

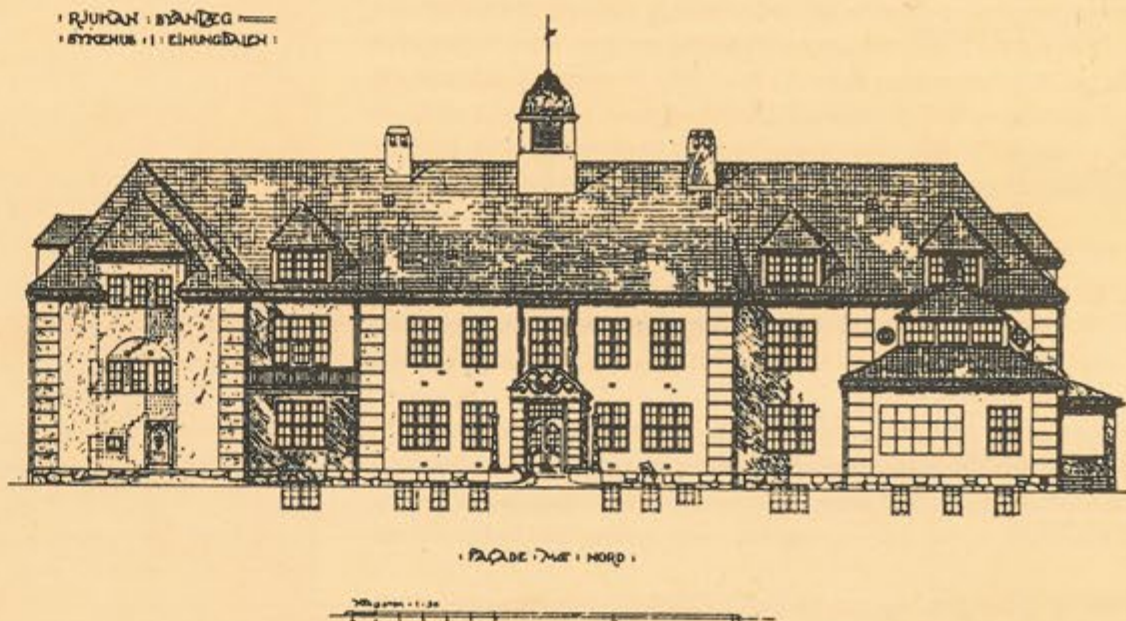
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1998

ÅRGANG 27



## Nytt syn på lokalsykehus

Nr. 2, 1998

# Innhold

Leder: Paradigmeskifte .....	3
Bygg et lokalsykehus på Ullevål .....	4
Bokanmeldelse .....	6
Et av Norges minste lokalsykehus; Smått er godt – intervju .....	7
Sentralsykehus er dårlig lokalsykehus .....	11
Fastlegeordningen: Utkant-Norge ut av skyggen .....	13
Kroppsliggjøring av seksuell overgrepserfaring .....	18
Han gikk ned med Estonia – Et bokprosjekt .....	23
Å leve for sin sjel .....	26
Kan andre enn leger ta ... ..	28
Kan andre enn leger ta ... ..	29
Fra Barcelona til Bergen .....	30
Kvinna i alderdommen .....	38
FASTE SPALTER	
Les denne: Sneen på... ..	22
Det lyriske hjørnet .....	32
Ord om ord .....	33
Historier fra virkeligheten .....	34
Bokanmeldelse .....	35
Edb-spalten: Intranet .....	36
Relis .....	37

Forsidetegning: Rjukan sykehus ble tegnet av arkitekt Bjarne Blom for Rjukan byanlegg i 1913. Det ble offisielt innviet i 1920.





# UTPOSTEN

## **KONTOR:**

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

E-mail: [mrtove@online.no](mailto:mrtove@online.no)

## **REDAKSJONEN**

**Jannike Reymert**

Skogstien 16

7800 Namsos

Tlf: 74 27 33 50 • Fax: 74 27 54 10

E-mail: [jannike.reymert@nt.telia.no](mailto:jannike.reymert@nt.telia.no)

**Elisabeth Swensen**

3841 Flatdal

Tlf: 35 05 21 21 • Fax: 35 05 23 61

E-mail: [elswense@online.no](mailto:elswense@online.no)

**Gunnar Strøno**

Skogv. 29

3660 Rjukan

Tlf: 35 09 22 28 • Fax: 35 09 06 40

E-mail: [gunnars@telnett.no](mailto:gunnars@telnett.no)

**Frode Forland**

Herregårdsv. 2 F

1168 Oslo

Tlf: 22 75 05 61 • Fax: 22 24 88 68

E-mail: [frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no)

**Erik Jesman Pedersen**

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 75 60

E-mail: [ejped@online.no](mailto:ejped@online.no)

**Tone Skjerven**

Stemmev. 40

5009 Bergen

Tlf: 55 32 65 67 • Fax: 55 58 61 30

E-mail: [Tone.Skjerven@isf.uib.no](mailto:Tone.Skjerven@isf.uib.no)

**Torgeir Gilje Lid (koord.)**

Heskestadv. 11

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 10 71 • Fax: 51 52 61 52

E-mail: [giljelid@online.no](mailto:giljelid@online.no)

## **ABONNEMENT:**

Årsabonnement kr. 325,-

Turnuskandidater kr. 200,-

## **GRAFISK PRODUKSJON:**

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Tlf: 66 80 89 00 • Fax: 66 80 08 47

ISDN: 66 80 48 50

E-mail: [not@sn.no](mailto:not@sn.no)

# Paradigmeskifte

Vi vet at ordbruken er feil. Det er allikevel fristende å bruke begrepet paradigmeskifte om den omveltningen i synet på lokalsykehusene som vi nå er vitner til.

Lokalsykehusene har siden midten av 60-tallet vært andrelinjetjenestens stebarn. Mange er blitt lagt ned, og de fleste andre har levd under stadige trusler om nedleggelse. Angrepene toppet seg med den regionale helseplanen for region 5, hvor man foreslår å legge ned 4 av de 6 lokalsykehusene i Nordland og la hele Finnmark sitte igjen med bare ett sykehus. Det er trolig dette uhemmede raseringsforslaget som, sammen med den dype krisa på sentralsykehusene, har utløst behovet for å tenke annerledes.

Fra sentrale myndigheter og sentrale faglige miljøer har det tidligere vært hevdet at lokalsykehusene har vært for dyre i drift, og at de ikke har holdt mål faglig. Det er nå solid dokumentasjon for at lokalsykehusene ikke bare er billigere å drive enn sentralsykehusene, men at de også er mer effektive. Påstandene om at de ikke holder mål faglig har aldri vært dokumentert. Det er tvert imot slik at den dokumentasjonen som finnes, tyder på at de faglig er fullt på høyden med sine større kolleger, på sine områder.

I dette nummeret har vi intervjuet tre erfarne primærleger om deres erfaringer med andrelinjetjenesten, en fra Oslo, en fra Rjukan og en fra Saltdal. Kollegene står midt i klinisk pasientarbeid, og de har daglige kontakter med andrelinjetjenesten. Det er primærlegene som er de nærmeste til å se sykehusenes sterke og svake sider. Debatten om lokalsykehusene har tidligere konsentrert seg mye om akuttfunksjonen. I disse intervjuene kommer det fram at akuttfunksjonen er viktig nok, men at lokalsykehusene også representerer andre verdier som er helt grunnleggende for en velfungerende helsetjeneste; nærhet, omsorg, oversikt, tilgjengelighet, vilje til å ta totalansvar og evne til samhandling.

Vi ser nå at denne erkjennelsen vinner fram i en rekke miljøer. Liksom primærhelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsetjeneste, er det velfungerende lokalsykehus som bør være grunnmuren i norsk sykehusvesen.

Sykehusvesenet har utviklet seg dit det er i dag på grunn av to dominerende tendenser. Det ene har vært det politiske ønsket om sentralisering og rasjonalisering. Like viktig har medisinenes innbygde utvikling vært, en utvikling som har gått mot stadig økende gren- og kvistspesialisering. For lokalsykehusene er det viktig at spesialistene også er generalister og kan håndlegge alle vanlige indremedisinske og kirurgiske lidelser. Det er avgjørende at spesialistutdannelsen tar høyde for dette. Vi må utdanne de legene landet trenger.

*Elisabeth Swensen*



# BYGG ET lokalsykehus på Ullevål

*Intervju med Kjell Maartmann-Moe*

*Lovisenberg Diakonale sykehus.*



*Kjell Maartmann-Moe tok medisinsk embetseksamen i 1980. Han disputerte i 1982 med en avhandling om familiær hyperkolesterolemi. Siden 1983 har han drevet allmennpraksis med driftstilskudd på Grünerløkka i Oslo. Han er spesialist i allmennmedisin. Opp gjennom årene har han hatt en rekke tillitsverv i Legeforeningen, og er for tiden også leder av Legeforeningens Felles edb-Utvalg for Primærmedisin (Fedb-UP). Han er førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.*

**Av Gunnar Strøno**

Kjell Maartmann-Moe skrev i sommer en kommentarartikkel i Tidsskriftet sammen med Odd Jarle Kvamme<sup>1</sup>. Artikkelen hadde tittelen «Annenlinjetjenestene i et allmennmedisinsk perspektiv». Maartmann-Moe og Kvamme argumenterer i artikkelen for at allmennlegene må være med og planlegge hvordan sykehustjenestene skal være. De gjør seg også til sterke talsmenn for lokalsykehus, og for at «det er like viktig med lokalsykehus i sentrale strøk som i distriktene». Slike toner fra en mann som arbeider i tjukkeste Oslo, gjorde oss nysgjerrige.



– Kjell Maartmann-Moe, hva er det som gjør at en Oslo-lege blir en slik sterk talsmann for lokalsykehus?

– Jeg ble for alvor opptatt av spørsmålet i 1990, da det var forslag om å legge ned Lovisenberg diakonale sykehus, som fungerte og fungerer meget godt som lokalsykehus for Oslo indre øst. Jeg driver min praksis på femtende året på Grünerløkka, og jeg har pasienter ikke bare herfra, men fra hele stor-Oslo, fordi mange pendlere arbeider i nærheten. I samhandling med alle stor-Oslos sykehus i Oppland, Akershus, Buskerud, Øst- og Vestfold og Oslo, gir allmennpraksisen mer enn et brukbart oversyn på hvordan sykehusvesenet fungerer. Denne erfaringen tilsier at lokalsykehusene har kvaliteter som er svært viktige både for pasientene, for primærlegene og for helsetjenesten som helhet.

– Betyr dette at du foretrekker å legge pasientene inn på et lokalsykehus framfor på et region- eller sentralsykehus?

– Ja, jeg må si at jeg er meget lettet både på pasientens og egne vegne dersom det er et problem som søgner til Lovisenberg. Dette må ikke oppfattes slik at jeg har mistillit til de store sykehusene strengt faglig, den rent medisinske behandlingen er naturligvis utmerket. Men jeg er sikker på at det er lettere for pasienten å bli frisk på et lokalsykehus.

#### «Forfriskningen»

– Jeg kaller det pasientens «forfriskningspotensial». Vi leger og sykepleierne kan «forfriske» pasienten så mye vi orker med medisiner og stell. Det er imidlertid så mange andre faktorer som også er viktige i prosessen. Det er viktig at pasienten føler seg trygg og får omsorg. På Lovisenberg er pasienten en virkelig person, men i de store organisasjonene har jeg inntrykk av at han har lett for å bli et nummer. Det er lett å forstå at det må bli slik, og det skyldes ikke likegyldighet fra personalet, det er «de store talls lov». For eksempel er det viktig for kronikeren å kjenne igjen personalet fra innleggelse til

Sykehustjenesten i Oslo er sektorisert. Grünerløkka på Oslo indre øst søgner til Lovisenberg Diakonale sykehus. Lovisenberg har omlag 200 senger, fordelt på indremedisin, psykiatri, ortopedi, ØNH og en Hospice-avdeling. Indremedisinsk og psykiatrisk avdeling har full døgnservice, mens de øvrige avdelingene er elektive. Hospice-avdelingen er et dagtilbud for mennesker i siste fase av livet. Nedslagsfeltet for sykehuset er ca. 80.000 mennesker. Oslo indre øst har landets høyeste sykkelighet og dødelighet, og har landets høyeste andel av innvandrere fra den tredje verden.

innleggelse, eller for den saks skyld fra dag til dag! Det er nok ofte like viktig som å få medisin til rett tid. Og tenk på hvor viktig det er å få besøk fra pårørende!

– Men man får da vel besøk fra pårørende på regionsykehus også?

– Har journalisten vært på Ullevål i det siste? Hvis ikke anbefaler jeg et besøk, hvor du later som du er pårørende og prøver å finne fram. Naturligvis får de besøk der også, men terskelen for mange pårørende for de tar turen er nok ganske høy.

#### «De store talls lov»

– På grunn av de store organisasjonene på de store sykehusene har man lett for å miste oversikten og ansvaret kan lett bli pulverisert. Vi opplever jo av og til at pasientene blir lagt inn, men den aktuelle problemstillingen blir det ikke gjort noe med. Både innleggelsen og den forutgående vurderingen er bortkastet. Dette kan jo skje alle steder og til alle grader fra tid til annen, men etter min erfaring er det et nokså typisk storsykehusproblem. Og på et lokalsykehus vil man jo aldri oppleve at en akutt appendicit blir «glemt», eller at en collumfraktur blir liggende i timesvis uten strekk.

– Hvordan fungerer samarbeidet innad i sykehusene?

– På Lovisenberg treffer kirurgen, indremedisineren og psykiateren hverandre i gangen, og de spiser matpakka sammen. De kjenner hverandre, og de får ikke anledning til å utvikle sine faglige særheter. De kan konferere uformelt om pasientene, og trenger ikke sende en skriftlig

anmodning om tilsyn med minibuss til en annen blokk på området. Det er klart at dette gir et helt annet samarbeidsklima.

#### Samhandling

– Du nevnte at du også var lettet på egne vegne når du kunne henvise pasienter til Lovisenberg.

– Ja, bortsett fra pasientenes «forfriskning», er lokalsykehusenes største styrke samhandling og samarbeidet med primærhelsetjenesten. Jeg kjenner legene på lokalsykehuset, og de kjenner meg. Jeg slipper å argumentere i det vide og brede for en innleggelse, de kjenner og har tillit til min dømmekraft. De er lette å få tak i for å diskutere et faglig problem. På de store sykehusene er tilgjengeligheten til kollegene dårligere. Ventetiden på epikriser er markert lengere fra de store sykehusene. Det virker som om lokalsykehusene har en mye større forståelse av betydningen av epikrisene for en fruktbar samhandling rundt pasientene. Nøkkelord for suksess på en samhandlingsarena er fast etablert samarbeid, gjensidig kjennskap til hverandre, gjensidig respekt og ærlighet, og felles mål. Arenaen mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehusene er slik sett nær optimal.

#### Fem Rikshospital

– I artikkelen i Tidsskriftet sier dere at «det er like viktig med lokalsykehus i sentrale strøk som i distriktene». Det er jo ikke mange lokalsykehus i Oslo. Ønsker du å bygge om Ullevål til flere lokalsykehus?

– Jeg mener at alle pasienter med vanlige lidelser bør behandles i et lokalsykehus. Jeg håper jeg har for-

klart hvorfor. Jeg er dessuten tilheng-  
er av LEON-prinsippet, som egentlig  
står for «lågaste ekonomiska omsorgs-  
nivå», og hvor man mener sam-  
funnsøkonomisk i videste forstand.  
Det er ikke mening i at vanlige lidel-  
ser skal behandles i svære, høytek-  
nologiske avdelinger. Lag gjerne et  
lokalsykehus på Ullevål! Hvis jeg  
skal spissformulere meg, vil jeg si at  
det dette landet trenger er en rekke  
lokalsykehus spredt utover, perifert  
og sentralt, og fem Rikshospital. Og  
kall dem gjerne Rikshospital alle  
sammen, slik at eksklusivitetstrem-  
pelet blir jevnt fordelt! Disse høy-  
spesialiserte sykehusene må selv-  
sagt også samarbeide og fordele  
oppgavene seg imellom.

– Hva skal lokalsykehusene inneholde?

– I tillegg til den gamle modellen  
med 3-delte sykehus med indreme-  
disin, kirurgi og røntgen, bør de i

alle fall ha en psykiatrisk avdeling og  
en rehabiliteringsavdeling. En åpen,  
alminnelig tilgjengelig psykiatri i  
nært samarbeid med de somatiske  
avdelingene er svært viktig for å  
ufarliggjøre og alminneliggjøre disse  
sykdommene som så mange lider av,  
og for å gjøre behandlingen mer til-  
gjengelig. Da kan for eksempel over-  
dosepasienten få psykiatrhjelp  
mens han er innlagt på medisin. De  
andre avdelingene, som øye, ØNH  
etc, må naturligvis fordeles fornuftig  
mellom lokalsykehusene. Med den-  
ne oppbyggingen blir det nok å gjøre  
for anestesilegene, og dermed sikres  
en optimal akuttmedisinsk service.

#### Primærlegene må ha innflytelse

– I Tidsskriftet skriver dere at «allmennleger  
som utøver allmenmedisin må være med å  
planlegge hvordan spesialist- og sykehus-  
tjenestene skal være». Kan du utdype dette?

– Primærhelsetjenesten er grunn-  
muren i norsk helsetjeneste. Det er  
ikke bare jeg som sier dette, det står  
i stortingsmelding 23 og er vedtatt  
av Stortinget. Vi har portnerfunksjon  
til andrelinjetjenestene, og vi er på  
mange måter pasientenes represen-  
tanter i systemet. Det er jo pasiente-  
ne som er kundene, og det er for  
deres skyld at helsetjenesten er der.  
Det er faktisk noen som glemmer  
det. Dessuten er det vi primærleger  
som utenfra ser hvor skoen trykker i  
sykehusene. Hvis helsetjenesten  
som helhet skal fungere optimalt, er  
det helt avgjørende at primærlegene  
tar utfordringen med å være med i  
utformingen av andre- og tredjelinje-  
tjenestene.

<sup>1</sup> Maartmann-Moe  
K, Kvamme OJ. Tidsskr Nor Læge-  
foren nr. 23, 1997; 117: 3395-6

## Bokanmeldelse

Arnesen Rønning A.

# Øre-, nese-, halssykdommer

– en kortfattet innføring

Universitetsforlaget  
ISBN 82-00-41570-88  
Pris 245 kr, 200 sider.

Boka er en grundig og ryddig prose-  
dyrebok. I arbeidet med boka angir  
forfatteren at han har hatt med to  
studenter. Oppsettet med figurer,  
punktvis oppsummeringer, tabella-  
riske flow-charts og fotografier virker  
meget godt egnet for den teoretiske  
eksamensforberedelsen til faget.

For allmennpraktikere som tar  
med boka etter endt studium eller  
ønsker å ha en ryddig samlet opp-  
datert litteratur om emnet synes jeg  
boka er velegnet.

Oppsettet, innbinding og størrelse  
minner om kompendiesamlingene  
som florerte i kliniske fag ved euro-  
peiske læresteder i 70- og 80-åra.  
Noen professorer kunne vel ønske at vi  
hadde lest mer, men dette er to the

point, og kan man boka, kan man  
mye ØNH.

Bokas tekstsider er i A5-format,  
mykt innbundet og er liten og grei å ha  
med både på eget og bikontor i bygda.

Forfatteren har gått nøye gjennom  
hva som forventes vurdert, diagno-  
stisert og behandlet i allmennpraksis  
og hva som bør henvises til hvilken  
hastegrad.

Dette er vederheftig og i god  
overensstemmelse med det jeg har  
sett av prosedyreanmeldelse fra andre  
læresteder enn Oslo hvor forfatteren  
er tilknyttet. Det er tatt opp kommu-  
nikasjon med fremmedspråklige  
pasienter og gitt dagsaktuelle  
kommentarer til smitteagens fra  
naboland.

Forfatteren presenterer kasui-  
stikker. Disse er satt opp med symp-  
tomatologi, undersøkelsesmetodikk  
og tiltak. Dette er instruktivt og artig

satt opp og bring-  
er nok en mange-  
årig erfaring i  
praktisk student-  
undervisning.

Jeg synes det er  
hyggelig at vi på tross av et lite mar-  
ked får norske bøker i kliniske disi-  
pliner. Boka er velegnet som lære-  
bok og oppslagsbok for norsk all-  
mennmedisin. Ellers ser jeg at for-  
henværende redaktør Øgnar etterlyser  
mer lunkne bokanmeldelser i Ut-  
posten. Jeg kan ikke huske at salige  
ordkunstner Johan Borgen i Dagbladet  
noen gang etterkom noen slik hen-  
stilling fra redaktør Skavland. Det er  
vel som annen herværende anmelder  
i Utposten skrev i høstnummeret at  
dårlige bøker ikke blir anmeldt fordi  
de ikke blir lest?

Steffen Steffensrud  
Bondedoktor, 3530 Røyse





# Smått er godt

## Intervju med Einar Opedal



Einar Opedal ble ansatt som distriktslege 1 på Rjukan i 1973. Han har siden arbeidet på stedet som distriktslege 1, kommunelege 1, helse- og sosialsjef, og de siste årene som kommunelege 1/helsesjef. Han har hele tiden drevet privat praksis ved siden av sine offentlige oppgaver. Opedal er godkjent vegleder og spesialist i allmenmedisin.

Av Gunnar Strøno

Einar Opedal deltok nylig på Legeforeningens konferanse om lokalsykehus. Der var det en sentralt plassert byråkrat som snakket om «sykestua på Rjukan». Opedal syntes han da måtte ta ordet, og fortelle at Rjukan ikke har noen sykestue, men et velfungerende lokalsykehus. Hvordan er det å sokne til et av Norges minste sykehus?

– Alle kirurgiske og medisinske innleggelser går til Rjukan sykehus, forteller Einar Opedal. Dette gjelder både elektive og akutte. De fleste akutte gynekologiske innleggelsene skjer også lokalt, fortsetter han, og også endel barn blir lagt inn. Dette kan for eksempel være for kruppbehandling eller til observasjon for intoksikasjon eller commotio.

– Siden all medisin og kirurgi går til Rjukan, betyr det at vi primær-

leger har ett sykehus å forholde oss til. Dersom spesialistene på Rjukan finner at pasienten trenger behandling på et høyere nivå, er det de som står for henvisningen videre. Dette er en fordel både for oss og pasientene. Når pasientene kommer tilbake til Rjukan etter behandling sentralt, treffer de den samme spesialisten lokalt som henviste dem, og vi har i den videre oppfølgingen en spesialist å samarbeide med som kjenner pasienten.

### Tar ansvar for befolkningen

– En av de sterke sidene ved et godt lokalsykehus, er at det føler ansvar

for befolkningen, sier Opedal. De strekker seg langt for å fylle behovet for akutte andrelinjetjenester, selv om det snevert sett faller utenfor deres spesialiteter. I stedet for å sende en kruppunge i drosjebil til Skien midt på natta, er det naturligvis en stor fordel å kunne legge inn lokalt. Både foreldre og primærlege setter stor pris på denne servicen, sier han.

– Andre eksempler på imøtekomenhet og smidighet i systemet takket være lokalsykehuset, er «akutt pleie» eller nedkjørte pasienter med rusproblemer, som vi aldri har problemer med å få plass til inntil situasjonen er mer avklart.

Rjukan sykehus er ett av landets minste, med et par og femti senger. Det er et fullverdig tredelt sykehus, med generell indremedisin, generell kirurgi og ortopedi og en moderne røntgenavdeling. Sykehuset har nisjefunksjoner med høy aktivitet, hoftekirurgi, kneproteser og annen ortopedi, og en rehabiliteringsenhet for kronisk lungesyke. Sykehuset hadde tidligere en fødeavdeling, men den ble i fjor gjort om til en kommunal fødestue, hvor kommunelege 1 har det daglige medisinske ansvaret.

Nedslagsfeltet for sykehuset er kommunene Tinn, Vinje og Tokke, med tilsammen ca. 14.000 innbyggere, et tall som øker kraftig i turistseongene. Sykehuset har mange pasienter fra utenom nedslagsfeltet på grunn av sine nisjefunksjoner. Telemark sentralsykehus (TSS) i Skien ligger 180 km unna Rjukan.

### En unge med vondt i nakken

Opedal forteller om en episode han nylig har opplevd, og som illustrerer hvilken nytte både pasienter og primærleger har av et fungerende lokalsykehus:

– Jeg ble oppringt tidlig på formiddagen av en bekymret mor. Datteren på to år hadde satt i å illskrike om morgenen da moren tok henne opp. Det var tydelig at det var bestemte bevegelser som gjorde vondt, og moren mente at hun hadde vondt i skulderen. Hun hadde ringt til faren, som kom hjem fra arbeidet, og jeg ba dem ta med barnet på kontoret til meg. Ved undersøkelsen virket skulderen fin, men det var tydelig at visse bevegelser i nakken utløste sterke smerter. Jeg antok at dette var det som på folke-  
munne kalles «kink», men samtidig var det hele så påfallende hos et så lite barn, at jeg ønsket et røntgenbilde av nakken for ordens skyld. Røntgenlegen ville se henne med en gang, og etter en halv time ringte han tilbake og fortalte at ungen hadde en sublaksjon av L2 på L3, med en glidning framover på mellom 1 og 2 mm.

– Uheldigvis var dette en av de dagene da lokalsykehusenes akilleshel også viste seg, fortsetter Opedal. Begge de faste kirurgene var borte, og de hadde en svensk vikar. Normalt ville jeg henvist denne ungen til Rjukan sykehus, og de ville tatt hånd om saken der med videre henvisning til rette instans. Svensken ville ikke ha noe med ungen å gjøre, for, som han sa, «du kan vara säker

på att om jag tar i henne, får hon omedelbart quadriplegi».

– Jeg var derfor henvist til å ringe til sentralsykehuset. Der har de ingen nevrokirurg, men de skal ha en som stiller endel med nevrokirurgiske problemstillinger. Han var ikke tilstede, men etter mye om og men ble jeg satt til en ortoped som visstnok også stelte endel med slikt. Han sa at dette ikke var farlig, vi skulle bare legge på henne en halskrage, så ville det gå over. Samtidig ba han meg sende bildene til nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet omgående. Dette var et dobbelt budskap som jeg ikke følte meg særlig bekvem med. Jeg gikk imidlertid med på det, med det forbeholdet at hvis vi ikke fant en halskrage som passet, ville jeg sende henne til ham.

– Vi hadde ingen halskrage for en toåring, verken i kommunen eller på sykehuset, forteller Opedal videre. Jeg ringte tilbake til sentralsykehuset. Etter nye 10 minutter i telefonen klarte de å lokalisere den samme ortoped, som nå var gått på operasjonsstua. Jeg måtte kommunisere gjennom en operasjonssykepleier. Det var lett å forstå på henne at kirurgen ikke hadde særlig høye tanker om oss, og en halskrage til barn bare måtte vi ha. Hun spurte flere ganger om vi nå hadde fått sendt bildene til Rikshospitalet. Da jeg sa at jeg nå ville sende ungen til dem, ville hun ikke ta imot personalia. Det var en tone i denne samtalen som vi slett ikke er vant til fra lokalsykehuset.

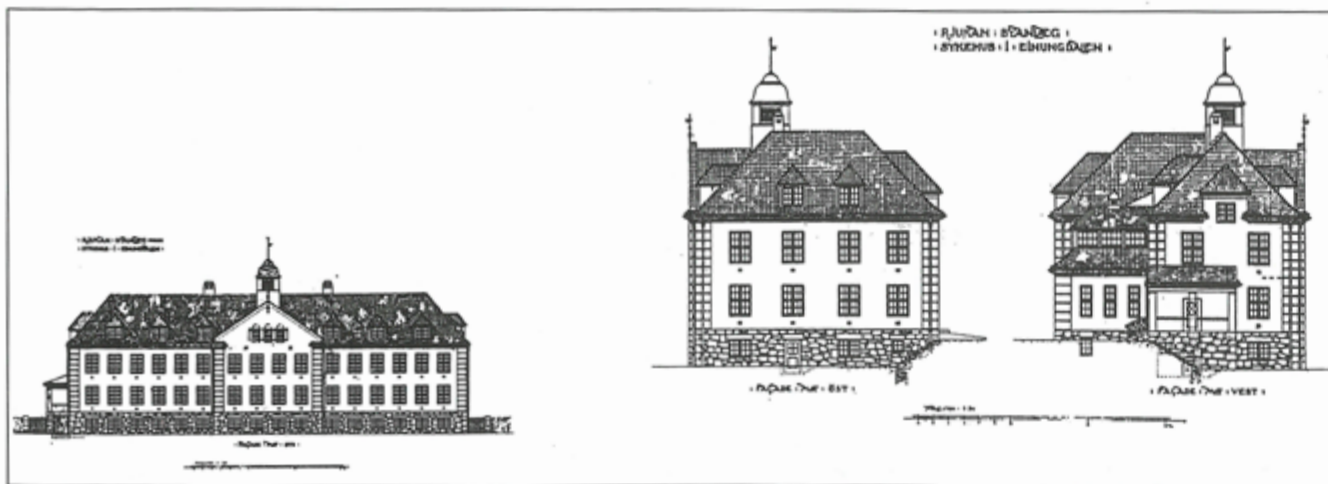
– Jeg måtte altså ringe enda en

gang, direkte til kandidaten. Jeg sa at ungen kom, og hvilken lege jeg hadde snakket med. «Hvem er han?» spurte kandidaten. Ungen kom hjem samme kveld. Foreldrene var fortumlet, for de hadde blitt sendt fra den ene til den andre, og de var omtrent like kloke. Ungen hadde imidlertid fått halskrage med beskjed om ikke å ta den av på en uke. Da kunne de få lov til å ta den av for å vaske under, dersom ungen lå stabilt på et bord. Kragen skulle sitte på i en måned, og da skulle de til ny kontroll. Det hører med til historien at de heller ikke hadde halskrager til barn på sentralsykehuset, men måtte sette på henne en voksen størrelse.

– Som sagt, hadde dette vært en vanlig dag, hadde jeg hatt en lokal kirurg å forholde meg til, og han hadde tatt over ansvaret for oppfølgingen umiddelbart. Det hadde spart meg for mye tid og usikkerhet. Samtidig hadde det vært en enorm lettelse for foreldrene, som hadde hatt en spesialist lokalt som kjente saken og som ville tatt seg av den videre, avslutter Opedal historien.

### Rjukan sykehus – en pasientfelle?

Lokalsykehus har blitt beskyldt for å være «pasientfeller», dvs. at pasienten blir lurt til innleggelse i et sykehus som ikke holder faglig mål. Fylkeslegen i Telemark er en av de som i mer eller mindre klare ordelag har stått fram offentlig med et slikt syn. Kvinneslandsutvalgets innstilling har vært tatt til inntekt for dette.





«Øvelse gjør mester», sier de, og på de små sykehusene får man for liten trening i å håndlegge mer uvanlige tilstander. Vi spør Opedal om synet hans på dette.

– Kvalitetssikring er jo dagens heteste honnørord, svarer han. Den eneste måten å måle et sykehus sin kvalitet på, er på pasientene som kommer ut. Er pasientene selv tilfredse med sykehusoppholdet og behandlingen? Og: Er pasientene optimalt behandlet etter faglige kriterier? Svaret fra pasientene på Rjukan er entydig. Det er to av de sykehusene vi bruker som får skryt fra så godt som alle, nemlig Rjukan sykehus og Feiringklinikken. Pasientene føler at de har fått en skikkelig og betryggende behandling av høy faglig kvalitet, at de er blitt behandlet med effektivitet, og de føler at de er blitt tatt på alvor. Vi primærleger sitter jo i en unik posisjon for fortløpende å vurdere sykehusene sin faglige kvalitet, og pasientenes inntrykk stemmer med vår egen erfaring. Pasientene har rett.

– Det er riktig at «øvelse gjør mester», fortsetter han. På små sykehus har man relativt få pasienter med uvanlige tilstander. Samtidig må man huske at disse sykehusene også har få leger, og disse legene får

en meget stor og allsidig erfaring. Derfor kan ikke dette visdomsordet brukes som argument mot lokalsykehusene. Kvinneslandsrapporten mangler dokumentasjon. Den er langt på veg en samling påstander som nok intuitivt kan se riktige ut, men som ikke kan anvendes som grunnlag for helseplanlegging. På Legeforeningens konferanse om lokalsykehus i februar, forsto jeg at også ledelsen i foreningen nå mener at det er på tide å legge Kvinneslandsrapporten død.

### Kontinuitet i behandlingen

Opedal er opptatt av ansvaret for de kronisk syke og de gamle. Tinn er en kommune med skjev aldersfordeling og et høyt antall eldre.

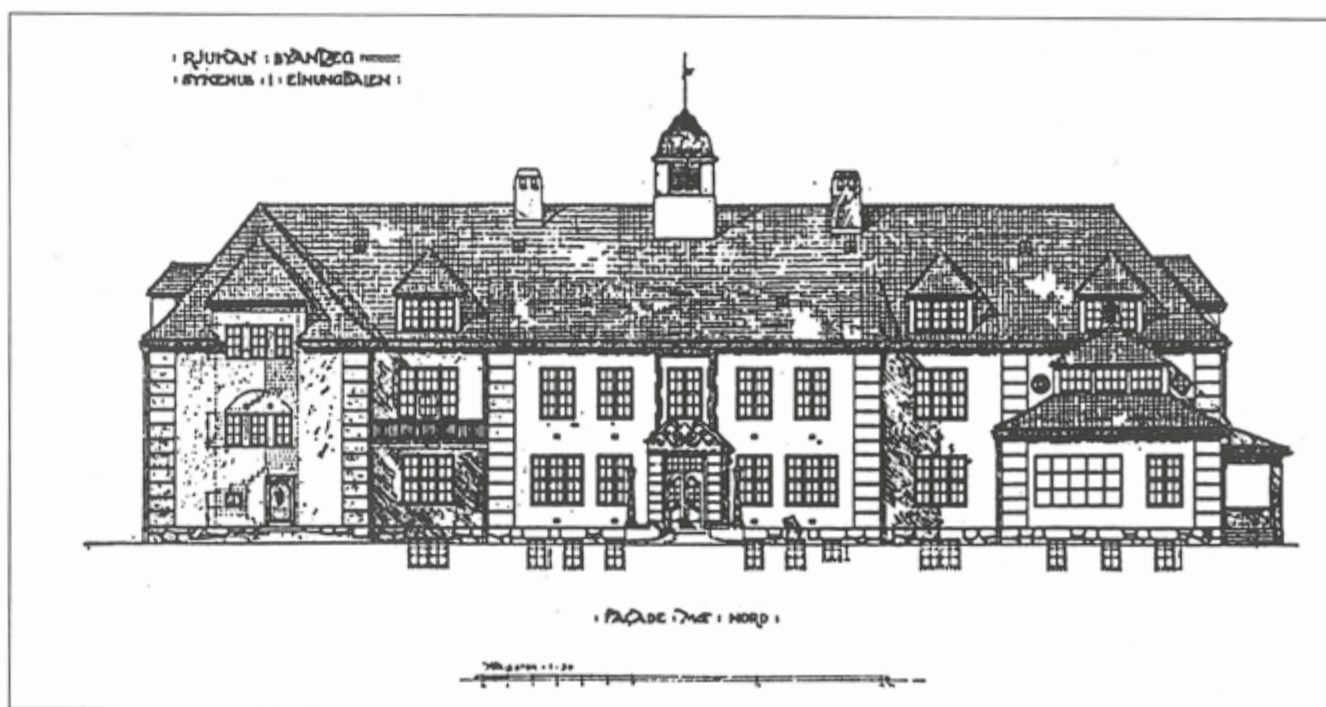
– En har ofte inntrykk av at de gamle blir oppfattet som et problem og en belastning for helsevesenet, sier han. De gamle er ikke et «problem», men de setter oss overfor en oppgave som helsevesenet har plikt til å løse. Det kan bare løses ved samarbeid mellom nivåene. De gamle representerer noen av de vanskeligste kliniske utfordringene vi har. De er ofte kronikere, de lider ofte av sammensatte tilstander og de er ofte ofre for dårlig fundert polyfar-

masi. Jeg vil ta sterkt avstand fra de som mener at de gamle er «noe primærhelsetjenesten får ta seg av». De både trenger og fortjener det beste, og det kan de kun få ved et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Opedal kommer inn på betydningen av kontinuitet i behandlingen av kronikere. Kronikere som trenger hyppige innleggelse ved forverringer, vil i et lokalsykehus treffe igjen det samme personalet fra gang til gang. Personalet kjenner pasienten, og pasienten kjenner personalet. Opedal understreker hvor viktig dette er, fordi det sikrer den nødvendige kontinuiteten, og fordi det betyr trygghet for pasienten. Han mener også at pasientens visshet om at lokalsykehuset er der dersom det skulle bli nødvendig, sparer pasienten for mye angst og antakelig gjør at behovet for innleggelse blir mindre.

### Svingdørspasienter

– Vi hører ofte om eksempelet alle kjenner fra TV og avisene, fortsetter han. Den 90 år gamle mannen som blir innlagt 4-5 ganger i rask rekkefølge, bare for å bli liggende i en korridor mens det nødvendigeste blir



gjort, og som blir sendt hjem etter noen dager. Dette er både uverdige og nedverdige. Dette skjer aldri i et lokalsykehus. I et lokalsykehus vil pasienten være til han er ferdigbehandlet. Da blir han skrevet ut til en primærhelsetjeneste og et pleie- og omsorgsapparat som er klar til å ta imot han. Dette krever imidlertid en grad av samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten som det er vanskelig å få til der hvor sykehuse- ne ikke fungerer som lokalsykehus.

### Samhandling

Vi spør om hvordan samarbeidet fungerer på Rjukan.

– Et lokalsykehus er en integrert del av lokalmiljøet, svarer Opedal. Personalet på sykehuset kjenner miljøet de er satt til å yte service for. Samtidig vil forholdene på sykehuset være små og oversiktlige. Alle legene både på sykehuset og i kommunen vil snart ha møtt hverandre. Vi vil kjenne hverandres styrker og svakheter, og vet hva vi kan forvente av hverandre. Selv har jeg arbeidet på sykehuset i to 3-månedersperioder som et ledd i etterutdannelsen, noe som har vært svært nyttig.

– Ved siden av de uformelle kontaktene, har vi prøvd å bygge opp formelle strukturer for samhandling. Her har vi imidlertid ennå en veg å gå. Det mest vellykte så langt, er samarbeid om utskrivning av pleie- trengende pasienter som er ferdigbehandlet.

– Jeg vil slå kategorisk fast at når pasienten er ferdigbehandlet, er han primærhelsetjenestens ansvar, sier Opedal med tyngde. For at dette skal fungere, må vi imidlertid ha samarbeid som fungerer godt. Vi innførte derfor for noen år siden ukentlige møter mellom pleie- og omsorgsetaten og sykehuset for å diskutere disse pasientene. De siste årene har vi også hatt lege fra kommunen fast med på disse møtene. Det er en slags visitt, hvor man diskuterer hvilket behov pasienten

har for hjelp når de kommer ut, hjemmetjenester, avlastning eller sykehjemsplass.

– Vi har mange eldre og vi har for få sykehjemsplasser, men vi har klart å bygge opp hjemmetjenester som fungerer godt. For noen år siden var det et problem at pleiepasientene hopet seg opp på sykehuset. Dette skjer ikke lenger, det er bare unn- taksvis at pleiepasienter blir liggende en dag for mye. Ikke minst henger dette sammen med at sykehuset vet hva vi har å tilby, og at vi stiller opp. Før i tiden hendte det ofte at over- legen erklærte overfor pasient og pårørende at «Du skal på sykehjem». Når vi da ikke hadde plass, kunne pasienten bli liggende på sykehuset i lange tider. Nå vet sykehuset at vi kan tilby adekvate hjemmetjenester. Dette gjør også at sykehuset trygt kan ta seg tid til å ferdigbehandle pasientene, fordi de vet at vi er klar til å overta dem. På den måten slipper vi de svingdørsinnleggelsene som eksempelet med 90-åringen jeg nevnte i sted.

Opedal forteller også at kommunen nå legger siste hånd på en rehabiliteringsplan. Denne er laget i nært samarbeid med sykehuset, og formaliserer samarbeidet om disse pasientene, med klar ansvarsfordeling.

– Det siste året har vi hatt regelmessige møter legene imellom for å diskutere samarbeidsspørsmål på bredere basis, fortsetter han. Vi sli- ter ennå litt for å finne en hensikts- messig form på disse møtene, men vi lærer etterhvert. Vi snuser også på den danske «kontaktlegemodellen», men avventer her det arbeidet som er igang ellers i Telemark. Såvidt vi forstår er det stor interesse for modellen på alle plan, men det er fortsatt et problem å få finansiering- en på plass.

### «Luksustilbud?»

I debatten om lokalsykehusene har det ofte vært påpekt at det er et overforbruk av innleggelses fra syke-

husenes vertskommuner. Det har også vært hevdet at lokalsykehusene er svært urasjonelle og dyre i drift. Vi konfronterer Opedal med dette.

– Pasientene i Øvre Telemark har et meget godt sykehustilbud, sier han med ettertrykk. Det er ingen problemer med å få lagt inn folk som øyeblikkelig hjelp, de elektive ventelistene er korte, og pasientene blir liggende til de er ferdigbehand- let. Jeg vil hevde at det er slik det skal være. Det er mulig at vi har et forbruk som ligger noen prosent over for eksempel Grenland, men jeg har alltid hevdet at det er vi som har en optimal bruk av sykehustjenester, og at det andre steder er et reelt underforbruk.

– Se på SiA, for eksempel. SiA har i åresvis fått skryt for sin effekti- vitet og sine lave kostnader pr. pasi- ent. Dette endte som det måtte, med totalkrasj. Da viser det seg plut- selig at det er midler til pasientbe- handling i fylkeskommunen allike- vel, med kjøp av gjestepasientsenger i øst og vest. Flere havarier står for tur rundt i landet, om ikke noe dras- tisk skjer.

– Når det gjelder påstanden om at de små sykehusene er dyre i drift, er denne lett å tilbakevise, sier Ope- dal videre. Samdata utarbeider hvert år oversikter over kostnader og pro- duktivitet ved sykehusene. De bruker begrepet «indekspasient» for å kun- ne sammenlikne ulike sykehus. Begrepet bygger på DRG-systemet. Netto driftsutgifter per indekspasient er for eksempel lavere på Rjukan enn på TSS. Det er dessuten en gjen- nomgående trend i hele landet at produktiviteten ved lokalsykehusene er større enn ved sentralsykehusene. Produktivitet kan måles i indekso- pphold per legeårsværk, eller indek- sopp- hold per ansatt, og for begge parameterne kommer de mindre sykehusene klart bedre ut, sier Ope- dal til slutt.



# SENTRALSYSKEHUS er dårlig lokalsykehus

*Intervju med Magne Franing*

– Det er ikke bare Mo i Rana, Mosjøen og Lofoten som har problemer! Nordland sentralsykehus i Bodø fungerer for dårlig for oss som sogner dit. De politiske føringene og bevilgningene har medført at lokalsykehusfunksjonen har blitt redusert. Sykehuset hadde på det meste 487 senger, og er nå nede på rundt 350. Dette er blitt et problem både for de som jobber der, for førstelinjetjenesten og ikke minst for pasientene. Terskelen for innleggelse er nå blitt så høy og ventetidene så lange at det begynner å bli håpløst!

Saltdal kommune har 5.100 innbyggere. Halvparten bor på Rognan. Fra Rognan til Bodø er det 95 km.

Nordland sentralsykehus har 355 senger. I tillegg til sine sentralsykehusfunksjoner for 242.000 mennesker, skal det fungere som lokalsykehus for 11 kommuner med tilsammen 74.000 innbyggere.



Nordland sentralsykehus.

*Innfelt over: Magne Franing tok medisinsk embetseksamen i 1972 i Oslo. Fra 1974 til 1978 var han distriktslege 1 i Leknes. Siden 1978 har han vært distriktslege/kommunelege 1 i Saltdal. Han er spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Sykehus-tjenesten i forbindelse med spesialistutdannelsen har han fra Nordland sentralsykehus. Han har hatt flere oppgaver og verv, og er for tiden bl.a. medlem av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin.*

Av Gunnar Strøno

Det er Magne Franing som sier dette. I Nordland har det i de siste par årene vært en tildels opphetet sykehusdebatt, blant annet fordi den regionale helseplanen foreslår å nedlegge sykehusene i Mo, Mosjøen, Lofoten og Narvik som lokalsykehus, og «oppgradere» dem til «spesialsykehus». Franing er imidlertid sterkt opptatt av at Nordland sentralsykehus sin funksjon som lokalsykehus også er blitt dårligere, spesielt med tanke på sengetall og ventetid.

– Hvilke problemer opplever dere ved å bruke Nordland sentralsykehus som lokalsykehus?

– Vi kan sammenfatte fire hovedproblemer, svarer han. Det er for høy terskel for innleggelser, og det er for lange ventider for de fleste undersøkelser og utredninger. Videre er det slik at omleggingen til poliklinisk utredning går sterkt utover endel pasienter. Til sist er det for dårlig samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten, noe jeg til-

skriver sykehuset sine trange rammer. På alle disse områdene har problemene gradvis blitt forverret gjennom årene.

– Det er i dag nesten bare øyeblikkelig hjelp, foruten kreftpasienter, som blir innlagt i Bodø, og selv det er blitt vanskelig, fortsetter Franing. I 1997 kom det to rundskriv fra medisinsk avdelingsoverlege med beskjed om at alle akutte innleggelser skal diskuteres med medisinsk bakvakt for å vurdere indikasjonen.

#### «Tape» diskusjon med bakvakta

– Jeg vil nevne et eksempel. Jeg ble oppringt av ei bekymra mor. Dattera, som var midt i 20-åra, hadde hatt oppkast, diare og feber i et par uker. Hun følte seg så sjaber at hun hadde flytta ned i bygda til foreldrene fra fjellgården hun bodde på. Jeg oppfatta vel dette som en gastroenterit, og syntes kanskje at en innleggelse var noe tvilsom. Allikevel syntes jeg bildet var såpass avvikende hos et ungt friskt menneske, at jeg ville ha henne inn. Jeg valgte da å se bort fra rundskrivene fra overlegen, fordi jeg følte at jeg ville «tape» i en diskusjon med bakvakta. Det viste seg at hun hadde en nefropatia epidemica med kreatinin på 650. Dette viser at tilstanden egentlig kan være verre enn det vi tror.

– Men er det også høy terskel for elektive innleggelser?

– Pasienter med sammensatte og uklare sykdomsbilder som vi ønsker å legge inn, får sjelden plass. De blir vurdert poliklinisk. Men kreftpasienter som vi har diagnostisert, får raskt plass.

#### 9 måneder for skjelettrøntgen

– Ventetida for å få tatt et vanlig skjelettrøntgen er nå 9 måneder og for rtg. thorax er den 4-5 måneder, når man sender en vanlig søknad. Det sier seg selv at da begynner det å bli håpløst, sier Franing.

– Jeg hadde i 97 en relativt ung kvinne, hjelpepleier, med uklare brystmerter. På NSS fikk hun diag-

nosen sannsynlig angina pectoris, og ble medisineret. Hun klarte ikke å jobbe, ble sykmeldt, og hun erkjente etterhvert at hun var hjertesyk. Imidlertid ventet hun i 5-6 måneder på en supplerende undersøkelse, og da viste det seg at hun var hjertefrisk. En tung periode for pasienten, og kostbart for samfunnet.

– Det er mange pasienter som egentlig burde vært innlagt, som i dag går til polikliniske utredninger eller dagbehandlinger, sier Franing videre. Det er omtrent 10 mil mellom Rognan og Bodø, og pasientene må reise fram og tilbake, fram og tilbake. Dette er en stor belastning for pasientene. Verre er det at all denne polikliniske utredninga ofte kan bli overflattisk og uten kontinuitet, den blir rett og slett ikke grundig nok. I et lokalsykehus skulle pasientene vært innlagt og blitt ferdige med alt på en gang.

– Du nevnte også manglende samarbeid som et hovedproblem.

– Samarbeidet i seg selv mellom legene i første og andrelinjetjenesten er stort sett greit, men presset på sykehussengene og de rammene legene på NSS har å jobbe innenfor, kan gjøre at det skjærer seg, sier Franing.

#### Å falle mellom alle stoler

– Jeg vil komme med enda et eksempel. I Rognan har vi 2 ambulanser på dagtid, men om kveldene og i helgene har vi bare én. En søndag måtte jeg legge inn en 50-åring som har en svært alvorlig hjertesykdom. Han hadde for noen dager siden fått et akutt tilfelle i ryggen. Nå hadde han ikke kommet seg opp av sofaen på tre dager, og han hadde fått vannlatningsproblemer, og jeg la han inn med mistanke om kompresjonsfraktur. Det var ting i sykehistorien som pekte mer i den retning enn mot prolaps. Etter at pasienten hadde vært på røntgen, konkluderte bakvakta med lumbago, og ville ha ambulansen fra Rognan for å hente mannen hjem igjen, en ny tur på 20 mil. Jeg nekta av to grunner. Jeg

mente at de burde vurdere og undersøke pasienten bedre, og jeg mente at det ikke var riktig å bruke ambulansen til en returtransport en søndag, da det ville svekke vår beredskap. Jeg måtte diskutere med 5 forskjellige leger om han skulle få bli der natta over, men ingen ville ta ansvar for han, verken på kirugen, medisin eller nevrologen. Personalet i mottakelsen var fortvila over situasjonen, fordi de så hvor dårlig pasienten var.

– Enden på visa ble i alle fall at han fikk ligge der om natta, fortsetter Franing. Da han kom hjem på mandag, hadde vi fått inn både ei sykehusseng og en prekestol på soverommet hans, og hjemmesykepleien og fysioterapeutene var klar til å ta imot han. Det tok flere uker før vi fikk mobilisert han. I ettertid har det også vist seg at ryggglidelsen var langt mer alvorlig enn en «akutt lumbago». Vi fikk forøvrig stor bruk for ambulansen den søndagen i forbindelse med en ulykke, og hadde den vært i Bodø på transportoppdrag, hadde vi vært ille ute.

– Kjernen i dette var at enkelte leger ikke makter å ta en avgjørelse ved å se helheten i problemet, men er kun fokusert på sengene i sin avdeling. Pasienten falt mellom alle stoler, og det er vel ikke slik et lokalsykehus skal fungere, sier Franing som oppsummering av historien.

#### Samarbeid

– Har du tatt opp disse problemene med sykehuset?

– Ja, i januar i år ble jeg invitert av sykehuset til å komme og snakke om NSS som samarbeidspartner. De arrangerte et stort planleggingsmøte hvor alle avdelingsoverlegene, avdelingssykepleierne og direktøren var tilstede. Det var en lydhør forsamling, og det var mange som kom og ville diskutere etterpå. Dette var et enkeltstående møte, men de var positive med tanke på et godt samarbeid, og de ville gjerne at jeg skulle komme med forslag til forbedringer.

– Situasjonen kunne vært noe bedre hvis sykehuset hadde sett på



sine egne informasjonsrutiner, både eksternt og internt, sier Franing videre. En lang periode henviste vi for eksempel ingen til ultralyd abdomen, fordi ventetida var håpløst lang. Rent tilfeldig fikk jeg vite av avdelingsoverlegen at de nå hadde vikarer fra Oslo, så det var nesten ikke ventetid lengere. Det er jo ofte flere vinkler å angripe fra når man skal utrede et problem, og det er viktig for oss å vite hvilke som til enhver tid er tilgjengelig når vi planlegger arbeidet vårt. Internt i sykehuset er det viktig å informere nyan-satte leger og andre om geografi og om kultur og rutiner i forhold til primærhelsetjenesten.

– Jeg sitter forøvrig i Helseinstitusjonsrådet for NSS. For 6-7 år siden ble sykehusstyrene nedlagt, og disse rådene kom i stedet. Opp-gavene er imidlertid andre. I rådene sitter en representant fra hver kom-mune. Jeg er den eneste legen i rådet til NSS, ellers er det stort sett politikere som er medlemmer. Meningen er her at brukerkommu-nene skal kunne komme med tilbakemeldinger til sykehuset og kunne påvirke utviklingen. Til å begynne med var dette et nyttig forum, men møtene er etterhvert blitt sjeldne og uregelmessige, blant annet på grunn av hyppige direktørskifter. I tillegg har fylkespolitikerne inn-skrenka rådet sitt funksjonsområde, og i dag gjør dette rådet liten eller ingen nytte, avslutter Magne Franing.

## Fastlegeordningen:

# Utkant-Norge ut av skyggen?

Er Fastlegeordningen det instrumentet som fra 1. januar år 2000 skal sikre befolkningen i småkommunene en forsvarlig legedekning og et godt helsetjenestetilbud?

Blant stortingsrepresentantene må det ha bredt seg en viss usikkerhet omkring dette spørsmålet da Stortingsmeldingen om fastlegeordningen (1) skulle behandles (2). I hvertfall ble det i tillegg til prinsippene for fastlegeordningen vedtatt følgende to punkter:

I. Stortinget ber Regjeringen ha spesiell oppmerksomhet omkring kommuner med ustabil legedekning og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bedre en slik situasjon.

II. Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for hvilke kommuner som skal kunne motta spesielle stimuleringsordninger med sikte på bedre og mer stabil legedekning.

Nedenfor vil jeg – med mitt utgangspunkt i en liten kystkommune i Finnmark – komme med noen synspunkter på hvordan fastlegeordningen kan virke i utkant-Norge.



**Kjell Gunnar Skodvin, f. 1960. Cand.med. Tromsø 1986. Kommunelege i Lebesby i Finnmark fra 1989, fra 1991 som kommunelege I. Eller «kommunelege 0,5», ettersom han deler stillingen med kona Kristin, som også er medansvarlig for de fire barna. Flytter sommeren 1998 til Rognan i Nordland, en litt mer «sentralt beliggende utkant».**

### Utkant-Norge i skyggen

Februarsola kjemper seg over horisonten. De gylne strålene lyser opp det snødekte og forblåste finnmarks-landskapet her på overgangen mellom Nordkynhalvøyas klippekyst og det kjølige, men livgivende Nordis-havet. En stor skygge ligger over Kjøllefjord, administrasjonssted i Lebesby kommune. En skygge som sola ikke vil klare å overvinne i dag, og ikke i morgen – kanskje ikke før om mange dager.

Utkant-Norge er også blitt lig-gende i skyggen. Kvinner, barn og arbeidsvillige beveger seg fra utmarka og inn til de mer sentrale beitemar-ker. Tilbake blir snart bare gamle, tomsinger og en voksende gruppe på særlige stimuleringsiltak. Og så noen fastlønnsleger, de er visst ver-ken istand til å henge med i utvik-linga eller å vite sitt eget beste. Men snart flytter vel de også – i Finnmark er i dag omkring 30% av kommune-legestillingene ubesatte.

Er fastlegeordningen den sola som skal få utkant-Norge til å komme ut av skyggen?



### Utsikt og innsikt

Når vi skal se nærmere på hvordan fastlegeordningen vil kunne fungere i en utkantkommune, er det lettest for meg å ta utgangspunkt i den kommunen hvor jeg har arbeidet de siste årene, Lebesby kommune i Finnmark. Med 3.400 km<sup>2</sup> er den blant landets største i utstrekning. Et folketall på 1.550 innbyggere plasserer den likevel blant landets minste. Men også folket her på Finnmarkskysten trenger helsetjenester! I dag sikres det bl.a. gjennom to kommunelegestillinger og turnuskandidat. Avstanden til Hammerfest Sykehus er 370 km, men en veldreven bil- og luftambulansetjeneste minsker følelsen av å stå aleine. En trygghet for både befolkning og helsepersonell finner vi også i Kjøllefjord helsesenter, hvor man bl.a. finner sykehjem med én sykestueplass. Vakt samarbeid med nabokommunen Gamvik bidrar til å gi en lavere vaktbelastning enn mange andre kommuner med tilsvarende legedekning.

Fra kontorvinduet i Kjøllefjord har jeg praktfull utsikt. På den ene siden ser jeg den kvitmalte kirken, reist som en kopi av den gamle kirken som tyskerne brente sammen med hele bygda i 1944. Jeg ser skolen, det nedslitte hotellet med puben, Hurtigrutekaia som er en slags nervestreg til omverdenen. Lengst ute avtegner konturene av et skip seg mot horisonten. En rusten russetråler er på veg inn med sin torskefangst til stedets fiskeindustribedrift. Denne står for en svært viktig del av kommunens verdiskapning – men også kommunelegenes sykemeldingsblanketter og fysioterapi-rekvisisjoner.

Noen år i denne kontorstolen har også gitt innsikt. Som i annen allmennpraksis utfordres man til å ta i bruk store deler av sine medisinske kunnskaper og ferdigheter. Avstanden til sykehus og spesialister kan oppleves som en utfordring, både for pasient og primærlege. På et vis er det kanskje mer krevende enn i en travel bypraksis. På et annet vis er det kanskje ikke så mye mer krevende enn den travle bypraksisen, fordi

vi har så mye bedre tid til hver enkelt pasient. Og om vi ikke har en spesialist på hvert hjørne, så har vi ihvertfall en i andre enden av telefonledningen. Som regel synes jeg vi møter forståelse når de skjønner at det er en kollega fra en utkantkommune som ringer for et råd...

### Tett og nært

Typisk for en småkommune er også at man kommer folk og pasienter nært inn på livet. Dine pasienter er også dine naboer, du møter dem på dine skolebarns foreldremøter eller de er din jaktkamerats svigerfar. I et lite samfunn lever man sammen med og ved siden av hverandre på en annen måte enn der hvor man kan være anonym og en del av mengden når arbeidsdagen er over.

### Utenfor standard avvik

Frisk luft betyr likevel ikke at alle er friske. Behovet for legetjenester avspeiles også i tall som forteller om dødelighet og sykkelighet. Typisk for kystkommuner i Finnmark er den høye andelen uføretrygdede – hos oss omkring 35% i aldersgruppen over 50 år eller drøyt 15 prosentpoeng over landsgjennomsnittet. En nyfødt lebesbygutt har en forventet levealder på knapt 65 år, noe som er omkring 9 år mindre enn gjennomsnittsnordmannen (3). Skyldes dette røykingen, kolesterolet, alkoholen eller ganske enkelt at kommunens leger er for trege med å legge pasienter inn på sykehus, slik en kommunestyrerepresentant undret? For en annen statistikk viste jo at forbruket av sykehussenger lå betydelig under nabokommunens... Ta også med at på en «levetårindeks» kommer kommunen ut med 9,9 poeng på en skala fra 1 til 10, hvor 10 poeng representerer den rene skjære elendighet. Nå blir det vel regnet som usportslig hvis man forsøker å bortforklare realitetene i en slik statistikk, men husk at det ikke er alle forhold som lar seg innordne under statistikernes standard avvik og signifikans!

### Utekontoret

Bli med en liten tur til utekontoret på Lebesby, 100 km og to forblåste fjelloverganger lenger sør, før vi kjører inn på utformingen av fastlegeordningen.

Bommen løfter seg mot natthimmelen, brøytebilen legger seg først i kolonnen og de skarpt gule blinklysene viser veg i polarmørket. Med ett forsvinner de i sitt eget snøfokk, med ett er de igjen som blinkende ledestjerner. Guttedrømmen om å bli brøytebilsjåfør er sjelden så nær som når vi følger kolonnen på riksveg 888 Bekkarfjord – Hopseidet.

Virksomheten på et utekontor kan sammenfattes med noen få stikord: Mange problemstillinger, lite utstyr, tidsskjema som sprekker, kald middag om kvelden. Men også pasienter som viser at de verdsetter at legen kommer til dem. Kanskje har de ikke glemt at vi holder til i samme lokale som tannlegen sluttet å reise til for 15 år siden?

På vei tilbake til Kjøllefjord er det på tide å stille spørsmålet: Vil fastlegereformen legge forholdene til rette slik at befolkningen på Lebesby fortsatt kan få sine legetjenester på utekontoret? Eller vil legen gjøre som tannlegen – å samle all virksomheten i tettstedet der hovedkontoret ligger? For det er vel både mer lønnsomt og lettvinnt?

### Trenger småkommunene fastlegeordningen?

Spør du innbyggerne i vår kommune om de ser fram til at fastlegeordningen skal etableres, vil de fleste antakelig ikke være så opptatt av spørsmålet. På sett og vis har kommunehelsetjenesten i mange år fungert slik fastlegeordningen legger opp til. Befolkning og samarbeidspartnere i 2. linjetjenesten har ett legekantor å henvende seg til. Ikke alltid vil man møte nøyaktig den samme legen – men fastlegeordningen legger jo også opp til at en gruppe leger kan gå sammen om en liste. Uansett har legene på legekantoret ikke vanskelig for å framskaffe relevant informasjon fra et journal-





Fastlegeordningen: Utkant-Norge ut av skyggen?

system som gir god oversikt over innbyggernes helsetilstand og behandling.

Men jeg kan i farten ihvertfall komme på én gruppe som vil ønske fastlegeordningen velkommen, nemlig de delene av befolkningen som er bosatt i de mest fjerntliggende delene av kommunen. De 30-40 innbyggerne på Veidnesklubben må kjøre 270 km for å komme til legekontoret i Kjøllefjord. Disse vil antakelig sette pris på at fastlegeordningen gir dem mulighet til å stille seg på en liste i Lakselv i nabokommunen Porsanger. Dit er det «bare» 120 km. Til sammenlikning vil dette innebære omtrent det samme som om Arendals innbyggere istedenfor å gå til fastlege i Oslo kan velge å skrive seg på lister hos Larviklegene...

#### **Ikke bare fastlegeordning, men faste leger!**

Småkommunene trenger ikke fastlegeordningen hvis den ikke kan sikre dem faste leger. Og det har de ikke i dag. Legemarkedet i Norge fungerer omtrent som når ungene mine smører på en brødkive: Ikke før det er blitt riktig tykt på midten kommer det smør helt ut mot kanten av brødkiva.

I tillegg utgjøres omkring 25% av legestillingene i primærhelsetjenesten av turnuskandidater som skifter hvert halvår. I vår kommune har kommunelege II-stillingen etter 1991 vært ubesatt i tilsammen innpå fire år. Selv om legedekningen på papiret er bare 500 innbyggere pr. lege – her har kommunen en plass på Norges 10 på toppliste – blir den reelle

legedekningen dårligere og mer ustabil en tallene forteller.

#### **Lønn betyr noe – om ikke alt!**

Etter ni år i en liten utkantkommune er dette min konklusjon: Her er det både faglig og menneskelig utfordrende å bo og arbeide.

Det er klart jeg undres over at en kommunelegestilling hos oss kan utlyses gang på gang uten en eneste søker, ikke en eneste telefon.

Jeg lar spørsmålet gå til en legestudent: Hva skulle til for at han eller en av hans kullinger kunne tenke seg å ta jobb i en kommune som vår?

– Da skulle ihvertfall lønna vært brukbar!

# Kroppsliggjøring av seksuell overgrepserfaring



Anne Luise Kirkengen,  
Behrengate 8, 0257 Oslo  
Spesialist og veileder i all-  
mennmedisin, doktorgrads-  
stipendiat NFR

## Innledning

Jeg har fullført et forskningsprosjekt som har munnet ut i en avhandling om helsefølgene av seksuelle grensekrenkninger (1). Individuelle erfaringer av krenkelsener og deres innflytelse på helse og liv har vært mitt sentrale anliggende. Min forskning har én *forbevisst* kilde som er *språklig*. Den er næret av mitt tyske morsmål. I det finnes en eldgammel kunnskap om en sammenheng mellom krenkelse og sykdom. Ordene *Kränkung* und *Krankheit* har den samme språkrot. Man blir *krank* av å bli krenket.

Den andre kilden er *bevisst* og *hverdagslig* og handler om over tyve års samlet allmennmedisinsk erfaring med mine kvinnelige pasienters helseproblemer og livsfortellinger (2). Begge disse kildene flot sammen

i en studie som ble slik anlagt at den skulle tillate innsikt i dynamikken mellom krenkelse og helse på den ene siden, og mellom den krenkede og helsesystemet på den andre. Den bygger på 34 dybdeintervjuer med voksne mennesker som er blitt seksuelt krenket som barn. De har fortalt om sine erfaringer fra møter med leger og andre terapeuter. I tillegg foreligger relevante epikriser fra sykehusopphold til 17 av disse 34 intervjuer, og feltnotater fra mine intervjuopphold ved incestsentrene.

## Den filosofiske rammen

Min grunnantakelse var at sykkelighet med opphav i tabuisert seksuell grensekrenkning kunne være et medisinsk og psykiatrisk ubegripelig fenomen. Grunnen til det kunne være en radikal forskjell mellom to univers: den krenkedes *erfaringsverden* som er *sammenhengende*, og medisinsens og psykiatriens *begrepsverden* som er både *delt* og *delende*. For å nærme meg andre menneskers opplevelser og deres fortellinger om krenkelseserfaringer, valgte jeg fenomenologi som forståelsesramme og hermeneutikk som analyseverktøy (3-5). Studiemetodene ble styrt av dette valget. De krevde åpne samtaler som tillot en tankeutveksling om tabuisert erfaring.

Fenomenologi er en søken etter essensen i menneskelige opplevelser (6). Som filosofi er den blitt utviklet av filosofen Husserl, og er videreført som en eksistens- og kroppsfilosofi av filosofene Heidegger, Merleau-Ponty og Drewer, blant andre. Den er grunnlag for en metodologi som i praksis handler om systematiske forsøk å avdekke og

beskrive interne mønstre i menneskers erfaringer. Fenomenologi betrakter ikke kroppen som adskilt fra sjelen eller sinnet, men som den kroppen hvert levende menneske både er og har. Å ha og være kropp samtidig betyr at hver og en av oss er kroppsliggjøringen av vårt eget liv i tidene, rommene og relasjonene vi lever dem i. I en radikal kontrast til biomedisinsens kropp-sjeldualisme oppfattes kroppsliggjøring tid, rom og samliv tilsammen som vår levende kropp, vår *kroppsvirkelighet*. Denne omfatter alt vi har levd og opplevd, slik som vi har erfart og tolket det.

Begrepet skal tydeliggjøres ved hjelp av Veronikas historie, slik den fremkom i hennes intervju (7): En stadig tiltakende dövhet fra hun var ti til hun var tyve, bragte henne to ganger i året til ØNH-avdelingen i byen langt unna, og førte til at hun måtte bruke høreapparater i begge ører fra ungdomsskoletiden. Døvheten forsvant da hun flyttet fra sitt hjem. Da hun femten år senere på grunn av kroniske muskelsmerter kom til behandling hos en psykomotoriker, skjedde følgende: da hun for første gang turde legge seg på benken, kom terapeuten tilfeldigvis til å holde hennes hode mens Veronika ville snu seg. I det hun følte at hun satt fast mellom to hender mot en kropp hørte hun stemmer. Hun ble innlagt på grunn av det man antok var en psykose. Ingen spurte hva hun hørte. Men grepet rundt hodet hadde vært for lik en kroppslig fornemmelse knyttet til misbrukssituasjoner når hennes far tvangsholdt hennes hode mens hun måtte suge hans penis. En sensorimotorisk likhet hadde overveldet henne og hadde fremkalt et sammenbrudd av tid.



Hun hadde vært tilbake i misbruket og hadde hørte sin fars stemme si alt det motbydelige hun ikke hadde orket å høre og derfor hadde måttet døve seg imot så lenge misbruket varte. Hennes døvhet var blitt helbredet av at hun flyttet fra sin mangeårige misbruker.

### De sanselige engrammer

Veronika var én av seksten personer som fortalte at de var blitt oralt penetrert ved tvang. Fortellingene gjorde tydelig hvordan opplevelsen av å ha sin munn misbrukt medførte en rekke spesifikke helseplager. Misbruket hadde affisert samtlige av munnens funksjoner, og fremsto som kvelningsangst, pustevansker, astma, kvalme, matintoleranse, spiseforstyrrelser, forsinket språkutvikling, talefeil og lærevansker. En av mennene hadde hatt epileptiforme anfall utløst av fornemmelsen av bankende press i tinningene. Denne banking gjenopplivet avtrykkene av det helt spesielle grepet han hadde kjent rundt sitt ansikt når hans hode ble holdt fast og han ble tvunget til å suge og til å kjenne ejakulasjonens pulsasjon i sin munn. En annen mann kunne ikke redusere sin vekt til den kirurgene ønsket seg for å unngå komplikasjoner ved en påkrevd hjerteoperasjon. Hans fedme skyldtes at bare konstant spising døyvet sædsmaken han alltid hadde i munnen. Den fremkalte både sterk redsel og depresjon når den ikke ble «tildekket» med mat.

Fortellingene angående oralt misbruk skjerpet min oppmerksomhet for traumatiske minner i sansene. Nevrofysiologene har nylig begynt å beskrive slike sensorimotoriske forvarsler av gjenoppvekkede vonde minner som ikke er tilgjengelige via ord eller tanker, fordi de aldri har blitt lagret i den formen (8). Hver av de 34 voksne jeg intervjuet hadde slike kroppslige sansengrammer som nærmest bokstavelig var blitt innskrevet i deres kropp under misbruket. Noen av dem hadde skjønt hvordan disse tidligere avtrykk uttrykte seg i stadig tilbake-

vendende, ubehagelige fornemmelser som kunne reaktiveres av helt forskjellige hendelser eller assosiasjoner. Et slikt eksempel ga Berit meg. Hennes andre misbruker var hennes mors andre samboer. Han tvang henne den første gangen til et taust samleie ved å presse en knivsegg mot halsen hennes. Senere behøvde han bare stryke lett med en finger over hennes hals. Selv i dag, tretti år senere, tåler Berit ingen krav, smykker eller skjerv fordi hun får umiddelbart pusteproblemer og et angstanfall hvis noe streifer halsen. Også Veronika vet nå hvorfor hun så ofte har fått panikkangst og hode smerter i dusjen. Hvis dusjforhenget beveger seg betyr det fremdeles hva det betydde en gang: baderomsdøren går opp, far kommer inn, og han vil ha henne.

### Den strategiske tilpasning

Forskning angående reaksjoner på traumer har vist at alle mennesker har noen grunnleggende felles antakelser om livet. De ser på seg selv som verdifulle og usårbar, og de tenker at verden er meningsfull og ordnet. Når mennesker krenkes, blir disse grunnantakelser ødelagt. De følgende tanker, handlinger og væremåter er strategier for å gjenvinne troen på at verden er ordnet og man selv er levedyktig. Helingen av selv- og verdensbildet må altså skje aktivt. Det er nærmest umulig ved *sosialt tabuiserte traumer* slik som seksuelle krenkelser, spesielt i nære relasjoner, og særlig tidlig i livet. De er særpreget fordi de offisielt ikke har funnet sted. Når en persons virkelighetsoppfatning ikke er forenlig med den sosialt bestemte sannhet, er vedkommende ikke krenket, men har tatt feil. Å tilpasse seg denne uforenlighet skjer med strategier som «korrigerer» den opplevde virkeligheten ved å stenge erfaringene ute av sfæren av de bekreftede opplevelser. Ved gjentatte krenkelser kan den krenkede, for å kunne tåle det som skjer, forlate kroppen eller deler av den for å redde sjelen. Dette fenomenet, kalt dissosiasjon, er inn-

siktsfullt beskrevet av den franske psykiater og filosof Pierre Janet, en samtidig av Sigmund Freud. Han kom fullstendig i skyggen av den freudianske psykoanalyse. Nå oppdages han av nevrofysiologer og traumatologer (9).

Strategiske tilpasninger til krenkelser forhindrer selvsagt ikke alltid at «mer av det samme» eller andre traumer skjer. Min studie gir grunnlag for å hevde at det da kan oppstå en særpreget måte å være sårbar på. Følgen av en slik gjenoppliving av et traume i fortid gjennom et traume i nåtid kan være helt uforutsigelig. Den aktuelle skadens effekt kan ikke avleses av blodprøver, skaderapporten, røntgen eller leddfunksjonstest. Reaktiviseringen av en tidligere krenkelse kan bevirke at en ny skade fører til livsvarig invaliditet, selv uten medisinsk påvisbare spor. Slikt er bare begripelig sett ut fra den skadedes opplevelsesverden hvor det som har skjedd her og nå flyter sammen med noe som skjedde der og da. Det genererer følgende hypotese: *når en gammel krenkelseserfaring blir fornyet, blir den nye forsterket.* Dette skal eksemplifiseres:

En spesialsykepleier, Fanny, ble arbeidsufør på grunn av depresjon og en hemiparese. Paresen opptrådte under en rettsak mot henne for å ha beskyldt en mannlig nabo for å ha misbrukt hennes datter. Under en av datterens overnattinger hos barn i hans hus hadde hun fått genitale smerter og et astmaanfall. På sykehuset hadde Fanny nevnt mistanken til en lege som hadde overlatt saken til en sosionom. Denne hadde bedt barnpsykiateren å overta, men spesifikke undersøkelser av piken var ikke blitt tatt. Retten fant at seksuelt misbruk ikke kunne bevises. Fanny ble dømt for falsk anklage. Dommen om å ha løyet, og Fannys stegvise erkjennelse av at datteren lenge hadde prøvd å fortelle henne om misbruket, gjenopplivet Fannys egen traumatiske misbrukshistorie fra barndommen og fra en voldtekt som medførte et svangerskap. De gamle og nye krenkelser skapte de kropps-



logiske sammenhenger som gjorde en frisk og velutdannet kvinne arbeidsufør.

### Den beskyttende smerte

En annen reaktivisering av fortiede krenkelser i barndommen gjennom traumer i voksenlivet fremtrer i Noras smerte- og sykdomshistorie: Nora var blitt misbrukt av sin far fra hun var fem til hun var elleve år, da hun begynte å få sterke smerter i høyre hofta. Hun ble undersøkt av primærlege, ortoped og ortopedisk kirurg, og ble flere ganger innlagt i en 3. linje avdeling. En årsak til smerten kunne ikke finnes, men den ble stadig mer intens. Da hun var 13 år besluttet kirurgene omsider «å åpne hoften for å se hva som var grunnen til smerten,» slik Nora uttrykte det. Rehabiliteringen varte et helt år fordi Nora ikke kunne gå. Operasjonen stoppet misbruket. På sykehuset fant Nora noe hun ikke hadde hjemme, nemlig trygghet, omsorg og verdighet. Denne erfaringen ble bakgrunnen for en sykdomshistorie som bare blir forståelig hvis smerten kan tolkes som en fluktstrategi. Den omfattet etter hvert fire hofteoperasjoner, to keiser-snitt og en sterilisering, og hang sammen på følgende måte: Nora fødte sitt første barn med sectio på grunn av fare for komplikasjoner grunnet hofteleddsprotesen. Så begynte hennes mann å bli voldelig, og Nora ble gravid ved voldtekt. Hun hadde så sterke blødninger under sitt andre svangerskap at legene rådet til sterilisering etter den neste sectio fordi de fryktet at enda et svangerskap ville kunne medføre livsfare. At Nora levde i vold visste ingen. Noras hoftesmerter ble stadig sterkere, og hun ble innlagt for å få sin andre protese. I den forbindelsen hadde hun igjen en lang rekonvalesens. Det samme gjentok seg noen få år etterpå. Da var hun helt ute av stand til å komme seg på bena etter at hennes hofteprotese igjen var blitt skiftet ut. Først da personalet vurderte å sende henne til en psykiatrisk klinikk, gikk Nora med på å rei-

se hjem. Bare hun visste at hun reiste til en fysisk og seksuelt voldelig mann. Noras lærte beskyttelsesstrategi imot ydmykelse var smerte. Den var hennes legitime adgang til en tid med verdighet. At den medførte en ny smerte var uvesentlig. Nora nevnte ikke sårsmertene med ett ord.

Strategiske tilpasninger til misbruk eller mishandling ble beskrevet av alle de 34 intervjuede personer. Disse strategiene virket dessverre ikke bare beskyttende slik de var ment og oppfunnet. De kunne fremstå som helt uhensiktmessige væremåter, og de kunne til og med være ved etter at misbruket var opphørt. De kunne skape uløslige konflikter mellom et behov for hjelp som krevde kroppslig eksponering eller berøring, og et behov for å unngå andres hender og all berøring uansett. De kunne også føre til delvis eller fullstendig dissosiasjon ved kroppsundersøkelse. Slike tilpasninger til misbruk oppsto som *tilpasning til kaos*. Derfor ble de selvsagt en *mistilpasning til vanlig orden*. De viste seg spesielt å være en fare eller nesten en felle i forbindelse med svangerskap og fødsel. Kvinnes lærte «gamle» teknikker ved å ta avstand fra sin egen kropp, ved å koble seg mentalt fra kroppsdelene som varslet ubehag eller fare, eller ved å være totalt fraværende både emosjonelt og mentalt som en dissosiasjon, ble en trussel for både barnets og morens liv og helse.

### Den skjulte logikken

Tredve blant de trettifire intervjuede personene hadde en permanent eller intermitterende kronisk smerte som sitt sentrale helseproblem. Den omfattet generaliserte smerter, diagnostisert som fibromyalgi og seronegativ artritt, og lokale smerter i bekken, rygg, ledd, sener, mave, hjerte, bryst og hode. Migrene, whip-lash og prolaps var andre navn for *smertepresentasjonene*. Dette kan belyse problemene som er knyttet til medisinsk navngivning, altså til diagnostisering, og kan illustreres med Susannes smertehistorie: hennes

eldste søster bodde sammen med sin mann i deres barndomshjem. Svogeren misbrakte Susanne i mange år. Hun flyktet inn i et tidlig ekteskap, men skjønnte snart at mannen hun hadde valgt lignet på svogeren både i kropp og særlig i måten å bruke hendene sine ved samleier. I slike situasjoner ble mann og misbruker én og samme person for henne. Tidlig i sitt første svangerskap fikk hun store smerter i underliv og i en hofta, diagnostisert som bekkenløsning. Da den samme smerten vedvarte etter fødselen ble den kalt ischialgi. Hun ble gravid tre ganger til, og hver gang var hun fra begynnelsen av invalid av smerter som ble kalt bekkenløsning. På grunn av smerter i en rekke ledd ble hun også undersøkt med mistanke om reumatisk lidelse. Fordi hun etter fjerde fødsel hadde en hoven ankel, fikk hun diagnosen seronegativ artritt. Hun ble rådet å delta i fysioterapi for reumatikere. Men hun likte ikke å være i grupper med syke mennesker som snakket om sykdom. Dessuten hadde hun stadig mindre vondt. Susanne hadde nemlig søkt skilsmisse og hadde flyttet for seg selv. Kort tid etterpå var hun nesten smertefri. Hun kunne drive idrett sammen med sine døtre. Det kjentes helt herlig, som hun sa. Men hun turde ikke fortelle det til legene. Hun selv hadde først nå skjont at hun slapp smertene fordi hun slapp samleier med en mann hvis kropp og hender var for lik hennes barndoms misbruker.

### Den kroppslige sammenhengen

Somatiske uttrykk for traumatiske inntrykk er i fokus i nevrofysiologisk og endokrinologisk utforskning av trauma og hukommelse (10). Men meg bekjent har ingen studie så langt fremhevet den *logiske konkrethet* i slike sanselige gjenopplevelser, slik som mine informanter fortalte om.

Fenomenet kan knyttes til Merleau-Pontys begrepsverden. Sentralt, og i opposisjon til biomedisins forestillinger om kroppen som objekt for forskning og for behandling,



står kroppsvirkelighet (11). Merleau-Ponty påpeker forskjellen i vårt forhold til alle tenkelige objekter, og til vår kropp ved å bruke ordene *present*, *absent*, *permanent* (tilstedeværende, fraværende og vedvarende). Mens vi kan beskrive alle objekter som tilstedeværende eller fraværende i fysisk forstand, er vår kropp for oss vedvarende, bestandig hos oss, og samtidig oss selv. Dette gjelder også i mental forstand, siden vi kan forestille oss noe som ikke er her akkurat nå, og vi kan se bort fra noe som er her. Men vi kan ikke se bort fra oss, fordi det er herfra vi ser. I teoretikeren Michael Polanyis begrep er vår kropp vårt «fra», stedet hvorfra vi fornemmer, føler, tenker, erkjenner, vurderer, sammenligner og bedømmer (12). Alt som skjer oss integres i dette «fra», og vi er ute av stand til å nullstille oss kroppslig og mentalt.

Teoretikeren Drew Leder understreker at vi som regel ikke er opptatt med vår kropp (13). Den er stedet hvorfra vi er oppmerksomme, siden vi fornemmer vår kropp som vedvarende. Vår oppmerksomhet er rettet *fra den til noe, ikke fra den til den*. Kroppen forsvinner for oss, den er tilbaketrukket, «recessiv», som Leder sier. Tilbaketrekingen er et annet fravær enn det som kjennetegner objekter som ikke er her. Det forenes med vår kropps vedvarenhet. Det øker jo lenger inn i kroppen vår vi går tankelig. Vårt hjerte ser vi ikke slik som våre hender, og vi føler ikke dets slag slik som vi føler våre ledd når vi går. Men fornemmer vi slag uten rimelig grunn, blir vår oppmerksomhet straks rettet mot bryttet, slik at hjertet dykker frem av kroppsdyppet og blir mer nærværende for oss enn hele vår vedvarende kropp forøvrig.

Leders begrep er tankeveien til kroppens differensierte vedvarenhet. Jeg vil nå nærme meg en forståelse av hvordan forgangne smerter kan være nåtid: Hvis en del av meg en gang har vært meget smertefull, hvis mitt liv har føltes truet av en skade i eller på min kropp, kan det da tenkes at skadestedet aldri mer forsvin-

ner fullstendig som resten av den «recessive» kroppen min? Kan området helt forandre sin *betydning* og bli til en kroppsdel som hele tiden krever oppmerksomhet? Kan alt jeg fornemmer her bety noe annet enn fornemmelser fra alle andre steder? Kan området representere et permanent nærvær, en slags kontinuerlig faremelding som krever stadig avklaring? Kan stedet bli et permanent alarmsted? Kan et slikt «krevende nærvær» være essensen av kroniske smerter medisinen ikke kan bevise, godta, forstå og behandle?

Beates historie skal illustrere en slik smerte. Hun vokste opp i vold. En vilkårlig og hensynsløs far brukte rå makt til å underkaste seg sin kone og sine barn. Den eneste han ikke klarte å tvinge til lydighet var Beate. Som syvåring truet hun sin far for første gang om å ringe til politiet da han skadet moren med en kniv. Så lenge Beate bodde hjemme følte hun seg forpliktet til å gå mellom mor og far hver gang han truet moren med kniv. Så flyttet hun, giftet seg og fikk to sønner. Noen år senere startet hennes smerter, hovedsakelig i mave og rygg. Terapeutene fant harde ryggmuskler og en påfallende sterk avvergeberedskap i mavemuskulene.

Foruten gjentatt fysioterapi prøvde hun ulike behandlingsalternativer. Så begynte hennes eldste sønn å få problemer på skolen. Han ble stadig mer aggressiv og lukket. En dag så Beate ham håndtere en kniv. I måten han tok i kniven på gjenkjente Beate sin fars hender slik som de holdt kniver. Da visste hun at faren hadde mishandlet sønnen. Gradvis ble det avslørt at bestefaren lenge hadde misbrukt gutten både psykisk og fysisk, og til slutt også seksuelt. Mens saken ble opprullet, angrep gutten sin mor en dag med kniv. Beate sa: «Han løp rett inn i meg, men jeg rikket meg ikke. Jeg hadde jo øvet meg allerede som barn i å lage en vegg mellom mor og far. Jeg var på en måte forberedt på et angrep i maven, noe ville treffe meg direkte forfra.» I Beates forståelse hadde faren brukt gutten til å knekke

henne, den eneste han ikke hadde klart å skremme til lydighet. Hun og flere av de intervjuede personene ga et overbevisende vitnesbyrd om hvordan barn opplever vold blant sine nærmeste. Slike barndomserfaringers destruktive kraft er fremdeles sannsynligvis svært grovt undervurdert.

### De andre rasjonaliteter

Det som har gjort dypest inntrykk på meg under mine samtaler med misbrukte mennesker om deres misbruksopplevelser, er logikken. Det finnes en forbløffende logikk i forbindelseslinjene mellom misbruk og tilpasning, tilpasning og kropp, kropp og helseproblem. Denne logikken som også omfatter lang kroppslig lidelse av stor kompleksitet, er ikke av den typen som kan avleses av det ytre. Jeg er blitt meg bevisst at en observatørposisjon, en avstandsposisjon ut fra objektivitetskravet i den vitenskapelige medisin, ikke gir adgang til denne logikken. Men sett fra den krenkedes perspektiv og i et livsforløp trer den frem. Den er av en art som bevitner at den naturvitenskapelige rasjonalitet ikke er den eneste som finnes. Alt som avviker fra den er derfor ikke nødvendigvis irrasjonelt. Men logikken åpenbarer seg bare forutsatt at medisinsk forskning ikke utelukkende eller hovedsakelig anser det generelle og generaliserbare som verdt å utforske og verdt å vite. For en forståelse av krenkelser og deres følger er det individuelle og det partikulære av overordnet betydning. Kroppslogikken formes av enkeltmenneskets opplevelsesverden.

### Referanser

1. Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations in childhood. A phenomenological-hermeneutical study of the health impact of childhood sexual abuse. Medisinsk avhandling ved Universitetet i Oslo, 1997.
2. Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual

- abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:276-80.
3. Bengtson J. Sammanflätningar. Husserls og Merleau-Pontys fenomenologi. Göteborg: Daidalos, 1988.
  4. Mishler EG. Research interviewing. Context and narrative. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986.
  5. Kvale S. The qualitative research interview: a phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *J Phen Psychol* 1983;14:171-96.
  6. van Manen M. Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy. London, Ontario: State of New York University Press, 1990.
  7. Kirkengen AL. Veronikas to liv. *Kvinneforskning* 1996;20(1):50-63.
  8. van der Kolk BA, Fislis R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and explanatory study. *J Trauma Stress* 1995;8(4):505-25.
  9. van der Kolk BA, van der Hart O, Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *J Trauma Stress* 1988;1:273-90.
  10. van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1994;1:253-65.
  11. Merleau-Ponty M. Phenomenology and perception. London: Routledge, 1989.
  12. Polanyi M. Knowing and being. Chicago: University of Chicago Press, 1969.
  13. Leder D. The absent body. Chicago: University of Chicago Press, 1990.

## Ny fast spalte: LES DENNE!

**UTPOSTEN har mange leseglade lesere. Redaksjonen vil gjerne at bladet skal gi inspirasjon og kunnskap i vid forstand. Så i tillegg til vanlige bokmeldinger vil vi åpne for at kolleger kan fortelle hverandre om en bok de har lest og blitt glad i, opprørt av, grått over... Og her er det fritt valg i alle hyller: romaner, poesi, fagbøker, tegneserier. Spalten blir organisert som en stafett. Det betyr at du som blir utfordret og skriver også tar ansvar for å utfordre neste bokelsker.**

### David Guterson Sneen på sedertrærne

er boken som har alt; en spennende historie, innsiktsfulle personschildringer, vakre erotiske samspill, – samt, på amerikansk vis en god slutt – rettferdighet skjer fylldest. Dette siste uten at nevnte tradisjon følges helt ut; – personene vi treffer er ikke utelukkende enten gode eller onde.

Vi blir kjent med den lille øya San Pedro utenfor USAs vestkyst på grensen til Canada. Det kunne godt vært et øysamfunn på Norges vestland eller i Nord-Norge, både hva klima, størrelse og beboere angår. Øya er befolket av amerikanere av delvis skandinavisk og europeisk avstamning, samt av japanere som utgjør det lille samfunnets minoritet, og behandles slik etniske minoriteter gjerne gjør. Med den annen verdenskrig kommer latente konflikter til overflaten, og griper inn i enkeltskjebner på dramatisk vis. Mot dette bakteppe av historiske begivenheter følger vi rettsaken mot Kabuo Miyamoto, en ung, stolt familiefar av japansk ætt, han står tiltalt for mord. Den alminnelige oppfatning blant folk og hos rettsvesen og

politimyndighet faller sammen: Kabuo har både motiv og anledning.

Leseren holdes i det uvisse helt til siste del av boka, men blir ikke bare lettet når sannheten kommer frem. Hvorfor? Det sniker seg inn en mistanke om at sannheten ikke forandrer på hvorledes hvite og gule fortsatt vil se på hverandre. Hatet og mistroen kan kanskje til og med vokse, nettopp fordi sannheten var en annen enn det mange hadde behov for at den skulle være.

En kuriositet for Utpostens lesere: i «Sneen på sedertrærne» treffer vi noe så sjeldent som en utkantpatolog (!). Ingen utelukkende enkel stilling på øya San Pedro. Legekår er så ymse!

Firehundre sider med få likegyldige betraktninger. Så tok det også forfatteren et stykke tid å skrive dem. Det beste med boken? Menneskene jeg blir kjent med – alle hemmelighetene jeg får del i. Fantasien min har fått næring slik at jeg lenge etter at boka er lagt bort kan ta meg selv i å tenke; jeg lurer på hvordan det går med dem nå?

Anna Stavdal

*Jeg utfordrer kollega Ellen Cathrine Steen, kommunelege i Vadsø til neste nummer av UTPOSTEN.*



# Han gikk ned med Estonia

## Et bokprosjekt



**Eli Berg**  
er spesialist i allmennmedisin.  
Hun har arbeidet i allmenn-  
praksis i Kongsvinger siden  
1975, de siste 10 årene på  
Gågata legesenter.

### Innlegg på forskningsdagen på Nidaroskongressen 1997

De siste årene er jeg blitt mer og mer frustrert over at jeg ikke har kunnet hjelpe de mest lidende pasientene mine godt nok. Jeg mente at det burde være mulig å hjelpe dem til et bedre liv og til at de kunne bli mer uavhengige av helsevesenet. Jeg opplevde at jeg manglet redskaper i min allmennmedisinske verktøykasse som samsvarte med den forståelsen jeg etterhvert hadde utviklet, og som ble gradvis mindre i samsvar med den medisinske tenkningen jeg var opplært i. I et forsøk på å få et nytt blikk inn i konsultasjonen inviterte jeg psykolog Bjørn Angvik til å bli med meg i samtaler med pasienter på mitt kontor.

Vi arbeidet sammen i tiden 1992-

96. Både psykologen og jeg ble overrasket over hvordan de fleste av de 30 pasientene vi møtte sammen ble godt hjulpet med sine helseplager etter bare en eller noen få konsultasjoner. Både kroppslige og psykisk pregede plager forsvant, og pasientene tok viktige beslutninger i livene sine. Disse personene er nå sjelden på mine timelister i motsetning til tidligere, da de konsulterte meg hyppig. For de siste 7 pasientene har jeg 30 timer video-opptak. En av våre felles pasienter har jeg beskrevet i «Tilfellet Anna – en samarbeidsmodell i allmenn praksis»(1). Bjørn Angvik og jeg har også skrevet en artikkel sammen, nemlig «Psykolog og allmennpraktiker på legens kontor»(2).

For å vurdere om disse erfaringene kunne danne grunnlag for et forskningsarbeid, søkte jeg, og fikk innvilget, et 3 måneders allmennpraktikerstipend. Mitt første steg kommer til å bli en bok. En av mine 30 pasienter har sagt seg villig til å fortelle meg sitt liv, og dette danner grunnlaget for en bok hvor han skal illustrere sitt liv, jeg skal skrive det. Vi står som jevnbyrdige bidragsytere. Gjennom bokprosjektet ønsker jeg å reflektere over hvilke konsekvenser mine erfaringer så langt kan få for tenkning og handling i faget vårt.

Denne pasienten kom til meg med astma, eksem og hovne ledd for ca. 10 år siden. Jeg møtte ham den gangen lege artis og gjorde de undersøkelser og behandlingsforsøk som er vanlige i vår allmennmedisinske hverdag. Han ble bedre, men kom seinere tilbake med mer utslett og mer astma. Vi gjorde nye utredninger og prøvde ut andre medisiner. Dette gjentok seg flere ganger i løpet av noen år. Jeg har et video-

opptak av en av konsultasjonene våre fra 1988. Dette videoopptaket har noen kollegaer sett på med kritiske øyne. De vurderte konsultasjonen som helt adekvat.

Men mannen ble ikke besværsfri. Og da Estonia gikk ned i 1994, opplevde han nyheten om denne ulykken som om den gjaldt et forlis av hans eget liv. Han var nådd bunnen av sin fortvilelse og var på randen av suicid. I drømme opplevde han barnevogner og mennesker, møbler og bagasje komme veltende over seg i soverommet hjemme. Bildene forsvant ikke fra netthinnen da han våknet opp under marerittene. Han opplevde det som om han var i en boble i båten og ikke kunne gjøre noen ting for å hjelpe de som hadde forlist. Han trodde han holdt på å bli gal.

Hans overlevelsesstrategier så langt i livet brøt antagelig sammen på dette tidspunktet. Bunnproppen i hans livs «båt» ble revet vekk i et arveoppgjør med halvsøsken en tid forut for Estonia-ulykken. Hans fortrenning av en barndom med slag og nedverdiggelse hjemme, hans frykt for havet og livet på sjøen, et arveoppgjør med nye alvorlige ydmykkelser fra hans nærmeste, - alt dette ble på en måte reaktivert helt plutselig ved nyheten om båttulykken i Østersjøen.

Psykologen og jeg hadde en samtale med ham sammen, og marerittene forsvant. Vi fortsatte noen samtaler til med uker og måneder imellom, og eksemet og leddplagene ble borte. Astmaen var der fortsatt, men bare i situasjoner med spesielle kjennetegn.

Gjennom mitt kliniske arbeid over mange år er jeg blitt overbevist om at det levde liv bærer vi med oss. Det er der, bevisst eller ubevisst.



Det kan ta form enten i ord, tanker eller kroppsspråk, i positiv vekst og utvikling eller som kroppslig eller mental plage.

For å forsøke å forstå hvorfor han ble så dypt deprimert da Estonia-fergen gikk ned, og hvordan han så har greidd å ta tilbake kontrollen over egen helse, ville jeg prøve å forstå hans liv. Og for å nærme meg dette, spurte jeg om å få bli med

ham til hjemstedet hans i Nord-Norge. Jeg ville gjerne bli med ham til gode og vonde plasser og møte mennesker som var viktige for ham i hans oppvekst. Jeg ville at vi skulle benytte alle våre sanser, både lukt, syn, hørsel og følelse i vid forstand. I oktober-97 dro vi sammen til hjemstedet og vandret omkring der i fem dager.

Jeg er dypt rørt over å oppleve

den tilliten han har vist meg ved å la meg få innsikt i hans liv. Han har latt meg se fortvilelsen og gleden, avgrunner og høydepunkter i barndom, ungdom og voksen alder. Hele tiden tenkte han høyt sammen med meg, – og lyd-båndet gikk.

Jeg ble sterkt grepet av å være vitne til hvordan disse vandringene i hjembygda gjorde det klart for ham hvorfor han fikk utslett av det fryktelige arveoppgjøret med halvsøskenene. Nå skjønnte han at han ikke hadde noen mulighet til å få ut sitt sinne med ord eller væremåter. I stedet måtte hans kropp reagere på hans vegne. – Og mens vi gikk der kom astmaen spontant underveis når vi tok opp visse temaer eller passerte visse steder eller hus.

Jeg var imponert over hvordan han greide å gjenomleve sorgen over en barndom under terror og vilkårlighet, over mennesker som svek ham. Og det motsatte: Hvordan han ble seg bevisst at det var mennesker som hadde sett ham og som hadde gitt ham bekræftelse og var glad for de små møtene.

Etterhvert ble han overbevist om sin rett til en plass på jorden, til å oppta denne plassen og til selv å bestemme hvor stor denne plassen skal være.

Jeg syntes det var utrolig å oppleve hvordan denne mannen med så dyp selvforakt i utgangspunktet, ble omfavnet av gamle kjente på veien i den lille bygda. Som observatør ble jeg rørt ved å se denne gjensynsgleden som viste meg det innerste av hva kjærlighet kan innbefatte. Kaffe-koppene ble satt fram, multene og røkelaksen kom på bordet og samtalen gikk livlig når vi kom uforberedt innom noen av de menneskene som



han hadde følt seg sett og støttet av som barn.

For meg var det sterkt å se hvordan noen personer bare passerte forbi ham på veien med et lite nikk. Halvsøsteren som bor i barndoms-hjemmet, besøkte han ikke. Det ga ham kamelhår i halsen og pustevansker øyeblikkelig da vi passerte huset hennes og hun tittet ut bak kjøkkengardinene. «Hun så meg!» For meg var det lærerikt å erfare hvordan han selv jobbet med å forstå det som skjedde med ham, hvordan han sørget over ting, hvordan han plasserte mennesker og hendelser i sin egen fortid og hvordan han mot slutten av oppholdet kjente på at nå stod han ved «starten på fortsettelsen» av sitt liv, som han uttrykte det. Han hadde fått ny og viktig erkjennelse av at kroppen hans kunne svare øyeblikkelig med astma når visse former for stress oppstod.

Og mens vi gikk der, kom minnene tilbake. Han gjenoppdaget fargesterke bilder i seg selv. De handlet om hvordan han ble ammet som liten og at han allerede som 4-åring visste at han var annerledes enn andre. Han laget bilder inni seg, han kjente på draging mot voksne menn, han gikk alltid alene, han tegnet store kunstverk på strendene, han fikk aldri lov til å tegne eller lese hjemme, han var livredd for sjøen, han ville ikke bli fisker som de andre, han så aldri et kunstverk, han hørte dag ut og dag inn at han ikke skulle ha vært født, han fikk ørefiker og juling jevnlig og uberegnelig, han gjorde seg så usynlig som mulig, han hadde ikke noe fristed.

På lørdag var det å bade i stamp, deretter juling over pappas knær for alt som måtte ha vært galt gjennom uka, men som han ikke forsto. Så var det å sitte på kjøkkenkrakken med ryggen mot ovnen med ovnsdøra åpen for å lindre smertene bak, deretter boller og kakao ved barnetimen.

Så begynte han å forstå sin astma, som handlet om alle stengslene og om kamelene han hadde svelget. Han oppdaget koblingene mellom

hendelser og taklingsstrategier. De ble håndterlige og ikke så livstruende og plagsomme for ham lenger. Han hadde kontroll.

Bekreftelsene fra mennesker som så ham gjorde noe med ham, de som ikke hadde glemt, som verdsette, ikke fordi han var blitt bygdas store sønn, men fordi han er den han er. Han ble klar over hvordan han selv møtte mennesker med åpenhet, varme, direktehet og undring, – det frigjorde gamle kjente til å gi av sitt beste.

Han var fabrikkarbeider på Østlandet etter at han «rømte» hjemmefra som 17-åring, og han meldte seg omsider inn i en kunstforening. Først som 34-åring begynte han på Kunst- og Håndverksskolen, hvor han gikk ut med innstilling, den første på 20 år på hans linje. Han ble endelig modig nok til å åpne opp for sin homofile legning og har vært samboer siden den tiden.

Og vi har vandret 2 døgn sammen i byen han bodde i, – også her med lydbånd i hånden.

Nå greier han å banne, være sint, spytte ut, puste med mellomgulvet, bruke stemmen, svinge armene. Og nå begynner han som selvstendig bildende kunstner i en alder av 46 år. Etter over 40 levde år kan han se at han har en rettmessig plass på denne jord, og han kan tørre å bli synlig, – nå også gjennom sine malerier.

Det er mye, mye mer å si om dette. Men det kommer i boka vår. Han er igang med å fortelle og gjenoppleve. Han tegner skisser og forteller igjen. Jeg tar opp hans fortelling på lydbånd og skriver ut tekster. Han leser dem og tegner videre. Jeg funderer over hva jeg ser og føler, og hva jeg oppi dette kan si om mine erfaringer til medisinen som fag. Dette skal også komme med i boka.

På slutten av 1980-tallet møtte jeg ham slik som vi leger er opplært til med undersøkelser og medisiner, samtale og støtte. I våre første samarbeidsår hørte jeg bare brokker av livshistorien, det var ikke vårt hovedtema den gangen. Å undres over hans levde liv, over de glimt av selv-

bekreftelse han hadde, over de mennesker som så ham og den indre styrken han hadde ved å holde på håpet om at verden måtte romme mer enn slag og fornedrelse, at det fantes en verden bak fjellene med bilder, bøker og musikk, – dette var ikke temaer de første årene.

Han er en «survivor». Noen så ham, og han selv var søkende og gav aldri opp håpet om at det måtte finnes noe annet enn den terroren han levde under. Og innerst inne visste han at han kunne tegne, det hadde førsteklasseleerinnen bekreftet.

Jeg undres over hva som gjør noen mennesker mottagelige for sykdom, hva som hindrer at andre får plager, og hva som må til for at lidende mennesker kan ta tilbake kontrollen over egen helse. Jeg funderer også på hva vi som leger og helsearbeidere forøvrig kan bidra med, hva som er godt i det vi gjør, hva som er direkte til hinder for en god utvikling for dem som søker oss og ber om hjelp.

Å få fram sider av livshistorien ser ut til å gi mer til helbredelsesprosessen enn hva sykehistorien alene kan gi. At opplevelser og hendelser på et vis blir gyldige ved å nevnes, ved å bli bekreftet, synes gradvis å virke frigjørende. Da kan nye hendelser stegvis komme fram i minnet. Gradvis blir personens mestingsstrategier synlige for dem selv. Noen av disse strategiene kan forstås som sykdom eller føre til sykdom.

Min medforfatter og jeg er underveis i prosjektet vårt, og vi arbeider parallelt på flere plan. Og bok skal det bli. Hans livshistorie, mine refleksjoner over medisinen møte med mennesker og hans illusjoner, det er ingrediensene.

#### Litteratur:

1. Berg, E.: Anna- en samarbeidsmodell i allmenn praksis. Utposten 1995; 6: 254-256.
2. Angvik, BR., Berg, E.: Psykolog og allmennpraktiker på legens kontor. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1996; 8: 794-799.

# Å LEVE FOR SIN SJEL

I dag har jeg lyst til å sende en hilsen til alle som vever. Hvis trykksverten er snill, skal bildene gi – om enn aldri så svakt, et visst inntrykk av vevernes kirke i Khamovniki. Khamovnikens skaja Slaboda var vevernes kvarter, da de i begynnelsen av 1600-tallet ble hentet til Moskva fra veveribyen Tver.

Tekst og foto:  
Berit Olsen



Vevernes instruks til arkitekten i 1679 var først og fremst en kirke som kunne måle seg med tønne-makerens. Resultatet ble en bygning med et teltformet klokketårn i Moskva-barokk, et lavt refektorium og fem løkkupler. Men St. Nikolas ville ikke skille seg stort ut fra andre kirker her i landet hvis det ikke var for bruken av fargeglade fliser og fremhevingen av arkitektoniske detaljer i skarpt grønt og orange. Inspirasjonen kom fra veverne selv: arkitekten overførte et vevet mønster på kirkeveggen. Og St. Nikolas er definitivt blitt en av de mest fargerike kirkebygg i Moskva.

Kirken har vært i tjeneste som gudshus gjennom lang tid, – også før perestrojka og Gorbachovs mer kirkevennlige linje. Blant andre hørte Leo Tolstojs familie med til menigheten. Leo Tolstojs sommerhus ligger like ved kirken. Tolstoj var av den oppfatning at adelskapet skulle dele rikdom og kunnskap med massene. Han kom til å grunnlegge

en egen gren av religiøs populisme, som essensielt sett var anarkistisk og anti-voldelig. Til tross for at han forbannet staten som et undertrykkelsesinstrument og kirken for å sanksjonere staten, så trodde Tolstoj på at menneskets frigjøring ville komme gjennom kunnskap om sannheten og moralsk fornyelse. Hans rasjonaliserte versjon av kristendommen var avledt dogmatikk og ritualer, og medførte da også tilslutt at den russiske kirke utestengte ham fra kirkens fellesskap.

Menneskene er skremt av tanken på døden, ikke fordi de føler at den betyr slutten på livet, men fordi den fysiske død klart viser dem nødvendigheten av det sanne liv som de ikke besitter, hevdet Tolstoj. Den eneste måte å leve et ærlig liv på er å ta avstand fra den moderne sivilisasjons løgn og bedrag og å følge Guds vilje, slik den er skrevet i vår samvittighet. I «Anna Karenina» finner den tilsynelatende lykkelige

Levin, – som går og gjemmer tau-stumper for ikke å bli fristet til å begå selvmord, svaret på livets spørsmål hos en enkel bonde som lærer ham at man skal «leve for sin sjel og tenke på Gud».

I fortellingen «Tre som dør» viser Tolstoj hvordan en bortskjemt overklassedame lider en meget smertefull død i sammenligning med en bonde og et bjerketre. Det «siviliserte» menneskets død må bli smertefull og uskjønn, hevder han, fordi et slikt menneske lever et falskt liv, fylt av samfunnets løgner og kunstighet. «Hvis mennesket først har lært å tenke, så kan det tenke på hva det vil – det tenker allikevel alltid på at det skal dø», sa han engang til Maxim Gorkij (1).

Det er mulig det er en fornærmelse overfor leserne å minne om at den hellige St. Nikolas er opphavet til vår julenisse, – helgenen som også er mirakelmaker. Og St. Nikolas i Khamovniki er da også kjent for sine



undergjørende ikoner. Spesielt berømt er Vår Frue Alle Synders Glede og Den Trehendede Jomfru. (Det høres pussig ut på norsk, på engelsk er det liksom lettere å skjønne at Our Lady kan være Joy of All Sinners, – hva det nå kan komme av?) Men at veverne i Khamovniki visste noe om synd er ikke egnet til å forbause, – vevere er såvidt jeg kan skjønne, praktiske, jordnære mennesker. Det er heller ikke vanskelig å forstå at nettopp de har funnet glede og trøst i kirkens billedspråk.

Det er ellers påfallende hvor mange kirkebygg som er under restaurering i dagens Moskva. Man kan nesten ikke se en kirke uten at den enten er nyrestaurert eller omsluttet av stillaser. Og enten man interesserer seg for kirkearkitektur eller ei, blir man slått av hvilke perler kirkebyggene her er, – midt inne blant så mange grå og stygge, moderne betongkonstruksjoner. «Monumental historisisme» har jeg lest at Stalin-arkitekturen kalles. Inneklemt mellom den massive trøstesløshet kan man finne små klenodier med himmelblå løk-kupler oversådd med sølvblanke stjerner, kneisende over et fargeglad murverk i knallende rødt og grønt. Det er nesten så netthinna

gråter av glede over denne smule uventet og ufortjent skjønnhet!

I Moskva bor jeg ofte like i nærheten av Preobrashenskoje-distriktet. Preobrashenskoje var en liten landsby hvor Peter den store tilbragte mange av sine barndoms somrefør han ble «stor». Herfra stammer også det første regimentet i den russiske hær, dannet av Peters lekekamerater, – det berømte Preobrashenskoje-regimentet. Fra 1700-tallet var området kjent som en av de Gammeltroendes høyborg, de som nektet å godta patriarken Nikons kirkereformer midt på 1600-tallet. Å gå til gudstjeneste i en av kirkene her er en i alle henseender stor opplevelse. For det første varer gudstjenesten i bortimot fem timer, – hvilket skulle borge for at også B-mennesker og ranglefanter får en sjanse til å få med seg et gudsord. For det andre er det ingen sitteplasser i kirken, man må stå, gå, knele eller kaste seg til jorden hele tiden. Det blir straks mer liv i publikum. Folk kommer og går, og må sjøl ta standpunkt til hva de skal gjøre, – det er ikke konvensjoner og hva naboen vil tenke som kan være bestemmende. Jeg skjønner naturligvis ikke så mye av liturgien, men overalt i kirkene er det en helt



utrolig vakker sang, – nærmest ikke av denne verden.

Og mens jeg rusler rundt i Khamovniki og tenker på «Krig og fred», masseslaktinga i 1812, Napoleon og Tolstoj – «den annen tsar» – og en kollega med nyoppdagede levermetastaser, gnager et refreng fra en gammel sang i meg:

*Livet vever i sin vev  
alt du tenkte, gjorde, skrev.  
Alle ting i veven står.  
– Livets skyttel går og går ...*

Og refrenget lyder: Noen kommer, noen går, noen dør i livets vår. Stjerner lyser hvite.

#### Litteratur:

Kolstad E, Stokke R (red.) Russisk litteraturhistorie 1700-1970. Universitetsforlaget. Oslo 1974.



# Kan andre enn leger ta cervix-cytologi og legge inn livmorinnlegg?



**Sissel Rian (38)**  
er født og oppvokst på Øysletta  
i Overhalla kommune.

Utdannet som sykepleie ved  
Namdal Sykepleierhøgskole i  
1986. Bergen Helse-og Sosial-  
høgskole- jordmorlinjen 1993.

Jobber nå som jordmor ved  
helsestasjonen i Namsos kom-  
mune.

Som nyansatt jordmor i en liten bykommune i Trøndelag, ble jeg ofte kontaktet av kvinner som ønsket prevensjon. Mange av disse kvinnene hadde gått på kontroll hos meg i svangerskapet, og følte det vel enklere å spørre meg til råds enn å bruke legen. «De har det jo så travelt», fikk jeg høre. «Det er lettere å ta opp disse tingene med deg – du forstår.....»

Disse stadige henvendelsene gjorde at jeg følte et stort behov for å lære mer om dette. Høsten 1996 fikk jeg delta på et kurs arrangert av Den Norske Jordmorforening med økonomisk støtte fra Statens helse-tilsyn. Dette er instruktørkurs i prevensjonsveiledning, familieplanlegging og kvinnehelse. Kursene er av en ukes varighet, der deltagerne får en teore-

tisk innføring i de ulike temaene.

For at deltagerne skal få kursbevis, kreves et visst antall timers praksis hos lege/jordmor. Dette har vist seg vanskelig å få gjennomført for mange av kursdeltagerne.

Jeg ønsker i denne artikkelen å belyse problemstillinger jordmødre har kommet opp i etter å ha deltatt på disse kursene, som forøvrig arrangeres flere ganger hvert år. Problemene har bestått i at mange leger som er blitt forespurt om å være veiledere, har vært negative til at jordmødre skaffer seg denne tilleggskompetansen.

Mange av mine kurskolleger har derfor dratt til Sverige for å få gjort unna praksis. Svenske og danske jordmødre har i en årrekke drevet med innsetting av spiral og prøvetaking fra cervix.

Noen jordmødre som har greidd å skaffe seg praksis og fått kursbevis, har opplevd at kommunelegen har nektet dem den nødvendige delegasjon til å legge inn f.eks livmorinnlegg (spiral). Å sette inn livmorinnlegg er fremdeles en legeoppgave i følge loven. Det betyr at jordmødre som ønsker å utføre denne oppgaven, må ha en delegering fra en lege.

Jeg var blant de heldige som fikk ordnet praksis hos en privatpraktiserende lege. Denne legen hadde ingen betenkeligheter med å samarbeide med en jordmor – også på dette feltet, tvertimot. Hun hadde ingen innvendinger mot å lære meg å legge inn livmorinnlegg eller foreta prøvetaking fra cervix. Vi startet med å tilby etterkontroller til kvinner som hadde født. Nå lærte jeg å palpere livmor og ta cervixprøver.

De av kvinnene som ønsket minipiller, fikk resept på dette. De som ønsket spiral fikk innsatt det av jordmor. Alle kvinner som deltok i vårt «samarbeidsprosjekt», fikk skriftlig

informasjon om «prosjektet»- at målsettingen var at jeg som jordmor skulle få godkjent kurset, slik at andre kvinner kunne få samme tilbudet om oppfølging også etter fødselen.

Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra kvinnene som har deltatt – de opplevde vårt samarbeid som positivt. Jeg har fått min godkjenning, og samarbeidet vårt har heldigvis vedvart. Det betyr at jeg foretar vanlige etterkontroller på kontoret mitt, men når kvinner ønsker prevensjon i form av livmorinnlegg, må kvinnen og jeg dra til legesenteret, der «min» lege jobber. Men dette er tungvint.

Praktisk gjør vi det slik at hun ser på sin dataskjerm hvilket tidspunkt jeg kommer, slik at hun er tilgjengelig om jeg trenger hennes assistanse.

Legen som godkjente min praksis, mener jeg har fått den nødvendige opplæringen til at jeg kan utføre spiralinnsettinger på egen hånd. Men jeg trenger delegering fra kommunelegen – og det har ikke gått i orden foreløpig.

Jeg ønsker å kunne tilby mine kvinner å få lagt inn sine livmorinnlegg samtidig som jeg foretar etterkontrollene.

Mange av de kvinnene som har bedt meg ta etterkontrollen av dem, har gått til kontroll hos meg i svangerskapet. Jeg ser på det som en tillits-erklæring når de ringer og vil ha etterkontrollen hos meg.

Jeg tror mange leger stiller seg avventende fordi de mener det er for mange uklarheter vedrørende den juridiske delen av denne saken. Ting som er kommet frem er: Hvem blir den «ansvarlige» dersom en jordmor perforerer uterus ved innsetting av spiral? Hva om hun overser en tumor ovarii?

Ved henvendelse til Statens helse-tilsyn fikk jeg opplyst at det er lege-



lovens § 3 som gjelder. Den sier at leger kan delegere oppgaver til annet personell, men skal da forvise seg om at de kan utføre oppgaven. Jeg henvendte meg til Statens helse-tilsyn for å få en skriftlig kommentar derfra, og fikk opplyst at saksbe-handlingen ville ta ca 1/2 år. Jeg fikk bekreftet at mange jord-mødre hadde henvendt seg med samme spørsmål.

Den Norske Jordmorforening, som altså var kursarrangør, vet om problemene medlemmene har med å få praksis eller praktisert sine fer-digheter. De skylder på legene og Helsetilsynet. Deres kommentar ved henvendelse dit var blant annet:

«Så synd at du har en slik kom-munelege».

Ikke alle jordmødre har møtt like mye motgang etter kurset. Kommune-legen i Lierne kommune i Nord Trøndelag har sett nytten av at kom-munens jordmor har skaffet seg denne tilleggskompetansen. Jord-mor i Lierne kommune tar under-livsprøver av kvinner, legger inn liv-morinnlegg, tar alle 1. gangsunder-søkelsene av gravide kvinner – for å nevne noen av de oppgavene som er delegert til henne.

Hun forteller at kvinnene er svært taknemlig for at hun kan utføre disse oppgavene. Det er en kjent sak at det er lettere å gå til en kvinne med sine underlivsplager enn en mann.

Nå er det blitt 1998. Vi jordmødre som enda ikke har funnet tilfredsstillende løsninger i vår arbeidssituasjon, føler at vi er brikker i et spill mellom leger, Den Norske Jordmorforening og Statens helsetilsyn.

Vi ønsker at denne saken kan løses til det beste for alle parter. Se på oss som en viktig ressurs i det forebyggende helsearbeidet – ikke som en konkurrent til dere allmenn-praktikere!

Vi som jobber som jordmødre ute i kommunene, vet at mange kvinner setter stor pris på at vi er tilgjengelige – også på dette feltet.

## Kan andre enn leger ...

av rådgiver Solveig Gedde-Dahl, Statens helsetilsyn

Det er ikke vanskelig å forstå at Sissel Rian er frustrert over at hun ikke får praktisere sine ferdigheter slik det er lagt opp til på kurset arrangert av Den norske jordmorforening.

Kurset har fått økonomisk tilskudd fra *Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap* i Statens helsetilsyn. Jordmorforeningen har lagt vekt på at jordmødrene skal kunne legge inn livmorinnlegg og kunne utføre cervixcytologi etter gjennomført praksis.

I medisinsk-faglige miljøer i Norge er det å legge inn livmorinnlegg ansett som en oppgave for leger. Dette standpunkt finner man også støtte for i helseprofesjonslovgivningen. I følge legeloven § 25 plikter en lege å utøve sin virksomhet forsvarlig. Etter jordmorloven § 3 gjelder forsvarlig-hetskravet også for jordmødre. I følge legeloven §17, kan en lege i sin virk-somhet nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra presonellets kvalifikasjoner, arten av de oppgaver det gjelder, den intruks som gis, og den kontroll som føres. I og for seg er det derfor ikke noe galt med kursets målsetting. En kan likevel spørre seg om ikke kursets målset-ting ligger på siden når det gjelder den virkelighet jordmødrene er i med hensyn til praksis?

Er jordmødre tjent med å påta seg medisinske oppgaver? Hva med utviklingen av egne, jordmorfaglige oppgaver?

Jordmortjenesten har oppgaver i primærhelsetjenesten som de ifølge sin utdanning og sine tradisjoner er kvalifisert til og hvor det er et stort behov for deres tjenester. Organiseringen av svangerskapsomsorgen ved helsestasjon omfatter bl a fødselsforberedelse, den differensierte svanger-skapomsorg, tilbudet til dem som trenger nær oppfølging, hjemmebesøket og barselomsorgen i en tid med tidlig hjemreise, ammeveiledningen, et område med stadig ny kunnskap, skolehelsetjensten, helsestasjonstilbudet til ungdom, råd- og veiledning, pubertet, voksenliv, familieplanlegging/-reproduksjon, prevensjon/abort og det tverrfaglige samarbeidet.

Jordmødrenes lave stillingsandeler og deres arbeidsforhold i kommune-helsetjenesten ellers, gir dessverre mange steder et dårlig grunnlag for utviklingen av et viktig tjenesteområde.

Helsetilsynet har gjennom kontakt med jordmødre som arbeider i kom-munehelsetjenesten, blitt kjent med at en del leger ikke i tilstrekkelig grad benytter jordmødrenes kompetanse i svangerskapsomsorgen og at de kan være avvisende til et samarbeid. Det innebærer at jordmødrene ikke blir brukt til å løse de oppgavene som er nedfelt i tjenesten fra sentralt hold. Dette synes i denne sammenheng å være langt alvorligere enn at en del leger reser-verer seg overfor delegering av medisinske opp-gaver.



Ill.: Per Dybvig Jr.

## Fra Barcelona til Bergen:

# Omreisende forskningsverksted i europeisk allmennpraksis



Jørund Straand er cand.mag. fra 1977 og har arbeidet som allmennpraktiker fra 1981. Fra 1988 deltidstilknyttet Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen der han er amanuensis og nå holder på med et doktorgradsprosjekt basert på en diagnose-resept undersøkelse i Møre og Romsdal. Tidligere har han vært med på prosjekter om legemiddel-seponering og legemiddelbruk hos sykehjemspasienter.

### Minikongresser

Hvert av de halvårige møtene arrangeres som en forskningskongress. Forskjellen fra de vanlige kongressene (WONCA/Nordisk kongress) er at dette er et mindre forum. Her er ikke parallelle sesjoner å løpe mellom. Det er bedre tid per presentasjon. Tid til spørsmål og til diskusjon. Og aller best: man blir kjent med hverandre. Hvert verksted har to faglige hoveddeler: for det første presenta-

To ganger i året, i mai og i oktober, setter et hundretalls forskningsinteresserte europeiske allmennpraktikere hverandre i stevne med en intens arbeidskongress tre heile dager til ende. Slik har den holdt det gående i omtrent 25 år, foreningen med de vanskelige bokstavnene: EGPRW (European General Practice Research Workshop). Neste etappe i denne møtestafetten går av stabelen i Bergen i mai. Tema for møtet er «Research on mental problems in General Practice». Det er anledning til å være med – også som kursdeltager.

sjoner som faller inn under det som er tema for nettopp dette møtet, den andre delen utgjøres av frie foredrag basert på egne prosjekt.

### Tidlig kreftdiagnostikk

I Barcelona høsten 1997 var temaet «Forskning om tidlig diagnostikk av kreft i allmennpraksis». Knut Holte-dahl fra Tromsø slo an tonen når han reiste det kritiske spørsmålet om allmennpraktikerene egentlig fortjener å bli tatt på alvor i forhold til tidlig diagnostikk av kreft? Når det blir så få tilfeller å oppdage for hver enkelt lege, – hvordan kan vi da sikre at vi gjør de riktige vurderingene til rett tid? Vårt hemmelige våpen er kjennskap over langs og kunnskap om pasientens bakgrunn, familie og eksposisjoner. Men ennå er her et langt lerret å bleke. I Barcelona kunne ingen overgå Holvedahls «hand-out» i forbindelse med forelesningen: et eksemplar av hans bok om tid-

lig cancerdiagnostikk i allmennpraksis (1).

Tor Anda fra Bodø viste at refleksjon basert på en enkelt kasuistikk fremdeles kan gi ny innsikt. Hans presentasjon gjaldt en pasient som over tid hadde i alt fire kreftsykdommer med tilsammen elleve ulike presentasjonsformer.

Det er ikke mulig her å komme inn på de ulike presentasjonene (sammendragene blir som vanlig publisert i Family Practice) annet enn å si at her var stor variasjon både tematisk, metodologisk og i prosjektenes omfang. Her var alt om hverandre i fra småprosjekt à la allmennpraktikerstipend og prosjekt i tidlig tenke- og anleggsefase, til kjempestudier hvor flere doktoravhandlinger inngår. Presentasjon av studier basert på kvalitative metoder er ikke lenger noen sjeldenhet, selv om det er de (deskriptive) kvantitative studiene som dominerer.

Den siste presentasjonen rett før



oppbrudd og avreise fra Barcelona satte en støkk i salen. Presentasjonen var fra Romania hvor man hadde intervenert med radikal kirurgisk behandling (prostatectomi) hos middelaldrende menn basert (bare) på en forhøyet PSA-verdi. Helsegevinsten bestod i at man i en del av resektatene postoperativt kunne vise cancer in situ... Når forskjeller i behandlingsskilt i ulike land blir åpenbart på denne måten, var det ekstra befriende at det var en kollega fra Russland som la an diskusjonen: Han stilte seg spørrende til evidensen for en slik radikal praksis, selv hadde han nemlig mest nytte av PSA-testen i forhold til å følge opp cancerpasienter under behandling.

### Ny lærebok – i Frankrike

Omtrent samtidig som vi feiret lanseringen av den første norske lærebok i klinisk allmennmedisin, var også den tilsvarende første franske læreboka klar. På EGPRW-møtet fortalte Denis Pouchain fra Paris om det franske prosjektet. Jobben hadde tatt i alt 8 år og siste versjon var ført i pennen av et forfatterkollektiv på 8 personer. I Frankrike er læreboka svært viktig i det å profilere faget allmennmedisin. Boklanseringen kom dessuten samtidig som det franske medisinerstudiet høsten 1997 ble lagt om til å ha en langt større andel av klinisk allmennmedisin.

### Hostesaft

Undertegnede hadde medbrakt virus til Barcelona. Plagsom hoste i kongressalen indikerte hostesaft. No problem: Farmacia rett rundt hjørnet. Smikk smakk med sterk hostesaft – uten resept. Trengte jeg antibiotika? De hadde noe bra «på tilbud»...

### Forskningsorganisasjon

EGPRW er nå i ferd med å bli forskerorganisasjonen til WONCA-Europa. Formålet til EGPRW er å vir-

ke som inspirator, supporter og koordinator i forhold til forskning i europeisk allmennpraksis. Siden organisasjonen ble stiftet tidlig på 1970-tallet, har det vært avholdt i underkant av 50 forskningsverksteder rundt om i Europa, og det arrangeres forskerkurs med jevne mellomrom. Flere multinasjonale studier har gått ut fra og blitt koordinert av EGPRW (2). De vel 250 medlemmene kommer fra ialt 27 ulike nasjoner.

Norge har utmerket seg i denne foreningen først og fremst pga Dag Bruusgaard som var foreningens leder i 5 år (1984-1989) (3). Anne Louise Kirkengen var NSAMs utsending til EGPRW, inntil jeg overtok stafettspinnen i 1997.

Den nyvalgte lederen i EGPRW, Jan Joost Rethans, er slett ikke norsk selv om det av og til låter slik: Jan Joost holder til i Maastricht, – men kan regnes som halvt trønder etter sitt studie- og arbeidsopphold i Trondheim.

### Next stop Bergen

Det neste møtet til EGPRW blir arrangert i Bergen 8.-10. mai 1998 og skal mest dreie seg om forskning i forhold til psykiske problemer i allmennpraksis. Deretter følger Kreta i oktober 1998 med «Forskning om infeksjonssykdommer i allmennpraksis». I Göttingen i mai 1999 skal det handle om de eldre, og i oktober 1999 blir møtet lagt til Mallorca!

### Please take your seat – og få kurstimer!

Du kan også bli med på kongress i Bergen som «vanlig» kursdeltager. Kongressdeltakelse gir nemlig omtrent 20 kurstimer til spesialiteten i allmennmedisin. De innsendte abstracts er nå vurdert, derfor kan vi garantere et faglig spennende program på møtet i Bergen. I alt 40 ulike presentasjoner er tatt ut, hvorav omtrent en femtedel er norske. Her er noen smakebiter: Forekomst av psykiske lidelser hos pasienter i allmennpraksis over tid – og grenser.

Problemer med psykiatriske diagnostiske merkelapper. Overdiagnostikk av lett depresjon – underdiagnostikk av alvorlig depresjon? Hva virker best ved depresjon – samtalerterapi eller legemidler? Kan en enkel blodprøve bli ny diagnostisk test ved alvorlig psykiatrisk lidelse? Problemer med diagnostikk av demente. Mishandling. Trekantsamtale – med lege, pasient og psykolog? Bedre kommunikasjon om pasienten fører sykedagbok? Vanskelige pasienter.

Og av frie foredrag blir det blant annet mer om dette: Kvalitativ multinasjonal studie om hjemmebesøk i allmennpraksis. Overbehandles tenåringsjenter med jern? Resistente urinveismikrober i ulike land, har forskjellene noe med vår forskrivning å gjøre? Kniper «hjemmeblodtryksmålinger «white coat hypertensjon»? Livmorfremsfall – forekomst og årsaker. Småkirurgi på kontoret. Skal det skjæres helt inn til beinet?

Sosialt blir det utekveld både i Schjotstuene og på Floirestauranten. Og som kongress-nachspiel blir det skitur til Hardangerjøkulen. Bare for å nevne noe.

Lyst til å være med i Bergen som vanlig kursdeltager? Kursavgiften på kroner 1100 inkluderer ett års medlemskap i EGPRW. Kontakt NSAM (Tlf. 22 85 06 55) for nærmere opplysninger og påmelding. Det er begrenset antall kursplasser, derfor «førstemann til mølla...»

### Litteratur

1. Holtedahl KA. Early diagnosis of cancer in general practice. A manual. Berlin: Springer-Verlag, 1989.
2. Fleming D. European study of referrals from primary to secondary care (doktoravhandling). Maastricht: University of Limburg, Holland, 1993.
3. Bruusgaard D. «European general practice research workshop (EGPRW)». Is international co-operation worthwhile? Scand J Prim Health Care 1986; 4: 238-40.

## DET LYRISKE HJØRNET

Jeg takker Sten Erik Hessling for at han har overlatt meg pinnen i Utpostens nye lyrikkstafett. Vi har aldri truffet hverandre, men vi fikk kontakt via vår felles kjærlighet til ordet – på Eyr.

Jeg er snart 43 år, mor til 3, født og oppvokst i en liten Finnmarkskommune, Kvalsund. Gift med kollega, utdannet i Tromsø, og har 11 år bak meg i Hammerfest før vi sommeren 1997 flyttet til Tromsø igjen. Jeg arbeider nå som fastlege, og trives svært godt med det!!

I mange år har dikt vært en vesentlig del av mitt liv. Innimellom kan lyrikkbøkene stå urørte i mine bokhyller. Men når livet byr på utfordringer, på gleder, på sorger og bekymringer, på små undre – eller helt hverdagslige opplevelser, da søker jeg til dikterne. De hjelper meg til å sette ord på følelser med ord som hever seg over det klisjépregede, til å se nye veier på stier jeg trodde jeg hadde gått til ende. I en travel hverdag er det taknemlig å ta fram et dikt, lese det for første gang – eller n'ite gang. Det tar kort tid å lese, men du bærer det med deg lenge. Jeg benytter meg av diktenes visdom i hverdagen; ikke minst i mitt arbeid. Å velge ut et dikt her er nesten umulig – det er så mange jeg vil dele med andre!

I min praksis i Tromsø er det svært lav gjennomsnittsalder på pasientene på min liste. De få gamle jeg har sett jeg svært stor pris på, og jeg ber dem kanskje komme oftere enn de egentlig trenger – for min skyld! Jeg har valgt et dikt av Rolf Jacobsen, en av våre aller største poeter. Han skriver om de gamle damer som tusler omkring, mer eller mindre usynlige eller til irritasjon og byrde for pårørende og helsepersonell. Se dem inn i øynene, se bak det blasse blikk, rynkene, den osteoporotiske kroppen og den sviktende hukommelsen. Se glimtet der inne, se ung-piken, vit hva hun bærer med seg – respekter henne for hennes erfaring og livsvisdom – og hennes lidenskap ...

Det vanskeligste med dette oppdraget er å finne en som kan overta pinnen til 3. Etappe. Det finnes sikkert mange kollegaer som er lyrikkelskere, men de er ikke så lett få øye på. Jeg velger å sende pinnen videre til min kollega Anne Grethe Olsen i Hammerfest.

### De gamle damer

*De unge kvinnene med lynsnare føtter, hvor blir det av dem?  
De som har knær som små kyss og sovende hår?*

*Langt ut i tiden når de er blitt stille  
gamle damer med smale hender og går langsomt i trappene*

*med store nøkler og ser sig omkring  
og snakker til små barn ved kirkegårdsportene.*

*I det fremmede store landet hvor vintrene er lange  
og ingen mere skjønner deres sprog.*

*Bøy dig dypt og hils dem med ærbødighet for  
de bærer det med sig ennå som en duft,*

*et hemmelig bitt i kinnet, en nerve inne i  
håndflatene etsteds som røper dem*

– og be om at når du engang er på samme sted så er det noen som kan sanse den duften DU bærer med deg!

Hvis dere har lyst til å lese flere dikt – og har tilgang til Internett – besøk min hjemmeside <http://www.angelfire.com/al/Aileen/index.html>. – og del en lidenskap med meg!

Hilsen Aileen Opdal





## Ord om ord

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til.

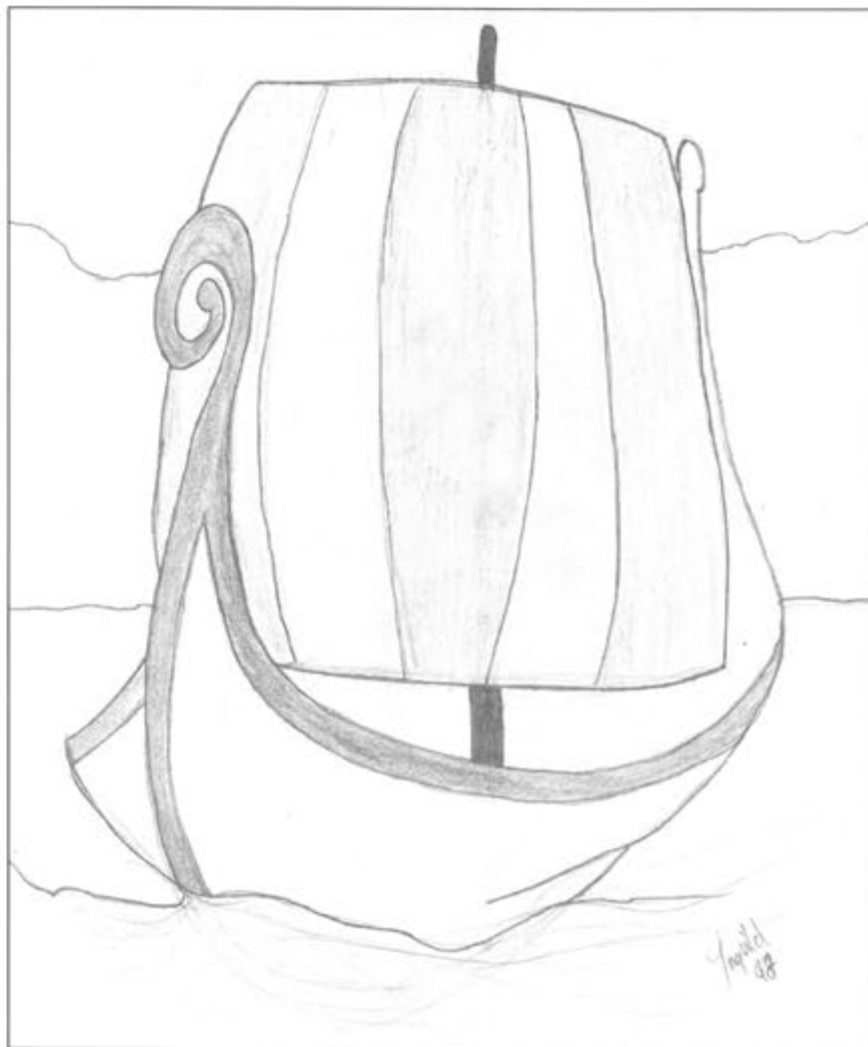
I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne, det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

De fleste av oss «ser» for oss Olav Tryggvassons praktskip som i følge mer eller mindre pålitelige kilder var «74 alner mellom stemnon» – men hvor langt var nå egentlig det? Og: Har det noe med medisinske ord og uttrykk å gjøre?

Ja, våre forfedre var av den praktiske arten. De gikk ikke rundt med tommestokken i lomma men brukte sine egne legemsdeler som måleinstrument. Nå gjetter kanskje noen hvor lang en alen er? Kan vi hjelpe med stikkordet albue?

Ja, så enkelt er det: en alen er det norrønske ordet for underarm og som måleenhet regnes den fra albuespissen til lillefingerspissen. Helt enkelt blir det selvfølgelig ikke likevel; målet har jo en stor variasjonsbredde! En eller annen gang ble det fastsatt i Danmark-Norge at en alen er 0,6275 meter (Mål selv, våre forfedre kan ikke ha vært så små allikevel eller er dette typisk norsk: litt selvskrøt på toppen?) Albuen har fått sitt navn ved å være «armkrumningen» altså bøyen etter underarmen.

# Hvor lang var Ormen Lange?



En alen er to fot (den eldste måleenhet som kjennes). Betydningen av denne måleenheten er jo lettere å forstå, men så opplagt det enn er har vel ikke alle tenkt over at en tomme selvfølgelig har sin opprinnelse fra tommeltotten?

I de tidligste tider var en tomme like lang som hele tommelen, men i lov av 1824 ble en tomme bestemt til å være 2,614 cm. En norsk fot ble samtidig bestemt å være 31,374 cm (Mål selv igjen!). Måleenhetene har aldri blitt internasjonalt standardisert og hvis det skal være noe å

være stolt over er vår tomme 0,7 cm lengre enn den engelske, mens den norske foten er 0,5 cm lengre enn den greske. En norsk alen er hele tre cm lengre enn den svenske – på størrelsen skal godtfolk kjennes!!

Jannike Reymert

### Litteratur

1. Falk, H. og Torp A. Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstads antikvariat, Oslo 1994.
2. Gyldendals store konversasjonsleksikon, Oslo 1972.

## NY FAST SPALTE

# Historier fra virkeligheten

Det er på kontoret det skjer. Tenk deg dagen som en novellesamling der timelista er innholdfortegnelsen. Hver pasient er en historie, og du – legen – er leseren. Iblant sliter du deg pliktskyldigst gjennom teksten, i sjeldne øyeblikk får du glimt av noe helt nytt og fantastisk, daglig bys du på innslag av mer eller mindre tilsiktet komikk. Og ofte står du fast, skjønner ikke det som står skrevet, hvor er det forfatteren vil?

Leger elsker å fortelle hverandre pasienthistorier. Det er slik vi henter bekræftelser («akkurat sånn var det for meg også!»), lærer av hverandre («å, er det så enkelt?»), underholder hverandre. UTPOSTEN vil med dette invitere sine lesere til å « snakke pasienter » her i denne spalten. Fortell om den gangen du plutselig oppdaget en sjelden sykdom, om noe du ikke skjønner bæret av og trenger hjelp til, om den pasienten du aldri glemmer fordi han/hun fikk deg til å gråte/le/banne... For å gjøre skrive terskelen lav samtidig som vi vil sikre personvernet for pasientene, åpner vi for anonyme innlegg. Det betyr at du ikke trenger få navnet ditt på trykk her, men du må sende inn under fullt navn til redaksjonen. Det kan også være en fordel å kamufflere lett gjenkjennelige fakta uten at poenget går tapt. Innspill til tidligere innlegg i spalten er også velkomne.

Førstemann ut er en invitert kollega med følgende historie:

## Møte i ukjent terreng

Jeg er privatpraktiserende allmennpraktiker i en liten by – før det aktuelle – relativt ukristelig anlagt. For flere år siden havnet en ukjent, åpenbart sinnslidende kvinne på mitt kontor sammen med en like åpenbart påfallende mann. Det viste seg å være en nyttilflyttet familie der mor – min pasient – var schizofren med en lang og tung psykiatrisk forhistorie. Hennes mann var en aldeles forrykt selvutnevnt evangelist med et brennende engasjement og svært uortodokse referanser. Dog uten diagnose. Paret hadde en sønn på to og en datter på et halvt år. Det var umiddelbart grunn til bekymring og et antatt behov for støttetiltak av ymse slag. Første post på det offentliges program var et hjemmebesøk, der formålet var kartlegging av hjemmeforhold og forsøk på en allianse med familien om videre samarbeid. Sosionomen og jeg tok oppdraget og inviterte oss selv til et møte med pasienten og hennes mann i deres hjem (en kummerlig «enebolig» litt utenfor byen som de hadde fått leie).

Da vi svingte inn på gårdsplassen til avtalt tid, ble vi til vår overraskelse møtt av to gamle menn. Ingen hadde nevnt noe om andre husstandsmedlemmer til oss. Den ene hadde et svært iøynefallende høreapparat, den andre nesa dypt nede i Bibelen. Sistnevnte var tydelig for lengst utmeldt fra alminnelig sosial omgang. Han med høreapparatet derimot var desto mer hjertelig på pletten med håndtrykk og velvillig interesse. «Vi bor her,» svarte han til slutt da vi for femte gang skrek spørrende i kor rett inn i høreapparatet, «og hvem er dere?»

«Vi skal på et møte med familien», skrek vi – denne gangen uten håp om å bli hørt. Men

ved ordet «møte» lyste han opp og nikket innforstått. «Er dere frelst?» spurte han. Vi ristet kollektivt benektende på hodet: definitivt ikke. Han lyste opp: «Det var kjekt! Nå til dags kommer det så sjelden ufrelste på møtene våre.»

Mannen og hans tause venn viste seg å være syklende emmisærer – antagelig de siste av en utdøende rase – som tradisjonen tro hadde søkt husly langs veien da mørket falt på kvelden før. Hos vår lille familie, helt tilfeldig, hvor ellers? (Er det kjemotaksis det heter?) Og så skulle det selvsagt holdes møte ...

Inne i stua var det dekket kaffe-bord til alle – for familien var dette åpenbart en trygg og gledelig anledning – og så kunne møtet begynne. Pasienten spilte gitar og sang gripende om Jesus, sosionomen snakket varmt om forebyggende barnevern, emmisæren ledet andakten og evangelisten talte i tunger. Selv bidro jeg med justering av pasientens Haldol-dose og et vakkert formulert tilbud om dagplass ved psykiatrisk senter. Til slutt mer sang og en inderlig bønn i fellesskap om litt av hvert av det som hadde stått på dagsordenen.

Og alle var enige om at det hadde vært et godt møte!





Bokanmeldelse:

Kristin Heggen og Johnny Mjell

# I Askeladdens fotspor

*Om dilemmaer i helsefaglig yrkesutøvelse*

Tano Aschehoug AS. 1997  
Pris 198 kr.  
136 s

Dilemmaer – mer eller mindre synlige – preger vår hverdag mer enn vi til daglig tenker over. Forfatterne har skrevet en lettlest bok som belyser ulike dilemmaer vi helsearbeidere møter. De gir oss med dette muligheten til å «se» dette fenomenet og ikke minst «se» hvordan vi forholder oss til de dilemmaer vi daglig møter.

Forfatterne har prøvd å trekke paralleller mellom Askeladden og den dilemmapregete hverdag helsearbeidere lever i. Slike paralleller kan ofte gi nye vinklinger på gamle temaer, men jeg synes ikke de har lyktes i dette. Askeladden er en skikkelse vi alle kjenner. Hans styrke ligger etter min mening ikke i dilemma-tenkning; tvert imot, han har alltid en elegant, overraskende og vellykket løsning på ethvert problem, en personlig egenskap vi alle kan misunne ham. Hvis han skal være vårt ideal presses vi ytterligere inn i rollen som den omnipotente legen som alltid har en perfekt løsning – uansett hvor vanskelig og uløselig problemet er. Han lykkes bestandig med sine forsøk på å løse problemer, mens vi ofte sitter med en ubehagelig følelse av at vår måte å løse problemet på langt fra var så vellykket, kanskje fantes det langt bedre løsninger vi burde sett, men i vår midelmådigheit ikke ser? Selv om ikke Askeladden gjør det, bør vi gi oss selv aksept for at det er vanskelig å leve med et press om å ta «umulige» valg i en stadig mer komplisert verden.

Det oppstår et dilemma når vi

ønsker å ivareta oppgaver som står mot hverandre. Vi opplever et stadig økende krav fra samfunnet (og oss selv!) om å være både mer effektive, feilfrie og empatiske. Pasientene skal ha mer tid, informasjon og medbestemmelse i behandlingen av egne plager. Dette tar tid og står i direkte motsetning til kravet om rask og effektiv «pasientflyt». Vi er samtidig mer redd for å gjøre feil, derfor «sikrer vi oss» mye mer enn før og skaper betydelig merarbeide for oss og andre i helsevesenet. Dilemmaet vi har her er åpenbart når det formuleres i boka, men i en travel hverdag kan det nok heller oppleves som stress og at vi har svekket kompetanse til å løse selv de enkleste problemene. Jeg savner noe om den psykologiske effekten dette fenomenet har på oss helsearbeidere. Manglende erkjennelse av hvilken psykologisk belastning dette er, kan føre oss inn i en destruktiv bavevje (les: utbrenthet).

Forfatterne belyser hva vår tids helsefokusering gjør med oss, og hvordan vi som arbeider i helsevesenet selv bidrar til økt (sykelig?) helsefokusering. Helsevesenet spiller en nærmest religiøs rolle i dagens samfunn der vi «lover» folk fullgod helse bare vi får undersøkt og behandlet dem nok. Skyhøye forventninger som da skapes gir oss et økende ubehag: Inkompetansefølelsen ligger snublende nær og kan lamme selv den dyktigste av oss, sinne og avmaktfølelse er andre lite fruktbare konsekvenser av dette dilemmaet. Forfatterne prøver å gi oss et annet alternativ: Høytetekning som belyser hvor mye ulike



dilemmaer griper inn i vår tenking og handling.

Forfatterne har satt søkelys på mange typer dilemmaer vi møter i jobben som helsearbeidere. Jeg savner en dypere diskusjon av emnene de tar opp. Kanskje har de følt et dilemma selv: En stor, tung og dyptpløyende bok som belyser alle sider ved dilemmaene blir kanskje ikke lest, mens denne lille, lettteste boka kan iallefall være en inspirasjon til egen tenkning hos leserne?! Forfatterne har tatt opp et viktig tema med denne boka som dermed etter min mening er et godt utgangspunkt for videre refleksjoner over emnet.

Jannike Reymert  
Bakklundet legekantor, 7800 Namsos

# «INTRANET»

er en grei måte å distribuere informasjon på i en bedrift – liten eller stor. Det settes opp en web-server – enten som en egen pc eller som et eget område på en server eller vanlig pc i et nettverk hvor dokumentene med informasjon holdes oppdatert. Dokumentene legges vanligvis på serveren i hypertextformat – htm og html (hypertext markup language) og kan inneholde tekst, bilder, video og lyd. Alle som er tilkoblet det lokale edb-nettverket kan lese dokumentene med en nettbrowser – som «Netscape», «Internet Explorer» eller den norske «Opera».

Serveren bruker http (hypertext transfer protocol). Nettverket kan være Novell, WindowsNT, Windows95, UNIX og Linux – altså alt fra dyre avanserte til de ganske enkle. En personlig web-server kan være en slik løsning på en enkeltstående pc eller en pc i nettverket som deler dokumentene med de andre pc-ene i nettverket. En slik personlig web-server kan hentes som gratispro-

gram på Internet eller følger med i en del program og programpakker. Mer avanserte web-servere kan kjøpes fra f.eks Lotus eller Netscape, eller følger med Novell IntranetWare og WindowsNT-server.

Produksjon av htm-dokumenter har med tiden blitt relativt enkelt. Faktisk kan de mest brukte tekstbehandlerne lagre et dokument i htm-format. For litt mer avansert dokumentutforming kan man enten lære htm-kode og skrive denne direkte eller bruke program som HotDog, FrontPage, Netscape, PageMill og mange flere.

Prosedyrebøker, adresselister og telefonlister er gode eksempler på stoff som egner seg bra i Intranet-publikasjon. Informasjon som stadig skal oppdateres og fornyes. Stoffet oppdateres på serveren og er tilgjengelig for alle straks. Papirpermer og andre trykte utgaver er unødvendig. Teksten i dokumentene kan

indekseres og derved gjøres søkbare for raskt å finne den informasjon man er på jakt etter. Bruken av Intranet vil arte seg som om man er ute på Internet, med den forskjell at hastigheten som regel er langt større på Intranet når det sammenlignes med analog eller isdn Internettilkobling.

I et framtidig Helsenett vil vi antakelig se løsninger som i dagens Intranet – i stor målestokk. Teknologien og htm er nå så tilgjengelig at mange primærleger, legesentra og helsesentra bør prøve seg fram med enkle Intranetløsninger for å bli kjent med de mulighetene det gir.

John Leer

Når nettene blir lange...

## UTPOSTENS 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) 56 15 00 37 (fax)

E-post: john.leer@isf.uib.no



# Hyponatremi som bivirkning av selektive serotoninreopptakshemmere?

Av overlege Olav Spigset, RELIS 4,  
Avdeling for legemidler, Regionsykehuset i Trondheim

Hyponatremi er en bivirkning som kan forekomme ved behandling med alle selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater). Mekanismen er sannsynligvis en økning i nivåene av antidiuretisk hormon forårsaket av legemiddelgruppens serotonerge effekter (1). Kliniske symptomer er sjeldne ved serum-natriumnivåer over 130 mmol/l. Omtrent halvparten av pasientene er asymptomatiske også ved konsentrasjoner ned mot 125 mmol/l. Symptomene ved SSRI-utløst hyponatremi er vanligvis uspesifikke og diffuse, som tretthet, slapphet, hodepine, svimmelhet, uro, anorexi, forvirring og synkopetendens.

Hyponatremien opptrer vanligvis kort tid etter behandlingsstart (60-70 % av tilfellene kommer i løpet av de første 2-3 ukene), og kvinner rammes noe oftere enn menn (1, 2). Høy alder er den viktigste risikofaktoren. Gjennomsnittsalderen hos dem som rammes er ca. 75 år og risikoen for hyponatremi hos pasienter over 70 år kan være så mye som 7-doblet sammenlignet med dem under 70 år (2). En annen viktig risikofaktor er samtidig behandling med diuretika,

og kanskje særlig tiaziddiuretika. Dette gjelder selv om diuretikadose-ene er lave. Det er usikkert om risikoen for hyponatremi øker med økende dosering av SSRI-preparatet. I et tilfelle som vi kjenner til steg imidlertid natriumkonsentrasjonen fra 120 til 126 mmol/l når Cipramil-dosen ble redusert fra 40 til 20 mg/d. Det har ikke vært mulig å påvise at risikoen for å utvikle hyponatremi varierer fra preparat til preparat innenfor SSRI-gruppen. Sannsynligvis dreier det seg om en gruppeeffekt.

Måling av natriumkonsentrasjonen i serum en enkel og billig undersøkelse, og bør overveies før man starter behandling med et SSRI-preparat, fremfor alt hvis pasientens alder er høy eller hvis pasienten også behandles med et diuretikum. Hos disse pasientene bør man også følge opp med målinger av natriumkonsentrasjonen de første behandlingssukene. Uansett hvor lang tid det har gått siden behandlingsstart bør man være liberal med å måle natriumnivået hvis det oppstår diffuse og uklare symptomer hos pasienten.

Hvis man tilfeldigvis oppdager et

lavt natriumnivå uten symptomer kan man fortsette behandlingen samtidig som man kontrollerer natriumkonsentrasjonene senere. Ved symptomgivende hyponatremi bør legemidlet seponeres. Behandlingen i slike tilfeller skiller seg ikke fra behandlingen av hyponatremi av annen årsak. Hvis pasienten fortsatt trenger behandling med et antidepressivt legemiddel kan det være fornuftig å velge et preparat som ikke påvirker reopptaket av serotonin i samme grad som SSRI-preparatene gjør, slik som mianserin eller nortriptylin.

## Referanser:

1. Spigset O, Hedenmalm K. Hyponatraemia and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) induced by psychotropic drugs. *Drug Safety* 1995; 12: 209-25.
2. Spigset O, Hedenmalm K. Hyponatremia in relation to treatment with antidepressants: a survey of reports in the WHO database for spontaneous reporting of adverse drug reactions. *Pharmacotherapy* 1997; 17: 348-52.

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyer. Foreløpig er det opprettet RELIS i helse-regionene 2, 3 og 4 i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalets apotek, Haukeland sykehusapotek og Avdeling for legemidler ved Regionsykehuset i Trondheim. Ovenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

# ? RELIS



# Kvinna i alderdommen – frå 70 år og oppover

Olav Rutle sitt minnesymposium

20.–21. august (og evt. 22 august)

Norsk Bremuseum, 5855 Fjærland

## Arrangør:

Kvinneklubben, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, 6800 Førde.

Universitetet i Oslo, Seksjon for allmenntilleggsmedisin, 0317 Oslo  
Fagutvalet i Allment praktiserende lægers forening og Sogn og Fjordane Lægeförening.

## Målgruppe:

Allmenntilleggsmedisinar, gynekologar og geriatricarar. Eit samhandlingskurs for primær- og spesialisttenesta. Lokale og nasjonale (dr. Falch, med. avd. Aker, dr. Iversen KK, Haukeand, dr. Sletvold, ger. RIT) forelesarar.

Eit «sosialt» kurs med festmiddag 20. og høve til felles naturopplevingar 22. Fjord, fjell og bre. Norsk Bremuseum og Den norske Bokbyen.

## Deltakartal: 35

## Godkjenning:

Allmenntilleggsmedisin: 17 timar som emnekurs i geriatri og gynekologi til vidareutdanninga og 17 timar som klinisk emnekurs i geriatri og gynekologi til etterutdanninga.

Fødselshjelp og kvinnsjukdomar: 15 timar som valfritt vidare- og etterutdanningskurs.

Geriatricarar: 17 timar som valfritt vidare- og etterutdanningskurs.

## Kursleiarar: Odd Kvamme og Jostein Tjugum

## Påmelding:

Jostein Tjugum, KK, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, 6800 Førde. Bankkonto: 0530.89.14129.

Påmeldingsfrist: 15. mai 1998. Kursavgift: 600,-.

## Overnatting:

Påmelding snarast og direkte til:

Mundal Hotel, 5855 Fjærland. Tlf.: 57 69 31 01. Fax: 57 69 31 79. Einkelt-/dobbelrom m/frokost (+ middag) kr 500,-/400,- (kr 770,-/650,-).

Fjærland Fjordstue Hotell, 5855 Fjærland. Tlf.: 57 69 32 00.

Fax: 57 69 31 61. Einkelt-/dobbelrom m/frokost (+ middag) kr 630,-/390,- til kr 460,- (kr 810,-/570,- til kr 640,-).

Rabatt på ekstra døgn ved begge hotella.

Bøyum Camping, 5855 Fjærland. Tlf.: 57 69 32 52.

Fax: 57 69 29 57.

## Tillegg:

Hugs påmeldinga til festmiddag på Mundal Hotel 20. august kl. 20.00 og naturopplevingar for dei som vil 22. august.

Alternativ I: Fottur Lunde – Fjærland: 8 timars tur over fjell og bre. Familietur for dei som er i bra form – ca. 1400 m høgdeskilnad.

Alternativ II: Besøk Den norske Bokbyen / tur i Fjærlandsområdet.

Alternativ III: Besøk Den norske Bokbyen + besøk Astrupmuseet Jølster.

Desse påmeldingane gjerast i lag med påmelding til kurset!

## PROGRAM

### 20. august

1000–1010 Opning – velkomen.

1010–1055 Helsa til dei eldre kvinnene i Norge. *v/Sletvold, geriatricar*

1100–1120 Eldre kvinner sitt sosiale nettverk – korleis lever dei? *v/Olafsson, allmenntilleggsmedisinar*

1125–1140 Korleis og kva døyrr kvinnene av? *v/Sletvold*

1145–1210 Drikke og grønnsaker

1210–1225 Eldre kvinner i allmenntilleggsmedisin – kvifor går dei til lege? *v/Olafsson*

1230–1315 Urininkontinens hjå dei gamle – undersøkjing og behandling hjå gynekolog. *v/Tjugum, gynekolog, og Viken Sandnes, uroterapeut*

1320–1420 Lunsj

1420–1445 Hormontilskot – noko for dei gamle? Indikasjonar – doseringsformer / -mengder og lengder *v/Iversen, gynekolog*

1450–1505 Hormontilskot i alderdommen – til verdi for cerebrale funksjonar og kjønsliv? *v/Sletvold*

1510–1535 Anestesi/operasjonar hjå gamle. Kva meiner narkoselegen om førebuing, oppfølging og risikoar.

1540–1600 Kaffe/te

1600–1645 Kva er god kvalitet på medisinsk behandling? *v/Kvamme, allmenntilleggsmedisinar*

1650–1750 Paneldebatt. Kvaliteten på helsetenesta for dei eldre kvinnene, korleis få han optimal? *v/Kvamme, Iversen, Viken Sandnes, Sletvold, Larsen, Olafsson.*

1750–1815 Konkrete forslag til samarbeid/arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesta *v/Kvamme, Iversen, Sletvold*

2000 Middag / kulturelt samver. Mundal Hotel.

### 21. august

0830–0910 Underlivskreft. Typar – diagnostikk, korleis behandle og kontrollere dei gamle? *v/Iversen*

0915–0955 Osteoporose hjå dei gamle – profylakse og behandling. *v/Falch, indremedisinar*

1000–1015 Hud og slimplager hjå dei gamle *v/Ladehaug, gynekolog*

1020–1050 Drikke og nogo attåt

1050–1130 Hormon, hjarta og blodkar i alderdommen *v/Falch*

1135–1205 Framfall, når og korleis behandle dei gamle? *v/Ladehaug*

1210–1240 Brystkreft – kva med dei eldre som har / har hatt sjukdommen? Gynekologen sitt ståsted. *v/Iversen*

1245–1345 Lunsj

1345–1445 Spesialistpanel. Hormon på godt og vondt for dei gamle. Økonomi og helse. *v/Falch, Iversen, Sletvold*

1450–1520 Kaffe og te

1520–1540 Tilvisningsrutinar av eldre kvinner. *v/Kvamme*

1545–1605 Prioriteringar og epikrisar, særbehandling av dei eldre? *v/Tjugum*

1610–1700 Oppsummering. Kven følgjer opp den gamle kvinna – nytteverdi av tverrfagleg kurs? *v/Kvamme, Tjugum*

1700–1900 Besøk i Den norske Bokbyen

1930 Kveldsmåltid med varme rettar og vitjing av Norsk Bremuseum.



# DISKUS™ – trygghet i all enkelhet!

Lisa ble tett under kampen. I slike situasjoner er det en fordel at det er enkelt å bruke inhalatoren, og at det er lett å inhalere gjennom den, selv om man er tett.

DISKUS™ – den ENESTE inhalatoren for astmamedisin som har ALLE disse egenskapene:

- Én del – opereres med to enkle håndgrep
- Telleverk – viser antall gjenværende doser
- Smaksstoff – slik at pasienten kjenner medisinen
- 60 nøyaktige doser i blistere – slik at dosene ikke påvirkes av hvilken vei pasienten holder inhalatoren ved fremtrekking av dose
- Liten indre motstand<sup>1</sup>



**Ventoline™**  
Salbutamol  
**DISKUS™**

**GlaxoWellcome**  
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Glaxo Wellcome AS,  
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo  
Telefon: 22 58 20 00 – Telefax: 22 58 20 03

## C Ventoline™ Glaxo Wellcome

Adrenergikum. ATC-nr.: R03A C02

## T INHALASJONSPULVER 0,2 mg/dose i Diskus:

Hver dose inneh.: Salbutamol sulf. aeqv. salbutamol, 0,2 mg, lactos. q.s. R03A C02

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Selektiv beta<sub>2</sub>-stimulator. *Virkningsmekanisme:* Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta<sub>2</sub>-reseptorene i bronkialmuskulaturen. *Virketid:* Ved inhalasjon bronkodilaterende effekt etter få minutter. *Virkningens varighet* minst 4 timer. *Absorpsjon:* God fra gastrointestinaltractus. Mat reduserer absorpsjonshastigheten kun i ubetydelig grad, slik at biotilgjengeligheten av salbutamol ikke påvirkes. *Proteinbinding:* Lav proteinbindingsgrad. *Halveringstid:* 3-5 timer. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Ved inhalasjon kan den bronkodilaterende effekten ikke relateres til absorbert mengde stoff idet virkningen inntreffer før det er målbare konsentrasjoner i serum. *Metabolisme:* Omdannes delvis til en inaktiv polar metabolitt. *Utskillelse:* Gjennom nyrene som omdannet og uomdannet salbutamol, 40-60% som uomdannet salbutamol, avhengig av administrasjonsmåte. Mindre mengder utskilles i fæces.

**Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner. Tremor. Hyperaktivitet hos barn har vært rapportert i sjeldne tilfeller. Forbigående muskelkramper er rapportert i meget sjeldne tilfeller. Potensielt alvorlig hypokalemi kan forekomme ved behandling med beta<sub>2</sub>-agonister. Økt pulsfrekvens sekundært til perifer vasodilatasjon kan forekomme. Takykardi. Anspenhet og hodepine er rapportert. Irritasjon i munn og svelg kan forekomme ved inhalasjonsbehandling. Ved inhalasjonsterapi, foreligger mulighet for paradoksal bronkospasme.

**Forsiktighetsregler:** Thyreotoksikose. Hypertensjon og hjerteinsuffisiens. Dose og doseringshyppighet bør bare økes i samråd med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. Potensielt alvorlig hypokalemi kan opptre ved beta<sub>2</sub>-agonist terapi, i hovedsak etter bruk av forstøvervæske. Samtidig behandling med xantinderivat, steroider, diuretika og hypoksi kan forverre hypokalemien. I slike tilfeller bør serum-kaliumnivået følges. Beta<sub>2</sub>-agonister kan induisere en reversibel metabolsk forandring, f.eks. økning i blodsukkernivå. Diabetikere kan være ute av stand til å kompensere for denne endringen og utvikling av ketoacidose er rapportert. Samtidig administrasjon av kortikosteroider kan forverre denne effekten. Dersom pasienten må øke forbruket av beta<sub>2</sub>-agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og man bør vurdere å starte eller øke kortikosteroidterapi. *Inhalasjonsaerosol og inhalasjonspulver:* Hvis effekten varer mindre enn 3 timer, kontaktes lege.

**Graviditet/Amning:** Forsiktighet utvises under graviditet og amning. Hvis behandling er nødvendig, må nytten for moren avveies mot mulig risiko for fosteret. Økning av fosterets hjertefrekvens er påvist ved i.v. administrasjon av beta<sub>2</sub>-stimulatorer i behandling av premature rier. Salbutamol vil kunne hemme uteruskontraksjonen hos fødende. Denne virkningen kan oppheves av oxytocin. Da salbutamol sannsynligvis utskilles i morsmelk, bør bruk hos ammende mødre bare skje etter at morens fordel er vurdert i forhold til mulig risiko for barnet. Det er ikke kjent hvorvidt salbutamol i morsmelk kan ha skadelig effekt på nyfødte.

**Interaksjoner:** Ikke-kardioselektive betablokkere vil redusere eller blokkere effekten av salbutamol.

**Dosering: Inhalasjonspulver i Diskus:** 0,2-0,4 mg ved behov. Ved bruk av inhalasjonspulver både fra dose-skive og Diskus kan det ved anstrengelsesutløst astma gis 0,2 mg 10-15 minutter for anstrengelse. Ved allergi-utløst astma kan det gis 0,2 mg 10-15 minutter for eksponisjon for det aktuelle allergen. Inhalasjonsteknikken må kontrolleres (se Andre opplysninger).

**Overdosering/Forgiftning:** En kardioselektiv betablokker er foretrukket antidot. Betablokkere må brukes med forsiktighet til pasienter som har eller har hatt bronkospasme.

**Andre opplysninger: Inhalasjonspulver:** Administreringsmåte: Til inhalasjon ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus. Administrasjonsmåte: Se pakningsvedlegg.

**Pakninger og priser: Inhalasjonspulver: 0,2 mg: Diskus:** 60 doser kr 103,80. Pris av 6.1.97. Felleskatalogtekst av 26.8.97. T: 2,30

## Referanser:

1. A. Malton & al. A comparison of in vitro drug delivery from two multidose powder inhalation devices. Eur. J. Clin. Res. 1995; 7: 177-193.





# Synfase®

noretisteron/etinyløstradiol

-lik men allikevel ulik.

#### Antikonseptjonsmiddel

**TABLETTER:** Hver hvit tablett inneholder: Noretisteron 0,5 mg, etinyløstradiol 35 µg, lactose, hjelpestoff. Hver gul tablett inneholder: Noretisteron 1 mg, etinyløstradiol 35 µg, lactose, hjelpestoff. Fargestoff: Kinolingul (E 104).

**Egenskaper:** Klassifisering: Trefasisk østrogen-progestogenkombinasjon (kombinasjonspille) med økt progestogeninnhold i midtcyklus især ved de postovulatoriske progestogendoserte fasen i normalcyklus. De siste 5 dager av progestogendoseringen reduserer utgangsdoseringen, svangerskapsrisikoen konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale steroidbehandling pr. cyklus blir derved lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og sykkelkontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinyløstradiol har østrogen effekt. Kombinasjonspillen er det sikreste antikonseptjonsmiddel tilgjengelig i dag. I internasjonale statistikker og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspillen må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap dersom 100 kvinner bruker kombinasjonspillen i 1 år.

**Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermens passage vanskeliggjøres og endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maks. serumkonsentrasjon for begge hormoner innen 2 timer etter inntak. **Halveringstid:** Noretisteron: Ca. 19-72 timer (avhenger i ulike studier), etinyløstradiol: Ca. 26 timer. **Metabolisme:** Begge hormoner metaboliseres i leveren. **Utskillelse:** Metabolittene utskilles via urin og feces.

#### Indikasjoner:

Antikonseptjon.

**Kontraindikasjoner:** Verifisert eller mistenkt cancer mammae og østrogenavhengige

tumorer rikt, endometriehyperplasi eller tilfelle i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som trombose eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnesen. Utpregget fettilt disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson syndrom, Rotor's syndrom, graviditetsdiabetes i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er dog ikke kontraindikasjon). Sigekellensmi, Psoriasis, Hypertensjon, Guttalitt, Utligningsstøtteri, vaginublaeding, Herpes gestationis i anamnesen, Hyperlipoproteinemi.

**Årsvirkninger:** Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Blødningsforstyrrelser særlig intast, vaskeremmen, mastalg, kvalme, hodepine, migræne, huserforstyrrelser, syreforstyrrelser, cholestea. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på årenes ikke nødvendige relatert til preparatet, skal medikasjon straks avbrytes. Tilfeller av leverforstyrrelser (adenoer, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet. Forandringerne kan ytre seg som akutte bukmerter eller tegn på intraabdominal bløding, og behandlingen bør da snarlig seponeres.

**Fertilitetsvurdering:** For behandling initiert foretas grundig familianamnese. Kontrollen gjentas jevnt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (flebot og fremst hjerteinfarkt, slagetill). Cytologiske prøver skal tas etter startingsprogrammet. Bruk av perorale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karykardiom. Røking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodpropp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner bør utelukkes fra bruk av p-piller.


Fråske ikke-nøkkende kvinner uten økt risiko for hjerte-karykardiom kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opptrer tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes seponeres ved tegn på årenes. Hvis mulig, seponeres minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å modifisere økt tromboemboli. Kan redusere glukosestørrelsen og diabetikere bør måleres strengt kontrollert. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller trykkløst, epilepsi eller migræne. Utgå kvinner med ikke-stabiliserte sykler, samt kvinner med oligomenor eller sekundær amenor bør behandles avhengig av årsaken for prevensjon. Ved markert blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved ublått bløttbløding skal graviditetstest utføres. Effekten kan reduseres ved oppkast og diar. I slike tilfeller bør ikke hormonelle antikonseptjonsmidler sørges i tillegg. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør årsaken prevensjon sørges i tillegg i 14 dager.

**Graviditet/fødsel:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Både østrogen og gestagen er påvist i morsmelk. Bør ikke brukes under amning.

**Interaksjoner:** (2:118) steroider, 119 antikonseptjonsmidler, perorale (p-piller), 119 noretisteron.

**Dosering:** 1 tablett daglig. Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødingens 1. dag og fortsetter med en tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettdager starter så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettdose passas på 7 dager inntar en menstruasjonslignende bløding (forfallsbløding). Tabletten bør tas på omtrent samme tid hver dag. Med denne doseringsregime oppstår full beskyttelse fra første tablett.

**Pakninger og priser:** Dosepakning: 3 x 21 stk. pris, 6 x 21 stk. pris.

 **Synarel**®  
nafarelin

 **Synfase**®  
noretisteron/etinyløstradiol

 **Concludag**®  
noretisteron

**SEARLE**  
SCANDINAVIA  
Division of Monsanto Norge A/S

Fornebuavn. 37, 1324 Lysaker.  
Telefon 67 12 74 71. Fax 67 12 74 80.