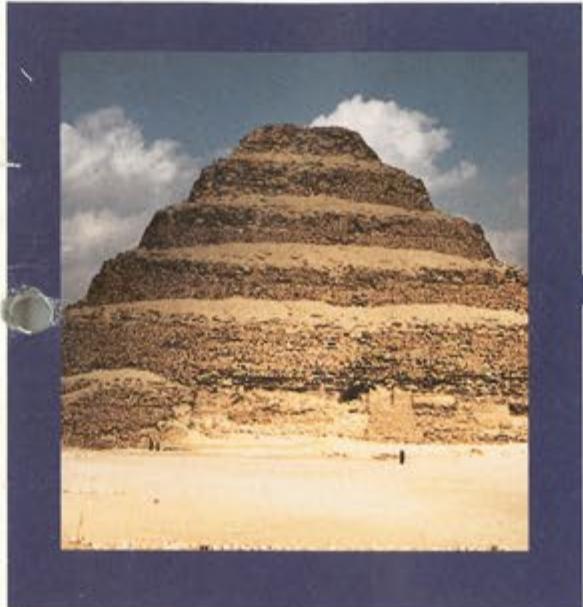


# utposten

Nr. 7/8 - 2002  
Årgang 31

*Blad for  
allmenn- og  
samfunns-  
medisin*



## Innhold:

Leder: Takk for oss Av TORGEIR GILJE LID	s 1
Reisen til Alexandria Av ELISABETH SWENSEN	s 2
Det kostar å drive krambu AV FRODE FORLAND	s 6
I «Urørlighetsonen» AV TONE SKJERVEN	s 11
Samtale om samfunnsmedisin AV FRODE FORLAND	s 14
En seiler på livets hav EYSTEIN STRAUME I SAMTALE MED ELISABETH SWENSEN	s 18
Hva er meningen med livet? AV GUNNAR STRØNO	s 24
Veien ut av spiseforstyrrelsen ANONYM BIDRAGSYTER	s 28
Faste spalter	s 32

# 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

Klokkarskogemoen  
3840 Seljord  
Tlf: 35 05 21 21  
E-mail: elswense@online.no

### Gunnar Strøno

Skogy. 29  
3660 Rjukan  
Tlf: 35 09 22 28  
Fax: 35 09 06 40  
E-mail: gunnars@telnett.no

### Frode Forland

Herregårdsv. 2 F  
1168 Oslo  
Tlf: 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:** Privatbilde utlånt av Eystein Straume

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

**Design, repro og trykk:**

PDC Tangen

# Takk for oss

**F**em år har gått, og den utgaven du nå holder i hendene er denne redaksjons siste. Dessuten er Utposten 30 år i år, og hva passer da bedre enn å vie årets julenummer og vårt siste nummer til en kavalkade over disse tretti år? Utposten har en stolt historie, og denne redaksjon har etter beste evne forsøkt å leve opp til tradisjonen, og samtidig fornye den.

Utpostens ryggrad og eksistensberettigelse kan sammenfattes i uttrykket 'Å skrive sitt fag'. Det er fortellingene om den kliniske hverdagen, med praktisk rettede kliniske artikler, og det er refleksjonene omkring denne hverdagen: Hva handler det egentlig om? Hva er god allmennmedisin? Hva er god samfunnsmedisin? Utpostens mandat er å løfte fram erfaringer, tanker og refleksjoner omkring disse spørsmål, ikke å gi alle svarene.

Vi har forsøkt å lage et blad som består av både reflekterende essays og tanker om fagpolitikk og fagutvikling, samt praktisk klinisk stoff og kunstnerisk stoff. Våre fag, allmennmedisin og samfunnsmedisin, dreier seg om både filosofi, nytenkning, praktisk håndverk og kunst. Vi har forsøkt å speile trender og tendenser, og løfte fram det som fortjener større plass. Slik har vi også iblant fått være med og sette dagsorden.

Men alt dette blir bare store ord og fett flesk hvis ikke dere som leser, også iblant skriver selv. Derfor arrangerte vi for to år siden Utpostens skrivekurs på Primærmedisinsk uke, med 25 inspirerte kursdeltagere. I år forsøkte vi å gjenta suksessen, men måtte dessverre avlyse skrivekurset på grunn av for lav interesse. Likevel tror vi skrivekurs er en god idé, ikke bare for at leger skal skrive i Utposten, men også fordi vi mener at norske allmennleger og samfunnsmedisinere må bli mer synlige i den offentlige debatten.

Allmennleger har en unik posisjon, med daglig kontakt med mennesker fra alle samfunnslag og med alle slags erfaringer, samtidig som mange av oss også jobber i offentlig forvaltning og dermed er med og påvirker administrasjon og politikk. Likevel er det forbundende stille; få leger utnytter denne unike posisjonen til å løfte fram viktige saker i offentligheten.

Skal Utposten bli lest, må det trykkes og distribueres, og det må ha et rimelig godt utseende. Ingen ting av dette er gratis, og derfor er vi avhengige av at leserne abонnerer på Utposten, selv om det kan leses på internett. Men vi er også avhengige av våre annonser. Utpostens politikk har vært å holde annonsemengden på et lavt nivå; det skal ikke være annonsene en legger mest merke til i bladet.

Når dette leses, har vi allerede vært i Alexandria, for å overlevere en skinninnbundet utgave av denne redaksjonens samlede verker til BIBALEX, det nye verdensbiblioteket. Så kan kommende generasjoner (i hvert fall de som forstår verdensspråket norsk) lese om norsk allmenn- og samfunnsmedisin rundt årtusenskiftet.

Neste nummer lages av en ny redaksjon, som skal utvikle Utposten videre på sin måte. Det er en spennende og utfordrende oppgave. Vi vil ønske dem lykke til.

Torgeir Gilje Lid    Jannike Reymert    Elisabeth Swensen  
Gunnar Strønø    Frode Forland    Erik J. Pedersen    Tone Skjerven

# A Reisen til ALEXANDRIA

AV ELISABETH SWENSEN

FOTO: TORGEIR GILJE LID

>Thank you very much for your kind e-mail of 08.09.2002 regarding your readiness to donate 40 copies (put together in 3 books) of the medical magazine entitled "UTPOSTEN". We, by all means, welcome such a contribution which is a concrete demonstration of the collaboration of the international community to support the BA.

Kindly note the donation will be recognized in the name of your distinguished board.

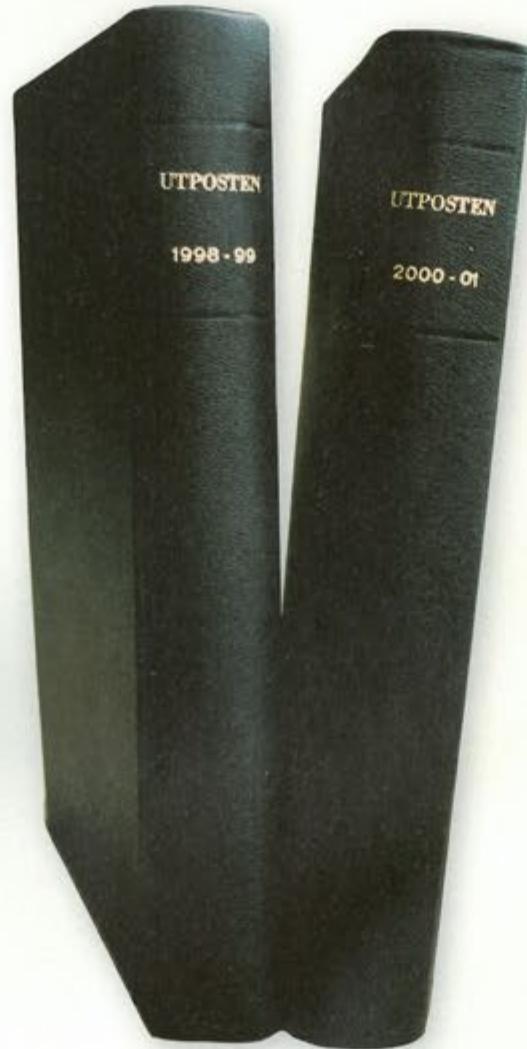
Looking forward to seeing you in Egypt and receiving your generous donation.

With best regards,  
Prof. Youssef Ziedan  
Director of the Manuscripts and Acquisition Departments  
Bibliotheca Alexandrina<

Det var Gunnars idé, jeg synes det er riktig å fortelle det. Gunnar Strømo er medlem av Utpostens redaksjon. «Jeg foreslår at vi donerer Utposten til det nye biblioteket i Alexandria» sa han på vårt nest siste redaksjonsmøte i vår. Vi var samlet på Jøa, i Olav Duuns rike, og tankene var akkurat passe store. Jeg er stolt av å kunne si at ikke ett av redaksjonens (inklusive sekretærens) til sammen seksten øyenbryn løftet seg en millimeter. Redaksjonskollega Erik Jesman Pedersen er en handlingens mann. Han sørget for at bokbinder ble kontaktet. Utposten 1998–2002 i blått kalveskinn med gullskrift var bestillingen. Deretter skrev han til biblioteket som ikke bare aksepterte vår generøse donasjon (se over), men også ønsket oss velkommen til å overrekke gaven in persona. Erik bestilte flybilletter tur-retur Kairo samt plasser på toget mellom Kairo og Alexandria. «De er fort gjort», pleier Utpostenvenn og kollega Ola Lilleholts å si.

## Bibliotheca Alexandrina

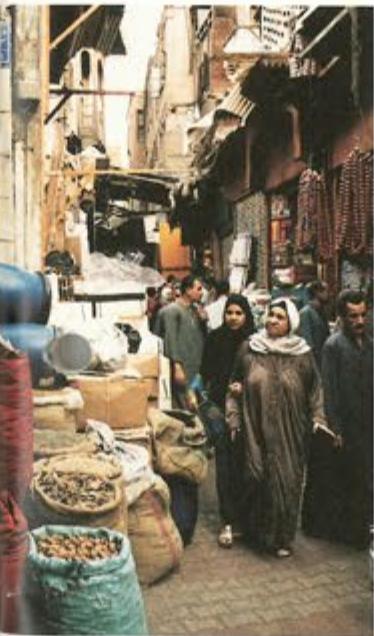
Bibliotheca Alexandrina var biblioteket til antikkens viktigste akademiske institusjon, Mouseion, musenes tempel. Det var ett av oldtidens største underverk i kraft av å være den gamle verdens største senter for kunnskap. Det ble bygget av Ptolemaios I som ble farao av Egypt etter Alexander den Store. Bibliotekets boksamling brant delvis opp i år 48 e.Kr., men biblioteket fortsatte å ha betydning i ytterligere 300 år inntil det ble helt ødelagt i år 391 e.Kr. Biblioteket samlet lærde fra hele verden og dannet kimen til vår tids universiteter.



Det er nå 12 år siden president Mubarak la ned grunnstenen til biblioteket. Han uttalte da at biblioteket var en gave til menneskeheden. Time Magazine kalte gjenåpningen av biblioteket «recreating a jewel». Bibliotheca Alexandrina er verdens største bibliotekbygg og er et internasjonalt samarbeidsprosjekt mellom Egypt, UNESCO, og UNPD (United Nations Development Program). Det har plass til 8 millioner bøker. Selve bygget er tegnet av det norske arkitektfirmaet Snøhetta. Fasaden er dekorert med skrifttegn fra alle tider og språk. (Vi fant Å'en strategisk plassert høy oppe nær hovedinngangen. Redaksjonen gledet seg høylitt. Det er typisk norsk å være norsk.)



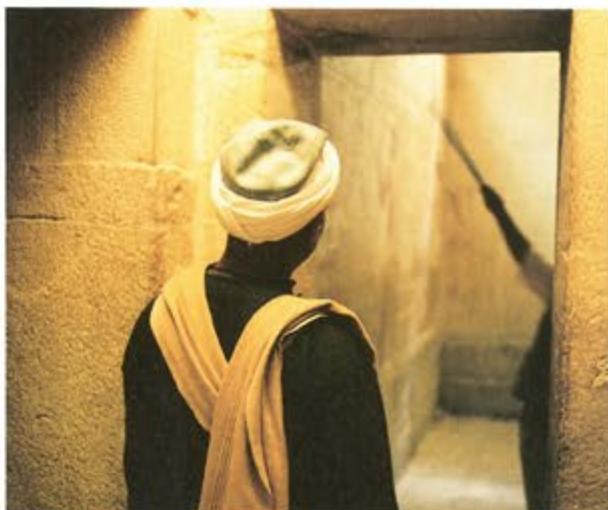
Utpostens redaksjon og sekretariat i Bibalex. F.v. Elisabeth Swensen, Gunnar Strøm, Tone Skjerven, Erik Jesman Pedersen, Tove Rutle, Jan-nike Reymert, Torgeir Gilje Lid og Frode Forland

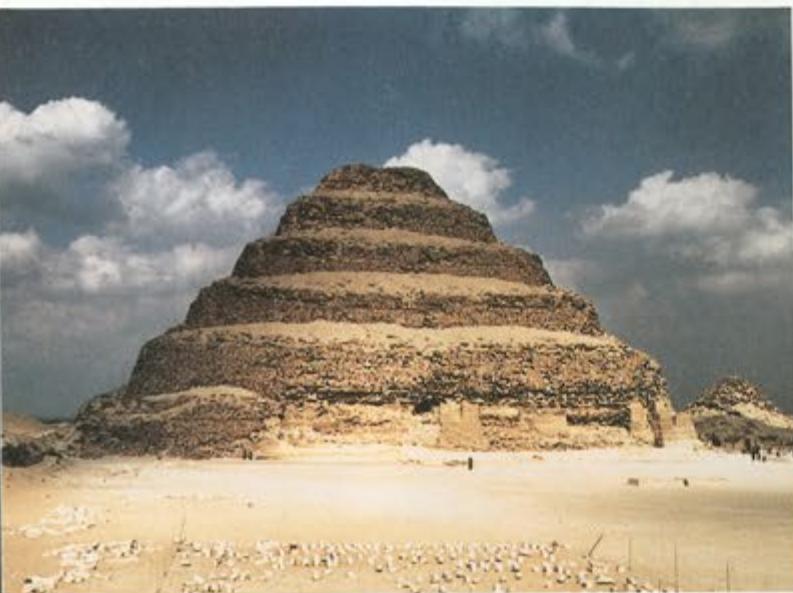


### First we take Cairo

Turen til Alexandria gikk altså via Kairo. Det høres liksom så tilforlatelig ut. «Via Kairo». Kairo er alt annet enn tilforlateelig, og for Utpostens del kan man knapt tenke seg noe fjerne og mindre relevant. Med sine 16 millioner innbyggere (pluss bortimot 8 millioner som pendler inn til byen på dagtid) er den verdens nest største by og en av verdens mest forurensede. I vår globaliserte verden er det stadig flere steder – også fjerntliggende – som er slik at man umiddelbart føler seg litt hjemme eller i det minste klarer å definere noen gjenkjennelige strukturer selv

om man aldri har vært der før. Gjenkjennelsen tjener som en knagg å henge nye observasjoner og opplevelser på. Kairo er blottet for knagger. I en av guidebøkene sto det at Kairo er en «kompromissløs by som utløser to slags følelser hos førstegangs besøkende, enten akutt hjemlengsel eller brutal tiltrekning». Sansene blir bokstavelig talt voldtatt (på godt og vondt, om det er lov å formulere seg slik). Av støy: vanvittige bilhorn, musikk, bønnerop. Lukter: eksos, mat, söt tobakk fra utallige vannpiperøykende menn, og ekskrementer. Synsintrykk: folk i alle tenkelige ut-





*Frode Forland overrekker en hilsen fra statsråd Kristin Clemet til professor Youssef Ziedane*

gaver og tilstander, saueflokker på fortauet, bugnende mørkedsboder med alt som kan kjøpes for penger. Det hele passet inn i – eller snarere presset inn i – en tilsynelatende kaitisk bygningsmasse og brølende trafikkmaskiner. Urbane europeere ser alltid etter parker når de kommer til en by, steder der sjelen og føttene kan få hvile. Kairo har bare Nilen. Nilen er kjølig og rolig med siv langs bredden, selv inne i byen. Der bodde Utposten, på en øy i Nilen, Gezirah. Utposten på øya, det passet godt! Derfra tok vi selvsagt ekskursjoner til pyramidene og andre severdigheter som ikke skal omtales her. Viktigere er det at vi fikk tid til å reflektere over vår periode som redaksjon og forberede både vårt ørend i Egypt og det forestående oppbruddet for denne redaksjonen. Noen ganger må man ta et par skritt tilbake, skape avstand for å se for eksempel et maleri. Slik var det var perfekt å sitte på en øy i Nilen, omgitt av det prinsipielt uggjennomtrengelige Kairo, og tenke på Utposten

### Utposten i Alexandria

Vi tok tog ut til kysten, gjennom det fruktbare, flate Nildeltaet. Alexandria ligger som et perlekjede langs kysten. Den er også en storby med sine 5 millioner innbyggere, men har ikke Kairos kompakte intensitet. Alexandria bærer preg av å ha vært en verdensby med ansiktet vendt mot Europa. I resepsjonen på Hotel Cecil er den britiske atmosfæren bevarert. Man sitter veloppdraget innrammet av mørkt treverk og kremgule tekstiler mens man nipper til en gin&tonic. Men det er en illusjon. Ramadan innledes mens vi er der. Ingen tvil om at vi er blant muslimer. På radioen opplyser de om økt trafikkfare på ettermiddagen rett før solnedgang, når alle sjåførene har lavt blodsukker og er sultne og sinte.

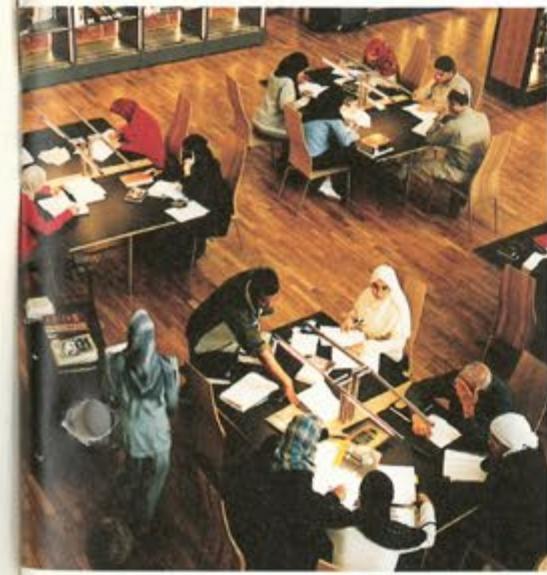


(«Økt trafikkfare» har for lengst mistet sin betydning. Nær-doden-opplevelse er en objektiv beskrivelse av en helt vanlig egyptisk drosjetur. Prinsippet er å stoppe inn så mange passasjerer det er plass til i verdens dårligste, skitneste, mest bulkete bil før sjåføren kaster seg ut i trafikken – uten lys, med til gjengjeld med kassettspiller – i åpen konkurranse med de andre på vegen.) Når solen går ned er det mat og fest. Utposten blir invitert til bords over alt. Det er som på bygdene hjemme, i alle fall før i tiden. Gjestfrihet er gjenkjennelig!

På formiddagen 7. november ankom vi biblioteket med Utposten under armen og introduksjonsbrev fra utdannings- og forskningsminister Kristin Clemet på innerlomma. Torgeir Gilje Lid var delegasjonsleder og hadde regien på vårt program. Frode Forland hadde dessuten med hilsen fra sosial- og helsedirektør Bjørn Inge Larsen. Vi ble tatt vel imot og fikk tid til å orientere professoren og hans sekretær om Utposten i tillegg til de formelle hilsningene. Deretter fikk vi en omvisning i biblioteket. Det er allerede mye brukt, særlig gjorde de flittige unge jentene bøyd over bokene inntrykk.

Med dette er Utposten innlemmet og registrert i verdensbiblioteket, «symbolet på verdens samlede kunnskap». Utposten produserer og formidler en medisinsk kunnskap som er unik – erfaringer fra praksis fortolket og forstått innenfor den vitenskapelige tradisjonen vi står i.

Utpostens reise til Alexandria var vår måte å hedre det gjenåpnede biblioteket på, samtidig en verdig og passende markering av Utpostens 30-årsjubileum.



# Det kostar å drive krambu

VED FRODE FORLAND

**Klede skapar folk, heiter det i eit ordtak. Det er ikkje berre det at ein ser annleis ut i fine klede, på eit vis kjenner ein seg og annleis, og truleg opptrer ein ulikt etter korleis ein kler seg. På same vis har eg tenkt at den måten legen får betalt for sitt arbeid, påverkar korleis han opptrer, kva prøver som blir bestilte, kor lang tid han brukar på pasientane og kanskje også korleis han kjenner seg. Betalingsordning skapar praksisprofil, var min hypotese.**

To metodar har eg brukt for å prøve denne hypotesen.

Først å samanstille det som finns av vitskaplege artiklar om dette emne i verds litteraturen – altså lage ein Cochrane – oversikt for å prøve å finne ut kva andre har funne ut før om denne problemstillinga. Ideen bak ein Cochrane – oversikt er at ein ved omfattande litteratursøk, eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier for studiar som skal inngå i oversikten, og til slutt ved kritisk vurdering av dei, kan finne fram til den beste tilgjengelege kunnskapen om det aktuelle emne. Altså bruk av ein mest mogleg objektiv metode med strenge krav til forskingsdesign og vitskapleg stringens for å finne svar.

Metode nummer to var å gjennomføre eit eksperiment, som mange norske legar har gjort dei seinaste åra, nemleg å gå over frå arbeid i eit fastlönssystem til arbeid i eit stykkpris/ fastlege-system. Eg ville samanlikne min eigen praksisprofil ved arbeid som lege i to ulike avlønningsordningar. Altså ei særdeles subjektiv vurdering av kvalitativ art, med  $n = 1$ , meg sjølv.

Mange har sagt mykje om dette før – og for eitt år sidan vart som kjent heile betalingssystemet for norsk allmennmedisin lagt om. Men kva visste vi om effektar av dette på legars praksis? To nyskjerrige, Ivar Sønbø Kristiansen og underteikna spurde vårt dåverande departement SHD i god tid før omlegginga kva dei visste om effekten av ei slik endring for legars praksisprofil. Ville kvaliteten bli betre, ville ordninga generere meir kostnader, ville legane bli meir nøgde? Dette veit vi lite om i internasjonal samanheng, var svaret, men vi har gjort ein del erfaringar frå dei fire forsøkskommunane – Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Årnes. (1,2,3) Men SHD var interessert i å få vite meir, difor fekk vi litt midlar til å gjennomføre ein systematisk oversikt over temaet.

## Metode

### DEL 1

Vi tilbaud oss å saumfare verds litteraturen på området, og meldte inn spørsmålet til Cochrane- gruppa som ser på kva som påverkar legars adferd. (CE-POC – Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group). Vi blei då sette i kontakt med ei forskargruppe i Manchester og Leeds som hadde meldt inn interesse for same problemstilling. Dette var spennande – fem andre nyskjerrige i England var opptatte av nett same problemstilling! Her kunne vi samarbeide. Etter ein del telefon- og e-post kontakt, møttest vi i Manchester for å bli samde om ein felles protokoll for prosjektet. Dei fleste var tilknytt Manchester Primary Health Care Research Unit, og fleire hadde helseøkonomi som sitt spesial-

felt. I tillegg til dei spørsmåla vi kom med, vart problemstillinga utvida til også å gjelde effekten av bruk av målretta takstar, for å påverke legeadferd. Vi ønskete å sjå på studiar som vurderte effekten av ulike avlønninga for legar definert etter følgjande variablar: fast løn, stykkpris, per capita betaling eller kombinasjonar av desse. Vi var interesserte i utfall som henvisningsrutiner, antall pasientar per dag, forskrivningsrutiner, sjukemeldingar, innleggingar i sjukehus og trivsel for legen mm.

Kort fortalt fordelte vi så arbeidet mellom gruppene i Norge og England. Vi fekk profesjonell bibliotekarhjelp og søkte alle aktuelle databasar for tre typar studiar, randomiserte kontrollerte forøk, tidsseriar og kontrollerte før- og etter-studiar. Studiar med anna design blei utelukka etter råd frå Cochrane-redakørane. For fulltekst oversikt over metode, resultat og referansar viser eg Cochrane-biblioteket og ein artikkel i Journal of Health Service Research. (4,5,6)

#### DEL II

Sjølv etter å ha laga ein systematisk oversikt over litteraturtilfanget for den aktuelle problemstillinga, kjende eg at vi ikkje hadde fått eit fullgoda svar på spørsmåla våre. Mange studiar måtte forkastast i arbeidet med litteraturgjennomgangen, helst pga for därlege metodar, manglante kontrollgrupper, manglante oppfølging av inkluderte forsøkspersonar, eller ofte pga at studiane ikkje skildra kva metodar som var brukte.

Motstykket til generalisering gjennom store studiar og mange inkluderte, er på eit vis den subjektive erfaring for den enkelte. Kva kunne denne vere verdt i ein slik samanheng? Eg tillet meg difor å kalle dette siste eit eksperiment med meg sjølv som forsøksperson. Forsøkspersonen har arbeidd i om lag 9 år som kommunelege i Vest-Telemark på fast løn. Han er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, og har sidan 1995 i hovudsak arbeidd i det statlege helsebyråkratiet, men han har hatt ein del legevakter og kortare vikariat ved ulike bydelslegekontor i Oslo. Våren 2001 var han igjen ute i allmennpraksis som vikar i eit halvt år ved eit legekontor i Oslo. Han visste ikkje at dette var eit eksperiment korkje då han arbeidde i Telemark eller i Oslo, og den



ILLUSTRASJONSFOTO

som leia eksperimentet visste heller ikkje kven forsøkspersonen var, såleis kan designet for dette eksperimentet seiast å vere ein dobbelt blind retrospektiv før- og etter studie utan kontroll!

### Kva fann vi med Cochrane-metoden?



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

Å få tak i – og saumfare alt som er skrive i verda om eitt tema er ikkje lett. Det er det ambisiøse målet til dei som lagar og vedlikeheld systematiske oversikter i Cochrane-nettverket. Når ein søker i bibliografiske basar opnar ein først opp søket med mange aktuelle og beslektta søkeord og mesh-termer for å vere sikker på at ein får med seg «alt». Neste runde vert å avgrense søket ut frå dei treff ein først har gjort, for å få tak i det som er relevant når det gjeld innhald og det som er av god nok kvalitet når det gjeld metode. Dette er bibliotekfagleg spesialarbeid, viktig og ofte undervurdert. (Gjennomgang av det som er gjort før, burde vere eit obligatorisk krav før ein startar opp nye studiar med offentleg finansiering).

Vi fann om lag 5000 studiar som kunne vere aktuelle i første runde, etter siling på innhald og metodar, sat att med ca 350 studiar som vi framskaffa i fulltekst. Gjennomgang av desse med kritisk blikk gjorde at vi så sat att med ca 30 artiklar som verka å vere aktuelle innhaldsmessig. Etter å vurdert dei kritisk etter våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, fann vi berre 6 aktuelle artiklar som kunne innlemmast i vår oversikt. To artiklar refererte frå same undersøking som to andre. Vi sat altså att med totalt 4 studiar som innhaldsmessig og metodisk heldt mål.

- Vår hovudkonklusjon i oversikten blei såleis at det er få gode studiar som kastar lys over den aktuelle problemstillinga. Nokre samanhengar kunne vi likevel gje retning om:
- Dei som arbeider med stykkpris har høgare turnover (ser fleire pasientar pr dag) enn dei som arbeider på fastløn eller med per capita-avlønnning
  - Dei som har stykkprisfinansiering har større kontinuitet og flere kontrollar i behandlingforløpet enn dei som er på fastløn eller som har per capita-avlønnning
  - Pasientane er meir nøgde med tilgjengeligheten for legar på fastløn enn på stykkpris
  - Legar på stykkprisfinansiering henviser fleire til spesialist og andre utredningar, men færre til sjukehusinnlegging samanlikna med legar som har per capita-avlønnning

Dei fire inkluderte studiane omfatta 640 primærlegar. Det var betydeleg variasjon i setting og utfallsmål for studiane

og langtidseffektane er usikre. Vi fann ingen dokumentasjon som kunne seie noko om helsetilstanden til pasientane sett i forhold til legar i ulike avlønningsystem.

Oppdatering av den systematiske oversikten skjer i desse dagar, og har tilført lite nytt.

### Kva fann vi med eksperiment-metoden?

Det store spørsmålet som reiste seg var kva data kunne eg finne tak i – frå før og etter introduksjon av nytt betalings-system, når eg no sit over eitt år etter den siste eksperiment-perioden og skal skrive dette? Mitt arbeid som kommunelege i Telemark var i stor grad frå før datajournalen si tid. Tida til å leite gjennom gamle hand- og maskinskrivne journalnotat var avgrensa. Timebøkene lagra vi lenge. Ein telefon til Telemark, «jau dei ligg godt lagra i låst skap.» Eg starta ut med timeboka frå 1995. Winmed var datasystemet frå legekontoret i Oslo. Her var det greitt å ta ut rapportar både om sjukmeldingsdiagnose, reseptforskrivingar, og eg fekk god oversikt over pasient-turnover i forhold til ulike kontaktformer og økonomi i praksisen.

Eitt av dei store og vanskelege metodiske spørsmåla vi måtte vurdere i samband med Cochrane-oversikten var i kor stor grad ein kunne generalisere ut frå resultata i dei studiane vi fann. Det er ein kjent kritikk mot systematiske oversikter at ein blanda epler og pærer og konkluderer som om det var plommer. Var det i det heile tatt mogleg å samanlikne funn frå ein landsens praksis i Telemark med ein travel bypraksis i Oslo. Kritisk kunne ein hevde at den einaste relativt stabile variabel var forsøkspersonen og at eg begge stader jobba i ein tolegepraksis.

Med dei følgjande ulike faktorane kjente, ville eg likevel sjå om det var noko ein kunne isolere som moglege effektar av avlønningsordning:

Telemark	Oslo
Relativt god legedekning ca 1000 pr lege	Stor pasientpopulasjon ca 2000 pr lege
Lange avstandar til lege	Kort veg til lege
Lang veg til sjukhus	Kort veg til sjukhus
Ikkje apotek i kommunen	Mange apotek i kommunen
Normal alderspopulasjon	Bydel med mange eldre
Kjente dei fleste pasientane	Kjente ikkje dei fleste pasientane
Fastlønssystem	Stykkipris/ fastlegeordning

### Kva fekk eg ut av å samanlikne registreringar?

Det var ikkje så mykje å få ut av dei enkle registreringane som kunne gjerast utan å gå djupare inn i journalmaterialet. Men ut frå timebøkene i Telemark og registreringane i Winmed i Oslo, kan følgjande oppsummerast:

**Pasientar etter kontaktform**

	Konsultasjon	Enkel pasientkontakt	Sjukebesøk	N	Dagar
<b>Telemark</b>	640–67,7%	290–30,7%	15–1,5%	945	53
Pasienter pr dag	12	5,5	0,3		
<b>Oslo</b>	1976–81%	461–18%	8–0,3%	2445	96
Pasienter pr dag	21	4,8	0,01		

Registreringa frå Telemark er gjort våren 1995. Registreringa frå Oslo er gjort våren 2001.

Telefonkontakt og øyeblikkleg hjelp knytta til legevaktsarbeid er ikkje med i denne registreringa. I Telemark var det avsett ein time midt på dagen til telefonkonsultasjonar. I Oslo vart pasientar i hovudsak oppringt etter at dagen var til ende.

Det er tre hovudtrendar i denne samanlikninga:

1. Eg såg færre pasientar dagleg då eg arbeidde på fast løn. Kanskje skuldast dette mest at det var færre pasientar knytta til praksisen, og at den daglege tida avsett til pasientkonsultasjonar var noko kortare i Telemark. Truleg var tanken på dagsoppgjøret ein stimulans til å sjå fleire pasientar i min Oslopraksis.
2. Det var ein markant mindre andel enkle pasientkonsultasjonar i min stykkprispraksis. I begge praksisane var det kompetent hjelpepersonell i omlag same stilningsprosent. Det er rimeleg å tru at det kan vere økonomske årsaker som er grunnen til dette.
3. Det var færre avtalte sjukebesøk i kontortida i stykkprispraksisen enn der eg jobba på fastløn. Det kan vere lokal tradisjon og rutiner for organisering som påverkar dette, men igjen er det rimeleg å tru at denne skilnaden også kan ha med betalingsordning å gjøre.

**Kva kjende eg på kroppen?**

Eg tillet meg også eit avsnitt der eg meir ope og utan tal og anna registrering prøver å reflektere over korleis dei ulike betalingssistema påverka meg og mitt arbeid som allmennlege

Eg reknar meg som ein normalt ansvarsmedviten og rettskaffen borgar. Eg har ikkje valt legeyrket primært ut frå ynskje om å tene mykje pengar, men heller ut frå faglege og idealistiske årsaker. Mi drivkraft og min inspirasjon i allmennpraksis har vore å kunne vere til hjelp for dei som kjem inn døra og legg sine store og små problem fram for

meg i tillit. Eg startar med denne innleiinga fordi eg merka at det å arbeide med eit taksthefte oppslått på pulten, eit pengeskrin i skuffa på kontoret og oppgjer med hundrelappar i handa mange gonger i timen påverka meg som lege. Kanskje er dette berre ein nybegynnars effekt? Kanskje er det slik at ein best kan setje ord på endringane når dei er ferske?

Som det går fram av registreringane over, såg eg mange fleire pasientar dagleg i mitt arbeid i Oslo enn eg gjorde i Telemark. Eg henviste og prosentvis fleire vidare til utredningar og undersøkingar i Oslo, mest fordi tilboda var lettare tilgjengelege, avstandane korte og ønskje om spesialistvurdering meir uttalt enn i Telemark. Det blei t.d. stadig reklamert om time på dagen på Rtg og CT frå dei private Rtg-instituttene. Det blei gjort mykje mindre småkirurgi og undersøkingar som rectoscopi, endocyt, biopsiar og glucoselastning. Eg hadde hyppigare kontrollar for kronisk sjuke og blodtrykkspasientar mm. I stor grad gjekk eg inn i den opparbeidde praksisprofilen der eg vikarierte og tilpassa mi arbeidsform til dei lokale systema og rutinene etter beste evne.

Spørsmål som eg stiller meg når eg i ettertid samanliknar min arbeidsform er; kor jobba eg mest, kor jobba eg best – uavhengig av kor eg såg flest?

Alle har ein liten grønn ein som sit bak øyre og tel pengar sa min tidlegare sjef. Og eg kjente at han klødde meg godt, og hadde nok å gjøre der bak øyre. Det hendte at når konsultasjonen blei avslutta etter 19 min, så let eg taksumeteret gå ei lita stund til – så var det plutselig 120 til i kassa. Det var vel knapt alle tympanometrimålingane som var strengt talt indiserte – eg kunne nok ha klart meg med Ziglers trakt eller eit blikk stundom. Kva med andre takstgenererande prosedyrer? Når skulle det førast eigen takst for samtale for medfølgjande pårørande? Alle trygdeskjema soim eg før oppfatta som tungt papirarbeid og alltid låg på etterskot med, fekk brått ein ny verdi – nemleg pengeverdi. Sjukmelding 2 var jo reine gullgruva, med journalopplysningar på plass tok det knappe 10 min å fylle inn. Var eg effektiv, kunne dette gjerne gjerast medan pasienten var der og betalte sitt

for konsultasjonen, og eg fekk i tillegg 480 kr for skjemaet. Trygdekontoret er nok nøgd med alle skjema dei får, men kor mykje av det som blei fylt inn og sendt av garde var nødvendige opplysningar for kontroll, rehabilitering og trygdeoppgjer? Telefon og post var viktige arbeidsreiskap i Telemark. I Oslo var telefontida knapp, og flest mogleg blei slusa inn til ein kort øhj. konsultasjon om dei hadde behov for å snakke med lege. Terskelen for å undersøke barn skal vere låg, men ofte kunne gode råd på telefonen gjort nyttent, men det ga dårleg utteljing økonomisk. Lettast var det å få folk innom kjapt på hausten når dei allereie hadde fått frikort. For småting var «Hent i luka» ein sikrare måte å få inn pengar på enn tilsendt giro.

### Kven tapar og kven vinn?

Vi har fått eit system der alle er nøgd – både legen, pasienten, trygdeverket og politikarane. Legen tener godt (eg meir enn dobla løna) og har kontroll over eigen arbeidssituasjon, pasientane kjem fort til lege og blir gjerne tatt inn også utanom tur til ein kjapp konsultasjon når dei mårte ønske det, og dei får raskt henvisningar vidare i eit system med etterkvart god kapasitet på mange støttefunksjonar. Trygda er nøgd så lenge dei får sine skjema i tide og politikarane kallar fastlegereformen ein suksess fordi antall ubesette legeheimlar har gått ned.

Dette kunne sjå ut som det mest effektive vinn-vinn spelet i helsetenesta på lenge. Finst det ingen svarteper i dette spelet?

Slik eg ser det, stimulerer dagens ordning til:

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrer og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringer
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelp og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

### Sluttord

I denne artikkelen har eg prøvd å gripe tak i eit problem med to ulike verkemiddel, først ved hjelp av ein systematisk litteratuoversikt, så ved hjelp av observasjon og refleksjon over eigen praksis. Etter mitt syn bør ein så langt som mogleg legge

systematiske oversikter til grunn for beslutningar i helsetenesta. I det aktuelle spørsmålet om korleis betalingsordning påverkar praksis, ga ikkje desse studiane eit fullgodt svar. I alle høve må den kunnskapen ein får fram på denne måten nøyne vurderast i forhold til den røyndomen der den skal brukast, inn mot dei miljø og dei lokale forhold som ikkje er generaliserbare. For å kunne vurdere nyttent av oppsummert kunnskap må ein kjenne praksisfeltet der kunnskapen skal nyttast, og ein må skjonne når også meir lokalt generert kunnskap er gyldig og nødvendig for å fatte rett beslutning.

Etter mi vurdering gjorde eg truleg ein like god jobb som allmennlege i Telemark som i Oslo. Eg såg færre pasientar dagleg, eg genererte færre kostnader i andre ledd. Eg tente mindre og ga pasientane meir tid. Eg hadde høve til eit tett samarbeid med helsestasjon og heimetenester og hadde regelmessige møter med trygdekontoret.

Trass i suksess for fastlegeordninga og mangel på gode studiar om effekt av betalingsordning for legar, er det min påstand basert på ettertankens refleksjon at ordninga er dyr for samfunnet, den set legane på harde etiske utfordringar og den støttar ikkje godt opp under tanken om at folk flest kan ta best vare på ei eiga helse.

Svarteper sit vi sjølv at med både som skattebetalarar og som brukarar av helsetenestene – og ekstrakostnadene er spreidde så tynt utover både på privatpersonar og offentlege institusjonar, at dei vert vanskeleg å oppdage. Fastlegeordninga er etter mitt syn i utgangspunktet god. Det synest og å vere politisk vilje til å betale for ei god primærlegeordning. Det er bra. Eg har peika på nokre område der eg meiner det skjer overforbruk og manglande ressursutnytting i dag. Ordninga er ikkje statisk, den er under løpende evaluering. Det er mi tru at ein kan justere på mange av dei variablane som i dag gjer at økonomien i stor grad styrer praksis.

### Referansar:

1. Heen, Hanne, Elin Johnsen, Tone Opdahl Mo, Hilde Lurås (1996): Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo. AFIs rapportserie 2/96.
2. Grimsmo, Anders (1995): Innføring av fastlegeordning i små kommuner? En utredning av legetjenesten i små kommuner i lys av behovet for en fastlegeordning. Samfunnsmedisinsk forskningscenter Surnadal, Universitetet i Trondheim. Rapport 15.11.95.
3. Stortingsmelding nr. 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Sosial- og helsedepartementet.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. In Cochrane Library, Issue 3, 2002, Oxford: Update Software.
5. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2001 Jan;6(1):44-55. Review.
6. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. In Cochrane Library, Issue 3, 2002, Oxford: Update Software



*I forrige nummer av Utposten hadde vi religion og medisin som tema. Vi følger her opp med intervju med en sykehusprest.*

# I «Urørlighetsonen»

*Intervju med sykehusprest Inger Ma Bjønnes*

AV TONE SKJERVEN

Inger Ma Bjønnes er utdannet teolog og ordinert til prest i Den Norske kirke. Etter å ha vært menighetsprest i 10 år i Oslo, har hun nå arbeidet 5 år ved Modum Bads Nervesanatorium (MBN) som sykehusprest og sjælesørger. Hun har også vært ansatt i Det Norske Misjonsselskap i 5 år. Ved siden av jobben ved MBN tar hun for tiden veilederutdanning innen pastoral klinisk utdanning (PKU).

*Hva var det som fikk deg til å begynne som sykehusprest?*

I mitt virke som menighetsprest hadde jeg mange samtaler med mennesker som var i en vanskelig livssituasjon, mennesker i krise i forhold til sine relasjoner, i forhold til selvbielde og følelsesliv, i konflikt mellom tvil og tro. Ikke minst opplevde jeg at folk hadde behov for samtaler framfor overgangsritene, dåp, konfirmasjon, bryllup og begravelse. Mitt inntrykk var at mange slet med eksistensielle spørsmål og at det noen ganger førte til sykdom. Prestekontoret var åpent daglig, ofte var det lettere å ta kontakt med prest enn med lege. På en måte drev jeg en slags prestelig allmennpraksis, og gjennom dette oppstod ønsket om å lære mer om sjælesorg.

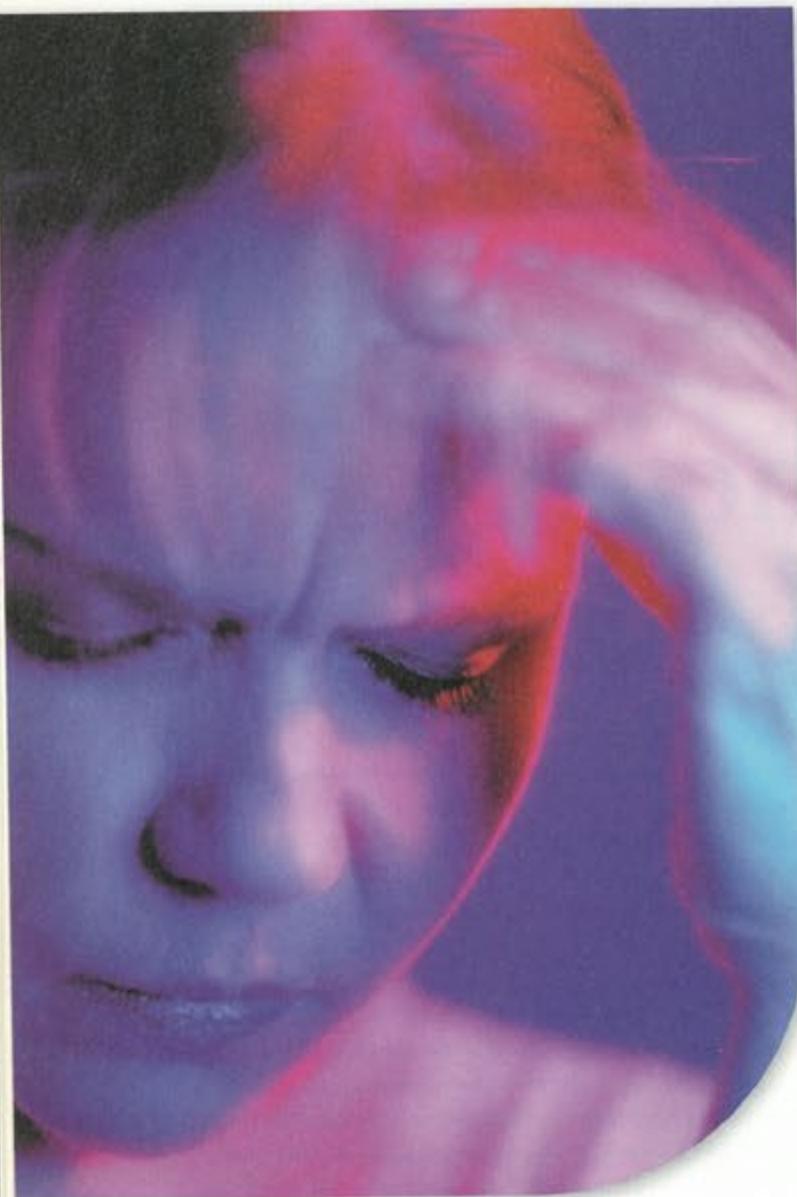
Vet forresten legene at mange menigheter har et aktivt diaconat? Mange driver aktivt med sorggrupper, eldretreff,

sosiale aktiviteter som turer etc. Kanskje det går an for legene å tenke at menigheten kan være en ressurs som de kan spille på i noen sammenhenger?

*Hva er sjælesorg?*

Institusjonelt hører sjælesorgen til kirkens tjeneste for mennesker i nød. Her skal alle kunne komme for å snakke med presten om det som ligger dem på hjertet. Det er mange likheter mellom sjælesorg og terapi. Begge har samtaLEN som arbeidsredskap, og relasjonen er forutsetningen for både terapi og sjælesorg. I motsetning til terapirommet som skal være nøytralt, vil man i sjælesorgens rom vite at man snakker med en som tror, ber og feirer gudstjeneste. Man møter presten som symbolbærer for tro, kirke og Gud.





ILLUSTASJONSPOTO

*Hvilke problemstillinger møter du hos pasientene?*

Oftre er det problemstillinger som omhandler tvil og tro. Noen har vanskelige erfaringer fra kristne miljøer som de trenger å jobbe med og bearbeide. Oftre er dette mennesker som har opplevd grenseoverskridende aferd eller har vært utsatt for krenkelser fra autoritetspersoner eller andre som har brukte Bibelen som «falsk legitimasjon». Noen har for eksempel opplevd en oppvekst hvor budet «Du skal hedre din far og din mor» har blitt brukt som en autoritet det ikke nytter å si eller gjøre imot.

Sorg og sorgbearbeiding er også noe jeg arbeider mye med. Oftre er det ikke tid i terapien til å gi dette en fullgod oppfølging, og jeg kan supplere terapeutene på sykehuset med å arbeide fokusert med dette. Oftre vil det da også komme

opp eksistensielle tema som spørsmålet om mening, identitet og selvbilde, gudsbilder og forestillinger om hvordan Gud er. Mange har en opplevelse eller følelse av ikke å være bra nok for Gud og frykter Guds straff. Det hender fremdeles at folk tror at deres sykdom er Guds straffedom for noe de selv har tolket som synd.

Mange lurer på hva man kan tillate seg overfor Gud og mennesker, om det er lov å kjenne eller uttrykke vrede, misunnelse, hat og hevn. Det er nok slik at visse følelser er blitt og blir kriminalisert i visse kristne miljøer. Med bakgrunn i troen på Gud som skaper, er det slik for meg at hele følelsesregisteret er gitt oss av Gud, det hører med til skapelsen. Vi må da forstå de negative følelsene og legitimere og akseptere dem som rimelige i forhold til det folk har vært utsatt for. La meg samtidig presisere at det ikke nødvendigvis legitimerer handlinger utført i negativ affekt. Det handler altså om forholdet mellom ideal og virkelighet for et menneske som ønsker å være kristen og hvor mye en «må» for å være en kristen.

*Hva er ditt inntrykk av hyppigheten av tros- og religiøs problematikk hos psykiatriske pasienter?*

En undersøkelse fra USA som jeg har fått referert viste at det var høy prosentandel av religiøsitet hos psykiatriske pasienter mens det var lav prosentandel av dette hos behandlingspersonalet. Generelt tror jeg at det å bli psykisk syk, og spesielt det å bli innlagt på psykiatrisk sykehus, fører til at man får opp mange eksistensielle spørsmål. Er Gud med i dette som nå skjer med meg, hvor er Gud, har Gud forlatt meg? På Modum Bad, som jo er noe spesielt i så måte siden det har et kristent/diakonalt grunnlag, har mer enn 50% av pasientene på et avsnitt bedt om sjælesorg i tillegg til terapi. Behovet for sjælesorg, erkjent eller ikke, varierer med pasientgruppene. Det omtalte avsnittet arbeider med mennesker med depresjon og angst, lettere personlighetsforstyrrelser og sorgproblematikk.

*Ber du for pasientene?*

Ja, men i en sjælesorgsammenheng er det viktig at vi samtalere om hvordan de tenker om at Gud kan gripe inn i deres situasjon. En del har erfart en forkynnelse som sier at bare du ber og tror nok, vil Gud gi helbredelse. Oftre kan vi be om at pasienten skal få mot til å arbeide med det de trenger og våge å tro at Gud er med dem der de er. Et sorgarbeid kan av og til avsluttes med en seremoni i kirken, en minnestund for avdøde som pasient og prest har laget sammen.

*Er det noen grunn til at allmennpraktikeren skal ta opp tros-spørsmål med sine pasienter?*

Jeg er mest opptatt av at legen er observant i forhold til tema som kan være berørt av tro og religiøsitet. I forbindelse med

sorg og tap, eller for den del alvorlig sykdom, vil det kanskje være godt for pasienten om legen stilte spørsmål som «Har du noen gang tenkt på Gud i dette», eller andre formuleringer som kan bringe slike tanker og forestillinger opp. Min erfaring er for eksempel at tro påvirker et menneskes psykiske helse og vice versa. Den deprimerte blir oppattet av dom og fortapelse. Hvis man begynner å lure på om man er forutbestemt til å gå fortapt, eller om man har syndet mot Den hellige ånd, kan dette være tegn på depresjon. Motsatt tror jeg det finnes kristen tro som provoserer fram depresjon og angst. For eksempel kan man spørre seg hva en tro som påtvinges en, som vi kan se i visse sekter, gjør med et menneskes psykiske ve og vel.

Jeg har truffet mennesker som sliter slik med skyld og skamproblematikk at det går på helsa løs. Dere vet bedre enn meg hvilke symptomer man får av å gruble for mye, men jeg synes jeg har sett at f.eks høye etiske/moralske idealer som ikke lar seg forene med virkeligheten, kan slå ut i smerteproblematikk som f.eks nakkevondt og andre vondter. Skyld og skamfølelse som skyldes at man erfarer en «pekefinger-gud», «revisorgud» eller «domsgud» som tordner mot alt som ikke er fullkommen, kan hos den enkelte gi seg utslag i angst, depresjon og psykosomatiske plager.

Et annet eksempel er uforløst sorg. Jeg har truffet mennesker som for en del år tilbake ble tildelt Vivaltabletter for å komme seg gjennom sjokket og ikke siden har fått hjelp til å bearbeide sin sorg. Folk ble engstelige hvis det ble for mye følelser, og de ble holdt nede. I en ny krise kan gammelt ubearbeidet stoff forsterke reaksjonen og skape store problemer som kan slå ut i både vondter og psykiske reaksjoner.

#### *Er det noe du spesielt vil meddele Utpostlegene?*

Når vi går inn i tema som berører sykdom og tro, beveger vi oss inn i det området som den danske teologen Løgstrup kaller «urørlighetssonen». Ethvert menneske har en slik sone som vi skal ha dyp respekt for, og for å fortsette med Løgstrup; når vi trer inn i denne sonen holder vi alltid en del av dette menneskets liv i våre hender. Vi må ha respekt for personens integritet og bevege oss med varsomhet slik at han ikke blir invadert når vi er på innsiden av urørlighetssonen. Det er viktig å vite når man krysser grensen, og at man velger sine ord og handlinger ut fra dette ståstedet.

Til slutt vil jeg bare understreke viktigheten av at legen prøver å se mennesket som en helhet til tross for tidspress og fulle venteværelser. Mennesket med kroppen sin er også et åndsvesen som kan oppleve både åndelig og sjælelig smerte.

AstraZeneca

AstraZeneca AS  
Hoffsveien 70 B  
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO  
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01  
[www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)



# Samtale om samfunnsmedisin

*Med utgangspunkt i en samtale og senere en nettsamtale – bringer Utposten disse betraktingene om samfunnsmedisin til tørs.*

Bakgrunnen for dette er at Hans Ånstad hadde en samtale med Ole Berg, referatet ble sendt til Even Flåtten og Frank Andersen på e-post, og videre til undertegnede med flere (deriblant Ernst Horgen) fra Marit Rognerud (leder i fagutvalget i OLL). Tilbake kom det med kommentarer til Ola Jøsendal (leder i OLL) fra Ernst Horgen. Min tanke var at dette er en sentral samtale om veien videre for den samfunnsmedisinske spesialiteten. Først følger altså Hans Ånstad (tidl. avdelingsdirektør i Helsedepartementet) sin innledning, så hans referat fra samtalen med Ole Berg (leder for Senter for helseadministrasjon) og til slutt en kommentar på dette fra Ernst Horgen (kommunelege i Fedje).

Frode Forland

I forbindelse med budsjettbehandlingen høsten 2001 gjorde Stortinget et såkalt romertallsvedtak der det ble bedt om at Regjeringen foretar «– en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagområdene, både hva angår fagutviklingen og rekrutteringen til disse, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.»

Regjeringens «verktøy» i denne sammenheng er Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legef ordeling, som ble opprettet etter stortingsbehandlingaen av St. meld. nr. 24 (1996–97) Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Sekretariatet for Rådet, Avdeling for personell i Sosial- og helsedirektoratet, har engasjert meg for å jobbe med den gjennomgangen som Stortinget har etterlyst. Dette arbeidet gjøres i nær kontakt med kommunelege Frank Andersen i Søgne, som samarbeider med en gruppe oppnevnt av Oll.

Som et ledd i arbeidet med denne saken hadde jeg en samtale med Ole Berg – den 24.06.02. Jeg har satt på papiret litt av det jeg fikk ut av denne samtalen, til bruk for sekretariatet. Dette er ikke et referat i den forstand at Ole Berg hefter for utsagn han er tillagt. (Han er dog orientert om at dette publiseres).

Redaksjonen i Utposten har bedt om å få trykke denne oppsummeringen fordi Ole Berg peker på en rekke forhold som redaksjonen mener bør ha interesse for leserne. Hans Ånstad

## Om spesialitet i samfunnsmedisin

Ole Berg understreket sterkt behovet for en spesialitet i samfunnsmedisin, et behov som har blitt betydelig forsterket i og med det som har skjedd av reformer i det siste. Han var naturlig nok spesielt opptatt av sykehusreformen, og understreket behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i helseforetakene:

- Nødvendig fordi ledelsen i foretakene må ha kompetente råd fra leger som har gjennomgått en systematisk utdanning som særlig vektlegger medisinsk ledelse.
- Disse rådene må baseres på informasjon om både samfunnet i foretakets omgivelser, om helseproblemer i nedslagsfeltet, og om hvordan helseforetakets tjenester virker.
- Rådene må bidra som grunnlag for planlegging og beslutninger når det gjelder helseforetakets tjenester, bl. a. dimensjonering og samordning med kommunenes helse-tjenester.
- Planlegging må også omfatte budsjettarbeid og dermed behov for kunnskap innenfor helseøkonomi.
- Driften av helseforetakene vil også kreve samfunnsmedisinsk ekspertise, igjen med vekt på medisinsk ledelse.

## Om den «gamle» spesialiteten

Ole Berg hadde ikke mye til overs for det som han kalte «den gamle spesialiteten». Den er en lapskaus av en rekke fag som dels er overtatt av andre yrkesgrupper, og dels ikke lenger er i den grad relevante som de en gang var. Kort sagt, dette er den døde hesten.

Han utdypet dette spesielt i forhold til miljømedisin som et eksempel på at andre har overtatt, og gjør jobben godt nok. Likevel var han nok litt inne på at dersom man inklu-

derer sosiale miljøfaktorer i miljømedisinen, så er det likevel mye u gjort, og da i relasjon til mentale lidelser.

I denne sammenheng nevnte han at skolehelsetjenesten i sin «gamle» utforming ikke lenger fyller et behov og at det derfor er gode grunner til å se nærmere på hva det faglige innholdet bør være. Her understreket han at behovene i skolen er klart til stede, men disse behovene må ta utgangspunkt i dagens problemer både i skolen, i arbeidslivet og i samfunnet forøvrig, har karakter av å være knyttet til relasjoner mellom mennesker. Mobbing er jo det typiske eksemplet.

### Om innholdet i en «ny» spesialitet

Han vektlegger meget sterkt behovet for kunnskap om *ledelse* i en ny spesialitet, så sterkt at han vel går inn for at innehavere av spesialiteten bør kalles «*spesialist i medisinsk ledelse*». Dette var vel noe man måtte vente, siden tiltaket han så fortjenstfullt har dratt igang er kalt «Senter for helseadministrasjon».

I begrepet ledelse inkluderer han nok kunnskaper om *kommunikasjon* – spesialisten må kunne selge et budskap. Han understreket at etter hans oppfatning, etter å ha besøkt diverse skoler i public health i andre land, er det nå en klar trend i retning av å vektlegge nettopp ledelse i disse fagmiljøene.

### Om begrepet samfunnsmedisin

Han understreket sterkt at vi må legge mye arbeid i å klarlegge begrepet, hva er samfunnsmedisin?

Som nevnt mener han for sin del at spesialiteten må vektlegge ledelse så sterkt at det bør overveies å kalte denne spesialiteten *medisinsk ledelse*. Han var likevel enig i at denne betegnelsen kan skape vansker i forhold til andre yrkesgrupper og politikerne.

Han var nok likevel ikke på at «samfunnsmedisin» kan brukes, men med et revidert innhold. Dette nye innholdet må ikke få for mye karakter av det gamle, distriktslegen er definitivt historie.

### Om utdanningen

Han var nok mest opptatt av at det nye innholdet i samfunnsmedisinen må leger tilegne seg ved *kurs*, jfr. kurset til Senteret. Sekretariatet har vektlagt mester/svenn-prinsippet. Jeg er ikke helt sikker på hva han tror om dette og et opplegg basert på utdanningsstillinger. Det er mulig han helst foretrekker en form for påbyggingsspesialitet.

Han var helt klar på at leger som tar sikte på en eventuell spesialitet i samfunnsmedisin i ny versjon må ha en meget solid klinisk bakgrunn, de må være leger. Som kjent mener Ole Berg at leger som går stadig lenger i retning av gren- og

kvist-spesialisering blir teknikere, kanskje roboter, og at de derfor mister den oversikten over pasientens problemer som kreves av *virkelige* leger, som allmennpraktikere og generelle indremedisinere. Disse egentlige legene blir mer og mer sjeldne, i hvert fall i sykehus, samtidig som de trengs mer og mer jo mer medisinen blir spesialisert.

### Om kunnskapshåndtering og evidence-based medicine

Det er klart at både ledelse og kommunikasjon av et budskap krever i utgangspunktet at man har et medisinsk faglig utgangspunkt. Dette vektlegger han sterkt, og han bruker uttrykket «meta-medisin» om den sammenstillingen av kunnskap som medisinsk ledelse krever som utgangspunkt, en parallel til uttrykket meta-analyser når det gjelder sammenstilling av forskningsresultater.

Han understreker at spesialisten i samfunnsmedisin ikke behøver å ha allverdens spesialkunnskap (særlig ikke i miljømedisin!!), men kunnskaper i retning av å kunne hente inn kunnskap, analysere denne kunnskapen, og omsette den i konkrete tiltak.

Evidence-based kunnskap er OK, men det er likevel nødvendig å være litt «rund» på dette punktet. (Jeg husker ikke akkurat uttrykket Ole brukte, men noe sånt.) Særlig gjelder nok dette innenfor samfunnsmedisinsk kunnskap og praksis.

### Om behovet for spesialister i samfunnsmedisin – forholdet til det nye studiet i helseadministrasjon

Han forklarte hvordan han ser på forholdet mellom medisinske ledere og kandidatene fra det nye studiet.

Hovedpoenget er at medisinske ledere, eller spesialistene i medisinsk ledelse, etter hans syn må være leger og ha solid klinisk erfaring som nevnt ovenfor, og dette må suppleres bl. a. med kunnskaper om helseøkonomi.

De nye kandidatene må ha en hovedkjerne av kunnskaper innen økonomi og visse avgrensede kunnskaper innen medisin, omrent på grunnfagsnivå, jfr. studiet i Tromsø.

Ellers understreket han sterkt at det kommer til å bli et tydelig behov for begge typer ledere i helsetjenesten i framtida, jfr. at han mener at behovet for samfunnsmedisiner i hans tyding av begrepet er stigende.

### Om behovet for en solid klinisk bakgrunn

Som går fram av «referatet» så langt, mener han at medisinske ledere er nødt til å ha en solid klinisk erfaring, før de starter utdanningen innen medisinsk ledelse. Å ha sett et sykehus fra innsiden er nødvendig dersom man skal bli tatt på alvor, f. eks. som fylkeslege.

## Kommentar fra Ernst Horgen

Som ga denne tilbakemeldingen da Utposten spurte om å få trykke hans tanker om saken:

*Med jevne mellomrom så ryddes mailen, og dette er en av de som ble slettet. Har man brent for noe, så skal man ikke brenne for lenge. Jeg begynner etter hvert å bli en «gammel mann», har ingen tunge karriereplaner, og har jeg skrevet noe andre syntes var bra, så kan det fritt brukes. Min karriere er å ville være medisiner /lege, og det skal mye galt gjøres for at det fratas meg.*

*Har du mailen min, så bruk den med min underskrift.*

Lykke til.

Og her følger den:

1. Ole Bergs refererte synspunkter er ikke nye og styrker en del tidligere vurderinger fra Oll slik jeg fritt kan tolke dette:
  - Vår yrkesforening burde hete «Forening for samfunnsmedisin, arbeidsmedisin og ledelse»
  - Spesialiteten burde hete «Spesialist i samfunnsmedisin og ledelse»
  - Distriktslegen «døde» i 1984 og helserådsordføreren «døde» i 1988.
- 2) Ole Berg synes, hvis han er riktig referert, noe «biased» utifra eget ståsted:
  - Han har sterkt tro på kurs som utdanningssystem, motivator og kompetansehever. Jeg er mer i tvil. Få studier har vist at dette er riktig.
  - Han omtaler lite «kompatibiliteten» av Berg-kursene. En bør vurdere vekttall med grunnfag som minimum.
  - Han synes lite orientert om at «Sunnhetsloven» i realiteten er styrket og styrkes der kommunalegen får en stadig mer sentral rolle som medisinsk faglig rådgiver, som smittevernlege og som beredskapsansvarlig.
  - Han synes lite orientert om at Public Health-studiet i utlandet ikke er tilpasset norsk oppgavefordeling i kommunesektoren der norske kommuner siden 1984

har fått et vell av nye oppgaver innen sosial, helse, miljø, og at dette skal utvikles videre sammen med omstrukturering av kommunene. I de fleste andre land i Europa har kommunene helt andre oppgaver / lite oppgaver.

- Det glemmes også at mange distriktsleger i hovedsak drev kurativ virksomhet og at helserådsarbeidet i snitt ble beregnet til 3 timer pr. uke.
- 3) Den gamle definisjonen av samfunnsmedisin er ikke dum i forhold til ledelsesperspektivet:
  - Grupperettet medisin
  - Skal være legearbeid (=medisin)
  - Skal vurdere problem i forhold til samfunn og individ
  - Skal vurdere tiltak og helsetjenester i forhold til grupper
  - Skal vurdere fordeling av ressurser i forhold til grupper
  - Skal vurdere årsak og forekomst i forhold til grupper (epidemiologi)
- 4) Grunnvollen bør være klinisk kompetanse,- man skal være lege. Dette er helt i tråd med den gamle kombidokteren. Man skulle ha en fot i virkeligheten også.

Dette stemmer med ankepunktene om at man under utdanning til spesialiteten ikke nødvendigvis skal være i den typen stilling man skal kvalifisere seg til. Enhver overlege burde således være i en posisjon med mulighet til å ta omtalte spesialitet uten at dette relateres til om man har ledereoppgaver et definert antall timer. Dette støtter synspunktene fra Oll og Finnmark. Min personlige konklusjon er at samfunnsmedisin er mer enn det Ole Berg står for.

Min konklusjon er at dette bør både være en selvstendig spesialitet og en påbygningsspesialitet.

*Vennlige hilsener  
fra en fotballgal – som dessverre måtte rykke ut under første omgang  
(hvoran får små barn sveiseglo på øyet!!).*

Ernst Horgen

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim  
Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: [rnrtove@online.no](mailto:rnrtove@online.no)

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

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....



# IMIGRAN®

sumatriptan

*tilbake til hverdagen*

**Mer overtid takk.**

Overtid er en del av hverdagen for svært mange. Men for noen er det faktisk en stor seier å kunne gjøre det folk flest tar som en selvfølge. Som å sitte noen sene kveldstimer på jobben. Uten å bli sengeliggende med migrene etterpå.

**OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN**

Dr. S. Birkeli  
21/11/01



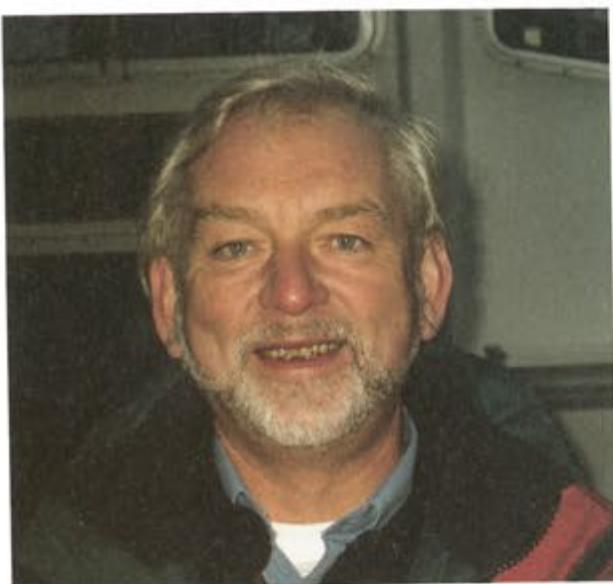
**09090167**



GlaxoSmithKline

# En seiler på livets hav

*Eystein Straume, 60 år i samtale med Elisabeth Swensen*



Eystein Straume er Fylkeslege i Finnmark.

Før det var han kommunelege i Loppa i det som kalles en liten mannsalder. Han har vært innom patologi, indremedisin og kirurgi. Dessuten liker han å fly. Men det var sjømann han drømte om å bli! Som barn kjente han alle båtene i heimbygda på Sunnmøre ved navn. Atten år gammel dro han på sildefiske ved Island. For tredve år siden ankom han Loppa som ny-doktor og opplevde etter kort tid å bli omtalt i rosende vender – endelig en god lege! – i et leserbrev i Finnmark Dagblad. Begrunnelsen var ene og alene at han ikke ble sjøsyk. Det inngå trygghet og tillit. To av sønnene er blitt sjøfolk. Selv har Eystein hatt mange slags farkoster. Nå har han kjøpt seg robåt, og fisker med garn og snøre slik folk langs kysten alltid har gjort. «Det gir meg en følelse av trygghet, men også sårhet, når jeg forsøker å lære meg de tradisjonelle ferdighetene og ser på meg selv som en bærer av kystkultur».

Eystein Straume er ikke bare bærer av en kystkultur, men også av en spesifikk primærmedisinsk fagkultur. Intervjuer og objekt finner hverandre i det som nå gjenoppstår som «distriktsmedisin». Selv bruker Eystein helst begrepet lokalsamfunnsmedisin. (Hvis bindestrek anses nødvendig, skal den plasseres mellom «samfunns» og «medisin». Medisin i lokalsamfunnet snarere enn lokal samfunnsmedisin.) I overskriften er han kalt en seiler, men han er også et fyrtårn for sine samtidige kolleger og ikke minst for de som kommer etter. Det er derfor Utposten vil snakke med ham i forbindelse med at han nå fyller 60 år. Eystein gleder seg utilslørt over å bli intervjuet. Etterpå takker han. Selvbevisst og markert er han nok, noen vil si karismatisk med snev av biskopal faderlighet. Men arroganse og jáleri er han blottet for. «Det er rart og ganske tankevekkende for en gangs skyld å være den som skal svare på spørsmålene», sier han. «Som lege er man vant til å være den som stiller dem..»

*Mange av Utpostens lesere synes nok at de kjenner deg litt. Du er en av de synlige og hørbare i din generasjon i faget. Folk er nysgjerrige på hvem du er. Kan du gi noen stikkord om din egen bakgrunn?*

Født i Fredrikstad, barneår på Sunnmøre, tenåring i Ytre Arna ved Bergen. Jeg har røtter i to lokale kulturer som på hver sin måte har formet meg. Den ene er kystsamfunnet med fiskeriene, nærheten til havet, å høste av naturen. Den andre er det moderne industrisamfunnet, et hierarkisk klassedelt samfunn. Siden studerte jeg medisin i München. I ettertid ser jeg at jeg fikk med meg mer enn legeutdanningen fra Tyskland. Jeg fikk en innføring i europeisk kultur og dannelsje, blant annet naturfilosofien som ble viktig for meg. Sett fra Mellom-Europa oppdager man jo også hvor amerikaniserte vi er i hele vår tenkemåte i Norge. Men jeg savnet kjæresten i Bergen!

*(Intervjueren er ikke overrasket. Eystein Straume er opptatt av kjærligheten.)*

*Så kom du hjem som ferdig lege og skulle gjøre karriere. Tenkte du allerede da at du skulle bli allmennpraktiker i distrikt?*

Nei. Jeg trodde vel at jeg skulle bli ett eller annet på sykehus. Men først var det tilleggskurs og turnustjeneste. Jeg

havnet i Kristiansand i sykehusturnus. Der spleiset vi turnuskandidatene på en båt, «Gloria Mundi». Den sank forresten fordi ingen hadde tenkt på at den skulle øses om vinteren. Sic transit...

Deretter bar det til Florø i distriktsturnus og videre til Værnes for å avtjene verneplikt som militærlege ved Forsvarets flyskole. Tiden der var en sann svir. Jeg husker at vi føy til Røros og drakk kaffe. Til og fra foretok vi halsbrekkende flymedisinske eksperimenter. Vi tvang propellflyene ned i spiral for å senke oksygentrykket nok til å gi tilstrekkelig lang G-påvirkning slik at bevisstheten ble påvirket til black-out. Min kone likte det dårlig.

*Et lite avbrekk fra kronologien: Er du en uredd eventyrer?*

Eventyret søker jeg nok. Men jeg har evnen til å bli redd. For eksempel har jeg en veldig respekt for havet. Jeg tror

*Dette bildet ble tatt i 1944. Det er tatt da krigen var på sitt verste med all krigens skrek og gru og usikkerhet. Og så sitter en liten gutt der, han er blid, tillitsfull og trygg. Eystein Straume sier følgende om bildet som han aldri blir lei av å se på: «Mor og fars omsorg og kjærlighet beskytter mot verdens ondskap».*



det viktigste er at jeg må ha tiltro til de jeg er i lag med. På Lophavet har jeg vært ute i vær som førte fiskebåtene til nödhavn. En sen kveld i Loppa kom skipperen på legeskyssbåten hjem til meg etter at han hadde drukket seg til mot. Han ville bare si at været skulle aldri være så dårlig at han sa nei til å gå ut på havet hvis jeg bestemte at vi skulle gå ut. Jeg avgjorde. Det var en enorm tillitserklæring. Nei, jeg er ikke dumdristig.

*Vi er kommet til 1972. Du har overlevd de flymedisinske stundene, har skaffet deg kone og to barn. For intervjueren er det året med «kamp mot EEC og dyrtid». For deg er det året du flytter til Finnmark. Et tidsskille?*

Det var ikke i mine tanker å bli der opp. Jeg tenkte meg en indremedisinsk karriere og så på allmennpraksis i distrikt som en nyttig erfaring. Til Øksfjord dro vi mest av eventyrlyst slik så mange har reist nordover før oss. Jeg tror unge leger i min generasjon og kanskje før det tok ut sin eventyrlust i faget. Nå drar ungdommen til Nepal for å oppleve dramatikk, i jobben vil de ha det kontrollert og trygt i langt større grad. Dessuten krever de ordnet fritid og ferie.

*Hvordan opplevde du å komme til Loppa?*

Jeg vet ikke om jeg skal kalle det sjokk eller åpenbaring. Antagelig begge deler. Det som er klart er at jeg jobbet alt for mye. Nabodistriket Hasvik sto ledig, så jeg ble beordret til å ha ansvar der også. (Dette var på den tiden da man måtte søke Fylkeslegen om alt fravær fra distriktet ut over 24 timer.) Jeg fråtset både i faglige utfordringer og takknemlighet fra en befolkning som satte pris på meg, så slik sett var det flott. Men det gikk ut over familien. Jeg skal vokte meg for å romantisere situasjonen. Man kan ikke gjøre slikt mot unge kolleger i dag. Heldigvis. Jeg er uenig når eldre kolleger insinuerer at de yngre kollegene ikke er like motiverte for å gjøre en god jobb som vi var. Alt er annerledes nå, ikke minst folks forventninger til legen. I løpet av et par tiår er legerollen dramatisk endret. I korttekst kan du oppsummere endringen slik: fra paternalistisk lege til autonom pasient. Mye av det vi kalte legekunst handlet om å tilsløre budskapet for pasienten. I beste mening og ut fra et terapeutisk perspektiv selv sagt. Nå er kravet til informasjon og samtykke et helt annet. Kanskje kan man si at legen er rehabilert til rollen som klok rådgiver. I det ligger nye utfordringer, ikke minst i en tid da omsorgsbegrepet er definert ut av medisinens og inn i sykepleien. Ikke lett å være klok rådgiver i et fag som – med Den norske legeforenings implisitte velsignelse – blir stadig mer teknologifisert.

*Du flyttet sørover etter tre år, men ble ikke lykkelig...*

Familien flyttet sørover i 1975. Ungene var i skolealder, samlivet skrانتet og vi måtte bestemme oss for noe. Så tenkte vi at Bergen kunne være en muligheit. Jeg fikk jobb på patologen i ett år og senere på indremedisinsk avdeling på Haraldsplass der jeg faktisk ble reservelege. I Bergen ble min kone og jeg skilt. Det var en slags oppvåkning til noe som hadde skjedd uten at vi egentlig hadde reflektert over det. Trist og svært smertefullt, kanskje feil, men for sent å rette opp. Det var en skikkelig nedtur. Jeg kjente sterkt på behovet for å være et sted der jeg kjente tilhørighet og hvor jeg var i omgivelser som mine barn kjente; de ble igjen i Bergen. Øksfjord sto ledig, og i 1978 dro jeg tilbake. Etter hvert giftet jeg meg igjen. Vi ble i Loppa i to år.

*Du flyttet sørover nok en gang, denne gangen for å bli kirurg! Men så?*

Vi flyttet til Molde i nærheten av min kones hjemsted. Fortsatt var tanken å bli sykehuslege. Anatomi og patologi har jeg alltid likt godt, dessuten er jeg flink med hendene og glad i praktisk arbeid. Kirurgi var et nærliggende valg. På kirurgen i Molde var det morsomt og skummelt! Vi som var unge og nye og ivrige fikk gjøre stort sett det vi ville. Vi skrev operasjonsprogrammet om kvelden og satte oss selv opp på de operasjonene vi hadde lyst på og trengte. Så gikk vi vakt hele natten og opererte dagen derpå. På første vaken min opererte jeg en appendicitt, bare assistert av en turuskandidat aldeles uten peiling. «Du klarer vel det» sa bakvakten på telefon. Fødeavdelingen var et kapitel for seg. Vi hadde to gynekologer som nektet å gå i vakt i helgene.

Bildet av Straumes Åfford-storbåt er tatt i 1998. Her på vei gjennom Småstraumen. Langt utenfor allfarvei, like ved grensen til Russland.



Kirurgisk bakvakt ville ikke ha ansvar for fødsler. Sectio var vår vei ut av vanskelige fødsler, men jeg husker at vi også drev skikkelig fødselshjelp. En gang forløste jeg vaginally en 17-åring med tvillinger hvor 1. tvilling lå i seteleie. Uten barnelege.

*Du hadde sikkert blitt en flink kirurg, beslutningsdyktig og nett-hendt. Hva var det som fikk deg til å velge lokalsamfunnsmedisin i Loppa fremfor kirurgien da det kom til stykket?*

Jeg sto foran et karrieremessig valg. Spesialistutdanningen i kirurgi innebar utsikter til stadig flytting av familie hit og dit. Det fristet lite. Men det viktigste var nok at både min kone og jeg var blitt fanget inn av den «grønne bølgen». Oljepengene hadde så smått begynt å strømme inn over landet. Kommunehelsetjenesten var i støpeskjeen, og distriktene ble forespeilet et storstilt løft med etablering av kommunale helsecentra og sykestuer. Jeg ville gjerne være med på dette løftet.

I 1982 flyttet vi til Loppa for å bli. Denne gangen var det et bevisst karrierevalg. Jeg kom til et flunkende nytt helse-senter og ditto legeskysbåt. Men også til et lokalpolitisk miljø som provoserte meg. Som svar på det jeg oppfattet som en DNA-losje som fattet vedtakene på bakrommet og i praksis styrte uten opposisjon stiftet jeg Loppa Høyre.

*(Her blir det ett minutts taushet. Minst. Intervjuerne får ølet i vrangstrupen mens objektet ser vennlig pd.)*

*Du stiftet Loppa Høyre?!*

Akkurat det er ikke det smarteste jeg har gjort. Vi var vel et par-tre medlemmer. Men jeg ville få frem et alternativ, en opposisjon. I ettertid ser jeg at mine ulike roller som kommunepolitiker og lege skapte problemer for en del pasienter. Det var vanskelig for folk å vite hvem jeg var: «Hva slags agenda har han egentlig?» Det beklager jeg. Man vet for mye om folk. Når man da blir politiker oppfattes det som truende. Kloke folk som Werner Christie og Per Fugelli har hver for seg reklamert for «politiikk og fag på samme lag». Men vi er rett og slett ikke skolert til å takle den rollekonflikten det innebærer. Da fiskerikrisen slo inn som et brak i 1989 forsvant for øvrig all lokal uenighet i kampen for å overleve. Da ble det viktigst å stå sammen. Jeg meldte meg ut av Høyre og inn i Arbeiderpartiet en kort periode, men ellers har jeg holdt meg utenfor partiene.

*Mitt førsteintrykk av deg har jeg fra tiden rundt fiskerikrisen, altså i 1989. Du fremsto som en slags talmann for distriktene både faglig og politisk.*

Det hører med til de mest smertefulle opplevelsene i mitt le-geliv å være lege for et samfunn som måtte koncentrere seg



*Legeskysbåten i Loppa, M. W. Asheim på tokt i 1975. Båten er her på tur ut fra Øksfjord. Båten er oppkalt etter prost Modulf Wergeland Asheim, som var elsket både som prest og menneske i lokalsamfunnet i Loppa. Han bodde på Loppa øy, ble syk og døde der under krigen. Fiskebøya ble ombygd som kirkebåt etter krigen og ble på 1960-tallet solgt til skipperen. Han ominnredet båten slik at den kunne tjene «medisinalvesenet». Dette betyr at både fødsler, dåp, død og begravelse har funnet sted på M. W. Asheim.*

om sin elendighet for å overleve. For velger du taperens rolle, hvordan kan du da bli noe annet enn det – en taper? Selvrespekt og selvaktelse gikk nærmest i oppløsning og fremtiden ble uten mening. «Ikke ta krisa fra meg» sa ord-føreren, «det er den vi lever av». Jeg lærte intenst fordi også jeg var en del av dette samfunnet. I den prosessen vi som lokalsamfunn måtte gjennom, tilegnet vi oss en felles virke-lighetsoppfatning som var forankret lokalt og basert på egne dyrekjøpte erfaringer om makt og avmakt. Vi snakket i sted om mine egne røtter, kystkulturen og klasse-samfunnet. Det er en konsistens her. Den rollen jeg kom til å spille i Loppa henger sammen med mitt utgangspunkt.

*Men først og fremst var du doktor. Klarer du i få ord å si noe om hva du tenker om å være doktor i et lokalsamfunn som Loppa?*

Gleder. Mestring. Takkne-mlighet. Intenst meningsfullt. Jeg husker for eksempel en fødsel vi hadde om bord i legeskysbåten. Jeg hadde en student hos meg som fikk ta i mot barnet mens jeg veiledet. Det ble en høytidsstund for oss alle. Det er ikke romantisk nostalgi når jeg snakker om lokalsamfunnsmedisin. Vi lever i en tid der stikkordene er globalisering, spesialisering og individualisering. Hvilke krefter er det som binder samfunnet sammen? Nøkkelen

ligger i behovet for samhandling. Avhengighet. Vi blir stadig mer avhengige av hverandre, i det ligger både vår styrke og vår sårbarhet. Noen må holde verden sammen. Jeg tror legen spiller en viktig rolle som «lim» i lokalsamfunnet i kraft av vår unike utsikt til og innsikt i befolkningens liv og levnet. Samtidig forvalter vi en tradisjonell rolle som inngir trygghet. Sosiologen Zygmund Baumann deler verden inn i en globalisert elite og en stedbunden underklasse. Folk i samfunn som Loppa er stedbundne, «de som ble igjen». Men man kan også uttrykke det mer offensivt som «de som valgte å bli». De gjenværende forvalter andre kunnskaper og andre verdier. Kompetansen i lokalsamfunnet er nett-opp det, lokalt utviklet og lokalt anvendbar. Slik er det også i stor grad med legens kompetanse i lokalsamfunnet. Som doktor i Loppa savnet jeg ofte mer kunnskap om hvordan samfunnet virker. Jeg synes studentene bør lære mer om samfunnet generelt og mer om selv å være aktør i et samfunn, konflikthåndtering for eksempel.

*Ble du Loppaværing? Og hvis «ja», hvorfor er du da en av de som ikke valgte å bli?*

Jeg ble Loppaværing. Når jeg trakk i kjeledress og drev på med båten min nede i havna i timesvis var jeg blant sambyggende og likesinnede. Man møter folk på en annen måte når man har noen arenaer utenom jobben. Det er helt nødvendig. Men etter hvert begynte jeg å få det dårlig med vaktene. Det føltes ikke forsvarlig å fortsette slik jeg hadde drevet, og jeg oppdaget – ikke uten en viss bitterhet – at det ikke fantes noen i lokalsamfunnet som kunne eller ville ta vare på meg. Det finnes rett og slett ingen retrettkarriere for folk som oss. De som blir i lokalsamfunnene livet ut sliter og risikerer å gå ut av yrket på en ufortjent dårlig måte. Kommunenes Sentralforbund er de som skulle ha en strategi på dette området, men de har sviktet fullstendig. Tanken på å bli gammel i jobben i Loppa ble mer og mer umulig. I 1995 tilbragte jeg et halvår på ISM i Tromsø, og deretter søkte jeg og fikk en rådgiverstilling hos Fylkeslegen i Finnmark i forbindelse med veilederprogrammet i samfunnsmedisin. I 1997 tiltrådte jeg som Fylkeslege og flyttet til Vadsø. Det var et nødvendig oppbrudd som også falt sammen med at jeg ble skilt og etter hvert gift på ny. Jeg har fått det godt, men det tok flere år å finne nytt fotfeste. Fortsatt kjennes det som et tap å snakke om tiden i Loppa. Men jeg er først og fremst blitt finnmarking. Flyttingen fra den ville naturen i vestfylket og til det flate og goldere landskapet i øst gikk lettere enn jeg hadde trodd. Jeg er glad for at jeg fortsatt er i Finnmark.

*Noen tanker om Fylkeslegerollen. Hva slags makt forvalter du?*

Jeg er fornøyd med å ha fått en stilling hvor jeg kan bruke både min lokalkjennskap til Finnmark og min legeerfa-

ring. Det er tid for å pløye tilbake. Jeg tenker i mine gode stunder at som fylkeslege har jeg en posisjon som gir både oversikt og innsyn. Jeg har lov – som den eneste i fylket – til å stille spørsmål til alle som driver helsetjeneste. Og alle som mottar helsetjenester kan spørre meg om de har fått en god nok tjeneste. Tilsynsloven er ingen dårlig arbeidsinstruks. Det er et fornemt maktmiddel å definere hva som er godt nok. Helsetjenesten er viktig for folk, for lokalsamfunnene. Fylkeslegen og Helsetilsynet må ha fokus på lokalsamfunnet og folks behov mer enn på departementale krav. Rådgiving og kompetanseoppbygging er viktigere enn tilsyn og systemrevisjoner i å fremme lokal mestringsevne. Og så må vi i tilsynet søke samhandling med andre funksjonssystemer enn rettsvesenet. Nå skal jo Fylkesleggen inn under Fylkesmannen. Det vil gi oss en tydeligere rolle overfor kommunehelsetjenesten, noe jeg gleder meg til å utvikle. Samtidig frykter jeg at vi vil ha vansker med å holde fokus på spesialhelsetjenesten fra årsskiftet og det i en tid da denne er inne i sin største omstilling.

Så tenker jeg at det skal gå bra en dag å trekke seg tilbake fra denne jobben, bedre enn å måtte slutte brått som allmennlege. Savnet av pasientene er vanskelig uansett for en lege, men lettere når det skjer en gradvis endring i rollen.

*Hvis du til slutt – på gamle menns vis – skal si noe ærlig, klok og allment, hva vil du si da?*

Jeg holdt et foredrag for fylkeslegene da de hadde møte i Finnmark nylig. Da avsluttet jeg med å gjengi noe fra en novelle av Albert Camus som jeg tror jeg vil gjenta her. Novellen handler om Sisyfos som må rulle sin tunge sten opp fjellsiden hver dag, før den ramler ned og han må starte på nytt og rulle stenen opp samme fjellside neste dag. Camus underer seg på om ikke Sisyfos etter hvert ble glad i stenen sin. Så sier Camus til slutt: «Vi må tro at Sisyfos var lykkelig.»

*Etterpå spiser vi middag. Bestill det du vil ha, sier Utposten spandabelta. Mannen fyller tross alt 60 år og har blitt en dag ekstra i Tromsø for å bli intervjuet. Jubilanten vil ha alt: forrett, hovedrett, dessert, hvitvin, rødvin, kaffe og calvados. Karin må få være med, mailet han på forhånd. Karin er hans kone og kollega. Han plasserer seg selv på den ene siden av bordet, de to damene på den andre. Etter maten, over et glass, kommer historiene fra Loppa. De som ikke kan trykkes. De beste. Vi har det morsomt og ettertenksomt slik kolleger kan ha det med akkurat de historiene. Eystein «Sisyfos» Straume nippes til calvadosen, lener seg tilbake, myser over til damene og noterer seg fornøyd at de har det fint i hans selskap. Stenen ligger i ro ved foten av fjellet, natten er fortsatt tung, og i morgen er det en ny dag.*

# NUVARING®

et magstrel innvendig



**Organon as**  
Postboks 324, 1372 Asker  
Telefon: 66 76 44 00  
Telefax: 66 76 44 01  
[epost@organon.no](mailto:epost@organon.no)



# Hva er meningen med livet?



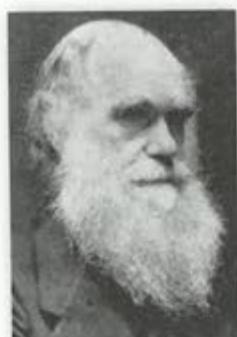
AV GUNNAR STRØNO

Jeg har oppdaget hva som er meningen med livet. Jeg har dessverre ikke funnet det på selv. Jeg har lest det i en artikkel i New Scientist, men med en gang jeg så det, var det så innlysende, så opplagt. Jeg kan ikke forstå at jeg ikke har sett det for mange år siden. Hva passer bedre enn å bruke Utpostens julenummer til å dele denne store oppdagelsen med leserne? Julen er jo tiden for ettertanke. Men siden jeg selv har brukt så mange år på å lete, er jeg nødt til å ta med leserne på en liten rusletur gjennom livet før jeg kommer til selve saken.

Da jeg gikk på barneskolen, spilte jeg fiolin. Barn har alltid vært opptatt av grunnleggende filosofiske og religiøse spørsmål, og de er ikke redde for å stille dem. Jeg tror allikevel at for barn som spiller fiolin, er spørsmålet om meningen med livet særlig påtrengende. Strykeorkesteret hadde øvelse en kveld i uka. Jeg og naboungene hadde et par kilometer å gå til skolen. For Svein og meg var det lett, vi gikk og dingla med de små fiolinkassene våre, men stakkars Åge måtte bare celloen. På disse turene drøfta vi mange viktige problemer, og vi tenkte mye på framtida. Egentlig var vi nok grunnleggende pessimister. Vi hadde sett tegninger av fjernsynsapparater i Donald Duck, men vi var helt enige om at noe slikt kom vi aldri til å få i Norge. Vi var også enige om at mennesket aldri ville klare å reise til månen. Begrunnelsen for dette synet var ellers grei nok: Det var for langt. I ettertid kan man slå fast at vi tok feil på punkt etter punkt. Den viktigste diskusjonen på vårt ukentlige kollokvium var filosofisk. Hva var meningen med livet? Vi vridde og vendte på dette, betrakta det fra så vel religiøs, humanistisk som biologisk synsvinkel, og kom stadig tilbake til emnet. Konklusjonen, som var enstemmig, plasserer oss blant de fremste humanistiske eksistensialister, allerede i tiårsalderen. Vi fant ut at livet ikke hadde noen mening. Vi fant videre ut at man egentlig burde begå selvmord. Det eneste som avholdt oss fra dette, var at foreldrene våre ville bli så lei seg, altså et bevisst etisk valg.

Da jeg begynte på gymnaset, gjorde jeg flere store oppdagelser som kom til å få avgjørende betydning for livet mitt videre. Jeg fikk smak på jenter. Jeg fikk en innføring i darwinismen. Jeg oppdaget grunnprinsippene i den euklidske geometrien. Jeg lærte om den aristoteliske syllogismen. Og sist, men slett ikke minst, jeg lærte om termodynamikken.

Om jenter er det ikke stort annet å si enn at har du først fått smaken på dem, så er du hekta. Jeg har ikke engang hatt lyst til å slutte, bortsett fra muligens i korte øyeblikk når det har blitt altfor rotete.



Evolusjonslæren til Darwin trenger jeg ikke forklare for Utpostens leser. Det er mange som gjennom darwinismen har sett en mening med tilværelsen. Jeg hører nok selv til dem som har hatt litt store overslag i sosialdarwinistisk retning. Når man er svak for jenter, er det jo besnærende at meningen med livet er å spise for å holde seg i live, og ellers parre seg så mye som mulig. Det mange ser ut til å ha glemt, er at man også må sørge for at avkommet når kjønnsmoden alder og er rimelig attraktive på kjønnsmarkedet, slik at genene kan føres videre. Det er jo hele poenget. Bevares, jeg er fortsatt darwinist, naturligvis, men, som leseren senere vil forstå, har jeg nå forlatt den vulgære oppfatningen at darwinismen gir svaret på det store spørsmålet. Vi forlater derfor foreløpig darwinismen her.

Den euklidske geometrien må omtales litt nærmere. Systemet bygger som kjent på et sett aksiomer, eller postulater, som hele resten av geometrien er utledet av etter logiske regneregler. Et postulat er for eksempel at et punkt ikke har noen utstrekning. Det mest omdiskuterte postulatet, det såkalte parallelaksiomet, sier at hvis du har en rett linje

og et punkt utenfor denne linjen, kan du bare trekke én rett linje gjennom punktet som er parallel med den første linjen. Den euklidske geometrien var jo midt i blinken for en ung søkerende mann. En stor oppdagelse. Man legger premissene, og så kan alt annet utledes og forklares ved ren deduksjon. Et vakkert system! En stund trodde jeg nok at verden virkelig var slik, og jeg var lykkelig.

Men så skjedde noe urovekkende. Jeg oppdaget at noen hadde forandret parallelaksiomet, og da oppsto en helt ny geometri! Man kan for eksempel postulere at gjennom punktet vårt kan man trekke et uendelig antall rette linjer som er parallele med den første. Da får man en såkalt hyperbolsk geometri. Den er ikke intuitiv og stemmer ikke med det vi sanser og opplever, men den er like fullt et fullstendig, logisk geometrisk system. Jeg lærte at slike ikke-euklidske geometrier et helt nødvendige redskaper, for eksempel i astronomien. Det at man slik kan forandre en av grunnreglene og dermed komme ut med et helt annerledes system, som kunne være intellektuelt likeverdig og vel så nyttig til sitt bruk, var en avgjørende oppdagelse.

En syllogisme er en spesiell logisk struktur med to premisser og en konklusjon.

Premiss 1: Alle hønene i Mopipi er hvite.

Premiss 2: Boitomelo bor i Mopipi og har ei høne.

Konklusjon: Høna til Boitomelo er hvit.

Vi hadde mye moro med dette på gymnaset og parafraserte Rasmus Berg på det mest avsindige. Til godt opp i voksen alder har jeg trodd at denne logiske strukturen var universell. Alle folk tenker slik, og de som ikke tenker slik er rett og slett kørka dumme. Jeg måtte reise helt dit pepper'n gror, til Afrika, for å oppdage at det var jeg som var dum. Hvis du tester folk på landsbygda i Afrika i aristotelisk tenkning, får du deg en overraskelse. Jeg har gjort det mange ganger. Du gir dem premissene ovenfor, spør hvilken farge det er på høna til Boitomelo, og får for eksempel følgende svar: «Jeg vet ikke, men Anna kommer med busen fra Mopipi på fredag, og da kan vi spørre henne.»



Syllogismen som logisk system ble utviklet av Aristoteles omkring 350 år f.Kr.. Siden har den blitt så innbakt i vår vestlige tenkning at vi tror at denne måten å tenke på er en slags naturlov. Det er den altså ikke. Folk i Kalahariørkenen tenker ikke i syllogismer i det hele tatt. Men de klarer seg aldeles utmerket,

og det under så ekstreme forhold at du og jeg ville strøket med i løpet av få dager uten hjelp. Og de klarer seg ikke bare materielt, men bygger sosiale strukturer og juridiske systemer og alt som hører et samfunn til. Uten å forstå en töddel av en syllogisme. En annen logisk struktur som er kulturbestemt, er for eksempel negasjonen (tre/ikke-tre).

En sveitsisk psykolog og filosof, Jean Piaget, utviklet et svært omfattende system for å vurdere barns utvikling på forskjellige alderstrinn. Han fikk stor innflytelse på både pedagogikk og spesialpedagogikk, særlig på 50-tallet og ut over, og testene hans var mye brukt. En av testene sjekker om barna har forstått at den rette linjen er den korteste vegen mellom to punkter. Hvis barna ikke har dette begrepet inne ved en spesiell alder, er det, ifølge Piaget, noe galt. Du kan sette deg ned ved et rundt bord med en landsens afrikander, legge en stein på hver side av bordplata og fortelle at de skal forestille to landsbyer. Så gir du han en neve småstein, og ber han legge disse der den korteste vegen mellom landsbyene går. Han vil legge dem i en fin halvsirkel langs kanten på bordet. Men prøv han i terrenget! Om han ikke alltid går den korteste vegen, kan du være sikker på at han tar den raskeste.



Et annet sentralt begrep hos Piaget er «massens konstans». Du sitter med din afrikanske venn, og du har to helt like leirkuler i hendene. Han får holde dem selv, også. Du spør hvilken det er mest leire i, og han svarer at de har akkurat like mye. Så tar du kulene tilbake, legger den ene forsiktig ned på bordet, men den andre klasker du hardt i bordplata så den blir flat. Så gjentar du spørsmålet, og får til svar at «den, den flate, har mest leire, det kan jo alle se.» Hadde vennen din gått på skolen i Norge på 50-tallet, hadde det vært strake vegen til spesialpedagogen.

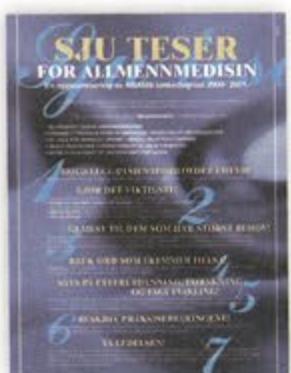
Å gå på bar i Afrika er trivelig. Baren er gjerne et skur med bølgebløktak og en oppmurt disk. I hylla bak står det noen bokser med øl og brus. Hvis du er svært heldig har de også kaldt øl, men som regel har det romtemperatur, og den kan være ganske høy. Men øl er nå øl. Du kommer alltid i prat med noen, og utover kvelden er det mye og mangt som blir diskutert. «Min bil går fortare enn din bil!» «Sier du det? Din er jo en gammal skrabb, men min er nesten ny.» «Ja, men min har større hjul!»

Dette bringer meg hjem igjen. Det har vært mye diskusjoner på Eyr om listelengder, hvor mange pasienter man bør ha om dagen og om hvor lang tid man bør bruke på konsulitasjonene. Jeg må i alle fall ha tid til å snakke med folk. Alle

vet jo at pasientene er forskjellige, og at begreper som er selvsgitte for oss, ofte må forklares svært så pedagogisk. At mange har problemer med massens konstans, er jo åpenbart. Men hvilke logiske strukturer bruker folk ellers når de tenker? Er det nå så sikkert at syllogismen er så innbakt i oss alle som vi tror? Hvordan tenker doktoren og pasienten i abstrakte klassifikasjoner? Hvordan tenker vi i negasjoner?

Vi er alle vokst opp i en kristen kultur. Noen av oss er religiøse, noen er det ikke, men det er vel ingen av oss som er kommet ut av oppveksten uten at kristne forestillinger har satt større eller mindre avtrykk. Hvordan tenker vi om sykdom når religiøse tankemønstre risper i oss? Hvordan tenker vi om synd, straff og soning?

Det er jo alt dette som gjør at det er så utrolig interessant å være allmennpraktiker.



Jeg har aldri greid å bli begeistret for Norsk selskap for allmennmedisin sine sju teser om allmennmedisin. Det er dette unike i allmennmedisinen jeg syns at tesene ikke får fram. De minner meg mer om fjellvettreglene. Ikke misforstå, det er ikke noe galt med fjellvettreglene, men de forteller ikke noe om hva det er å gå i fjellet, om skjønnheten, det storslagne, den friske vinden, fjellvåken sine skrik eller buktningen av reinsflokkene når den springer, heller ingen ting om slitet og belønningen. Og de virker ikke akkurat rekrutterende. Leseren kan tenke seg at partneren en dag kommer hjem: «Du, jeg kom til å lese fjellvettreglene i dag, og nå drar vi rett til fjells!»

Så var det termodynamikken. Og nota bene, dette er fysikk som beskriver naturlovene. De kan man ikke forandre som man vil, slik man kan med matematiske aksiomer. I termodynamikken er det tre hovedsetninger, men her skal vi la den tredje ligge. Første hovedsetning er loven om energiens konstans. Energi kan ikke forsvinne, men kan bare gå over i en annen form. Det er av første hovedsetning man kan utlede at det er umulig å lage en perpetuum mobile. Jeg kan forsikre om at dette var litt av en nedtur for en ung mann som i flere år hadde hatt ambisjoner i den retningen, og tilmed hadde flere modeller klare på tegnebrettet. Annen hovedsetning er i sin opprinnelige form vanskelig uten videre å forstå for oss ikke-fysikere. Den handler om at energi ikke kan bevege seg vilkårlig i et system, og er loven om hvordan

denne bevegelsen foregår. For å forenkle det litt, sier den egentlig at varme ikke vil strømme spontant fra et kaldt sted til et varmt, men at den alltid vil gå andre vegen. Det var de biologiske implikasjonene av annen hovedsetning den skjellsettende artikkelen i New Scientist handlet om. (Minkel, JR. New Scientist 5. oktober 2002: 30–33). Det er to amerikanere, Eric Schneider og James Kay, som har drevet denne forskningen. Livet, sier de, er rett og slett en barokk mekanisme naturen bruker for å gjøre konsentrert energi om til diffus spillvarme.

Det som nå følger, er et kortfattet nokså fritt referat av artikkelen.

Det kan utledes av annen hovedsetning at alle systemer vil forsøke å oppnå en tilstand av energimessig likevekt. Hvis du setter en kjøle med kokende vann inn i et lukket rom, vil temperaturen i rommet stige litt, mens kjelen blir kaldere. Før eller siden vil både vannet og rommet ha samme temperatur. Likevekt. Jo mer man prøver å tvinge et system ut av likevekt, jo mer vil systemet jobbe imot. Schneider og Kay mener at naturen vil bruke alle metoder for å oppnå likevekt. Og naturen er som kjent mangfoldig.

Man kan gjøre et lite eksperiment hjemme på komfyren. Ta en kjøle med et helt tynt oljelag i bunnen og varm den forsiktig. Det blir en temperaturgradient mellom bunn og topp av oljen. Til å begynne med ledes varmen rolig gjennom oljen opp til overflaten og vekk. Hvis du øker varmen på plata litt, og dermed øker temperaturgradienten, må naturen ty til hardere midler. Det dannes små, men synlige, sekskantede strømmer, som kalles Bénard-cellene. Disse leder varmen mye mer effektivt. I mange andre situasjoner hvor likevekten blir presset, tyr naturen til enda kraftigere tiltak. Den lager tornadoer eller kraftige kjemiske reaksjoner. Kanskje tilmed liv? Schneider og Kay mener at livet er en slags Bénard-celle som har lært å reproduksjonen selv, for å komme med en ekstrem kortversjon.

Dette er en ganske dristig påstand. Liv er jo en presis sammensetning av proteiner, sukkerarter, lipider og andre molekyler. Disse danner celler, så vev og organer, så hele organismer, og etter hvert komplekse økosystemer. Kan det virkelig være en enkel fysisk lov som ligger bak alt dette? Ja, mener Schneider og Kay. Innenfor økologien, i det minste, er det ganske mange holdepunkter for at det virkelig er slik.

For å forstå denne tankegangen nærmere, må vi se litt på hva det betyr å være ute av likevekt. For å beskrive «kvaliteten» til energien i et system, kan vi innføre begrepet «exergi». Exergien er den delen av energien i et system som kan hentes ut for å gjøre et arbeid. Hvis et system er i ener-

gimessig likevekt, kan du ikke dra noe energi ut av det, så energien er null. Men hvis du for eksempel har en tank med gass som har høy temperatur og høyt trykk i forhold til omgivelsene, har den en viss mengde energi. Du kan slippe gassen gradvis ut og bruke den til for eksempel å drive en turbin. Samtidig smører du energien tynt utover både i rom og i tid. Når gassen er sluppet ut, har du brukt all energien.

Ideen til Schneider og Kay er at organismer og økosystemer vil ha tendens til å utvikle seg til stadig mer intrikate mekanismer for å forbruke energi. Dette følger direkte av annen hovedsetning, som sier at det er slik et system vil oppføre seg.

Livet på jorda drives av sollyset, som har mengder av energi. Sola er svært varm, og hvert foton er bærer av en høy energimengde. Når man vet hvor mye energi som er tilstede i energien vi får fra sola, kan man begynne å analysere den energimengden som flyter gjennom biologiske systemer.

Når sollyset blir absorbert og forandret til andre typer energi (jfr. første hovedsetning), blir energimengden redusert. Schneider og Kay sier at liv reduserer energimengden mer effektivt enn det som er mulig på andre måter. Planter, for eksempel, vil absorbere solenergi og spre den utover ved å la vann fordampne forsiktig fra ørsmå porer. Den kjølige vanndampen og de kjølige plantene sender bare ut en lav infrarød stråling som nesten ikke har energi. Hvis sollyset derimot hadde blitt reflektert fra blankskurt fjell, ville energimengden i returnenergien vært atskillig høyere. Det er som kjent kjøligere i jungelen enn i ørkenen.

Dyrelivet spiller sin rolle ved videre å bryte ned den kjemiske energien som er lagret i plantene. Dette gjør de atskillig bedre enn man kunne gjort for eksempel ved å brenne dem. Et bål vil sende ut fotoner med relativt høy energi, som fremdeles bærer mye energi. Exergien vil rett nok være lavere enn i fotoner fra sola, men atskillig høyere enn i den infrarøde strålingen som kommer fra ei ku som tygger drøv.

Artikkelen fortsetter med å referere til observasjonsstudier av økosystemer, hvor resultatene er i overensstemmelse med de hypotesene man kan sette opp på grunnlag av termodynamikken. Man har også gjort kontrollerte eksperimenter. Heller ikke her kan resultatene falsifisere hypotesene.

Naturligvis er en slik dristig teori svært omdiskutert, så vel blant biologer som økologer. Noe av det mest kontroversielle er Schneider og Kay sine påstander om at energien er en drivkraft i evolusjonen. For å sitere Kay: «There's a bunch of things that organisms have to do that aren't about ther-

modynamics.» (Det var jo beroligende, syns jeg). Men så fortsetter han med å si at i alle valg mellom to muligheter som er likeverdige for overlevelse, vil livet velge den som spiser mest energi. Diskusjonen om sammensmeltingen av darwinismen og termodynamikken er det virkelig flukt over.

Jeg tror vil skal forlate Schneider og Kay her. Men vi skal ikke helt forlate termodynamikken. Ikke darwinismen heller.

Jeg har fått lov av Lars til å fortelle en historie, dersom jeg bare forandret navnet hans. Jeg kunne ikke helt forstå hvorfor, for det er en Lars i oss alle.

Jeg hadde en studiekamerat som alltid sa: «Disappointments, always in life. That's my motto.» Lars har det også slik. Det går ganske ofte ikke akkurat vegen, som folk sier.

Lars er i førtiåra. Han er innom kontoret mitt av og til, for han har litt astma. Han er enslig og egentlig ganske ensom. Han er litt fryktsom også. Og litt overvektig. Han lever et velordnet liv. Han er ganske mye på hytta si, hvor han snekrer og maler og gjør slike hytteting. Han har ingen barn. Han har aldri vært gift og har ikke hatt særlig suksess på damefronten. Han hadde rett nok en kjæreste en stund, og de bodde faktisk sammen en kort periode før et par–tre år siden, men så flytta hun ut. Jeg vet ikke riktig, men jeg tror hun syntes at det ble for kjedelig.

Som dere forstår er Lars en litt forsiktig mann. Men av og til drikker han seg til mot, og da forsvinner sjenansen og hemmingene. Leserne kan sikkert visa om «Lille Jensen». Slik er Lars.

Så var det en kveld at han hadde lånt en pornofilm av en kompis på jobben. Han så på filmen og tok seg noen drammer og hadde det svært så hyggelig. Han ble både riktig kåt og ganske pussa. Han ble så kåt og så pussa at han ringte til gamlekjæresten: «Hei Eva, det er meg! Jeg ligger her på senga og tenker på deg! Jeg er kliss naken, og jeg har en svær, stiv en!» Hva svarte Eva? «Å? Har du tatt en plastisk operasjon?»

Livet blir ikke alltid slik vi skulle ønske. Lars og jeg har snakket mye om det. Denne gangen ble han svært glad da jeg kunne trøste han med å fortelle at han også har sin misjon i den store sammenhengen. Han tar opp koncentrert energi og sprer den utover i fortynnet form som diffus spillvarme, både i tid og rom. Det hele følger automatisk av termodynamikkens annen hovedsetning.

*God jul*

# *Veien ut av*

# **SPISEFORSTYRRELSEN**

Jeg er en kvinne på 32 år som utviklet spiseforstyrrelse da jeg var 19. For to år siden var jeg til behandling på Modum Bad i tre og en halv måned. I dag er jeg helt frisk.

Spiseforstyrrelse handler ikke om mat. Det handler om følelser. For meg var det en mestringsstrategi for å takle vonde følelser. En dårlig mestringsstrategi, men i mangel av en bedre løsning var det en måte for meg å døyve eller bli kvitt følelser på.

Det handlet om følelser som jeg ikke klarte å sette ord på. Følelser som jeg ikke torde å snakke med andre om. Følelser som handlet om at jeg var et dårlig menneske, at det var for mye av meg og at jeg aldri var god nok.

Hvorfor endte jeg opp med spiseforstyrrelse har jeg mange ganger spurrt meg selv. Hva var det som gjorde at jeg ikke hadde det bra? Jeg tror det er noen elementer både ved meg og min personlighet, ved min oppdragelse og noen erfaringer jeg har gjort livet som førte meg dit.

Jeg kommer fra en familie som har vært opptatt av kropp og slanking og jeg fikk en del kommentarer i ungdommen om å bli kvitt valpfettet. Det var strengt hjemme hos oss og spesielt rundt manerer. Flere ganger måtte jeg spise opp maten min på do fordi jeg spiste stygt. Jeg tror en svært stresset matsituasjon i barndommen ikke var spesielt sundt for meg.

Jeg har alltid vært veldig utadvendt og har hatt masse selvtillit, vært flink og ressurssterk, men samtidig følt meg som et dårlig menneske, en som tok for mye plass, en som var for bråkete, for brautende og for utadvendt, uredd og ubekymret. Jeg mislikte min utadvendthet og ønsket jeg var mer elskverdig, mer stille og forsiktig.

Jeg var en krevende unge og en hard nøtt mente min far og en dag ville jeg møte min overmann for jeg trengte en som kunne stagge meg. Jeg var som en «bulldozer». Han var samtidig veldig stolt av hvor godt jeg gjorde det på skolen og hadde store ambisjoner på mine vegne. Når jeg ble uteksaminert fra universitetet som nr 2 i mitt kull, lurte han på hvorfor jeg ikke var nr 1.

Jeg møtte min eksmann som 19 åring. Han hadde som mål at livet mitt skulle være så smalt at fingrene hans møttes når

han holdt rundt meg. Han var voldsom og dominerende, og jeg trodde jeg hadde funnet det jeg trengte – min overmann. Jeg ble veldig ydmyk og veldig syk. Jeg spiste på det verste to kjeks om dagen, men nekret å innrømme for meg selv at jeg hadde anoreksi. Jo tynnere jeg ble, jo mindre plass følte jeg at jeg tok og jo bedre menneske trodde jeg at jeg ble. Etter studietiden kom jeg tilbake til hjemstedet mitt – skilt, med veldig mye skam og veldig mye å dekke over.

Jeg skjønte at jeg måtte gjøre noe med situasjonen, men idet jeg prøvde å begynne å spise gikk anoreksien over i bulimi. Jeg hadde ikke spist på så mange år at når jeg endelig skulle begynne å spise, tok kroppen over, eller om det var jeg som mistet den kontrollen jeg følte jeg hadde med anoreksien, jeg vet ikke.

Jeg brukte mye tid og krefter på å skjule spiseforstyrrelsen. Jeg hadde en jobb hvor jeg følte at jeg ikke kunne vise svakhet. Jeg jobbet derfor døgnet rundt for å dekke over både sykdommen og min udugelighet.

Midt oppi dette ble min mor syk av kreft. Da hun døde veide jeg 47 kg, var forferdelig deprimert og kastet opp 8 ganger hver dag. Jeg ble da sykmeldt i ett år mens jeg ventet på å komme inn på Modum Bad.

Det året møtte jeg han som jeg i dag er så heldig å være gift med. Jeg orket ikke lenger å dekke over noe og fortalte han ganske fort at jeg var syk. Jeg har alltid målt min verdi i prestasjoner og hadde aldri følt meg så verdiløs som da. Han ville ha meg likevel. Det var fantastisk og veldig overraskende å oppleve at noen kunne elske meg for den jeg var uavhengig av hva jeg presterte og selv om jeg hadde denne forferdelige, ekle sykdommen. Men det ville han altså. Han støttet meg hele veien før, gjennom og etter sykdommen. Jeg tror ikke jeg hadde klart det uten han. Han ga meg en grunn til å ønske å bli frisk og mot til å gjennomføre det.

Så da kom jeg til Modum da, forelsket, tynn og redd. Det var forferdelig skummelt og veldig godt å komme dit. Jeg var veldig motivert når jeg kom dit for jeg visste at jeg måtte bli frisk. Jeg var så sliten både fysisk og psykisk at det var ikke noe alternativ å fortsette å være syk.

Det første jeg merket var at det var en spesiell atmosfære der. Trygg og akseptende. Jeg følte meg akseptert for den jeg var uten å måtte prestere noe som helst. Igjen veldig uvant for meg. Det første som skjedde var at jeg slapp sorgen frem. Jeg sørget inderlig over de ti årene jeg hadde tapt. De ti årene som mest av alt hadde vært slitsomme, triste, vanskelige og ensomme.

På Modum møtte jeg et tredelt opplegg for behandling av spiseforstyrrelser som besto av: individuell terapi, gruppeterapi og håndtering av matusiasjonen. For meg ble det kombinasjonene av disse tre elementene som hjalp meg fordi de utgjorde en helhet som ivaretok hele mitt problem.

**FOR Å TA MATSITUASJONEN FØRST** – det var vel den som var vanskeligst å takle på det tidspunktet. Opplegget var lagt opp slik at vi måtte spise fire faste måltider av 500 kal tilsvarende 2000 kal hver dag. Dvs normale måltider. Det var ikke noe type opptrapping hvor vi begynte forsiktig og gradvis økte. Det var rett på full kost.

Det var tøft for å si det mildt! Etter ikke å ha spist ordentlig på 10 år reagerte kroppen min som en strikkball. Med kvalme, fordøyelsesproblemer, halsbrann og sovnproblemer. Jeg sov i snitt to timer per natt gjennom hele oppholdet på Modum. I tillegg kom det psykiske ubehaget ved å spise. Det var ti ganger verre. For meg var mat blitt en fiende, noe som ikke hørte til i kroppen min, noe jeg assosierer med vonde følelser. Jeg kan sammenligne det å spise for meg på den tiden med å svele levende edderkopper og etterpå kjenne på at de kryper rundt i magen. Jeg merket at jeg nærmest koblet ut i de nærmeste timene etter hvert måltid.

Vi hadde psykatiske sykepleiere som kontaktpersoner, spesielt i forhold til håndtering av maten. De var tilgjengelig for samtaler og støtte til enhver tid og vi hadde ukentlige møter hvor vi så på strategier for å takle maten, både på Modum, når vi var hjemme på permisjon og i ettertid.

#### DEN ANDRE DELEN JEG NEVNTES VAR:

GRUPPETERAPI OG GRUPPENS ROLLE  
I BEHANDLINGSSOPPLEGGET.

Vi hadde gruppeterapi hver dag. Temaene kunne være alt fra opp-læring i kost og ernæring til diskusjon rundt eget selvbilde. Ofte ble temaet vonde opplevelse eller erfaringer fra en i gruppa. Det var mange som

hadde opplevd mye vondt – alt fra overgrep og misbruk til skilsmisser og dødsfall i nærmeste familie. Vi gråt mye sammen.

Både psykiaterne og de psykatiske sykepleierne var med i gruppeterapien. De brukte kognitiv terapi som modell i behandlingen. Kognitiv terapi består av å se på om de følelser som blir utløst i en konkret situasjon gjenspeiler virkeligheten og om det finnes alternative tanker og adferd som er bedre enn den man valgte. Den måten å jobbe på fikk meg til å se at det var måten jeg oppfattet meg selv på det var noe galt med, ikke med meg.

Når det gjaldt gruppens rolle i behandlingsopplegget, betyddet den veldig mye.

Vi var sammen stort sett hele tiden, unntatt når vi hadde individuell terapi.

Min gruppe fikk et veldig godt samhold. Vi tok mye ansvar for hverandre og jeg tror at gruppen var veldig avgjørende for hvor bra det gikk for meg. Jeg følte meg veldig trygg og akseptert i gruppa, noe jeg anser nærmest som et kriterium for å lykkes i den settingen hvor man skal utlevere det sørreste og mest intime om seg selv.

ILLUSTRASJONSFOTO



Gruppen spiste sammen og hadde ansvar for å ta vare på hverandre etter måltider gjennom såkalt ettermøter hvor vi samlet oss og snakket om hvordan vi hadde det. Det var et veldig nyttig element fordi vi slet alle forferdelig etter måltider. Vi trengte en viss oppfølging, men det hadde føltes som tvang hvis det hadde vært personalet som hadde den rollen. Det kollektive ansvaret i gruppen myndigjorde oss, fikk oss til å ta vare på hverandre og ta ansvaret for egen forbedring.

**DEN TREDJE DELEN I BEHANDLINGSSOPPLEGGET VAR DEN INDIVIDUELLE TERAPIEN**  
 Jeg opplevde at vi i den individuelle terapien gikk mer inn i de bakenforligende årsaker til spiseforstyrrelsen. For meg var det temaer som relasjoner til nærmeste familie, prestasjonskrav, opptatthet av hva andre mennesker synes om meg og selvforakt. For meg resulterte den individuelle terapien i at jeg skjønte at jeg ikke var så verst likevel. Alle de oppfatningene jeg hadde om meg selv – at jeg tok for mye plass, at jeg var uspiselig, presterte for dårlig – de begynte å avta. Jeg klarte å se at slik jeg hadde oppfattet meg selv gjennom mange år ikke nødvendigvis stemte med virkeligheten.

**I DAG ER JEG GANSKE FORNØYD MED MEG SELV OG LIVET MITT.** Fornøyd med livet mitt fordi jeg er fri – fri fra spiseforstyrrelsen – fri til å gjøre hva jeg vil, til å føle glede og sorg, til å være i suget, til å dra på hyttetur med venner og gå på restaurant. Fornøyd med meg selv fordi jeg har klart å bli frisk og fordi jeg har kommet frem til at jeg ikke er så verst. Ikke det at jeg er noe fantastisk menneske, men jeg tror jeg er helt normal – med noen positive og noen negative sider som jeg godt kan leve med. Målet er ikke lenger å være perfekt, men å være normal og det er ubeskrivelig deilig.

**TIL SLUTT ET HJERTESUKK.** Det er mange som sliter med spiseforstyrrelser og mørketallene er store. Det er generelt altfor liten kunnskap om dette temaet. Vi har for få behandlingsinstitusjoner og altfor lange ventelister. Og kanskje aller viktigst: vi trenger kontinuitet og samordning av tjenestetilbuddet. Jeg ventet i ett år på å komme inn på Modum og fikk avslag på avslag om oppfølging når jeg kom hjem. Jeg måtte virkelig bruke de ressursene jeg hadde på å få oppfølging og det var den oppfølgingen som gjorde at jeg klarte å gå det siste lille stykket å bli helt frisk. Dette bør ikke være pasientens ansvar! Det offentlige bruker ca 2000 kr på en pasient med spiseforstyrrelse på institusjon i døgnet. Det er veldig uøkonomisk å ikke sikre pasienten oppfølging i etterkant av et slikt tilbud. Jeg tror man mister mange som er på god vei ved at man står alene umiddelbart etter oppholdet i en uhøy sårbar posisjon.

Hjem bør så ha ansvaret for hele pasientforløpet? Bør fastlegene ha en mer sentral funksjon i forhold til å sy sammen et helhetlig tjenestetilbud til mennesker med spiseforstyrrelser? De sitter i en posisjon hvor de ofte både identifiserer diagnosen, søker om behandling på vegne av pasienten og følger opp pasienten i etterkant av behandling.

Jeg skriver denne historien i Utposten fordi jeg tror erfaringer fra pasienter er verdifulle. Pasientene er de eneste som går gjennom hele forløpet i en behandling. Det viser seg jo også at det er nettopp i overgangene kvaliteten ofte svikter. Helsepersonell bør kanskje bli flinkere til å ta pasientene med på råd når det gjelder å utvikle og forbedre tjenestene?

Hilsen «frisk»

#### C Imigran® (GlaxoSmithKline) Migrænmedd.

T 36.  
**T INJEKJONSVERKSKE:** 12 mg/ml i 3 ml innst. : Sumatriptan, succin, aqvg. sumatriptan, 12 mg, natri chlorid, 7 mg, aqua ad inctc, et al 1 ml.  
**T NESESspray:** 20 mg/dose: Hver dose innst. : Sumatriptan, 20 mg, const. e.s.  
**T STIKKPILLER:** 25 mg: Hver stikkpiller innst. : Sumatriptan, 25 mg, const. e.s.

**T TABLETTEN:** 50 mg og 100 mg: Hver tablet innst. : Sumatriptan, succin, aqvg. sumatriptan, 50 mg, resp. 100 mg, lactos, 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Jernoksid (E 172), titanoksid (E 171) 100 mg: Teaxidoksid (E 171).

**Indikasjoner:** Ajektivmigræne: Akutte anfall av migræne med eller uten aura. Cluster hodepine. Nesepres: stikkpiller og tabletter. Akutte anfall av migræne med eller uten aura.

**Dosering:** Til behandling av akutte anfall av migræne og cluster hodepine. Må ikke brukes pros-taktsik. De antatte dosene er ikke oversikt. **Cluster hodepine:** Volane (18-65 d): Injeksjonsverkske: Dosering: se tabell. Migræne: Volane (18-65 d): Injeksjonsverkske, nesespray, stikkpiller og tabletter. Dosering: se tabell. For tabletter er anbefalt startdosis 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespray kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved blivkningen. Injeksjon eller nesespray bør brukes hvor raskest innstendige effekt er nødvendig, ellers ved kvalme og opkast. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrænehodepine. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallen har var i når behandlingen startes. Dersom symptometene lønnes av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose ges, se tabell for tid mellom dosene. Dersom effekt av første dose utblir, er det like synstyrkig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migræne-anfall. Imigran kan imidlertid tørskles ved neste anfall. **Ajektivmigræne:** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bør ses lekarsavisningen nøy, og spesielt legge merke til håndterlig av sprayen. En følgelig spray (6 mg) injiseres subkutan. **Tabletter:** Tabellene svøles heile med et 1/2 glass vann.

	Værlig dosering	Maks. dagdosis	Tid mellom dosene
<b>Injeksjonsverkske:</b>			
Migræne:	1 sprayte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodepine	1 sprayte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesespray:	1 dose (20 mg) i det ene øyeblot	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
<b>Stikkpiller:</b>	1 stikkpiller (25 mg) i endearmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
<b>Tabletter:</b>	1 tablette 50 mg ev. 100 mg	300 mg	Min. 2 timer

**Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for imidoksosofen. Tidligere hjerteinfarkt, ischemisk hjerteinfarkt, Prinsimeta angina/korsør vasospasme, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på ischemisk hjerteinfarkt. Cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske ischemiske anfall (TIA). Ukontrollert hypertension. Alvorlig nedsett leverfunksjon. Samtidig bruk av præparater som lekkesaker ergotamin eller ergotaminindanner. Samtidig bruk av monoaminoksydaseinhibisjoner eller i over etter slik behandling.

**A. Forsiktighetstegn:** Skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tryggt at man har migræne eller cluster hodepine. Ved høi pasientene henvises til neurolog. Sumatriptan er ikke indirekt ved hemiplegisk, ohalmoplegisk eller basilaris-ohalmop. Som ved annen akutt migrænebehandling, bør alvorlige neurologiske tilstander utelukkes før man behandler en mydagnostisert migræne eller migrænepasienter med atypiske symptomer. Migrænenepasient kan være spesielt utsatt for migræneblikk hos cerebrovaskulære hender (Teks., cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migræne. Koronar sykdom må utslettes før Imigran tørskles til pasienter hvor hjerteinfarkt dom kan misères. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høy blodtrykk (kontrollert), da blodtrykksstigning og økt vaskulær motstand er rapportert hos et fått pasienter. Det har vært rapportert stikkpiller, hyperreflexi og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv serotoninrezeptorklaminer (SSR) og sumatriptan. Pasienten bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSR er indirekt. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer overfor sulfonamider som senker kampsmerter. Pasienter med kjent overføsning overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hodepakkjer til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike krysreaksjoner, men forsiktighet bør utvises for bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tøvverpene må det på 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisering eller effekten av legemidlet, som Teks., nedsett øyefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsett leverfunksjon. Dosering skal optreves som et resultat av migræne-symptomer hos pasienten med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisering eller effekten av legemidlet, som Teks., nedsett øyefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til behandling av denne. Forsiktighet bør utvises ved bilkåring, betjening av maskiner o.l. Pga. begrenset etering, bør sumatriptan instillert videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyretarmat innen normal spontan forekomst er rapportert.

**Interaksjoner:** Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med lithium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og SSRI (se Forsiktighetstegn).

**Graviditet/Ammung:** Overvåp i placenta: Eftertak med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lavt margin mellom anbefalt kinisk dose hos mennske og doser som har gitt forstørrelse i dyreforskning. Bruk under svangerskap fratildes derfor. Overgang i morseliv: Utslikk i morseliv. Ammung: Det anbefales at metilen fra de første 8 timene etter administrering av sumatriptan tas bort. Hverret ammung kan genoptas.

**Bivirkninger:** Injeksjonsverkske: Den mest vanlige bivirkningen er forbipående smerte på injeksjonsstedet. Stikkpiller/antenne: Headache, opphiving, ørytm, merke og blødning har også vært rapportert. Nesepres: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesespray er spraysmak. Mindre høyring er lett, forbipående irritasjon eller brennende følelse i næsehullet, eller næseblodning. Høyring (> 1/1000). Gastrointestinale: Kvalme, og opkast. Neurologiske/Psykiske: Svimmelhet, Sirkulatoriske: Forbipående blodtrykksstigning (10 mmHg). Rodme, Øvrige: Sverte, kribling, varme, tynngå, trykk og stramninger i deler av kroppen, inkl. bryst og halsregion. Symptomer: Et hovedsakelig mildre og konvulsive, men kan i enkelte tilfeller være intense. Tretthet, designt og matthet. Mindre høyring: Hud: Utslett. Endringer i leverfunktionsparametere. Sjeldne (< 1/1000): Neurologiske/Psykiske: Epileptogene anfall. Sirkulatoriske: Blodtrykkstabilitet, bradykardi, tåskynd og hjerteinfarkt. Koronær ekspansjon i perifer karnitostand. Spasmer i koronærarteriene, ischemisk kolli. Raynauds syndrom, Syf, Flimner, dobbeltvist, nystagmus, skotoma, nedsett syn. Øvrige: Overføsning av reaksjoner fra hodepakkjer til spesielle tilfeller av anafylaksi. Sumatriptan har vært assosiert med forbipående symptomer som brystsmerte og stramninger, øgå i halsregion. Disse kan føles intense. Disse symptomer kan forvirkes med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller være forståsaket av koronærvasospasme. Nedverdigende underhåndssmerter må hentes dersom symptome tyde på ischemisk hjerteinfarkt. I ekstremt sjeldne tilfeller (< 1/10 000) har det vært rapportert asymmetrisk, forbipående ischemiske EKG-forandringer etter hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbipående tap av syn vært rapportert. Synsforskytter kan også skyldes selve migræneanfall.

**Egenskaper:** Klassifisering: Vaskuler SHT1 -rezeptoragonist. Virkungsmechanisme: Selekktiv SHT1 -rezeptoragonist uten effekt på SHT2 - og SHT3 -rezeptorer. SHT1 -rezeptorer er funnet i hovedskjell i carotisarteriene. Dilataasjon av disse kan antas å være den underliggende mekanismen ved migræne. Selv om enkelt personell døse av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividualt varianter. Sumatriptan har også effekt ved akut behandling av migrænen i forbindelse med menstruasjon.

**Absorpsjon:** Subkutan injeksjon: Raskt og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biologigjengjeld: 9%-. Nesepres: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biologigjengjeld: 15 %. Stikkpiller: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biologigjengjeld: 14 %. Tablett: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biologigjengjeld: 14 %. Proteinbinding: 14-21 %. Halveringsperiode: Ca. 2 timer.

**Metabolisme:** Metabolisert ved hovedsakelig til et indirekte midstyrkeprodusent av sumatriptan uten SHT1 eller SHT2 aktivitet. Utslikker: 1 urinren.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsverksken beskyttes mot lys. Nesepresene og stikkpiller oppbevares ved 2-10 °C.

**Pakninger og prikker:** **Nesepres:** Med GlaxoPent: 2 x 0,5 ml kr 520,60. 2 x 1,0 ml kr 521,60. 6 x 0,5 ml kr 1341,60. **Nesespray:** Endoseholder: 6 doser kr 610,40. 12 doser kr 1208,80.

**Stikkpiller:** 6 stk. kr 334,65. **Tablett:** 50 mg: Empac: 6 stk. kr 240,90. 12 stk. kr 647,50. 100 mg: Empac: 2 stk. kr 247,10. 6 stk. kr 615,10. 18 stk. kr 1804,70.

Priser av 02/2002

# *Er du fornøyd med dagens system for etter- utdanning og kvalitets- forbedring i allmenn- praksis?*

Allmennleger har tilgang til et «koldtbord» av tilbud om etterutdanning og kvalitetsforbedring. Kurs i Norge, kurs i utlandet, fag-møter, tidsskrifter, elektro-niske verktøy osv osv. På den annen side får medarbeidere et mindre sjenerøst tilbud. Men hvilke av disse tilbudene bruker leger og medarbeidere, og i hvilken grad passer tilbudene til deres behov?

Legeforeningens forskningsinstitutt sender ut et spørreskjema i slutten av oktober til over 1000 allmennleger og et lignende antall medarbeidere. Spørreskjemaet er utarbeidet av Avdeling for helsetjenesteforskning, SHdir, i samarbeid med Alment praktiserende legers forening, Norsk selskap for allmennmedisin, Norsk helsesekretærforbund og andre. Legeforeningens Forskningsinstitutt er ansvarlig for utsending og innsamling av resultatene. Prosjektet er finansiert av Legeforeningens kvalitetssikringsfond I.

Etterutdanning og kvalitetsforbedring er viktig for å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene som ytes for pasientene i norsk allmennpraksis. Det er derfor avgjørende at svarene gjenspeiler det mangfold som finnes blant allmennleger og medarbeidere.

Svarene fra spørreskjemaene vil identifisere områder hvor tilbudene for etterutdanning og kvalitetsforbedring kan gjøres enda bedre. Siden spørreskjemaet skal til både leger og medarbeidere, inviterer vi til en konkurranse mellom leger og medarbeidere om hvilken gruppe som oppnår den høyeste svarprosenten. Hvilken yrkesgruppe som kommer til å vinne gjenstår å se.

Eventuelle spørsmål om undersøkelsen kan rettes til instituttsjef ved Legeforeningens forskningsinstitutt, Olaf Gjerløw Aasland, tlf. 23 10 90 65, e-post: olaf.aaslane@legeforeningen.no, eller prosjektleder Signe Flottorp, tlf 24 16 32 95, e-post: signe.flottorp@shdir.no.

*Annonsér i Utposten*

*Abonner på Utposten*

*Annonsér i Utposten*

*Abonner på Utposten*

*Annonsér i Utposten*

*Abonner på Utposten*

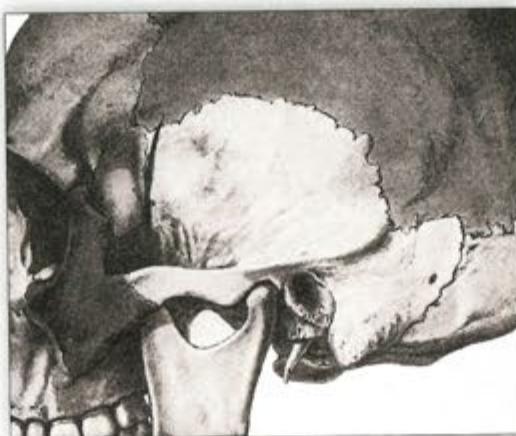
SE SIDE 16 OG S.40

# ORD OM ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt, og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til. I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne. Det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet, og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

## Tinning

Denne tynneste delen av hodeskallen har i de nordiske språk fått sitt navn nettopp fordi det er så tynt, på oldnorsk het det *thunnvangi* som betyr tynnsiden. Islendingene bruker forresten dette ordet fremdeles. Det sies at gamle folk i Setesdal fremdeles bruker formen *tunnvengen*. På nederlandsk heter denne delen av hodeskallen *slaap*, på tysk *Seläfe*. De forbinder altså dette beinet mest med at man ofte ligger med denne delen av skallen mot hodeputen når man sover. Mer uforståelig er det latinske *os temporale*. For å forstå det må vi gå tilbake til det greske *temnein* som betyr å kutte eller dele men også å skade eller lemlest i krig, og siden dette er det tynneste partiet i hodeskallen fikk beinet sannsynligvis sitt navn fordi man visste å sikte på det med sine slagvåpen. Ordet *tempus* som er avledet av *temnein* betyr tid, tempo. For grekerne var tiden noe som ble delt i dager, netter, måneder og år. Noen mener at os *temporale* fikk sitt navn fordi man ved å palpere dette beinet mente å kunne lese skiftninger i et menneskes tilstand akkurat som man leste tidens skiftninger på himmelen.



Man kan også si at tiden er en passe blanding av f.eks vinter, vår, høst og sommer eller dag og natt. Da kan vi forstå at ordet *temperatur* også har samme opprinnelse. Temperatur er avledet av det latinske *temperatio* som betyr en passe blanding eller (legems)beskaffenhet. Tidsbegrepet er altså forsunnnet på veien, men når vi tenker på middelalderens klokktetro på humoralpatologien skjønner vi at man har tenkt at blandingsforholdene av kroppsvæskene har bestemt både over *temperament* og temperatur, faktorer som jo igjen har hatt stor betydning for menneskers helse.

## Tablett

Ordet *tablette* er fransk og betyr et lite bord, plate, tavle eller hylle (jfr det engelsk *table* og latinske *tabula*). Moses mottok Herrens lover på stentavler (*tabula*) på Sinai berg. I Snorre leser vi at man spilte brettspill, kalt *tafla*. Opprinnelig brukte man ordet *tabloid* om det vi i dag kaller tablett der siste del av ordet kommer av det greske *eidos* som betyr «lik, men ikke det samme som». Ordet *tabloid* ble offisielt registrert i 1884 i London av firmaet Messrs. Burroughs, Wellcome and Company som varemerke på deres oppfinnelse av en liten, komprimert plate som inneholdt medisinsk virkestoff. Det har ikke vært mulig å finne ut når man gikk over til å bruke begrepet *tabloid* om de «små» letteste avisene (som jo da likner en «ordentlig» avis, men ikke er helt lik den) og heller brukte ordet *tablett* om piller. Så kan man undre seg på hvordan ordet *pille* kom til å få den betydningen det har fått. Det franske *pilule* er hentet fra det latinske *pilula* som betyr ball. Også på gresk finner vi ordet *pilos* som betyr ullball eller hårete, filtliknende ball. Romerne brukte slike baller i lek. Nå kjenner vi igjen ordet *pilonidal cyste* som er en håret dermoid cyste som utvikles som en liten utviklingsdefekt der vi engang i tidligere tider hadde hale. Opprinnelig var pillene trill runde som baller fordi man blandet aktuelt medisinsk virkestoff med f.eks laktose, som hadde en palstikkliknende form og trillet ut pillene for hånd. Pille-triller-tremor som er karakteristisk for Mb Parkinson ble naturlig nok ikke nevnt som et symptom på denne lidelsen av James Parkinson (1755–1824) i sin artikkel «Essay on the Shaking Palsy» fra 1817 fordi ingen trillet piller på det tidspunkt. Seinere har dette symptomet blitt et vanlig karakteristikum på lidelsen.

Jannike Reymert

### Kilder:

Hjalmar Falk og Alf Torp: Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstøms Antikvariat. 1994.

William S.Haubrich: Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia. 1997.

# DiagnoStick

For presis og rask diagnose



Prøvetakingspinne til bruk i nasopharynx eller på lesjoner i hud og slimhinne  
– og et transportmedium for PCR-analyse.

DiagnoStick brukes for å påvise  
Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia  
pneumoniae og Bordetella pertussis.

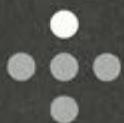
DiagnoStick kan også påvise luftveisvirus:  
influensa A og B, parainfluensa 1,2,3,  
RS-virus A og B og adenovirus.

Sammenlignet med serumprøver er DiagnoStick

- raskere
- mer presis
- enklere
- smertefritt
- rent, uten blodsol
- svært spesifikt
- mer sensitivt

Prøvetakingsutstyr bestilles fra:

Mikrobiologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, postboks 56, 9038 Tromsø  
Telefon 77 62 70 10, telefaks 77 62 70 15, E-post: diagnostick@unn.no, Web: www.unn.no/diagnostick



**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**  
Mikrobiologisk avdeling

# Lyrikk

## 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

Takk til Bente som ga meg pinnen i Lyrikkstafetten. Diktet jeg velger meg minner meg om julen i Gudbrandsdalen. Dette ikke bare på grunn av innholdet, men også fordi mor til bestevenninnen min deklamerte diktet titt og ofte før jul. Ho var fra Toten og snakke så breitt.

Jula for meg var familial, hjemmelaga julemat og godt brukt julepynt som vi måtte lime og bøte. Alt skulle være slik det

var i fjor. Og så gikk vi julebukker til kjente i grenda. Gamle damer syntes vi, de var i alle fall over førti. Tørr, knasende snø under beina. Men første juledag måtte vi være hjemme. Det var ikke vanlig at en gikk bort den dagen. «Slik hadde det vori i ælle år.» Slik var mitt bæssmorfang.

God jul.

## ROMJULSDRØM

En skulle vør i fire år i romjul'n  
og kjint ei jente som var nesten fem,  
og begge skulle kledd seg ut med masker  
og kømmi julbokk tel et bæssmorhem.

Og klokka skulle vara midt på dagen  
og vægen skulle vara lett å gå,  
og ælle bikkjer skulle vara inne  
og ælle biler skulle bære stå.

Og hvis en møtte onger etter væga  
som gjorde nar og ville vara med  
da sku en hatt en bror i femte klassen  
som rødde væg så folk fekk gå i fred.

Og bæssmorhuset skulle mæssom såvå  
og bak gardina skulle ingen sjå –  
før vi fekk stiltre øss på tå i gangen  
og feste maska før vi banke på.

Så sku vi klampe inn på høye hæler  
og kvinke julbokkmål «Godkvell, godkvell».  
Og djupt i stolen sku a bæssmor svara:  
«Så kom det julbokk åt en stakkar lell!»

En skulle vør i fire år i romjul'n  
da julelysa brente dagen lang –  
da væla var et hus med fire veggger,  
og saligheta var et bæssmorfang.

Alf Prøysen



Som neste deltager utfordrer jeg Karoline van der Hagen, Sentrum Legekontor, Fredrikstad.

Hilsen Margrethe Hansen

# ?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonel om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens leser.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80 • RELIS Øst (Ullevål US) tlf: 23 01 64 11 • RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60  
RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58 • RELIS Nord-Norge Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

## Flukonazol ved behandling av Candida-infeksjoner hos mor og barn

Avtor: seniorrådgiver, cand. pharm Hanne Stenberg-Nilsen  
og seksjonsleder, cand. pharm Tone Westergren, RELIS Sør

Soppinfeksjoner på morens brystvorter og/eller i barnets munnhule er et kjent problem i forbindelse med amming. I slike tilfeller brukes vanligvis behandling med Mycostatin (nystatin), krem til moren og mikstur til barnet samtidig. Dersom denne behandlingen ikke har effekt, har noen god erfaring med å bruke Diflucan (flukonazol) ved vanskelige tilfeller. Flukonazol-behandling inngår ikke i vanlige terapianbefalinger, man ønsker derfor dokumentasjon om bruk av flukonazol på denne indikasjonen, samt opplysninger om overgang i morsmelk og eventuell risiko for barnet.

Behandling av soppinfeksjoner i munnhulen hos barn og/eller på mødrenes bryster i forbindelse med amming samt aktuelle legemidlars overgang i morsmelk har tidligere vært utredet av RELIS (1,2,3) og svenske legemiddelinformasjonssentre (4). Slike soppinfeksjoner er stort sett forårsaket av *Candida albicans*. Trøske oppstår lett hos spedbarn, og det er risiko for (re)smitte mellom barnets munn og morens brystvorter ved amming. Dersom medikamentell behandling er indisert, er det viktig at både mor og barn behandles samtidig for å unngå reinfeksjon.

Lokalbehandling med imidazolderivater eller nystatin har vært vanlig anbefaling i Norge ved soppinfeksjoner i hud og slimhinner (5). Vanlig praksis har vært at spebarna pensles i munnen med nystatinmikstur mens mødrene bruker imidazol- eller nystatinkrem på brystvortene (2).

Nystatin er et rimelig og velutprøvd middel som virker spesifikt på candida, og som har vist liten eller ingen resisten-

sutvikling. Minimale mengder absorberes fra gastrointestinaltraktus til systemisk sirkulasjon. Det utskilles stort sett uendret i faeces etter peroral bruk og belaster dermed heller ikke leveren. Det anses som trygt å bruke til ammende. Eneste kjente kontraindikasjon vil være overfølsomhet overfor nystatin (1).

Imidazol- og triazolderivater som klotrimazol, mikonazol, ekonazol og ketokonazol kan benyttes på affiserte hudområder. Imidazolene kan forårsake lokal irritasjon, men allergitendensen er liten. Overgang til morsmelk ved lokal behandling på og rundt brystvorter er ikke studert. Alle virker på flere sopparter enn candida. Det finnes ikke produkter på markedet som egner seg for behandling av trøske i munn og svelg (1).

Ytterligere et alternativ kan være systemisk behandling av moren med klotrimazol tabletter som er i registrert noen land. Dette vil være et dyrere alternativ enn nystatin (1).

I tillegg til legemidlene ovenfor finnes flukonazol, itrakonazol og ketokonazol og terbinafin til peroral bruk. Alle disse virker også på andre sopparter og farene for resistenssutvikling er større enn for nystatin. Det tilslirer at man skal reservere bruken av dem til mer alvorlige systemiske infeksjoner, infeksjoner med andre sopparter samt for candidainfeksjoner som ikke responderer på lokalbehandling. Peroral behandling med flukonazol er dyrere, men skal ifølge én kilde (6) være mer effektivt og ha færre bivirkninger enn ketokonazol ved soppinfeksjoner i munnhulen (trøske).

## Bruk av flukonazol

Det kan synes som om behandlingstradisjon og terapiantbefalinger varierer i forskjellige land, og at flukonazol benyttes i større grad i utlandet enn i Norge. Kliniske behandlingsstudier mangler (7), men det er publisert enkelte artikler og kasuistikk om flukonazol i behandlingen av soppinfeksjoner hos mødre og barn som ammes.

I en spørreundersøkelse som ble besvart av 312 amerikanske leger som er eksperter på amming (7) fant man at flukonazol peroralt til moren samtidig med nystatin mikstur til barnet var den nest vanligste behandling som ble forsøkt ved førstegangsinfeksjon. Det mest vanlige var nystatin til begge, gitt som mikstur til barnet og krem på brystene til moren. Terskelen for å bruke flukonazol peroralt fremfor nystatin krem til moren var lavere ved vedvarende eller tilbakevendende infeksjoner, og mange svarte at de også ga flukonazol peroralt til barnet i slike tilfeller.

En artikkel referer til en behandlingspraksis med å gi 200 mg flukonazol som en metningsdose, og deretter 100 mg daglig i 15 dager. Dersom symptomene på soppinfeksjon vedvarer utover ca. to uker, økes dosen til 200 mg flukonazol daglig, og denne behandlingen fortsettes til symptomfrihet, ofte i flere uker (8).

I en annen kasuistikk beskrives behandling med flukonazol 100 mg daglig i 14 dager (9).

Ved et svensk sykehus ble det i 2001 beskrevet rutinemessig behandling med Diflucan (flukonazol) 50–100 mg/døgn i en til maksimalt to uker til ammende kvinner som fikk candidainfeksjon på brystene (4).

Lokalbehandling av brystvortene og/eller barnets munnhule, for eksempel med nystatin-preparater, samtidig med at moren får flukonazol, anses som viktig for å hindre reinfeksjon.

## Flukonazol og overgang i morsmelk

Flukonazol går over i morsmelk, og det er gjort flere studier der man har målt mengden legemiddel som gjenfinnes etter behandling av moren. Melk/plasma-forholdet er 0,46–0,85.

Dette innebærer at barnet får en teoretisk dose på 0,27–0,4 mg/kg/dag, men denne dosen utgjør bare 11–16% av morens vektjusterte dose, og er neppe tilstrekkelig til å kurere en eventuell soppinfeksjon hos barnet. Det er ikke observert komplikasjoner hos barnet etter eksponering for flukonazol via morsmelk. American Academy of Pediatrics har godkjent flukonazol for bruk til ammende mødre. Flukonazol regnes videre som et sikkert middel å bruke ved behandling av soppinfeksjoner hos spebarn, og den dosen barnet får via morsmelken er betydelig mindre enn den dosering som anbefales brukt til spebarn med systemisk candidainfeksjon (4,10,11).

## Konklusjon

Flukonazol vil normalt ikke være førstevalg ved medikamentell behandling av soppinfeksjoner på brystene hos kvinner som ammer, men kan være aktuelt i spesielle tilfeller som ikke har respondert på annen behandling. Samtidig lokalbehandling i barnets munnhule og/eller på morens bryster anbefales.

Flukonazol går over i morsmelk, men dosen som det diende barnet får i seg er betydelig mindre enn det som brukes i behandling av spebarn med systemisk soppinfeksjon. Det er ikke observert skadelige effekter hos barnet etter slik eksponering, og midlet kan brukes av kvinner som ammer.

## Referanser:

1. RELIS database 2002; sp.nr. 116, RELIS Øst.
2. RELIS database 2002; sp.nr. 1877, RELIS Sør.
3. RELIS database 1999; sp.nr. 1379, RELIS Sør.
4. Drugline database (Sverige) 2001; sp.nr. 18514.
5. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2001: 423.
6. Mandell GL et al, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases 2000; 5th ed., vol. 2: 2667-9.
7. Brent NB. Thrush in the Breastfeeding Dyad: Results of a Survey on Diagnosis and Treatment. Clin Pediatr 2001; 40: 503-6.
8. Hoover K. Breast Pain During Lactation That Resolved with Fluconazole: Two Case Studies (letter). J Hum Lact 1999; 15 (2): 98-9.
9. Bodley V, Powers D. Long-Term Treatment of a Breastfeeding Mother with Fluconazole-Resolved Nipple Pain Caused by Yeast: A Case Study. J Hum Lact 1997; 13:307-11.
10. Hale T. Medications and Mothers' Milk 2002; 10th ed.: 284-7.
11. Briggs GG et al. Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk 2002; 6th ed.: 557

*Redaksjonen ønsker alle lesere  
God jul og et godt nytt år!*

# Personlige ytringer

Det har vært en varm sommer...

I Tidsskrift for Dnlf 12/2002 den 10. mai (1) fikk intervjuet med NSAM-lederen meg til å sette morgenteen i halen og det avstedkom en kjapp spontanyttring på «hurtigmediet» til Eyr (2) som i sin tur ble skarpt kommentert av Tidsskriftets redaktør i Nr 14 (3): «Denne forsiktige tilnærmingen førte til en debatt på Eyr, allmennmedisinernes diskusjonsforum på Internett, en debatt som i starten mer dreide seg om person enn om sak. Slik frister ikke andre leger til å føre en åpen faglig diskusjon.»

Jeg har grublet på dette.

Ligger det vesentlige kulturforskjeller bak måten vi ytrer oss på, og uttrykker vi oss forskjellig og med mer spontanitet og direkte på et elektronisk, internettformidlet diskusjonsforum enn f eks i Utposten og i Tidsskriftet ?

Omsider ble det hele litt klarere.

Det var omtalen av novellesamlingen «Feber» av Levi Henriksen fra Kongsvinger i Dagbladet (4) og Dagens Næringsliv som fikk tanketåka til å lette..

Alle her i Bergensområdet og spesielt vi på strilelandet kjenner til «Salhusvinskvetten». Faktisk har de også opptrådt i Oslo, men antakelig for et snevert publikum? Vinskvetten (5) har mange sterke sangtekster, og en av disse er om «ho Anna», og hva rimer vel bedre på Anna enn «steik forbanna» i Bjørn Jensens framføring.

Jeg har alltid ment at takhøyden er stor i de fleste allmennmedisinske miljøene. Replikkene sitter løst og vi setter pris på humor – som til tider kan være nokså grov.

Skal vi komme fram til fortsatt gode organisatoriske løsninger for det allmennmedisinske fag og fagforeningen må vi unngå surmulig.

De fleste norske allmennpraktikere arbeider på landsbygda og det vil være synd hvis debatten som foregår i Oslo ikke har interesse utenfor bygrensen.

## Referanser:

1. Kvinne for sin NSAM-hatt, Ingrid M. Høie, Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1242-3  
[http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LTS.Vis\\_Seksjon?vp\\_SEKS\\_ID=542974](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LTS.Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=542974)
2. Eyr: Dar kjem ho Anna, steik forbanna ?  
<http://www.uib.no/isf/eyr/2002q2/009959.html>
3. På livet løs, Charlotte Haug , Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1351  
[http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LTS.Vis\\_Seksjon?vp\\_SEKS\\_ID=548089](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LTS.Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=548089)
4. Gode røverhistorier fra grensetraktene. UNN CONRADI ANDERSEN Dagbladet Mandag 26. august 2002 9:54 Henriksen, Levi Feber: fortellinger Gyldendal 227 s. Kr. 299,-  
<http://www.dagbladet.no/print/?/kultur/2002/08/26/347011.html>
5. Vinskvetten (tidl. Salhusvinskvetten) er velkjent på Vestlandet for sin strilehumor og sine selvironiske karikaturfigurer  
<http://www.panorama.no/plater/anmeldelser/U-AA/DeiBeste.htm>

John Leer

# EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56 15 74 00 Tlf.p.: 56 14 11 33, Fax: 56 15 74 01

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

Det er på tide med en liten påminnelse om «netikette» (Internet + Etikette = netikette) (I-13)

Båndbredden hjem til Ola og fra Kari har økt betydelig med utbredelsen av ADSL, og selv kjempefiler fyker nå av gárde i nettet med rasende fart.

Har du forvisset deg om at mottakeren virkelig har lyst til å få det store vedlgget, bildet, animasjonen, videoklippen eller hva det måtte være du sender av gárde?

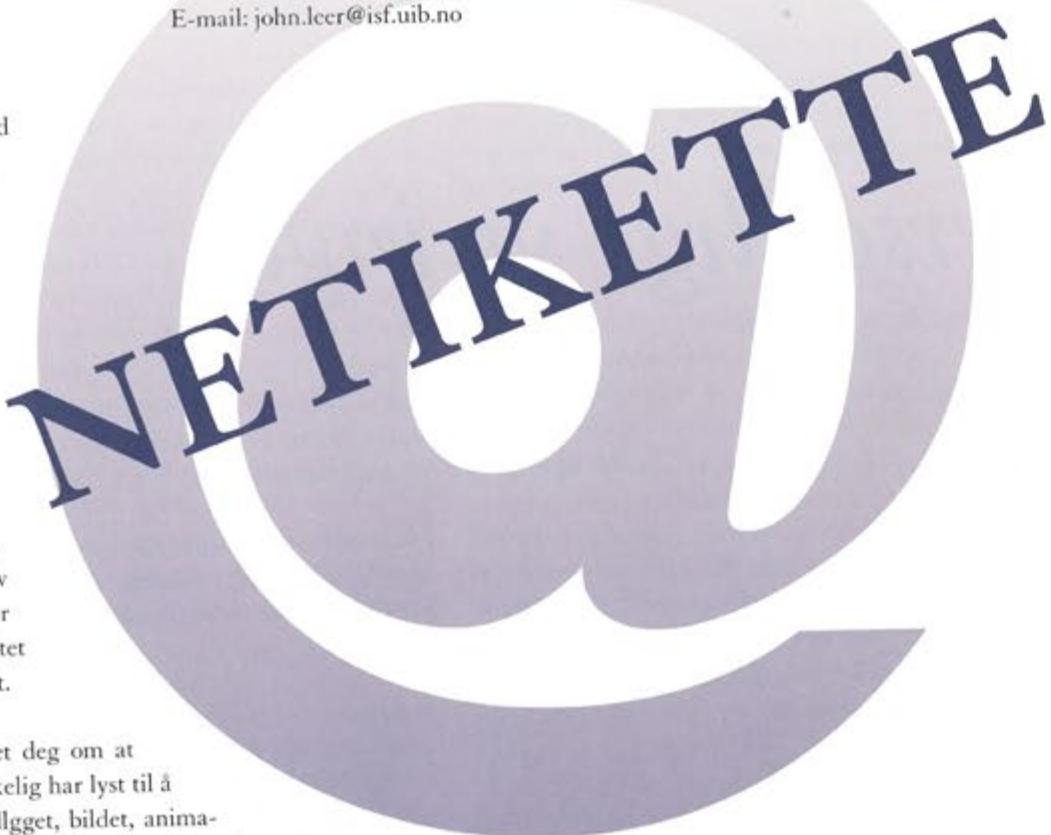
Vi må venne oss til at de fleste bruker pc, epost og internett i seriøse sammenhenger og ikke som leketøy. Et virusinfisert vedlegg kan bety maskinstopp og ekstraarbeid. Riktig ille er det når en med langsom forbindelse mottar store vedlegg som det vil ta lang tid og mange tellerskritt for å hente ned. På mottakersiden er det en god ide å bruke et program som viser postlista og vedlegg FØR nedlastingene starter. Et eksempel er MailWasher (14). Ellers er temaet Netikette meget omtalt og jeg viser til referanselisten for videre studier.

Helt til sist:

**EN MELDING SKREVET MED STORE BOKSTAVER BETYR AT JEG ROPER TIL DEG!**

Askøy i oktober 2002.

John Leer



#### Referanser:

1. Ofte besvarte spørsmål: Netikette i no.\*  
<http://www.stud.ifi.uio.no/~jani/OBS/OBS-netikette.html>
2. Internet + Etikette = Netikette  
<http://www.praxiz.net/irc/index.php>
3. Godt råd om opførsel på Nettet  
<http://www.netuni.dk/netiket/>
4. the WWW version of the book Netiquette by Virginia Shea  
<http://www.albion.com/netiquette/book/>
5. Die Netikette/Netiquette - Die Regeln des Usenet <http://www.benkoe.de/netikette/>
6. Netikette på Daily Rush: Retningslinjerne  
<http://www.dailyrush.dk/features/articles/290/>
7. Netikette på FLUG's mailinglister  
<http://www.flug.dk/pages/mailinlister/netikette.html>
8. Netikette: Regeln für die Beteiligung in einer Mailingliste  
<http://www.mediacoaching.de/netti.html>
9. Die klassische Netiquette  
<http://www.ping.at/guides/netmayer/netmayer.html>
10. Die Netikette <http://www.uni-leipzig.de/netkett.htm>  
<http://www.uni-leipzig.de/netz/netikett.htm>
11. Netikette <http://www.usenet.dk/netikette/>
12. Citatteknik er et emne, der er meget uenighed om. Det er to ting, der ofte diskuteres: Hvorfor man skal klippe i det citerede og hvorfor man skal svare nedenunder spørsmålene <http://www.usenet.dk/netikette/citatteknik.html>
13. Die Wein-Forum Netikette  
<http://www.wein-plus.de/weinforum/netikette.html>
14. MailWasher <http://www.mailwisher.net/>

## *Hymne til Josef*

Den unge Maria vandret  
engang til Betlehem by  
forteller den gamle legende  
som alltid er like ny.

Det var ikke rom i herberget.  
Men stallen var lun og varm.  
Så fødte hun der sin første sønn  
støttet av Josefs arm.

Stjernesoler og visemenn.  
Hyrder og englekor.  
Hva tenker den mørke Josef  
som aldri mælte et ord?

Gjennomstrålet av himmelsk glans  
lyste de hellige to.  
Hva tenkte den mørke Josef  
som bare var trofast og god?

Kanhende han svøpte sin kappe  
litt bedre om barnet og moren.  
Slik vernet han ordløs menneskets drøm,  
den hellige Josef av jorden.

*Inger Hagerup*

# 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>Bestillingsfrist</i>	<i>Materiellfrist</i>	<i>Utsendelse</i>
Nr. 1	24. januar	5. februar	Ultimo februar
Nr. 2	28. februar	12. mars	Primo april
Nr. 3	4. april	23. april	Ultimo mai
Nr. 4	9. mai	21. mai	Ultimo juni
Nr. 5	22. august	3. september	Ultimo september
Nr. 6	19. september	1. oktober	Ultimo oktober
Nr. 7/8	24. oktober	12. november	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, Sjøbergvn. 32, 2050 JESSHEIM  
 Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25  
 E-mail: rmrtove@online.no

Materiell: Elektronisk.

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

Raster: 48 – 60 linjer

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

Kontaktperson: Morten Hernæs. Tlf.: 63 86 44 63  
 E-mail: morten.hernes@pdctangen.no

# 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. 13. desember 1994.

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

GRANULAT TIL MIKSTUR. 15 mg/ml. 1 ml ferdigblandet mikstur innneh.: Clindamycin, palmit. hydrochlorid, aeqv. clindamycin. 15 mg, sacchar. 300 mg, acid. sorbic. (E 200) 0,6 mg, const. aqua purif. ad 1 ml. Sukkerholdig. Kirsebærsmak.

INJEKSJONSVÆSKE 150 mg/5 ml. 1 ml innneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin. 150 mg, alcohol benzylc. 9 mg, natri. edet. 0,5 mg, natri. hydroxid., aqua ad inlect. c.s. ad 1 ml.

KAPSLER. 75 mg, 150 mg og 300 mg. Hver kapsel innneh.: Clindamycin, hydrochlorid, monohydr. aeqv. clindamycin. 75 mg, resp. 150 mg og 300 mg, lactos. Fargestoff: 75 mg, 150 mg og 300 mg. Erytrosin (E 127), indigozin (E 132), 150 mg og 300 mg. Titandioskild (E 171).

#### 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.

Virkningsmekanisme: Iadekvate konsentraserne baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsynthese.

Absorpsjon: Så godt som fullstendig etter peroral administrering. Synes lite påvirkelig av samtidig fødeinnmat. Maks. serumkonsentrasjon nås ca. 45 minutter etter peroral administrering. Etter i.m. administrering nås maks. serumkonsentrasjonen innen 3 timer for voksne, 1 time for barn.

Proteinbinding: 68-95 % avhengig av serumkonsentrasjonen.

Forstilling: God vespenetrerasjonsveve og vevsdistribusjon.

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

Terapeutisk serumkonsentrasjon: 150 mg oral dose klindamycin til en voksen gav en gjennomsnittlig serumkonsentrasjon 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 skydes den uløsnede forbindelsen og metabolitten N-demetylklindamycin.

Utskillelse: Som bioaktive og bioinaktive metabolitter både i urin, feces og galle. Den fekale ekskresjonen dominerer. Ca. 10 % skilles ut i urinen i aktiv form og ca. 4 % i feces, det resterende skilles 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 betakaramaseproducerende organiser. Anaerobe infeksjoner, spesielt fremkalt av *Bacteroides fragilis*. Bakteriologisk undersøkelse og resistensbestemmelse bør foretas.

Kontraindikasjoner: Overromflintighetsreaksjoner for klindamycin eller lincomycin, selv om kryss-sensibilisering hittil ikke er påvist.

Bivirkninger: Vanligst forekommende er gastrointestinale besvær, ca. 8 %. Hypspile (1/100). Gastrointestinale: Mavebesvær, løs avføring eller diaré, næuse, brekninger. Mindre hypspile: Hud: Urticaria. Seldne (1/1000): Anahylakoide reaksjoner. Blod: Forbigående nytoprene/leukopeni. Gastrointestinale: Antibiotikaassosiert kolitt. Lever: Reversibel leverenzymplavirkning.

Forsiktighetstregler: Anbefales inntil videre ikke til spedbarn under 1 måned. Dosefordeling er ikke nødvendig hos pasienter med nedsett myrefunksjon.

Farmakokinetiske studier har vist at halveringstiden forlenges hos pasienter med moderat til alvorlig nedsett leverfunksjon, men ved dosering hver 8. time opptrer akkumulering sjeldent. Doseredsduksjon ved nedsett leverfunksjon er derfor vanligvis ikke nødvendig. Antagonisme er vist mellom klindamycin og erytromycin.

Klindamycin må derfor ikke kombineres med erytromycin. I tillegg med flere andre antibiotika kan klindamycin gi opphør til antibiotikaassosiert kolitt. En del tilfeller av alvorlig og vedvarende diaré i løpet av eller etter behandling med klindamycin er rapportert. Diaréen har til dels vært kombinert med blod og mucus i avføringen, og har enkelte ganger resultert i akutt kolitt. Ved endoskopisk bør det påvises pseudomembraner og erosioner i slimihienn. Hvis alvorlig diaré forekommer under behandlingen, skal medikamentet seponeres eller, om nødvendig, gis under nye observasjon. Diaré som opptrer innen en del uker etter avsluttet behandling bør behandles som om den har sammenheng med antibiotika-behandling. Hvis det er mistanke om kolitt, bør endoskop utføres. Milde tilfeller med små forandringer i mucosa, kan reagere tilstrekkelig godt bare ved seponering.

Moderate til alvorlige tilfeller, inkludert de med erosjoner og pseudomembraner, bør foruten vankomycin behandles med vask., elektrolytt-, og proteinemekkud. Kortikosteroller gitt som retensionskystier eller systemisk har ikke vist sikker effekt ved pseudomembraner kolitt. Antikolinergika og antiperistaltiske midler kan forverre tilstanden. Andre årsaker til kolitten bør overvåges. Det er vist at toksin dannet av Clostridium difficile kan være årsak til antibiotikaassosiert kolitt.

Clostridium difficile-stammer er meget følsomme 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 morsmelk: Passerer over i slike mengder at risiko for påvirkning av barnet foreligger.

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

Dosering: Injeksjon/Infusjon: Voksne: 600-2700 mg/dag fordelt på 2-4 like store doser. Ved invasjonsinfeksjoner har cappot 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. Infusjonskonsentrasjon og hastighet: Hvis preparatet gis i.v. bør det gis som korttidsinfusjon. Serumkonsentrasjonen 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 overskride 1 time. Kapsler: Voksne: 1 kapsel a 150 mg. 4. i alvorlige tilfeller fordobles dosen. Barn: 1 kapsel a 75 mg. 4. i alvorlige tilfeller fordobles dosen. Kapslene bør sveiges hele, intatt med minst et 1/2 glass vann. Mikstur: Barn: 1 måleske (15 ml). 4. i alvorlige tilfeller fordobles dosen. Ved alvorlige infeksjoner anbefales at barn ikke ges mindre enn 300 mg/dag unntatt kroppsvekt. Alternativt 8-25 mg/kg/dag.

Andre opplysninger: Kan blandes i infusionsvæsker som inneholder NaCl, glukose, kalium eller kalium i vanlige konsentraserne. Er fysisk og biologisk forenlig i 24 timer ved varrelsetstemperatur med: Benzylpenicillin, karbenicillin, céfalon, gentamicin, hydrokortisonatnatriumsukinat, metylprednisolonatnatriumsukinat. Er fysisk og biologisk forenlig med infusionsvæsker som inneholder: Ampicillin, magnesiumsulfat, barbiturater, kaliumglukonat, teofyllamin.

Pakninger og priser pr. august 2002: Granulat til mikstur: 80 ml kr 99,00. Injeksjonsvæske: Amp.: 10 x 2 ml kr 55,00, 10 x 4 ml kr 100,50.

Kapsler: 75 mg: Enpac: 24 stk. kr 106,60, 40 stk. kr 158,30. 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**

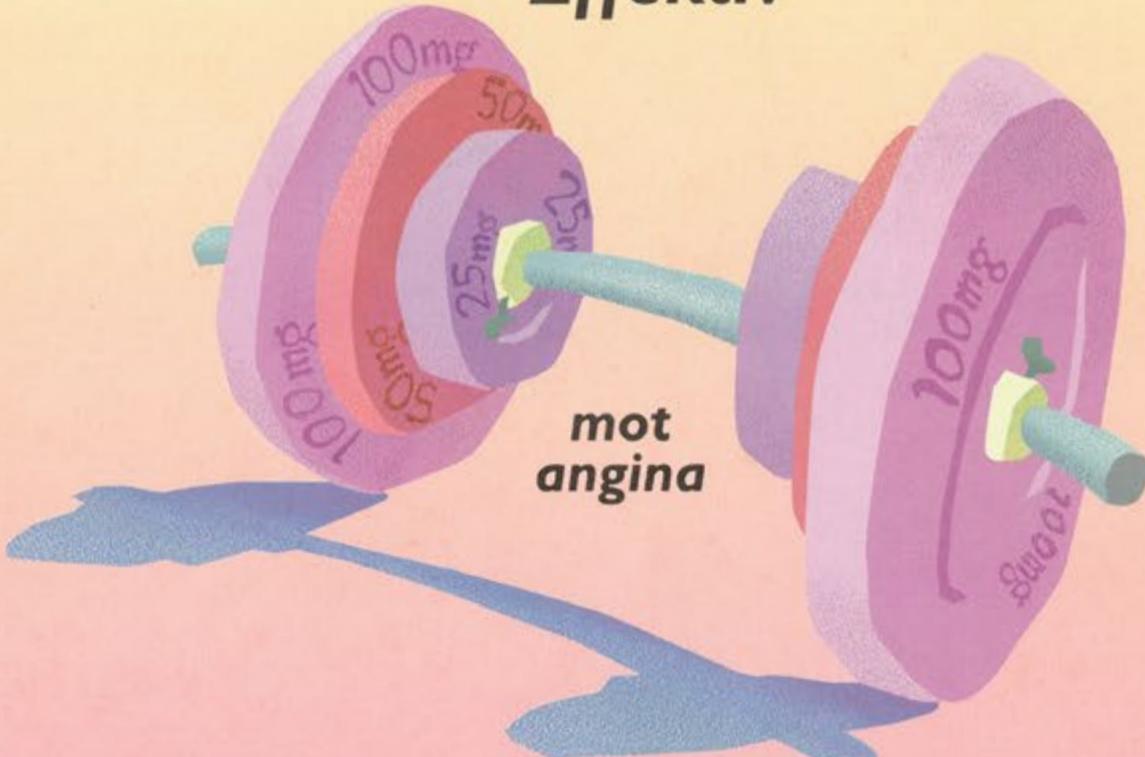
www.pharmacia.no



# MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

## Effektiv\*



MONOKET OD "Pharmacia"

Nitropreparat.

ATC-nr:C01DA14

T:12

**DEPOTKAPSLER, harde 25 mg, 50 mg og 100 mg:** Monoket OD: Hver depotkapsel innholder: Isosorbidmononitrat 25 mg, resp. 50 mg og 100 mg; laktose 7 mg; resp. 13 mg og 27 mg; hjelpestoffer. Fargestoff: Fargestoff Jernoksid (E 172), titanoksid (E 171).

**Indikasjoner:** Profylaksje mot angina pectoris.

**Dosering:** Depotkapsler: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 75 mg og opp til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene.

**Kapslene svølges hele sammen med et 1/2 glass vann.** Kapslene kan åpnes men må ikke tygges. Ved profilaksjebehandling er det viktig at legemiddlet doseres på faste tidspunkter.

**Kontrollindikasjoner:** Overføselsmhet for nitrater og relaterte organiske nitratmonobindelser. Alvorlig hypotensjon og hypovolemi. Hjerteramponde. Konstriktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati. Økt intrakraniell trykk. Samtidig behandling med sildenafril.

**Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utsøses ved arteriell hypotensi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjonen av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypoksemii og ubalanseert ventilasjon/perfusion pga. lungesykdommer eller isoksemisk hjertebelel skal behandles med særsikkert forsiktigheit. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebralt ictus kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusion og føre til nedgang i arterielt partisk oksygenetrykk.

Nitrater kan gi blodtrykksfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos pasienter med aortastenos og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsett nynne eller

levert funksjon p.g.a. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleransutvikling eller avgang effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsforekomme nitrater, inkludert transdermale systemer. Nitratfrie intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å forhindre toleransutvikling. Brå seprings-/hastepressing bør unngås p.g.a. risiko for angina pectoris anfall og overlappende behandling bør igangsættes.

**Interaksjoner:** Ved samtidig bruk med sildenafril kan det oppstå betydelig blodtrykksfall, noe som kan gi alvorlige bivirkninger som synkopse eller hjerteinfarkt hos disponerte pasienter. Samtidig behandling med vasoaktivatorer, misler, kalium-antagonister, ACE-hemmer, betabloktere, diuretika og andre antihypertensiva kan potensiere den blodtrykksenkende effekten. Ved samtidig bruk med brukt av tricykliske antidepressiva og alkohol kan den blodtrykksenkende effekten potensieres. Isosorbidmononitrat kan øke blodtryggeligheten av dinhydrogesteron. Hos pasienter med koronær arteriesykdom kan dhydrogesteron antagonere effekten av isosorbidmononitrat, og føre til koronær vaskonstriksjon. Mungaten for at samme bruk av acetilsalysyme og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes. (I-C01DA nitrater)

**Graviditet og amning:** Overgang i placentae: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier er heller ikke tilstrekkelige til å utredde eventuelle reproduksjonsstokiske effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordele oppover en mulig risiko.

**Overgang i morsmek:** Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

**Bivirkninger:** De fleste bivirkningene er doseavhengige. Ved behandlingsbegynnelsen oppstår hodepine hos ca. 25% av pasientene. Dette skyldes preparatets vasoaktivitets effekt og forsvinner vanligvis i løpet av en uke. Hyppige (> 1/100).

Gastrointestinale: Uvelthetsfølelse. Sirkulatoriske: Takykardi, hypotensjon. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, redning.

Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brøkninger, diarré, Smeldne (< 1/1000); Øvrige: Besvimelse, Sirkulatoriske: Methemoglobinemi.

**Overdosering:** Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosing: I.v. tilførsel av ascorbinsyre eller metylenebåndoppplasing. Oksygentransfusjon. For øvrig vanlig generell behandling. (F74d metytionin)

**Pakning og priser pr. Juni 2002:**

25 mg: Endose: 49 stk. kr 141,80. Enpac: 14 stk. kr 56,40.  
98 stk. kr 209,00 50 mg: Endose 49 stk. kr 181,10.  
Enpac: 14 stk. kr 74,40. 98 stk. kr 334,40.  
100 mg: Enpac: 98 stk. kr 549,60

T:12 Receptgruppe C.  
Dato: Juni 2002

Zwinderman et al. Journal of Vascular Diseases  
1999, 50, 12, 963-969  
Ahmadinejad et al. Eur Heart J 1988, 9A, 135-139

**PHARMACIA**

Lilleaker veien 2B 0283 Oslo