

## Innhold:

Leder: En etisk utfordring AV TONE SKJERVEN	s 1
Eg syndar dagleg og fortener straff AV JOHN NESSA	s 2
På grunnfjellet. Tunge dagar AV ASLAK BRÅTVEIT	s 5
• Ar troen blir en belastning og ikke en ressurs... – en presentasjon av et nytt behandlingsopplegg VED ØYSTEIN BAKKEVIG	s 8
Kan troen gjøre meg frisk? Om frelse og helse i kristen tro AV KJELL A. NYHUS	s 12
Bedehusbilete. FRA BOKEN «BEDEHUSBILETE» FOTO: KNUT BRY. DIKT: HELGE TORVUND	s 16
Tveit Transitt. Et samfunns- medisinsk drama i fem akter NEDTEGNET AV DAGFINN HAARR	s 18
Polyfarmasi – en utfordring i moderne medisin AV KNUT LAAKE	s 21
Ord i alvor om «kulturelt misbruk» av B-preparat AV EIVIND BESTBØ	s 24
Kronikk, opprinnelig publisert i Politiken: At visne nogenlunde glad AV TAGE VOSS	s 26
Faste spalter	s 30

# utposten

## Kontor:

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

Adresseliste redaktørene 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

Klokkskogemoen  
3840 Seljord  
Tlf: 35 05 04 42  
E-mail: elswense@online.no

### Gunnar Strøm

Skogv. 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: 24 16 31 10  
Fax: 22 16 30 09  
E-mail: frode.forland@c2i.net

### 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:** Digital Stock

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

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

# En etisk utfordring

**F**or en tid tilbake fikk jeg en CD av en pasient, han hadde tatt opp musikk til meg. Mange av låtene var av Bjørn Eidsvåg og Sigvart Dagsland, sterke, talende tekster med klar adresse til kristen tro. Jeg måtte gå tilbake til pasienten for å spørre om dette var ment som et budskap om et tema vi ikke hadde tatt opp i timene. Er det slik at vi er redde for å ta opp temaer knyttet til folks tro?

I dette nummeret vil vi sette fokus på medisin og religion. Vi har vært gjennom en epoke hvor det ikke har vært god tone for legen å snakke med pasienter om tro. I psykiatrien, der det kanskje er mest viktig å ta opp dette tema, har det i visse kretser nærmest vært tabu. Dette er i ferd med å endre seg, blant annet gjennom at troshistorien inkluderes som en viktig del av anamnesen.

Gudstro og religiøst liv kan ha fundamentalt forskjellig virkning på forskjellige mennesker. For noen kan troen virke helsebringende, for andre kan den være sykdomsfremkallende. En del mennesker har traumatiske opplevelser fra tilknytning i forskjellige menigheter i oppvekst eller tidlig voksent liv. Ofte ser vi at skyld og skam, som kan lede til helseproblemer av både psykisk og fysisk art, henger sammen med pasientens religiøse liv på en eller annen måte. Fra forskningsfronten hevdes det at religion således kan ha fem forskjellige funksjoner. Den kan virke som en sosialiserende faktor, eller være en trygg havn. Tro kan også virke som terapi. På den andre siden kan den virke undertrykkende eller være uttrykk for mental forstyrrelse (1). Mer oppsiktsvekkende er det at bønn fører til kortere

forløp av sepsis, noe som er vist i en randomisert kontrollert studie gjengitt i BMJ (2). Det finnes også undersøkelser som viser at f.eks. adventister har bedre helse enn normalbefolkingen. Dette skyldes antakelig levesettet mer enn troen.

Mange vil spørre seg hvordan legen skal ta opp slike spørsmål med pasientene sine. De færreste vil ha mot til å bruke en så utradisjonell måte å nærme seg en døende pasient på som Aslak Bråtvæit forteller om i dette nummeret. Noen vil være helt uenig i at en lege skal bruke bibel og bønn i møte med pasienten. Men av og til kan det kanskje være nyttig å åpne opp for en undring over troens betydning for helsa. Det vil da være viktig å kunne sortere ut områder som tilhører sjelesorgen. Uansett vil de fleste av oss ha et forhold til religion, enten man er aktivt troende eller ikke. Det vil med sikkerhet prege vår måte å nærme oss dette tema på overfor pasienten. Det er dette John Nessa viser oss i fortellingen om turnuskandidatens møte med en abortsøkende kvinne.

Nessa peker på at vi bør være bevisst vår rolle, både som sårbarer mennesker i verden, og i vår legerolle der vi møter sårbarheten gjennom sykdom og lidelse. Vi bør reflektere over hvilken betydning vi har for hverandre. Den danske teologen K.E. Løstrup, har uttrykt dette godt i sin formulering av 'den etiske fordring': «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forgående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simplethen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke.» (3)

Tone Skjerven

## Referanser:

- Spilka B, Hood RW Jr., Gorsuch RL. *The psychology of religion. An empirical approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1985
- BMJ 2001;323:1450-1451
- Løstrup K.E. *Den etiske fordring*. Cappelens Forlag 2000.

# Eg syndar dagleg og fortener straff

AV JOHN NESSA

Lat meg starte med ei anekdote frå bygda her eg bur. Distriktslegen var kjent for å ha eit uvanleg godt grep på folk. Alle elsa han, venterommet var aldri tomt. Han blei spurta sine kollegar om koss det kunne ha seg at alle ville til han. Han svara med å fortelje ei historie.

Det var fredag kveld, og han hadde vakt i distriktet. Kona ringte på vegne av mannen. Han var så ille plaga av si leddgikt. Distriktslegen kjende både kona og mannen, og forsikra om at det var lite han kunne gjøre med plagene til mannen. «Ja, vi veit det», sa kona. «Kan du ikkje likevel komme på sjukebesøk?» Han lova det. Han kom, og prata med patienten. Forsikra igjen om at det var lite han kunne gjøre. «Ja, vi veit det» sa kona. «Kan du ikkje likevel undesøkje han?» Han gjorde det, og forsikra igjen om at det var lite han kunne gjøre med tilstanden. «Ja, vi veit det», sa kona. «Kan du ikkje likevel be saman med oss?». Og så gjorde han det.

Denne legen var ikkje såkalla personleg kristen. Men han var presteson. Det er interessant å reflektere over kor grensa går for vår rolle som legar når vi blir stilt overfor ei utfordring som dette. Er det akseptabelt, eventuelt uakseptabelt å be saman med pasienten? Er det i tråd med evidensbaserte retningslinjer å falde hendene under konsultasjonen? Eller er det det motsette, å undergrave fagets seriøsitet som vitenskapleg basert medisin? Kva demonar er det ein prøver å utdrive ved å falde hendene? Er det å score billige poeng på popularitetsbørsen hos pasienten, eller er det å avsløre at ein er usjølvstendig og hjelpelaus utan evne til å setje grenser? Blir det nokon skilnad om legen sjølv er kristen eller ikkje? I kor stor grad er det å be eit allmennkulturelt uttrykk, og i kor stor grad er det noko djupt privat, som å ha sex eller pille seg i nasen?

## Kva er eit livssyn?

Problemstillinga eg har fått oppgitt er korleis tru og livssyn pregar arbeidet som allmennlege. Eg vil svare på det indirekte, ved å gå to skritt tilbake og reflektere over kva vi meiner med tru og livssyn. Utgangspunktet er problematisk. Livssyn i tradisjonell forstand, alt som smaker religion har hatt trange kår i vårt fagfelt det siste hundreåret. Det vart så seie oppheva ved kongeleg resolusjon av Helsedirektora-

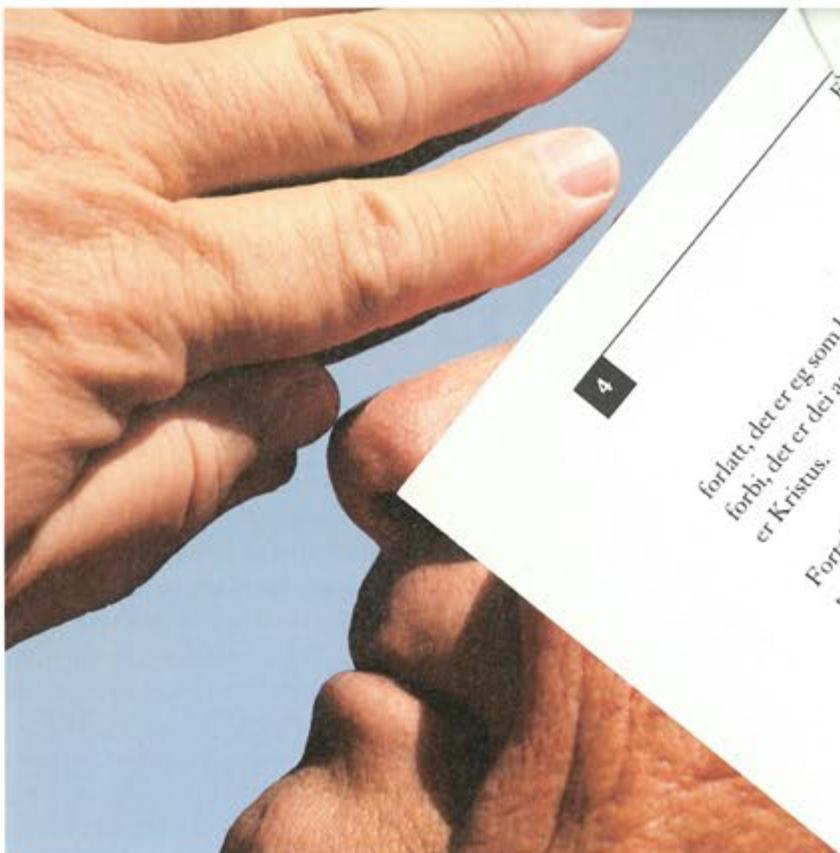
tets yppersteprest Karl Evang. Det å ha eit livssyn var ein leining som rett nok ikkje var heilt forbode. Men ein skulle ikkje praktisere det. Som å vere pedofil i ein barnehage. Ingen heldig kombinasjon. Ein av Evans våpendragarar, psykiataren Jon Leikvam skreiv i 1933 ein artikkel om skuldkjensle og moral at han ville «til beroligelse allerede her fremheve at det naturvitenskapelige synet på det religiøse så langt fra er spottende, det er tvert imot preget av forståelse og overbærenhet» (1).

Ikkje spottande. Men overbærende. Er det plass til livssyn i ei eindimensjonal medisinsk verd prega av empirisk snusfornuft og sakleg overbærenhet?

Temaet er også vanskeleg fordi det er så personleg. Skal eg reflektere over dette må eg ta utgangspunkt i meg sjølv. Er eg kristen? I så fall, kva meiner eg med det? I følge konfirmantpresten forrige helg er eg kristen fordi eg er døypt. Min muslimske ven seier eg er kristen fordi eg er frå Noreg. Ungane mine seier eg er ikkje kristen fordi eg har ein annan livsstil enn dei kristne. Ei gamal kone som var min pasient sa etter ho hadde fått med seg at eg hadde tala under ei gudsteneste at «det var godt du gjorde det. For då har me fått plassert deg.»

Er eg kristen? Nei. Er eg ikkje kristen? Nei. Kva er eg då? Eg rett og slett er. Det å vere til, det å eksistere er noko meir dynamisk enn å klister på seg merkelappar. Hør ikkje på meg. For eg er grunnleggjande upåliteleg. Spesielt i åndelige spørsmål. Det eg mente i går, meiner eg ikkje i dag. Det eg meiner i dag, vonar eg vil endre seg til i morgen. Skal eg forbli og vere meg sjølv, må eg endre meg, ta inn nye impulser, opne meg for livet, justere kurser, leve og vere til. Men eg er altså døypt. Og kan ikkje la det vere u gjort.

I vår kultur handlar det gjerne om ein er kristen eller ei. Og kristen betyr gjerne «personleg kristen». I seg sjølv ei problematisk formulering som ein må forstå på bakgrunn av historiske og kulturelle forhold. Eg trur ikkje det betyr noko særlig for vår praksis som legar om ein har den eine eller den andre merkelappen. For vi er meir like i vår legerolle enn det som skiljer oss når det gjeld gudstru. I ei viss forstand er vi modernisert og avkristna uavhengig av tru-vedkjenning. Det er makt i de foldede hender. Likevel trur



forlatt, det er eg som har hamna  
 forbi, det er dei andre. Den mi  
 er Kristus.  
 Fortellinga får eit eksister  
 tapt, har hamna blant r  
 kan ikkje unnsleppa si  
 Men det er også ein c  
 av Jean Paul Sartre  
 hevdat mennesk  
 ikkje sjølv har v  
 verda, er ansva  
 andre. Og eit  
 har oversikt og prøver å  
 punkt. Det opp og  
 er å bli gjed sukk  
 er å bli ei dag-  
 for Sip.

vi ikkje på ein slags overjordisk magi ved å be. Vi trur ikkje Vårherre opphever naturlovene. Vi prøver ikkje å fordrive demonar. Vi har eit anna språk for psykens irrgangar enn dei hadde i middelalderen. Vårherre er omorganisert og plassert på museum, meir synleg på søndagane enn i kvar-dagen. Vårherre er førtidspensionert. Det medisinske hus er møblert med modernitetens tru på vitskapleg fornuft, teknologisk framskritt og individuell fridom.

Ho bad om time hos sin faste lege. Men han var bortreist. Difor måtte ho finne seg i å gå til turnuslegen. Turnuslegen var eit profilert medlem i den lokale frikyrkja. Han ville ikkje at ho skulle søkje abort i første omgang. Ho hadde tid til å tenkje seg om. Og ho gjorde det. Då ho kom til kontroll ei veke seinare, ville ho ikkje søkje abort. Den faste legen, som eg kjerner svært godt, ville nok ha formidla ein abortsøknad ved første konsultasjon. Og fått «problemet» ut av verda.

Det er nærliggjande å tenkje at her har tru og livssyn overstyrt legen. Eg tvilar på det. Eg trur berre rett og slett at han har gjort ein betre jobb enn den faste legen ville ha gjort. Ikke fordi han fekk henne til å endre standpunkt. Men fordi han fekk henne til å tenkje seg om. Han har brukt god tid, tatt pasienten på alvor og samstundes gjort seg sjølv synleg som fagperson. Han har ikkje moralisert. Ikke presentert private meininger om abortlov og abortpraksis. Han har ikkje sabotert pasientens ønske. Han har fulgt alle dei gode medisinsk etiske prinsippa. Som så ofte er tilfelle med tur-nuslegane har han gjort ein grundigare jobb enn det den meir erfarte fastlegen ville ha gjort. Og den abortsøkjande kvinnen er no ei lukkeleg mor. Hadde ho komme til meg, hadde ho no kanskje vore ei like lukkeleg kvinne utan barn. Kva veit eg?

Tru og livssyn er noko viktige. Det er medvitne om at vi har dei, og ikkje tru og livssyn pregar verda. Men på eit djupare plan er tru og livssyn surt i vårt daglege slit. Eit livssyn bidrar til at noko det er vanskeleg å ha eit språk om. Livssyn til eksistensen, livssyn tematiserer dei gjeldende spørsmål, dei spørsmåla som er majestetiske, store og små og banale på same tid. Kva er eit menneske? Kva med døden? Kva med kjærleiken? Kven er min neste? Ikke minst tematiserer tru og livssyn spørsmål om liding, sjukdom og død. Ved læger hvad sygdom er? er titelen på ei lita dansk bok (2). Kollega Haakon Lærum svarer nei. Danske legar veit ikkje kva sjukdom som eksistensiell erfaring er. Og då får dei gjerne problem dei ikkje så lett kjem ut av.

### Aslak Bråteit og Jean Paul Sartre (i prioritert rekkekølge)

Eg var på Nidaroskongressen i Trondheim. Asbjørn Aarnes hadde nettopp førelse om Emanuel Levinas, denne merkverdige litauisk-franske filosofien som insisterer på Den Annens ansikt som utgangspunkt for vårt ansvar for kvarandre. Eg veit ikkje heilt om eg har forstått kva Levinas vil fortelle oss, og heller ikkje heilt kva som er relevansen for medisinsk praksis. Aarnes drog fram fortellinga om den miskunnsame samaritanen for å illustrere Levinas. Den forlatte i veigrøfta er Den Andre. Det er vi som går forbi. Vår plikt er å sjå, vår plikt er å hjelpe.

Så er det kommentarar frå salen. Kollega Aslak Bråteit reiser seg og presenterer ei ny fortelling om samaritanen. Den forslatte i grøfta, det er meg og deg. Det er eg som er

# Eg syndar dagleg og fortener straff

AV JOHN NESSA

Lat meg starte med ei anekdote frå bygda her eg bur. Distriktslegen var kjent for å ha eit uvanleg godt grep på folk. Alle elsa han, venterommet var aldri tomt. Han blei spurt av sine kollegar om koss det kunne ha seg at alle ville til han. Han svara med å fortelje ei historie.

Det var fredag kveld, og han hadde vakt i distriktet. Kona ringte på vegne av mannen. Han var så ille plaga av si leddgikt. Distriktslegen kjende både kona og mannen, og forsikra om at det var lite han kunne gjøre med plagene til mannen. «Ja, vi veit det», sa kona. «Kan du ikkje likevel komme på sjukebesøk?» Han lova det. Han kom, og prata med patret. Forsikra igjen om at det var lite han kunne gjøre. «Ja, vi veit det» sa kona. «Kan du ikkje likevel undesøkje han?» Han gjorde det, og forsikra igjen om at det var lite han kunne gjøre med tilstanden. «Ja, vi veit det», sa kona. «Kan du ikkje likevel be saman med oss?». Og så gjorde han det.

Denne legen var ikkje såkalla personleg kristen. Men han var presteson. Det er interessant å reflektere over kor grensa går for vår rolle som legar når vi blir stilt overfor ei utfordring som dette. Er det akseptabelt, eventuelt uakseptabelt å be saman med pasienten? Er det i tråd med evidensbaserte retningslinjer å falde hendene under konsultasjonen? Eller er det det motsette, å undergrave fagets seriøsitet som vitskapleg basert medisin? Kva demonar er det ein prøver å utdrive ved å falde hendene? Er det å score billige poeng på popularitetsbørsen hos pasienten, eller er det å avsløre at ein er usjølvstendig og hjelpelaus utan evne til å setje grenser? Blir det nokon skilnad om legen sjølv er kristen eller ikkje? I kor stor grad er det å be eit allmennkulturelt uttrykk, og i kor stor grad er det noko djupt privat, som å ha sex eller pille seg i nasen?

## Kva er eit livssyn?

Problemstillinga eg har fått oppgitt er korleis tru og livssyn pregar arbeidet som allmennlege. Eg vil svare på det indirekte, ved å gå to skritt tilbake og reflektere over kva vi meiner med tru og livssyn. Utgangspunktet er problematisk. Livssyn i tradisjonell forstand, alt som smaker religion har hatt trange kår i vårt fagfelt det siste hundreåret. Det vart så å seie oppheva ved kongeleg resolusjon av Helsedirektora-

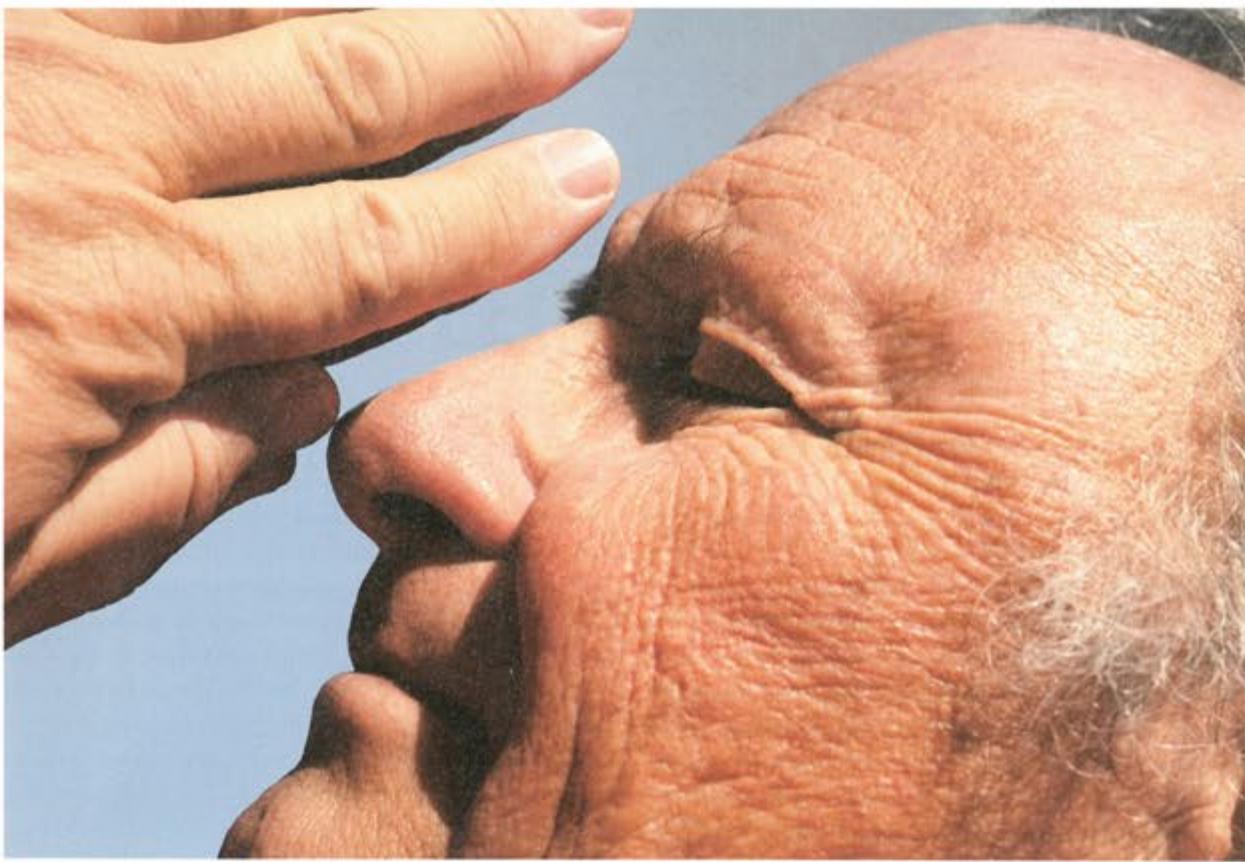
tets yppersteprest Karl Evang. Det å ha eit livssyn var ein lekning som rett nok ikkje var heilt forbode. Men ein skulle ikkje praktisere det. Som å vere pedofil i ein barnehage. Ingen heldig kombinasjon. Ein av Evans væpendragarar, psykiataren Jon Leikvam skreiv i 1933 ein artikkel om skuldkjensle og moral at han ville «til beroligelse allerede her fremheve at det naturvitenskapelige synet på det religiøse så langt fra er spottende, det er tvert imot preget av forståelse og overbærenhet» (1).

Ikkje spottende. Men overbærende. Er det plass til livssyn i ei eindimensjonal medisinsk verd prega av empirisk snusfornuft og sakleg overbærenhet?

Temaet er også vanskeleg fordi det er så personleg. Skal eg reflektere over dette må eg ta utgangspunkt i meg sjølv. Er eg kristen? I så fall, kva meiner eg med det? I følge konfirmantpresten forrige helg er eg kristen fordi eg er døypt. Min muslimske ven seier eg er kristen fordi eg er frå Noreg. Ungane mine seier eg er ikkje kristen fordi eg har ein annan livsstil enn dei kristne. Ei gamal kone som var min pasient sa etter ho hadde fått med seg at eg hadde tala under ei gudsteneste at «det var godt du gjorde det. For då har me fått plassert deg.»

Er eg kristen? Nei. Er eg ikkje kristen? Nei. Kva er eg då? Eg rett og slett er. Det å vere til, det å eksistere er noko meir dynamisk enn å klister på seg merkelappar. Hør ikkje på meg. For eg er grunnleggjande upåliteleg. Spesielt i åndelige spørsmål. Det eg mente i går, meiner eg ikkje i dag. Det eg meiner i dag, vonar eg vil endre seg til i morgen. Skal eg forblig vere meg sjølv, må eg endre meg, ta inn nye impulsar, opne meg for livet, justere kurser, leve og vere til. Men eg er altså døypt. Og kan ikkje la det vere ugjort.

I vår kultur handlar det gjerne om ein er kristen eller ei. Og kristen betyr gjerne «personleg kristen». I seg sjølv ei problematisk formulering som ein må forstå på bakgrunn av historiske og kulturelle forhold. Eg trur ikkje det betyr noko særleg for vår praksis som legar om ein har den eine eller den andre merkelappen. For vi er meir like i vår legerolle enn det som skiljer oss når det gjeld gudstru. I ei viss forstand er vi modernisert og avkristna uavhengig av truvedkjenning. Det er makt i de foldede hender. Likevel trur



ILLUSTRASJONSFOTO

vi ikkje på ein slags overjordisk magi ved å be. Vi trur ikkje Vårherre opphever naturlovene. Vi prøver ikkje å fordrive demonar. Vi har eit anna språk for psykens irrgangar enn dei hadde i middelalderen. Vårherre er omorganisert og plassert på museum, meir synleg på søndagane enn i kvar-dagen. Vårherre er førtidspensionert. Det medisinske hus er møblert med modernitetens tru på vitskapleg fornuft, teknologisk framskritt og individuell fridom.

Ho bad om time hos sin faste lege. Men han var bortreist. Difor måtte ho finne seg i å gå til turnuslegen. Turnuslegen var eit profilert medlem i den lokale frikyrkja. Han ville ikkje at ho skulle sokje abort i første omgang. Ho hadde tid til å tenkje seg om. Og ho gjorde det. Då ho kom til kontroll ei veke seinare, ville ho ikkje sokje abort. Den faste legen, som eg kjenner svært godt, ville nok ha formidla ein abortsøknad ved første konsultasjon. Og fått «problemet» ut av verda.

Det er nærliggjande å tenkje at her har tru og livssyn overstyrt legen. Eg tvilar på det. Eg trur berre rett og slett at han har gjort ein betre jobb enn den faste legen ville ha gjort. Ikke fordi han fekk henne til å endre standpunkt. Men fordi han fekk henne til å tenkje seg om. Han har brukt god tid, tatt pasienten på alvor og samstundes gjort seg sjølv synleg som fagperson. Han har ikkje moralisert. Ikkje presentert private meininger om abortlov og abortpraksis. Han har ikkje sabotert pasientens ønske. Han har fulgt alle dei gode medisinsk etiske prinsippa. Som så ofte er tilfelle med tur-nuslegane har han gjort ein grundigare jobb enn det den meir erfarne fastlegen ville ha gjort. Og den abortsøkjande kvinnen er no ei lukkeleg mor. Hadde ho komme til meg, hadde ho no kanskje vore ei like lukkeleg kvinne utan barn. Kva veit eg?

Tru og livssyn er noko vi alle har, sjølv om vi ikkje alle er medvitne om at vi har det. På eit overflatisk plan trur eg ikkje tru og livssyn pregar vår praksis i særleg grad. Men på eit djupare plan er tru og livssyn ei betydeleg ressurs i vårt daglege slit. Eit livssyn bidrar med eit språk for noko det er vanskeleg å ha eit språk om. Livssyn gir eit språk til eksistensen, livssyn tematiserer dei grunnleggjande spørsmål, dei spørsmåla som er majestetiske og store og små og banale på same tid. Kva er eit menneske? Kva med døden? Kva med kjærleiken? Kven er min neste? Ikkje minst tematiserer tru og livssyn spørsmål om liding, sjukdom og død. Ved læger hvad sygdom er? er titelen på ei lita dansk bok (2). Kollega Haakon Lærum svarer nei. Danske legar veit ikkje kva sjukdom som eksistensiell erfaring er. Og då får dei gjerne problem dei ikkje så lett kjem ut av.

### Aslak Bråtvit og Jean Paul Sartre (i prioritert rekkefølge)

Eg var på Nidaroskongressen i Trondheim. Asbjørn Aarnes hadde nettopp førelse om Emanuel Levinas, denne merkverdige litauisk-franske filosofien som insisterer på Den Annens ansikt som utgangspunkt for vårt ansvar for kvarandre. Eg veit ikkje heilt om eg har forstått kva Levinas vil fortelle oss, og heller ikkje heilt kva som er relevansen for medisinsk praksis. Aarnes drog fram fortellinga om den miskunnsame samaritanen for å illustrere Levinas. Den forlatte i veigrøfta er Den Andre. Det er vi som går forbi. Vår plikt er å sjå, vår plikt er å hjelpe.

Så er det kommentarar frå salen. Kollega Aslak Bråtvit reiser seg og presenterer ei ny fortelling om samaritanen. Den forslatte i grøfta, det er meg og deg. Det er eg som er

forlatt, det er eg som har hamna blant røvarar. Dei som går forbi, det er dei andre. Den miskunnsame samaritanen, det er Kristus.

Fortellinga får eit eksistensielt innhald. Eg er dømt og fortapt, har hamna blant røvarar, kan ikkje frelse meg sjølv, kan ikkje unnslepp situasjonen. Dette er ein kristen tanke. Men det er også ein eksistensiell filosofiske tanke, formulert av Jean Paul Sartre. Han var ateist og kommunist. Han hevda at mennesket er dømt til å vere fritt. Dømt fordi ein ikkje sjølv har valgt å bli fødd, og fri fordi ein når ein er i verda, er ansvarleg for det ein gjer. Ein er ansvarleg overfor andre. Og ein er ansvarleg for ting ein ikkje nødvendigvis har oversikt over. Dette er ikkje eit etisk/moralsk standpunkt. Dette er eit eksistensielt faktum. Å vere menneske er å bli overlatt til andre, å ex-istere er å bli kasta ut i det, det er å bli tvinga til å vere med-menneske, så å seie å bli kasta for ulvane, å falle blant røvarar. Og andre som går forbi.

Sartre sa meir. Han sa at helvete er dei andre. Det var kanskje difor han valde å bu heime hos mora si heilt til ho vart 80 år, og ikkje eingong flytta saman med kjærasten sin, Simone de Beauvoir. Det var nok best slik. Minst helvete heime hos mor.

Helvete er dei andre. Den store risikoen i livet er ikkje å hoppe basehopp frå Kjerag, men å gi seg over til andre. Kjærleik, intimitet, dei andre er verkeleg risiko (3). I Sartres univers er eg fri. Men eg er også dømt til å eksistere i eit slags helvete.

Aslak si fortelling traff min barnelærdom. Det som er blitt hamra inn i mitt sinn, er at eg er eit syndig og hjelpelaust fortapt menneske. Det er ingen därleg ballast å ha med seg i livet. For det er sant. Det er sant at eg er syndig i den forstand at eg kjem til kort. Det er sant at eg går forbi - og må gå forbi. For middagen og pliktene ventar heime. Det er og sant at eg har falle blant røvarar. Og det er sant at eg syndar dagleg. For eg kan ikkje flytte to steinar utan at eg øver vald på noko, kan ikkje gjere noko som helst utan at eg risikerer at andre blir såra. Synd er ikkje noko eg gjer. Det er noko eg er. Det er min skjebne, min eksistens. Eg er fortapt fordi eg er utlevert til sårbarheten og døden. Melankoliens svarte sol lyser i horisonten. Eg syndar dagleg og fortener straff.

### Identitetsoppløysning og religiøs oppblomstring

Enkelte utviklingstrekk i samtida tyder både på ei allmenn religiøs oppblomstring og at kyrkja igjen får større betydning for folk flest. Samstundes kjem medisin og religion nærmare kvarandre. Ein får ein slags terapi- og psykoreligiositet der medisinen utfordres til å dra omsorg for heile mennesket, og der det kyrkjelege språket blir meir og meir lik terapeutens.. Det handlar om kompenserande identitetssik-

ring som reaksjon på den allmenne identitetsoppløysningen. Moderniseringa og sekulariseringa har belasta identiteten vår så sterkt at religiøsitet revitaliseres som kompensasjon og reparerande krisebehandling (4)

### Mellom logos og kaos

Psykiataren Irvin D Yalom hevdar at det er fire dimensjoner som har relevans for psykoterapi: Dødens realitet som trussel og tema gjennom heile livet, fridommen til å leve slik ein ønsker, det faktum at vi på grunnleggjande vis er heilt alleine her i livet, og mangelen på nokon openberr meining i tilveret. Som studiekamerat og kollega Øyvind Bruland uttrykkjer det, i ein artikkel i ei bok der denne artikkelen er grunn god nok til å skaffe seg heile boka: Fra et stort ingenting blir vi født inn i en kaotisk verden. Helt fra starten av strever vi etter logos - orden, harmoni og likevekt. Men -ustanselig innhentes vi av kaos - sult, frost, ensomhet, sykdom, angst og usikkerhet. Angsten for det store intet (3).

*Om du tror på gud  
Och någon gud inte finns  
Så är din tro  
et enda större under  
Då er den verkliga  
någon ting ofattbart stort  
Hvarför ligger det en varelse nere i mörkret  
och ropar på något som inte finns?  
Hvarför forholler det seg så?  
Det finns ingen som hör  
att någon ropar i mörkret  
Men hvarför finns ropet?*

(Fra «Afstand» av Pär Lagerkvist)

Øyvind Bruland skriv også at som lege får ein sterke korrektiv på eigne plager, irrgangar, svartsinn: «I hver 16-åring med benkreft ser jeg mitt eget barn, i hver 40-åring med brystkreft ser jeg min ektefelle, i hver 70 åring med prostatakreft min far, og i hver og en av dem - meg selv»

Ei grunnhaldning i livet, kall det gjerne tru, kall det gjerne livssyn, som tar dette inn over seg vil oppdra til sjølvmedvit om kor sårbar ein er, den vil føre til ei open interesse for andre menneske, og ei generell audmjuk grunninnstilling til det vi driv på med. Slik sett vil den prege vårt virke som allmennlege. Og er ein blind og døv for desse perspektiva er det kanskje betre om ein slepp å arbeide med menneske.

### Litteratur

- Leikvam J. Skyldfolelse og moral. Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning 1933;2:212-28.
- Lærum H. Ved læger hvad sygdom er? København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1994.
- Skårderud F. Uro. En reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug, 1999.
- Krogseth O. Identitet og kultur. Inter Medicos, nr 1, 2000:4-9.
- Bruland ØS. «Tanker i tresko». Et kreftleges refleksjoner mellom logos og kaos. I: Kaos, logos og kjærlighet. Festskrift i anledning Kreftregisterets jubileum og Frøydis Langmarks 60-års dag. Oslo, 2001:40-51.

# På Grunnfjellet

## *Tunge dagar*



ILLUSTRASJONSFOTO

AV ASLAK BRÅTVEIT

Kva er retninga og meinings? Eg vaknar tidleg og prøver å tenkja på ingenting. Tankane mine er dystre og vonde. Eg er ei plage for familien min. Om morgonen står eg opp og sukkar, eg et maten min og sukkar, så syklar eg med sukk og tyngsle til arbeidet. Det kostar å gjennomføra dei daglege vanar. Vekta går ned. I magen ligg ein tung klump.

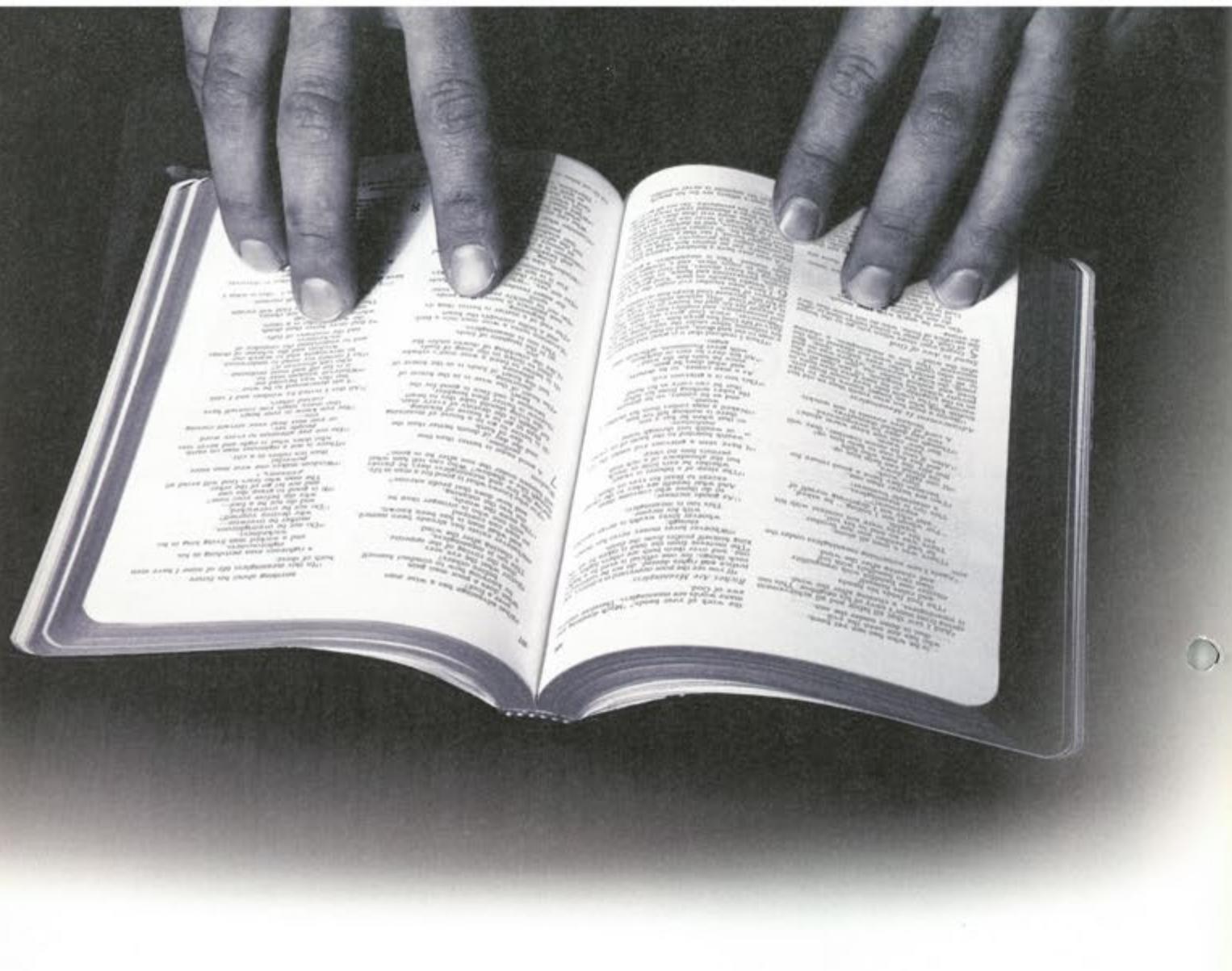
Ein dag ligg eg i senga og stirrer i taket. Den som berre kunne finna ein tilstand der det ikkje var tankar eller kjensler lengre. Over meg ligg takplatene i firkanta mønster. Ikke disharmoni der, men inne i meg.

«Aslak, Aslak!» det høyrest rop utefrå. Det er Per som ropar, han høyrest veik og fortvila ut. Per er komen att frå opphold på sjukehus i Tyskland. Kreftsjukdomen har teke tak i kroppen nå. I Noreg er det ingen lækjar som kan lova han botevon. Nå er han avkrefta, har tynne armar og føter. Magen er svulmande, pusten er svekka. Draget i andletet har eldst mykje dei siste månadane. Maten må han truga i seg.

Kvifor ropar han på meg? Eg dreg meg ut or senga, halar på meg bukse og skjorte og tuslar ned i gongen. Kor kjem ropa frå? Får gå bort til huset hans for å finna ut kva han vil.



**Aslak Bråtveit** blastula på vårparten 1951. Mor frå kystkommune, Austre Bokn i Ryfylke. Far frå fjellbygd, Bråtveit i Suldal. Gift med Signy frå Finnøy (Ryfylke) og har budd der frå 1979. Avkom: Gut 78, gut 80 og jente 83. Turnusteneste, privat praksis, distriktslege og sidan kommunelege same stad. Spesialist i allmennpraksis frå 1986, arbeider i allmennpraksis, er tilsynslege på Finnøy sjukeheim, fast på helsestasjonen. Har arbeidd noko med luftvegsinfeksjonar og bruk av CRP. (Fekk NSAM sin forskingspris 1997). Knytt til Inst for allmennmedisin i Bergen, deltek i undervisning av studentar på instituttet og i eigen praksis. Deltakar i MidtRyfylke Legegruppe frå 1979. Har utvikla eit kjærleiks/hat tilhøve til EDB: Står alt for ofte til knea i datahengjemyra, har ansvar for program og maskinar i nettverk for helse og sosialtenesta. Stor glede av å spela kontrabass eller piano (eller gitar eller fløyte...) Syng i Finnøy kyrkjekor. Les i Bibelen og møter der sterke bilete, frigjerande ord og stor visdom. På nippet til å hamna i Bangladesh på vegne av Santalmisjonen i 1986. I staden reiste me frå Klepp og ei lita barnegrav og returnerte til Finnøy.



Under eit plommetre i hagen min ligg Per på albogar og kne. Han vinn ikkje opp. Andletet viser klårt fortvilinga og nederlaget. Han har falle fordi han ikkje har krefter til å gå. Eit par gonger har han fortalt om fall, men då har han skulda på balansen, nå er det kroppen som seier at kreftene er til ende.

Så femner eg kring den sjuke kroppen, han er ikkje tung på få på føtene, me held kring einannan og står oss inn i gongen og kjellarstova hjå oss. Han har blitt skiten etter fallet, men det er uviktig, andre tankar trykkjer oss nå. Situasjonen og hendinga ropar til oss at nå er det berre ei stutt tid att til Per møter døden. Til nå har vonene om betring vore blanda med motløysa, men nå er det alvor: Livet går mot slutten. Kva skal eg makta sei? Eg har inga oppmuntring å gi som kunne gi meinig.

Bibelen kjem fram. Dersom noko skal kunna seiast med meinig så må det koma derfrå. Eg blar opp i Johannes evangliet kap 3 vers 17

«Gud sende ikkje sonen sin til verda for å döma verda, men for at verda skulle verta frelst ved han.»

Eg les vidare og kjenner at eg kan lesa med ein autoritet som eg ikkje kjenner att i meg sjølv.

«Den som trur på Han, vert ikkje dømd, fordi han har trutt på namnet å Guds einborne son.»

For ei trygg glede midt i fortvilinga.

«Den som ikkje trur, er alt dømd, fordi han ikkje har trutt på namnet å Guds einborne son.» Fortvila sanning. Me kan kalla domen ned over oss ved vår manglande tru.

Så finn eg andre stader å lesa. Orda sokk inn i oss båe, me er tome og turre, har ikkje anna å koma med enn tomleik, lengt, svolt, tørste.

«Dersom me sannar syndene våre, er han trufast og rettferdig, så han tilgjev oss syndene og reinsar oss frå all urettferd.»

Inga forklaring eller oppmading etterpå. Me nestar saman hendene og eg ber: Eg ber for Per, for helsa hans, for motet, for framtida. Me tryglar for dagane som kjem.

Så ber Per. Han stotrar og tiggjar, det er ikkje velforma ord, det er ikkje den fromme sine vendingar, men den hjelpeklause sine sukk. Tiggaren veit han må tigga.

Det stilnar att. Me har bede og gråte i lag. Eg held Per over skuldra.

Eg orsakar at eg gjerne er for pågåande med å lesa og be. Han svarar med å seia gråtkvalt: «Les meir». Så finn eg fram andre mektige tekstar frå den Gode boka. Me deler ord som talar om den miskunnsame Gud, om Kristi gjerning for oss. Så bed me att.

Det vert etterkvart stilt, me kjenner oss opprivne og likevel tome, den kvardagslege stova, dei vanlege lydane frå borna i huset når oss. Det er ei heilag og ei kvardagsleg høgtid. Borna kjem inn og finn oss sitjande jamsides einannan ved bordet. «Kva er det de gjer?», «Me har snakka med einannan. Me har lese i Bibelen, me har bede. Per er ikkje god.» Dei går ut att.

Så snakkar me om helsa hans. Det er ikkje trygt for han å bu alleine lengre. Me ringjer til broren.

Frå den dagen flytter Per heim til bror sin på Øverbø. Han treng etterkvart meir og meir hjelp. Eg vitjar han ein og to gonger i veka. Så bur han ei tid hjå syster si. Ho har teke fri frå arbeidet for å stella veslebror sin. Dei er ein stor flokk, Per er vesleguten. Som liten var han svært sjuk. Då han kom seg att vart det noko særsmid omsuta for han. Dei eldre syskena har hatt særsmid syn for at det måtte gå han godt.

Seinare har eg spurt om han kunne lika å få presten på vitjing. Eg unner han å få sakramentet og nådetilsagnet. Det er så konkret, så direkte, så kraftig og så uavhengig av mine kunstige eller manglende religiøse kjensler. I nadverden møtest Herren den allmekta og eg den veike, Han den frelsande, eg den hjelpetrengjande. Han er den som metter, eg den som er svolten. Per tek imot Herrens kjøt og blod.

Fram på sumaren kjem han i lag med syster si heim att til huset sitt. Han klarer så vidt å gå inn i gongen og opp trappene. Om natta står han opp og finn seg litt mat, han sit i vind-

uet og ser ut. «Her er det fint, dette er heime». Dagen etter er han rolig, sit for det meste i stolen i stova.

Om ettermiddagen får han over seg eit kav, han syp etter anden, vert fjern og uvitar. Systera ringjer bort til meg og fortel at nå dør Per. Eg ut dørene og bort i nabohuset. Han er endå i uvit, dreg tunge pustedrag, svarer ikkje på mine tilrop.

Så vaknar han litt i senn til att, me har ringt etter ein bror og endå ei syster. Så sit me der, tri sysken og eg kring stolen i stova hans. Han ser på oss, «Eg dør vist nå». «Ja du gjer nok det, Per». Han kjenner kva som held på å skje... «Nå dør eg Aslak». «Ja, du gjer vel det»... Han vert uklår, pustar tungt og sig attende i stolen. Det vert stille gråt i stova, Per er i uvit, pusten vert meir og meir som sukk. Alle ser me at nå dør Per: «Kan du Bråtvit be Fadervår?» broren si stemme brest idet han seier det. Så held eg handa på panna til Per og bed høgt:

Fader vår, du som er i himmelen,  
Lat namnet ditt helgast,  
Lat riket ditt koma  
Lat viljen din råda på jorda som i himmelen  
Gjev oss i dag vårt daglege brød  
og forlat oss vår skuld som me forlet våre skuldmenn.  
Før oss ikkje ut i freisting,  
men frels oss frå det vonde  
**FOR RIKET ER DITT OG  
MAKTA OG ÆRA I ALL ÆVA**  
AMEN.

Per ligg bakover i stolen, pusten er stogga, augo er brostne.



# Når troen blir en belastning

*– en presentasjon av et nytt behandlingsopplegg*

VED ØYSTEIN BAKKEVIG

– spesialist i allmennmedisin, før tiden  
assistentlege ved Modum Bads Nervesanatorium,  
tilknyttet «Vita-gruppa».

## Innledning

I våre daglige møter i allmennpraksis treffer vi stadig mennesker for hvem deres religiøse tro er en ressurs i livet – både fordi det gir en relasjon til en virkelighet utenfor dem selv og en sosial tilhørighet. For mange gir innholdet i deres tro også svar på for dem grunnleggende eksistensielle spørsmål. Deres tro gir styrke i hverdagen, gir mening og trøst til de vanskelige dagene og vil i mange tilfeller være et godt utgangspunkt for et aktivt liv der de får brukt mange sider av seg selv. Religionens betydning for helse og tilfriskning er ofte blitt underkjent. I internasjonal faglitteratur, særlig fra USA, legges det stadig mer vekt på å ta med den eksistensielle/religiøse dimensjon i anamnese og behandling, på linje med øvrige livsområder som kan være viktige for pasienten.

Troens innhold kan ytre sett være det samme, men de indre psykologiske gudsbilder og de indre psykologiske gudsrelasjoner hver enkelt bærer med seg, kan være ytterst forskjellige. Dette siste er ikke så lett synlig ved korte øyeblikksmøter, men kan få veldig varierende utslag også for folks helse. Selv om det ikke er noen undersøkelser som generelt viser at mennesker med kristen tro eller tilhørighet er friskere eller sykere enn andre, kan grunnleggende vondte oppvekst-erfaringer vevet sammen med en kristen tilhørighet og erfaringer innenfor usunne kristne miljøer eller påvirkninger, føre til sykdom og livsvansker. Etter hvert vil vi kanskje få mer kontakt med dette også innenfor andre religioner.

Forståelsen av sammenhengen mellom tros- og livshistorie som bakgrunn for opplevde psykiske vanskeligheter og/eller der religiøse og eksistensielle spørsmål er flettet inn i den psykiske lidelsen, har kanskje blitt undervurdert i det allmennne psykiatriske tilbuddet. Et tilbud som kan imøtekjemme dette behovet og der den religiøse tro er en viktig ressurs i mestringen av lidelsen, er et nytt behandlingsop-

legg, Vitagruppen, på Modum Bad. Tilbuddet startet våren -99 som et fagutviklingsprosjekt kalt «Religiøse erfaringer og eksistensielle problemer som tema i psykoterapi», og er fra høsten 2000 etablert som et fast behandlingstilbud ved Modum Bad. Dette alternativet, og de foreløpige resultater fra dette prosjektet, vil jeg presentere nærmere i denne artikkelen.

## Behandlingsmodell og kort presentasjon av teoretisk grunnlag

Behandlingen er lite symptomorientert og bygger på en målsetning om integrasjon av elementer fra objektrelasjonsteori, affektteori, eksistensiell psykoterapi og narrativ teori. Ana-Maria Rizzuto, en amerikansk psykoanalytiker, har gjort banebrytende forskning omkring dannelsen og funksjonen av det indre Gudsbildet, beskrevet i boken «The Birth of the Living God». En sentral hypotese er at mennesker danner et indre Guds bilde, en psykisk Gudsrepresentasjon, som formes av tidlige erfaringer i relasjoner til mor og far eller andre viktige omsorgspersoner. Rizzuto er inspirert av den britiske objektrelasjonsteoretiker David Winnicot som så en sammenheng mellom barnets overgangsobjekt til trøst i separasjons-individuasjonsfasen og evnen til lek og kulturell utfoldelse gjennom musikk, kunst og religion senere i livet. Det religiøse liv lokaliseres i overgangsområdet mellom indre og ytre virkelighet, et hvilested i kampen for å holde indre og ytre virkelighet fra hverandre og likevel relatert.

Gudsbildet og troen kan man senere ta avstand fra, men den Gud man har tatt avstand fra kan fortsatt utøve psykologisk innflytelse. Enten en tror eller ikke tror på Gud, kan det indre guds bildet påvirke selvbildet. Sterke positive eller negative affekter kan være knyttet til Guds bildet og foreldre bildene og ligge bundet i indre «script» som aktiveres i møtet med viktige følelsesmessige og eksistensielle erfaringer senere i livet.

Psikiatriens oppgave er ikke å ta stilling til sannhetsinnholdet i religiøse trossystemer. Det faglig relevante spørsmålet er hvilken psykologisk og sosial funksjon religionen har, enten som meningsbærende ressurs for mestring og tilpas-

# og ikke en ressurs... .

ning, eller som medvirkende og vedlikeholdende årsak til personlig problematikk og utvikling av symptomer på sykdom.

Det ovennevnte er en del av den teoretiske bakgrunn for utviklingen av Vita-modellen – en gruppeterapeutisk modell – utviklet av psykolog Gry Stålsett Follesø, psykiater Arne Austad og professor i religionsvitenskap Leif Gunnar Engedahl. Intensjonen har vært å organisere en behandlingsmodell som kan initiere endringer i relasjonelle holdninger og bidra til endring av fikserte indre foreldre- og Gudsrepresentasjoner for å styrke selv-representasjonen. Dette utfra hypotesen om at terapeutisk endring av viktige objektrelasjoner, inkludert Gudsrelasjon og Guds bilde kan gi bedre selvfølelse, bedring av psykisk helse og sunnere tro, med reduserte symptomer og tilfriskning som konsekvens.

## Rammer og inntaksriterier

Rammene for behandlingen er en lukket gruppe for 8 pasienter som er innlagt i 12 uker til strukturert fokusert dagbehandling. De bor på et internat nær sykehuset hvor husfellesskapet er selvbærende, uten kvelds- eller nattpersonale, bare med tilgang til sykepleievakt i nødssituasjoner. Pasientene er selektert ut fra den vanlige søkermassen til Modum Bad der hovedtyngden ligger på langvarige depresjoner, angststideler og personlighetsforstyrrelser.

Før inntak i gruppe innkalles alle som ved søknad fra lege/psykolog eller annen terapeut, samt egen søker, synes aktuelle, til et 2–3 dagers forvern. I løpet av disse dagene foretar vi et omfattende klinisk intervju inkludert livs- og troshistorie og strukturerede, kliniske intervjuer. Disse dagene gir oss og pasienten en indikasjon på om tilbuddet er aktuelt ut fra de inntaksriteriene som gjelder. Riteriene er et definert eksistensielt/religiøst livstema, en moderat symptombelastning, tilstrekkelig jeg-styrke til å klare følelsesaktiviserende behandling uten å ty til regresjon eller utagering og motivasjon og egnethet for gruppebehandling og psykoterapeutisk behandling. Ett år etter oppholdet innkalles alle til en ukes etterundersøkelse, noe som gir oss mulighet til å samle erfaringer og evaluere behandlingsmodellen.

## Narrativ/eksistensiell terapi

Den narrative, eksistensielle og psykodynamiske tilnærmingen ligger som en grunnstrøm i det daglige arbeidet. De daglige gruppessamlingene har forskjellig fokus, men med en overlappende funksjon.

Det narrative/eksistensielle element trekkes inn rent praktisk gjennom gruppessamling en gang i uka der fokus er rettet inn mot å dele livshistorie, og religiøse og eksistensielle temaer får sin naturlige plass. For mange er bare det å fortelle fra eget liv en stor terskel å gå over. Alle i gruppa har ca 10 min. til å fortelle en historie fra eget liv som er aktuell for dem akkurat nå. Det narrative aspekt vektlegger «nøkkelfortellinger» som er knyttet til ens selvforståelse, også til ens depresjon eller angst; nøkkelfortellinger om de nære relasjoner, episoder med mor og far etc. som er med på å fargelegge de indre objektrepresentasjonene.

Å kunne fortelle sin historie slik den selv ble opplevd, er en støtte til en persons opplevelse av eget liv, å bli kjent med eget liv og «tre fram» med dette egne livet. Det gir hjelp til å vedkjenne seg sitt liv, det meningsløse, det meningsbærende, det tillitsfulle, det hjemløse, det fullbyrdede og det tomme, det oppreiste – og det skamfulle, det frie og ansvarlige – og det bundne og selvutslettende, der jeg sviktet eller der andre sviktet. Det handler også om å få et annet forhold til det som har skjedd, få en egen posisjon i forhold til sine egne erfaringer og se mer av hvilke erfaringer og personer som har formet ens liv. I neste instans er dette viktig for å kunne leve livet som sitt eget og bli møtt på det, også som en hjelp til å skape mening.

Det narrative/eksistensielle element trekkes i tillegg inn på forskjellige måter:

Undervisning om livshistorien i 3 bolker à 2 timer fordelt på hele oppholdet der første del fokuserer på livshistorien ut fra en mer generell tilnærming: mitt liv i et større kulturtelt, sosiologisk, også religionssosiologisk, og historisk perspektiv, mitt liv i lys av de nære relasjoner og familieperspektiv og tilslutt mitt liv som sentrum i min egen livserfaring. I andre del ligger fokus mer mot å se mitt eget livs historie innenfor områdene «det oppreiste livet»,

«det istykkerrevne livet», «det ulykkelige liv» og «det tapte liv». I den tredje undervisningsbolken fokuseres livshistoren i lys av de eksistensielle grunntemaene mening, tillit, døden, skylden, skammen og friheten. I etterkant av hver del av undervisningen skrives egen livshistorie som en hjelp til selv å forme, reformulere, og rekonstruere ens egen fortelling.

Dessuten brukes loggbok aktivt under behandlingen som en hjelp til å formulere og huske følelser og tanker – eksistensiell smerte og emosjonelle reaksjoner som jo ofte dukker opp på kveld og natt, for å kunne ta dem fram når dagen igjen gryr. Dermed hindres en «følelsemessig lekkasje» som går utenom den aktive terapien og gir en større mulighet for å etterspore endringer i pasientens egen forståelse av sin historie og gir han/henne hjelp til å se nye sammenhenger, ny mening og nye mål for livet videre.

Den eksistensielle tilnærming bringes også inn ved at hver uke avsluttes med en gruppessamling med oppsummering av, og hjelp til å få et «fugle»-perspektiv på hvilke eksistensielle temaer som har vært i fokus for den enkelte sist uke.

### Gruppeterapi

Oppholdet gir viktige fellesskapserfaringer med aktivering av karakteristiske samspillmønster som også bearbeides i terapien. To dager i uken er det dynamisk gruppeterapi med mulighet for å arbeide med her-og-nå interaksjoner i gruppa og overføringer som aktiviseres både i samspillet med de andre innenfor internatmodellen og i forholdet til oss som terapeuter.

### Billedterapi

En til to ganger i uka er det billedterapi i gruppe. Dette blir brukt som en projektiv metode for å uttrykke religiøst og eksistensielt stoff i symbolsk og kreativ form. Etter mønster av den amerikanske psykoanalytiker Ana-Maria Rizzuto blir pasientene tre ganger bedt om å tegne seg selv, sine foreldre og sitt bilde av Gud for å få tak i viktige dynamiske sammenhenger mellom selvbilde, foreldrebilder og Guds-bilde. Dette gir viktig informasjon om hvordan pasientens subjektive foreldre- og Guds-bilde er formet og hvilken psykisk funksjon det har. Vi ser at billedterapien for de fleste er veldig følelsesaktiviserende og bidrar både til å aktivisere underbevisste følelser og tanker og er en hjelp til å uttrykke og bevisstgjøre allerede bevisste følelser og indre opplevelser. Innenfor gruppetiden brukes den første halve timen til eget bilde og den resterende timen til å dele bildet og opplevelsen med de andre – også for å åpne for tilbakemeldinger fra de andres opplevelse av bildet, noe som bidrar til speiling og ny innsikt.

Bevissthet omkring følelser og deres betydning er en viktig del av behandlingen. Tre ganger under oppholdet er det undervisning om terapikulturen (den undersøkende kultur), følelser og «følelsenes historie» for å bevisstgjøre den enkelte og bidra til en større årvåkenhet og forståelse for ens egne følelsemessige reaksjoner. Spesielt viktig synes undervisningen om skam og egen skamfølelse i avgrensning mot skyld og dårlig samvittighet, å være.

Affektbevisstthsintervju gjennomføres ved innkomst og ved avslutning av oppholdet og viser seg ofte for pasientene å bidra til en øket bevissthet omkring følelsene interesse/iver, glede, redsel/engstelse, irritasjon/sinne, sjenanse/skamfølelse, fortvilelse/tristhet, misunnelse/sjalusi, dårlig samvittighet/skyldfølelse, ømhet/nærhet/hengivenhet og de forandringene som har skjedd i løpet av oppholdet.

Etter ca 4 og 8 uker deltar pasientene aktivt i evalueringen av egen og andres terapiprosess i form av evalueringsmøter der hele gruppa og alle i teamet deltar.

For øvrig begynner hver dag med en stille stund med lesing av en eksistensiell tekst som hjelp til indre samling, og dagene avsluttes med oppsummerende følelsemessig status eller «værmelding» og etterfølgende avspenning. Fysisk trening i form av trim, lek og turer inngår som en viktig del av behandlingen, og hver pasient får ukentlig en times individualterapi. Mot slutten av oppholdet gis det tilbud om samtaler med prest/sjelesørger. Ca 80% av de som er innlagt benytter seg av dette tilbuddet.

### Resultater

I og med at dette er en ny, integrert behandlingsform som så vidt vi vet ikke eksisterer andre steder, har det helt fra begynnelsen av vært nødvendig å dokumentere hva som blir gjort og resultatene av behandlingen. Arbeidet er i gang med å analysere resultatene for de gruppene (5 av 9) som har vært inne til ett års etterundersøkelse, til sammen 56 personer.

Gjennomsnittlig alder var 43 år, jevn fordelt på kvinner og menn der 20% hadde avsluttet grunnskole, 43% hadde videregående skole og de resterende hadde høyere utdannelse. 75% av pasientene hadde gått i poliklinisk behandling, 15% hadde vært innlagt psykiatrisk sykehus tidligere og resten ble innlagt hos oss uten forutgående terapierfaring.

Hva gjelder arbeidsevne var 68% sykmeldt og 8% hadde uføretrygd ved forvernssamtalen, mens ett år etter oppholdet var 90% i betalt arbeid. Av de som ikke var i arbeid var det 3% som fortsatt var uføretrygd.

Før behandlingen startet brukte 77% av pasientene medisiner, fordelt på antidepressiva (35%), anxiolytika (25%) og analgetika (15%). Dette var redusert til totalt 22% (antidepressiva 5%, anxiolytika 5% og analgetika 10%) ved oppfølgingen året etter.

Alle pasientene fylte ved forvern, innkrivning, utskrivning og ettervern ut mange skjemaer som er og vil bli ytterligere analysert. Så langt viser resultatene at pasientene ble mer selv-representende i løpet av oppholdet og at denne bedringen holder seg, og til og med styrkes ytterligere i det påfølgende år. Samtidig finner vi en parallel reduksjon i symptomscore (bruk av SCL-90, BDI og IIP) til sub-klinisk nivå.

SCL 90 er et selvutfyllende skåringsskjema med 90 items som gjenspeiler primær-symptomene hos en poliklinisk patientpopulasjon. Det er velegnet for screening og evaluering av behandlingsresultater og viser signifikant bedring på samtlige subskalaer med mest markant bedring av somatisering, tvang, mellompersonlig overfølsomhet, depresjon og tilleggsskalaer (søvn- og spisevansker).

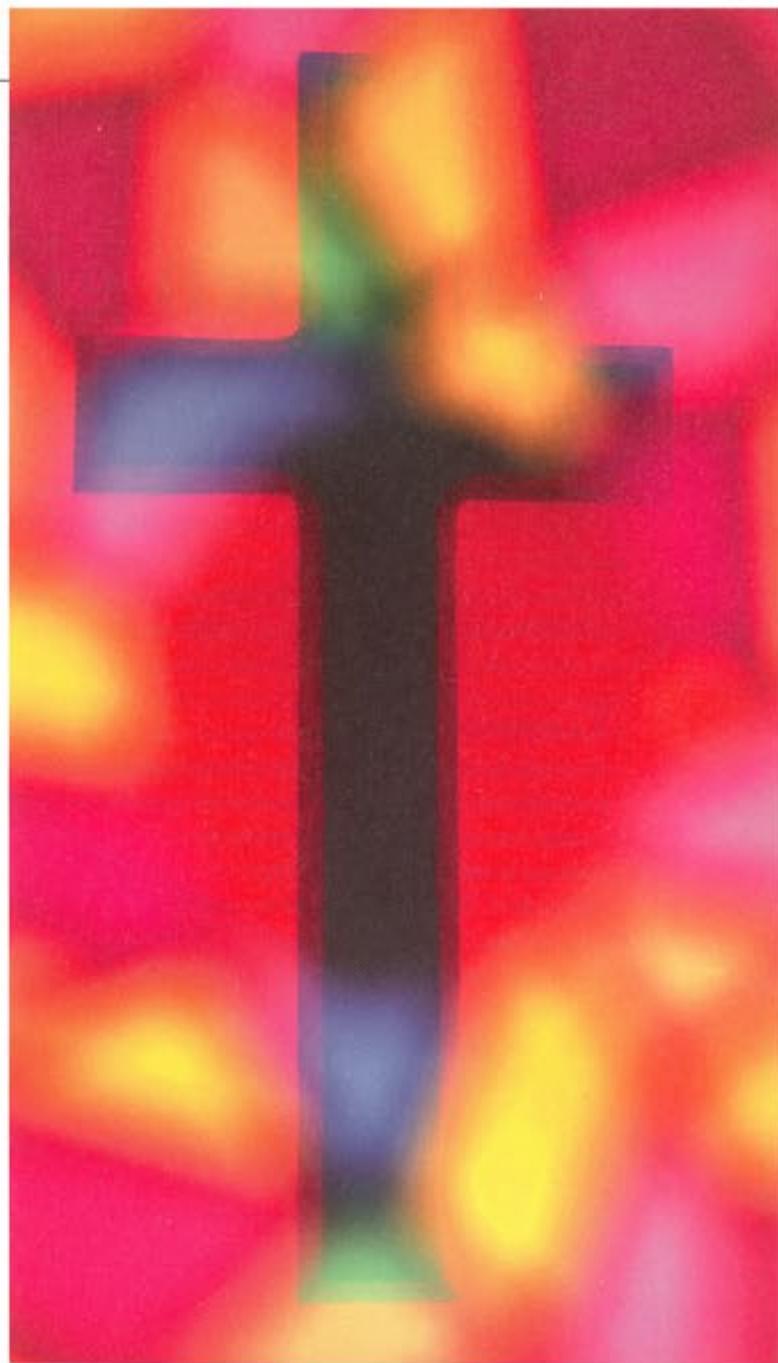
Becks Depression Inventory (BDI) (et objektivt mål på depresjonens dybde uavhengig av type depresjon eller etiologi) viser bedring fra moderat depresjon til subkliniske verdier.

IIP-måleinstrument for mellommenneskelige forhold ble benyttet i en ny 48 item versjon utviklet på grunnlag av IIP – Inventory of Interpersonal Problems med 127 items viser signifikant endring på dimensjonene selvhevdelse og sosial evne og nær signifikant reduksjon av mellommenneskelig overfølsomhet.

Det ser ut som om det skjer en endring i relasjonelle mønstre, spesielt hva gjelder det å være oversamvittighetsfull, hvilket korrelerer signifikant med en redusert depresionscore på BDI. På andre interrelasjonelle dimensjoner ble det også registrert en bedring i løpet av det etterfølgende året.

### Oppsummering

Selv om intensjonen i programmet ikke henvender seg direkte til det kognitive eller direkte til troens innhold for den enkelte, men heller ønsker å bidra til øke pasientens egen bevissthet om seg selv, sine egne muligheter for eksistensielle valg og få hjelp til et meta-perspektiv på sitt eget liv, synes effekten å være en bedring av depresjonen. Ut i fra materialet som foreligger er det også interessant å se at en behandling som retter seg mot eksistensielle temaer og den indre organisering av objektrelasjoner inkludert Guds



ILLUSTRASJONSFOTO

bilde, både gir mange en vedvarende symptomreduksjon og bedring av relasjonelle og personlige problemer.

Vi tror dette er et viktig supplement i til det etablerte psykiatriske tilbuddet her i landet. Det kan være et sted å henvise til også for en allmennpraktiker som møter disse temaene hos mange pasienter. De grunnleggende eksistensielle spørsmål tror jeg er viktigere for flere enn vi i første omgang tror – og minst like viktige for oss i en travell hverdag som fort kan slukes opp og tappe oss for livsmot dersom vi ikke velger å gi rom for egen refleksjon og bevisstgjøring av eget liv.

### Litteratur:

- White M., Epston D.: *Narrative Means to Therapeutic Ends*  
NY: W.W.Norton 1990  
Rizzuto, A.-M.: *The Birth of the Living God*, The University of Chicago Press 1979

# Kan troen gjøre meg frisk?

*Om frelse og helse i kristen tro*

AV KJELL A. NYHUS

## To stemmer

Hun var dansk og talte i en engere forsamling av prester om prekenkunst. Vi ventet oss et akademisk og lødig dansk foredrag, men hun valgte et overraskende og svært personlig innsteg i kveldens emne: «Jeg fylte 44 år i går, og det er nøyaktig seks år bakover til min 38-års dag. Den gang skjedde det et under». Vi skjerpet sansene, det skjer ikke mange undere blant prester. Så fortalte hun om de første 38 år av sitt liv. Om sykdom og lidelser, om savn og sorg. Om den lange og tildels ørkesløse veien mellom leger og terapeuter, om bønn som for lengst hadde stilnet. Hun fikk omsider sin uførhetstrygd. På sin bursdag, hun fylte 38, satt hun alene hjemme i sin leilighet. Det var søndag formiddag og radioen stod på. Det var messe og hun hørte salmesang som bak et slør. Hun trengte litt bakgrunnslyd og bladde i en avis. Plutselig trenger radiostemmen seg forbi hennes urolige og atspredte tanker: *Det var en mann der som hadde vært syk i 38 år.* «Jeg fór sammen, og på et øyeblikk var jeg klar og lydhør – det var jo min egen 38-års dag». Og hun fortsatte: «Presten leste videre fra dagens tekst, og da han kom til Jesu spørsmål: *Vil du bli frisk?* var det som Jesus snakket til meg. Det som høres ut som et dumt og frekt spørsmål, ble drevet dypt inn i meg, og snudde steiner jeg ikke trodde skulle eller

kunne beveges. I noen sekunder så jeg livet mitt som på film, før jeg på nytt ble fanget av bibelteksten: *Stå opp, ta båren din å gå!* Som ved en uimotståelig kraft, reiste jeg meg fra stolen og gikk rundt i stua i det jeg stadig gjentok høyt: 'Jeg skal bli frisk, jeg skal bli frisk'. Et halvt år etter var jeg tilbake i jobb og i dag er jeg prest.»

Så talte hun lenge om hva som skiller prekenen og sjælesorgen fra den tradisjonelle terapeutiske dialogen. «Sjælesorgen og gudstjenesten skjer i en bevissthet om Guds skjulte nærvær. Det rykker mennesket ut av ensomheten eller tosomheten, det oppstår en trekant, et rom hvor det er mulig å lytte etter et ekko, etter noe stort, noe rent, noe ømt som står og spenner ut duken til et nådig rom. Noen sier det er Gud.»

Siden jeg har startet i det spektakulære, så la meg fullføre: Det var midt på blanke formiddagen og jeg fikk telefon fra sykehuspresten. Om jeg ikke kunne komme ganske snart og delta i forbønn for en pasient. Han hadde leukemi og lå for døden. Gjentatte ganger hadde han bedt presten om å kalle sammen flere til bønn om helbredelse etter bibelsk og kirkelig tradisjon. Det vil si med håndspåleggelse, korsmerking på panne og i håndflatene, utført med olivenolje («salving»). Jeg kunne ikke si nei og reiste med en god porsjon skepsis, eller kanskje sunn, åndelig edruelighet. Pasienten var godt over 60, og noe skal vi dø av.

Vi fikk et rom for oss selv, med mange rare remedier og hvitt, grelt lys. Pasientens datter var også tilstede. Vi prøvde å lage en høytidelig ramme omkring det hele. Vi tente lys på et bord med hvit duk og tulipaner, og selv hadde vi iført oss prestekjole. Vi sang en salme, leste fra Skriften og ba en skrevet bønn under håndspåleggelse og salving: «Barmhjertige Gud, om du vil kan du gi den syke ny kraft og lededom, ...». Alt var så ordinært, en flue surret i vinduet, og gatestøyen hørte vi alt for godt. Jeg reiste hjem og tenkte ikke særlig myc, verken på pasienten eller på Gud. Mest på meg selv som måtte forsake dagens middag.

Fire dager gikk, og telefonen ringte på kontoret. Det var sykehuspresten.



**Kjell A. Nyhus**

Sogneprest i Ottestad ved Hamar, gift og har fire barn. I år 2000 var han Olavsstipendiat for å studere «Gud og gudere i nyere norsk skjønnlitteratur». Han har en særlig interesse for relasjonen mellom litteratur og teologi, og ikke mindre for ski og fjell.

Han reiser ikke til «Syden» og går ikke i operaen. Han ble 50 år i vår, og er redd for at livet skal løpe

– Hold deg fast, Kjell, vår syke venn er frisk og er i dag skrevet ut fra sykehuset! Jeg frøs på ryggen og ble sittende og glane ut i tomme lufta. Jo da, jeg takket Gud.

Hvor jeg vil med dette? Kanskje bare dette: Det ekstraordinære (underet, mirakelet, om du bruker slike ord) skjer ytterst, yttersi sjeldent. Jeg har vært menighetsprest i 22 år og deltatt i forbønn for syke en rekke ganger. Det skjedde ingen ting. Intet målbart. Dagene gikk og de ble sykere. Noen døde en pinefull død. Gjennom åra har jeg hørt mange såre bekjennelser til Jobs Gud: Han som ikke ensrer menneskenes lidelser, men gjør som han vil. Og hva skal jeg med en gud om han ikke kan hjelpe meg?

I boka om *Job*, antagelig skrevet for 2500 år siden, er det Jobs hustru som formulerer denne fortvilelsen etter at mannen blir hjemsøkt av de frykteligste lidelser: «Job, er du fremdeles like from? Spott heller Gud og dø!». Jobs historie ender godt, han blir frisk. Men det er ikke det som griper leseren. Det som rører oss er hans hensynsløse ærlighet, hans voldsomme utfall mot Gud, hans avvisning av vennenes tåpelige sjælesorg. Og Gud gir Job rett. Det finne ingen rettferdighet. Lidelser er ubegripelig. «Gud er Gud om alle land lå øde og alle mann var døde», skriver Petter Dass. I hans univers var det fullstendig underordnet om Gud var nyttig, eller troen hensiktmessig. Gåten om Gud var et ontologisk spørsmål, et spørsmål om sannhet og løgn, om virkelighetens beskaffenhet. På dette punkt har jeg stor sans for Petter.

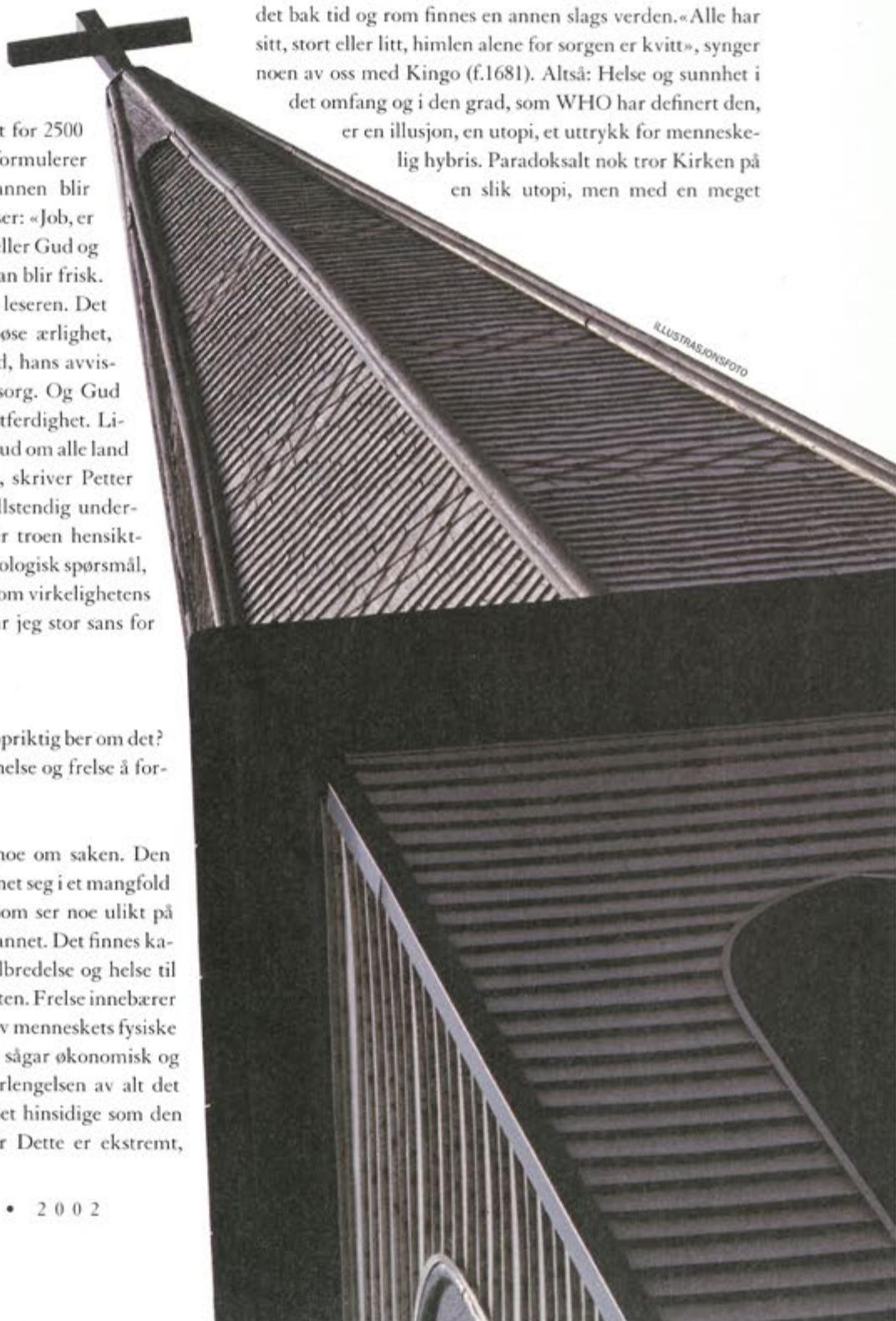
### Helse og frelse

Kan Gud gi helbred til de som oppriktig ber om det? Hvordan er relasjonen mellom helse og frelse å forstå i den kristne tradisjonen?

Jeg kan bare antydningsvis si noe om saken. Den kristne tro har som kjent forgreinet seg i et mangfold av retninger og kirkesamfunn som ser noe ulikt på dette saksforholdet som på mye annet. Det finnes kårismatiske kristne som lover helbredelse og helse til alle som tror – slik som predikanten. Frelse innebefatter langt på vei en full restaurasjon av menneskets fysiske og psykiske helse, ja, noen lover sågar økonomisk og sosial velstand. Gud finnes i forlengelsen av alt det hjertet begjærer, projisert ut i det hinsidige som den omnipotente Lege og Velgjører. Dette er ekstremt,

men retningen er svært synlig tilstede i amerikansk medieverden. Slike menigheter er gjerne overrepresentert av ulykkelige lykkejegere. Mange forlater slike forsamlinger og sin gud, dypt skuffet og desillusjonerte.

I den andre enden av aksen tilrettelegges forholdet mellom frelse og helse ganske annerledes. Livet her på jorda, det psyko-sosiale livsmiljøet, relativiseres sett i lys av det fullkomne gudsriket der foran. Frelse er først og fremst en tilstand som er å finne i en annen virkelighet, noe vi bare kan eie som håp, som forventning. Absolutt helbred og lykke eier vi bare i øyeblikk, og underet er små, sjeldne vink om at det bak tid og rom finnes en annen slags verden. «Alle har sitt, stort eller litt, himlen alene for sorgen er kvitt», synger noen av oss med Kingo (f.1681). Altså: Helse og sunnhet i det omfang og i den grad, som WHO har definert den, er en illusjon, en utopi, et uttrykk for menneskelig hybris. Paradoksaltror Kirken på en slik utopi, men med en meget



ILLUSTRASJONSFOTO

viklig presisjon. Utopien er ikke realiserbar i denne verden, ikke en gang gjennom menneskelig idealisme, reformer eller bønn. Da Thomas More i 1516 skrev sitt berømte essay *Utopia*, brukte han et ordspill (gresk: *topos* - sted). Han vekslet mellom u-topia og ev-topia, altså mellom ikke-sted og godt-sted. Her er spenningen mellom det absolutt gode og det uoppnålige gitt et pregnant uttrykk. Det er viktig å ha for øye at kraften i fiksjonene ikke alltid er til stede fordi de er realiserbare, men kanskje heller fordi de er urealistiske og usannsynlige. Slik yter utopien motstand mot å bli trivialisert, omformet til dagligdags, rimelig og allmen erfaring, den blir «fremmed» og «annerledes». For den enkelte kan troen på det u-trolige være den største helligdom og menneskets innerste kraftsenter, slik Paulus formulerer Abrahams utopi: «Selv om alt håp var ute, holdt Abraham fast på håpet og trodde» (Rom 4, 18). Troen og utopien har det til felles at det er «ennå-ikke-sted». Det er et håp om at noe vidunderlig kan skje og skal skje, hinsides menneskelig kløkt og nidkjærhet. Å tro på Gud i møte med lidelser og ondskap er derfor først og fremst knyttet til det å ha håp for framtida, og ikke la nåtid bestemme alle perspektiver og stjele all kraft. Framtida er Guds tid.

De store og historiske kirkene (her hører Den norske kirke hjemme), selve hovedstrømmen i den kristne tradisjon, forfekter en oppfatning ganske når den sist beskrevne, men uten å ville overse eller devaluere verdien av livet her og nå, det som leves i en konkret sosiopolitisk virkelighet. Jesus helbredet mange syke mennesker, han gav dem mat og førte de utstøtte tilbake til et menneskelig fellesskap. Det er slett ikke tilfeldig at de første sykehus og pleiehjem i vår kulturkrets ble drevet fram på kirkelig initiativ. Det første sykehus for allmenheten ble trolig oppført av biskop Basilios i Caesarea på 300-tallet. Forplikelsen til å se, verdsette og hjelpe de lidende og fattige er en ufravikelig del av den kristne tro.

### Litt mer frisk?

Vi vender tilbake til overskriften: Gjør troen meg frisk, eller i hvert fall litt mer frisk? Om den ikke kan gjøre noe med min leddgikt, kan den kanskje gjøre noe med mitt urolige hjerte? Eller er det kanskje helt motsatt? Det hevdes nå og da – også av presumptivt opplyste leger – at religion bryter ned den psykiske helsa, gjør menneskene avhengig, servile og holder dem fast i umodne overlevelsstrategier. Dette er et område hvor det faktisk finnes mye eksakt viden. Et stort internasjonalt forskningsmateriale er tilgjengelig for den som ønsker å bli opplyst. Konklusjonen pr i dag er ikke oppsiktsvekkende, snarere litt kjedelig: Det er ikke mulig å påvise noen generell positiv eller negativ effekt av «å være religiøs» når det gjelder selvoppfatning, sosial støtte og mental helse. Derimot finnes det et

overbevisende materiale som dokumenterer at vårt basale mønster for hvordan vi oppfatter oss selv og andre, også anvendes på Gud. Det innebærer at gudsforholdet i stor grad korresponderer med selvforståelsen og kvaliteten av menneskelige relasjoner. (Murken, S., 1998: *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit*. Münster: Waxmann) Altså, sterkt forenklet: En syk sjel skaper en syk gud, eller også: En god gud skaper et godt menneske. Det skal også noteres at gudsrelasjonen kan være det mest sunne, ja, den eneste gode relasjonen pasienten har, hos en annen mentalt syk og skadd person. Det finnes mange bevegende fortellinger akkurat om dette. Det ligger altså et terapeutisk potensiale i det å arbeide med pasientens/konfidensens gudsforståelse.

### «Det gråtande djuret»

Som sjælesørger møter jeg ukentlig lidende mennesker: Ensomme, depressive, uføre, sorgende, mennesker med et verkende hjerte etter «noe annet». Helsevesenet har ikke noe å tilby dem. Men har kirken og presten?

Erkjennelsen av at det faktisk finnes uavvendelig lidelse – den satt langt inne for mitt vedkommende – har forandret mitt fokus fra forandring/helbredelse til forsoning/forvandling. Med uavvendelig lidelse mener jeg sorg, skyld, død og meningsløshet og en rekke sykdommer. De kan lindres, men ikke fjernes. I stedet for å stresse prøvede og engstede sjeler ennå mer, nok en gang, med høyst slørende utsikter til forandring og helbredelse, må vi kanskje heller søke å integrere smerten og savnet i vår definisjon av det gode livet. Jeg vil forsones med mine livsbetingelser og begynne å leve etter en mulig tråd i livsveven, et mønster, en mening. Lidelse kan ha mening. Her gjelder det å trå varsomt og ikke si noe billig.

Den svenske prestevigde professoren i latin, Anders Piltz, har skrevet en fascinerende bok: *Det gråtande djuret*. (Finnes i norsk oversettelse utgitt på St. Olavs Forlag, Oslo) Han viser til det elementære, men helt spesifikt menneskelige: Vi er de eneste skapninger som kan gråte. Vi er de eneste som gråter når vi fødes inn i verden. Vi er mer sårbar, avhengige og hjelpeøse enn noe annet «dyr». Født nakne, uten naturlig beskyttelse, fullstendig overgitt til andres forgodtbefinnende de første leveår, prisgitt fellesskapets evne og vilje til omsorg og empati. Mennesket er ikke den suverene skaper av egen lykke slik kommersialismen gjerne framstiller oss. Det er en illusjon, en av mange skjonne løgner som er produsert av de sterkeste og heldigste for å fremme egne ambisjoner.

Kristen tro fastholder menneskets paradoksale dobbelhet: Vi er Guds avbilde, skapt av og til ham. Denne tro vil naturligvis føre til en annen holdning – og kanskje praksis –

– enn om jeg tror at jeg er en biologisk maskin der batteriet snart tar slutt. Men vi er også små, hjelpløse og syke. Og våre lidelser er ikke tilfeldige heftelser, samfunnslagg eller straff for et umoral skiv, nei, det er natur, det er tyngdelov. Det er denne fundamentale erfaring og innsikt kirken har prøvd å fange opp ved hjelp av det ofte misforståtte begrepet arvesynd. Altså: Gråten kan ikke overvinnes. Den er vårt adelsmerke. Lykke og helse er ikke de høyeste verdier, men å leve et sant liv. Det er et liv i kjærlighet og medlidenhet med det «gråtande djuret». Men også dette: Å ta imot den glede og vitalitet som blir meg forunt. Som gave, som nåde, ikke som rettighet.

Og da har jeg introdusert det vanskelige ordet som er en fortetning av hele troen, nåde. Vi kan bedre utholde å leve med sykdom og synd om vi møter et nådig medmenneske, en som forstår, som tilgir, som tar i mot oss med vilkårløs kjærlighet. Kristus er den virksomme nåde. Han led, han gråt, og han helbredet – noen få. «Det gråtande djuret» speiler Den gråtende Guden. Noen synes det er et anstøtelig guds bilde. Kan det skyldes at de skammer seg over egne tåter og egen utilstrekkelighet? På korset henger ikke den Gud vi kan beregne oss fram til, men den Gud som endrer radikalt på våre forestilinger om hvem en gud er og hva en gud skal gjøre.

Hva har kirken som ikke legen og terapeuten har? Bare dette: Budskapet om en nåde som overskridet menneskelige, at det under alle dyp finnes et ansikt som ser meg og elsker meg i all min ulykke. Langsamt folder noe gammelt seg ut – som nytt.

Jan Kjærstad skriver om hvordan Jonas Wergeland oppdager tygden i dette begrepet og om hvordan nåden forvandler:

«Og det var dette ordet – blankt, klart, ensomt – som stadig steg til overflaten blant alle de andre kaotiske tankene da jeg sto over Margrete den kvelden jeg fant henne død. Og jeg husker at jeg knelte ned på gulvet, rett ved kroppen hennes, og mumlet det. Eller jeg forsøkte først forgives. Ordet bød liksom på fysisk motstand, jeg måtte kremte flere ganger, ta sats før jeg til slutt fikk det over leppene: «Nåde», mumlet jeg. Flere ganger: «Nåde. Nåde. Nåde» Og straks jeg uttalte det, merket jeg igjen en smerte i brystet, som om ordet stakk hull på noe i meg. [...] Jeg tror – nei, jeg vet at det var her, på knærne foran en død hustru, mitt fulle potensiale begynte å folde seg ut, Først nå, i disse sekundene, begynte jeg å overskrive meg selv». (Oppdageren, Aschehoug, 1999)



# Bedehusbilete

Eg vaskar hendene  
 'Er du vaska i lammets blod?'

Eg vaskar hendene  
 ein gong til

Eg er såperctein  
 Mjølkerein

Kvit bluse i Bibelen  
 Men blod

Eg faldar hendene  
 Bleike og utvaska

Eg faldar hendene  
 Under rennande vatn

Alt dette nyvaska håret  
 På rad

etter rad  
 Og dei rare øyrne

Alle dei rare øyrne  
 som lyttar

til talaren  
 framfor det kvite korset

Eg ser på engelen  
 på veggen

Eg ser på fluga  
 i vindauge

Eg ser på alt  
 som flyg

Her er underleg  
 Ei så lys luft

Over eit  
 kokande mørker

Lat oss dela verda i to

Lat oss byggja ein vegg  
 Her

Og der og der og  
 Her

Lat oss laga ei dør  
 Slik

At me kan gå inn  
 og be

For dei som er utanfor

Fingrane våre møttes  
 ved kleshengarane

Brått visste eg  
 at du òg bar på ei stor sorg

Inne ved stolrekken  
 var det boblende lättar

Stigande lättar  
 Gjallande lättar

Eg såg ut vindauge  
 På kveldsgatene

Døden sin refleks i glaset

Eg reiste meg og vitna

Eg sa at lätten  
 fylte meg med sorg

FRA BOKEN «BEDEHUSBILETE»

FOTO: KNUT BRY

DIKT: HELGE TORVUND

WIGESTRAND FORLAG 2001



# TVEIT TRANSITT

*et samfunnsmedisinsk drama i fem akter,  
nedtegnet av Dagfinn Haarr*

Urfremført i Kristiansand fra 13.april 1998.

Totalt 7 fremføringer fram til juni 1998.

**Jeg har lenge hatt behov for å fortelle om en av mine sterkeste  
samfunnsmedisinske opplevelser; mottaket av flyktninger fra krigen i Kosovo  
i 1998. Prosjektet var svært omfattende og komplisert. Jeg har derfor forsøkt å lage et  
drama i fem akter, der hver akt representerer en fase i arbeidet med  
flyktningene. Fremstillingen er subjektiv og delvis etter  
hukommelsen og dermed noe upresis.**

## PROLOG

9. april 1998 ble Kristiansand kommune forespurt fra UDI om det var mulig å opprette et provisorisk transittmottak for å ta imot kosovoalbanske flyktninger. Første fly med 99 personer var ventet 13. april. Det var varslet ukentlige fly med tilsvarende antall, det vil si at etter omrent en uke i mottak på Tveit, ble flyktningene spredt til andre mottak i hele Norge.

Kommunen samtykket, og det kommunale innvandrerkontoret opprettet og drev mottaket. Helsetjenesten valgte å legge ambisjonsnivået høyt. Målet var å gi flyktningene en fullstendig helsekontroll, sørge for nødvendig oppfølging av positive funn før pasientene ble sendt videre, og sende med en komplett rapport til neste mottak. Vi hadde to arbeidsdager på oss til å forberede første mottak .

### De medvirkende:

- Ca. 860 flyktninger fra Kosovo, fordelt på 7 ukentlige flyvninger fra Makedonia til Kjevik lufthavn.
- Tveit fjernhjelpleir, med sovebrakker, fellesrom og to meget provisoriske legekontorer.
- Vest- Agder Sentralsykehus, heretter kalt VAS. Viktigste avdelinger: Akuttmottak, røntgen, lunge/infeksjon, pediatrisk, mikrobiologisk, klinisk-kjemisk.
- 1 lungelege, utpekt av direktøren fra VAS til å koordinere alle sykehusets ressurser.
- 3 bioingenører med sentrifuge utplassert i leiren.

- 1 ambulant skjermildeapparat utplassert i leiren.
- Psykososialt Senter Sør, med meget erfaren lege, tidligere ansatt ved den kommunale flyktningehelse-tjenesten.
- Artikkelforfatteren, som da hadde følgende funksjoner: Smittevernlege, bydelshelsesjef og leder av kommunedekkende helsetjenester, bl.a. legevakten og flyktningehelsetjenesten. Ansvarlig for organisering av communal helsetjeneste i forbindelse med mottaket.
- 1 legevakt, plassert vegg i vegg med VAS.
- Den kommunale flyktningehelsetjenesten, dessverre med vakant legestilling, men med 2 sykepleiere, 1 helsesøster, 1 psykiatrisk sykepleier.
- 2–3 helsesøstre i tillegg.
- 1 PC med Winmed utplassert i leiren (for å skrive remisser og klisterlapper).
- 1 albansk sykepleier uten arbeidstillatelse.
- Altfor få tolker (fremmedpolitiet la beslag på de fleste).
- Ca 7 allmennleger, hvorav 2 bosnisktalende som kunne arbeide uten tolk.
- Anamneseskjema, oversatt til albansk dagen før første mottak, supplert med skjema for psykisk traumeskår.
- Diverse skjemaer, de fleste utarbeidet underveis av artikkelforfatteren.
- Mobiltelefoner.
- Medikamenter, spesielt analgetika (tannpine), antibiotika, skabbmidler og antidiaremider.



## AKT 1 (DAG 1)

Flyet lander, meget ufullstendige helseopplysninger overleveres, og flyktningene transporteres til leiren.

Innvandrerkontoret starter umiddelbart arbeidet med å identifisere og registrere flyktningene. Sykepleier fra Flyktningehelsetjenesten får opplysningene fortløpende, legger disse inn på Win Med og skriver umiddelbart ut remisser til serologiske og klinisk-kjemiske prøver, samt klisterlapper, bl.a. til skjermobildekortene. Egendefinerte hurtigtaster i WinMed brukes til alle funksjoner. Hver flyktning får et løpenummer og føres fortløpende inn i samleliste, som er det viktigste skjemaet! Denne ajourføres fortløpende etter hvert som legekontroll, tuberkulosekontroll, blodprøver blir utført. Sykepleier (albansk-talende eller med tolk) går rundt i brakkene og deler ut anamneseskjema og informerer om videre helsekontroller. Sykepleier fanger også opp eventuelle akutte medisinske behov og henviser til lege som er på plass i leiren. Sent på kvelden er alle registrert, og samtlige remisser bringes til VAS for registrering på klinisk-kjemisk og mikrobiologisk laboratorium og utskrift av etiketter til prøveglass.

## AKT 2 (DAG 2, 3 OG 4)

Skjermobildekontroll av alle over 15 år påbegynnes dag 2, og er stort sett ferdig i løpet av dagen. Personale fra Statens Helseundersøkelser med ambulant apparat benyttes. Lungelege fra VAS er til stede for å sikre høy kvalitet på bildene.

Lungelege bringer filmen til VAS til fremkalling og tyding umiddelbart. Helsesøster setter tuberkulinprøve på alle. To leger arbeider i leiren. I løpet av dag 2,3 og 4 undersøker de samtlige flyktninger, og de tar også en god del øyeblikkelig hjelp. De gjennomgår anamneseskjema for hver person, fyller ut traumeskårskjema og tar opp en somatisk og psykisk status. Penselprøver for MRSA tas av alle åpne sår, samt fra neselimbinnen av alle der man regner med at innleggelse på VAS kan bli aktuelt seinere. Legene fyller ut samleskjema over alle som trenger videre medisinsk oppfølging og avlegger rapport til artikkelforfatteren.

På ettermiddagen kommer 3 bioingeniører fra VAS med sin store centrifuge og tar blodprøver av alle.

Parallelt med dette sørger sykepleierne for å avdekke ytterligere medisinske behov. Pasienter får nødvendige medikamenter utdelt, de blir sendt til tannlege eller sykehus etter behov.

## AKT 3 (DAG 4 OG 5)

Helsesøster avleser tuberkulinprøvene. Legene fortsetter undersøkelsene. Pasienter med positive funn på tuberkulinprøver og/eller skjermobile kjøres i minibuss til VAS for supplende undersøkelser ved lungepoliklinikk. Legevakts dagstengte venterom benyttes, for VAS er svært engstelige for MRSA-smitte. Svar på klinisk-kjemiske og sero-

ligiske prøver begynner å komme. Nødvendige undersøkelser og behandling på grunnlag av disse iverksettes av leger og sykepleiere i leiren med assistanse etter behov fra kommunal legevakt og VAS.

#### **AKT 4 (DAG 6 OG 7)**

UDI leverer liste over videre plassering av flyktningene i mottak over hele Norge. Sykepleier fører inn resultater på samleliste, sorterer anamnese- og undersøkelseskjemaer, laboratoriesvar og serologiske svar for videresending til mottakene. Artikkelforfatteren skriver inn opplysningene om de som trenger helsemessig oppfølging i et samleskjema i Excel. Dette sorteres med henblikk på mottaksted og alvorlighetsgrad av sykdom. Alt kopieres, og det hele pakkes og sendes rekommandert til mottakene senest dagen etter at flyktningene er reist videre.

#### **AKT 5 (MELLOM MOTTAKENE)**

Artikkelforfatteren, lederen av Psykososialt Senter Sør og representanter for VAS (lungelege, direktør, sjeflege, sjefradiograf) møtes for å oppsummere prosess og resultater og iverksetter nødvendige justeringer i opplegget. Artikkelforfatteren setter opp vaktliste for neste mottak, rekrutterer leger og bestiller tolker til undersøkelsene.

#### **EPILOG**

Dramaet gav oss mange viktige erfaringer, både hva gjelder organiseringen av innsatsen og funn ved undersøkelsene. Det var en stor fordel at artikkelforfatteren var linjeleder for alle relevante kommunale helsetjenester, og at VAS sørget for at en person koordinerte alle sykehushets ressurser. Samarbeid og innsatsvilje i alle ledd var det aller beste. Videre var det svært nyttig å ha legen ved Psykososialt Senter Sør med i teamet. Traumeskårskjemaet ble tilrettelagt av henne. Psykososialt Senter Sør ble engasjert av kommunen for å gi et tilbud til den siste gruppen flyktninger. De ble nemlig boende i fjernhjelpleiren.

Tuberkulosekontrollene ble systematisert i et enkelt databaseprogram, som vi fremdeles benytter i det kommunale smittevernet. Programmet ble laget av en interessert radiolog på VAS.

Vår erfaringer fra dette mottaket har vært en viktig premiss for innholdet i den nye veilederen for helsekontroller av asylsøkere og flyktninger.

Vi har stort sett fått positive tilbakemeldinger fra de mottakene som fikk fullstendige helseopplysninger tilsendt samtidig med at flyktningene ankom.

Flyktningene gav uttrykk for stor tilfredshet med at de ble møtt med en såpass omfattende helsekontroll umiddelbart etter ankomst til Norge. Kanskje gav en slik tidlig avklaring mindre behov for helsetjenester senere?

Det frustrerte oss en god del at økonomien knyttet til denne store innsatsen ikke var avklart fra UDI sin side. Vi endte opp med å kreve det beløpet som var satt av til tuberkulosekontroller i transitt, ca. 600 kroner pr. person. Da det endelige regnskapet ble gjort opp, viste det seg at dette faktisk var tilstrekkelig til å finansiere hele opplegget.

Mange vil spørre seg hva vi egentlig avdekket av helsevikt etter en såpass omfattende kartlegging. Stod resultatet i forhold til innsatsen? Det faller utenfor rammen for denne artikkelen å gi eksakte data, disse har jeg ikke tilgjengelig, og de er heller ikke ferdig bearbeidet. Hovedtrender i det vi fant:

- Et ikke ubetydelig antall ble etterkontrollert etter funn ved skjermilde og flere ble satt i antituberkuløs behandling.
- Det ble avdekket alvorlig traumatisering hos et betydelig antall, ikke minst barn, som dermed kunne ges skikkelig oppfølging raskt.
- Det ble funnet mye feil- og underernæring, representert ved lave BMI og lavt serum ferritin/albumin.
- Tannstatus var meget dårlig hos svært mange.
- Svært mange av de voksne hadde hatt hepatitt A og B, men langt færre barn.
- Ellers var det mest banale infeksjoner i luftveier, urinveier, hud som ble funnet, samt mye skabb.

Vår konklusjon var at det vi gjorde var nyttig for flyktningene og meget lærerikt for oss. Vi føler oss godt rustet dersom en lignende situasjon skulle oppstå på ny, noe jeg inderlig håper at vi slipper!

# Polyfarmasi

*– en utfordring i moderne medisin*

AV KNUT LAAKE

professor Geriatrisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus.

Synet av lange legemiddellister skaper ubehag hos en god del leger. Polyfarmasi betyr bruk av mer enn ett legemiddel. I et tilfeldig utvalg av hjemmeboende kvinner 75 år og over i en bydel i Oslo fant vi en overraskende beskjeden medisining, gjennomsnittlig 2 preparater pr. snute, 19% som ikke brukte noen medisiner fast, og 25% som brukte ett medikament. Men selv i dette materialet var altså andelen med polyfarmasi, definert strengt, over 50% (Bergland og Laake, upublisert). Her var det legemiddelgruppene anxiolytika, hypnotika og sedativa som dominerte når det gjaldt polyfarmasi. Sjansen for problemer som følge av polyfarmasi øker med antallet legemidler, og de fleste leger ser nok neppe på polyfarmasi som et problem for pasienten står på minst 3–4 legemidler fast. De forhold som bringer pasienten inn i en slik situasjon, er først og fremst kronisk sykdom, oftest flere, og sykdomsgrupper hvor det er mange muligheter for medikamentell behandling. Dette betyr i hovedsak de eldste og de med hjerte-kar sykdom, KOLS og psykiske lidelser. De lengste legemiddellistene finner vi hos sykehjemspasientene hvor aldring og kronisk sykdom i utgangspunktet skaper nedsatt toleranse overfor legemidler.

Det kanskje viktigste, men ofte glemte problemet med polyfarmasi er at vi ved å kombinere medikamenter vanligvis forlater den forskningsbaserte medisin. De aller fleste kontrollerte kliniske utprøvinger gjennomføres hos pasienter uten multiple sykdommer og polyfarmasi. For mange pasienter oppleves det sikkert ubehagelig å måtte ta en lang rekke medisiner, men de fleste leger vil nok mene at hovedproblemene knyttet til polyfarmasi er fare for medikamentell interaksjon med stor effekt / bivirkninger eller tap av effekt, se fig. 1.

Medikamentelle interaksjoner er av to typer, farmakodynamiske og farmakokinetiske. De farmakodynamiske skyldes at praktisk talt ingen legemidler virker helt spesifikt slik at vi får en additiv effekt på målorganet. Ved farmakokinetisk interaksjon påvirker et medikament absorpsjon, fordeling eller eliminasjon av et annet medikament som det derved stilles enten mer eller mindre av til rådighet for legemiddelreceptorene.



Knut Laake er spesielt oppatt av eldres legemiddelbruk.

Legemiddelinteraksjoner er langt fra bare negative. Vi anvender dem ofte bevisst terapeutisk, f.eks. ved å påvirke fysiologiske prosesser på flere nivåer og derved forsterke effekten og øke nytten. Når det gjelder f.eks. levodopa-preparater (Madopar/Sinemet) ved Parkinsons sykdom utnytter vi legemiddelinteraksjoner terapeutisk på mange måter. Disse preparatene inneholder en enzymhemmer som motvirker nedbrytning av levodopa utenfor sentralnervesystemet slik at mer levodopa får passere gjennom blod-hjerne barrieren. Mange parkinsonpasienter anvender i tillegg MAO-B hemmeren Eldepryl eller en COMT hemmer som

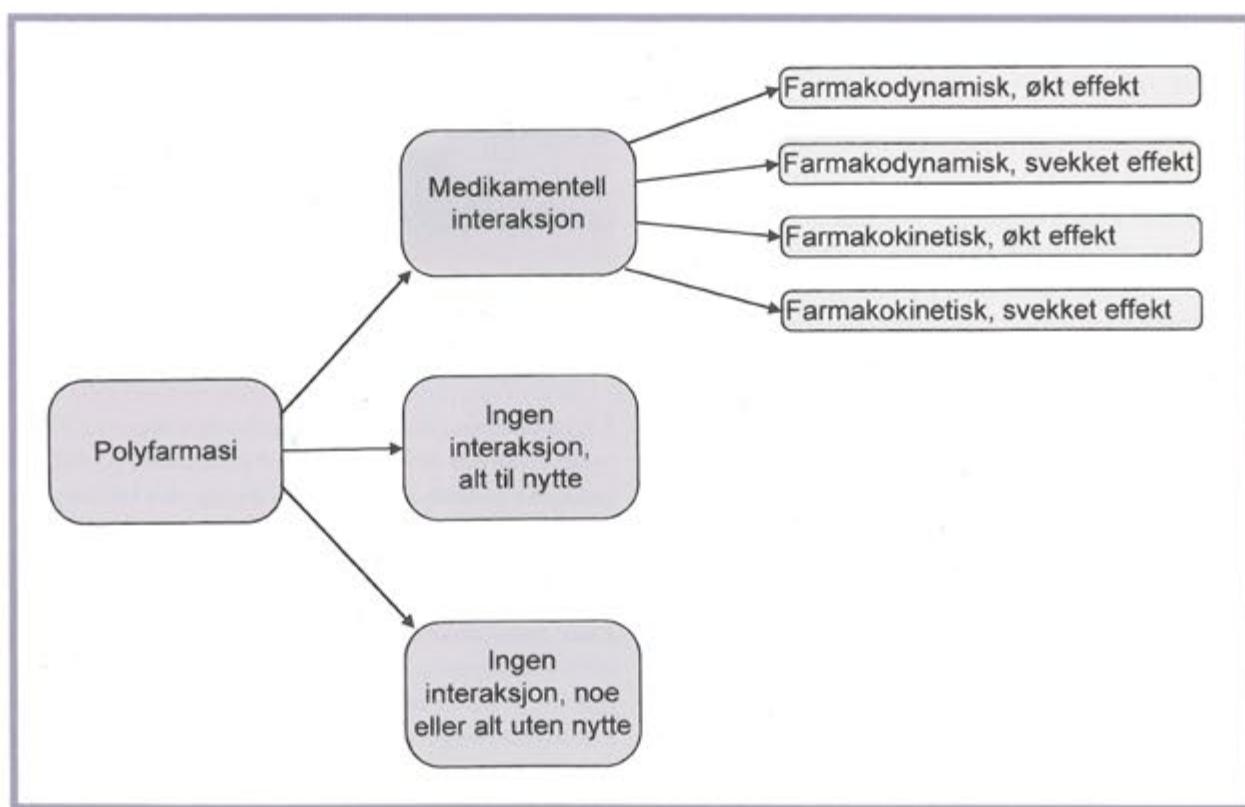
hemmer nedbrytningen av dopamin i den synaptiske spalte i basalgangliene og derved potenserer dopamineffekten. Kombinasjonsbehandling er teoretisk sett fordelaktig hvis de positive effekter adderer seg, og virkestoffenes har ulike bivirkningsprofiler slik at risikoen for bivirkninger ikke øker i samme grad. Det er mange eksempler på at vi bevisst utnytter legemidler på denne måten, ikke minst når det gjelder pasienter med høyt blodtrykk, KOLS eller hjertesvikt. For 30 år siden var synet at vi skulle unngå faste kombinasjonspreparater, men forskriving og dosetrivere virkestoffene separat for å utnytte dem fullt ut før man la til et nytt medikament. Det lanseres for tiden stadig nye, faste kombinasjoner, spesielt når det gjelder hjerte-kar midlene. Disse gjør medisineringen enklere for pasienten, men de reduserer muligheten for individualisert medisinering, og spesielt ved allergiske bivirkninger vil man kunne ha problemer med å identifisere årsaken.

Men det er nok de potensielt negative sidene ved legemiddelinteraksjoner, tap av effekt eller for sterk effekt med bivirkninger, som dominerer legers syn på polyfarmasi. Bivirkninger forårsaket av interaksjon dreier seg som oftest om en for sterk virkning av kjente farmakologiske effekter. Hos gamle, og ikke minst sykehjemspasienter, er typiske eksempler oversedasjon pga. behandling med flere dempende midler samtidig, og svimmelhet / synkopetendens ved behandling med flere blodtrykksenkende / vasodilat-

rende midler i behandlingen av hjertesvikt eller hypertensjon (Tabell 1). Problemet i slike tilfelle er mer at leger ikke påviser problemer eller glemmer å koble den kliniske presentasjonene til legemiddelbruken og diagnostisere og behandle dette som bivirkninger.

Men det er også viktige eksempler på at farmakodynamisk interaksjon kan føre til tap av effekt. Et eklatant sådant er den sterke negative effekten som dopaminantagonister (lavdosenevroleptika) kan ha hos parkinsonpasienter. Hvis man kommer i skade for å gi disse dopaminagonister og dopaminantagonister samtidig, blir effekten blir sterkt svekket. Mindre oppmerksomhet har det vært rundt det forhold at effekten av kolinesterasehemmere (Aricept m.v.), som nå får økende anvendelse ved Alzheimers sykdom, blir nøytralisiert av antikolinerge legemidler som passerer blod-hjernebarriermen, f.eks. antihistaminer av typen H1-reseptor hemmere, mange høydosenevroleptika og ikke minst trisykliske antidepressiva og atropin/skopolamin. Detrusitol virker også antikolinergt, men er så pass blære-spesifikt at det er liten fare for tap av effekt av kolinesterasehemmere brukt ved Alzheimers sykdom.

Det er mange eksempler på at farmakokinetisk interaksjon vedrørende absorpsjon fra tarmen kan gi en sterkt svekket medikamentrespons, mens interaksjon gjennom endret proteinbinding bare ser ut til å ha forbipående konsekven-



ser. Metabolisme-stimulering eller -hemning er andre eksempler på interaksjoner som kan føre til redusert eller økt legemiddeleffekt av klinisk stor betydning. Her er det dokumentert en svært lang liste av interaksjoner, se f.eks. Felleskatalogen. Mange legemidler har evnen til å indusere økt enzymeffekt i leveren, typiske eksempler er antiepileptika som fenytoin og karbamazepin. Metabolismehemming vil på den annen side øke effekten av andre legemidler. Et spesielt viktig eksempel er nedsatt eliminasjon av Prepuksid utlyst av flere antibiotika, noe som kan utløse svært alvorlige hjertearytmier. En rekke legemidler hemmer nedbrytingen av warfarin som i dag har en utstrakt bruk og kan derved øke INR-verdien og blødningsfare.

Nesten alle leger synes medikamentelle interaksjoner er et uoversiktig og komplisert felt, ikke minst fordi listen over legemidler som kan gi interaksjoner er nærmest uhyrlige, se f.eks. Norsk Legemiddelhåndbok for Helsepersonell eller Felleskatalogen. Ytterligere komplisert blir de hvis vi utvider interaksjonsbegrepet til også å omfatte livsstil som røyk, alkohol og spiseforbruk. Det har vært forsøkt utviklet elektroniske varslingsystemer integrert i legers pasientadministrative systemer, men disse vil så å si «blåse i fløyta hele tiden», og man reagerer med å skru av denne funksjonen. Det viktigste er å ikke glemme at det hos pasienter med polyfarmasi godt kan ligge interaksjon til grunn for manglende effekt eller bivirkning. Noen enkle råd kan kanskje være på sin plass:

1. Forsøk å begrens medisineringen til det du mener virkelig gavner pasienten.
  2. I møtet med de lange legemiddellistene, vurdér om det er noe som kan trappes ned / seponeres.
  3. Tenk alltid på muligheten for interaksjon ved bivirkninger eller manglende effekt!
  4. Følg opp pasienter som du setter på ny medikamentell behandling!
  5. Ha et liberalt forhold til måling av serumkonsentrasjoner når det gjelder pasienter som bruker flere legemidler.
  6. Forsøk å holde deg oppdatert i forhold til nye medikamenters farmakodynamiske virkningsprofil og farmakokinetiske egenskaper med tanke på interaksjoner og bivirkninger.

Midler som senker blodtrykket	Midler som påvirker søvn/våkenhet
Diuretika	Anxiolytika
Betabloktere	Sedativa og hypnotika
ACE-hemmere	Antihistaminer
Angiotensinantagonister	Høydosenevroleptika
Nitrater	Lavdosenevroleptika
Antiadrenergika	Trisykliske antidepressiva
Kalsiumantagonister	Opioider
Høydosenevroleptika	Koffein (i noen analgetika)
Trisykliske antidepressiva	Teofyllin-derivater

Tabell I.  
Noen legemidler som ofte medfører farmakodynamiske interaksjoner

# UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: [rmlrtove@online.no](mailto:rmlrtove@online.no)

Unn deg et eget eksemplar av **UTPOSTEN**  
Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:



**Navn** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Poststed .....

# Ord i alvor om «kulturelt misbruk» av B-preparat

AV EIVIND VESTBØ  
allmennlege på Finnøy og  
tidligere Utposten redaktør



Han skriv:

«Sovetablettar – og sidan: Lette ataraxica – har eg for min del brukt uavlatande i over 30 år no. Eg var i si tid ein av dei såkalla prøveklutar her til lands, og eg skal aldri gløyma då den ytterst pinefulle spenninga slepte taket i meg etter dei første gongers tablettsbruk. Og eg legg til: eg vil aldri ha tilbake dei pinefulle år på minimal svevn og med tilnærma konstant nervespenning. Eg vil ha det liv eg no har, aktivt, effektivt, med fasetert kjenslefylde, resten av mine levedagar, i den grad medikament kan hjelpe meg med det, som dei hittil av gjort.»

Sitatet minner om ein av fire problemstillingar som har blitt B-preparata til del gjennom åra. Poenget hans er at det finns vanlege psykiske lidingar der kronisk bruk av B-preparat i kontrollerte doser er ei god og effektiv løysing med svært moderate biverknader. Dette er eit standpunkt som mange allmennpraktikarar og nokre psykiatarar deler. Dei to neste problemstillingane er òg velkjente, men godt løynde mellom forfattaren sine lett harmdirrande spissformuleringar, nemleg at preparatene òg blir brukt som rusmiddel og at ein del pasientar mister kontrollen og får eit forverrande tilvenningsproblem.

Den fjerde problemstillinga er òg lett å få auge på, men ikkje så ofte omtala. Alfred Hauge kjem uforvarande innom ho der han skriv:

Tittelen er inspirert av ein kronikk som forfattaren Alfred Hauge skreiv i Aftenbladet 14. okt 1980 under overskrifta «Ord i alvor om medikamenthysteriet». Artikkelen bygde på eit radiokåseri forfattaren haldt i programposten «Tankar i tida». Hauge gjer seg her til talsmann for eit standpunkt som dei fleste legar kjenner frå den årelange debatten om bruken av B-preparat.

«Eg veit at det eg seier no, vil bli til hjelp for mange av dei som hører på. Eg veit dette fordi eg alltid og utan unnatak har fått ein overveldande respons når eg ved skilde høve har skrive om dette emnet.»

Og Alfred Hauge fekk respons frå fleire av mine pasientar som han kjende godt personleg. Eg hadde vore i distriktet mitt i 6 år og såg som så mange legar på denne tida at bruken av B-prep i dette lille øyriket ikkje var eit medisinsk problem, men eit kulturelt. Eg spissformulerte meg og i ord og tale, lanserte uttrykket 'det kulturelle misbruk', og lånte fyndord av andre som «husmorhasj», «indre kosmetikk» og «avhaldsfolket sin alkohol» for å reisa debatt. Ein debatt som eg meinte burde førast på kulturell meir enn på medisinsk mark. Dei blei til slutt avisskriverier og ei heil meiningsbryting.

Eg har grunn til å tru at Alfred Hauge som er fødd og oppvaksen i mitt distrikt og med sterke bånd til fleire av pasientane mine, blei provosert. Han skreiv: 'Det er no på gong eit antimedikamenthysteri som det bør skapast motførestellar mot'.

De starta med at eg gjorde ei reseptundersøking i slutten av 1970 åra som syntet at mine B-preparater dryssa spreidd ned over ei rekke eldre kvinner, dei færre igjenlevande mennene og ei mindre gruppe kvinner mellom 40 og 60 år. Alle andre grupper var «fråverande» og praktisk tala ingen var daglege brukarar. Typiske merknader ved B-reseptfornyingar var. «Ho mor er så gammal. Kan ho ikkje få bruka sine sovemedisiner i fred», «Eg er ingen misbrukar, Vestbø, men eg blir så nervøs når det bles på fjorden.» «Eg skal snart til tannlegen, og då er det godt å ha eit lite glas på hylla.»

«Du unner meg vel ein tur til byen og uten tabletten orkar eg ikkje reisa.» «Det går ein møteserie på bedehuset nå. Utan medisin kan eg berre ikkje ta del.» Og alle sa og kunne dokumentera at dei hadde sine 50 tabletter i et halvt eller eit år.

Det grunn til å tru at Alfred Hauge mistolka responsen han fekk frå pasientane. Han trudde at det var dei sterkt lidande som ikkje fekk lindring, medan dei som gav respons eigent-

leg var dei friske som hadde behov for kjemisk trøyst for sine kvardagsproblem. Og sidan har denne kategorien føreskrivingar vore mi største hodepine sjølv om mange kollegar vil sjå på dette som eit luksusproblem. Ikkje fordi biverknadane er så store, men fordi eg er ein pushar i eit sosialantropologisk landskap. Sosialantropologane kan fortelja oss om korleis rusmiddel har utvikla seg frå rite til invasjon av kvardagen som smørremiddel for sosial omgang, gratifikasjon og lette av dei tyngande kvardagar.

Eg seier ikkje at bruken er gal. Eg greier berre ikkje å finna meg til rette i forsynarrolla. Eigentleg burde samfunnet ta konsekvensen av den rådande kulturen og selja småpakkning med B-preparat på Rimi i lag med kloestillande middel. Ølmonopolet er borte, kvifor ikkje ataraxicamonolet. Kontroll må ein vel ha, men å gjera legar til polikspeditørar må vel vera ei syrleg form for medikalising. Diskusjonen må sjøvsagt førast utanom faget. Det er akkurat som med sjukemeldingar. Utsegnet «eg trur eg går og sjukemelder meg» har sin parallel i «eg trur eg må få tak i noko å roa nervene på». Og så sit vi der då og bryt tilräningar i Fellskatalogen, omforente faglege retningsliner og velmeinande vegleing frå sentrale styremakter. Det er legane som må syna ansvar blir det sagt. Sjøvsagt må dei det, men det kulturelle misbruk vil halda fram så lenge ikkje samfunnet set det på dagsorden. Men vil mange nok det? Kanskje treng et fleirtal kjemisk lindring. Kanskje er den varsame og kontrollerte bruken av B-preparater «avholdsfolkets alkohol», som smører og lindrar i små og umerkande doser? Alfred Hauge har nok ei stor gruppe av våre pasientar med seg når han slutter artikkelen slik:

«Men ein alvorleg sak er det å framstilla ein medikamentbrukar som ein fange innelåst i si flaske, slik vi fekk sjå det på TV. Heller vil eg seia at medikamentet er ein Aladdins lampe mang ein gong. Og ikkje for at vi skal få stiga inn i eit magisk Aladdintilvære, men for at vi skal få hjelp til å greia vår kvardag.»

Kronikk, opprinnelig publisert i den danske avis Politiken lørdag 3. aug. 2002:

# At visne nogenlunde glad

AF TAGE VOSS, pensionert dansk sosialmedisiner og allmennlege

**Fri for sult og kamp, vilde dyr og sygdomme overlever vi i dag monstrøst længe, men alderdom er en unaturlig tilstand, hævder den 84-årige læge. Et enzym kan forlænge vores middelalder med 60 år, men hvad skal vi med de år – bare undgå at dø?**

Da jeg havde skrevet nekrolog over en jævnaldrende ven, ringede Ritzau og spurgte, hvad han var død af.

Når man er 84 år, dør man, fordi man holder op at leve. Årsagen kan lige så godt være den ene som den anden og er derfor uinteressant. Men det tilfredsstillede altså ikke journalisten.

Når man obducerer mennesker i moden alder, bliver disse vil-kår meget klare. Analogien med en bil ligger nær. Er det ikke kardanen som svigter først, så er det gearkassen eller muligvis fortøjet. Og holder alt dette, og er benzinpumpen lykkeligt udskiftet, så viser sig antagelig hele karosseriet pilrustent.

Erfaringen fra obduktionsarbejdet lærer os, hvor mange af disse tilstande der ikke får aktuelt medansvar for døden. En del har endog ikke nået at manifestere sig, selv om de har været i udvikling i et langt forløb.

Det kan således se ud, som om døden tilfældigt skyldes netop den senile sukkersyge, således at hjernekalknungen og det karforsnævrede hjerte og den uerkendte cancer i bugspytkirtlen aldrig nåede at få en andel.

Man kunne også sige, at hjertestoppet definitivt gjorde leverkrisen uinteressant og standsede sukkersygen. Af obduktionsfund med lungecancer havde 37 procent aldrig fået den konstateret i levende live (Feinstein og Wells).

Sandheden er jo, at efter 60 år stiger hyppigheden af alle ge-brækkeligheder og sygdomme markant - hvilken der note-rer sig på dødsattesten kan bero på social status, på genetik, på arbejdsform, på livsførelse. Men det forekommer ikke væsentligt. Alle dør af noget.

Ornitologerne fortæller, at de ved ringmærkning har fundet, at af årets måger på Græsholmen (ved Christians-ø) som kommer på vingerne af generationens klækkede æg, er middelalderen fem et halvt år.

Intet lig af en måge har nogensinde vist alderdomstegn. I Zoologisk Have gik i 30'erne en måge, som var 60 år gammel, heller ikke den viste alderdomstegn.

Den var en velfærdsmåge, fik sine regelmæssige sild og var vel beskyttet af hegn mod fjender og af redekassen mod blæst og kulde. Men alligevel - den døde ved at blive kvalt i et stykke sejlgarn.

Menneskets middelalder var i en million år under 30 år (spædbørnsdødeligheden endda regnet fra). Det svarer til, at 3 procent af populationen hvert år gik i rusen. Resten af mennesker (moselig, mumier) viser ej heller i tidlige generationer alderdomstegn, selv om der kan have været en vis spredning af dødstidspunkter omkring den statistiske middelværdi.

Følger af skader og sløj ernæring, javel. Men alderdom – nej. Med en middelalder på 30 år er hjerteinfarkt, demens, slidigt og cancer uaktuelle, ja ukendte. Blandt måger som blandt mennesker er der et vist frafald i hver generation, grundet livets risiko (sejlgarn).

Man kan rammes tidligt, man kan være heldig og klare sig længe. Men aldrig (førend i vor tid) længe nok til at nogen som helst i generationen når at vise tegn på aldring. Risikoberegning viser med stor sikkerhed, at utsigten til at overleve længe nok til at organismen ældes, er lig nul - i naturen.

Derfor behøver man der ej heller 'leve sundt' for at opnå længere liv – fordi ingen vil overleve længe nok til at få glæde af det.

Tværtimod vil man helst leve meget usundt for at få mest muligt ud af den tilmalte levetid - egentlig et sundere livs-koncept: æde, drikke alt hvad man orker, fjante rundt, slás, nedlägge damer, ryge fede cigaretter - så længe man bare får lov.

Men så anderledes nu. Vi har fået has på risikoen. Sult, kamp, strabadser, vilde dyr, mikrober og orm, sygdomme - vi har ingen risiko og overlever derfor monstrøst unaturligt længe, helt op til den grænse for konstruktionernes holdbarhed, som aldrig før i menneskehedens historie har været afpatruljeret.

Der hvor al aldringens molest venter.

Alderdom er en ubiologisk tilstand, unaturlig. Og nu et uomgängeligt vilkår ved vores voldtægt mod naturen. Som biologer kan vi ikke tage problemet alvorligt.

Alle vore alderdomskramper er løn som forskyldt. Vi skulle aldrig blive så gamle, vi er ikke beregnet til det, det er overhovedet ikke med i planlægningen. Det er betydningsløst for slægten, det er socialt meningsløst, psykologisk uhåndterligt. Og økonomisk håbløst belastende.

Moralisten kunne sige, at vi har rigtig godt af det, og at det er, hvad der kommer ud af at foragte sine vilkår og spotte naturen.

Men lager er ikke biologer. Derfor ser de anderledes på disse forhold. Lægers virke går på at tjene de enkeltes interesse, på at bekæmpe de biologiske vilkår ind i det absurde.

Lægens professionelle ideal er, at ingen må dø, og at de ikke må have det ondt i ventetiden.

Vi skal derfor ifølge dem leve forsigtigt, passe på, lade være med det forkerte (hvad det nu er), altid gøre det for tiden rigtige, lade os scanne og checke og undersøge og kontrollere og aldrig fjerne os for langt fra apparaturet, tygge maden godt, tage vores vitaminer og se os omhyggeligt for, før vi går over gaden og klarer vi det alt sammen, venter os alderdommen.

Og hvordan er så den? Jeg er selv blevet ret gammel og tænker selvfølgelig en del over dette.

I 1875, siger en statistik, var 35 procent af alle døde under 20 år, kun 20 procent nåede at blive 70. I dag er 2 procent døde under 20 år. 68 procent af alle mennesker i dette land når at blive 70 år.

I betragtning af, at så mange bliver så gamle, er det påfaldende så få, der har et afklaret forhold til det at blive gammel. Derfor udsætter man konstateringen og fornægter symptomer på alder.



Gruppen har ej heller magtet at manifestere sig og gøre sig respekteret. Man synes at ligge under for en blind ungdomsdyrkelse, som får gamle til at skjule ethvert tegn på alder med hårfarve, korset, ansigtsløftning og viagra.

Det er socialt diskvalificerende at være gammel – derfor vil man nødigt.

Dette hænger antagelig sammen med den økonomiske potens. Det må indrømmes, at de gamle ikke er nogen kommersiel attraktion. Sammenlignet med de erhvervsaktive forbrugere M/K er de helt uinteressante, i forhold til børnegruppen ligeledes.

Børn, som der nu bliver færre af, dyrkes og pyssenysses og begaves og placeres i centrum på en måde, som kræver psykologbistand, når de holder op at være børn. Heldigvis er der nu opstået en ny magtfuld forbrugergruppe, teenagere, som med sære aktiviteter og betydelig omsætning kan kompensere lidt for den tabte barndoms paradis. Men det må konstateres, at aldregruppen er dårlige forbrugere, og man kan overveje, om det er den manglende kommercielle interesse, som smitter af på den sociale værdisætning.

Alderdommens problem for mig er psykologisk. Ingen sygdomme, ingen slidsymptomer, tryg nattesøvn, overkommelige vandladningsforhold.

Men selv om man kan en masse, savner man tilskyndelse til at gøre det. Man kan, men problemet er, at man ikke gider mere. Man har læst alle bøger, man har gået alle ture, elsket alle damer, smagt al mad, hørt alle vittigheder.

Man har mødt en million mennesker og indser, at det ikke bliver interessant at møde en million mere. Man har set ti lande, men verden bliver ikke større eller mere spændende af at se ti til.

Når man sejlede i sin båd, blev man våd og kold. Nu bliver man vådere og koldere end før, så meget at det ikke er sjovt. Man gider det ikke.

Fuglene synger om foråret, siges det. Man kan ikke høre det mere. Maden smager af pap, potensen svinder og går tabt. Lugt- og smagssans svinder, man har ingen funktioner og ingen tilskyndelse til at gøre noget som helst.

Kredsen af venner og nøglepersoner skrumper ind og går tabt. Snart sidder man isoleret tilbage og har ingen at spille livets spil med. At leve videre bare af rædsel for at dø - et tyndt argument og givetvis et ringe livsindhold.

Og hvis vi nægter at dø, skylder vi verden og os selv et argument for at fortsætte. Det kniber det med.

Man kan leve videre af gammel vane og uden at tanke over hvorfor. Men vores mangel på filosofi kan pludselig afsløres for os. Den store anti-aldrings-konference i Madrid (juni 1996) tvang os ud af busken.

Det var dr. Ronald Klatz fra American Academy of Anti-ageing Medicine, som forelagde sin afdelings ny opdagelse:

Telomerasen, som er et enzym, der kan sinke eller standse cellernes forfald. Med produktion af dette stof er vi nu nær løsningen på livets dybeste hemmelighed.

Generel brug vil kunne forlænge menneskets middelalder med 60 år!

Men dermed konfronteres vi uafvisligt med problemet:

Hvad skal vi stille op med alle disse år? Se Melodi Grand Prix og fodbold-VM i tv – i 60 år mere? Spille golf... 60 år mere: Hvad skal vi med dem - bare undgå at dø? Eller vente på det, så længe? Skal vi klappe i hænderne og juble i kor?

Dr. Klatz ser bort fra de økonomiske og sociologiske problemer med denne overvægt af pensionister. Men kan vi se bort fra de psykologiske?

Allerede nu er alderdom 10–15 år af et normalt liv, og det er galt nok. Jeg har per definition været gammel i 25, næsten for galt.

Verden løber fra mig. Computere, internettet, hjemmeside – jeg forstår ikke sproget, men det har erobret kommunikationen, snart taler alle dette sprog, som jeg ikke forstår. Så kan det siges, at jeg vel ikke er dummere, end at jeg kan lære det.

Problemet er bare, at jeg ikke synes, at jeg har brug for det, og at det ikke interesserer mig. Det sprog, jeg har talt med min verden, har været godt nok, og jeg kan bedre lide det.

Og jeg kan simpelthen ikke lide den verden, som nu udvikler sig omkring mig. Den taler ikke blot uforståeligt, men det af den, man forstår, forekommer ganske dumt, overfladisk, materialistisk og ligegyldigt.

Diskrepansen mellem hastigheden i verdens forandring og menneskets tilpasning er blevet påtrængende. Man kan til-

passe sig ti års forandringer i sprog, livsform, kommunikation og procedurer.

Muligvis 20 års. Men på 50 år bliver verden så anderledes, at ingen kan følge med. Alligevel bliver vi ved fantasiløst, bevidstløst, at bruge middelalder som parameter for vores civilisations succes.

Dr. Klatz har sandelig sat gær til bolledejen. Ikke blot har han ved at løse et problem givet os nogle andre, fysiologiske. Men også nogle kulturelle, som vi er blevet uforberedte på. Og kan vi ikke finde ud af at leve godt, så kan vi i hvert fald glæde os over at vi lever længe.

Men jeg klamer mig til min gamle Continental skrive-maskine (som jeg købte brugt for 100 kroner i 1936 med et års garanti), ikke for at være demonstrativ, men den rækker udmærket til mine behov.

Jeg kan lide den, den giver mig tryghed, og jeg kan bruge den. Problemet burde så være de andres, men avis og forlag kræver alle bidrag leveret på diskette. Jeg ved knap hvad det er, og det burde være deres problem.

Men det er faktisk mit, når de ikke modtager et godt maskinskrevet indlæg på A4-papir. Jeg ser det, og jeg føler det, og snart sidder jeg på en øde ø og sender flaskeposter ud, som aldrig finder en adressat.

En forstadskommune har sparet syv af ni offentlige toiletter bort. Kommunens gamle tilskyndes af formyndere til at drikke halvanden liter om dagen for væskebalancen, desuden er det sundt for gamle hver dag at gå tur. Der er i denne kommune 11 000 over 65 år.

De må nu trippende spørge: Hvor går man hen på naturens vegne?

Også forholdet til døden er praktisk uafklaret. Hjemmene er ikke indstillet på, at man dør der. Institutionerne er det lige så lidt. Skønt der årligt dør 60 000 mennesker i dette land, har vi ikke fundet ud af en rimelig form. Derfor er vi skrevet op til en sølle død i dølgsmål, på banegårde eller bag en skærm alene på et hospitalsbadeværelse.

I min høje alder lad mig da spørge på naturens uafvendelige vegne:

»Undskyld, hvor går man hen og dør?«.

Gjengitt med tillatelse fra Politiken og Tage Voss

# ONKOLOGISK FORUM 2002

**Holmenkollen Park Hotel Rica, Oslo  
21. og 22. november**

**Hovedtema som tas opp er:**

- Molecular targeting
- Funksjonell genomforskning
- basal forskning
- klinisk forskning
- Forskningspris til ung forsker
- Langtids bivirkninger etter kreftbehandling
- Finansiering av kreftbehandling
- Er kreftplanen gjennomført?
- Ortopedi i palliativ onkologi
- Kommunikasjon som instrument for god kreftbehandling

**Onkologisk Forum består av følgende faggrupper, hvorav de fleste har egne parallele fagmøter:**

- Norsk Bryst Cancer Gruppe
- Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe
- Norsk Lungekreft Gruppe
- Norsk Selskap for Hematologi og Lymfomgruppe
- Norsk forum for Gynekologisk Onkologi
- Norsk Melanom Gruppe
- Norsk Urologisk Cancer Gruppe
- Nevro-Onkologisk Interessegruppe
- Norsk Forening for Palliativ Medicin
- Norsk Gruppe for Hode – Hals Kreft
- Norsk Gruppe for Arvelig Kreft
- Norsk Strålemedisinsk Forum
- Norsk Sarkomgruppe
- Norsk Nevroendokrin Tumorgruppe
- Konferansen søkes godkjent som tellende for aktuelle spesialiteter (allmenpraktikere 16 timer i 2001)

**Påmelding snarest.**

Detaljert program og påmeldingsskjema finnes på [www.onkologiskforum.org](http://www.onkologiskforum.org) eller kontakt Onkologisk Forums sekretariat på tlf. 22 93 59 39/22 93 54 30



Disse sidene i Utposten blir en stafett fra de 4 allmennmedisinske seksjonene. Siden vil inneholde: Informasjon om forskning, undervisning, prosjekter og annen aktivitet på instituttene som vi tror kan være av interesse for allmennpraktikere på grasa og andre leser av Utposten.

## Betydning av sosial ulikhet og mestring ved kronisk sykdom

Doktorgrad utgått fra Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 7.6.2002. Avhandlingens tittel: Influence of social inequality and self-efficacy on rheumatoid arthritis and non-inflammatory musculoskeletal pain

*At kronisk sykdom forekommer hyppigere i grupper med lav sosioøkonomisk status, er godt kjent. Denne avhandlingen peker på ytterligere to fenomener som bidrar til å forsterke helseulikheter: sosialt svake grupper opplever kronisk sykdom som mer alvorlig, og de har mindre evne til å takle sykdommens konsekvenser.*

Mette Brekke har i sin undersøkelse kartlagt sammenhenger mellom pasienters sosioøkonomiske status og tiltro til egne mestringsevner («self-efficacy») på den ene siden og deres opplevelse av kronisk sykdom (leddgikt og ikke-inflammatoriske muskelsmerter) på den andre siden. Hun har også undersøkt bruk av, engasjement i og tilfredshet med helsetjenester hos disse to pasientgruppene.

Med utgangspunkt i Oslo leddgiktregister ble pasienter bosatt i Oslo indre øst (bydelene Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo) sammenliknet med pasienter bosatt i Oslo ytre vest (Vindern, Ullern og Røa bydeler). Pasientene var ikke forskjellige hva angår «objektive» sykdomsmål, slik som antall angrepne ledd, CRP og SR. Derimot skåret pasientene i indre øst dårligere på mål for selvopplevd helse, og de hadde lavere tiltro til egne mestringsevner.

Ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse til et tilfeldig utvalg av den voksne befolkning i Oslo ble personer med selvrapporterte smerter i muskler, ledd eller rygg, bosatt i de samme to områdene, sammenliknet. Personer bosatt i Oslo

indre øst anga sterkere og mer utbredt smerte, større grad av funksjonshemmning, mer psykiske plager og lavere tilfredshet med sin livssituasjon enn personer i ytre vest. De brukte også mer smertestillende medikamenter, selv etter korresjon for grad av smerte.

Sammenheng mellom tiltro til egne mestringsevner når det gjelder å takle symptomer knyttet til leddgikt (smerte, trøthet, nedstemhet) og endringer i selvopplevd helse over en toårsperiode ble kartlagt hos 815 pasienter. Høy tiltro til egne mestringsevner ble funnet å være forbundet med gunstig utvikling av smerte, trøthet og psykiske symptomer. Etter ytterligere tre år ble det samme undersøkt igjen hos 306 av pasientene. Pasienter som i utgangspunktet hadde høy tiltro til å kunne mestre smerte, anga signifikant lavere smerte etter fem år, men dette gjaldt kun pasienter med utdanningsnivå over gjennomsnittet.

Av leddgiktpasientene var 11% generelt misfornøyd med helsetjenestetilbudet og 40% skåret lavt på minst ett av tre spørsmål om engasjement i egen behandling. Blant personer med kroniske muskel-sjelettsplager var tilsvarende tall 27% og 57%. Under halvparten av personer med kroniske muskel-sjelettsplager hadde vært hos allmennlege siste året, og 21% hadde noen gang vært hos revmatolog. I begge pasientgrupper var høyt utdanningsnivå og kontakt med revmatolog forbundet med høyt engasjement i egen behandling. God mental helse og høyt engasjement var igjen forbundet med tilfredshet med behandlingstilbuddet.

Mette Brekke  
St. Hanshaugen legesenter  
Pilestredet 56  
0167 Oslo

## Doktorgrad om legers helse- og sykdomsatferd

Universitetslektor ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO, Elin Olaug Rosvold, disputerer 25. oktober 2002 på avhandlingen «Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> century Norwegian physicians».

Avhandlingen tar for seg helse og sykdom blant norske leger i to århundrer. Første del omhandler yrkesrelatert sykdom blant leger som praktiserte i siste halvdel av 1800-tallet, og baserer seg på et materiale som ble samlet inn til «Norges läger» i 1886. Mer enn halvparten av sykdommene og skadene som legene hadde hatt, ble relatert til yrket. Legene ble smittet av sine pasienter, og pådro seg skader under strevsomme tjenestereiser. Også ektefeller og barn hadde sykdommer som ble relatert til legenes yrke.

Studien av 1990-talles legene er en del av «Legekårsundersøkelsen». Resultatene viser at egenbehandling og uformelle legekonsultasjoner er vanlig. Tre av fire leger hadde behandlet seg selv i løpet av de siste tre årene. Selv om over halvparten ga uttrykk for at de ønsket å bli behandlet av en lege de ikke hadde personlige bånd til, kontaktet mange likevel venner og kolleger når de trengte legehjelp. Tre av fire leger som brukte reseptpliktige medisiner, skrev dem ut til seg selv. Bruk av sovemedisiner og beroligende medisiner var mer vanlig blant mannlige leger enn blant andre menn. Kvinnelige leger var mindre flinke enn andre kvinner til å gå til regelmessige gynækologiske kreftundersøkelser. De viktigste årsakene til at legene ikke gikk til undersøkelse var at de ikke følte seg i en risikogruppe, de glemte det eller hadde ikke tid, eller de hadde problemer med å finne en lege de ville gå til. Disse årsakene kan dels ses på som et utslag av høyt arbeidspress, men også som et utslag av legers benekting av sykdom og problemer med å søke hjelp hos kolleger. Avhandlingen viser at leger bør bli mer bevisste på hvordan de håndterer sin egen helse og sykdom.

### NYTT I OSLO:

## Klinisk avgangsekseen i allmennmedisin

14.juni 2002 var en aldri så liten merkedag i norsk allmennmedisin: for første gang er klinisk (muntlig) eksamen i allmennmedisin gjennomført ved Fakultetet i Oslo som ledd i avsluttende eksamen på legestudiet.

Eksamens har vært organisert som «stasjonsekseen» som egentlig er fire fortløpende eksamener á 30 minutter. 3 stasjoner er kirurgi/indremedisin og en er allmennmedisin. En felles karakter (bestått/ikke bestått, samt individuelle muntlige tilbakemeldinger) til slutt.

Bergen har hatt selvstendig klinisk eksamen i allmennmedisin i flere år, men først i 2002 ble klinisk eksamen i allmennmedisin «kjørt» i Oslo som ledd i den nye studieplanen «Oslo 96». Eksamens ble organisert som «stasjonsekseen» bestående av til sammen 4 stasjoner hver med stopp i 30 minutter og bemannet med pasient, eksaminator og sensor. To av stasjonene var avsatt til indremedisin, en til kirurgi og en i allmennmedisin.

Eksamenslokalene i allmennmedisin ble innredet som «legekontor light» og oppgavene besto i å gjennomføre en konsultasjon (15 minutter) med en reell pasient – med etterfølgende eksaminasjon (15 minutter). For å klare tidsrammen, var konsultasjonene redusert noe, for eksempel at «papirarbeidet» ble utelatt. Men altså: alt innenfor en streng tidsramme på 30 minutter. Gjennomføring av denne eksamen har vært et stort, praktisk løft (3 parallelle eksamener samtidig: Ullevål, Aker og Rikshospitalet) for en underbemannet Seksjon for allmennmedisin i Oslo. Men takket være god forberedelse og god eksaminatorhjelp fra noen av våre universitetslektorer (=praksislærere: både NSAM-styret og APLFs fagutvalg var representert), gikk dette over all forventning. Interessant å merke seg hvordan prestasjonene på hver av de fire stasjonene fungerte komplimentært i forhold til hverandre og gav grunnlag for en samlet og bred vurdering av det å være lege: klinisk kjønn og ferdigheter, teoretisk kunnskap og kommunikative evner. Det første kullet med denne nye studieordningen var kanskje atypisk fordi her har det vært en spesiell seleksjon: en god del har hoppet ned til lavere kull i løpet av seksårsperioden mens ingen nye har kommet til fra tidligere kull. Hvordan gikk det så med det første avgangskullet? Ingen stryk denne første gangen. Neste «tog» går i januar 2003 – med egen allmennmedisin-stasjon på plass.

Med denne eksamen er fakultetet i Oslo på rett veg i forhold til hva sentralstyret i DNLF nylig vedtok: at opplæringen i allmennmedisin på legestudiet må styrkes slik at studentene etter endt studium skal være like godt forberedt til framtidig yrkeskarriere utenfor som innenfor sykehus. Men det gjenstår ennå endel «tautrekking» internt på fakultetet før vi endelig kan regne med at avsluttende klinisk eksamen i allmennmedisin er kommet for å bli.

*Jorund Strand*

Seksjonsleder, Seksjon for allmennmedisin,  
Universitetet i Oslo.

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 breit publikum!

## Ord på veien fra reumatisme til diabolos

Mange pasienter lider av *reumatisme* og oppfatter vel ofte vår evinlige jakt på objektive kriterier for reumatisk sykdom som litt på siden av det de ønsker å drøfte med legen. Symptomene er det sentrale for dem, blodprøvers positive eller negative utslag avklarer lite for pasientene. Med bakgrunn i ordets betydning kan vi iallfall trygt si oss enige med pasientene om at de lider av reumatisme enten videre utredning gir en mer eksakt diagnose eller ei. Det greske *rheumatismós* er substantiv til verbet *rhéein* som betyr å flyte, egentlig strømme og beskriver vel godt den smerten mange føler strømmer eller flyter i kroppen. I antikken mente man at det eksisterte sykdomsfremkallende stoffer som flot rundt i kroppen og det forklarte at symptomene skiftet lokalisasjon. Dette hadde de jo helt rett i jfr alle de sykdomsfremkallende antistoffene. Et annet substantiv som er avledet av verbet *rhéein* er *rytme*, gresk *rhythmos*, som også betyr strømning, muligens med tanke på havets bølger som strømmer frem og tilbake. Ordet renne er også avledet av *rhéein*, likeså det latinske *rivus* som er blitt til det engelske *river*, det spanske *rio* (elv) og franske *rive* (elvebredd). Rio de Janeiro betyr forresten januarelva, og var først navnet på elva som munner ut ved byen. Navnet kommer av at italieneren Amerigo Vespucci oppdaget denne elva 1. januar 1502 og vel ikke fant på noe annet navn enn januarelva. De som forøvrig ikke nå gjetter opprinnelsen til ordet Amerika bør lese forrige setning en gang til! Columbus fikk ikke den æren han vel fortjente mer enn Amerigo Vespucci, det skulle vært artig å vite hvorfor. I rettferdighetenes navn skulle Amerika hett Columbia!

Tar vi så for oss ordet *rival* finner vi et interessant eksempel på betydningsutvidelse. Det latinske *rivalis* er en som bruker en bekk (*rivus*) eller renne til vanning av dyrket mark sammen med naboen. Når to er sammen om et interesseobjekt, det være seg partner eller bekk, oppstår fort uenighet og dermed er man rivaler.

*Diare* er derimot neppe kilde til rivalisering. Ordets ending, *re (rhéein)*, har samme opprinnelse som reumatisme og henspeiler på at det renner. *Diá* er et gresk ord og har mange betydninger, så som gjennom, fullstendig og motsatt. *Diabetes* betyr det som renner gjennom uten stopp. *Diagnose* kommer av det greske *diagnosis* som ifølge Rossbach betyr kunnskap tvers gjennom. Amerikaneren Haubrich skriver imidlertid at det greske ordet betyr å diskriminere mellom to muligheter ved at man bestemmer seg for hva pasienten lider av. Dia er da avledet av *dis* som betyr to. *Gnosis* betyr kunnskap.

*Diagonal* beskriver en strek som går gjennom en firkant fra hjørne til hjørne, eller egentlig fra kne til kne, *gonía* finner vi jo igjen i betydningen kne. *Dialekt* kommer av det greske *diálegein* der siste endelse kommer av ordet *lógos*, ord. *Dialog* er en annen variant over samme tema.

Den som nå trodde at *diamant* også hadde samme, enkle opprinnelse må imidlertid tro en gang til. På gresk heter diamant *adámas* som man tror har betydd ubetvingelig, der den første a-en er lik vår u-, altså benektede. I middelalderen betyddde *adamant* også magnet, rett og slett fordi man blandet sammen det latinske *adamare*, elske nderlig (jfr engelsk *admire*) og det greske *adámas*. En liknende sammenblanding skjedde når ordet diamant oppstod fra *adámas* idet man trakk inn adjektivet *diáphanés* som betyr gjennomskinnelig og slo sammen disse to ordene til diamant som jo iallfall delvis er gjennomskinnelig og absolutt er ubetvingelig i betydningen udelelig.

La oss avslutte med noe *diabolsk*, som reumatisme sikkert er for de som lider av det. Diabolsk betyr djevelsk, en som bakvasker og det norske ordet er en direkte avledning fra det greske. *Diá* betyr jo gjennom og *bállein* betyr å kaste selv om det vel er for enkelt å si at en ball er avledet herfra! En djevel er en som fremsetter, kaster frem falske anklager.

Jannike Reymert

### Kilder:

William S. Haubrich. Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia. Pennsylvania.1997.  
Johan H. Rossbach. Levende ord. Pax Forlag A/S, Oslo.1996.

*Historier fra  
virkeligheten*

# Halleluja

«Dyrsku'n i Seljord» er ei årviss storhending, ei gigantisk massemønstring av fe og folk. I år er det 137 år sidan den første Dursku'n blei arrangert. Utrulege 75 000 betalande personar samt eit ukjent antal kyr, geiter, hestar, kaninar, grisar, lamaer og born under 7 år (gratis) vitja bygda i løpet av tre dagar i september. Det er utstillingar av dyr og maskiner, handel med klokker og knivar, demonstrasjon av gamalt og nytt handverk, spelstykke og musikk (hardingfele, afrikanske trommer, Frelsesarmeens og kveding). Mykje moro altså, og med politiet si hjelp er det mindre fyll og spetakkel for kvart år. Dei færreste vil vel innrømme at

dei saknar den delen av folkloren, men noko går unektelegapt. Før i tida var Dyrskufylla nærmast ein normaltilstand. Her er ei historie frå Seljordsheia.

Rundt 1920 gjekk det ei religiøs vekkelsesbylgje over distriktet. Folk ut etter Seljordsheia angra sine synder og vende seg til Herren mest utan unntak. To forherda brør på ein liten plass nekta i det lengste. Men til slutt blei vel gruppepresset for overveldande. «Det er greit» sa den eldste som forte ordet, «me kan bli frelse. Men Dyrsku'n skal vera som før.»

Elisabeth Swensen

Fra årets Dyrsku i Seljord



FOTO: JAN FERESTAD, BONDEBLADET

# 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 takker den alltid like sprudlende Sølv for en spennende utfording! (Tenk å få en slik venninne når man er mer enn midtveis i livet!) For meg er valg av lyriker enkelt og selvfølgelig: Inger Hagerup! Hun treffer. Hun kan virkelig formidle kvinners lengsler og pasjoner. En «erotisk sjekkjenger par excellence» som Philip Houm uttrykker det i Norsk Litteraturhistorie. Problemet blir derfor å velge, jeg kunne egentlig ha sendt 10 dikt. Men i kveld var stemningen mest til stede for:

## Jeg gikk meg vill i skogene

*Jeg rømte fra min elskede,  
jeg sa mitt hus farvel,  
jeg vandret landeveiene  
alene med meg selv.  
Jeg gikk meg vill i skogene,  
og nå er det blitt kveld.*

*Og langs de bleke stiene  
er mange bål brent ned.  
Her hastet andre videre,  
her hastet de avsted,  
mot fjellene, mot stjernene,  
mot glemse og mot fred.*

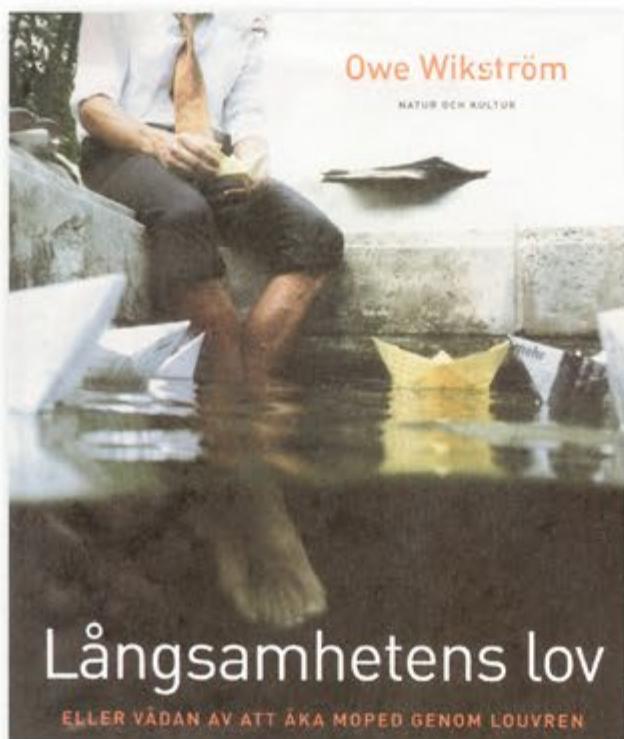
*Jeg gikk meg vill i skogene  
og natten stunder til.  
Nå vil jeg tende opp igjen  
en annens gamle ild  
og siden følge sporene  
hvor også han før vill*

Innger Hagerup

Jeg utfordrer en annen kollega-vennine: Margrethe Hansen ved Borg Legekontor i Sarpsborg. Hun har nok både drikkeviser og mer seriøse saker på repertoaret.

Hilsen Bente Gjølstad

**BOK** anmeldelser

**«Langsomhetens lov»**


«Langsomhetens lov» heter en nyutkommet bok av Ove Wikström – professor i religionspsykologi i Uppsala. Han har publisert en rekke bøker innen religion, livsanskuelse, tro, litteratur og musikk. I denne boka skriver han om behovet for nedbremsing og åndelig fordypning i vår travle tid på en måte som når langt utenfor kirkeveggene i Sverige der den er solgt i i over 50000 eks hittil. I disse dager foreligger den i norsk utgave oversatt av Knut Grønvik under tittelen «Leve langsomheten» på Genesis forlag.

Dette er ei bok som bør leses litt sakte – det er en bok som utfordrer refleksjonen og langsomheten i god forstand, der første del er satt sammen av korte refleksjoner han har skrevet ned på «langsomhetens» steder – mellomrom som innfinner seg på reiser – cafèer, venterom, busser, hotellrom. Med innspill fra tidligere tiders tenkere gir han oss dagsaktuelle refleksjoner rundt, og en innføring i noe av det som skal til for å åpne opp for de nødvendige impulser som kan

gi rom for refleksjon, tilstedevarsel og nærvær i eget liv. Det dreier seg om den gode samtalens, lesningen og om behov for avgrensning for å kunne åpne opp for de dypere allmenne eksistensielle og religiøse spørsmål – kort sagt «langsomhetens lov» nærmest på linje med en naturlov – og vår egen redsel for nettopp å gå inn i vår egen indre reise. I andre del av boken er vi med ham på tre reiser – ytre og indre – til Budapest og møte med døden hos en kollega og møter med studenter med kulturell oppveksterfaring uten Gud og rom for eksistensielle spørsmål, – til St.Petersburg og møte med Gud, duften av det hellige og bl.a. en innføring og refleksjon rundt Dostojevski og tilslutt en reise til Assisi, en reise i glede og stillhet.

Dette er en bok for mellomrommene i livet – ha den på nattbordet, i reisevesken – kort sagt ha den tilgjengelig og bruk den, men ta deg tid – og la den berike deg, det fortjener den!

Øystein Bakkevig

# KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2003

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin 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	26. januar	Ultimo februar
Nr. 2	2. mars	Primo april
Nr. 3	6. april	Ultimo mai
Nr. 4	11. mai	Ultimo juni
Nr. 5	24. august	Ultimo september
Nr. 6	21. september	Ultimo oktober
Nr. 7/8	26. 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!

**ABONNEMENT:** Kr. 375,- i året

## TEKNISK

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvн. 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

# Dalacin®

Klindamycin

- når penicillin ikke virker



## Du har jo netttopp vært her!

### Behandling av faryngotonsillitt

Etter 10 dagers penicillin-behandling ses terapisvikt hos 10-20% av pasientene<sup>1</sup> Dalacin® (klindamycin) eleminerer effektivt GAS fra svelget til disse pasientene, og anbefales brukt ved tidlig residiv<sup>2,3</sup>

Ved gjentatt penicillinbehandling øker frekvensen av terapisvikt ytterligere<sup>2</sup> Noen pasienter utvikler et kronisk forløp med flere akutte episoder i året.  
Også hos denne pasientgruppen har Dalacin® vist seg å være effektiv. Norsk legemiddelhåndbok 2001 anbefaler Dalacin® som et alternativ til tonsillektomi.

1) The J. of Pediatrics 1988, 113: 400-403

2) Scand J Infect Dis. 26: 535-541, 1994

3) Nytt fra Statens legemiddel kontroll nr. 15. desember 1994.

Dalacin® Pharmacia & Upjohn  
Antibiotikum. ATC-nr: J01FF01

**GRANULAT TIL MIKSTUR:** 15 mg/ml. 1 ml ferdig blandet mikstur inneholder: Clindamycin, palmit, hydrochlorid, aeqv. clindamycin, 15 mg, sacchar. 300 mg, acid. sorbic, iE 2001 0.6 mg, const., aqua purif. ad 1 ml. Sukkerholdig. Kjørbaersmak.  
**INJEKSJONSVÆSKE:** 150 mg/ml. 1 ml inneholder: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin, 150 mg, alcohol benzylc. 9 mg, natr. edet. 0.5 mg, natr. hydroxid., aqua ad inject. q.s. ad 1 ml.

**Egenskaper:**  
Klassifisering: Semisyntetisk antibiotikum som virker antibakterielt overfor infeksjoner fremkalt av Gram-positive kokker og anaerobe bakterier, særlig *Bacteroides fragilis*. Påvirker vanligvis ikke infeksjoner fremkalt av gonokokker, meningokokker og H. influenzae.

**Virkingmekanisme:** Iadequate koncentrasjoner baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinlysning.

**Absorpsjon:** Går godt som fullstendig etter peroral administrering. Symes lite påvirket av samtidig fødeinntak. Max. serumkoncentrasjonen nås ca. 45 minutter etter peroral administrering. Etter i.m. administrering nås maks. serumkoncentrasjonen innen 3 timer for voksne, 1 time for barn.

**Proteinbinding:** 68-93 % avhengig av serumkoncentrasjonen.

**Fordeling:** God vevspenetrasjonsevne og vevsdisseksjon.

**Halveringsstid:** Ca. 21/2 time hos barn og ca. 3 timer hos voksne.

**Terapeutisk serumkoncentrasjon:** 150 mg oral dose klindamycin til en voksen gav en gjennomsnittlig serumkoncentrasjon på ca. 2.5 mg/ml etter 45 minutter, ca. 1.5 mg/ml etter 3 timer og ca. 0.7 mg/ml etter 6 timer.

**Metabolisme:** Den biologiske aktiviteten i serum skyldes den uløsnelige forbindelsen og metabolitten N-demetylklindamycin.

**Utskillelse:** Som bioaktive og bioinaktive metabolitter både i urin, faeces og galle. Den fekale ekskresjonen dominerer. Ca. 10 % skiller ut i urinen i aktiv form og ca. 4 % i faeces det resterende skiller ut som bioinaktive metabolitter.

**Indikasjoner:** Alvorlige infeksjoner forårsaket av stafylokokker, streptokokker og pneumokokker hos pasienter som er allergiske overfor penicillin, og pasienter med infeksjoner fremkalt av betaklantamapseproducerende organismer. Anaerobe infeksjoner spesielt fremkalt av *Bacteroides fragilis*. Bakteriologisk undersøkelse og resistensbestemmelse bør foretas.

**Kontraindikasjoner:** Overføringstidsreaksjoner for klindamycin eller lincomycin, selv om krys-sensibilisering hittil ikke er påvist.

**Bivirkninger:** Vanligst forekommende er gastrointestinale besvær, ca. 8 %. Hyppige (> 1/100): Gastrointestinale: Mavebesvær, løs avføring eller diarré, næuse, brenninger. Mindre hyppige: Hud: Urticaria. Sjeldne (< 1/1000): Analflaktole reaksjoner. Blod: Forbigående nøytrøpfelen/leukopeni. Gastrointestinale: Antibiotikaassosiert kolitt. Lever: Reversibel leverenzym påvirkning.

**Forsiktighetssregler:** Anbefales inntil videre ikke til spedbarn under 1 måned. Dosefordeling er ikke nødvendig hos pasienter med nedsatt myrfunksjon. Farmakokinetiske studier har vist at halveringstiden forlengetes hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon, men ved dosering hver 8. time opptrer akkumulering sjeldent. Dosedeksidusjon ved nedsatt leverfunksjon er derfor vanligvis ikke nødvendig. Antagonismen er vist mellom klindamycin og erytromycin. Klindamycin må derfor ikke kombineres med erytromycin. I tilkhet med flere andre antibiotikakn kan klindamycin gi opphav til antibiotikaassosiert kolitt. En del tilfeller av alvorlig og vedvarende diarré i løpet av eller etter behandling med klindamycin er rapportert. Blærear har tildekk vært kombinert med blod og mucus i avføringen, og har enkelte ganger resultert i akutt kolitt. Ved endoskop kan det påvises pseudodemembraner og erosjoner i slimmennene. Hvis alvorlig diarré forekommer under behandlingen, skal medikamentet seponeres eller, om nødvendig, gis under nøyts observasjon. Diarré som opptrer innen en del uker etter avsluttet behandling bør behandles som om den har sammenheng med antibiotikabehandlingen. Hvis det er mistanke om kolitt, bør endoskop utføres. Mildt tilfeller med smerte foran i mucusa, kan ressørre bortstrekkelig godt bare ved seponering. Moderate til alvorlige tilfeller, inkludert med erosjoner og pseudodemembraner, bør forstås vankomycin behandles med væske-, elektrolytt- og proteinløsning. Kortikosteroider, gitt som retentionsklyster eller systemisk har ikke vist sikker effekt ved pseudodemembraner kolitt. Antikolinergika og antiperistaltiske midler kan forverre tilstanden. Andre årsaker til kolitten bør overveies. Det er vist at toksin dannet av Clostridium difficile kan være årsak for vankomycin in vitro. Perorale vankomycindoser mellom 125 og 500 mg 4 ganger/døgn eliminerer raskt Clostridium difficile og toksin i tarminnholdet og sykdomsbildet bedres i løpet av noen dager.

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Passerer lett. Vanlig forsiktighet under svangerskap bør utvises. Overgang i morsmilk: Passerer over i slike mengder at risiko for påvirkning av barnet foreligger.

**Interaksjoner:** Kan forsterke virkningen av perifert virkende muskelrelaxerende midler til curaretypen, og bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter mens de er påvirket av slike. Iantifiktiva aminoglykosid-antibiotika klindamycin.

**Dosering:** Injeksjon/Infusjon: Voksen: 600-2700 mg/dag fordelt på 2-4 like store doser. Ved invirrende infeksjoner har opp til 4.8 g vært gitt i.v. til voksne. Det anbefales ikke å gi mer enn 600 mg i.m. i en injeksjon. Barn: 10-40 mg/kg/dag Fordelt på 3-4 like store doser. Infusjonskoncentrasjon og hastighet: Hvis preparatet gis i.v., bør det gis som kontrollsinfusjoner. Serumkoncentrasjonen påvirkes ikke vesentlig av hemodialyse.

Dose (mg)	Væskevolum (ml)	Tid (minutter)
300	50	10
600	50	20
900	100	30
1200	200	40

Det anbefales ikke administrert mer enn 1200 mg i en enkelt infusjon, og varigheten pr. infusjon bør ikke overskrive 1 time. Kapsler: Voksen: 1 kapsel à 150 mg 4-1 avløpende dager fordobles dosen. Barn: 1 kapsel à 75 mg 4-1 avløpende tilfeller fordobles dosen. Kapslene bør sveiges hele, intas med minst én 1/2 glass vann. Mikstur: Barn: 1 målesje 15 ml 4-1 avløpende tilfeller fordobles dosen. Ved alvorlige infeksjoner anbefales at barn ikke gis mindre enn 500 mg/dag unsett kroppsvækt. Alternativt 8-25 mg/kg/dag.

**Andre opplysninger:** Kan blandes i infusjonsvesker som inneholder NaCl, glukose, kalium eller kalium i vanlige koncentrasjoner. Er fysisk og biologisk forentlig i 24 timer ved værelsetstemperatur med: Benzylpenicillin, karbenicillin, céfotatin, gentamicin, hydroklorotri-natriumsuksinat, metyiprednisolon-natriumsuksinat. Er fysisk og biologisk uforentlig med infusjonsvesker som inneholder: Ampicillin, magnesiumsulfat, barbiturate, kaliumglukonat, teofyllamin.

Pakkninger og priser pr. august 2002. Granulat til mikstur: 80 ml kr 99.00.

Infusjonsveske: Amp: 10 x 2 ml kr 550.90, 10 x 4 ml kr 1025.50.

Kapsler: 75 mg: Enpac: 24 stk. kr 106.80, 40 stk. kr 158.50.

150 mg: Enpac: 24 stk. kr 165.30, 40 stk. kr 230.90, 100 stk. kr 503.60.

300 mg: Enpac: 20 stk. kr 210.20, 32 stk. kr 304.80, 100 stk. kr 817.00.

**PHARMACIA**

www.pharmacia.no

**Nyhet!**

PRO TNS SEPTEMBER 21

## 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»

Analgotikum

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, laktosemonhydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioskrid 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, laktosemonhydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioskrid E171, jernoksid E172, indigotin E132), 100 mg: (titandioskrid E171), 150 mg og 200 mg (titandioskrid E171, jernoksid E172).

**Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på  $\mu$ -,  $\delta$ - og  $\kappa$ -opiodreceptorer med en høyere affinitet til  $\mu$ -receptoren. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibisjon av gjennomtak av norepinefrin og økning av serotoninfrijsningen. Absorpsjon: Tramadol absorberes nesten fullstendig. Biologiglegheten er ca. 70 % etter oral administrering. Mat påvirker ikke biologiglegheten eller den foreløpende absorpsjonsiden. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter ca 5 timer for Tramagetic Retard og ca. 6 timer for Tramagetic OD. Tramadol har tørste passasje metabolisme. Virkestoffet tramadol har ikke-lineær farmakokinetikk mens frisetting av tramadol fra depottabletter har vist lineær farmakokinetikk. Sammenliknet med tabletter og kapsler med umiddelbar frisetting av tramadol gir tabletter med langsomm frisetting en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dossettning. 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 renat.

**Indikasjoner:** Moderate smerter.

**Kontraindikasjoner:** Overdosisomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virking på CNS. Tramadol skal ikke ges til pasienter som får monoaminoksydasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette til sistte å skue.

**Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10 %). Det er rapportert en rekke titeller av leverfunksjoner. Hypotensjon (>1/100): Almenne: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Gastrointestinale: Muninrettel, kvalme, oppkast, løftoppelse. Mindre hypotensjon: Diypspsi, magesmerter, diarré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Almenne: Appetitorandringer, allergiske reaksjoner (åndedret, bronkospasmer, angionevrotisk adem), anafylaktisk spakk. Kardiovaskulære: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Psykiske: Humersvingninger, forandringer i oppfatningsseverne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakt, krampefall. Sym: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urinretensjon). I sjeldne titeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne titeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tiltreningsmessige foreløper.

**Forsiktighegsregler:** Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til krampar skal bare unntaksvist behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsett lever- og nyrefunksjon, tendens til krampefall og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilstades ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettssenteret eller åndedrettfunksjonen eller ved

samtidig behandling med sentraldempende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tlevning og misbruk foreligger. Forsiktighet ber 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/Amming:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan prepareres med omodprydning gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparater med omodprydning gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinence. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordele oppover er mulig risiko. Overgang i morsmek: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmek. Preparatet bør ikke brukes under amming.

**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 virketheten av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramp og øke risikoen for kramp ved samtidig bruk av selektive serotonin neuropeptidkshemmere (SSRI), triptiklike antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampeforskelen. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buprenorfir, nalbuprin, pentazocin), da tramadol smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketoconazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetylens 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 frisetting av tramadol, kan behandles med depottabletter ved at man startet med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagsdose pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten tennes langsomt til høyere dose for å minimalisere forbipående bivirkninger. Behovet for langstedsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maksimal dagdosis er 400 mg.

**Tramagetic OD:** Bør tas med 24 timer intervaller. Den konkrete dosen er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tidslige bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig ståndose er 150 mg i daget. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsett nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstiden kan være forlenget slik at dosestillingen kan bli nødvendig. En ståndose på 150 mg anbefales. Dosestilling oppover, til smertekontroll når, må skje under øvervåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsett nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance < 10 ml/min). **Barn under 14 år:** Anbefales ikke, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert hos barn. **Tramagetic Retard:** Bør tas med 12 timers intervaller. Den konkrete dosen er den som sikrer smertelindring i 12 timer uten eller med tidslige bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig ståndose er 75 mg 2 ganger i daget. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsett nyre- eller leverfunksjon:** En ståndose på 75 mg 2 ganger i daget anbefales. **Depottablettene sveiges hele og må ikke lynges.**

**Overdosering:** Symptomer: Mose, brekkinger, kardiovaskulær kolaps, sedasjon og koma, krampefallstrender og respirasjonsdepresjon. Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, foretas til å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sirkulasjonen. Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampefallstrender kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Ventrikelflimming kan benyttes for å fjerne ubasert depottablett. **Pakninger og priser (23/5-01):** **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.