synlige elementer av både natur, kultur og helse.

### **Ønsket er å:**

- skape et nettverk med aktuelle institusjoner og enkeltpersoner som driver med liknende virksomhet som NaKuHel står for.
- skape et lokalsamfunn med aktiviteter innenfor friluftsliv, natur- og miljøvern som kan bidra til at barn, ungdom og voksne kan se fremtiden lyst i møte.
- bidra til at kreative kunst- og kulturaktiviteter kan fremme trivsel i nærmiljøet, samt helse og livskvalitet i hverdagen.
- øke helhetstenkingen innenfor natur og kultur for å fremme helse, forebygge sykdom og rehabiliter personer med kroniske lidelser.

### **Aktivitetene knyttes til følgende tiltak:**

- Praktiske tilbud for lokalbefolking og turgjengere.
- Praktiske tilbud og forsøk for spesielle brukergrupper, f.eks. sykemeldte.
- Kurs, undervisning og formidling.
- Forskning og utviklingsarbeid.
- Stimulere til å opprette NaKuHel-sentre andre steder i inn- og utland.
- Arbeide for mellommenneskelig forståelse.

## **NaKuHel er basert på samarbeid i vid forstand**

Et sentralt element ved NaKuHel er at både næringsliv, offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner skal samarbeide. Forskere, politikere, diktere, filosofer, kunstnere, håndverkere, pensjonister, sykemeldte, arbeidsledige, elever, studenter og andre interesserte bør kunne finne en tilhørighet til senteret. Dette kan gi et vitalt møtested for kommunikasjon og økt bevissthet.

## **Kreativitet, livskvalitet og forebygging**

Tidligere var rent drikkevann, renovasjon, gode boliger og riktig kosthold de viktigste tiltak for å forebygge sykdom. Psykososiale problemer lar seg ikke forebygge vha. disse metodene alene. For å fremme helse, miljø og livskvalitet bør det sattes på kreative kultur- og kultaktiviteter i nærmiljøet, og den gamle dugnadsånden bør igjen vekkes til live, ikke minst for å øke det sosiale nettverket og sikre samholdet i nærmiljøet. Disse tiltakene bør starte tidlig i barne- og ungdomsårene.

### **Trygdemedisinsk forebygging**

Tanken er å skape og realisere en modell som bl.a. kan fremme det forebyggende arbeidet i nærmiljøet. NaKuHel-modellen innebærer også en visjon om et forebyggende tiltak i trygdemedisinsk sammenheng. Om vi ikke kan skaffe jobb til de arbeidsledige, bør vi bidra til at de kan få økt livskvalitet og bedre helse. Både langtidssykemeldte, førtidspensjonerte, eldre og funksjonshemmede har behov for en kreativ og positiv hverdag.

## **Nasjonalt senter i Asker**

«Stiftelsen NaKuHel – Nasjonalt senter for Natur, Kultur og Helse» ble etablert i Asker 12.11.1994. Etter det samarbeidet som er innledet med Norges Landbrukskole (NLH), er det sannsynlig at stiftelsen kan disponere ledige lokaler i den tidligere småbrukerlærerskolen på Sem i Asker fra våren 1995. Fra høsten 1995 vil NLH sette i drift Sem Gjestegård i det samme området, og et samarbeid er innledet med dette kurs- og konferansesenteret.

### **Landskapsvernombord og naturreservater**

NLHs anlegg på Sem ligger idyllisk til i «Semsvannet landskapsvernombord» der det er fire tilstøtende naturreservat. Fylkesmannen i Oslo og Akershus er ansvarlig for forvalt-

ningen av landskapsvernombordet og naturreservatene, og samarbeider med miljøvernet i Asker kommune. Naturreservatet vil være et viktig bidrag til senterets arbeid idet NaKuHel vil kunne benyttes som informasjonssenter for natur, friluftsliv, kulturminner og helsefremmende tiltak.

## **Økonomi**

Det vil bli samlet inn midler til grunnkapitalen og til driften, slik at man har et rimelig økonomisk fundament for aktivitetene de første årene. Videre vil det bli søkt om støtte fra det offentlige, bedrifter og frivillige organisasjoner til konkrete prosjekter som senteret kan stå for.

### **Senterets samarbeidspartnere**

Under forberedelsen av arbeidet med stiftelsen har arbeidsgruppen hatt kontakt med følgende offentlige institusjoner, som det er grunn til å anta vil være interessert i senterets videre arbeid: Universitetet i Oslo, Norges Landbrukskole, Telemark Distriktshøgskole, Fylkesleger i Akershus, Asker trygdekontor, Asker kommune, Beitostølen helsesportsenter, Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, Miljøverndepartementet, Direktoratet for naturforvaltning, Fjell kommune (Fjell NaKuHel).

### **Lokale sentre**

Stiftelsen NaKuHel – Nasjonalt senter for Natur, Kultur og Helse vil kunne fungere som en stimulator og koordinator for å opprette lokale sentre for natur, kultur og helse i andre bygder, kommuner og fylker. Etter hvert som senteret i Asker utvikles, vil det også tilbys kurs og seminarer vedrørende helhetstenking og kreativitet innen natur, kultur og helse (NaKuHel-modellen).

## **Nytteverdi og praktisk samfunnsmedisin**

Et inspirerende og kreativt lokalsamfunn har sannsynligvis stor

betydning for livskvalitet og helse. Ved å prøve ut denne modellen er det vårt håp å skape en metode for positiv utvikling i kommuner, bydeler og bygder i Norge, men også i andre land i utvikling. Også næringsliv og kommunale og statlige organer i vårt eget land vil ha nytte av at deres ansatte bor i et godt nærmiljø med muligheter for rike natur- og kulturopplevelser.

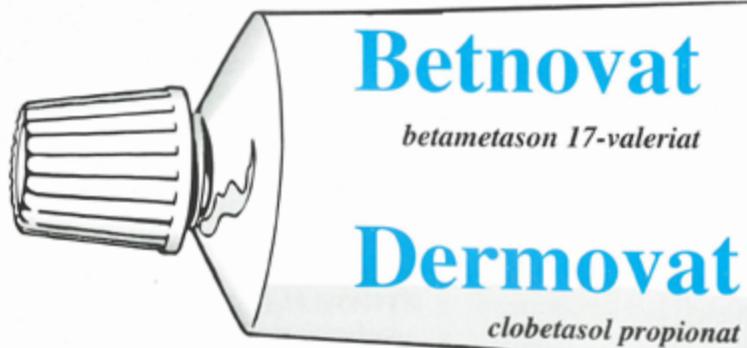
NaKuHel omfatter et samspill mellom natur, kultur og helse basert på helhetstenkning og praktisk handling. NaKuHel kan derfor vise seg å være «medisin» for noen av de samfunnssproblemene som preger vår tidsalder, både lokalt, nasjonalt og globalt. Miljøvernaspesker og en bærekraftig utvikling for både individ og samfunn er sentrale elementer i den visjonen som her er beskrevet.

I første omgang er det viktig prøve ut NaKuHel-modellen med evaluering av lokale forsøk, bl.a. i samarbeid med primærhelsetjenesten. Senere kan den eventuelt lanseres som «samfunnsmedisin» i vår tid.

Gunnar Tellnes  
Inst. for samfunnsmed. fag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1130 Blindern  
0318 Oslo

## Anbefalt litteratur

- Aarønæs, L. 1993. Normenns fri-luftsliv. Fjell og Vidde 1993; no. 1:40–43.
- Bjerkaker, S. (red.) 1989: Nybrotsboka – om arbeid og læring i lokal miljø. Oslo: Friundervisningens Forlag.
- Farmer, ME, Locke BZ, Moscicki, EK, Dannenberg, AL, Larson, DB, Radloff, LS. 1988: Physical acitivity and depressive symptoms: The NHANESI epidemiological follow up study. American J Epidemiology 1988;128:1340–1351.
- Fugelli, P. 1994: Pasienten Norge. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Grønningsæther, H. Myklebust, RJ, IM, Ursin, H. Helsemessig effekt av fysisk aktivitet og psykologisk trening. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:443–5.
- Iversen, LE. 1984: Fra tilskuer til deltaker. Om Melbuproessen – en historie om næringsmiljø og stedsutvikling. Melbu. Nordland akademi for kunst og vitenskap.
- Kultur i tiden. St.meld. nr. 61 (1991–92) Oslo: Kulturdepartementet.
- Lennox, SS, Bedell, JR, Stone, AA. 1990: The effect of exercise on normal mood. Journal of Psychosomatic Research. 34:629–636.
- Mæhlum, S. 1993: Betydningen av fysisk aktivitet i dagens helsevesen. Tidsskr Nor Lægeforen 113:462–464.
- Nussbaumer, W. 1992: Doctors for the environment. A presentation of the International Society of Doctors for the Environment (ISDE).
- Humanekologi. no. 2/3:74–75.
- Om nærmiljøpolitikk. St.meld. nr. 29 (1992–93). Oslo: Miljøverndepartementet.
- Tellnes, A. 1989: Nature life and environment education. Bø, Norway: Telemark College.
- Tellnes, A. 1994: Friluftsliv som metode til å endre holdninger og livsstil. I: Simonsen, B. (red.). Rapport om barne- og ungdomsarbeid. Oslo: Forbunder Kysten.
- Tellnes, G. 1990: Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice (Thesis). Oslo: University of Oslo, Department of Community Medicine.
- Tellnes, G. et al 1992: Tiltak for langtidssykmede. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo og Rikstrygdeverket.
- Tellnes, G. 1993: Akademi NaKu-Hel. Trygd(t) og Godt nr. 2:5.
- Tellnes, G. 1994: Friluftsliv i behandlingen av langtidssykmede. Fysisk aktivitet og friluftsliv som metode for å øke arbeidskapasitet og livskvalitet. I: Effekter og goder. DN-notat 1994-7. Trondheim: Direktoratet for naturforvaltning.
- Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. St.meld. nr. 37 (1992–93). Oslo: Sosialdepartementet.
- Klepp, K-I Aarø LE (red.) 1991: Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Oslo: Universitetsforlaget.



Ytterligere opplysninger hos:

**Glaxo**  
Dermatologi

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

# 2 ganger daglig!<sup>1)</sup>



## Lomudal 4% øyedråper mot allergi

(natrii cromoclicas)

- Rask innsettende effekt<sup>2)</sup>
- Antiinflammatorisk virkning
- Helårlig - og sesongbundet allergisk konjunktivitt

Kan brukes regelmessig av alle - også av barn, gravide og ammende kvinner.

Ref.: 1) A twice daily treatment with 4% sodium cromoglycate eye drops is equal to treatment with 2% four times daily.

Ref. Drott E, Njå F, Leino M.: Allergy: 47 (12 suppl):100, 1992

2) Topical sodium cromoglycat (Opticrom®) relieves ongoing symptoms of allergic conjunctivitis within 2 minutes.

Ref. Montan P, Zetterström O.: Allergy: 49: 634-637: 1994

**FISONS**  
Pharmaceuticals

Grini Næringspark 15, 1345 Østerås  
Tlf.: 67 14 72 50. Fax: 67 14 36 56

### LOMUDAL «FISONS» Antiallergikum

ATC-nr.: S01G X01

ØYEDRÅPER 20 mg/ml: 1 ml inneh.: Natrii cromoglicas 20 mg, benzalkon. chlorid, 0,1 mg, natr. edet. 0,1 mg, aqua purif. q.s. 1 dråpe inneh.: Natrii cromoglicas 0,8 mg.

ØYEDRÅPER engangspipetter 40 mg/ml: 1 ml inneh.: Natrii cromoglicas 40 mg, glycerol, 17 mg, natrii edetas., aqua purif. ad 1 ml. 1 dråpe inneh.: Natrii cromoglicas 1,2 mg. Egenskaper: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Hindrer degranulering av sensibiliserte mastceller og dermed frigivelse av histamin og andre inflamasjonsfremkallende substanser.

Indikasjoner: Allergisk konjunktivitt, sesongbundet og helårlig.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor innholdsstoffene. Ved allergi overfor benzalkonklorid skal engangspipetter brukes.

Bivirkninger: Forbigående lett irritasjon kan forekomme, noe hyppigere ved bruk av styrken 40 mg/ml.

Forsiktigheitsregler: Ved bruk av kontaktlinser må engangspipettene benyttes.

Graviditet/Amming: Det er ingen kjent risiko ved graviditet eller amming.

Dosering: Voksne og barn: 20 mg/ml: 1 - 2 dråper i hvert øye 4 ganger daglig. 40 mg/ml: 1 - 2 dråper i hvert øye 2 ganger daglig. Lomudal øyedråper må brukes regelmessig for å oppnå optimal symptomkontroll. Avhengig av allergiekspesifitet kan antall doser reguleres.

Utlevering: Øyedråper 20 mg/ml: 5 ml unntatt fra reseptplikt.

Pakninger og priser: 20 mg/ml: 5 ml kr 49,90, 13,5 ml kr 142,30. 40 mg/ml: Engangspipetter: 60 stk. kr 257,60.

# Utposten for

Almenpraktikerens dilemma:

## Skal, ...skal ikke?



Magne Nylenna

Vi sakser igjen fra en tidligere Utposten, denne gang fra nr. 6/1985. Artikkelen har like stor gyldighet i dag som den gang. Magne Nylenna (tidligere redaktør i Utposten, nå redaktør i Tidsskrift for Den norske lægeforening) avslutter slik:

Gode klinikere blir vi først når vi kan kombinere den epidemiologiske og kliniske kunnskap som er tilgjengelig med en betydelig innsikt i hva som styrer våre egne beslutninger.

Kunnskap om testers sensitivitet, spesifisitet og prediksionsverdi er nødvendig, men ikke tilstrekkelig i den medisinske beslutningsprosess. Mange beslutninger må tas, og enda flere tas, på et mindre rasjonelt grunnlag. Det er viktig med kunnskap om de faktorer som påvirker våre beslutninger, og to slike påvirkningsfaktorer presenteres:

Salderingssyndromet henger sammen med vår tendens til å anvende representativitetsteknologi på alt for små pasientgrupper. Sensibiliseringssyndromet skyldes den emosjonelle påvirkning dramatiske eller sjeldne tilstander har på oss. For å bli gode beslutningstakere må epidemiologisk og klinisk kunnskap kombineres med egeninnsikt og evne til kritisk å kunne revidere tidlige beslutninger.

Den almenpraktiserende leges hverdag er fylt av beslutninger. Enhver beslutning fattes på bakgrunn av sannsynlighetsvurderinger. Før en prøve tas eller en undersøkelse rekvisiteres må vi vurdere sannsynligheten av at prøven eller undersøkelsen er av nytte i diagnostikken. De forskjellige diagnosene baseres på grader av sannsynlighet, og før vi iverksetter behandling vurderer vi sannsynligheten for at nettopp denne behandlingen vil hjelpe. Slike sannsynlighetsberegninger skjer ikke alltid like bevisst, men de forutgår likevel enhver handling.

Ettersom almenpraktikeren representerer inngangsporten til det medisinske hierarki, er konsekvensen av våre handlinger særlig store. Våre vurderinger er ofte avgjørende for pasientens videre skjebne. Dette gjør førstelinje-årsakenes arbeid særlig utfordrende, men også used: anlig ansvarsfullt.

Alle tiltak vi iverksetter, eller handlinger vi utfører, har terskler. Det er høyden på denne terskelen som i en gitt situasjon avgjør om vi skal eller ikke skal ta en biopsi, henvise til spesialist eller telle hvite blodlegemer hos en pasient.

Disse tersklene er ikke bare forskjellige fra lege til lege (1), men kan også være helt ulike i hver sin tid for den enkelte lege.

I analysen av hvor tersklene bør være for å utføre en diagnostisk prøve eller iverksette en bestemt behandling, har sannsynlighetsberegnung og beslutningsteori vist seg nyttig. Sensitivitet,

spesifisitet og prediksionsverdi er sentrale begreper i denne tilnærmingen, og for mange av oss har nettopp Bayes teorem (2) åpnet øynene. Fra denne synsvinkelen kan vi forklare hvorfor hosle i almenpraksis betyr noe annet enn hosle i en lungeavdeling, og hvorfor feber i Norge bør utredes på en annen måte enn feber i Afrika. Kunnskap om testers repepertabilitet og validitet bestemmer terskelskylden for mange av våre daglige handlinger.

Alt dette er, eller burde være, velkjent.

### Rasjonalisme ikke alltid mulig

Likevel fatter vi stadig veldig beslutninger mer eller mindre uavhengig av slike forutsigbarhetsberegninger. Det skyldes flere ting:

- I de aller fleste sammenhenger mangler vi kunnskap og bakgrunnsdata til å utføre slike statistisk/matematiske analyser. Mangelen på kontrollerte/kliniske forsøk er skrikende, og enten vi liker det eller ei er det mest av vår hverdag fylt av problemstillinger som ikke er godt nok utforsket til at slike sannsynlighetsanalyser kan utføres. Tenk bare på det vitenskapelige grunnlag vi har for å analysere diagnostikk og behandling av vondrygger eller plattfot, eller å vurdere nyttetiden av samtaletterapi eller henvisning til sosialkontoret. Og selv de: «Vi har et visst grunnlag for å gjøre slike statistiske bereg-

# 10 år siden

nunger spiller andre forhold inn. Selv om den matematiske sannsynlighet for å ha nytte av cerebral CT hos en 63 år gammel mann med TIA er den samme på Frogner som på Finnmarksvidda, så vet vi at tilgjengelighet er noe av det som bestemmer terskelen og derved handlingen aller sterkest. Premisse for de statistiske beregningene vil også være subjektive (har pasienten egentlig hatt hemoptysie? Er pasienten i virkeligheten ikterisk?), og i blant vanskelig å definere. (Hva er brystsmerten? Eller endrede avløringssvaner?).

Sist, men ikke minst, gjør vi våre subjektive vurderinger av sannsynligheter. Disse subjektive vurderingene går i blandt helt på tvers av de matematiske/statistiske beregningene, og slike psykologisk og afferdsmessig betingede vurderinger er et fascinerende område som innbyr til spennende lesning (3).

Et par slike subjektive beslutningsmønstre har jeg tidligere omtalt (4):

## Salderingssyndromet

I vårt kliniske arbeid forholder vi oss til representativitet på en ytterst subjektiv måte. Dette kan sies å være en bivirkning av vår epidemiologiske kunnskap, og består i at vi hele tiden forholder oss til en pasientfordeling, en slags norm, som vi appliserer også på små enheter. Terskelen for å fatte bestemte beslutninger varierer i forhold til hvor hyppig tilsvarende beslutninger er tatt før, og i forhold til hvor ofte vi føler at det forventes av oss at vi skal ta nettopp denne beslutningen.

Dersom vi har lagt inn tre fortløpende pasienter når vi kjører sykebesøk, blir terskelen for å innlege den fjerde tilsværende høyere enn den ville ha vært om ingen av de tre forutgående var blitt innlagt.

Et klassisk eksempel på dette kan vi hente fra New York der en gruppe på 1000 skolebarn ble undersøkt med henblikk på indikasjon for tonsillektomi (5). Det ble funnet at 610 av barna burde få mandlene fjernet. Deretter ble de resterende 390 undersøkt av en ny gruppe leger som fant at 45 % av disse også burde tonsillektoreres. De som nå ble "frikjent" ble etter en gang undersøkt, nå av en tredje gruppe leger, og 46 % ble funnet å trenge tonsillektomi. Det samme ble gjort en gang til, og til sist sto man tilbake med bare 65 barn som ikke behøvde tonsillektomi.

En slik tendens til å saldere vurderingene opp mot et tenkt gjennomsnitt skyldes at vi ser en begivenhet i forsterke sammenheng med den nylig forutgående begivenheter. På mange måter minner det om den velkjente "gambler's fallacy" som består i at jo flere ganger rådt går ut med gevinst

på roulette, jo sikrere blir vi på at det blir svart neste gang. Hvis jeg henviser fem pasienter til øjenlege en dag, skal det mye til at jeg henviser den sjette.

Det vi glemmer er at særegheter eller avvik fra gjennomsnittet ikke korrigeres ved hjelp av en saldering - både fortynnes i løpet av en prosess.

## Sensibiliseringssyndromet

Et annet subjektivt vurderingsmønster er velkjent for oss alle, nemlig at mistenkshet og følsomhet for en tilstand varierer med det vi nylig har sett eller hørt. Dette står i en slags paradoksal motsetning til salderings-syndromet, og jeg har gitt det navnet sensibiliseringssyndromet.

Akkurat som et bilvrak ved landeveien penser tankene våre inn på farene for trafikkuhell og derved endrer vår kjørerader, virker oppdagelsen av en sjeldent tilstand på kontoret. Dersom vi diagnostiserer en hittil oppdaget hofteleddsdysplasi hos en ett-åring, så skjerper det både sanser og mistenkshet i vårt arbeid med nyløftede fremover. Lex coincidencia er et begrep i medisinen. Kanskje noe av innholdet i denne loven ligger i at vi finner det vi leter etter, og at vi leter etter det vi nylig har funnet.

Som i allergiologien forøvrig vil sensibilisering avhenge av antigenets potens og mengde. Et dramatisk tilfelle av tumor cerebri hos en ungdom virker stertere enn et mindre dramatisk tilfelle hos en olding. To tilfelle av *Cancer coli* med kort mellomrom virker stertere enn ett tilfelle alene. Som med sensibilisering forøvrig avtar gjerne følsomheten gradvis med tiden fra siste diagnostiserte tilfelle.

## Revurdering viktigst

I den medisinske verden møter vi både uttrykk som "i omgang med den enkelte pasient betyr ikke statistikk noe" og "det vanlige er vanligst". Som kliniker er det vårt ansvar både å forholde oss til den enkelte pasient uavhengig av det vi tidligere har sett og hørt samme dag, og samtidig ta hensyn til den kunnskap vi har om den epidemiologiske sammenheng denne pasienten befinner seg i.

Dagliglivets beslutninger er mange og mangfoldige. Det er nytig og viktig at vi får innsikt i de forskjellige mekanismene som styrer disse beslutningene. Kunnskap om prevalens, insidens og kliniske ytringer av de forskjellige sykdommer er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Vi må også analysere de afferdsmessige og psykologiske faktorer som innvirker på våre vurderinger og avgjørelser.

I den kontinuerlige strøm av skal/skal

ikke-beslutninger er det viktig med evne til revurdering. De store tabber skyldes som regel manglende evne til å revurdere tidligere beslutninger. I en revurdering blir en analyse av beveggrunnene ved forrige avgjørelse særlig viktig. Tiden er en egen dimensjon, og to situasjoner vurdert på to forskjellige tidspunkt er ikke identiske - uansett hvor like de er. Selv om både blodtrykk, puls og serum kreatinin er det samme, kan vurderingen av pasienten på to forskjellige tidspunkt bli forskjellig dersom vi klarer å frigjøre oss fra våre tidligere beslutninger.

Gode klinikere blir vi først når vi kan kombinere den epidemiologiske og kliniske kunnskap som er tilgjengelig med en betydelig innsikt i hva som styrer våre egne beslutninger ■

## Litteratur

1. Cummins RO, Jarman B, White PM. Do general practitioners have different "referral thresholds"? Br Med J 1981;282:1037-9.
2. Waaler HT, Siem H. Bayes teorem. Nord Med 1983;98:91.
3. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. New York: Oxford University Press 1984.
4. Nylenna M. Frihet til å velge? Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:1926.
5. Bakwin H. Pseudodoxia pediatrica. N Engl J Med 1945;232:691-7.

# «Utpost» i Telemark: **GRUK – gruppe for kvalitetsutvikling**

Legeforeningen har fått en «fagutviklingsavdeling» tre timers togreise fra Lagåsen: GRUK ble startet i Skien høsten 1994.

– GRUK er en «planlagt tilfeldighet», sier Tor Carlsen (permittert bydelslege i Skien), som leder APLF/NSAMs allmennmedisinske prosjekt SATS. Vegard Høgli, ass. fylkeslege i Skien, fikk samtidig lederoppdraget for OLL-prosjekter «Kvalitetshåndbok i samfunnsmedisin.» Et samarbeid for å utnytte ressurser og skape et fag-

miljø førte til at tre andre prosjekter er blitt trukket med i kontoret.

Prosjektene er organisert uavhengig av hverandre, og i hovedsak finansiert av kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen. Det er etablert et driftsselskap for kontoret, som også har mulighet for å huse «korttidsarbeidere» fra den lokale helsetjenesten.

GRUK har de enkelte prosjektene som formål. Men aktiviteten her vil bli positiv for helsetjenesten i Grenland og Telemark, både

gjennom kursvirksomhet og uformelt miljø.

GRUK har som mål å bygge opp en database hvor dokumentasjon omkring kvalitetsutvikling i helsetjenesten blir fritt tilgjengelig i elektronisk form, og bidra til den nasjonale drøfting av spørsmål om kvalitetsutvikling.

## **«Drinkless»-prosjektet**

Arne Johannessen (kommuneloge, Skien) er i ferd med å starte opp et



Foran fra venstre: Kristin Prestegård og Torhild Larsen. Bak: Vegard Høgli, Tor Carlsen og Otto Brun Pedersen.

prosjekt som tar sikte på å involvere allmennpraktikere i rådgivning overfor folk som drikker for mye alkohol. Et enkelt spørre-instrument er prøvd ut og gir basis for rådgivning som har vist seg å føre til redusert forbruk. Spørsmålet nå er hva som skal til for å få allmennpraktikere til å ta i bruk dette hjelpeMidlet. Arne Johannessen skal samarbeide med kompetanse-sentrene på rusproblemer om dette; i Telemark vil det si Borgestad-klinikken.

### «Fra kunnskap til handling»

Kristin Prestegaard (allmennpraktiker, Skien) og Otto Brun Pedersen (psykiater, Telemark sentralsjukehus) arbeider med en undersøkelse som vil finne ut hvordan allmennleger lærer, dvs. endrer atferd. Slik kunnskap er viktig for å legge til rette kvalitetssikring og videre/etterutdanning. Undersøkelsen skal foregå blant allmennle-gene i Telemark.

### Schizofreniprosjektet

Otto Brun Pedersen leder et prosjekt som overvåker kvaliteten av behandlingsopplegget for en gruppe nydiagnoserte schizofrenipasienter i Telemark. Prosjektet baserer seg på den kunnskapen som finnes om god schizofrenibehandling, og tar sikte på å gi behandlerne kunnskap om hva som skal til for å oppnå etterfølgelse av dette programmet.

### SATS – på evaluering av egen praksis !

– SATS har som utfordring å stimulere en «kultur» for å lære av egen praksis, sier prosjektleder Tor Carlsen. Oppgaven er å få allmennpraktikere til «å se seg selv i kortene» – eller til og med «i speilet», og å gjøre det sammen med kollegaer.

– SATS skal ikke fortelle allmennpraktikere hva de skal gjøre for å forbedre praksis, men å vise

en mulighet til å finne ut hvordan – sammen med kollegaer.

– SATS står for «Sekretariat for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer» sier Tor Carlsen. Hovedpoenget med navnet er at det dreier seg om en satsing – første år med 1.5 mill kroner på utviklingsvirksomhet med medarbeidere i alle helseregioner.

Prosjektet er å finne fram til målestokker for kvalitet på sentrale områder i allmennmedisin, å utvikle enkle og lite arbeidskrevede metoder for å registrere aktiviteten, og organisere grupper av allmennleger som diskuterer egne resultater i forhold til egne målsettninger. Og, hvis kvaliteten burde være bedre, jobber med tiltak for å få bedre resultat neste gang en mäter.

– Vi holder på å utvikle metoder for registrering fra EDB journaler som interesserte kolleger kan bruke til andre prosjekter uten stor innsats, sier Tor Carlsen. Vi håper altså å stimulere egenaktivitet og egen evaluering generelt gjennom SATS.

– *Har allmennpraktikere tid til dette?*

– Kvalitetsutvikling må bygges inn i etterutdanningen. Registrering fra dag til dag skal ikke være et merkbart problem. Men dette er selvsagt et viktig spørsmål. Vårt utgangspunkt er at dette må kjenner viktig og morsomt hvis det skal ha livets rett.

– *Hva konkret jobber dere med?*

– Vi har i første runde av prosjektet valgt diabetes mellitus. NSAMs handlingsprogram som nå kommer i revidert utgave. Videre tar vi for oss diagnose og behandling av sår hals, og laboratoriebruk i allmennpraksis (som et supplement til NOKLUS, som gjelder analysekvalitet).

I tillegg er det aktuelt å ta opp migrenediagnostikk i forbindelse med at forskrivning av Imigran forutsetter samråding mellom allmennlege og nevrolog.

– *Når kommer prosjektet ut til brukerne?*

– Vi skal gjennom en prosedyre med høring og godkjenning på instituttene, publisering etc. Noen grupper skal prøve delprosjekter ut underveis, men planen er å komme igang med bruken senhøstes 1995, sier Tor Carlsen. Prosjektet er tenkt å vare i 3 år.

### Kvalitetshåndbok i samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er et svært vidt fagområde der grensene for faget er uklare, og der vi som samfunnsmedisinere er inne i en «identitetskrise» i enkelte henseender. Arbeidet med en kvalitetshåndbok i samfunnsmedisin ses på av OLL som et viktig fagutviklingstiltak, sier prosjektleder Vegard Høgli.

– *Hvilken strategi velger OLL i arbeidet med denne håndboken?* – Blant samfunnsmedisinere finnes en rekke kolleger som har interessert seg for, og opparbeidet spesiell kompetanse på deler av fagområdet. Vi ønsker nå å opprette et nettverk der personer som har samme spesialområde får mulighet til å samarbeide om fagutvikling, utarbeide hjelpeMidler i form av veilederinger og prosedyrer, og der neste komme frem til forslag til kvalitetssandarder på de ulike områdene. På denne måten håper vi å få en bedre spredning av godt utført samfunnsmedinsk praksis.

Innenfor hvert delområde vil det opprettes en eller flere arbeidsgrupper, med en redaktør, som koordinerer innspillene i samarbeid med Vegard Høgli, GRUK, som er prosjektleder på nasjonalt plan. Under arbeidet vil bruk av elektronisk oppslagstavle sannsynligvis bli et sentralt hjelpeMiddeI som sikrer oversikt og informasjon for alle som deltar i prosessen.

Tidsrammen for prosjektet er tre år. Etter denne periodens utløp, er målet at en har etablert et nettverk av grupper som også i fortsettelser vil kunne få en referanse-

gruppe-funksjon etter mønster av referansegruppene i NSAM.

*- Hva skjer konkret?*

- I februar i år ble det arrangert et startseminar, der 40 deltagere diskuterte opplegg og organisering, og meldte sin interesse i ulike arbeidsgrupper. I tillegg forsøker jeg å plukke opp og videreføre initiativ og arbeid som er satt igang tidligere. Det vil bli utarbeidet en metodebok til bruk i gruppene der en finner maler, ressursoversikter og oversikt over hjelp og støtte fra prosjektledelsen. Selve aktiviteten i gruppene skal starte opp til høsten.

*- Hvor omfattende blir oppgavene for de enkelte gruppene?*

Det legges opp til fleksibilitet og

frihet for de enkelte gruppene å definere omfanget av sin aktivitet. Et poeng er at en ikke skal behøve å gape for høyt. Oppgavene kan omfatte generelle organisatoriske forhold som medisinsk-faglig rådgivende leges rolle i kommunen, eller konkrete enkeltoppgaver helt ned til håndtering av bråtebrenning! Gruppestørrelsen vil variere fra 2 til ca. 10 personer alt etter oppgavens omfang.

Det skal være faglig inspirerende og gøy å være med. I tillegg til regelmessige samlinger vil det innsgå hjelp og støtte til å ta i bruk elektronisk kommunikasjon, bruk av litteratursøk osv.

Følgende grupper er under oppstart: Legevakt, Årsmelding for kommunehelsetjenesten,

MFR-legens rolle og funksjon, Smittevern, Røyking, Drikkevann, Ulykkesforebyggende arbeid, Teknisk hygiene, Internkontroll.

Dersom noen av leserne ønsker å være med i disse gruppene eller kan tenke seg å dra igang grupper på andre områder, er dere velkommen til å ta kontakt på telefon 35 52 19 00 eller fax 35 52 19 15, slutter prosjektleder Vegard Høgli.

*Kristin Prestegaard*

*Torhild Larsen*

*Vegard Høgli*

*Tor Carlsen*

*Otto Brun Pedersen*

*GRUK*

*Boks 661*

*7303 Skien*

## **European Public Health Association annual meeting 1995**

European Public Health Association ble stiftet i 1992 og teller nå 12.000 medlemmer innen akademisk og praktisk samfunnsmedisin.

Hvert år arrangeres en samfunnsmedisinsk kongress, i år i dagene 14.-16. desember ved Semmelweis Universitetet i Budapest.

Programmet består av vesentlige og aktuelle emner innen forebyggende medisin, sosialmedisin og helseadministrasjon.

Frist for innsending av abstracts er 31. mai. Kongressavgiften er US Dollar 400 før 15. oktober. Kongress-språket er engelsk.

### **NÆRMERE OPPLYSNINGER, PÅMELDINGSSKJEMA MM. KAN FÅES FRA:**

Professor F. Bojan, Department of Social Medicine, University Medical School of Debrecen, P.O. Box 2, H-4012 Debrecen.

Per Fugelli, Institutt for sosialmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo

# *Snu dere bort – tenk på noe annet*

– Snu dere bort. Tenk på noe annet.  
Tenk på alt dere kan kjøpe. Tenk på bilen din.  
Alt det som står i annonsene. Lekre saker.  
Ikke stå der og se hitover hele tiden. Snu dere.  
Tenk på noe annet, har vi sagt.

Ja, men så snu dere da. Se i butikkvinduene.  
Svære greier. Siste nytt i alle bransjer.  
Selskinnskåper. Er ikke det noe? Ny dress.  
Det er våren snart. Tenk på supre jenter.  
Tenk på hu-hei. Næmmen så snu dere da.  
Vi har ikke bedt om vitner her.  
Gå på kino i kveld eller innom en kirke,  
hvis du er sånn. Vær med i salmesangen,  
vær som de andre, for helvete.

Nei, hør nå. For siste gang. Se ikke hitover.  
Og tenk på noe annet. Nå har vi sagt det  
– vi skal ikke ha noen tilskuere her.  
Kjøp deg en tjukk avis eller et ukeblad.  
Se på alle farvebildene, og husk at dette er siste advarsel.  
– Sånn ja. Det er fint. Og så snakker vi om noe annet da.  
NEI, for svingende. Bli stående.  
Ellers skyter vi.

Rolf Jacobsen



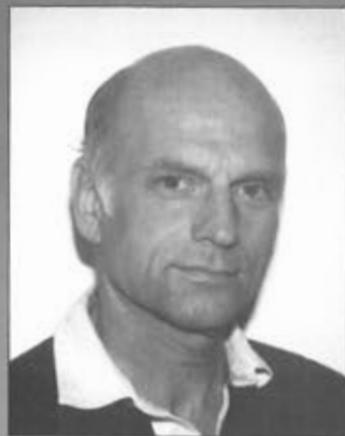
# På jakt etter landsmann Hansen

Det medisinske fag utøves på vår klode under vekslende ytre omstendigheter. De flotteste kliniklene i noen deler av verden er egnet til å ta pusten fra en. Det var naturen som tok pusten fra oss, der vi la ryggsekker og utstyr ved foten av en chorten, en hellig verdi. Vi hadde avtalt med landsbyene rundt å møtes der når solen stod høyest på himmelen. Vi stod midt i skogen. En foss dundret forbi. Hvite snefjell i nord. Tusenvis av rhododendron i dyprød blomst. Digre åser og ville fremspring. En ørn i store sirkler over oss.

Vi er på jakt etter landsmann Hansen. Bare for noen tiår siden var Bhutan full av lepra. Vi hadde dalfører med en forekomst på bortimot 12% av befolkningen (250 pasienter blant 2012 mennesker). Lepramisjonen og Den norske Santalmisjon fikk i oppdrag av den bhutanesiske regjeringen å få bukt med sykdommen. Mindre enn tyve år senere kan vi forsiktig snakke om at vi har kontroll. Kun 5–15 nye tilfeller finnes i hele landet hvert år etter 1990. Når en ny pasient finnes, utløses en intens leteaksjon etter flere med Hansens mycobacterium. Det blir mange timer på stiene, bilvei finnes så godt som ikke. Dalførerne er bratte og bringer stien fra 1000 m.o.h. til opp i mot 4000 m.o.h.

Ikke en sjel er å se. Punktligget er ikke den dyd tordenfolket vil bli husket for. Vi har gått langt og bratt og står litt betuttet. En gjetergutt dukker opp. Han bærer preg av års uteliv i tynne klær og er en slags lokalutgave av Eastwood. Dessuten har han brukpa-hund, Bhutans svar på sibirsk huskey. Klok av gammel skade holder jeg meg litt bak.

Tekst:  
Jan Ørnulf Melbostad



*Jan Ørnulf Melbostad f. 1944 er kommunelege i på Ski (Akershus). Han var misjonslege i Bhutan fra 1978 til 1986 og er nå tilbake i Bhutan for en ettårsperiode. Før jul 1994 satte han seg på den transsibiriske jernbanen. Etter en uke og 7000 monotone og forfrosne kilometer gjennom Russland, Mongolia og Kina, gikk turen videre med fly via Bangkok til Kathmandu, der familien ventet. Sammen reiste de østover gjennom Himalaya og kom medio januar frem til Riserboo, sykehuset Santalmisjonen har bygget opp siden 1967, og som den bhutanesiske regjeringen nylig har overtatt. Kollega Melbostad veksler mellom å være sykehuslege og tilsynslege for lepra-arbeidet i den østlige halvdelen av Bhutan. Lepramisjonen og Santalmisjonen fikk på 1970-tallet oppdraget å utrydde lepra i Bhutan. Rundt 1980 var det 5000 behandlings-trengende spedalske i Bhutan. Nå er tallet 130.*

Gjeteren går opp på en klippe og roper noe i alle himmelretninger. Om det er svar eller ekko vites ikke. Etter en halvtime strømmer folk til. Om senn er sletta ved fossen stappfull av folk. Man setter pris på å møtes; drøset går, avbrutt av vulgære latterbrøl. Humoren i Bhutan har en tendens til å være hentet fra den mer robuste del av ordlista.

Vi får undersøkt hundrevis. Attendance rate er faktisk over 90 prosent. Vi er tre helsearbeidere på jakt etter hansenske forandringer i hud, nerver og ledd. En lege fra Norge, en health assistant med to års utdannelse fra Bhutan, og en paramedical, som en like kald vinterdag i 1978 møtte oss på stiene ved Riserboo og ba om å få utdannelse som paramedical og som siden at gjort kampen mot Mb. Hansen til levebrød.

Ofrene sitter halvnakne rundt den hellige varden, mens tilropene hagler fra amfien rundt. Tankegodset er like elevert som en viss litteratur på norske offentlige toalett, og den norske legen blir tillagt de skumleste hensikter. Vi finner tre «mistenkte», tar blodprøver (som viser seg å være negative) takker for oss med en kort tale om hvor bra det er gått med lepraarbeidet i Bhutan – og gir oss i vei oppover dalen.

Hver landsby har sin chupen, en folkevalgt ordfører med flere plikter enn rettigheter – et ubetalt verv som går på omgang. Det er hos chupen man bor. Bhutaneserne er forresten ukompliserte sånn, man bor i det huset man er. Siden overnattig kun innebærer å få tildekket 2 kvadratmeter trehard gulvflate, er vertskapet mer et privilegium enn en belastning. Etter endt arbeidsdag er chupens hus fullt av



Leprapasienter utenfor sykehuset i Riserboo.

folk som sitter på gulvet rundt den åpne ilden. De bidrar med ny og gammel lokalhistorie, vi med nytt fra livet bak de nærmeste åsene og enda lengre. Barna sover på et bestemorfang til drosset fra de voksne og lange skygger fra flamrene. Jeg tenker på norske, sterile og fjerntliggende barneværelser og korte godnattklemmer. At den bhutanesiske bestemor hoster utover det sovende barnet en og annen syrefast stav, inngår i regnskapet.

Mine to bhutanesiske venner har så godt som ikke bagasje med seg. De får låne et kuskinn å sove på, mens pogoen – en uforet kappe – tjener som sengetøy. Jeg ser ut som en norsk ryggsekketurist, bortsett fra bhutaneserdrakten. Bhutaneserne gjør store øyne, sovepose og liggeunderlag gjør inntrykk.

Natten kommer fort. Ris og annet slurpes i senk og lokalsproget blir noe utsydeligere enn ellers. Kroppen verker etter en dagsmasj og gulvet er hardt. Soveposen gir en slags beskyttelse mot kryp i ulike størrelser.

Gamle menn må ut om natten. Mitt forsett er ikke å forstyrre noen. Men før jeg er ute i maisåkeren har jeg snublet i husets sovende, stanget i taket, vekket gårdsdelen og noen feilvagla høns. Spetakkelet er komplett, men er over før doktersaheben er under glidelås igjen.

Lenge før det blir lyst kan du – langt borte – høre sangen av den som maler mais på håndkvernen. Etterhvert som din bevissthet får fotfeste, kjerner du igjen lydene, det blåses på bålet, det hentes vann, krøtteret får sitt stell under huset, det hutres og jamres mens solen gir de nærmeste toppene sitt gulllys. Alt skjer med en humoristisk undertone, morgengrettenhet er en vestlig oppfinnelse.

Selv strever jeg med å få på meg pogoen på sømmelig vis uten å bli totalt til latter. Ubestemmelige silhouetter står i tussmørket og ventet på å bli lepra-undersøkt.

Lepraarbeidet i Bhutan er nes-

ten ved målet. Det finnes kun noen få nye spedalske hvert år. Om vi ikke slapper av, kan lepraen være helt under kontroll om kort tid. Nye slekter skal slippe den – historisk sett – kanskje mest forbannede av alle sykdommer.

Vi nordmenn er bekymret for tuberkulosen i dette landet. HIV-bølgen er på god vei, og vi prøver å få myndighetene til å satse mot tuberkulose like intenst som vi satset mot lepra for 20 år siden. Av en eller annen grunn har ikke tuberkulosen den status – eller mangel på status – som lepraen. Kampen mot tuberkulosen er – etter vårt skjønn – preget av en unødvendig fatalisme, unødvendig fordi vi med leprakampen har vist at det nytter å kjempe mot kroniske infeksjonssykdommer.

Den siste dagen tar vi fatt på to-timers-stigningen opp til sykehuset. Selv om det er vinter, steker solen i sørvesthellingen. Synet av sykehusområdet er ganske liflig etter dager på tur. Lite er som å komme hjem til en lang og varm dusj, rene klær, hvit duk, god mat og rehydrering, BBC med de siste nyhetene, høytlesning fra en novellesamling og fellesskap med tunge øyelokk.

Jan Ørnulf Melbostad  
Riserboo, Bhutan

Det nye sykehuset i Riserboo, åpnet av den bhut. kronprinsen 18/12-93. Sett fra personalboligsiden.



## NÅR NOE GÅR GALT...

«Slik skal ikke skje», heter det gjerne når noe uønsket tragisk skjer. Det er selvsagt lett å være enig, men som et absolutt utsagn forutsetter det en type kontroll over tilværelsen som er umulig og urealistisk. Som leger vil det å gjøre feil være uunngåelig. Det er selvsagt viktig å se hva som kan læres for å unngå feil igjen, selv om situasjonene imidlertid sjeldent er identiske. Viktig blir det også å lære å leve med muligheten for feil – uten at dette skal føre til overdreven (og unødvendig) medisinsk virksomhet for å være på den «sikre» siden eller en negativ kynisme. Det er viktig å ta vare på sårbarheten som kilde til lærings- og visdom. Mange ganger er det triste som skjer ikke noens feil – verken legen eller andres. Dette er også uunngåelig sider av livet – også våre liv som primærmedisinere. Å dele slike «når noe går galt»-opplevelser med andre, ikke minst kolleger, er en viktig metode for å lære å leve med det, slik at det kan bli en kilde til vekst istedenfor en destruktiv spiral for den enkelte lege og hennes/hans virksomhet. Vi takker for følgende bidrag:

# Når pasienten er for «frisk» til å innlegges

Det er tungt – ubeskrivelig tungt – å bekjenne sine tabber når de har fått en fatal utgang. Desto mer påkrevd å rapportere – i håp om læringseffekt for flere.

Jeg har hyppige legevakter i et distrikt der legesøkningskelen er lav. Pasienter sitter i kø i timevis for å slippe til med feber av et døgn varighet. Vaktene er ekstra travle og slitsomme, fordi legen på vakt må rykke ut i sykebesøk også når venteværelset er fullt. Ofte har jeg følelsen av å måtte måke meg vei gjennom snørr og tårer for å få rom til å reise i sykebesøk til de «virkelig syke», de som ikke er i stand til å møte på kontoret.

I dette panoramaet av travel banalmedisin konsulteres jeg på en lørdag kveld av en ung mann i tilsynelatende god allmenntilstand. Han kommer fordi han har sett blod i urinen. Selvfølgelig skjørpes min årvåkenhet – unge menn skal ikke ha makroskopisk hematuri. Umiddelbart tenker jeg på nefritt, ettersom han ikke har smerte og urin stix viser proteiner i tillegg til blod. Han forteller at han tidligere har vært frisk. Siste uken har han hatt influensalignende symptomer, men han har vært i tungt fysisk arbeid og føler seg feberfri nå. Når jeg måler blodtrykket hans, ser jeg at han har et stort hematomb på underarmen. Jeg inspirerer og finner tilsvarende på den andre armen og lårerne. Pasienten har selv tenkt at dette skyldtes uvant, hardt arbeid med slag mot ekstremitetene – han har nettopp begynt i arbeide som kabellegger. Jeg tenker at det neppe kan være vanlig at kabelleggerer får betydelige hema-

tomer i arbeidet. Blodtrykket er normalt og han har ingen ødem.

Han sier på forespørsel om andre symptomer, at han kanskje synes synet er blitt litt uskarpt sentralt i det ene synsfeltet. Jeg gjør derfor Donders prøve, ofthalmoskop og «pekefingertest». Ved de to førstnevnte finner jeg ingen patologi, men når jeg flytter pekefingeren foran øynene hans, sier han at han muligens ser den en anelse dobbelt. Jeg registrerer dette, men oppfatter funnet som så usikkert at jeg tror det dreier seg om et virusproblem som ikke har sammenheng med de øvrige funnene.

Jeg skjønner at mannen har en økt blødningstendens. Laboratietjenesten ved sykehustet vegg i vegg betjener nødig legevakten og jeg konfererer derfor vakthavende indremedisiner med spørsmål om innleggelse og diagnostisk «brain-storming». Slik jeg fremstilte kasus sier han at det mest sannsynlig dreier seg om en viralt betinget trombocytopenisk purpura, alternativt en idiopatisk trombocytopeni. Jeg føler meg lettet, fordi dette var en plausibel, «ufarlig» forklaring på pasientens noe brokete sykdomsbilde. På grunn av pasientens gode allmenntilstand, ber spesialisten meg henvise pasienten til poliklinikken, men han lover at han skal komme til i løpet av noen få dager.

Jeg sykmelder pasienten og sender med ham rekvisisjon til hematologisk prøvetaking førstkomende arbeidsdag (to dager etter), slik at prøvesvar skal foreligge først mulig i poliklinikken. Jeg

informerer ham om å komme tilbake til legevakten dersom han skulle bli dårligere før han slipper til på poliklinikken.

Så fortsetter jeg med køen som har høpet seg opp på venteværelset. Henvisningen skriver jeg klokken 4 om natten etter en sykebessøksrunde. Mens jeg sitter og skriver, ser jeg pasienten for meg og kommer på at han nok så litt blek ut. Jeg noterer også den unormale synsfornemmelsen hans, fortsatt uten at noen diagnostisk bjelle klinger for meg. Jeg kan ikke huske om jeg nevnte synsforsyretelen for spesialisten. Kanskje ikke, siden jeg ikke tilla den vekt? Henvisningen løper jeg bort i sykehussesepasjonen med søndag formiddag etter avsluttet vakt.

Et par dager senere sitter jeg med selvangivelsen i «tolvte time». Indremedisineren jeg hadde konsultert om pasienten, ringer for å informere meg om at pasienten ble lagt inn dagen etter og at han nå er død. Diagnosen var akutt myelogen leukemi – subtype M3 – med kompliserende hjerneblodning. Han sier prognosene for tilstanden ville vært dårlig, selv om de skulle ha klart å berge pasienten gjennom den akutte komplikasjonen ved tidligere innleggelse.

Jeg føler meg hjelpløs og uakt som. Kanskje har spesialisten rett i sin trøst – både til seg selv og meg – pasienten hadde sannsynligvis ikke overlevd om han hadde blitt innlagt ved første konsultasjon. Eller? Hadde ikke et minimalt plattetall satt i gang all beredskap med tilførsel av trombocyttkonsentrat i nattens mulm og mørke? Uansett – jeg hadde ikke hatt noe å bebreide meg selv.

Hvorfor tenkte jeg ikke på akutt leukemi? Jeg palperte jo ikke en gang etter lymfeknuter og hepatosplenomegali. Sannsynligvis fordi sykehistorien var så kort og pasienten er kraftkar uten tegn til pågående bakteriell infeksjon. Viktigere: Hvorfor slo det meg ikke at den sannsynlige trombocytopeni i seg selv kunne være livstruende? Manglende erfaring eller manglende årvåkenhet fordi spesialisten ikke signaliserte behov for øyebligelig diagnostiske tiltak?

Hva har jeg lært?

- Alltid sjekke hematologisk status som øyebligkelig hjelp ved tegn til hemorragisk diatese. Et laboratorium ikke tilgjengelig er innleggelse nødvendig.
- Usikre funn er positive funn til det motsatte er bevist. Hvorfor

utføre en test hvis jeg ikke tar hensyn til resultatet?

- Jeg har blitt meg bevisst hvor nødig jeg tenker «det verste» i møte med pasienter. Et forslag til benign diagnose mottas begjærlig og blokkerer lett for andre overveielser.
- Allmenpraktikere: Tenk og stol på deg selv! La deg ikke dirigere av hva sykehushuslegene måtte mene om unødig innleggelse. Telefonråd kan være faglig gode, men er lite verd juridisk.

Det hjelper lite at jeg i løpet av de siste månedene på legevakten har diagnostisert en meningokokkmeningitt og en cerebellær blodning hos en ungdom med lykkelig utgang. Når det gjelder *liv* veier ikke seirene opp for tapene. Det er vårt lodd som leger og det er tungt når det faller.

Et tankekors i kjølevannet av feiltronnet: Når vi ikke selv aksepterer vår ufeilbarlighet, hvordan kan vi forvente at allmennheten skal få forståelse for at den medisinske disiplin i sin natur ikke er ufeilbarlig? Vi fokuserer på medisins fremskritt, media fokuserer desto sterkere på våre feiltron. Det ene henger kanskje sammen med det andre. □



# Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det, Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspakter, Intervjuer, Brev fra periferien, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksbygden), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding på hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

## Innsending av tekst til Utposten

### Manuscript

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskrivning. En tekstsida i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstsida i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

### Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, fargefotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

### Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

### Innskrivning av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

#### 1. Brodtekst

Brodtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tektsbehandlingsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthetet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plasering.

Ord som skal markeres i brodteksten kursiveres.

Avsnitt markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null. Foran disse tegnene skal det ikke være ordmellomrom.

#### 2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

#### Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988;1190-3.  
etc...

#### 3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten ikke med ordmellomrom. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

#### 4. Overskrifter

Artikkelloverskrifter skrives med uthetet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthetet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellan to klammer på denne måten>.

Mellomtitler i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Et artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understrekning.

#### 5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

#### 6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekkes.

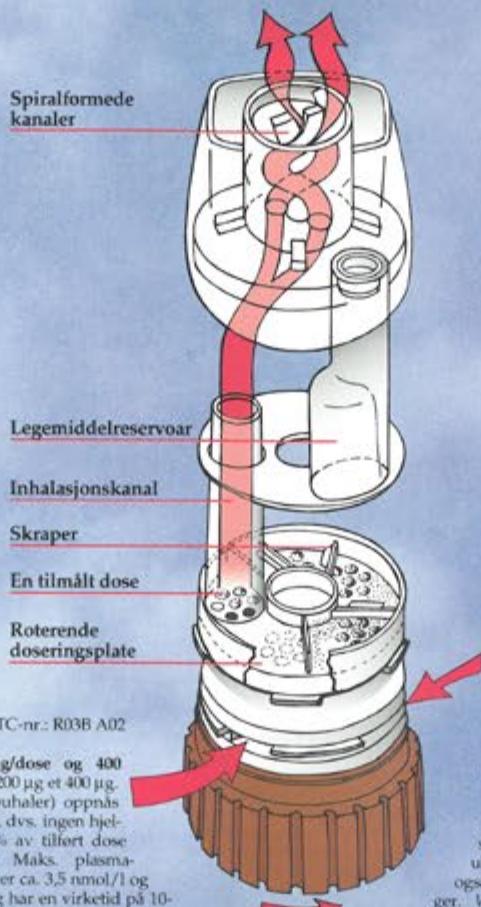
Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelen tittel. Skrives inn mellom ingressen og brodtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved «større» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

# God pust med mindre medisin<sup>(1-5)</sup>

**Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra<sup>(2,5)</sup>**



## C PULMICORT TURBUHALER "DRACO" Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

**T INHALASJONSPULVER:** 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose; Hver dose innh.: Budesomid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. Egenskaper: Ved bruk av pulverinhalarer (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesomid, dvs. ingen hjelpe-stoffer eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesomid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virkhet på 10-12 timer. Metabolisme: Ca. 90% av dosem som når systemisk kretsløp inaktiviseres i leveren (første-passasje). Indikasjoner: Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytik eller kromoglikat. Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet overfor budesomid. Bivirkninger: Lett halsirritasjon, hoste og beshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og sveip kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdststyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppreasjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. Forsiktigheitsregler: Pasienter med lungtuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observernes nøyde. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinit, eksem, muskel- og leddsmarter) på grunn av morsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjon, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med formet systemisk behandling. Graviditet/ammung: Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. Overgang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. Overgang i morsuekt: Opplysninger foreligger ikke. Dosering: Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved doseredusjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: Voksne: 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med

denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. Barn ≥ 6 år: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarksuppreasjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterkt slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugger.

**Vedlikeholdsdosering:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasympto-

mene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i hoydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosisen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med Leks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vriddning av inhalator, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnenstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2 Punkt for godtgjørelse iflg. § 91 Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige legemidler.

### Referanser:

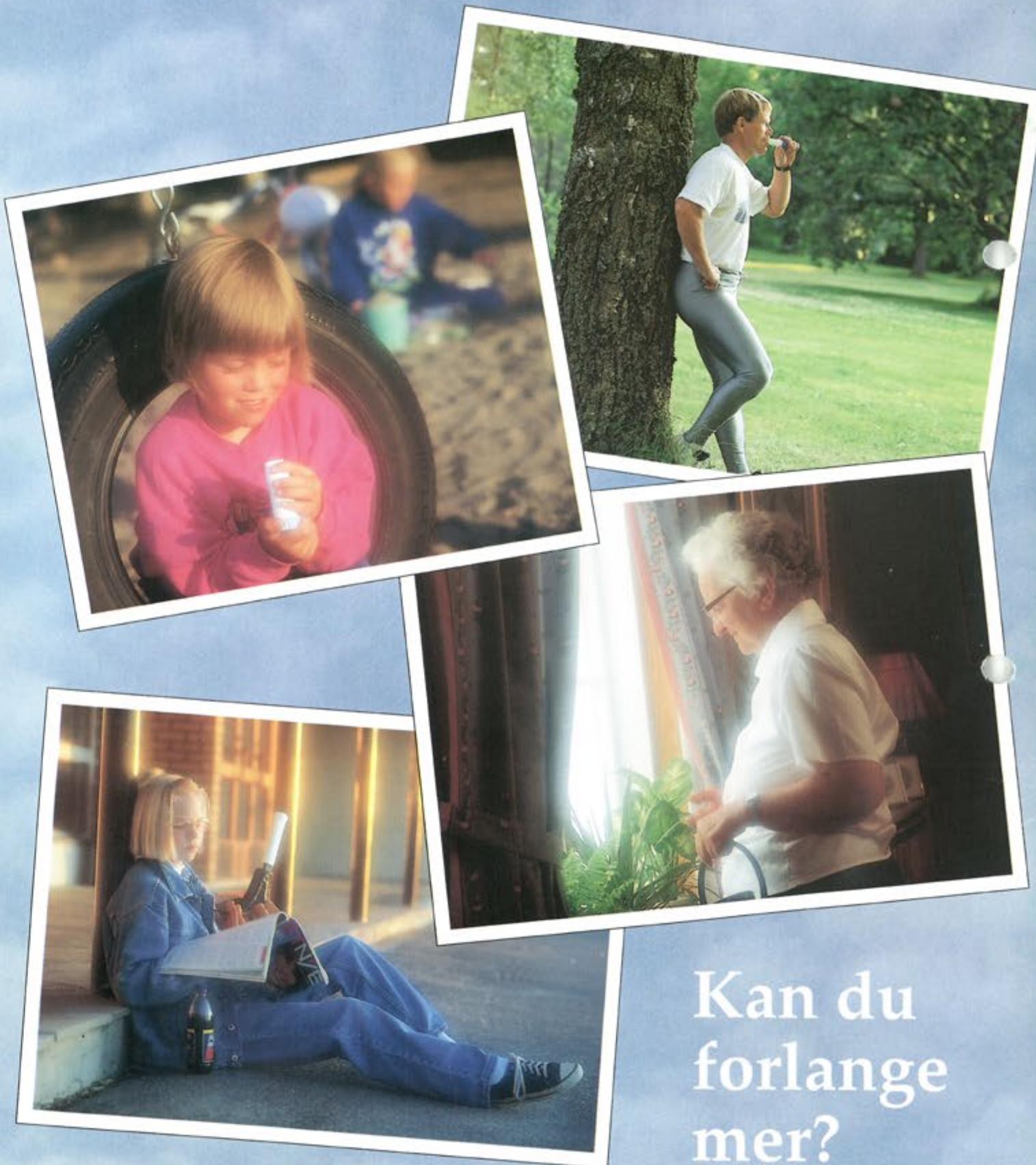
- Derom E, Wählén-Böll E, Borgstrom L, Pauwels R. Thorax 1994;49:A402.
- Felleskatologen. 3. Agertoft L, Pedersen S. Resp Med 1994;88:373-81.
- Markku J, Kava T, Kiviranta K, Koskinen S, Lehtonen K, et al. Effects of reducing or discontinuing inhaled budenoside in patients with mild asthma. The New England Journal of Medicine 1994;331:700-5.
- Thorsson L, Edsbläcker S, Conradson T-B. Eur Respir J 1994;7:1839-44.

Budesomid  
**Pulmicort®**  
Turbuhaler®

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skoger  
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50

# Studier viser at pasienter foretrekker Turbuhaler® fordi den er så enkel å bruke<sup>(1,2)</sup>



Kan du  
forlange  
mer?