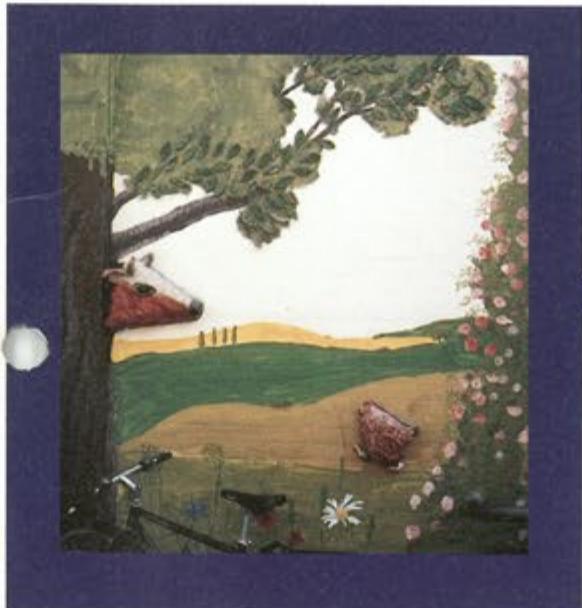


# utposten

Nr. 6 - 2001  
Årgang 30

*Blad for  
allmenn- og  
samfunns-  
medisin*



## • Inhold:

Leder: Over streken – inn på banen AV FRODE FORLAND	s 1
Når drømmen er å kjøre doktorbåt LAILA NILSEN INTERVJUET AV JANNIKE REYBERT	s 2
Personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser AV SJØR SEIM	s 6
Samfunnsmedisineren – politiker eller fagperson? AV PETTER ØGAR	s 16
Min vision: Hvordan jeg ønsker at arbejde som samfunnsmediciner AV LISBETH BANG	s 20
Legionella-utbruddet i Stavanger AV M. JENS HOLM	s 28
Fra bunnen er det bare en vei, men det er det fra toppen også AV DAG S. THELLE	s 30
Faste spalter	s 34

# utposten

## Kontor:

RMR/UTPOSTEN  
Sjøbergvн. 32, 2050 Jessheim  
Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25  
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktorene av  
UTPOSTEN:

**Torgeir Gilje Lid**  
*Koordinator*  
Heskestadv., 11  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 10 71  
Fax: 51 52 61 52  
E-mail: giljelid@online.no

**Jannike Reymert**  
Skogstien 16  
7800 Namsos  
Tlf: 74 27 33 50  
Fax: 74 27 54 10  
E-mail: jannike.reymert@c2i.net

**Elisabeth Swensen**  
Klokarksogemoen  
3840 Seljord  
Tlf: 35 05 04 42  
E-mail: elswense@online.no

**Gunnar Strøno**  
Skogy, 29  
3660 Rjukan  
Tlf: 35 09 22 28  
Fax: 35 09 06 40  
E-mail: 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.telemex.no

**Erik J. Pedersen**  
Heskestadv. 13  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 75 60  
Fax: 51 90 69 01  
E-mail: ejped@online.no

**Tone Skjerven**  
Modum Bad  
3370 Vikersund  
Tlf: 32 78 70 96  
Fax: 32 78 83 08  
E-mail: tone.skjerven@c2i.net

**Forsidefoto:** Utsnitt av marmaleri på barnehage  
i København. Fotograf: Lisbeth Bang

**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen

**Design, repro og trykk:**  
PDC Tangen

# Over streken – inn på banen

**D**enne Utpostenredaksjonen har ønska å profilere bladet tydelegare ut frå fire grunnpilarar – det reflekterande essay, fagpolitiske artiklar, meir klinisk stoff og kunstneriske bidrag. Tema er som før, allmenn- og samfunnsmedisin.

Allmennmedisin står for tida sterkare enn samfunnsmedisin i dei primærmedisinske miljøa i Noreg. Innføring av fastlegeordninga, «gjeninnføring» av prinzippet om henvisningsplikt og den store lønnskilnaden mellom fagområda, har gjort at samfunnsmedisin har kome i andre rekke. Ein spesialist i allmennmedisin tener i dag omlag dobbelt så mykje som ein fastløna spesialist i ein samfunnsmedisinsk stilling. Lønsvilkåra avspeglar den verdien samfunnet set på ulike tenester. Faget samfunnsmedisin har rekrutteringsproblem, og mange har dei seinare åra gått over i kombinerte allmenn- og samfunnsmedisinske stillingar av reine økonomiske årsaker.

I dette nummeret av Utposten presenterer vi tre samfunnsmedisinske artiklar, ein reflektrerande artikkkel om fag og politikk og to artiklar som kan kallast klinisk samfunnsmedisin. Lisbeth Bang skriv om verkemiddel i førebyggjande arbeid, smittevernoverlege M Jens Holm i Stavanger gjev oss del i sine notater og tankar om den dramatiske legionellaepidemien i Stavanger. Denne artikkelen viser til fulle kor viktig det er også å kunne tenkje årsaker og intervensjon på samfunnsnivå når ein møter pasientar i klinisk allmennmedisin.

Petter Øgar drøftar forhold vedrørande rolle, lojalitet, lydighet, politikk og fag – kjernesørsmål innanfor samfunnsmedisin. Han skriv at i forholdet mellom fag og politikk er rolleovertramp regelen snarare enn unntaket for samfunnsmedisinaren. Utposten meiner at det i dag truleg er eit større problem at samfunnsmedisinaren ikkje er tilstades korkje i formelle eller uformelle roller når viktige samfunnsspørsmål vert debatterte i kommune, fylke eller stat, enn at han imperialistisk trenger seg inn på politikarane sin banehalvdel, slik Øgar uttrykkjer det.

I desse dagar skriv Sosial- og helsedepartementet på ein ny handlingsplan for folkehelse, der to av hovudmåla er: Fleire verksame år og reduksjon av sosial ulikhet i helse. Det er godt dokumentert at nettopp sosial ulikhet og store lønnskilnader i eit samfunn skapar dårleg helse. I det norske samfunnet i dag er det større skilnader på fattig og rik enn nokon gong tidlegare i nyare tid. Dette er ein situasjon som burde vere ei kraftig utfordring både til fagfolk og politikarar. Samfunnsmedisinrarar: Over streken, og inn på banen! Lat dykkar røyst høyre i debatten!

Frode Forland

# Når drømmen er å kjøre doktorbåt

Vi ble nysgjerrige på et innlegg i Tidsskrift for den norske legeforening våren 2001 (1). En gruppe unge legestudenter i Tromsø mente å se en sammenheng mellom manglende interesse for allmennmedisin etter studiet og lite fokus på allmennmedisinske problemstillinger de første studieårene, de årene studentene mener mye av grunnholdningene til faget dannes. Riktignok fikk de allerede første studiedagen presentert et kasus med en gutt med endokarditt, at allmennlegen ikke hadde klart å stille diagnosen ble kommentert av professoren med en dyster hoderysten: «Burde vært umulig å overse av allmennlegen!»

Studentene har ikke fått noe tilsvarende sine synspunkter selv om de kanskje peker på noen av de viktigste faktorene for å sikre rekruttering av allmennleger. Legeforeningen har kort tid etter innlegget skrevet brev til alle medisinske fakulteter og uttrykt sin bekymring for undervisningen i allmennmedisin, og dette brevet har artikkelforfatterne fått kopi av. Legeforeningen var ikke på tanken før artikkelen kom, men artikkelen gav dem et puff til å gjøre noe.

Utposten inviterte Laila Nilsen, primus motor for debattingen, til ytterligere utdyping av temaet – hva kjenner tegner studenter som brenner for primærhelsetjenestens rekrutteringsproblemer? Finnes det fortsatt medisinstudenter som ikke stiler mot sykehuskarriere i en av våre store byer med seilbåt og rosedyrking som hobby på alle avspaseringsdagene?

Laila Nilsen kom som snytt ut av en doktorbåt på Helgelandskysten, praktisk kledd med en ullgenser som ville holdt henne varm selv på en nordnorsk uværsdag i februar. Jammen satt hun sjøbein på land også, det virket som argumentene hennes også ville holde en uværsdag, det skal nok mer enn en professor til for å få henne til å fire på sine synspunkter! Hun har vokst opp på Kvina i Lurøy, en øy kommune midt mellom Bodø og Brønnøysund med ca 1000 øyer. Mora jobber på sykeheimen og faren er taxisjåfør, for noen år siden kjørte han også ambulanse. Idealbildet av

DOKTOREN fikk hun tidlig i barndommen: en mann i tykk ullgenser som kom med doktorbåten (den nordnorske varianten av skjærgårdsdoktoren). Hun kan strekke seg til at en mer moderne utgave av idealdoktoren bruker Goretex-jakke og like gjerne er en kvinne, men doktorbåten er fremdeles en viktig del av idealbildet på en skikkelig doktor langs norskekysten.

Etter tre år på medisinstudiet er hun overrasket over hvor lite hun kan om folks medisinske hverdagsproblemer. Hun kan mer om feokromocytom enn verkefingre, nakkemyalger og forkjølelse, og det å forstå folks totale livssituasjon har hun ikke lært noe om. – Det jeg har sett av sykehushverdenen virker svært upersonlig, fortsetter hun. – Det virker som man ikke får noe innblikk i folks «egentlige» liv på sykehuset. De tre første studieårene har studentene to dagers utplassering i allmennpraksis og alle uketjenester foregår på sykehuset. Vi har dessuten i alle organfag hatt få og overfladiske timer med fokus på allmennpraksis, men de har ikke vært noe annet enn repetisjon av det sykehuslegene hadde lært oss tidligere.

I en valgfri periode valgte derfor Laila og hennes ni medskribenter på kullet å reise ut til hver sitt «skjær» og se hva allmennpraksis var i virkeligheten. Mange medisinstudenter har, med mer eller mindre innsikt i allmennmedisin, inntrykk av at jobben stort sett dreier seg om å skrive sykemeldinger og resepter samt å håndtere friske mennesker med diffuse ondter. Laila og hennes medforfattere har etter sine praksisperioder en helt annen oppfatning av allmennlegejobben.

– Vi har oppdaget alt allmennleger kan håndtere i egen praksis der bruk av annenlinjetjenesten er nærmest er kontraindisert. Allmennmedisin er et spennende område der man får bruk for alle fagområder og der utfordringene står på rekke og rad. Problemet er bare at alt for få studenter oppdager dette. Etter vår mening er det ikke så mye som skal til for å gi studentene et puff i riktig retning. Bare det å



få allmennleger som forelesere ville være et langt skritt på veien. En forelesning om KOLS eller cancer coli forelest av en allmennpraktiker ville nok bli annerledes enn en forelesning fra en spesialist på RiTØ, men vi tror at læringsutbyttet ville være vel så stort!

I miljøet til denne studentgruppa drives det aktiv mytekjempelse: – Vi tror ikke allmennlegene er så alene og faglig isolert som mange tror. Mulighetene for fagprat og faglig oppdatering er tilstede og kan gjøres enda bedre, og her vil vi gi Universitet i Tromsø honnør for arbeidet de gjør med opprettelsen av ressurskommuner som bl.a nettopp skal disse mytene til livs. Vi betviler også myten om at sykehus-spesialiteter er så mye mer faglig givende. Er det på sikt mer givende å håndtere et stort antall hjertepasienter man aldri blir kjent med, og er nå egentlig pasienten i allmennpraksis så sidrumpa og lite utfordrende som ryktene skal ha det til?

Aner vi her et sus fra tidlig på 80-tallet da allmennmedisinen hadde vind i seilene og var attraktiv som yrkesvalg for nyutdannede leger? Er denne tilbakemeldingen på legeutdanningen fra studentene selv en mulighet til å snu 90-årenes triste forfallstid i allmennmedisinenes verden? Vi tror absolutt det er verdt å låne øre til tankene studentene presenterer. Selv om de ikke har fått noen direkte respons på

sitt innlegg som taler undervisninga på universitet og sykehus midt imot, vil det overraske oss meget om ikke innlegget deres har satt spor etter seg blant ansvarlige for undervisningen på universitetene. Vi som har bikket over middagshøyden som allmennleger ønsker disse studentene og deres ideer velkomne som arvtagere av morgendagens allmennmedisin.

\*\*\*\*\*

Inspirert av studentenes engasjement har vi innhentet en oversikt over undervisningen i allmennmedisin på våre fire universiteter. Det er ikke enkelt å finne ut hvor sterkt allmennmedisinen egentlig står sammenliknet med f eks de andre to «store» fagene, indremedisin og kirurgi. Kommunikasjonskurs og problembaset læring er ofte tuftet på allmennmedinsks tankegang, men omfatter selvfølgelig alle de medisinske fagene. Fagene overlapper dessuten hverandre i stor grad, og allmennmedinske problemstillinger kan inkorporeres i alle medisinske problemstillinger forutsatt at foredragsholderen velger det. Det er imidlertid stor grunn til å anta at allmennmedisinen først blir synlig i undervisningen når allmennlegene selv deltar i undervisningen. Med fare for å lage en for enkel fremstilling av en komplisert sak tror vi allikevel at nedenstående presentasjon av universitetenes undervisning i allmennmedisin beskriver omrent hvor faget står i dag.



Ved Universitetet i Tromsø har studentene to utplasseringsdager hos allmennlege og to dager til heimebesøk hos kronisk syke første studieår. I tillegg har de 1–2 timer pr uke med en serie de kaller «Samfunn og sykdom» som ledes av en allmennlege. 2.–4. studieår går studentene gjennom de ulike

organsystemer der alle fag tilhørende dette organet gjennomgås. Studentenes kritikk rammer vel aller mest her. Selv om man har jobbet for å få inn mer allmennmedisinsk undervisning i organkursene, har man bare 1–2 timers allmennmedisinsk undervisning pr organkurs, som har en varighet på 4–7 uker. Organkurs 17 (4. studieår) heter «Samfunnsmedisin» og her har allmennmedisinsk undervisning fått bred plass. Det jobbes for å få til 1–2 utplasseringsdager hos allmennlege i alle de fire første studieårene.

Studentene har to valgfrie perioder i 2. og 4. studieår der de selvfølgelig kan velge allmennmedisinske problemstillinger eller utplassering på allmennlegekontorer slik forfatterne av tidligere omtalt artikkel har gjort. Studentene har tilgang til eget laboratorium for ferdighetstrening der det bl.a. inngår to allmennlegekontorer. Ved Universitetet i Tromsø er man (med rette!) stolt over at de innehar verdensrekorden i antall uker studentene er utplassert hos allmennleger: 8 uker i 5. studieår. Siste studieår gjennomgår man alle kjernefag, og her er det mye klinisk undervisning, endel av denne undervisningen er allmennmedisinsk. I høst jobbes det hardt for å få til eksamen i allmennmedisin etter endt studium, enten i tillegg til indremedisin og kirurgi eller slik at studentene kommer opp i to av tre store fag: Allmennmedisin, indremedisin og kirurgi.



Ved Universitetet i Oslo er studentene utplassert hos allmennlege 4,5 dag i første semester samt at de er på heimebesøk to ganger i annet semes-

ter. Allmennleger har ansvar for undervisningen 3–41 timer pr semester (gjennomsnittlig ca 15 timer) resten av studietiden. Gjennom hele studiet skjer mye av undervisningen som problembasert læring i grupper og her tas det i stor grad utgangspunkt i kliniske problemstillinger hentet fra en allmennmedisinsk setting. I det femte studieåret (10. termin) er studentene utplassert hos allmennlege i 6 uker og 6 uker på et lokalsykehus i samme område. Denne «miniturnustjenesten» gir et godt utgangspunkt for å forstå samarbeid og samhandling mellom allmennpraksis og lokalsykehus. Før utplasseringen «trigges» studentene i forhold til en del viktige særpreg ved allmennpraksis, og i løpet av utplasseringen er det lagt inn «oppgaver» som styrer deres oppmerksomhet mot sentrale deler av allmennmedisinfaget. Etterundervisningen tar i stor grad utgangspunkt i erfaringer og refleksjoner som studentene har med seg fra praksisperioden. Noe av grunnen til at praksisperioden er lagt til slutten av femte studieår, er at studentene da har midlertidig lisens og derfor kan arbeide mer selvstendig. I siste studieåret (11. og 12. semester) er allmennmedisinfaget representert med spredte kliniske forelesninger og noen kortvarige kurs (multiproblempasient/polyfarmasi; legevaktskurs). Til sammen motsvarer samlet undervisning i allmennmedisin i den nye studieplanen («Oslo 96») ca 14 uker. Man har ikke egen allmennmedisinsk eksamen, men eksamen etter hvert semester («bestått/ikke bestått») er allmennmedisinske oppgaver representert i forhold til fagets plass i semesteret. Det vil si at allmennmedisin er mest inne i eksamensoppgavene etter 10. og 11/12. semester.



Medisinstudiet i Bergen har to års pre-klinikk og fire års klinikk. Allmennmedisin som et av tre kliniske hovedfag er inne med ca 13 uker fordelt over hele studiet.

*Arbeidsmåter:* gruppeundervisning, ferdighetstrening, utplassering, forelesninger.

*Preklinikk:* få timer. *Målsetting:* å gi studentene innblikk i klinisk relevans av basalfag.

*Grunnkurs klinikkk 3. studieår:* 1 uke. *Målsetting:* å vise studentene allmennmedisinsk epidemiologi og klinisk arbeidsmåte, samt å trenere basale kommunikasjonsferdigheter.



# Personlighetsmessig sårbarhet

AV OVERLEGE SJUR SEIM



**Sjur Seim**, født 1950. Stipendiat Institutt for kreftforskning, Region sykehuset i Trondheim 1980–1982. Assistentlege Dikemark sykehus 1982–1987. Overlege Dikemark sykehus, Alderspsykiatrisk avdeling 1987–1991. Overlege Ringerike psykiatriske senter og Hallingdal psykiatriske senter 1991–1993. Overlege Aker sykehus – Klinikk for psykiatri, alderspsykiatrisk avdeling 1994–2000. Overlege Modum Bads Nervesanatorium 2000–2001. Nåværende adresse: Aker sykehus, Klinikk for psykiatri, Alderspsykiatrisk avdeling.

## Innledning

I en intervjuundersøkelse av 2053 innbyggere i Oslo mellom 18 og 65 år fant man nylig at 13,4% av intervjuobjektene hadde en personlighetsforstyrrelse (1). Personlighetsforstyrrelser er delvis et storbyfenomen, og det er ikke nødvendigvis slik at alle lider så mye av å ha slike forstyrrelser. Men de gjør en person sårbar for å utvikle depresjoner, og øker risikoen for problemer av personlig og sosial art, sa professor Svenn Torgeren i et intervju i Aftenposten om undersøkelsen (2).

Personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser er så vanlige at alle får kontakt med dette, både yrkesmessig og privat. Derfor er det nyttig og nødvendig med kunnskap på dette feltet. Det finnes en omfattende litteratur om personlighetsutforming og personlighetsforstyrrelser (3,4,5,6,7,8). Denne artikkelen presenterer noen hovedpunkter fra denne litteraturen.

## Hva er personlighet?

Personlighet kan defineres som stabile mønstre i måten en person føler, reagerer og tenker på om seg selv og omverdenen. Disse mønstrene preger personens grunnleggende væremåte og adferd. Personligheten formes dels av arvelige (genetiske) faktorer, dels av individets livserfaringer i samspill med andre mennesker. Begrepet *temperament* brukes om personlighetstrekk som overveiende er bestemt av arvelige faktorer. Noen sentrale temperamentsegenskaper er aktivitetsnivå, nysgjerrighet og åpenhet for nye inntrykk, tilpasningsevne, intensitet, utholdenhets- og humør. Begrepet *karakter* brukes om personlighetstrekk som overveiende er bestemt av livserfaringer og måten individet har håndtert og mestret disse på. Noen sentrale karakteregenskaper er ansvarsvilje, initiativ, selvaksept, konsistens, toleranse, empati og hjelpsomhet. Temperamentet er stabilt over tid; karakteren modnes og kan videreføres gjennom hele livet.

Hvert individ har en unik personlighet, og for å få et nyansert bilde av det enkelte individ må hans eller hennes personlighetstrekk beskrives individuelt. De enkelte personlighetstrekkene kan samles i hovedgrupper, personlighetsfaktorer. Sentrale personlighetsfaktorer er intensitet i livsutfoldelsen, behov for kontroll, og sårbarhet og tendens til bekymring. Viktige sider ved den enkeltes personlighet kan med andre ord beskrives ved å si noe om hvor intens, kontrollert og sårbar han eller hun er. I noen tilfeller vil en slik beskrivelse passe med karakteristiske personlighetstyper som vist i tabell 1. De fleste mennesker er imidlertid ikke slike «typer», men har en individuell personlighetsprofil med trekk fra flere forskjellige personlighetstyper.

## Personlighetsmessig styrke og personlighetsmessig sårbarhet

Personlighetsmessige forhold kan altså beskrives med personlighetstyper eller personlighetsprofiler. For praktisk klinisk arbeid kan det imidlertid være nyttig å beskrive personlighetsmessig styrke og sårbarhet i termer som er mer direkte knyttet til hvordan en person fungerer psykologisk på sentrale områder som realitetstesting, følelsesmessig til-

# og personlighetsforstyrrelser



© Disney

*Eksempler på personlighetstyper*

knytningsevne, evne til å være nær egne følelser o.s.v.. Én måte å systematisere en slik beskrivelse på, er å beskrive vedkommendes *Jeg-funksjoner*. Begrepet *Jeg-funksjoner* har røtter tilbake til Anna Freud og den såkalte egopsykologien innenfor psykoanalytisk tradisjon. Det er flere måter å dele inn *Jeg-funksjonene* på. Tabell 2 viser et eksempel på en slik liste over *Jeg-funksjoner*. Listen er satt opp som et

avkrysningsskjema der man kan notere hvor velutviklet de ulike funksjonene er. Dette gir et inntrykk av vedkommendes personlighetsmessige styrke, *Jeg-styrke* i egopsykologisk terminologi.

## Tilhørighet og selvbilde

Tilhørighet til andre er et grunnleggende behov hos mennesket og en sterk motivasjonsfaktor gjennom hele livet. Evnen til å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker er en sentral *Jeg-funksjon*. Hvor godt denne evnen er utviklet har stor betydning for hvordan den enkelte finner seg til rette i livet. Det er beskrevet fire grunnmønstre i måten mennesker knytter seg til hverandre på:

- Tilknytning preget av avstand og selvtilstrekkelighet.
- Tilknytning preget av nærhet og trygg gjensidighet.
- Tilknytning preget av engstelse og ambivalens, med veksling mellom klamring og avstand.
- Tilknytning preget av frykt.

Disse mønstrene utvikles tidlig i livet og dannes i samspillet mellom barnets medfødte personlighetsmessige forutsetninger (temperament) og omsorgs- og tilknytningsperso-

*Tabell 1.*

Personlighetstyper	Personlighetsfaktorer		
	Kontroll- Intensitet	bebehov	Sårbarhet
1. Den selvforsynte tilskuer	Lav	Lav	Lav
2. Den usikre følgesvenn	Lav	Lav	Høy
3. Den jordnære skeptiker	Lav	Høy	Lav
4. Den sjenerende grubler	Lav	Høy	Høy
5. Den ubesvarede livsnyter	Høy	Lav	Lav
6. Det variable impulsmenneske	Høy	Lav	Høy
7. Det selvbevisste ordensmenneske	Høy	Høy	Lav
8. Det kompliserte følelsesmenneske	Høy	Høy	Høy

Kilde: Torgersen,S.: *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Universitetsforlaget 1995.

### Vurdering av Jeg-funksjoner

	Lite utviklet	Velutviklet			
	0	1	2	3	4
1 Realitetstesting: Evnen til å skille fantasi fra virkelighet, og til å korrigere sin virkelighetsoppfatning i overensstemmelse med ny informasjon. Realitetsbrist kommer mest entydig til uttrykk i vrangforestillinger og hallusinasjoner, men kan også foreligge i mindre total grad, for eksempel som selvhenvøring og (kulturinkongruent) overtro. Inabilitet er et dagliglivseksempel på en normal begrensning i menneskers evne til objektiv realitetstesting.	<input type="checkbox"/>				
2 Følelsesmessig tilknytningsevne («Objekttilknytning»): Evnen til å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker i et forhold preget av gjensidighet og stabilitet over tid. Sviktende evne til objekttilknytning kan komme til uttrykk ved at individet aldri har hatt nære følelsesmessige forhold til andre mennesker, eller ved at slike forhold har vært ustabile og preget av dominans eller underkastelse. God følelsesmessig tilknytning er kjennetegnet ved at den man er knyttet til blir enestående og uerstattelig for en i betydningen ikke utbyttbar.	<input type="checkbox"/>				
3 Regulering av selvfølelse: Evnen til å opprettholde en stabil selvrespekt og følelse av egenverd.	<input type="checkbox"/>				
4 Affektbevissthet / affektregulering / toleranse for dysforisk affekt: Følelsesmessig opplevelses- og uttrykksevne; evnen til bevisst å oppleve og holde ut smertefulle følelser som angst og depresjon.	<input type="checkbox"/>				
5 Impulskontroll / evne til utsettelse («delay»): Evnen til å beherske sine indre, umiddelbare tilskyndelser og impulser. Evnen til å utsette tilfredsstillelse av øyeblikkets behov for å oppnå andre, overordnede og mer langsiktige mål.	<input type="checkbox"/>				
6 Evne til å tenke psykologisk («syntetiserende evne»): Evnen til å være nær sine egne følelser og reaksjoner, sette ord på dem, og se mønstre og sammenhenger i disse. Evnen til å lære av erfaring.	<input type="checkbox"/>				
7 Psykologiske forsvarsmekanismer: Et JEG-sterkt individ har modne psykologiske forsvarsmekanismer og benytter disse på en fleksibel måte, avhengig av situasjonen. Under psykisk press vil et JEG-sterkt individ fungere gradvis mindre fleksibelt og dårligere, uten at det kommer til et plutselig sammenbrudd i funksjonsevnen («Det psykologiske forsvarrets avtrapping i dybden»).	<input type="checkbox"/>				
8 Kognitive funksjoner: Konsentrasjonsevne, hukommelse, språk, evne til abstrakt tenkning. Noen regner også sansning og motorikk til JEG-funksjonene.	<input type="checkbox"/>				

NB! Denne listen over JEG-funksjoner er bare en klinisk huskliste, ikke en psykometrisk test. Betydningen av en lav score er forskjellig for de ulike items. Dersom man får inntrykk av at en person har problemer med realitetstesting, handler det ikke bare om en personlighetsproblematikk, men om en psykoseproblematikk. Det er ikke tilrådelig å operere med en sumscore, ( $\Sigma_{i=1}^8 / 8$ ). Rent visuelt får man imidlertid et inntrykk av hvordan kryssete fordeler seg i forhold til mer eller mindre velutviklet Jeg-styrke.

Omarbeidet etter Killingsvold, B.: *Rorsackmetode og psykoterapi. En egenpsykologisk studie*. Universitetsforlaget 1980.

Tabell 2

nene rundt det. Erfaringene fra dette samspillet former individets grunnforventninger til kontakten med andre mennesker: Er andre mennesker distanserte og lite tilgjengelige, trygge og forutsigbare, omskiftelige og uforutsigbare eller forutsigbart farlige? Utrygghet i grunnforventningen til andre mennesker kan håndteres på vidt forskjellige måter: Ved selv å holde avstand, ved å underkaste seg andre, ved å prøve å dominere andre o.s.v. Trygghet i mellommenneskelige relasjoner kommer ikke nødvendigvis til uttrykk ved at man er spesielt utadvendt. På

den annen side kan utrygghet i mellommenneskelige forhold komme til uttrykk i en overdreven utadvendethet som mer er et uttrykk for underkastelse enn tillit. Å opparbeide tillit og fortrolighet skal ta tid.

I omtalen av personlighetsutforming ble det understreket at typebeskrivelser gir et sammenfattende, men lite nyansert bilde av et individets personlighet. For å få et nyansert bilde av en personlighet, må typebeskrivelser suppleres med en beskrivelse av individuelle personlighetstrekk. På samme måte vil en typebeskrivelse av et individets tilknytningsmønster gi et lite nyansert bilde av hvordan vedkommende

### Tilknytningsmønster og selvbilde

	Positivt bilde av seg selv	Negativt bilde av seg selv
Lav	Trygg tilknytning	Engstelig, ambivalent tilknytning
Positivt bilde av andre		
Unngåelse		
Negativt bilde av andre	Avvisende, unnvikende tilknytning	Fryktpreget, kaotisk tilknytning
Høy		
	Lav	Avhengighet
	Høy	

Kilde: <http://www.personalityresearch.org/attachm.cnt.html> / norsk oversettelse ved sjs.

Tabell 3

knytter seg til andre. For å få et nyansert bilde av tilknytningsmønsteret, må man se i hvilken grad de fire hovedtypene gjør seg gjeldende hos vedkommende. For øvrig er det ofte en sammenheng mellom måten man knytter seg til andre mennesker på, og hva slags selvbilde man har, slik tabell 3 viser.

### Følelsesmessig nærvær og følelsesmessig integrering

*Selvet* kan defineres som en grunnleggende opplevelse av å være en bestemt person, et unikt individ med et samleende perspektiv på verden, en følelse av sammenheng over tid, en opplevelse av å eie egne følelser og tanker, av å kunne ta initiativ og utføre handlinger man har bestemt seg for. Denne grunnleggende opplevelsen av å være et sammenhengende selv er en forutsetning for å kjenne seg i følelsesmessig likevekt. Når opplevelsen av sammenheng i selvet svikter, gir det en smertefull følelse av indre tomhet og livløshet, en fremmedfølelse og følelse av å ikke være ordentlig tilstede, en følelse av å være offer i et liv man hverken forstår eller mestrer.

Utviklingen av opplevelsen av å være et sammenhengende selv skjer i et følelsesmessig samspill med nære omsorgs- og tilknytningspersoner. Barnet lærer sin egen følelsesverden å kjenne ved å bli sett og møtt følelsesmessig. Slik følelsesmessig bekrefteelse hjelper også barnet å håndtere smertefulle følelser som ellers ville vært overveldende og traumatiserende. I de første leveårene er barnets evne til å håndtere

Tabell 4

### Vurdering av symptomer som kan tyde på personlighetsmessig sårbarhet

	Uttalt				
	0	1	2	3	4
1 Brå skiftninger mellom uforenlig selvbilder	<input type="checkbox"/>				
2 Brå skiftninger i oppfatningen av andre mennesker	<input type="checkbox"/>				
3 Intense følelser / brå skiftninger i følelser	<input type="checkbox"/>				
4 Ustabil identitetsfølelse	<input type="checkbox"/>				
5 Vansker med konsistens i langsiktig planlegging	<input type="checkbox"/>				
6 Tomhetsfølelse	<input type="checkbox"/>				
7 Liten toleranse for smertefulle følelser som angst og depresjon	<input type="checkbox"/>				
8 Lett for å oppleve seg selv som offer eller skadelidende	<input type="checkbox"/>				
9 Tendens til impulsivitet og/eller selvdestruktivitet	<input type="checkbox"/>				
10 Tendens til å handle ut ting isteden for å reflektere over dem eller snakke om dem	<input type="checkbox"/>				
11 Ønske om nærhet, men samtidig frykt for nærhet	<input type="checkbox"/>				
12 Tendens til å manipulere andre	<input type="checkbox"/>				
13 Sårbarhet for kortvarige psykotiske reaksjoner ved belastninger	<input type="checkbox"/>				

NB! Denne symptomlisten er bare en klinisk huskeliste, ikke en psykometrisk test. Betydningen av en høy score er forskjellig for de ulike itms. Dersom en person har problemer med realitetstesting (kortvarige psykotiske episoder), kan det dreie seg om en psykoseproblematikk, ikke bare om en personlighets-problematikk. Det er ikke tilrådelig å operere med en sumscore, ( $\Sigma_i / 13$ ). Rent visuelt får man imidlertid et inntrykk av hvordan kryssete fordeler seg i forhold til mer eller mindre utalt personlighetsmessig sårbarhet.

Listen er modifisert etter Evang, A.: *Det vanlige* (Cappelen 1990).



Figur 1.  
Følelsemessig integrering og personlighetsmessig sårbarhet.

følelser og opprettholde en opplevelse av sammenheng i selvet lite utviklet. Derfor er barnet avhengig av at omsorgs- og tilknytningspersoner er mer eller mindre kontinuerlig tilgjengelige for følelsemessig bekrefteelse for at det skal opprettholde sin følelsemessige likevekt.

Behovet for følelsemessig bekrefteelse følger mennesket gjennom hele livet. Følelsemessig modning og selvstendighet består ikke i å bli uavhengig av andre, men i en større grad av gjensidighet og likeverd i måten man lever og omgås andre mennesker på, og dermed får dekket sitt behov for bekrefteelse.

For å kunne se og møte et annet menneske og gi det følelsemessig bekrefteelse, må man både kunne være nær sine egne følelser og kunne fornemme og romme den andres følelser. *Empati* er evnen til å fornemme, la seg berøre av, og gi gjensvar på andres følelser. Når et individ ikke får den bekrefteelsen eller det følelsemessig intonede gjensvaret han/hun trenger, oppleves dette som en skuffelse. Reaksjonen på slike skuffelser – opplevelse av empatisk svikt – kan bli meget kraftig (raseri, selvmordstrusler) dersom den treffer en sårbar person. Legg for øvrig merke til at empati både er en måte å *forstå* andre mennesker på, og en måte å *behandle*, i betydningen *forholde seg til*, andre mennesker på.

Personlighetsmessig styrke og sårbarhet henger sammen med grad av *følelsemessig integrering*. Følelsemessig integrering er evnen til å holde fast ved både gode og smertefulle følelser på samme tid, slik at begge deler har følelsemessig gyldighet, selv om den ene typen er mest fremtredende i øyeblikket. Det handler for eksempel om å kunne være sint på en man er glad i, uten at følelsen av å være glad i forsvinner. Følelsemessig velintegrete mennesker har en velutviklet evne til å romme motstridende følelser. Denne evnen gjør det mulig å holde fast ved mange sider av et forhold på en gang, og gjør det mulig å forholde seg nyansert til det som skjer. Dersom evnen til å kjenne motstridende følelser og romme dem samtidig er lite utviklet, blir det vanskelig å forholde seg til flere sider av et forhold på en gang. Dette fører til at man lett blir unyansert i måten å forholde seg på, og veksler mellom ytterpunkter, for eksempel mellom idealisering og devaluering, både av andre og av seg selv.

Tabell 4 ovenfor er en liste over symptomer som kan tyde på liten grad av følelsemessig integrering og dermed betydelig personlighetsmessig sårbarhet.

Evnen til å kjenne og romme egne følelser utvikles bare i samspill med andre mennesker. Som omtalt ovenfor larer

barnet å kjenne og mestre sine egne følelser ved å bli sett og møtt følelsesmessig av omsorgspersonene sine. På samme måte skjer videre følelsesmessig integrering og utvikling av evnen til å kjenne og romme motstridende følelser senere i livet, gjennom samspill med andre som ser og møter en følelsesmessig. For å komme videre med egen følelsesmessige integrering må man altså la andre få del i hva man føler og opplever. Dersom det man føler og opplever alltid holdes unna bak det ytre, sosiale selvet, får man bare følelsesmessige gjensvar på dette sosiale selvet. Man blir ensom med det som rører seg lenger inne, og man kommer ikke videre i sin følelsesmessige integrering. Dette betyr ikke at det sosiale selvet i og for seg representerer noe overfladisk eller uegentlig. Det betyr heller ikke at det er noe ideal å dele alt med alle. Følelseslivet har privat karakter, og det sosiale selvet gjør det mulig å være selektiv i forhold til hva og hvor mye man deler med hvem.

Figur 1 på side 10 er en skjematisk sammenfatning av disse forholdene.

### Diagnostikk av personlighetsforstyrrelser<sup>1</sup>

*Personlighetsforstyrrelser* er kjennetegnet ved mäter å være og reagere på som gjør det vanskelig å mestre livet og knytte seg til andre mennesker på en god måte. Alminnelige symptomer ved personlighetsforstyrrelser er uvanlig store problemer med å være alene; ustabilt følelsesliv med store og raske swingninger; liten evne til å holde ut smertefulle følelser som skuffelse, angst og depresjon; vanskeligheter i mellommenneskelige forhold. Det er store, normale, individuelle variasjoner i personlighetsutformingen hos ulike mennesker, og det er ingen skarp grense mellom normal personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser. Pr. definisjon foreligger det en personlighetsforstyrrelse når personlighetsutformingen er så spesiell, og den personlighetsmessige sårbarheten er så stor, at det hemmer vedkommendes livsutfoldelse og oppleves lidelsesfullt, eller det går ut over andre mennesker. I diognoselisten (ICD-10, *International Classification of Diseases*, 10nde utgave, utgitt av Verdens Helseorganisasjon) er denne definisjonen konkretisert i spesifiserte kriterier som skal være oppfylt for at det skal foreligge en personlighetsforstyrrelse:

<sup>1</sup> I denne artikkelen blir det ikke gjort rede for at det er mange uavklarte nosologiske spørsmål knyttet til diagnostikk av psykiske lidelser. Noen slike forhold bør likevel nevnes. I den amerikanske diognoselisten (DSM-IV) er det gjennomført et nosologisk skille mellom *symptomlidelser* som schizofreni og manisk depresiv sinnslidelse, og *personlighetsforstyrrelser*. Den samme tenkningen er implisitt i Verdens helseorganisasjons diognoseliste (ICD-10), der personlighetsforstyrrelsen er samlet i et eget kapittel. Sammenhengen mellom personlighetsmessige forhold og symptomlidelser er imidlertid langt fra avklart. For eksempel er det relativt greit å diagnostisere alvorlige depresjoner og argumentere for at de representerer en egen nosologisk enhet. Når det gjelder mer lavgradige depressive symptomer er det langt mindre opplagt hva som skal tilskrives en symptomlidelse og hva som eventuelt skal tilskrives personlighetsmessige forhold. Når det gjelder diagnostikk av det som pr. i dag klassifiseres som personlighetsforstyrrelser, er det også mange uavklarte forhold. Flere har gjort seg til

#### Generelle kriterier for personlighetsforstyrrelser:

- G1. Markerte avvik i individets mønstre i opplevelsesmåte og adferd.
- G2. Avviket viser seg i adferd som er dysfunksjonell i mange sammenhenger.
- G3. Adferden under pkt. 2 er subjektivt plagsom og/eller negativ for omgivelsene.
- G4. Avviket er stabilt, har vart over lang tid, og debuterte i ung alder.
- G5. Avviket er ikke uttrykk for en annen psykiatrisk lidelse.
- G6. Avviket skyldes ikke en hjerneorganisk lidelse.

Hvis de generelle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse er oppfylt, går man gjennom de individuelle kriteriene for spesifikke personlighetsforstyrrelsesdiagnose. Tabell 5 på neste side viser en forenklet oversikt over de spesifikke personlighetsforstyrrelsene.

Selv om man har diagnostiske kriterier, eventuelt også strukturerte intervjuer, å støtte seg til, er det mange usikkerhetsfaktorer i den praktiske diagnostikken. Psykiatriske symptomlidelser som depresjon og angst preger måten man fremstår på personlighetsmessig, så det er vanskelig å bedømme personlighetsmessige forhold når pasienten er svært deprimert eller har mye angst. På den annen side kan depressive symptomer og angst være fremtredende ved mange psykiske lidelser, inklusive personlighetsforstyrrelser. Dertil kan depresjon og angst opptre som egne lidelser hos pasienter med personlighetsforstyrrelser. Differentialdiagnostikken er derfor vanskelig. Fra et behandlingsmessig synspunkt er det viktig ikke å overse diagnoser som det finnes spesifikk og effektiv behandling for. Generelt er dette oftere tilfelle for symptomlidelser som depresjon og angst enn for personlighetsproblematikk. Er man i tvil om pasientens plager skyldes en symptomlidelse eller er uttrykk for personlighetsproblematikk, bør man derfor i første omgang behandle det som en symptomlidelse.

talsmann for at dagens *kategorielige* diagnostikk med spesifiserte personlighetsforstyrrelser bør erstattes av en *dimensional* diagnostikk med personlighetsforstyrrelsesprofiler. Med dagens diagnostiske kriterier vil ofte pasienter som fyller generelle kriterier for en personlighetsforstyrrelse, fylle kriterier for flere spesifiserte personlighetsforstyrrelser. Videre ser det ut til at det å ha en personlighetsforstyrrelse er mer stabilt over tid, enn hvilken spesifikk personlighetsforstyrrelse man har. Den praktiske konsekvensen av disse diagnostiske usikkerhetsmomentene er at man både bør være forsiktig med å stille personlighetsforstyrrelsesdiagnoser, og være forsiktig med hvor mye man legger i det når en pasient har fått en personlighetsforstyrrelsesdiagnose. I klinisk arbeid har forfatteren hatt god erfaring med en dimensional tilnærming der beskrivelse av personlighetsmessig sårbarhet vektlages mer enn en eventuell personlighetsforstyrrelsesdiagnose, uten at dette har frittatt fra å forholde seg til formelle diagnostiske kriterier.

## Klinisk inndeling av personlighetsforstyrrelser (DSM IV)

GRUPPE A PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER MED ERSENTRISK PRÆG	PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSE	FREMTRYDENDE PERSONLIGHETSTREKK	
		Mistensomhet; selvhenvøring; uberettiget tendens til å føle at andre har onde hensikter.	Indifferens til mellommenneskelige relasjoner; «ensom ulv».
	<i>Paranoid personlighetsforstyrrelse</i>	Eiendommelige idéer, fremtoning og adferd.	
	<i>Schizoid personlighetsforstyrrelse</i>	Manglende samvittighet og evne til empati; uansvarlig og antisosial adferd; irritabilitet og aggressivitet.	
	<i>Schizotyp personlighetsforstyrrelse</i> (klassifisert som en symptom-lidelse i ICD-10, F21)	Manglende stabilitet i selvtilte, stemningsleie og mellommenneskelige relasjoner; manipulerende, selvmodstrusler og parasuicidal adferd.	
	<i>Dyssoial personlighetsforstyrrelse</i>	Overdrevne, overfladiske følelsesuttrykk; søker stadig oppmerksomhet og anerkjennelse.	
GRUPPE B PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER MED DRAMATISK PRÆG, INSTABILITET OG KONTROLDRIST	<i>Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse</i>	Overdrevne, men skjør selvfølelse; overfolsomhet for andres vurdering; selvcentrert; tendens til depresjon.	
	<i>Dramatiserende personlighetsforstyrrelse</i>	Tendens til perfeksjonisme, rigiditet og formalisme; unngår eller utsetter beslutninger; overdrevet samvittighetsfull.	
GRUPPE C PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSE PRÆGET AV ENGSTELSE OG AVHENGIGHEIT	<i>Narsissistisk personlighetsforstyrrelse</i> (denne diagnostisen er ikke med i den offisielle ICD-10 klassifikasjonen)	Fryksom, konfliktsky; utilpass i sosiale sammenhenger; sårbar for kritikk.	
	<i>Trængspreget personlighetsforstyrrelse</i>	Usværtendig, overlater til andre å ta avgjørelser, avhengig og underkastende adferd.	
	<i>Engstelig / unnvikende personlighetsforstyrrelse</i>		
	<i>Avhengig personlighetsforstyrrelse</i>		

Tabell 5

## Behandling ved personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser

Et godt behandlingsopplegg begynner med utredning og diagnostikk. Tradisjonell medisinsk utredning har ofte vært overveiende problemorientert. Når det gjelder behandling ved personlighetsproblematikk, er det viktig å legge minst like stor vekt på å kartlegge pasientens ressurser og mestringsmuligheter. Pasienter som kommer til behandling på grunn av personlighetsmessige forhold har ofte nokså sammensatte problemstillinger. Behandlingen blir derfor sammensatt, og ofte vil flere instanser være inne i bildet (Primærlege, psykiatrisk sykepleier i kommunen, arbeidskontor, trygdekontor, sosialkontor, 2. linje-tjenesten, pårørende, ...). Behandlingen kan dreie seg om tilrettelegging av tyre forhold, om arbeid med pasientens nære relasjoner og nettverk, eller om intrapsykiske forhold hos pasienten. Behandlingsmålsetningen kan være mer eller mindre ambisiøs: *Symptomlindring* er alltid et mål, men det kan være vanskeligere å ta stilling til hvor fort man skal oppnå symptomlindring, og med hvilke midler (Når er det indikasjon for å dempe angst med benzodiazepiner, ...). *Bedre mestring* av egen personlighetsmessig sårbarhet er likeledes et selvagt mål (Er det andre og bedre måter å håndtere det på når du ...). For noen pasienter er det også mulig å få *større selvinnsikt*, men dette er ikke noen automatisk målsetning ved enhver personlighetsproblematikk. Mulighetene for å nyttiggjøre seg større selvinnsikt er bedre hvis selvinnsikten ledsages av større selvaksept. Det kan imidlertid kreve mye følelsesmessig støtte over lang tid å ta sin

egen personlighetsmessige sårbarhet innover seg. Behandleren må med andre ord gjøre seg opp en mening om pasienten vil kunne nyttiggjøre seg større selvinnsikt før han eller hun gjør dette til en del av behandlingsmålsetningen. Bedring i betydningen *økt følelsesmessig integrering* og redusert personlighetsmessig sårbarhet er et ørgjerrig mål, og vil ofte kreve langvarig og spesialisert behandling.

Et tilbakevendende tema i behandlingen av pasienter med personlighetsproblematikk er spørsmålet om bruk av medikamenter. Temaet er behandlet i flere av referansene på literaturlisten, og vil ikke bli gjennomgått her. Generelt er å si at det ikke finnes medikamentell behandling som er spesifikk for personlighetsforstyrrelser som sådan. Som andre kan pasienter med personlighetsproblematikk ha nytte av psykofarmaka for spesifiserte psykiske symptomer. Effekten er imidlertid ikke alltid like god, og noen av pasientene har lett for å få utalte bivirkninger. Forskrivning av medikamenter til pasienter med personlighetsforstyrrelser må derfor følges nøy opp.

Psykiatrisk behandling har et spesifikt *intervensjons-* eller *tiltaksaspekt*, og et uspesifikt, allmennmenneskelig *relasjons-* aspekt. De spesifikke tiltakene knytter seg til pasientenes spesifikke symptombilder og individuelle livsomstendigheter. Tiltakene kan spenne over et vidt register, kognitiv terapi ved angstlidelser, medikamentell behandling av me-

lankolier og psykoser, skjerming ved maniforme tilstander, sosialpsykiatriske tiltak o.s.v.. Mye av behandlingseffekten er imidlertid knyttet til de uspesifikke, relasjonelle faktorene som kommer til uttrykk i kvaliteten på pasient/behandler-kontakten. Dette relasjonsaspektet kan (og bør) ivaretas i all samhandling med pasientene. Det er ivaretakelsen av dette uspesifikke relasjonsaspektet som gjør et tiltak til psykiatrisk behandling i egentlig forstand. Det handler om empati, d.v.s. å ta inn og la seg berøre følelsesmessig av pasientens situasjon og lidelse, uten å miste grensen mellom seg selv og pasienten. Et annet uttrykk for formidlingen av en slik empatisk grunnholdning er *følelsesmessig bekrefte*:

- Å bekrefte er å høre og se med hjertet
- Å bekrefte er å forstå følelsesmessig
- Å bekrefte er å formidle til den andre en følelse av å bli forstått, tatt alvorlig, respektert
- Å bekrefte er å stadfeste den andres subjektive opplevelse og gi den gyldighet
- Å bekrefte er å gi opplevelse mening ved å dele den
- Å bekrefte er et bærende element i all psykiatrisk behandling
- Å bekrefte er et bærende element i all menneske «behandling»

### Personlig slitasje og personlig vedlikehold i arbeidet med mennesker med personlighetsproblematikk

Arbeid i omsorgsyrker innebærer nært kontakt med andre mennesker, både pasienter og medarbeidere. Nær personlig kontakt innebærer følelsesmessig nærhet, både til seg selv og andre. På den ene siden er dette en berikelse og et privilegium. På den annen side er dette krevende og utfordrende, særlig når det dreier seg om intense og smertefulle følelser. Dette er ofte tilfelle i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser, spesielt når det dreier seg om høy grad av personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser. Pasienter med høy grad av personlighetsmessig sårbarhet eller personlighetsforstyrrelser er følelsesmessig lite integrerte. De har problemer med å romme sine egne smertefulle følelser, og trenger andre for å ta imot og romme disse følelsene. Omsorgsarbeidere blir ofte mottakere av slike smertefulle følelser. Når en følelsesmessig velintegrert person har det vondt og ber om hjelp, vekker det som regel medfølelse og ønske om å hjelpe. Når en person som er følelsesmessig lite integrert har det vondt og overveldes av dette, får mennesker omkring vedkommende ofte en følelse av at han eller hun ikke *ber* om hjelp, men at han eller hun *forlanger* hjelp. Dette vekker lett en følelse av å bli misbrukt eller manipulert, og man står igjen med en følelse av å være mislykket og uudgelige. I det første tilfellet har et menneske

bedt et annet om å dele smerten, i det andre tilfellet har et menneske prøvd å bli kvitt smerten ved å transportere den til en annen.

I nært samarbeid mellom mennesker skjer det hele tiden en utveksling av følelser. Samarbeidet fungerer godt og er gjensidig berikende når denne utvekslingen skjer i form av å *dele*. Ved å dele det som skjer, får begge parter en gjensidig følelsesmessig bekrefteelse. Samarbeidet blir vanskelig, frustrerende og oppslitende når denne utvekslingen skjer i form av (forsøk på) transport av smerte til andre. Istedetfor en gjensidig bekrefteelse, blir det et ensidig forsøk på å bli av med sin egen smerte.

Det er nødvendig å arbeide med sin egen følelsesmessige integrering for å håndtere dette på en god måte. Å arbeide med sin egen følelsesmessige integrering vil si å være nær sine egne følelser, og dele dem med andre. På den måten blir man bedre i stand til å romme både sine egne, sine medarbeideres og sine pasienters følelser. Men ingen kan romme hverken egne eller andre menneskers følelser alene over tid. Mennesket er skapt til sosialt fellesskap og er avhengig av å dele sine opplevelser med andre jevnlig. Derfor er det viktig at det settes av tid til å dele følelser og opplevelser, slik at man kan gi hverandre gjensidig bekrefteelse, og på den måten avlaste hverandre følelsesmessig, og bidra til hverandres videre følelsesmessige integrering og personlighetsmessige modning.

### Referanser

1. Torgersen S, Kringsen E & Cramer V: *The prevalence of personality disorders in a community sample*. Archives of General Psychiatry 2001 June;58(6):590-6.
2. Gravdal T: *En av syv i Oslo i ubalanse*. Aftenposten 15.06.01. <http://www.aftenposten.no/forbruker/helse/d216328.htm>
3. Dahl A A: *Personlighetsforstyrrelser*. Kapittel 19, side 385-417 i: Dahl A A, Eitinger L, Malt U Fr & Retterstøl N: *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal 1994.
4. Dahl A A & Dalsegg, A: *Sjarmør og tyrann. Et innsyn i psykopatenes og ofrenes verden*. Tano Aschehoug 1997.
5. Evang A: *Det vanskelige liv. Om nærhet og vekst, smerte og livsvilje*. Cappelen 1990.
6. Karterud S Urnes Ø & Pedersen G.(red.): *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Pax 2001.
7. Monsen J: *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Utdrag fra klinisk psykologi. Tano 1990.
8. Torgersen S: *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Universitetsforlaget 1995.
9. Lingjærde O: *Bruk av psykofarmaka ved personlighets- og atferdsforstyrrelser, og ved aggressivitet*. Kapittel 19, side 599-607 i: Lingjærde O: *Psykofarmaka. Medikamentell behandling av psykiske lidelser*. Høyskoleforlaget 2001.
10. Nissen T: *Medikamentell behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighet*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2000; 120: 2135-41.



## Bedre blodtrykkskontroll

### *The Perfect Partner*

- Carduran som tilleggsmedikament ved hypertensjon gir god blodtrykkskontroll og høy toleranse (1,2,3)
- Carduran bedrer hypertonikernes metabolske profil (3)
  - Øker insulinfølsomheten (4)
  - Senker LDL-kolesterolemien (2)
  - Senker triglyseridene (4,5)
- Hypertonikere med BPH kan behandles med ett medikament – Carduran

## CARDURAN CR "Pfizer"

ATC-nr.: C02C A04

Selektiv alfa<sub>1</sub>-blokker

**DEPOTTABLETTER** 4 mg og 8 mg: Hver tablet inneh.: Doxazosin, mesil. aeqv. doxazosin. 4 mg, resp. 8 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E172), titanoksid (E171). **EGENSKAPER:** Klassifisering: Selektiv alfa<sub>1</sub>-blokk. Senker perifer karmotstand samt relakserer glatt muskulatur i prostata som medfører forbedret urinpassasje. Virkingsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk alfa<sub>1</sub>-reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksredusjon i 24 timer. Etter innsitt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis alene eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi (BPH) symptomatisk ved selektiv alfa<sub>1</sub>-adrenoseptorblokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effektstudier indikerer at pasienter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottabletter som med 1 mg, 2 mg og 4 mg konvensjonelle tabletter. Doxazosin har en positiv effekt på lipide og en beskjeden økning av rationen HDL/totalkolesterol er sett. Den kliniske verdien av dette er ikke fastslått. In vitro studie viser antioksyderende egenskaper. Absorbjon: Depottabletten gir en jevnere plasmaprofil enn konvensjonell tablet. Maks. serumkonvensjonell tablet i samme dose. Etter 24 timer er "trough"-nivå tilnærmet lik for begge formuleringene. Peak/trough-ratio for Carduran CR er mindre enn halvparten av konvensjonell doxazosin tablet. Proteinbinding: Ca. 98%. Halveringstid: Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. Hos personer med moderat nedsatt nyrefunksjon ga en enkelt dose doxazosin en økning av AUC på 43% og en nedgang i tilsynelatende oral clearance på 40%. Metabolisme: Mindre enn 5% skiller ut i uforandret form. Metaboliseres primært av 0-demetylering og hydroksylering.

**INDIKASJONER:** Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

**KONTRAINDIKASJONER:** Kjent overfølsomhet overfor quinazolinler eller øvrige innholdsstoffer. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsnøring, øsofagusblokkering eller enhver grad av redusert lumen diameter i gastrointestinaltraktus.

**BIVIRKNINGER:** Vanligst er bivirknninger av postural type (sjeldent med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, perifert edem, asteni, somnolens, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast og gastroenteritt), munntørhet, ryggsmerte, brystsmerte, postural hypotensjon, palpitasjon, takykardi, myalgi, bronkitt, hoste, pruritus, urinkontinens, cystitt og rhinitz. For konvensjonelle tabletter er i tillegg følgende rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med alfa<sub>1</sub>-blokkere. Tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner, hudutslett, trombocytopeni, purpura, neseblødning, leukopeni, hematuri, cholestasis, hepatitt, gulsof og unormale leverfunksjonstester og tåkesyn er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert, men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom:

Takykardi, palpitasjon, brystsmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier. Bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarer den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletter signifikant lavere enn for konvensjonelle tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg konvensjonell tablet.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienten må informeres om at doxazosin er omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Det tomme skallet utskilles og kan sees i feces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profilakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokkere iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesvikten for doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøy i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Doxazosin skal administreres med forsiktigheit til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. For behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøy med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

**GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt. Dyreforsk med høye doser har vist redusert fetal overlevelelse. Bruk under graviditet bør unngås.

Overgang i morsmelk: Dyreforsk indikerer akkumulering i brystmelk. Overgang i human morsmelk er ukjent. Preparatet bør derfor ikke brukes under amming.

**INTERAKSJONER:** Doxazosin kan tas sammen med tiazidiureтика, furosemid, betablokkere, ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler, antibiotika, perorale hypoglykemiske legemidler, urinsugjørende medikamenter eller antikoagulerende midler.

**DOSERING:** Depottablettene må sveles hele og skal ikke tygges, deles eller knuses. Tas med vann, og kan tas med eller uten mat. Vanligste dose er 4 mg 1 gang daglig. Ved behov kan doses økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. anbefalt dose er 8 mg 1 gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se Forsiktighetsregler.

**OVERDO瑟ING/FORGIFTNING:** Inntrer hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indirekt på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

### PAKNINGER OG PRISER:

4 mg: Enpac: 28 stk.: kr 225,00. 98 stk.: kr 707,80. Endos: 50 stk.: kr 378,00.

8 mg: Enpac: 98 stk.: kr 1171,00. Endos: 50 stk.: kr 614,30.

Basert på SPC godkjent av Legemiddelverket 4.12.2000.

T: 12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi.

- 1 Nalbantgil S. et al. Am J Hypertens 2000; 13: 921-926
- 2 Black H.R. et al. Am J Hypertens 2000; 13: 468-474
- 3 Zusman R.M. Int J Clin Pract 2000; 54(1): 36-41
- 4 Andersson P-E, Lithell H. Am J Hypertens 1996; 9: 323-333
- 5 Andersen P. et al. J Cardiovasc Pharmacol, Vol.31, No.5, 1998

**CARDURAN CR®**  
DOXAZOSIN

**The Perfect Partner**

# Samfunnsmedisineren – politiker eller fagperson?

*Basert på et foredrag under konferanse om fastlegereformen og folkehelsearbeid, Trondheim 7.–8. september 2000.*

AV PETTER ØGAR

Samfunnsmedisineren er og bør være fagperson. Det betyr ikke at samfunnsmedisineren ikke kan og bør utøve betydelig innflytelse på politiske beslutninger gjennom formulering av problemstillinger og ved fremskaffing og servering av relevant faglig kunnskap til besluttende organer og i den offentlige debatt. Når spørsmålet om fagperson eller politiker likevel stadig reises, er det neppe uttrykk for stor prinsipiell uenighet, men snarere uttrykk for at grensegangen i praksis kan være vanskelig og kanskje kontroversiell. Det er flere årsaker til dette.

Samfunnsmedisineren og politikeren har samme perspektiv for sin virksomhet og sine beslutninger, nemlig befolkningen eller grupper av befolkningen, i motsetning til kliniske medisinere som fokuserer på individet. I dette ligger kimen til en beslutningskonkurranse.

Samfunnsmedisinske råd og vurderinger inneholder som regel betydelige skjønnmessige elementer. Skjønn er ikke verdinøytralt, og grensen mellom det faglige og alminnelige skjønn er uskarp og vurderes ulikt av ulike aktører. Politikerne kan mene noe om det meste. Av fagfolk bør det kunne forventes at de forholder seg til det faglige.

Samfunnsmedisinerens formelle makt er redusert gjennom samfunnsutvik-



## Petter Øgar

cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980–83.  
Kommunelege i og helsesjef i Hornindal 1983–95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmennmedisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998

lingen. Samfunnsmedisineren vil oftere komme i situasjoner der han eller hun ikke føler de får det gjennomslag for egne synspunkter som de mener er rimelig. Samfunnsmedisinerne er kanskje ekstra sårbar for dette fordi de i samsvar med fagets innhold ofte er samfunnsgangere med klare verdioppfatninger i ulike samfunnsspørsmål.

Samtidig som samfunnsutviklingen gjennom demokratisering har redusert fagpersoners formelle makt, har den økte fagliggjøring, profesjonalisering og spesialisering av nærmest alle samfunnsområder gjort politiske beslutningstakere helt avhengige av faglige råd. Dette kan friste til faglig forfektning av egne synspunkter ut over det fagets innhold og den faglige rollen gir grunnlag for. Faglig lobbyvirksomhet er en idrettsøvelse i vekst der et utvidet faglighetsbegrep nok ofte legges til grunn.

## Begrepene politikk, fag, rolle og skjønn

Forholdet mellom fag og politikk handler mye om hva en legger i begrepene politikk, fag, rolle og skjønn.

*Politikk* betyr læren om statsstyrelsen. Politikk omhandler spørsmål som ligger til det offentlige å ta stilling til. I et demokrati vil det offentlige si de demo-

kratisk institusjoner. Spørsmålene er av mange typer, men de handler i stor grad om hvilke regler som skal gjelde i samfunnet, hvordan ressurser og goder skal fordeles og brukes. Til grunn for svarene ligger det eksplisitt eller implisitt verdimessige avveiningar.

Begrepet *fag* er det vanskelig å finne autoritative definisjoner av. Med et fag forstår jeg kunnskap og/eller ferdigheter innenfor et tematisk avgrenset område. Kunnskapen/ferdighetene er framkommet eller utviklet av fagutøverne ved hjelp av ulike mer eller mindre standardiserte metoder. Et fag er ofte et instrument for å beskrive deler av virkeligheten gjennom forsøk på å objektivisere og dokumentere den slik at innholdet framstår som sant, troverdig og mest mulig udiskutabelt. Det vil ofte være en kunnskapskjerne med relativt sterk dokumentasjon som glir over i en sone der en må innføre skjønnmessige vurderinger for å komme fram til svaret.

En *rolle* er forventningene om hvordan et individ skal handle i bestemte situasjoner eller posisjoner. Rollebevissthet og rolleryddighet vurderer jeg som viktige ferdigheter der mange av oss fortsatt har et forbedringspotensial. Menningene er delte med hensyn til hvor mange roller man kan ha og fremdeles bevare sin troverdighet. Men når man må ha med eget hattestativ i møter eller får grupperabatt på bussen er det grunn til å spørre om ikke grensen er overskredet. Noen selvprøvte rollespørsmål kan være en hjelpe underveis: Hvilken rolle er jeg i nå? Hvilken legitimitet har denne rollen for meg? Er det en rolle jeg må være i, en rolle jeg kan velge om jeg vil være i eller en rolle jeg ikke har rett til å være i? Dersom det er en rolle jeg kan være i, er det en rolle jeg bør være i?

Skjønn er en vurderende aktivitet som må til fordi faktagrundlaget gjennom entydige logiske slutninger eller formaliserte regelverk ikke alene gir svaret. I skjønnsutøvelse inngår flere elementer som i praksis bevisstgjøres og ivaretas i ulik grad. Kjennetegn ved det gode skjønn er at:

- Relevante faktorer og forhold for avgjørelsen er identifisert og utredet i rimelig grad.
- Det faglige grunnlaget er kjent og kvalitetsvurdert på en rimelig god måte.
- Det er gjort rimelige sannsynlighetsvurderinger.
- Det er gjort en adekvat helseøkonomisk vurdering.
- Det er gjort en rimelig god integrert vurdering av de ulike faktorer og hensyn avgjørelsen bør bygge på.
- I vurderingen går det klart fram hva som er fakta, og hva som er skjønnmessige vurderinger. Valgsituasjonen(e) kommer klart fram.
- Prosessen er skjedd innenfor rammen av rimelige rolletolkninger.

Bruken av ordene «rimelig» og «adekvat» illustrerer at det er betydelige grader av skjønn også i beslutningen om hvor omfattende prosesser som bør ligge bak ulike skjønnsavgjørelser.

### Samfunnsmedisinsk ideologi?

I relasjon til utforming av samfunnsmedisinske fag og samfunnsmedisinerrollen er det naturlig å spørre om vi trenger en samfunnsmedisinsk ideologi, og om det er plass til en slik uten å gå inn på politikkens enemarker. Jeg mener vi trenger en samfunnsmedisinsk fag- eller yrkesetikk, men at vi bør avstå fra å ha et egendefinert politisk verdigrunnlag. Stortinget har gitt helsetjenesten et verdigrunnlag gjennom de målsettinger som gjelder for helsetjenesten. For meg er det problematisk å tenke seg at samfunnsmedisinen skal definere et verdigrunnlag som bryter med dette. Hvilken legitimitet ville det ha? Hvordan skal det fastsettes? Det kan ikke være opp til den enkelte samfunnsmedisiner å definere sitt eget verdigrunnlag for sin fagutøvelse.

Derimot bør den samfunnsmedisinske yrkesetikk og strategier for å realisere denne tydeliggjøres. Sentrale elementer i en samfunnsmedisinsk yrkesetikk bør være:

- Faglig redelighet
- Åpenhet på hvor det faglig dokumenterte slutter, og det faglige skjønnet begynner
- Høy faglig standard
- Faglig og politisk uavhengighet
- Valg av faglig innsats etter definerte prioriteringskriterier. Her trenger vi en betydelig bevisstgjøring, kanskje et samfunnsmedisinens «Lønningutvalg».
- Overholdelse av de roller vi er tillagt av samfunnet

### Hvor lydige skal vi være mot forvaltningen?

En annen innfallsvinkel er å spørre hvor lydige eller hvor lojale samfunnsmedisinerne bør være overfor sine arbeidsgivere og forvaltningen. Vi har alle et naturlig ønske om å fremme våre faglige interesser og verdisyn. Hva gjør vi når våre verdier utfordres og ikke ivaretas slik vi mener er rett og rimelig? I faglig sammenheng skjer dette når våre faglige synspunkter verken respekteres eller får den vekt i beslutningsprosessen vi mener de burde ha. I værste fall truer det hele vårt selvbilde og integritet.

Slike konfliktsituasjoner kan omskrives i noen spørsmål: I hvilke situasjoner er det riktig å gå offentlig ut mot og kritisere samfunnets lovlig fattede kjøreregler? I hvilke situasjoner er det riktig å gå offentlig ut mot de overordnede beslutninger, og i hvilke situasjoner er det riktig å bryte kjørereglene og utøve en form for sivil ulydighet?

Det siste spørsmålet er for meg det enkleste. Situasjoner som rettferdiggjør sivil ulydighet finnes, men i et demokrati må det være ganske spesielle unntakssituasjoner. Hvilke situasjoner dette er vil det alltid være delte meninger om, men det er for meg er det umulig å tenke seg at samfunnsmedisinen kollektivt skulle gå inn på slike løsninger. Det ville i praksis si at samfunnsmedisinen definerte seg som revolusjonær, anarkistisk eller totalitar (med gode forbindelser til det opplyste enevelde og den patriarkalske bedreviterholding norsk medisin har solide tradisjoner for).

Når det gjelder de andre spørsmålene, blir det skjønnsmessige vurderinger. Rolleforståelsen gir viktige svar. Handlingsrommet og vurderingen avhenger i noen grad av hvilken stilling en har. En professor har større frihetsgrader enn en kommunalt ansatt medisinsk faglig rådgiver. Fylkeslegen kommer trolig i en mellomstilling. Husk at det ikke bare handler om hva en har lov til eller hva som måtte oppfattes som moralsk riktig, en bør også stille seg spørsmålet om det er klokt og hensiktsmessig.

En påstand som framsettes er at mulighetene for å komme fram med kritikk knebles i f.eks. kommunale organisasjoner. Med kreativitet og tidmessige mediaferdigheter mener jeg dette problemet som regel kan omgås.

### Fag og politikk

Til slutt noen tanker om fagets og politikkens utfordringer i vår tid. Politikk og fag på samme lag skrev en tidligere helsemønster. Det høres fint, harmonisk og konstruktivt ut, men er etter mitt syn narraktig fordi det ofte finnes motstridende faglige og politiske svar på den samme virkeligheten.

Grensegangen byr på særlige utfordringer innenfor folkehelsearbeid og samfunnsmedisin fordi, som nevnt, de faglige premissene ofte er usikre med betydelige skjønnsmessige elementer. Det er også særlig vanskelig fordi folkehelsearbeidet har betydelige verdimesse og dermed politiske elementer i seg.

Utfordringen for fagfolk er dels å være tydelige på hva som er rimelig godt faglig dokumentert, hva som bygger på et faglig skjønn, og hva premissene for dette skjønnet er. Dels er det å respektere at verdivalg og hensyntagen til andre personlige og samfunnsmessige verdier tilliggjer individet selv, eller i et samfunnsperspektiv deres politisk valgte representanter. Spørsmålet om fag og politikk i samfunnsmedisin og folkehelsearbeid er i høy grad et spørsmål om denne rollefordelingen. Balansegangen mellom det å være helse- og eventuelt forvaltningsmessig kompetanseorgan og premissleverandør på den ene siden, til å gå over streken og være helsepolitiker på den andre er vanskelig. Jeg har inn-

trykk av at rolleovertramp er regelen snarere enn unntaket gjennom en faglig – og ofte halvfaglig – imperialisme inn på politikernes banehalvdel.

Et viktig poeng er at ved siden av å være galt, tror jeg det er en dårlig strategi ved at det utsyndiggjør politikernes ansvar. Politikerne blir stadig mer avhengig av et byråkratisk støtteapparat og spesialistbaserte faglige råd som ofte spricker. Fagstyring spiser seg inn på politikkens område. Jeg tror dette er en viktig årsak til det jeg vil kalle en avpolitisering av de demokratiske institusjonene i samfunnet, og det er meget uheldig. I tillegg synes de politiske skillelinjene på mange måter uklare. Politikerne er for mye opptatt av å tekkes velgerne fra dag til dag gjennom media- og gallupdemokratiet, framfor å være ledere som står for noe mer varig. Politikk handler om å utøve folkevalgt makt. Politiske spørsmål er i sin natur verdispørsmål. Derfor ser jeg det som et politisk sykdomstegn når en må oppnevne en egen verdikommisjon utenfor det politiske system.

Utviklingen skriker etter en sterkere politisering der den viktigste oppgaven blir å få inn politiske helhetsvurderinger, verdivalg og prioriteringer i et samfunn som er for dominert av det fragmenterte, spesialiserte fagstyre. Situasjonen påkaller en ansvarliggjøring av politikerne ved å synliggjøre de politiske valg og overlate dem til politikerne. Det forutsetter bl.a. en faglig edruehet og avholdenhets fra å misbruke sin maktposisjon i beslutningsprosessen. Det handler om å bevare den legitime rolle- og ansvarsfordeling demokratiet er tuftet på.

For politikerne er rolleproblemene knyttet til å holde seg innenfor de verdimesse og alminnelige skjønnsmessige avveininger og ikke selv definere eller forførte det faglige grunnlaget beslutningene bygger på. Det siste har i praksis vist seg meget vanskelig, for ikke å si umulig. Usikkerheten og det betydelige innslag av skjønn i mange av de faglige premissene, og det at ulike fagfolk tolker eksisterende kunnskap på til dels helt ulik måte, gjør ikke grensegangen lettere. Dels kan det resultere i en forståelig frustrasjon, dels åpner det mulighet for å velge det fagsynet som passer best inn i ens eget politiske verdensbilde. Jeg har ingen løsning på dette problemet utover å hevde at en av politikernes viktigste ferdigheter i dagens samfunn er å velge de rette faglige rådgiverne.

Som en konklusjon vil jeg si at både politikk og fag er helt nødvendige og helt avhengige av hverandre. De bør tilstrebe å utvikle gode og nære samarbeidsrelasjoner, men de skal vokte seg vel for å fjerne eller utviske den legitime rolle- og ansvarsfordeling demokratiet er tuftet på.

Enkelt, sikkert og nære pasienten.  
Prøv selv!

Fyll i kupongen, gå til vår hjemmeside [www.hemocue.no](http://www.hemocue.no)  
eller ring oss på tlf 61 31 40 50.



Ja takk,

- Jeg vil prøve HemoCue Glucose 201 (inkl. 50 kylvetter) en måned uten kostnad.
- Kontakt meg!
- Send mer informasjon!

Navn \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_

Postadresse \_\_\_\_\_

Tlf \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

## Labkvalitet i hånden

Den nye HemoCue® Glucose 201 gir deg eksakte blodsukkerverdier av høy laboratoriekvalitet. Akkurat som du venter deg av et HemoCue-system. Likevel er den så liten at den ligger bekvemt i hånden. Du tar enkelt med deg Glucose 201 hvor du vil.

La ikke det lille formatet lure deg. HemoCue Glucose 201 har like høy nøyaktighet og presisjon som Klinisk kjemisk laboratorium. HemoCue omtales i NSAM's handlingsprogram for diabetes som det pasientnære alternativ ved diagnostisering.

HemoCue Glucose 201. En stor nyhet i lite format.



# Min vision: Hvordan jeg ønsker at arbejde

AV LISBETH BANG

Kunne vi I dette rige oplyste land have råd til at eksperimentere – lave et plejehjem, hvor vi ville stå i kø for at bo hvis det blev aktuelt for os – lave en skole hvor eleverne ville fryde sig hver time de gik der – lave arbejdspladser hvor vi blev i godt humør bare af at tænke på, at nu skulle vi på arbejde –

Der er en digter som ved sit livs afslutning er citeret for at sige: «Lite vidste jeg at livet er de mange hverdagens øjeblik...» På samme måde er det gået op for mig at dagligdagens tilbud af livskvalitet er det, som er forebyggelse for god helse og trivsel. Livskvalitet, det er præcis det, jeg ønsker at arbejde med som samfundsmediciner.

Hvorfor giber jeg pennen og fortæller, hvad der ligger mig på hjertet og netop til Utpostens læsere? Måske fordi det ligger stærkt på dette mit hjerte som har været vidne til alskens hændelser. Det kunne hænde at I andre Utpost-læsere kunne være interesseret. Vi har delt mange vedkommende artikler i årenes løb og har på den måde det falles, selvom vi ikke direkte har truffet hverandre.

## Filosofiske holdepunkter

Jeg er samfundsmediciner og almenpraktiker og har fungeret som en blanding af sådan i 20 år. Specielt de seneste år hvor jeg har arbejdet med ren almenpraksis er det samfundsmedicinske aspekt blevet stadig stærkere. I mit møde med de mennesker som kommer ind ad døren som patienter har jeg tænkt at mit daglige arbejdssfelt er resultaterne af vor hverdag, hvordan vi har det og hvordan vi tager det. Det har mange gange passet mig dårligt, at jeg får ansvaret for at gøre folk raske, når jeg har så lidt indflydelse på, hvorfor folk bliver syge. Og her tænker jeg på nogle ret åbenlyse faktorer, som jeg mener har været medvirkende til at læsset er væltet. Men dette er indledningen – Jeg vil give nogle konkrete eksempler på hvad jeg mener er bærebjælker for



**Lisbeth Bang**

f. 1947

Uddannet ved Københavns Universitet 1981, specialist i almen- og samfundsmedicin. Erfaring som praktiker, planlægger, iværksætter, underviser, forsker og faglit. forfatter. Boet i Norge siden 1983

trivsel og god helse, så læseren har mulighed for at tage stil til udsagnene.

Hverdagene udgør vort liv. Betingelser for det levende liv, både nu og fremover er kernen i min samfundsmedicinske forståelse. Hvis jeg skal opfatte mig som en nyttig samfundsmediciner skal jeg have mulighed for at handle i forhold til livets vigtige områder og få synlige resultater frem. Ord uden handling er som festtaler. Vakre sæbebobler, der flyver afsted og deler op lysrefleksen i smukke farver, men de er en øjeblikksoplevelse. Selvom de er af sæbe, vasker de ikke rent.

## At arbejde med forebyggelse er som at arbejde med sit parforhold

«Der ligger en stor opgave i at koordinere samfundets kræfter for en prioritering af det forebyggende arbejde. Hvordan skal vi opnå dette? ... var en appetitvækker til diskussion på en arbejdsmedicinsk konference i 1998. Spørgsmålet er fortsat lige relevant. Der eksisterer vel også det der kaldes en *bred enighed* om at forebyggelse er vigtig at satse på. Der er produceret rigtig mange rapporter både nationalt og internationalt der belyser, forklarer, dokumenterer, underbygger osv alt, der trænger at blive gjort. Det er blevet klarere for mig eftersom jeg selv er blevet ældre og måske også som et resultat af hjernens destillerende funktion (?) – jo flere gange tankerne vender gennem synapserne og neuronerne des klarere bliver de – at forebyggelse eller mangel på samme foregår hver dag. Det er ikke et spørgsmål om

# som samfundsmediciner

*at indføre det som et nyt fænomen...* Det er som et parforhold – det er der hele tiden – det bliver noget sludder at arbejde med sit parforhold ved at sætte tid af til det på en søndag, og på samme måde med forebyggelsen.

## Lægeløftet og hverdagen

Der eksisterer noget der kan kaldes fælles basale godter. Godter som hver og en af os er afhængig af – uanset. Det er meget banalt og helt enkelt, men desværre ikke mindre rigtigt. Det er næsten i samme klasse som et H.C.Andersen eventyr (Nattergalen, Kejserens nye klæder etc). Samtidig siges som en form for modargument «at folk er så forskellige», og at «der er smag og behag», underforstået at vi ikke kan komme frem til noget, som alle skulle være interesseret i eller optaget af, at hver især derfor må sørge for sig selv. Men der er fælles basale godter som er aktuelle, uanset hvilken kultur eller hvilken del af verden man kommer fra og som gælder i alle tidsalder.

De fælles livsbetingelser er aktuelle for lægekundskaben at värne om. Hvad enten vi er almenpraktikere, bedriftslæger, sygehuslæger, plejehjemslæger eller hvor vi nu er placeret. Det at være læge indebærer at afgive et lægeløfte. Der er en anden dimensjon i at få tilladelse til at udøve lægegerning og at tage imod den udfordring end at være f.eks ansat i et privat firma som sælger computere.

Jeg tænker på fælles livsbetingelser som: *De rent eksistentielle* for at opretholde livet, såsom: ren luft, adgang til varme (klæder, husly, brændsel), rent vand, nærende mad, mulighed for hvile og sovn, omsorg og kærlighed fra andre mennesker, at kunne tage vare på sin helse, at kunne blive inkluderet i socialt fællesskab. *De demokratiske rettigheder:* Ligeværd – uanset køn, alder, udseende, race, religion og seksualitet – ytringsfrihed, retten til uddannelse, retten til information, organisationsfrihed, retten til ejendom, retten til arbejde, retten til at blive taget vare på, hvis man ikke kan tage vare på sig selv.

Måske lyder det overflødig at bruge ordet livsbetingelser i velfærds-Norge, mens vi kan være enige om at for store dele af verdens befolkning er disse godter ikke selvsagte – og at

det skal der selvfølgelig gøres noget ved. Og alligevel – hvis vi standser op og er ærlige så er vand, jord og luft ikke så rent som det kunne være hos os i Norge. Madproduktionen kan der sættes spørgsmålstegn ved. Hvor helsegavnligt er det, at kød og fiskeopdræt ikke kan foregå uden tilsætning af penicillin og andet antibiotika? Hvor helsegavnligt er det med en ophobning af dyr som bliver stressede og syge, fordi de ikke kan få lov at bevæge sig ordentligt på grund af pladsmangel? Svine- og hønseopdræt foregår på betingelser som får de tyske koncentrationslejre til at ligne hoteller. Lakseopdræt? Vi behandler forfærdeligt mange dyr uværdigt – selvom de skal blive til mad, er de også levende væsener sålænge de er i live. Hvem har givet os lov til at behandle andre levende væsener så dårligt?

## Hvorfor lukker vi beständig øjnene for plejehjemssituationen

En anden livsbetingelse som kan kritiseres i Norge er håndhævelsen af retten til at blive taget vare på, hvis man ikke kan tage vare på sig selv: Dagens billede af dette: En seng på en to-personers stue på et plejehjem, at bading er begrænset til en gang ugentlig, at man kommer op at sidde i en stol ved lunchtid og bliver lagt i seng igen før middag. At der ikke er nok personale til at dække ens behov for at blive snakket med, trøstet, holdt i hånden. Jeg husker særdeles godt de sygebesøg til beboere på plejehjem (under legevaktskøring) hvor jeg ikke kunne få min hånd tilbage, når jeg indledte besøget med at præsentere mig og give hånd. «Så dejlig varm hånd du har» kunne jeg få at høre.

Det er slet ikke vanskeligt selv i velfærds-Norge at se forhold som trænger bedre løsninger. Nogen vil have modargumenter som at almindelige mennesker ikke er kompetente til at komme med løsninger på områder som i udgangspunktet ikke er defineret som deres egne fagfelter. Men vi er alle brugere af disse eksisterende løsninger – den tilgængelige mad, den tilgængelige luft, den tilgængelige kvalitet på vand. Og vi kan alle risikere at komme til at blive beboere på et plejehjem. Der findes vel næppe idag mange personer som ville sige at det er lige sådan, de har ønsket sig deres plejehjemssituation.

Et år fungerede jeg som kommunelege I i en større kommune (23 000 indb) og havde i en periode det konkrete doktoransvar for plejehjemmets beboere. Det var uden tvil et nyt fint og moderne plejehjem med et hyggeligt og engageret personale – alligevel ville jeg ikke selv ønske at bo der. Under en konference som omhandlede samfundsmedicinerens plads i kommunehelsetjenesten (dengang samfundsmedicinerens plads blev omdefineret fra at være ansvarlig til at kunne rådgive, hvis de blev bedt om det!) spurgte jeg de tilstede værende politikere, hvem af dem som med glæde ville bo på de eksisterende plejehjem – og fik ikke noget svar. (Jeg synes fortsat spørgsmålet er for vigtig til at blive behandlet som en utidig provokation.)

### Menneskenes ufattelige kreative evner

Mennesket har bevist at det er et kreativt og handlekraftigt væsen. Men der er en forunderlig niveauforskelse i det vi har opnået og det vi ikke har fået til endda. Mennesker er sendt afsted til månen og mars. På gader og stræder går folk og snakker ind i en lille brikke – trådløst – med resten af verdens befolkning. Men fortsat er drømmen af et plejehjem ikke iværksat, og hvad med drømmen af de øvrige institutioner vi gennem årene sluses igennem? For slet ikke at snakke om drømmen om en arbejdsplass?

Visionstænkning, kreativitet og human resource kapital er udtryk som står for en positiv erfaring med at udnytte hjernens skabende potentiale mæltet og raskt. Teorien bag er,

at intet bliver opfundet eller opdaget uden at en eller anden har en indre forestilling om det. Det elektriske lys, fjernsyn, telefon etc. blev ikke «opdaget» før der forud var en klar forestilling om at slik kunne det gøres. Til en konference om human resource kapital, blev der som eksempel på en gruppens visionsarbejde brugt at de havde opfundet en flytype som ville komme til at revolutionere hele fly og transportbranchen. Jeg foreslår at vi lægger benytter os af visionstænkning og ikke overlader dette redskab kun til industrien. Både når det vidunderlige plejehjem skal udformes, den triveligste arbejdsplass og alt andet som trænger at blive gjort – Der produceres idag mange rapporter som ikke bliver brugt – og så har kreative dygtige folk spildt deres energi på slikt arbejde.

### En reel mulighed for at bruge sin cykel til transport

For at gå fra et eksempel på hverdagskvalitet – plejehjemmet – hvor jeg ikke synes vi mennesker har fundet en god nok løsning, til et andet eksempel på hverdagskvalitet hvor løsningen er langt bedre: Cykling som transportmiddel. Cykling er godt for den individuelle fysiske helse, cykling forurener ikke, cykling er støjsvag, er venlig overfor andre medtrafikanter. En cykel tager kun lidt plads op pr. trafikant. Den har en rimelig anskaffelsespris og en lang holdbarhed, hvis enkle vedligeholdelsesprincipper bliver fulgt. En cykel kan bruges til at transportere passagerer og varer. Cyklen kan kombineres med andre transportmidler – offentlige såvel som private – ved at man kan tage den med på toget, med på flyet, bag på droschen. At cykle slider ikke særligt på asfalt og vejbelægning. I København udgør cykling 35–40% af det daglige transportbehov. August 2000 oplyste flere nordiske aviser at de der cyklede dagligt et kvarter til en halv time f.eks. til og fra jobben havde 50% bedre helse end de, der ikke gjorde det. Dette var uanset andre trænings- og motionstyper. Virkelig mange fluer er smækket i et smæk ved at cyklen er et dominerende transportmiddel. Men forudsætningen for denne mægtige samfunds genistreg – at kombinere trafik i en storby med forebyggende helse af befolkningen og energibesparelse med mindsket luftforurening er at forholdene for cyklisterne er lagt til rette. I en millionby som København er de fleste gader og veje forsynet med cyklestier i begge sider af vejen, med egne trafiklys og trafikregler for cyklister. Cyklestien er løftet op fra gadeplan og markeret med kantsten, således at biler undlader at køre indover.



Fra København.

Læg merke til cykelstiens bredde og kantstenene.



Det er forståeligt at cykeltrafikken i Oslo, hvor jeg bor til daglig, udgør en forsvindende del af trafikbilledet. At cykle i Oslo idag er med livet som indsats. Det er ikke vanskeligt at se, hvad der skal gøres, hvis vi ønsker en større del af trafikbilledet skal være cyklister i de større norske byer. Det er en tom gestus at opfordre almindelige folk at cykle til jobben, vuggestuen, barnehaven, skolen, universitetet, hvis det ikke er lagt til rette for at cykle.

### Livskvalitet i boligområdet – eksempler fra Nørrebro

Et andet eksempel som handler om hverdagen – rammer for hverdagen – er boligplanlægning. Helserigtige, trivselsfremmende boliger er grundlæggende for menneskers ve og vel. I min studietid tilbage i 1970-tallet fik vi i socialmedicin i en time fremlagt Vagn Christensens doktorarbeid fra 1950-tallet i København. Vagn Christensen var alment praktiserende læge og havde funderet over, hvilke faktorer der gjorde sig gældende, når syge børn måtte indlægges på sygehus. Udfra den spørgsmålsstilling havde han fundet frem til en signifikant genganger i sygehusenes udskrivningsbreve: Det var *de samme adresser* gennem tiderne som havde forsynet børneafdelingerne med syge børn. Altså at syge børn ikke var tilfældige individer, men at det var forudsigbare adresser og gårde i København, som producerede sygdom hos små unger. – Senere har man i København udført en gennemgribende saneringsarbejde af de Københavnske slumområder.

Murmaleri ved indgangen til børnehaven – Fælledvej er også tidligere «sort firkant» og så da helt anderledes ud.

Nørrebro. Baggården til Baggesengade 3. Baghuset er revet og har givet plads til en grøn gård. Der er ved at blive sat op glasverandaer.





Indgangspartiet til boområdet «Brumleby» absolut midt i København.

I begyndelsen af saneringsperioden blev de restaurerede lejligheder for dyre for de oprindelige beboere som blev flyttet ud i højhuse i forstæderne. Noget som mange af dem ikke trivedes noget særligt ved. Senere har man arbejdet for at de oprindelige beboere skulle få mulighed for at blive boende efter saneringen med forskellige økonomiske støtteordninger. I slutningen af åttiårene og nittiårene er der faktisk lavet mange vakre løsninger inde i Københavns sorteste dele.

Man har bestræbt sig for at få mere lys og luft rundt boligerne og meget mere lys og rumføelse inde i boligerne. Der er oprettet fælles grøntområder, både plæner hvor folk kan ligge ude om sommeren, små anlæg af borde og bænke, hvor man kan nyde et måltid mad sammen, skærmede muligheder med træer og buske hvor børnene kan lege, at de er ute i det store vildnis og anlæg med grøntsagshaver, hvor der hører en lille jordlod til hver lejlighed. Og al denne herlighed findes inde i det, der før var den sorteste firkant, og til en husleje på 2-5000 kr månedligt, afhængigt af antal værelser. Et område Korsgade – Blågårdsgade, der tidligere var gedigen slum, mørkt og trist og småt har man f.eks håndteret således at en del af de oprindelige bygninger er bevaret. Man har holdt fast i den del af gårdkomplekset som kaldtes forhusene og revet bag- og sidehusene. I tillæg har man bygget brede svalegange op om forhusene således at man har inddraget trapperummene i lejlighederne til bolig. For at få lyset ind har man benyttet sig af virkemidler som at gøre hovedindgangsdøren af glas, således at lyset strømmer ind fra svalegangen til hallen. I skillevæggene mellem rum og gange har man på samme måde indlagt glasfelter. I stuen hvor der ikke har været aktuelt at tilføje veranda har man istedet lavet rumslige franske altaner med glaskarnapper. Det fælles gårdenlæg præges af tommetykke myke græsplæner og duften af kaprifolier, jasmin, roser, bærbuske og frugtræer.

### Brumleby på Østerbro

Et andet eksempel på menneskevenlig renovering er Brumleby. Brumleby ligger midt i Østerbro, et andet kærneområde af København. Allerede før 2. verdenskrig var Brumleby defineret som slum. Efter krigen, i genopbygningsfasen i 50'erne og i opgangstiden i 60'erne blev der udarbejdet flere samlede planer om nedrivning med bygning af 20-30 etagers højhuse på tomtten. De beboere som holdt til i Brumleby magtede at gøre modstand mod disse højhusplaner. Området står idag som en utrolig vakker fredfyldt perle af tæt lav bebyggelse i to etager med have rundt til begge sider af huset og i tillæg fællesarealer til grøntsager som i en kolonihave. Området har fået flere internationale priser for restaureringsarbejdet og trivselsspektet for beboerne. Jeg kan bare opfordre læseren til at drage indenom og kigge på. Det er lejelejligheder, som mennesker med gennemsnitsindtægt beboer. Det ligger helt centralt i en storby. Grunden måtte være uhyre attraktiv for både det pengestærke erhvervsliv og pengestærke private. Alligevel er området kommet almindelige folk til gode. Vi som ikke bor der men passerer forbi, kan glæde os over de fine farver på husene, et væld af blomster, træer og grønt og folk som ser ud til at de trives, mens de holder på med ting ude.



Nærbillede af haverne der hører til hver lejlighed.

Kommunen har ved den boligpolitik skabt noget vakkert som både de der bor der og vi der ser på det glæder sig over. Det er eftertragtet at bo i disse lejligheder. De kvaliteter der er lagt ind i bebyggelsen, er noget alle mennesker trives med. Det handler om prioriteringer og at lægge forholdene til rette – præcis som med cykelstier. Og at iværksætte planerne.

Inger Christensen's digt beskriver dette på en anden måde:

«Et samfund kan være så stenet  
at alt er en eneste blok  
Og indbyggermassen så benet  
At livet er gået i chock  
Og hjertet er helt i skygge  
Og hjertet er næsten hørt op  
Til nogen begynder at bygge  
En by der er blød som en krop»

De eksempler jeg har nævnt er fra København. – Jeg er vokset op i denne by, har boet i mange dele af byen, sågar også i solidt slum og i byfornyet tidligere slum. Jeg er klar over at der også i Oslo og i mange andre norske storbyer er mange fine eksempler at nævne, men jeg har ikke personligt

kendsskab til disse områder og har derfor valgt at tage udgangspunkt i det jeg kender godt og forklare principippet istedet.

#### Arbejdspladsen – udfordringerne står i kø

Snakker vi om hverdagene og om at lægge forholdene til rette for levelige hverdage er der vel intet som er så dominerende tidsmæssigt i vort liv og vor hverdag som arbejdet og arbejdspladsen, eller mangel på arbejde og arbejdsplads. Arbejdet og faget giver os identitet, tilhørighed, at have mulighed for at udføre et stykke arbejde som er nyttigt for andre, som har en høj kvalitet, som giver egen og andres anerkendelse, eller andres taknemmelighed, som indebærer en glæde for en selv at udføre. Det er som en gave. Der er ordsprog som beskriver dette: «Arbejdet adler», «Arbejdet bærer glæden i sig selv», «De var så opslugte af sit arbejde, at de glemte alt omkring sig.»

Der er bevægelse indenfor rammerne for arbejdslivet hele tiden, det ser man, hvis man kaster et historisk tilbageblik indenfor Norden. Men der er ingen mening idag at nøje sig men en tilfreds beundring over at vi er kommet så langt i menneskehedens historie at vi har ophævet livegenskabet og slaveriet og at kvinder har fået ret til at tage en udannelse

og tjene penge med den. Fortsat har vi i realiteten et køns- og raceopdelt arbejdsmarked, store kønsforskelle i formue, løn og pensionsudbetaling. Der står udfordringer i kø på at blive løst inden dette område. En anden udfordring er at se på hver enkelt arbejdsplads, hvad skal ændres for at hverdagene på arbejdspladserne bliver mere trivelig? For at vi ikke bliver deprimerede, nedslidte, udbrændte, syge? Førtidspensionerede – uførepensionerede. For at en stadig større del af arbejdstokken ikke skal blive skudt ud, fordi de ikke «passer ind» til tempoet og effektivitetskravene? Vi er ikke rigtig kommet der hvor arbejdspladsen er en glæde og en lige så vigtig del af vor trivsel som den private arena.

### **At tilrettelægge for trivsel istedet for at tjene penge på vore behov**

Efter min mening mangler vi at tænke nyt omkring, hvad en arbejdsplads er og skal være. Arbejdsgiver og arbejdstager står idag i et modsætningsforhold med forskellige interesser. Hovedmålet med arbejdet er tilsyneladende at tjene penge, det er ikke at producere noget egentlig nyttigt og værdifuldt. For ikke at tale om situationer hvor det vi producerer er til skade for andre og for os selv. Det er til eftertanke at det at tjene penge, at være rig på materielle værdier har høj værdi og er en succesfaktor i samfundet – hvordan man har kommet til pengene, hvilke menneskelige egenskaber man besidder er ikke i samme grad et tema. Normen at tjene penge gælder også, når de rige lande handler med det vi kalder «de fattige lande». Det skulle være selvsagt at vi istedet handlede fornuftigt med jordens resourcer. At vi ikke så verden opdelt i et «vi» og et «de». At vi tænkte globalt og handlede lokalt.

Mennesker som har været oppe i verdensrummet fortæller, at det at se jorden fra et verdensrums perspektiv gav en indsigt som også var forbundet med stærke følelser – at jorden var så utrolig smuk, fordi den var fuld af liv – at den skilte sig ud fra de andre planeter – at det blev vældig tydeligt for dem, at vi som mennesker måtte prioritere højere at tage vare på denne vor jordklode og de fælles betingelser for liv.

Gode betingelser for vor hverdag kommer ikke af sig selv – og der er heller ikke væsener ude fra rummet som kommer og leverer varen. Ligesom alt andet mennesket har fået til – både det herlige og det vi godt kunne være foruden, så er det vi mennesker som må tage sagen i vore hænder. Jeg har trukket frem lyspunkter som tilrettelægning for cykling og en boligpolitik som prioritører trivelige boliger for små penge til almindelige mennesker. Andre vil kunne trække andre eksempler frem. De lyspunkter er naturligvis vigtige i sig selv. De fungerer samtidig som bevis på at det kan lade sigøre.

At være samfundsmediciner er at have fået en viden og en indsigt som forpligter og om ikke andet – så til at sige fra. For mig er det et ønske at samfundsmedicineren har en naturlig plads i de organer der tilrettelægger samfundet. Virkeligheden idag er langt fra denne vision. Jeg kunne samtidig ønske mig arbejdsmalet: At tilrettelægge for menneskelig trivsel istedet for markedets eksisterende mål: At tjene mest mulig med penge på menneskelige behov. Kære læser, le ikke hånligt eller sig at dette er umuligt! Tænk istedet på alle de fantastiske ting vi har fået til og revurder, hvad der egentlig skulle være til hinder for at få flere fantastiske ting gennemført.

## **Norsk Hypertensjonsforening Kurs om hypertensjon**

28.feb–1.mars 2002

**Søkt godkjenning:** Allmennmedisin Videreutdanning: Emnekurs: 16t i hypertensjon Etterutdanning: Klinisk emnekurs: 16t i fagområde hypertensjon. 16t som valgfritt kurs for indremedisin, nyresykdommer, hjertesykdommer og samfunnsmedisin.

**Målgruppe:** Leger under utdanning og etterutdanning i indremedisin, nyremedisin, hjertemedisin, allmennmedisin og samfunnsmedisin.

**Læringsmål:** Oppdatering på nyere viden om patofisiologi, diagnostikk og behandling av hypertensjon.

**Kurssted:** Store Auditorium, Ullevål universitets-sykehus (ikke bekræftet)

**Kursledelse:** Prof. dr. med. Per Omvik, Hjerte-avd., Haukeland sykehus, Prof. dr. med. Ivar Eide, Nyremed. avd., Ullevål universitets-sykehus, Overlege dr. med. Sverre E. Kjeldsen, Hjertemedisinsk avd., Ullevål universitets-sykehus, dr. med. Rune Mo, Kardiologisk sektion, med. avd., Regionsykehuset i Trondheim, ass. lege Eigil Fossum, Hjertemedisinsk avd., Ullevål universitetssykehus (kursleder).

**Påmelding til:** Eigil Fossum, Hjerte-Lungesenteret, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo

**Påmelding E-post:** eigil.fossum@ioks.uio.no

**Påmeldingsfrist:** 1.2.2002

**Antall deltakere:** 180

**Antall kurstimer:** 16

**Kursavgift:** kr. 1000,-

**Kursavgift ikke leger:** kr. 1800,-

# ONKOLOGISK FORUM 2001

*Radisson SAS Royal Garden Hotel, Trondheim*

**22. og 23. november 2001**

**Følgende faggrupper er tilsluttet Onkologisk Forum:**

Norsk Bryst Cancer Gruppe  
Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe  
Norsk Lungekreft Gruppe  
Norsk Selskap for Hematologi og Norsk Lymfomgruppe  
Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi  
Norsk Melanom Gruppe  
Norsk Urologisk Cancer Gruppe  
Nevro-Onkologisk Interesseguppe  
Norsk Forening for Palliativ Medisin  
Norsk Gruppe for Hode – Hals kreft  
Norsk Gruppe for Arvelig Kreft  
Norsk Strålemedisinsk Forum  
Norsk Sarkomgruppe  
Norsk Nevroendokrin Tumorgruppe

**Program for fellesssesjonene:**

- The sentinel node in breast cancer
- Behandling av kronisk myelogen leukemi og GIST-tumores med tyrosin kinasehemmere – et gjenombrudd?
- Utvikling av moderne kreftmedikamenter i Norge – en Sisyfosoppgave ?
- Mini-allotransplantasjoner. Status praesens og er dette en prioritert oppgave i Norge ?
- Behandling av levermetastaser – er det allikevel håp ?
- Screening av lungekreft – det neste store masseundersøkelsesprogram ?
- Screening for lungekreft – enda en unyttig masseundersøkelse ?
- Over- og underforbruk av cytostatika i kreftbehandling i Sverige
- Breast cancer in a state of chaos
- Forståelse av smerte og lidelse i den kliniske beslutningsprosess
- Radikal strålebehandling av prostatacancer – kurasjon eller PSA-kosmetikk ?

De fleste av gruppene deltar med parallele sesjoner torsdag etter lunsj.

Anledning til å delta i posterutstilling.

**Konferansen søkes godkjent som tellende for allmennmedisin og andre aktuelle spesialiteter.**

## **SNARLIG PÅMELDING**

For fullstendig program og påmelding se [www.onkologiskforum.org](http://www.onkologiskforum.org).

Nærmere opplysninger: moyab@dnr.uio.no

# Legionella-utbruddet i Stavanger

AV M. JENS HOLM, SMITTEVERNOVERLEGE, STAVANGER KOMMUNE

**Smitten kom frå kjøletårn på Atlantic**

**Advokat vil krevja erstatning**

Stavanger kommune har under stadig økende mediadekning og økende pågang fra ulike eksperter gjennomlevd og håndtert et alvorlig utbrudd av en livstruende infeksjonsesykdom. I moderne tid er dette en sjeldent foreteelse, og større utbrudd av legionella pneumophilae, har aldri forekommet i Norge før. Den første tiden så det også ut som enkeltutbrudd, som er kjent fra før. Det tok lang tid å identifisere smittekilden sikkert, men det ble tidlig klart at den befant seg midt byen, hvor tusener ferdes hver dag. Smitteoppsporingen avslørte heller ikke noen tydelige fellestrekker den første tiden.

Mer enn tjue personer ble alvorlig og livstruende syke og fire døde. Trykket fra media økte naturlig nok betydelig ut over i utbruddet, men befolkningen i Stavanger så ut til å ta dette med fatning, og det virket som om mange intuitivt forsto at det nok skulle endel til for å bli smittet. Særlig etter at kommunen gikk ut med opplysingene om at smittekilden befant seg i eller ved Breiavatnet, forsto mange at hvis bakteriene smittet lett, burde tallet på syke vært det mange-dobbelte.

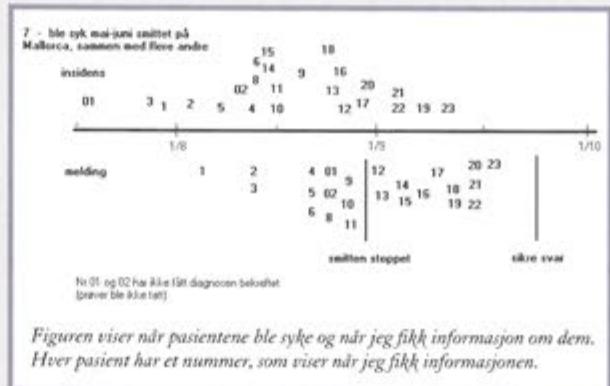
I ettertid, når mørsteret er entydig og svaret gitt, er det lett å ha klare meninger om forløpet. Men underveis i prosessen

**Breiavatnet  
frikjent som  
smittekilde**

er det bare møysoffig detektivarbeid basert på gyldig kunnskap som fører fram. Og før en har fasiten, må rådene som gis og forholdsreglene som anbefales være slik at nye smittetilfeller så langt det er mulig unngås. Det betyr selv følgelig også at mulige smittekilder ikke kan frikjennes før en kjenner den egentlige smittekilden.

På neste side gir Stavangers smittevernoverlege, M. Jens Holm, sin umiddelbare beretning fra denne prosessen. I skrivende stund (23. september 2001) er det to dager siden den endelige bekreftelsen på smittekilde utifra genotyping var klar.

## En smittevernoverleges beretning:



**6. august:** En pasient ble innlagt på rikshospitalet. Media informerte meg. Det var en mann fra Stavanger, som var på besøk i Oslo-området. Vi tok prøver fra noen steder hvor han hadde vært. Løpende kontakt med Folkehelsa ble opprettet fra denne dato.

**13.august:** Beskjed om to pasienter fra andre kommuner. De hadde vært i Stavanger, men de hadde ikke vært i de samme bygg. Flere prøver ble tatt.

**22. august:** Informasjon om tre nye pasienter fra Stavanger, som var innlagt på SIR. Flere intervjurunder med pasienter eller pårørende ble gjennomført. I løpet av uken ble det mediastorm.

**26. august:** Min egen sammenstilling av intervjuene viste at høyest 2–3 pasienter hadde vært i samme bygg. Jeg sammenkalte til møte (næringsmiddeltilsynet, teknikere, leger fra SIR, helsesjef).

**27. august:** På møtet så vi at hvis vi antok smitte utendørs, så hadde alle de syke vært i området omkring Breiavatnet i sentrum. De to nærmeste aerosolkildene var fontenen i Breiavatnet og kjøletårnet på Atlantic Hotel. Det mest sannsynlige var kjøletårnet, men vi turde ikke unnlate å undersøke Breiavatnet. Også en annen fontene i området ble undersøkt.

**28. august:** Prøver ble tatt fra Breiavatnet og fontenen ble skrudd av. Kjøletårnet ble undersøkt og desinfisert flere ganger i dagene etter (fulgt opp med kontrollprøver).

Det var min overbevisning at vi nå hadde eliminert smittekilden, men sikker kunne jeg jo ikke være. Derfor fortsatte vi med to andre kjøletårn, som lå i 1 km omkrets fra Breiavatnet. Kommunens beredskapsavdeling fikk kartlagt ventilasjonssystemene i alle bygg i området. Vi gjorde en ny og mer detaljert spørreundersøkelse.

**4. september:** Mikrobiologisk lab. på SIR meldet om rikelig oppvekst av legionella i 5 prøver fra kjøletårnet på Atlantic. Prøvene ble sammen med pasientprøver sendt til typing. Hotelldirektøren ble informert om at kjøletårnet var den mest sannsynlige smittekilden. I løpet av uken hadde vi møte med informasjonssjefen, beredskapsavdelingen og jurist.

**21. september:** Foreløpige resultater hadde vist at serotype I var den som hadde infisert de undersøkte pasienter, og den ble funnet i prøver fra kjøletårnet. Den 21. fikk vi beskjed om at alle pasienter hadde den samme genotypen som ble funnet i kjøletårnet. Hotelldirektøren ble informert. Vi holdt pressekonferanse. Case closed.

### Hva har jeg lært:

For det første har jeg lært mye om bakterien og sykdommen. For det annet har jeg fått et stort kontaktnett, og sett hvordan dette fungerer i en slik situasjon. Noe finner jeg svært nyttig, annet trenger vi ikke. Dette er meget person-avhengig. På basis av de enkelte instansers funksjon og effektivitet vil jeg bestemme et lokalt kontaktnett. Neste gang vil jeg tidlig samle kontaktnettet og ta styringen, tydeliggjøre ansvarsfordelingen og være tydelig i mine bestillinger, be om tilbakerapportering.

Jeg har også lært mye om håndtering av media. Man må først bestemme seg for hva man vil si og hvordan. Alt man sier skal være sant, selv om ikke alt kan sies hele tiden. Det er en fordel med pressemeldinger, for da står det svart på hvitt hva man har sagt. Jeg har for mye konsentrert meg om å gi rett informasjon til media, og det har jeg lykkes bra med, og for lite konsentrert meg om hvordan deres feiltolkninger påvirker befolkningen. Folk føler seg lurt, og de tror det er av meg. Neste gang allierer jeg meg med informasjonssjefen tidligere.

Noe som er nytt for meg er de uklare ansvars- og kompetanseforhold. Jeg var sikker på mitt ansvar og kompetanse og gikk ut fra at andre oppfattet det på «min» måte. Men nei. De som roper høyest, og de som gir mest sensasjonelle uttalelser, opphøyes til eksperter på mitt arbeide. Min kompetanse blir dratt i tvil. Andre kommunale instanser overtar styringen. Det som er viktig i den akutte situasjonen er ikke reelt ansvar og kompetanse, men derimot overbevisning og pondus. Men det juridiske ansvaret er mitt. Andre tar pistolen ut av min hånd, skyter og legger den tilbake i hånden min. Og denne wild west situasjonen blir sikkert verre, jo mer alvorlig epidemien er.

Alt dette vil jeg i ro og fred analysere og arbeide med sammen med mitt nye nettverk. Jeg har lenge planlagt å forberede for en slik situasjon, og nå vet jeg mye mer og har mer enn teori å bygge på.

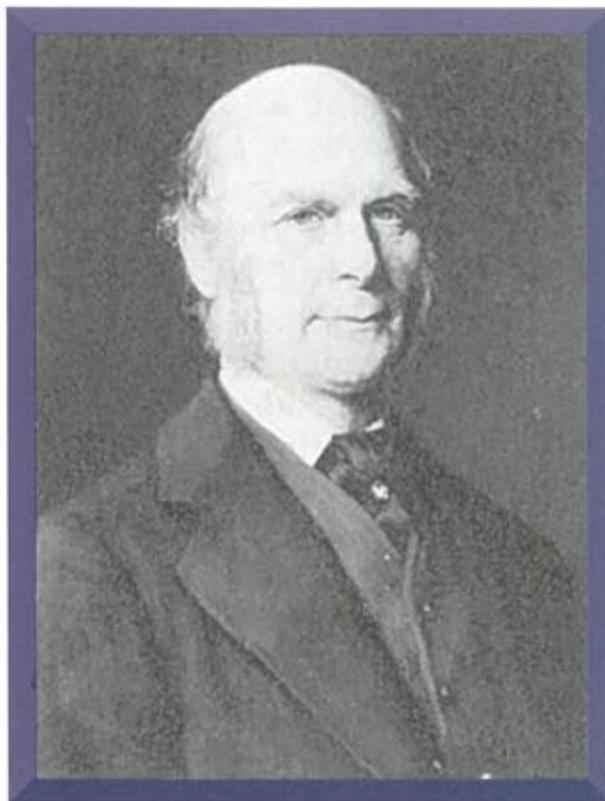
# Fra bunnen er det bare en vei, men det er det fra toppen også (litt om regressjon mot middelverdien)

AV DAG S. THELLE

Det nittende århundres utviklingsoptimisme, at fremtiden var lys, og utviklingen bare kunne gå en vei, oppover og fremover, finner vi kanskje mest uttalt hos briten Francis Galton (1822–1911). Han var Charles Darwins fetter, omtales i en bok som en meget sympatisk sosial snobb, i en annen nærmest som rasist og en av eugenikkens fedre. Av utdanning hadde han et påbegynt medisinstudium, men skifte spor til klassisk dannelse og matematikk. Da faren døde ble han økonomisk uavhengig og egnet sitt liv til tellinger og målinger av nær sagt et hvilket som helst fenomen. Han laget et skjønnhetsskart over Storbritannia ved at hver gang han gikk forbi en ung kvinne stakk han et hull i et kort i venstre lomme om hun var vakker, mens et mer alminnelig utseende ble registrert som et hull i et kort på høyre side. Kvinner i London havnet på topp, mens Aberdeen ble liggende på bunnen. Han påpekte fenomenet tallpreferanse ved å studere fengelsdommenes lengde, og oppdaget at de opptrådte med regelmessige utmålinger 3, 6, 9, 12, 15, 18 og 24 år. Det var ingen som fikk 17 års fengsel, og svært få på 11 og 13 år.

Den alvorligste kritikken mot Galton stammer fra hans teorier om at man kunne finodle mennesket om bare de med best egenskaper fikk forplante seg videre. Han beskrev dette i *Hereditary Genius* 1869, og baserte mye av tankene på egen empiri samt sitt nære kjennskap til Charles Darwin. Det empiriske grunnlaget var mildt sagt svakt, men det hindret ikke at hans pseudovitenskapelige synspunkter fikk stor utbredelse, kanskje ikke minst på grunn av Charles Darwins uforbeholdne kritikk. Både nazistenes rase-teori og våre egne helse- og sosialpolitikeres syn på sterilisering av «mindreverdige» i første halvdel av forrige århundre, fant støtte i Galtons arbeider.

Men Francis Galton gjorde også empiriske studier og eksperimenter som plasserer ham sentralt i vår tenkning om risiko og usikkerhet. For å få støtte for sine påstander om nedarvede gode egenskaper anla han et forsøk med erter for å vurdere hvordan egenskaper som størrelse nedarves



*Francis Galton*

fra en generasjon til en annen. Han veide og malte tusener av erter og valgte til slutt ut ti erter i sju forskjellige størrelseskategorier. Han sendte en ert av hver størrelse til ni venner, inklusive Charles Darwin og ba dem plante ertene. Resultatet var at størrelsen på ertene i både i I og II generasjon var normalfordelt, og han konkluderte blant annet med at størrelsen var arvelig bestemt. Han trakk også slutningen (på vegne av menneskene) at forekomsten av virkelig eminente individer er relativt liten i befolkningen, og siden flest mennesker er gjennomsnittlige med hensyn til alle egenskaper vil også avkommet være gjennomsnittlig.

Men erteksperimentet viste også noe annet:

*Ertenes diameter I og II generasjon (1/100 tomme)*

Foreldre-	generasjonen I	15	16	17	18	9	20	21
Avkom	II	15.4	15.7	16.0	16.3	16.6	17.0	17.3

Her ser vi at spredningen i størrelsen på neste generasjon etter er smalere enn for første generasjon. Og her konkluderte Francis Galton med noe som vi alle er blitt kjent med i våre dager, og som hele tiden påvirker vårt syn på målinger og målingers usikkerhet, reversjon mot middelverdien. Eller som vi kaller det, regresjon mot gjennomsnittet. Han skriver: «Reverseringen er en tendens der avkometten avviker fra foreldrene ved å nærmere seg et gjennomsnitt som nærmest kan beskrives som den gjennomsnittlige opprinnelige typen». Han peker på at dette er et generelt trekk ved naturen, og at konsekvensene, om det ikke hadde vært slik, ville blitt en verden full av dverger og kjemper. Vi går alle mot gjennomsnittet. «What comes up, goes down». Og dette har betydning for alle som arbeider med avvik og registreringer. Hver gang vi gjør en avvikende måling, vil neste måling ha større sannsynlighet for å ligge nærmere gjennomsnittet.

Francis Galtons kanskje mest berømte arbeid innen dette feltet handler om kroppshøyde. Han fikk midler til å samle inn data om voksne barn og deres foreldres kroppshøyde. Basert på data om 928 barn og 205 foreldrepar satte han opp en tabell som viste sambandet mellom barnas voksne kroppshøyde og foreldrenes gjennomsnittshøyde. Han justerte for kvinnenes lavere høyde ved å multiplisere denne med 1,08. Resultatet var at høyere foreldre har høyere barn, men at de riktig høye foreldrene har noe lavere barn, og de lave foreldrene, noe høyere barn. Dette gjorde Galton i stand til å beregne korreksjon for regresjon mot middelverdien.

For medisinens del betyr f.eks. dette at om man mäter et høyt blodtrykk, eller en høy blodkolesterolverdi hos et individ, så vil neste måling hos samme individ trolig være nærmere gjennomsnittsverdien for samme alder og kjønn. Begynner vi en behandling av høyt blodtrykk eller høyt kolesterol på grunnlag av en høy verdi kan vi ikke være sikre på om en bedring er uttrykk for en reell nedgang eller er en regresjon mot middelverdien. Dette er en av grunnene til at vi må arrangere kontrollerte forsøk der personer utsettes for aktiv behandling i en gruppe, mens en annen får en inaktiv substans.

Men Galtons observasjoner har fått betydning langt ut over medisin og biologisk forskning. Spesielt innen økonomi og studier av aksjekurser kommer hans tanker til sin rett. Det betyr ikke at man kan forutsi når noe vender i en eller annen retning, men man kan med sikkerhet si at det kommer til å vente. Derfor bør man, om man vil spille på usikkerhetens marked, lytte mer til Galton og senere Reichenstein og Dorsett før man gjør sine investeringer. De to siste tok nemlig for seg aksjemarkedet for tiden 1926 til 1993 og kom frem til at om tidsperspektivet var over tretti år så vil investorene løpe en 5% risiko for tjene mindre enn 20%, og 5% risiko for at de ville tjene femti ganger investeringen. Men på noe kortere sikt, f.eks. 20 år, blir usikkerheten langt større. Og så kan man spørre seg om hvor langt liv man kan regne med å få, når man kommer i aksjenes regresjon mot middelverdien, og i hvilken grad analyser av fortiden i det hele tatt kan gjenspeile fremtiden.

Passende litteratur:

Peter L. Bernstein. *Against the Gods*. John Wiley & Sons. 1996.  
New York

## Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

**Ring 55 52 63 00**

og vi demonstrerer programmet hos deg

**infodoc as**

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenveien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

**www.infodoc.no**

# KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

UTPOSTEN Bladet for samfunn og allmennmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	<i>Materiell frist</i>	<i>Utsendelse</i>
Nr. 1	30. januar	Ultimo februar
Nr. 2	6. mars	Primo april
Nr. 3	18. april	Ultimo mai
Nr. 4	15. mai	Ultimo juni
Nr. 5	28. august	Ultimo september
Nr. 6	25. september	Ultimo oktober
Nr. 7/8	30. oktober	Primo desember

## ANNONSEPRISER

STØRRELSE:	4-FARGER	SORT/HVITT	1 FARGE	2 FARGE
1/1	kr 10 800,-	kr 6 200,-	kr 7 600,-	kr 8 900,-
1/2	kr 7 300,-	kr 3 900,-	kr 4 600,-	kr 5 400,-
1/4	kr 5 900,-	kr 2 500,-	kr 4 400,-	kr 4 900,-

1/1 side på siste omslagsside kr 14 500,-

Løst bilag koster kr 10 500,-. Klebet bilag kr 11 400,- pluss kr 0,95 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

## TEKNISK

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 JESSHEIM

Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25

E-mail: rmrtove@online.no

Materiell: Elektronisk.

Format: A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

Raster: 48 – 60 linjer

Trykkeri: PDC Tangen, 1930 AURSKOG. Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson: Morten Hernæs. Tlf.: 63 86 44 63

E-Mail: morten.hernes@pdctangen.no



**Universitetet  
i Bergen**

### **Masterstudium i forebyggende helsearbeid**

Høsten 2002 starter nytt toårig studium i forebyggende helsearbeid (health promotion) som leder frem til graden Master of Philosophy in Health Promotion (tilsvarer norsk hovedfag).

Undervisningsspråket er engelsk og studiet retter seg både mot norske og utenlandske studenter med minimum cand. mag. kompetanse (eller tilsvarende) i relevante fag.

Søknadsfrist:  
1. desember 2001.

Nærmere opplysninger:  
HEMIL-senteret,  
Universitetet i Bergen,  
Christiesgt. 13,  
5015 Bergen,  
tel. 55 58 28 08,  
faks. 55 58 98 87.

Internett:  
[http://www.uib.no/psyfa/  
hemil/masterprog](http://www.uib.no/psyfa/hemil/masterprog)  
Email:  
[wenche.martinussen@  
psyhp.uib.no](mailto:wenche.martinussen@psyhp.uib.no)

## **RELIS Sør**

Vi er gjort kjent med at mange har problemer med å få tak i oss pr. telefon etter flytting.  
Vi kan nås på:

Telefon: 23 07 53 80

Telefax: 23 07 53 90

Epost: [relis@rikshospitalet.no](mailto:relis@rikshospitalet.no)

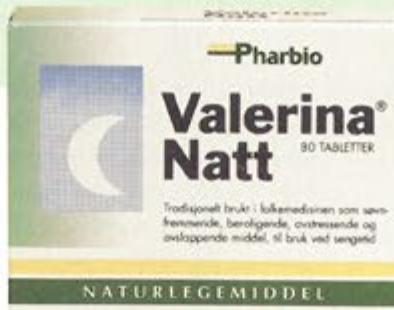
# **En god dag starter med en god natt...**



**Når du ikke vil skrive ut reseptbelagte sove-midler til dine pasienter, kan Valerina Natt være et alternativ.**

Valerina Natt er et naturlegemiddel godkjent av Statens legemiddelverk til bruk ved lette innsøvningsbesvær.

### **Dokumentert effekt\* Bivirkninger på placebonivå\***



\* Ref.: Lindahl & Lindwall, Pharmacology & Behavior, Vol. 32, 1989, Dobbelt blind.

#### **Hva er et naturlegemiddel?**

- Må være godkjent av Statens legemiddelverk
- Er et legemiddel til egenbehandling av lettere sykdomstilstander
- Skal inneholde reseptfrie stoffer og droger
- Skal være velkjent og velprøvet
- Skal ha 40 års dokumentasjon på bruk fra Europa og/eller Nord-Amerika

Dosering: Voksne: 2-4 tabletter 1/2 time før sengetid.  
Bør ikke brukes ved graviditet og amming.

Innhold: Ekstrakt av valerianerot, sitronmelisseblad og humleblomst, samt hjelpestoffer.

**CEDERROTH**

**Pharbio**

Pb. 23, 3164 Revetal - Tf: 33 06 47 00, Fax: 33 06 47 01

**Valerina Natt - reseptfritt naturlegemiddel**

# 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!



Interessen for kongehuset var upåklagelig tidligere i høst, og vi er glade for at vi i Utposten også kan bringe litt kongestoff. Vårt sentrale spørsmål er: Hvorfor sier man at de kongelige har *blitt blod?* Uttrykket kommer fra Spania, hvor man talte om «sangre azul» (jfr betegnelsen Côte d'Azur for den franske riviera der havet har en svært spesiell dyp blåfarge). Hvis du beskuer din utover høsten klassisk vinterbleke hud, kan du faktisk innbille deg at du er en smule kongelig selv, se så blå blodårene dine er! Akkurat så enkel er opprinnelsen til betegnelsen blått blod. Maurerne og araberne som hadde kontakt med spanske adelsmenn la merke til at spanjolenes i denne sammenheng bleke hud fremviste blålige blodårer (mennesker i høyere sosiale lag så med forakt på dem som arbeidet ute i solen og dermed fikk brun hud, jo blekere jo finere!) Araberne trakk den akk så feilaktige slutning at blodet var like blått som blodårene tydet på. Hadde de den gang truffet oss nordboere en gråblek januardag kan vi jo bare innbille oss hvilken høy rang de måtte tiltro oss! Spanjolene måtte jo da ha fortonet seg som jukse-konger sammenliknet med oss! Kanadiske forskere mener forresten å ha funnet forklaringen på hvorfor blodårer er blå under blek hud. Hudvevet vårt lar de røde lysstrålene trenge lenger ned i huden enn de blå, og på den måten vil blåskjæret dominere i blodårene som ligger relativt rett under huden.

Blir man virkelig grønn av misunnelse? (Nå snakker vi ikke om kongehuset lenger, Mette Marit må bare beholde sin vakre, sjærmerende prins i fred!) Ingen har vel egentlig sett en slik fargeforandring når misunnelsen herjer i oss som verst. Uttrykket ble brukt allerede i oldtiden ifølge informerte kilder, og forklaringen ligger gjemt i humoralpatologien som dominerte medisinske teorier på den tiden. Det var de som hadde for mye grønn galle i seg som også hadde anlegg for å bli grønne av misunnelse, man anså det som sikkert at for mye galle var årsak til menneskelig ondskap og bitterhet. Å ergre seg grønn og spy edder og galle utover noen henspiller på samme forestilling.

Å se rødt skulle man tro var et direkte uttrykk for den fargefornemmelse man får når en er så sint at man nesten sprekker, jeg mener nokså sikkert at jeg da ser rødt, bokstavelig talt. Om det er ren innbilning vet jeg ikke, men også dette uttrykket stammer opprinnelig fra Spania, nærmere bestemt det som i tyrefektning hisser opp øksen til et enormt sinne: toreadorenes røde duk. Tyskerne har tatt med hele forklaringen i sitt uttrykk: Wie ein rotes Tuch wirken.

Jannike Reymert

Kilde: Ivar Tryti. Språkets ville vekster. Aschehoug 1997



# Når frelse er siste utvei

Han hadde merket det ganske lenge, formen var ikke som før. Det kunne selvsagt være alderen, i sitt 80. år kan man kanskje ikke forvente så mye, men når han ikke lenger maktet å gå trappa opp til soverommet lot han datteren få viljen sin: Til doktorkontoret bar det. Det skulle ikke mye klinisk test til å skjønne at mannen var anemisk, med en HB på 6,8 orker vel heller ikke yngre utgaver av arten å gå trapper lengre.

Svært motvillig lar han seg innlegge på lokalsykehuset, ikke det at han trodde det kunne gjøre ham frisk mer, men datteren var urokkelig: Far skal ha nærmere undersøkelse!

Det ble tatt masse blodprøver og foretatt anstrengende undersøkelser, men pasienten fant seg tålmodig i alt oppstyret. Her var det bare å la makta rå.

Allerede neste dag kommer en sykepleier inn med utstyr til blodtransfusjon, og opplever til sin store forskrekkelse at den snille, gamle mannen på et øyeblikk er forvandlet til et uvær av sinne og forbannelse som hamrer stokken i gulvet: «Jeg er Jehovahs vitne! Fjern det blodet fra rommet øyeblikkelig!» Unnskyldningene lar ikke vente på seg, selvfølgelig vil de respektere hans religiøse overbevisning, og blodoverføringen kanselleres øyeblikkelig.

Datteren var ikke nädig hun heller da hun trønet inn på vaktrommet samme ettermiddag og ville ha seg forklart hvorfor far ikke hadde fått blodoverføring enda, det var lovet tidlig i morges! Litt forundret forklarer datteren at sykehuset har den største respekt for farens tilhørighet til Jehovahs vitner, og at han selvfølgelig ikke kan presses til å ta imot blodoverføring. «Jehovas vitne? Min far har da aldri satt sine ben i den menigheten!» Og ganske riktig, han innrømmer det under datterens illsinte blikk: «Jeg er bare så veldig redd for å måtte ta imot blodoverføring, og så tenkte jeg at det eneste argumentet som holdt her på sykehuset var å si jeg tilhørte den menigheten, men jeg skjønner jo nå atintet argument holder i denne saken.»

Jannike Reymert



# Lyrikkspalten

## En Lyrisk stafett

*I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!*

Tone Skjerven – lagleder

Jeg er blitt utfordret av min «gamle lofotkollega» Svein Lie. Mange stormer erfarte vi sammen på hhv. Ramberg og Reine på 80-tallet. Mange lyse netter med sykebesøk på de samme veier og de samme stier kan være en bakgrunn for at jeg har valgt diktet jeg har gjort. Våre stier har delt seg, jeg tråkker fortsatt stier i Lofoten, mens han tråkker sine (veier) i Sandefjord.

«Du ska itte trø i graset» er et av de diktene som har satt seg sterkest i minnet mitt helt fra mine gymnasidager i Fredrikstad på 70-tallet. Dette diktet har på mange måter fulgt meg gjennom hele mitt liv og virke som distriktslege, landsbylege, kommunelege, byråkratlege og samfunnsengasjert lege og ikke minst som naturinteressert og naturengasjert person.

Som gryende bevisst voksen og med studietid fra 70-tallet, kom diktet til å stå som en ledesnor i den samfunnspolitiske debatten om naturvern på 70-tallet. Fra mitt første spede engasjement i kampen for Øra-reservatet i Fredrikstad rundt 1970, via alle slagene som stod opp gjennom 70- og 80-tallet, dessverre med mange nederlag, kommer disse strofene stadig tilbake i mitt sinn. Sist i striden om Lofotens fastlandsforbindelse der politikerne på Stortinget har vedtatt et meningsløst veiprosjekt som er samfunnsøkonomisk ulønnsomt, med dyrere transportkostnader for de fleste som resultat. Prosjektet skal til og med forseres med bulldosere gjennom ett av de siste urørte villmarksområder som finnes, selv når bedre og mer lønnsomme alternativ foreligger. Med Stortingsvalget friskt i minnet var alle ideer rundt Skjæråsens dikt oppsiktsvekkende fraværende. Norske politikere og det norske folk oppfører seg omrent som om vi skulle være den siste generasjon i dette land. Det er langt fra Skjæråsens dikt til praktisk politikk her på berget. Kortsiktige tanker og populisme vinner over langsiktige visjoner.

Mitt arbeid som lege er til tider meget slitsomt. Det er dager da opplevelsene er sterke og utfordringene store. Mitt asyl

og min rekreasjon er de mulighetene som naturen gir meg, og særlig den urørte naturen. Hver blomst, hver vekst og hvert vesen har en naturlig skjønnhet i seg vel verdt å stoppe opp for. Slik er det med mange av de menneskene jeg møter i hverdagen. Hvert menneske er unikt, hvert menneske har en historie å fortelle. Det daglige arbeidet gir ikke alltid muligheter til å reflektere over dette. Tanker og ærefrykt for dette, for naturen, for mennesket forteller Skjæråsen oss at det er verdt å stoppe opp for.

Når jeg trekker oppetter lia, oppetter fjellet, kjerner luktene, ser utover et mer og mer rasert naturlandskap, selv i Lofoten, tenker jeg ofte på de strofene som så varsomt kommer frem i diktet:

*«Du ska itte trø i graset,  
Spede spira lyt få stå  
Mållaust liv har og e mening  
Du lyt sjå og tenkje på.»*

Tenk om politikere, samfunnsplanleggere, leger og flere kunne tenkt seg om før de fattet sine vedtak, tenkt langsiktig istedenfor kortsiktig. Fremtiden ville da kunne gi oss mange av de små gledene, erfare at det mållaust livet også vil ha en mening og at også de svakeste vil kunne ha en mulighet.

Med disse tankene utfordrer jeg kollega Karin Breckan ved Alstad legesenter i Bodø. Hun er en kollega jeg setter høyt, med mange veltenkte tanker om liv, arbeid, medisinen og tilværelsen rundt oss.

Hilsen Morten Bain

# EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.  
 Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg  
 Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037  
 E-mail: john.leer@isf.uib.no

## Hvor går grensen?

Ny og relevant medisinsk informasjon slik som tidsskrift, nye oppslagsverk og søkemuligheter blir i stadig økende grad tilgjengelig via internett.

Ett eksempel på at internetttilgang på legekontoret er en selvfølgelig nødvendighet er sykehusvalg.net. Her finnes fersk informasjon om ventetider på sykehus landet over. Dette angår mange pasientgrupper og fastlegen må ha oversikt over denne informasjonen for å kunne yte adekvat hjelp og service til de som trenger operasjoner og spesialundersøkelser.

The screenshot shows a search interface for medical procedures. The search term entered is "Vedligeholdelse av livsmedel". The results list several procedures, each with a small icon and a brief description:

- Vedligeholdelse av livsmedel
- Brysttørring
- Diskusprolaps
- Ejerning av mandler
- Galltesten
- Grå stær
- Hjerte-kreas
- Hjerte-PICA
- Knefeide, totalproteze
- Korsbånd
- Kunstig sterilisering
- Livmorhalskreft
- Lysekrok
- Lungekreft
- Mennlig sterilisering
- Menisk
- Medusaket livmor
- Nervologisk utredning
- Nysten, knessing
- Nysten, operasjon
- Prestata
- Prestatakreft
- Revmatologisk utredning

Relis, Cochrane, Medline, BMJ, Tidsskriftet osv osv er andre eksempler på nytte interntetttilbud. I stedet for at forholdene legges til rette for å løse internett dilemmaet bebulder nå Datatilsynet opptrapping av kontroller av legenes bruk av internet. Datatilsynet er selvfølgelig bekymret for at sensitive journalopplysninger skal komme på avveie og

Tidsskrift for Den norske lægeforening



bmj.com  
updated 4 October 2001  
Current issue  
Rapid responses  
Search/archive

**RELIS**  
Produksjonskjæring Apotekslabellutstyr for helsepersonell

feks havne i utilsiktede e-postsendinger eller ligge åpent for innitrengere.

Vi ser en gryenede kommersialisering av mulige løsninger, og igjen kan norske allmennpraktikere måtte hente fram lommeboka for å betale for løsninger som sentrale helsemyndigheter burde ha ordnet opp i for flere år siden.

Hvorfor har det ikke lett seg gjøre å få til en centralisert løsning i god internett/helsenett-ånd? Det vil ikke jeg forsøke å gi noe svar på.

Regionale «Helsenett»-løsninger kan være greit for noen. Imidlertid ser det vel ut til at vi må gjøre noen valg og siden et nasjonalt helsenett lar vente på seg kan en enkel løsning for norske allmennpraktikere være å installere ADSL med en liten ruter koblet i et eget nett av pc'er som bare brukes til internetsøk og lignende på kontoret. Dette er en type løsning som Datatilsynet i sin tid ga tillatelse til. Det er mulig å finne andre løsninger ved bruk av terminalserverklienter, men i slike mister vi mye av funksjonaliteten som en direkte internettlosning gir. ADSL gir brukbar hastighet til akseptabel pris.

Et helsenett som bare lar vente på seg og som til og med ser ut til å bli svinedyrt er vi ikke tjent med!

Askøy i september 2001.  
 John Leer



Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyter.

RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene Sør, Vest, Midt-Norge og Nord-Norge, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80

RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

RELIS Nord-Norge Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

## *Relis spørsmål og svar-database på Internett*

# <http://www.relis.no/database>

RELIS lanserer i oktober 2001 en ny tjeneste for helsepersonell i Norge ved at våre utredninger gjøres tilgjengelige på Internett. Tjenesten er gratis og krever ingen registrering eller passord, men man må man bekrefte at man er helsepersonell og har lest forutsetningene for bruken av informasjonen i utredningene ved første gangs bruk. Dette er av juridiske årsaker, og gjøres online uten utveksling av personinformasjon. Det er nå over 2600 utredninger tilgjengelig, og dette tallet vil øke jevnt og trutt. Med bakgrunn i antall henvendelser RELIS håndterer, vil det tilkomme omlag tre nye utredninger per dag. Alle RELIS utredninger er anonymiserte med hensyn på pasientinformasjon og informasjon om spørsmålsstiller, og databasen er felles for alle sentrene.

Alle utredningene er indekserte med nøkkelord ut fra hva de omhandler. Dette gjelder for eksempel hvilke legemidler som omtales, hvilken kategori spørsmålet omhandler, samt eventuelle symptomer eller sykdommer spørsmålet gjelder. Dette gir gode muligheter til å finne det man søker etter med bedre presisjon dersom man er kjent med søkemulighetene. Nedenfor følger en kort gjennomgang av søkemulighetene i RELIS database. Det anbefales på det sterkeste og besøke siden og forsøke selv!

### Legemiddel

Søket må utføres i to omganger. Først skriver man (begynnelsen på) legemiddelet man er interessert i, enten som virkestoff, handelsnavn eller ATC-kode.. Det er nødvendig å gjøre dette for å sikre at man har skrevet søkebegrepet på samme måte som det gjenfinnes i nøkkelordene. (Heter det «hydroklortiazid», «hydrochlorothiazide», «thiazid-HCl» eller «HCl-tiazid»?) I databasen er begrepene så langt som

mulig koblet sammen, slik at søker skal gjøres korrekt uavhengig av hvilken av søkeparametrene man velger. Når man så klikker «søk» vil man få en liste med de begrepene som finnes i databasen i søkelinjen. Deretter må man velge fra denne og klikke «søk» på nytt. Alle saker som er indeksert på virkestoffnivå i ATC-systemet er indeksert til 1. nivå slik at man lett kan søke i grupper av legemidler ved hjelp av ATC-systemet.

### Kategori

RELIS har selv laget 23 kategorier som utredningene er indeksert med. Definisjoner for kategoriene er tilgjengelig fra søkesiden. En utredning kan godt tilhøre flere kategorier. Er man for eksempel interessert i en mulig bivirkning av et legemiddel vil det være naturlig å velge «Bivirkninger» fra kategorilisten. Men avhengig av det konkrete spørsmålet som RELIS har besvart kan utredningen gjerne også være indeksert med kategori «Farmakokinetikk». Denne søkerparameteren er en god måte å begrense antall relevante treff på ved å kombinere søker.

### Fritekst

Her kan man søke på tekst, hele eller deler av ord og setninger i spørsmål og svar-teksten. Denne søkerfunksjonen er den eneste som ikke er håndindeksert og dermed også den som favner bredest. Man må huske på at søker i fritekst er en sårbar søkermetode som kan gi «uinteressante» treff. Søker man, for eksempel, på «kol», vil man få treff på *koldbrann*, *kolkisin*, *kolikk*, *skole*, *sjokolade* med mer... Man er altså avhengig at formuleringen er den samme i teksten som i søkerbegrepet, og dette kan gi treff på helt andre ting enn forventet.

## MeSH

Medical Subject Headings (MeSH) er et definert, hierarkisk vokabular utviklet og vedlikeholdt av National Library of Medicine (NLM) i USA. Dette er blant annet indeksertterminologien som benyttes i Medline®. MeSH er tatt med i RELIS utredninger for å få et begrepsapparat på sykdom og symptomer som ikke dekkes av de andre søkeparametrene. Det er lagt ut en link til NLMs sider om MeSH som blant annet inkluderer en browser med definisjoner av termene på søkesiden. MeSH-søkefunksjonen fungerer på samme måte som Legemiddel-søket. Man søker først søker iMeSH-termene og deretter velger den termen (ordet/begrepet) man vil søke i utredningene med. Dette er nødvendig for å sikre korrekt skrivemåte. Det heter for eksempel «Blood Loss, Surgical» og «Surgical Blood Loss» vil derfor ikke gi noen treff – simpelthen fordi termen ikke finnes skrevet på denne måten.

## RELIS og Spørsmålsnummer

Denne funksjonen er laget for å gjøre det enkelt å finne tilbake til utredninger. Om man noterer seg spørsmålsnummeret og hvilket

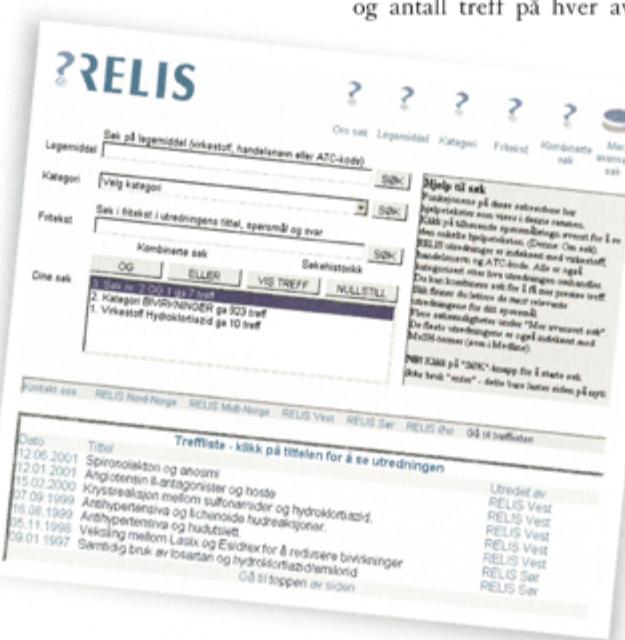
RELIS som har gjort utredningen vil man med denne søkefunksjonen raskt kunne finne igjen akkurat denne. Det vil også være lett å finne utredninger som er angitt som referanse i andre utredninger. De ulike RELIS får sine utredninger nummerert fortløpende og individuelt, slik at det vil finnes opp til fem utredninger med samme spørsmålsnummer. Man kan velge å søke bare på en av de to parametrene.

## Kombinerte søk

En god metode til å finne de mest relevante utredningene er å bruke kombinerte søk. Dette må man også om man vil søke på to begreper samtidig, for eksempel ett legemiddel og en kategori. Det vil naturligvis bli ganske mange utredninger som er indeksert med en kategori etter som antallet øker. Så om man søker på «Bivirkninger» vil man (i skrivende stund) få nesten 1000 treff. Om man derimot kombinerer søket på «Bivirkninger» OG et søk på ett spesifikt legemiddel vil man få et overkommelig antall utredninger med høy(er) relevans.

Søkehistorikken vil ligge igjen på datamaskinen også etter endt søking slik at det blir enkelt å kombinere søk. Man må allikevel huske at «gamle» søk representerer søket den gangen det ble gjort slik at man må gjenta søket om man vil finne utredninger som er kommet til siden søket ble utført – selv om det ligger i søkehistorikken fremdeles. Det er selvfølgelig også mulig å få «0 treff», og her kommer RELIS hovedfunksjon inn: Da kan man stille spørsmålet til RELIS hvorpå vi gjør en utredning slik at du får svar – og andre som søker senere får «1 treff».

Det er her, som alle andre steder, viktig å vite hva man leter etter. Tilsynelatende like begreper kan ha ulike definisjoner og antall treff på hver av de vil derfor kunne variere.



Et eksempel er:

### RELIS kategori

– *Alternativ medisin*  
«brukes om midler som benyttes i terapeutisk sammenheng som ikke er registrert som legemiddel eller på annen måte omfattes av konvensjonell vestlig medisinsk behandling.»

### MeSH –

### Alternative Medicine

«An unrelated group of non-orthodox therapeutic practices, often with explanatory systems that do not follow conventional biomedical explanations.»

### Fritekst – Alternativ medisin

Forutsetter at ordene er skrevet nøyaktig slik i utredningen.

Alle søkefunksjonene har korte hjelpetekster på søkesiden. Men, ettersom denne tjenesten er ny også for RELIS kan det finnes ting som krever en annen, eller ganske enkelt bedre, forklaring. Søkesiden har i september 2001 vært gjenstand for en utprøvning av 50 personer i ulike stillinger innen helseprofessionene. En kontinuerlig evaluering av RELIS database vil finne sted og vi er svært takknemlige for synspunkter og tips i forhold til søkesiden. Det er vanskelig å tilfredsstille alle ønsker, men det er lov å forsøke!

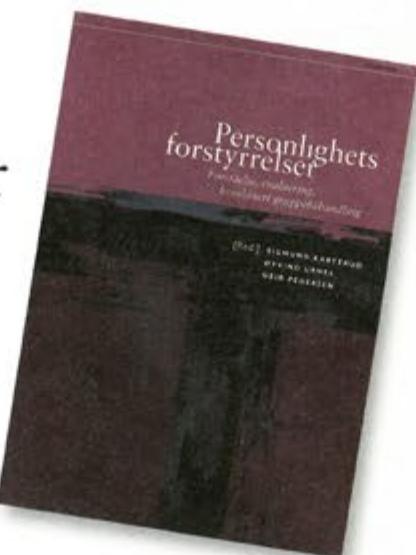
cand.pharm. Pål-Didrik Hoff Roland, RELIS Midt-Norge  
overlege Jan Schjøtt, RELIS Vest

cand.pharm. Lars Småbrekke, RELIS Nord-Norge

cand.pharm. Tone Westergren, RELIS Sør



## Personlighetsforstyrrelser lar seg behandle



Sigmund Karterud (red.), Øyvind Urnes og Geir Pedersen  
**Personlighetsforstyrrelser**  
 Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling  
 555 s.  
 Pax Forlag 2001  
 Pris: kr. 398,-

Begrepet personlighetsforstyrrelse vekker ofte følelser både hos helsepersonell og hos befolkningen ellers. Mange får assosiasjoner til psykopati og alvorlige antisosiale tilstander, mange vet at mennesker med slike lidelser er vanskelige å håndtere og vanskelige å gi god hjelp. Ja, det er faktisk ennå mange som lett tyr til gamle «sannheter» om at dette er tilstander det ikke finnes hjelp for. Jeg håper slike fordommer er på vei ut av helsepersonells bevissthet, og at vi heller prøver å få en forståelse av hva dette dreier seg om for kanskje å kunne hjelpe bedre. Ja, jeg har til og med et framtidshåp om at det skal gå an å forebygge noe av utviklingen av slike lidelser. Det vil være en oppgave som utfordrer større deler av samfunnslivet enn helsevesenet og psykiatrien.

Det er endelig kommet en stor, god bok på norsk om personlighetsforstyrrelser. Den springer ut fra miljøet på Dagavdelingen ved Ullevål sykehus som de siste 20 årene har spesialisert seg på utredning, evaluering og behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dagavdelingens virksomhet har således vært nært knyttet opp mot klinisk forskning. Mange av medarbeiderne i avdelingen har fått komme til uttrykk slik at materialet framstår tverrfaglig og bredspektret. Det virker solid i sin dokumentasjon og troverdig på bakgrunn av den åpne diskusjonen forfatterne fører rundt vanskelige og kontroversielle spørsmål angående diagnostikk, behandlingstilnærming og behandlingsresultater. Den teoretiske forankringen ligger i en psykodynamisk, selvpsykologisk forståelse av disse tilstandene og mennesket som helhet.

Boken er inndelt i fire hovedbolker. Den første delen tar hovedsakelig for seg diagnostikk og forekomst av personlighetsforstyrrelser og forholdet til symptomlidelser, arv og biologiske faktorer, effekt av behandling samt psykodynamiske teorier for personlighetsforstyrrelser. En aktuell og

vikting diskusjon er om tilstandene skal forstås kategorisk eller dimensjonalt. Våre diagnostiske manualler er basert på en kategorisk beskrivelse av ulike forstyrrelser, det vil si oppfyllelsen av et visst antall gitte kriterier ut i fra en atferdsbeskrivelse. En dimensjonal forståelse baserer seg på en modell der man ser for seg personlighetsforstyrrelsene som ytterpunktene på et kontinuum av vanlige personlighetstrekk. F.eks kan man tenke seg at paranoiditet vil da være ytterpunktet på en misitenksomhetsskala.

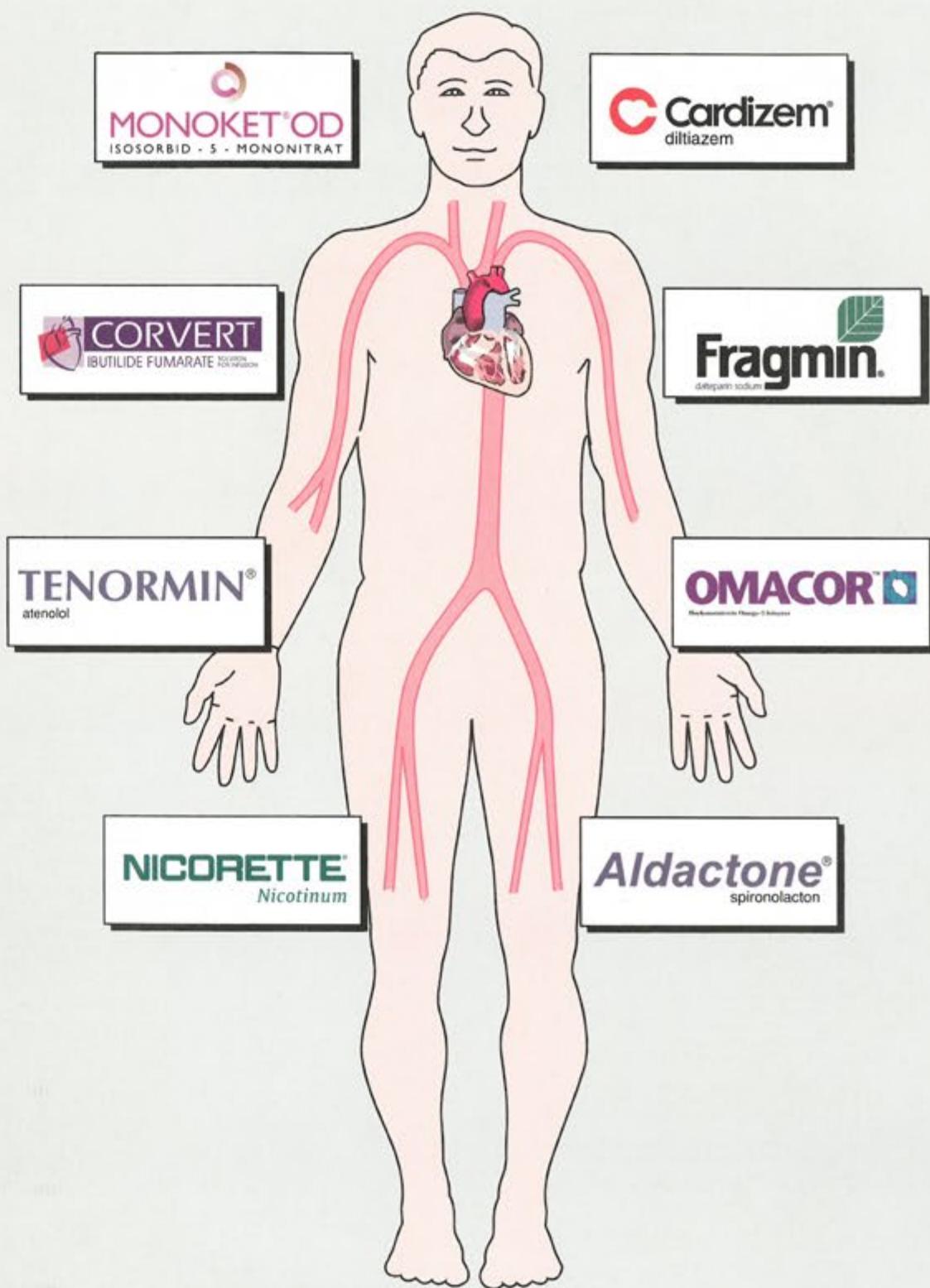
Neste del av boken dreier seg om utviklingen av psykoterapeutiske behandlingsprogrammer, samt retningslinjer for en tidsbegrenset behandling ved dagavdeling. I del tre tar man for seg kvalitetssikringsprosedyrer og evaluering. Her får man god innføring i de forskjellige diagnoseverktøy som brukes, og man får en diskusjon om den kliniske nytten av psykologiske tester. Teksten er godt krydret med kliniske eksempler. I den siste delen presenteres gruppebehandlingsopplegget slik det gjøres på dagavdelingen på Ullevål. Vi får her en grundig innføring i tverrfaglig behandlingstenkning med mange elementer. Det er, for å nevne noen, storgruppe, psykoterapigruppe, kognitiv gruppe for angstlidelser, billedterapigruppe, kroppsbevissthetssgruppe, spiseforstyrrelsegruppe og medikamentgruppe. Sentrale begreper i terapi prosessene presenteres og diskuteres slik som empati og grenser, motoverføring og selvobjektsvikt, utagering og dekompensering.

Boken er lettles og har et ukomplisert språk. Den henvenner seg til helsepersonell og studenter som har med personlighetsforstyrrelser å gjøre. «Det ligger i personlighetsforstyrrelsens vesen at den krever samarbeid mellom behandlingspersonell og forskjellige behandlingsformer, enten det er på sykehus, psykiatriske poliklinikker eller i primær- eller spesialisthelsetjenesten» skriver redaktørene i bokens innledning. Jeg tror de aller fleste allmennpraktiserende leger vil kunne ha glede og nytte av å lese denne boka og ha den stående på kontoret.

Tone Skjeven

# PHARMACIA

## Hjerte/kar



**Nyhet!**

## Nytt alternativ ved moderate smerter



### Tramadol en gang daglig \*

- 24 timer smertelindring
- Jevn, forutsigbar plasmakonsentrasjon
- Kan kombineres fleksibelt med paracetamol og NSAIDs

\* Tilgjengelig som Tramagetic Retard ved ønske om to daglige doser.

#### B Tramagetic OD «Nycomed Pharma»

Tramagetic Retard «Nycomed Pharma»

Analgemium

ATC-nr.: N02A X02

**DEPOTTABLETTER** 150 mg, 200 mg og 300 mg; Tramagetic OD: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 150 mg resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: Tiandikoid (E171).

**DEPOTTABLETTER** 75 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg; Tramagetic Retard: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 75 mg resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, laktosemonohydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: 75 mg: (tiandikoid E171, jernoksid E172, indigotin E132), 100 mg: (tiandikoid E171), 150 mg og 200 mg (tiandikoid E171, jernoksid E172)

**Egenskaper:** Klassefisning: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkungsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på  $\mu$ ,  $\delta$ - og  $\kappa$ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til  $\mu$ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekt er inaktivering av gennoprett av noradrenalin og ekking av serotoninfangringen. Absorpsjon: Tramadol absorberes nesten fullstendig. Biologigjengeligheten er ca. 70 % etter oral administrering. Mat påvirker ikke biologigjengeligheten eller den forlengete吸收jonstiden. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 5 timer for Tramagetic Retard og ca. 6 timer for Tramagetic OD. Tramadol har først passasje metabolisme. Virkestoffet tramadol har visst lineær farmakokinettikk, mens innsætting av tramadol fra depottabletter har visst lineær farmakokinettikk. Sammenlignet med tabletter og kapsler med umiddelbar innsætting av tramadol gir tabletter med langsom innsætting en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosisstyring. Proteinbinding: ca. 20 %. Halveringstid: For tramadol ca. 6 timer, for Tramagetic OD ca. 16 timer og for Tramagetic Retard ca. 12 timer p.g.a. forlenget absorpsjon. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsett nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboliseres til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig renalt.

**Indikasjoner:** Moderate smerter.

**Kontraindikasjoner:** Overdosismedisin for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forlenging eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virking på CNS. Tramadol skal ikke gi til pasienter som har monoaminoksydasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette til sistte å ukene.

**Bivirkninger:** Mellom vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10%). Det er rapportert en rekke tilfeller av leverfuskasjoner. Hypotone (>1/100): Allmenn: Svimmelhet, svette, hodspine, desighet. Gastrointestinale: Munnsørret, kvalme, oppkast, forstoppelse. Mindre hypotone: Gastrointestinale: Dyspepsi, magemessing, diari. Hud: Klat, hudutslitt. Sjeldne (<1/1000): Allmenn: Appetitforandringer, allergiske reaksjoner (inndremed, bronkospasmer, angioneurotisk edem), analgektisk spikk. Kardiovaskulære: Hypotension, takykardi, synkope, hypertensjon. Psykiske: Humorsvingninger, forandringer i oppfatelsesvenne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelvaskhet, krampeanfall. Sym: Tåkesyn. Urogenitale: Blærerammingsforsymptomer (urinretensjon). I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seporering. Tilvenningsrisiko foreligger.

**Forsiktigheitsregler:** Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til kramp kan bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakraniell trykk, alvorlig nedsett lever- og nyrerfunktjon, tendens til krampeanfall og utvikling av spikk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettscentret eller åndedrettsfunktjonen eller ved

samtidig behandling med sentraldepnde legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iakttas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparater med opioidvirking gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparater med opioidvirking gift over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppviser en mulig risiko. Overgang i morsmek: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmek. Preparatet ber ikke brukes under amning.

**Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inklusive alkohol, kan potensiere CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virkemåten av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramp og øke risikoen for kramp ved samtidig bruk av selektiv serotonin neuropeptahemmere (SSRI), trisyklike antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampepotensialet. Tramadol ber ikke kombinertes med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buprenorfir, nalbufin, pentazocin), da tramadol sin smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og samsynglisiv også metabolismen av den aktive N-demetylerete metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert.

**Dosering:** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerte og følsomheten hos den enkelte pasient. Pasienter som allerede behandles med tabletter eller kapsler med umiddelbar innsætting av tramadol, kan behandles med depottabletter ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagdose pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten styrtes langsommelt til høyere dose for å minimalisere forbipregende bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maksimal dagedose er 400 mg.

**Tramagetic OD:** Bar: tas med 24 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tidslige bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig standdose er 150 mg i dagnet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsett nyre- eller leverfunktjon:** Halveringstiden kan være forlenget slik at dosejustering kan bli nødvendig. En standdose på 150 mg arbeides. Dosestyring oppover, til smertekontroll når, må ske under nøyde overvåking. Tramadol arbeides ikke til pasienter med sterkt nedsett nyre- eller leverfunktjon (kreatinin clearance < 10 ml/min). **Barn under 14 år:** Anbefales ikke, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert hos barn.

**Tramagetic Retard:** Bar: tas med 12 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 12 timer uten eller med tidslige bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig standdose er 75 mg 2 ganger i dagnet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsett nyre- eller leverfunktjon:** En standdose på 75 mg 2 ganger i dagnet arbeides. **Depottabletter sveiges hele og må ikke lyges.**

**Overdosering:** Symptomer: Misse, bivirkninger, kardiovaskulær kolaps, sedasjon og koma, krampetilstander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, forstås for å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sikruløsningen. Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampetilstander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Ventrikkeltemperatur kan benyttes for å sjekke ubasert depottablett.

**Pakninger og priser (235-01):** **Tramagetic OD:** Depottabletter: **Empac:** 150 mg: 20 stk. kr. 221,90, 100 stk. kr. 786,60, 200 mg: 20 stk. kr. 234,30, 100 stk. kr. 909,60, 300 mg: 20 stk. kr. 322,20.

**Tramagetic Retard:** Depottabletter: **Empac:** 75 mg: 20 stk. kr. 130,40, 100 stk. kr. 416,60, 100 mg: 20 stk. kr. 133,70, 100 stk. kr. 472,80, 150 mg: 20 stk. kr. 180,50, 200 mg: 20 stk. kr. 256,70.