



Innhold:

VEDER: ...Tider skal komme, tider skal
henrulle, slekt skal følge slekters gang...

AV JANNIKE REYMERT

s 1

Gro Harlem Brundtlan Nidaroskongressen
Trondheim 20. oktober 2003

s 3

Et somatiserende feilspor? Alternative
forståelser av multisymptom pasientene

AV DAG BRUUSGAARD

s 7

Den uformelle helsetjenesten i et
samfunn i endring

AV JORID ANDERSEN

s 11

Utpostens dobbelttime:

Trond Ali Lindstad

AV INGILD MENES SØRENSEN

s 18

Samfunnet i endring – hva med medisinen?

AV KJELL MAARTMANN-MOE

s 22

Hygiene og helse under lofotfisket

i «gamle dager»

AV HENNING AANES

s 25

Fiskebåten som arbeidsplass – med fokus
på helse – miljø- og sikkerhet

AV EDEL ÅSJORD

s 29

30 år med allmennmedisin i Tromsø

s 32



Blæreselektiv behandling av overaktiv blære symptomer ^{1,2)}

C Detrusitol SR "Pharmacia"
Muskarinreseptorantagonist
ATC-nr.: G04B D07
T: 40

T DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneholder: **Tolterodin L-tartrat 2 mg, resp. 4 mg, tilsvarende tolterodin 1,37 mg resp. 2,74 mg, hjelpestoffer.** Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171), 4 mg: indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Egenskaper: *Klassifisering:* Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene.

Indikasjoner: For behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating forbundet med "urgency" som forekommer hos pasienter med overaktiv blære.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ubehandlet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

Bivirkninger: *Hyppige (> 1/100):* Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet.

Sentralnervesystemet: Svimmelhet, somnolens, parestesi. Syn: Tørre øyne. Akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine. Tretthet, brystsmarter.

Mindre hyppige: Ødem (inkl. perifert). *Sjeldne (< 1/1000):* Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Veldig sjelden, anafylaktisk reaksjon.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarm kanalen (for eksempel pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg en gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjons forstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktose malabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol og itraconazol), og proteasehemmere anbefales ikke på grunn av økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP2D6 metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg én gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRFE 30 ml/min) er anbefalt dose 2 mg én gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg én gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodin L-tartrat.

Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved temperatur <30°C, i ytteremballasjen.

Pakninger og priser: 2 mg: Enpac: 28 stk. kr 414,00 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 426,50, 84 stk. kr 1211,20
Pr. okt. 2002

Referanser: 1) Abrams. Expert Opin.Pharmacother. 2001,2 (10): 1685-1701
2) Produktomtale

...Tider skal komme, tider skal henrulle, slekt skal følge slekters gang.....

Før du leser årets julenummer kan du godt stille deg opp midt på stuegulvet og synge andre vers av den kjente og kjære julesalmen «Deilig er jorden» (syng forresten gjerne alle tre versene hvis du vil!). Selv ikke-troende kan tillate seg å synge teksten i denne salmen og la teksten i noe overført betydning handle om at vi er en del av en historisk prosess som går sin gang på godt og ondt. Vi kan like eller mislike det, men tross alt: Vi kan ikke «hoppe av» eller fornekte den verden vi lever i. Da er det bedre å stoppe opp og prøve å forstå: Hvorfor er (den medisinske) verden som den er? Kan vi bli klokere av å prøve å sette vår medisinske hverdag i et historisk perspektiv, og kan vi trekke tråder framover i tid? Hvordan ser verden og medisinen med den ut om 100 år?

Med disse tanker som utgangspunkt har redaksjonen samlet et knippe artikler som belyser temaet: **Samfunnet i endring – hva med medisinen?** Selv et tolvbindsverk ville ikke dekket dette temaet fullkomment, det du holder i hendene gir bare små glimt av dette omfangsrige temaet, men vi håper det gir deg noen gode leseropplevelser i god-stolen ved juletreet med tente lys i vinduskarmen og gode julekaker på fatet ved siden av.

Gro Harlem Brundtlands åpningstale på Nidaroskongressen i høst fokuserer på at kunnskap er stadig viktigere i globaliseringens tidsalder. «Det finnes ingen fysiske helsegrenser», sier hun og peker på at det har det heller aldri gjort. Svartedauden, spanskesyken, HIV- og SARS-epidemien er eksempler på at bekjemping av epidemiske sykdommer krever kunnskap og samarbeide over landegrensene. I økende grad er vi forberedt på verdensomspennende epidemier, men vi er også mer utsatt siden verden er blitt «mindre» enn den var. Hennes avslutning om tobakksepidemien og troen på at «den dagen kommer da tobakk ikke lenger har fotfeste i vår kultur» er et meget optimistisk utsagn, ikke rart hun har fått til mye på de årene hun har ledet WHO!

«Et somatiserende feilspor» – Dag Bruusgaards artikkel om funksjonelle lidelser handler om et helt annet medisinsk fenomen: Alle plagene vi ikke har rasjonelle, vitenskapelige forklaringer på, men som i stor grad dominerer den allmennmedisinske hverdag og ikke minst uføregraden til den moderne, vestlige befolkning.

«Når vi møter pasienter med plager vi ikke forstår... er det viktigere enn ellers å lytte til pasienten selv og dennes forståelse av problemet» hevder han. Evnen til å lytte og prøve å forstå bør være lege-kunstens ypperste kjennetegn. Kjell Maartmann-Moes «rapport» fra det moderne menneskets kaotiske (lege)liv konkluderer da også nettopp med å referere til Søren Kierkegaards refleksjoner over dette i

1859: om å sette seg i pasientens sted for dermed å forsøke å forstå dem bedre. Maartmann-Moe plukker elegant ut essensen i den gode allmennmedisinen: Konsultasjonen - den gode samtale mellom lege og pasient - den står fortsatt som et grunnfjell og må taes vare på som den edelsten den er midt i alt kaoset vi ellers må forholde oss til i den moderne hverdag.

Fiskerihelse før og nå er på mange måter malende eksempler på skiftende tider, som Edel Åsjord ganske riktig påpeker: Skårungen Lars, høvedsmannen Kristaver, Jakob Pinadø med litlfoten og Kaneles Gomann i Johan Bojers «Siste viking» ville neppe trodd sine egne øyne om de hadde besøkt en moderne fiskebåt i 2003. De enorme forbedringene som har skjedd er knapt til å tro når vi leser Henning Aanes' beskrivelse av «Hygiene og helse under lofofisket gjennom 150 år». Sammen med Jorid Anderssens artikkel om endringer i «Den uformelle helsetjenesten i et samfunn i endring» får vi ingen problemer med å se at medisinen forandrer seg takt med politiske og samfunnsmessige forhold, og det på en måte som knapt synes dersom ingen prøver å sette et historisk perspektiv på fenomenet.

«Almindelige Regler for Sundhedens Vedligeholdelse og de Sykes Pleie til Landalduens Nytte» fra 1833 er lesing med stor underholdningsverdi, men også svært interessant: Hvor mange av disse rådene er ikke like nyttige den dag idag? De representerer «sunt bondevett», noe tidligere tiders distriktsleger var utstyrt med i rikt monn. For oss består vel noe av legeskunsten også i å prøve å beholde dette «sunne allmennlegevettet» midt i strømmen av all den mer eller mindre godt dokumenterte kunnskapen som i våre dager nesten kveler oss i all sin overflod.

Verden er mer mangfoldig enn tidligere, vi lever i et flerkulturelt samfunn. Interjuvet med Trond Ali Lindstad, den forhenværende AKP- (ml)eren som idag er troende muslim og brobygger mellom den norske og den muslimske verden på Grønland i Oslo, viser oss en verden ingen for 100 år siden kunne forestille seg som en realitet i Norge i 2003. Vi kan jo da ikke annet enn å undres på veien videre - hvilket tema vil Utpostens julenummer i 2103 ha, hvilke sider av medisinen i 2103 vil da virke like fremmed på dem som noe av det stoffet vi i dette nummer presenterer virker på oss? Vi skulle gitt mye for å lese akkurat det julenummeret, men siden det ikke går i trykken på en stund enda kan vi i mellomtiden anbefale årets julenummer på det varmeste: Det gir kilde til refleksjon og kanskje en inspirasjon til å ta fatt på 2004 med «blanke ark og fargestifter tel». Utposten ønsker med dette sine lesere en riktig god jul og et godt nytt år!

Jannike Reymert



Gro Harlem Brundtland

Nidaroskongressen

Trondheim, 20. oktober 2003

Helse

i globaliseringens tidsalder

Kjære venner,

Vi lever midt i globaliseringens tidsalder. Og ett viktig kjennetegn ved globaliseringen er kunnskapens økende betydning; menneskers kunnskap og betydningen av at mennesker lærer – ikke bare dagens kunnskap – men at de lærer seg selve evnen til å lære – slik at kunnskapen kan fornyes og utvikles gjennom et helt liv.

Takk for å ha blitt invitert hit til Trondheim og til denne samlingen av allmennleger – en forsamling der jeg føler meg hjemme blant kolleger. Vi samles på sett og vis midt i globaliseringen. For Trondheim er kunnskapens by, ja kanskje et av de sterkeste eksempler på læringens by.

Globalisering er blitt et moteord som gjentas i nær sagt alle sammenhenger. Mitt tema i dag er å se på noen av globaliseringens muligheter og utfordringer fra et helseperspektiv.

Først tror jeg vi bør slå fast: Det har aldri eksistert fysiske helsegrenser. Nasjonale grenser har aldri vært mer enn abstrakte skillelinjer i møtet med smittsomme sykdommer som har spredt seg i mønstre vi fortsatt strever med å forstå. Virus og bakterier spres nesten like fort som e-post og pengeoverføringer. Det finnes ingen tette vegger mellom en rik og mett verden på den ene siden og en fattig og sulten verden på den andre.

Dette må legge grunnlaget for all politikk som tar framtidens på alvor – enten det er politikk i Norge, Europa eller globalt. Vi har et felles ansvar for vår felles framtid – Skal vi ta det ansvaret på alvor må vi ta verdens helse på alvor.

For verdens helse er globalisering ikke et moteord, tvert imot går helse og globalisering hånd i hånd gjennom menneskenes historie. Illustrasjonene er mange. Opp gjennom historien er menneskers helse blitt undergravet som følge



FOTO: WHIGGIE MILLER

Gro Harlem Brundtland holdt åpningstalen ved årets Nidaroskongress i Trondheim 20. oktober. Hun ga en engasjert og fascinerende oversikt over verdens helseutfordringer i «globaliseringens tidsalder». Utposten har fått hennes tillatelse til å trykke talen. Vi har kalt den «Helse i globaliseringens tidsalder». Den trykte versjonen er noe forkortet.

av krig, økonomisk krise og miljødeleggelser – og menneskers helse er blitt bedret som følge av utvikling, fred, kunnskap og teknologiske framskritt.

Europeiske kolonimakter brakte sykdommer til Amerikas strender og utraderte millioner av mennesker og hele kultursamfunn. Epidemiene var noe samfunnene levde med som en del av tilværelsen – de kom og gikk og påvirket ikke bare menneskenes livsvilkår, men også sivilisasjonenes gang.

Svartedauden kom til Norge utenfra og omformet det norske samfunn og Norges historie for flere hundre år. Malaria, meslinger, kopper og tyfus tok livet av flere enn krigshandlingene under den amerikanske borgerkrigen. Panama-kanalen ble ikke ferdig i tide på grunn av tropiske sykdommer som tok livet av store deler av arbeidsstokken.

Spanskesykens herjinger er et annet talende uttrykk for det drama spredning av smittsomme sykdommer kan føre med seg. Dette utbruddet av et spesielt dødelig influensavirus i 1918–1919 har fått en ytterst beskjeden plass i historiebøkene til tross for at sykdommen krevde langt flere menneskeliv enn kamphandlingene under hele den første verdenskrig – kanskje så mange som 40 millioner. Sykdommen spredte seg fra kontinent til kontinent uten at verden hadde forsvarsverker – og uten at helsearbeidere visste hvordan de skulle gripe an situasjonen.

I dag er vi langt bedre beredt – men samtidig like utsatt. Bedre beredt fordi verden gjennom det 20. århundre – og særlig etter annen verdenskrig – har bygget ut det internasjonale helsesamarbeidet og utviklet mekanismer for overvåking og kontroll av både utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer. Men samtidig like utsatt – eller enda mer utsatt – som følge av at mennesker og varer krysser grenser og kontinenter som aldri før.

Det er i dette lyset vi må forstå møtet med SARS tidligere i år. Da det ble registrert utbrudd av en influensaliknende sykdom i Kina på nyåret, ble frykten for en ny livstruende epidemi vekket til live. SARS var ukjent. I starten kunne sykdommen vanskelig diagnostiseres, langt mindre behandles og dødeligheten var høy. De første tilfellene meldte seg i rask rekkefølge og spredte seg fra sykehus til boligkvarter og over landegrenser og kontinenter. En måned etter den første indikasjonen talte vi 3000 tilfeller og mer enn 100 dødsfall i mer enn 20 land på alle kontinenter.

Tre og en halv måned senere kunne vi i første omgang puste lettet ut. WHO hadde for første gang i sin historie utstedt generelle reiseadvarsler til flere viktige reisemål – som Hong Kong, Singapore, Beijing og Toronto. I juli kunne WHO erklære at et verdensomspennende utbrudd av SARS var blitt slått tilbake.

SARS illustrerte hvor tett det internasjonale samfunn er vevet sammen. Aksjemarkeder ble sendt opp og ned i takt med de siste anslag på spredningen av sykdommen. I midten av mars passerte mer enn 100 000 passasjerer flyplassen i Hong Kong hver dag. I slutten av mars advarte WHO mot reiser til Hong Kong som ikke var å anse som absolutt nødvendige. Passasjertallene falt; til 40 000 i april og helt ned til 14 000 i midten av mai. Etter at WHO kunne heve reiseraudet er tallene på vei tilbake til et normalt nivå. Asia-banken anslår at SARS kan ha kostet Hong Kong mer enn 7 milliarder dollar, eller så mye som 4 prosent av Hong Kongs bruttonasjonalprodukt.

Dette er dramatisk. Men det jeg vil feste meg med, er likevel den evnen verdenssamfunnet og helsemyndighetene i land etter land viste da situasjonen krevde det. Langt på vei etter læreboka ble utbruddene identifisert, lokalisert og avgrenset. Verden er kommet et langt stykke framover siden spanskesyken i 1919.

Kanskje var disse ukene med SARS med på å endre adferden hos flere regjeringer. Det tok uker før Kinas regjering tok situasjonen på alvor. Mens vi tidligere har hørt om kinesiske ledere som har måttet gå av fordi de har sagt for mye, opplevde vi nå at både ministere og borgermestere måtte gå av fordi de sa for lite. Vi må nå følge nøye med på hvordan myndighetene i verdens mest folkerike land forvalter denne viktige nye åpenheten videre.

Alvorlige spørsmål kan stilles til Kinas håndtering av AIDS. Vi har grunn til å tro at det skjuler seg store mørketall både i Kina og i India, med over en tredjedel av verdens befolkning. SARS viste at verdenssamfunnet veldig raskt aksepterte at hvert lands håndtering av utfordringen ikke

kunne være en sak for det landet alene. Slik må det også være med AIDS.

SARS var en nyhetssak i seg selv. Men oppmerksomheten illustrerte også hvordan helse nå er forankret sterkere enn noen sinne på den globale dagsorden. Det er fordi stadig flere ser – og stadig flere forstår – hvordan helse har en global dimensjon som krever globale svar og globale løsninger.

Problemer på den andre siden av jorda rykker rett inn i vår hverdag – i form av frykt for smitte, økonomisk usikkerhet fra nervøse verdensmarkeder eller den usikkerheten vi alle føler som følge av at hele samfunn går i oppløsning under vekten av sykdom, underernæring og offentlige tjenester i forfall. Moderne globalisering har knyttet sammen Bujumbura og Bombay, Bangkok og Boston, Calcutta og Chicago, eller Tasmania og Trondheim.

Mer enn to millioner mennesker krysser internasjonale grenser hver dag, det er mer enn en tiendedel av alle verdens mennesker hvert år. Det skjer ikke bare fra rike til fattige land. Hver uke reiser mer enn en million mennesker fra fattige til rike land.

Vi har gjort fantastiske framskritt. Vi vet nå hvordan vi skal forebygge og behandle malaria. Det finnes vaksiner mot en lang rekke smittsomme sykdommer. Vi kan behandle tuberkulose, kopper er utryddet og polio vil snart følge etter. Ny teknologi bryter nye barrierer nær sagt hver eneste dag.

Dramaet er likevel dette: Mens vi forsyner oss av vaksiner og medikamenter når vi reiser sørover til utviklingslandene – så har menneskene som lever der – de som er aller mest utsatt – ikke adgang til de samme vaksinene og medikamentene. 3000 barn dør hver dag av malaria i Afrika. Tenk på det tallet – 3000 barn hver dag. I det stille, uten oppmerksomhet, uten overskrifter tyner denne eldgamle sykdommen kraften ut av store deler av Afrika sør for Sahara. For ikke å snakke om HIV/AIDS som er kommet som en voksende bølge og krever sine millioner av menneskeliv hvert år.

Så dette er vår utfordring: Vi kan ikke se på helse på den måten at vi teller hvor mange som blir syke, hvor mange som blir friske, hvem som lever og hvem som dør. Vi må stadig spørre om hvorfor. Og vi må invitere til en mye bredere debatt som tar utgangspunkt i at helse virkelig er en avgjørende forutsetning for utvikling, for global sikkerhet og stabilitet. Vi ser de korte og brutale konfliktene som ødelegger og tar liv. Men vi må også se de sakte, stille bølgene av sykdommer som årelater befolkninger og hele samfunn over tid.

ALL FOTOS: WHO/1987



For 20 år siden ble vi kjent med HIV – HIV som personlig drama og HIV som trussel. Vi i den rike del av verden har langt på vei greid å kontrollere sykdommen. Folk har endret seksuell adferd, det er medikamenter tilgjengelig som gir smittede mange flere år med kvalitetsliv, finansiert av velforankrede systemer for helseforsikring.

I dag er mer enn 42 millioner personer HIV positive, og mer enn 30 millioner av dem lever i Afrika sør for Sahara. De kjemper for overlevelse i land som ofte mangler adgang til selv elementære helsetjenester og langt fra har noen adgang til sofistikerte medikamenter. Mange er allerede døde – mødre, fedre, lærere og helsearbeidere, offentlige tjenestemenn og kvinner, arbeidere og soldater. De etterlater seg store sosiale hull i samfunnsstrukturen, hull som ikke lar seg fylle. Vi ser nå at denne tragedien rulles ut for våre øyne, en tragedie som vil vare lenge, og sette varige spor.

Og da skal vi ha dette klart for oss: Det er ikke slik at noen fattige land blir hengende etter og vil trenge noen flere år for å greie sin økonomiske take off. For flere land går det ikke sakte framover, men i økende fart bakover eller nedover i motsatt retning av utvikling. Det vi er vitne til er en nedadgående spiral, en spiral som gjør samfunn og stater svakere og svakere inntil de går over i rekken av den nedslående kategorien av «stater i kollaps».

Mer enn en milliard mennesker lever på under en dollar dagen – mer enn en femtedel av jordas befolkning er ikke i stand til å dekke sine grunnleggende behov. Halve jordas befolkning lever på under to dollar om dagen. Mellom 1990 og 2000 falt 30 land nedover på UNDPs index for menneskelig utvikling. Nesten hvert tredje barn i verden i dag er underernært. Den gjennomsnittlige afrikanske husholdningen forbruker 20 prosent mindre i dag enn hva den gjorde for 25 år siden!

En verden som har slike kjennetegn er en utrygg verden. Fattige mennesker i fattige land som ser at en liten del av verden bare blir rikere og rikere kan lett utvikle avstand, endog hat. Det må vi ta inn over oss.

Vi må ta fatt i de underliggende årsakene til denne utviklingen i tide – før vi må forholde oss til konsekvensene av at stater går i oppløsning med all den menneskelige lidelsen, sult, uro og ustabilitet dette fører med seg. Og da er vi tilbake til utgangspunktet – helsens betydning for utvikling. Vi har lenge visst at dårlig helse fører til fattigdom – men--

nesker som opplever alvorlig sykdom selv eller i den nærmeste krets faller ut av arbeid og utdanning og opplever økonomisk katastrofe. Men vi vet også hvordan dette virker den andre veien – om hvordan fattigdom i sin tur fører til enda mer dårlig helse – og bare forsterker den nedadgående spiral som jeg har beskrevet.

Med den bakgrunn dere har som allmennleger kommer ikke dette som noen overraskelse. Dere har alltid visst det – de aller fleste innen helsesektoren i de aller fleste land kjenner til disse sammenhengene – ja det er nærmest opplagt. Men jeg har ofte spurt meg selv: Har vi for lenge sittet på kunnskapen om ikke bare sammenhengen mellom helse og utvikling – men om sammenhengen mellom en lang rekke andre forhold som berører menneskers helse – som miljø, arbeidsliv og barns oppvekst?

I WHO var jeg opptatt av dette: Vi må greie å nå ut med vårt budskap til beslutningstakere utenfor helsesektoren. Vi må gjøre det ikke bare ut fra vår egen innsikt og oppfatning om hva som er etisk riktig – vi må lære oss til å dokumentere vår innsikt i et språk også mennesker i andre sektorer forstår.

Jeg har ønsket å kunne si til presidenter, statsministere og finansministere at dere er også helseministere – de valg og prioriteringer dere gjør har en direkte betydning for menneskers helse – og igjen; om dere satser riktig på helse – på forebygging så vel som fornuftig behandling – så får samfunnet igjen mange ganger innsatsen.

Derfor vendte vi oss til verdens ledende økonomer og ba professor Jeffrey Sachs, den gang ved Harvard, om å lede en gruppe av 18 kolleger for å illustrere på økonomers vis sammenhengen mellom helse og utvikling.

Budskapet fra Sachs-kommisjonen var helt klart: Sykdom holder utvikling tilbake og svekker samfunn og enkeltmennesker. Malaria alene har kostet Afrika 100 milliarder dollar sammenliknet med hva situasjonen hadde vært om man hadde kunnet bruke tilgjengelig kunnskap og fått sykdommen under kontroll for 30 år siden.

Kommisjonen har levert den endelige argumentasjonen for hvorfor investeringer i helse må stå sentralt i enhver utviklingsstrategi, enten det er lokalt, nasjonalt eller globalt. Den viste at i land der man bare kan avse 10–12 dollar pr person i offentlige helsetjenester – vil helsesektoren simpelthen ikke makte å levere et minimumsnivå av tjenester. I slike

land bærer det ut på den nedadgående spiralen. Rapporten fra Kommisjonen etterlyser en økning i investeringer til helse i utviklingsland – noe må komme fra landene selv og noe må komme fra det internasjonale samfunn.

Hva kan vi få igjen for en slik opptrapping? Rapporten viste at dersom man fokuserer effektivt på noen viktige områder som AIDS, tuberkulose, malaria, barnesykdommer og spedbarnhelse, så vil man kunne oppnå en kraftig forbedret helse-situasjon. Så mange som 8 millioner liv kunne bli reddet hvert år og i økonomiske termer kunne man fått igjen seks ganger den ekstra investeringen et slikt løft ville kreve.

Budskapet er: Dette er mulig. Det lar seg gjøre. Veldig mye av dette er «low tech» – ikke «high tech». Vi må holde fullt trykk på arbeidet med å finne en AIDS-vaksine, en bedre tuberkulosevaksine og bedre medikamenter mot malaria. Men bare med eksisterende kunnskap kan vi gjøre store framskritt. Om bare alle barn i Afrika kunne gå til sengs under en sikker myggetetting ville vi kunne halvere den høye barnedødeligheten fra malaria.

Det er altså mulig. Men det vil ikke skje av seg selv. Indias statsminister sa en gang at markedet aldri ville levere primærhelsetjenester til Indias befolkning. Jeg er overbevist om at konkurransen i den globale økonomien av seg selv aldri vil løfte de aller fattigste ut av fattigdom. De aller fattigste vil trenge hjelp som setter befolkningen selv i stand til å utnytte de menneskelige ressursene til det beste for hver enkelt og for samfunnet.

La meg til sist komme inn på et område som igjen viser hvordan verden er én og hvordan helse gir forklaringen. I de økonomisk rike landene har det gått en utvikling fra å måtte mestre smittsomme sykdommer til å håndtere de kroniske og ikke-smittsomme. *Det har vært en naturlig syklus.* Men også her opplever de fattige landene en særskilt byrde: De står mitt oppe i kampen mot hissig smittsomme sykdommer, men samtidig skal de mestre byrden fra de ikke-smittsomme som nå melder seg med full tyngde.

Dette kaller vi den doble sykdomsbyrden – *the double burden of disease*. Og denne byrden legger et ytterligere press på allerede anstrengte helseressurser. Og derfor er det viktig at verden tar ansvar for å stoppe overføringene av stadig nye byrder – slik vi ser det gjennom tobakkindustriens framstøt mot de aller fattigste.

Ingen annen enkelt årsak fører til flere årlige dødsfall enn tobakk; flere enn malaria, flere enn tuberkulose og flere enn AIDS. Rundt 4–5 millioner årlig – og etter all sannsynlighet vil tallet stige til 10 millioner i 2020.

Vi snakker om en epidemi. Industriens smarte retorikk gikk ut på å latterliggjøre kampen mot tobakk i fattige land som sto midt i kampen mot AIDS. Men denne retorikken er grunnleggende hyklersk og falsk. Lar vi tobakken slå rot i befolkningen i de fattige landene, da svekker vi også muligheten til å vinne kampen mot de smittsomme sykdommene.

Derfor var det nødvendig å tenke globalt – og jobbe for en avtale som binder alle land. Etter mønster fra miljøkonvensjonene på 1980- og 90-tallet startet vi derfor arbeidet med verdens første globale helsekonvensjon som ble signert under Verdens Helseforsamling i mai.

Det var et tidsskille, men også et første skritt. For meg var det med på å trekke lange linjer. Jeg hadde erfart arbeidet med strengere regulering av tobakk i Norge. Jeg hadde erfart tobakkindustriens motstand, men jeg hadde også sett at det var mulig å vinne fram. Min spådom er at tobakk vil gli ut av vårt forbruksmønster. Det vil ta tid, det kan komme tilbakeslag – slik vi for tiden registrerer at norske kvinner ligger på røyketoppen i Norden – men jeg tror likevel utviklingen går den veien: Den dagen kommer da tobakk ikke lengre har fotfeste i vår kultur.

Så har jeg erfart betydningen av å ta dette arbeidet til globalt nivå. Der er kampen egentlig bare begynt. Mønstret er det samme, motstanden er kjent – men også her er jeg optimist. Landene viser nå større ansvar.

La meg gå tilbake til utgangspunktet: For allmennlegen er grunnsetningen klar: Vi skal bruke vår kunnskap til å hjelpe mennesker – vi skal gi vårt bidrag til å forebygge og bekjempe sykdom, lidelse. Vi skal gi mennesker et best mulig grunnlag for å leve verdige liv. Helse er en menneskerett – og vi må være i første rekke til å slå ring om den retten.

Mitt budskap er da: Skal vi gjøre den jobben må vi erkjenne at helse langt på vei er et udelelig gode. Det er globaliserings budskap: Min helse avhenger av min nestes helse – og min neste lever her i Trondheim – og min neste lever i Tasmania på den andre siden av jorda.

Verdens helse er vårt felles ansvar fordi vi deler en felles framtid.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no

Et somatiserende feilspor?

Alternative forståelser av multisymptompasientene

AV DAG BRUUSGAARD

De fleste har plager og mange plager er verst

Natvig og medarbeidere fant at 85 prosent av befolkningen i løpet av ett år hadde plager fra muskel- og skjelettsystemet, og at 15 prosent hadde plager hver dag, hele året (1). Aarflot undersøkte forekomst av muskelplager og de syv såkalte minorkriteriene for fibromyalgi i befolkningen i Østfold (2). Han fant at dess flere symptomer som ble rapportert (hevelse/sprekke i hendene, nummenhet, spent muskulatur, nervøsitet, dårlig søvn, tretthet, rumling i maven) dess flere områder med muskelsmerter ble registrert (se figur 1 side 8). Sammenhengen var lineær og meget sterk. Selv om både rapportering av utbredte muskelplager og de nevnte tilleggssymptomene er hyppigst hos kvinner, fant han at sammenhengen mellom grad av utbredthet av muskelsmerter og øvrige symptomer var omtrent lik for kvinner og menn. En undersøkelse blant skolebarn viste at søvnproblemer og psykiske problemer økte med antall smerteregioner (3). Eriksen og medarbeidere fant at 75 prosent i en normalbefolkning rapporterte minst en av et utvalg plager fra ulike organsystemer i løpet av en 30 dagers periode (4).

Norges Fibromyalgiforbund markedsfører seg som en forening med medlemmer som ved siden av kroniske utbredte muskelsmerter også har andre symptomer, delvis i tråd med minorkriteriene.

I de diagnostiske kriteriene for fibromyalgi er imidlertid minorkriteriene fjernet (5).

Grunnen er at symptomer fra andre organsystemer er så hyppig forekommende at de ikke bidrar til bedre og sikrere diagnostikk.

Klinikken

Resultater fra befolkningsundersøkelser kan ikke uten videre overføres til den kliniske hverdag. Ikke alle med pla-



Dag Bruusgaard

Professor dr. med.
Universitetet i Oslo
Fastlege for 350 pasienter
Frogner helsesenter

ger oppsøker helsevesenet, og det er heller ikke sikkert at folk meddeler seg på samme måten til en doktor som til et spørreskjema. Det kan se ut som om mange lever bra på tross av diverse plager, mens hos andre blir plagene så uutholdelige at de går ut over både livskvalitet og funksjon. Disse pasientene kjenner vi godt, pasienter med mange plager der symptomene ofte skifter og varierer i intensitet.

Her kommer helsevesenet til kort, og pasientene passer dårlig inn i våre diagnostiske og terapeutiske systemer. Begrepet SVB-pasienter (svie-verke-brenne-pasienter) er ment å beskrive slike personer, men sier vel mer om våre dårlige holdninger og manglende kompetanse.

Befolkningsundersøkelsene har ikke kunnet gi noen god forklaring på disse sykdomstilstandene. Det ser ikke ut som om det er noen terkselverdi når det gjelder antall og omfang av symptomer. Vi vet bare at dess flere symptomer og dess flere områder med

smerter, dess dårligere livskvalitet og dårligere funksjon. Lokaliserte smerter har en helt annen og bedre prognose. Sjansen for langvarig sykefravær hos pasienter med lokaliserte ryggplager er omtrent lik sjansen hos pasienter som ikke rapporterer smerter. Med økende smerteutbredelse i tillegg til ryggsmertene øker imidlertid faren for langvarig fravær (6).



Hva kan det dreie seg om?

Det hele dreier seg om kontroversielle tilstander der alle tenkelige årsaker har vært lansert: infeksjon, forgiftning, hormonell ubalanse, allergi, fysisk traume, fysiske belastninger, overgrep, psykososiale belastninger. Tilsvarende har tilstandene fått ulike betegnelser som fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom, kronisk nakkesleng, el-allergi, amalgamisme, jappe-syke, utbrenthet, candidasyndrom.

Andre betegnelser har vært brukt med utgangspunkt i en antagelse om at det hele dreier seg om plager utløst av psykososiale belastninger, slik som somatiseringstilstander, psykosomatiske sykdommer, funksjonelle lidelser og somatoforme tilstander.

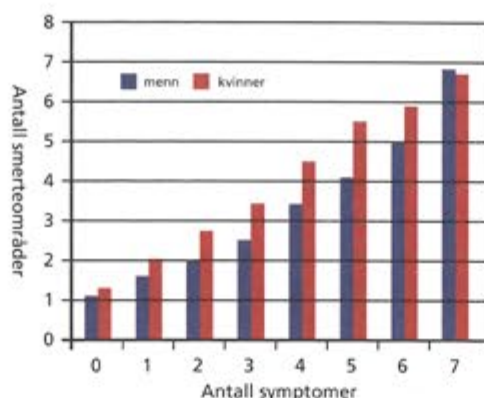
Likt eller ulikt?

Ser vi på de ulike tilstandene, er det påfallende likhetstrekk der smerter, tretthet, konsentrasjonsvansker og ulike psykiske symptomer går igjen hos de fleste. Noe av diskusjonene har gått på hvorvidt vi bør tilnærme oss tilstandene med fokus på likhetstrekkene, at det muligens dreier seg om samme sykdomsprosess, eller hvorvidt det dreier seg om genuint ulike tilstander. Flere pasientforeninger føler seg provosert av forsøk på å fokusere på likhetene og vil hevde at nettopp deres tilstand er spesiell. De ønsker ikke å bli plassert i en sekk med andre kontroversielle tilstander. Også det meste av forskningen har tatt utgangspunkt i enkelttilstandene, og Tidsskrift for den Norske lægeforenings serie om funksjonelle lidelser i 2002 hadde ulike artikler om irriterbar tarm, funksjonell dyspepsi, kroniske bekkensmerter, kronisk nakkeslengsyndrom, fibromyalgi og kronisk tretthet.

Et forsøk på systematikk

Tabell 1 viser en systematisk tilnærming til problemfeltet, der vi ser på årsaker, sykdomsprosesser og sykdomsbilder.

Modell A tar utgangspunkt i at ulike årsaker via ulike sykdomsprosesser gir ulike sykdomsbilder; traume gir kronisk nakkesleng, infeksjon gir kronisk tretthet, intoksikasjon gir amalgamisme. At det er påfallende likheter mellom de ulike sykdomsbildene skyldes en tilfeldighet. Smerte, tretthet, konsentrasjonsvansker og depresjon er så vanlige ved de fleste kroniske sykdommer at det er å vente at sykdoms-



Figur 1. Sammenhengen mellom områder med muskelsmerter og antall rapporterte minor-kriterier (jfr. tekst)

bildene har mange likhetstrekk. Modell A er altså basert på ulikhet i årsak, sykdomsprosess og sykdomsbilde. En slik tilnærming har blant annet resultert i at de kroniske smertepasientene er forsøkt forstått ved muskel- og smertefysiologiske tilnærminger.

Modell B tar et helt annet utgangspunkt. Her er ønsket å finne en enkel løsning der én årsak, gjennom én sykdomsprosess gir ett sykdomsbilde. Psykososiale belastninger er lansert som den fellesnevner som ad delvis ukjente veier gir opphav til de nevnte sykdomsbilder. At sykdomsbildene varierer er delvis et resultat av pasientenes (feilaktige) årsakstenkning. Egentlig dreier alt seg om det samme. Tilstandene er meget godt beskrevet i ICD-10 der det under psykiatrikapitlet om somatoforme lidelser står:

Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer i kombinasjon med stadige anmodninger om medisinsk utredning, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra legene om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser skulle være tilstede, forklarer de verken symptomenes art eller omfang, eller pasientenes engstelse og opptatthet av symptomene.

Under F45.0: Somatiseringslidelser utdypes bildet ytterligere med å beskrive symptomer som ofte forandrer seg og pasienter som har:

...en lang og komplisert sykehistorie som omfatter kontakt med både primærhelsetjeneste og spesialister, med mange resultatløse utredninger og/eller forgjeves eksplorative operasjoner.

Videre heter det:

Når de somatoforme plagene er mangfoldige, vekslende og vedvarende, men det fullstendige og typiske kliniske bilde av somatiseringslidelse ikke er oppfylt, skal udifferensiert somatoform lidelse overveies (F45.1).

Tabell 1. Mulige modeller for å forstå multisymptom pasientene

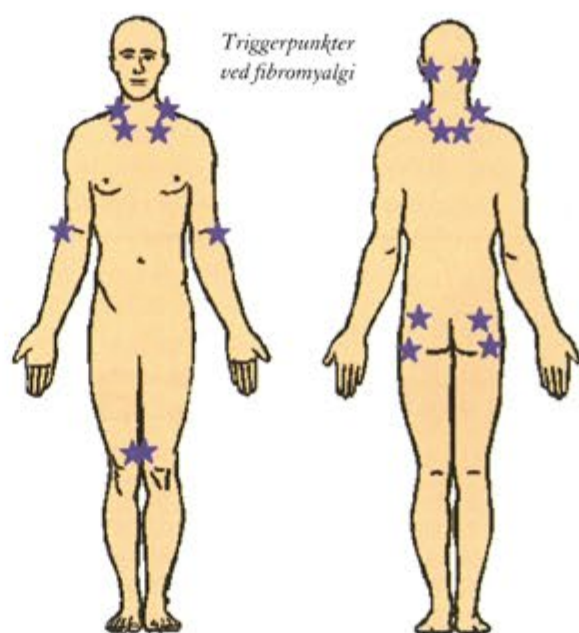
Modell	Årsak	Sykdomsprosess	Sykdomsbilde
A	Ulik	Ulik	Ulik
B	Lik	Lik	Lik
C	Ulik	Lik	Lik

Også F45.3: Somatoform autonom dysfunksjon og F45.4: Vedvarende somatoform smertelidelse omhandler multi-symptompasientene.

Disse kriteriene fra ICD-10 er dekkende for en stor del av pasientene med uklare og utbredte symptomer. Det kan virke besnærende å akseptere denne form for årsaks-tenkning der det vi ikke forstår blir psykologiforklart, en form for pakkøløsning på et kontroversielt og vanskelig problem.

Modell C tar utgangspunkt i at ulike årsaker via en felles sykdomsprosess gir ett sykdomsbilde som forståelig nok er noe modulert av den bakenforliggende årsak. Dette er en måte å tenke på som dels bryter med tradisjonell medisinsk tenkning om at lik årsak gir lik sykdom og ulik årsak gir ulik sykdom. Årsaken kan dessuten være summen av ulike belastninger der en øyensynlig bagatellmessig tilleggsbelastning kan være dråpen som får begeret til å flyte over. Det kan også hende at denne type sykdomsprosesser bare, eller som oftest, settes i gang hos individer med en medfødt eller ervervet sårbarhet. Mens vi ikke kan definere noen terskel-verdi for belastninger i befolkningsundersøkelser, kan det meget vel hende at enkeltindivider har sin egen toleranseterskel. Slik bryter tankegangen med et annet årsak-postulat, at økt eksponering fører til økt eller forverret sykkelighet.

Forskjellige forklaringer er lansert for hvordan plagene oppstår. Clauw og Chrousos (7) har postulert at ulike utløsende årsaker eventuelt hos spesielt disponerte personer gjennom sentralnervøse mekanismer resulterer i multi-symptomsyndromer.



Hvilken modell skal vi velge?

Det er mye vi ikke forstår, i en situasjonen med så mye uklarhet bør vi være pragmatiske, og gå etter de forklaringene som hjelper pasientene best i dag, og som gir størst mulighet til økt forståelse i fremtiden.

Når det gjelder å hjelpe pasientene, er det ikke sikkert det er så stor forskjell på de ulike modellene. Vår mangel på kunnskap tilsier imidlertid at pasientenes synspunkter må tillegges stor vekt. Når det gjelder målrettet arbeid for å få en bedre forståelse av problemene, vil imidlertid valg av modell kunne få stor betydning.

Ad modell A

Når vi møter pasienter vi ikke forstår, der vår medisinske kunnskap ikke strekker til, er det viktigere enn ellers å lytte til pasientene og deres forståelse av problemet. Kanskje har de registrert noe som vi har oversett, noe som kan bidra til en bedre forståelse. Pasientene er imidlertid ofte ute etter en forklaring på sine plager og en spesifikk diagnose. Enkelte pasienter, og i høyere grad noen av pasientforeningene har en nesten militant holdning, med krav på å forstå mer enn vi som fagfolk kan gå med på. Utgangspunktet er vanligvis en oppsplitting i ulike tilstander med ulike sykdomsbilder og ulik behandling. Denne diagnosespesifikke tilnærmingen er ofte en kombinasjon av forsvarer for egen tilstand og avstandtagen fra andre og tilgrensende lidelser. Forskning med utgangspunkt i enkelttilstandene har heller ikke bidratt vesentlig.

Så langt har modell A mer bidratt til bāstenkning og forsvar for posisjoner enn til kreativ nytenkning.

Ad modell B

Selv om kognitivt orientert adferdsterapi synes å ha en viss effekt på mange av pasientene, er dette ikke noe bevis på at plagene er av psykiatrisk art. Øvrig psykiatrisk/psykologisk behandling har skuffende liten effekt, og det psykiatriske hjelpeapparat er på ingen måte innstilt på å ta imot slike pasienter. Den besnærende enkle somatiseringsmodellen bidrar til å lukke debatten og hindre søking etter andre, alter-

native forklaringer. Det hele blir liksom for lett. Modell B er for konkluderende og sementerende, for lite åpen og spørrende. Modellen tar dessuten utgangspunkt i en ellers delvis forlatt psyke-soma dualisme.

Ingen av de to andre modellene stenger for psykologiske delforklaringer. Hvor mye som for fremtiden vil bli tillagt psykologi, er imidlertid i dag uavklart.

Ad modell C

Modell C er lansert som et alternativ til de to foregående, basert for det første på den påpekte likheten i sykdomsbildene, at det dreier seg om multisymptom-syndromer, dessuten på det faktum at forskning med utgangspunkt i enkelttilstandene har gitt svært lite. Også denne modellen følger et spor som kan vise seg å være et blindspor. Modell C inkludert årsakssummasjon, terskeltoleranse og sårbarhet kan imidlertid i heldigste fall bidra til en bedre forståelse av våre vanskelige multisymptom pasienter.

Øker problemene?

Denne artikkelen diskuterer primært ulike forståelser av multisymptompasientene.

Det er uklart hvorvidt det er en reell økning av plagsomme symptomer (inkludert muskel- og skjelettrelaterte plager) i befolkningen. Andelen personer som mottar uførepensjon øker imidlertid. Årsakssummasjon, toleranseterskel og sårbarhet kombinert med modell C kan eventuelt forklare hvorledes selv moderate økninger i eksterne påvirkninger kan resultere i at begeret blir fullt for flere. Med en rikelig

og fargerik symptomflora i normalbefolkningen er mange potensielle multisymptom pasienter, det er lett å forstå at små endringer i samfunnets krav, det være seg i familie eller arbeidssituasjon vil kunne influere på antall som ikke lenger fungerer.

Foreløpig holder ikke multisymptom-syndrom som diagnose når vi søker uførepensjon for pasientene, men som forståelsesmodell er det en hypotese som er verdt å forfølge.

Referanser

1. Natvig B, Nessioy I, Bruusgaard D, Rutle O. Musculoskeletal symptoms in a local community. *Eur J Gen Practice* 1995;1:25-8.
2. Aarflot T. Is chronic widespread musculoskeletal pain part of a multisymptom syndrome? Oslo: University of Oslo; 1999.
3. Bruusgaard D, Smedbråten B, Natvig B. Bodily pain, sleep problems, and mental distress in schoolchildren. *Acta Paediatr* 2000;89:597-600.
4. Eriksen H, Ihlebæk C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints. *Scand J Soc Med* 1999;1:63-72.
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee [see comments]. *Arthritis & Rheumatism* 1990;33(2):160-72.
6. Natvig B, Eriksen W, Bruusgaard D. Low back pain as predictor of long-term work disability. *Scand J Public Health* 2002;30:288-92.
7. Clauw D, Chrousos G. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 1997;4:134-53.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Infodoc for Windows

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

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

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

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

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker

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

www.infodoc.no

Den uformelle helsetjenesten i et samfunn i endring

AV JORID ANDERSSSEN, INSTITUTT FOR SOSIOLOGI UNIVERSITETET I TROMSØ

Helsetjenesten forstått som det formelle helsevesenet er en stor vekstsektor i dagens samfunn. Legesøkingen øker, og legene må håndtere andre problemer enn det de gjorde for bare noen tiår tilbake. Dette kan delvis forklares med endringer i sykdomspanorama og behandlingsmuligheter. Folk flest har endret sin måte å forholde seg til helse og sykdom på. Før de søker lege for sitt problem, blir problemet håndtert i hverdagslivet. Folk vurderer og diagnostiserer symptomer og helsetjenester, før og etter legebesøk, eller i stedet for et slikt besøk. Denne uformelle helsetjenesten er altså premissleverandør for den formelle helsetjenesten. Endringer i denne tjenesten får konsekvenser for den formelle helsetjenesten. Denne delen av helsetjenesten får legene sjelden innblikk i.

Gjennom studier av hvordan folk forvalter helse og sykdom over tid, har jeg fått anledning til å studere endringer i den uformelle helsetjenesten. Jeg har gjennomført feltarbeid i det samme samfunnet ved to anledninger, i 1981 og i 1993-94¹. I denne artikkelen vil jeg gi et innblikk i hvordan folk tenker om helse, sykdom og legesøking i den lille bygda Nordfjord på disse to tidspunktene. I 2004 planlegger jeg et nytt feltarbeid der. Da vil jeg få data om de samme menneskene over nesten et kvart århundre.

Nordfjord ligger værhardt til innerst i Nordfjorden på kysten av Nord-Norge. De mindre enn 100 menneskene som bor i bygda er på en eller annen måte i familie med hverandre. Bygda har tradisjonelt vært isolert. Bruk av egen båt, besøk av lokalbåten et par ganger i uka eller en lengre fottur over fjellet var kontaktmåten med utenverdenen. Året før mitt første feltarbeid fikk bygda veiforbindelse med kommunesenteret. Avstanden til kommunesenteret er på omkring to mil.

Før veien kom, var mennene fiskere eller ukependlere med arbeid i kommunesenteret. Kvinnene var husmødre og



Jorid Anderssen

Cand.polit Tromsø 1983. Har vært stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin og er førsteamanuensis ved Institutt for sosiologi, UiTø. Dr. philos UiTø 1998 på avhandlingen «No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nordnorske lokalsamfunn.»

hadde i tillegg det daglige ansvaret for en liten gård med sauer og høns. Da veien kom, flyttet mennene heim. Da jeg først kom til bygda, brukte mennene helger og ferier til vedlikehold og arbeid med gården. Den første kvinna hadde tatt seg lønnsarbeid utenfor bygda et halvt år tidligere, i deltidsjobb på et pleiesenter i nabobygda. Bygda hadde ikke egen butikk, men hadde

telegraf. Postkontoret og barneskolen ble nedlagt like etter at veien kom til bygda.

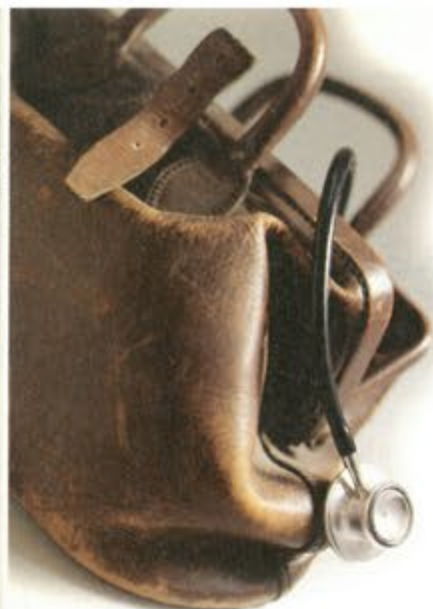
Legens månedlige kontordag ble også avviklet. I området var det en meget ustabil legedekning.

Nordfjord 1981: Sykdom som felles kvinneansvar

Ved mitt første feltarbeid var det en ting kvinnene var opptatt av. Det eneste offentlige kommunikasjonsmiddelet til kommunesenteret var skolebussen. Et legebesøk i kommunesenteret tok derfor en hel dag. Folk i bygda hadde lavt forbruk av legetjenesten, og kvinnene mente at skyssituasjonen gjorde det ekstra vanskelig å søke lege. Legen var i tillegg en person folk var svært opptatt av. Selv om legene skiftet ofte, visste de hvordan den nye legen «var». Selv om mennene mente at de ikke var interessert i sladder om legen, visste de når det kom en ny lege, og hva folk i området mente om han. Både menn og kvinner var kritiske til de unge legene de hadde stiftet bekjentskap med de senere årene. De legene de hadde stiftet bekjentskap med, var ikke «doktor» nok. Like opptatt som kvinnene var av



¹ For nærmere beskrivelse, se Anderssen (1998)



legeskyssen, var mennene opptatt av legens oppførsel. Mennene mente at en doktor skulle være formell, korrekt, stille diagnosen selv uten å ta pasienten med på råd. Han måtte heller ikke «holde på folk», men sende dem til nærmere undersøkelse på sykehus og røntgen. Kvinnene var enige i at dette var viktig,

men mente at i tillegg måtte legen ta seg god tid, være vennlig og gi god nok informasjon.

Legens personlighet var imidlertid ikke interessant i forhold til å søke lege. De søkte kun lege når de var syke, for da trengte de lege, uansett hva de ellers kunne mene om han. At en var syk, var noe en visste, men hva sykdom ikke var, var mye lettere å beskrive. Yngre kvinner nevnte ofte synlige, akutte og gjenkjennelige symptomer når de skulle fortelle hva sykdom *ikke* var. Eldre kvinner snakket i tillegg om kroniske lidelser, og regnet med at smerter i ledd og rygg var noe de måtte regne med å leve med uten å søke lege. Når de møtte mer ukjente symptomer som de mente kunne være tegn på en alvorlig sykdom, ville de søke lege. Kvinnene brukte ulike betegnelser for symptomer der de skilte mellom hvor farlig de mente det var. «Småplager» (feks gikt, søvnløshet og underlivsproblemer) betegner plager og kroniske lidelser som ikke ble presentert for legen. «Plaga av» var også problemer som en måtte leve med. Det var ikke sykdom, men måtte til kontroll hos lege en gang i blant (feks angina pectoris og diabetes). «Syk» var alvorlige, men kjente symptomer (feks høy feber over lengre tid). Ved «ordentlig syk» var de redde for at noe var galt, og kontaktet lege. Imidlertid utgjorde sykdom hos barn et særtilfelle. Både unge og eldre kvinner mente at de var mer opptatt av symptomer hos barn. Hos barn søkte de ofte lege for «sykdom», mens de hos voksne ville «vente litt», for å se om symptomene gikk over av seg selv eller eventuelt gikk over i «ordentlig sykdom».

Mennene var lite interessert i å prate om sykdom, de mente at «småplager» måtte en leve med, mens sykdom var akutte, smertefulle lidelser som gikk ut over normal aktivitet. Og da gikk de til lege, men ellers hadde de annet å gjøre enn å kjenne etter om de hadde symptomer.

Det var alltid kvinnene som tok kontakt med lege, både for barn og voksne. Legesøking var ofte resultat av en lang rådføringsprosess mellom kvinnene i bygda. Kvinnene brukte hverandre, og kvinner som var deres fortrolige i andre sammenhenger ble brukt for å søke råd for sykdom. Helsespørsmål ble

tatt opp når det passet seg slik. Ofte ble de henvist videre til en av de andre kvinnene som «visste» mer om deres spesielle problem. Spesielt gjaldt dette barn, der både mødre og bestemødre søkte råd hos andre. En av de eldre kvinnene «visste» mer om barnesykdommer enn andre, og ble flittig rådspurt.

Mennene hadde ingen slik rådføring seg imellom. De som var gift snakket med kona, som gjerne diskuterte også deres problemer med andre kvinner før videre beslutning ble tatt. Gifte kvinner snakket også med ektemannen, men kona mente at mannen visste så lite at det var bedre å snakke med andre kvinner. I hvor stor grad de hørte på rådene varierte, men kvinnene mente rådføringen var helt nødvendig i beslutningsprosessen om en skulle «bry seg om» (dvs. søke lege) eller ikke. Mennenes legesøking ble i stor grad styrt av kona. Hvis legesøking ble utfallet av rådføringen, «visste» hele bygda hvorfor de søkte lege.

Nordfjord 1993/1994:

Sykdom som individuelt ansvar

Ved mitt neste feltarbeid var mye blitt forandret i bygda. Noen av de eldre var døde, mens noen av de som var ungdommer ved første feltarbeid var etablert med ektefelle og barn. Det var kun en fisker igjen i bygda. De andre mennene arbeidet i kommunesenteret. Kvinnene har tatt sertifikat, og de som er i arbeidsdyktig alder er i lønnsarbeid utenfor bygda. Mange arbeider skift. Det var en gård igjen, men de fleste dyrket grønnsaker og poteter til eget bruk. På dagtid var bygda tom, bare de eldre var til stede. Familiene hadde investert i bil, og flere hadde kjøpt hytte. I helger og ferier reiste mange ut av bygda. Folk sier nå at det å bo i Nordfjord ikke skiller seg så mye fra det å bo andre steder i landet. Selv om helsevesenet er utbygd med mer personell og flere personellgrupper, er kontinuitet i legedekningen fortsatt et stort problem i dette området.

Ved feltarbeidet i 1993/94 ble verken skyssituasjonen eller dårlige leger nevnt. Denne gangen møtte folk meg med: «Vi har det så godt.» Både menn og kvinner sa at legene var flinke. De var flinke til å komme i hjemmebesøk når de ble bedt om å komme. Legene var blitt mer tilgjengelige, og de var der når folk trenger dem. Det ble oppfattet som trygt. Selv om de ikke oppfattet at de brukte lege unødig, er de mer villige enn før til å søke lege. Folk fulgte de rådene de fikk hos legen, og mente at han visste best.

Legesøking er fortsatt først og fremst knyttet til sykdom. Verken menn eller kvinner var imidlertid interessert å diskutere hva sykdom var. Folk var lite opptatt av å snakke om forskjeller på sykdom og ikke sykdom. Hvis det var noe de lurte på, gikk de til lege. Holdningen var at det er bedre å søke lege en gang for mye enn en gang for lite.

Det som opptar folk når det gjelder helse og sykdom, er alle de «nye» sykdommene som de er gjort kjent med de senere årene. Disse sykdommene fulgte ikke samme sykdomsutvikling som de tidligere var vant til. Flere nevnte psykiske sykdommer som enkelte i bygda hadde søkt lege for de senere årene. Selv om sykdommer som kreft og hjerte-kar-sykdommer fantes tidligere, sier folk at disse sykdommene ikke ble diskutert tidligere. Kvinnene sier at det i dag er viktig å forebygge sykdom, spesielt i forhold til hjerte-kar-sykdommer som menn er spesielt utsatt for å få. Kvinnene mente det er deres oppgave å tilrettelegge for forebygging, spesielt gjennom den maten de serverte. Mennene motarbeidet i mange tilfeller kvinnenes anstrengelser. Den informasjonen de fikk fra massemedia var uklar og preget av usikkerhet, blant annet om hva som var helsemessig riktig kosthold.

Sykdom var ikke noe som ble diskutert utenfor hjemmet lenger. I likhet med andre av livets private områder, likte ikke folk å snakke om helse og sykdom med andre i bygda. Sykdom var ikke noe som angikk andre enn den den gjaldt, og enkelte menn snakker foraktelig om hvordan kvinnene søkte hjelp hos hverandre tidligere. Kvinner sier at denne rådføringen var viktig fordi de ikke hadde lege tilgjengelig. De forteller at mange kvinner hadde mye erfaring med sykdom. Kvinnene lærte av hverandre, noe som var viktig for å klare det ansvaret som lå på dem. Verken menn eller kvinner synes denne kunnskapen er noe å stole på lenger, spesielt fordi det er så mange nye sykdommer som andre ikke vet mer om enn dem selv.

Ektefeller diskuterte med hverandre, før de eventuelt søkte lege. Mens mennene mente at konas råd var avgjørende for hva de gjorde videre, stolte konene lite på mennenes råd. En del kvinner søker fortsatt råd hos hverandre, men ofte er legesøking det som anbefales. De aller fleste stilte spørsmålstegn ved verdien av å rådføre seg med andre, når det i nabo-bygda er lege som er utdannet til å håndtere slike problemer. Det er fortsatt kvinner som tar kontakt med lege, uansett hvem i familien som er syk. De søker lege tidligere når barn er syke, og de fleste er mer åpne for andre kvinners kunnskap når det gjelder barn. Gifte menn søker som oftest lege etter sterkt påtrykk fra kona.

Endringene som har skjedd

De endringene som vi ser i Nordfjord, er en overgang fra å være et tradisjonelt samfunn til å bli et moderne samfunn. Det som er spesielt her er at disse endringene har skjedd over en meget kort periode. Folk i bygda lever et mer individuelt liv enn tidligere. Både menn og kvinner oppholder seg ute av bygda en stor del av tiden. De møter andre mennesker, gamle møtesteder i bygda er ikke der på samme måte som før (gårdsarbeid, telegraf, skole osv). Menneskene i bygda er ikke tilgjengelig for hverandre på samme måte som tidligere. Dette gjelder spesielt for kvinnene. Rådføringen som foregikk i nettverket mellom kvinnene får mindre betydning. Det uformelle folkelige helsevesenet har fått mindre betydning, fordi folk overlater mer av rådgivningen til legene.

Den kunnskapen kvinnene i Nordfjord tidligere samlet og forvaltet var basert på symptomer. Det var en erfaringsnær, praktisk kunnskap som ble båret av og formidlet av kvinnene i bygda. Ved mitt feltarbeid i 1993/94 opplevde kvinnene at sykdomsmønsteret hadde endret seg. Det er kommet nye sykdommer og nye helseproblemer som ikke «fantas» i det gamle Nordfjord. I dag kan en være syk uten å vite det selv. Sykdomskunnskapen er fortsatt basert på symptomer, men språket har ikke lenger de fine nyansene som ble brukt for å sortere symptomer i forhold til alvorlighetsgrad. Ifølge folk i Nordfjord er legesøkingsterskelen lavere, slik at en større del av behandlingen av sykdom er «satt ut» av bygda. Behovet for kunnskap om sykdom er derfor ikke så stort lenger. Det rike språket som kvinnene i Nordfjord hadde er det ikke behov for lenger. Det systemet kvinnene hadde for å sortere symptomer er blitt overflødiggjort i det moderne Nordfjord. Enkeltmennesket går direkte til legen i stedet for å søke nettverket først. Satt på spissen kan vi si at legen har overtatt nettverkets funksjon. Den individualiseringen vi er vitne til i bygda støtter opp om en slik overføring av ansvar. Samtidig har kvinnene fått utvidet sitt ansvarsområde fordi de må forholde seg til nye sykdommer som er vanskelig å diagnostisere og håndtere.

Forandringer i forhold til legesøking

I det gamle Nordfjord kom legen sist inn i sykdomshåndteringen. Sortering av symptomer og diagnostisering var blitt mye diskutert før legen kom inn i bildet. Når folk søkte



lege, var det for klare symptomer, og de «visste» at de var syke. Derfor trengte de legen som en autoritetsperson som tok den endelige diagnostiseringen. Ved siste feltarbeid er sykdomsforståelsen endret, verken symptomer eller diagnose er like klar som tidligere. I tillegg har de diskutert sine plager med få andre. De trenger derfor en samtalepartner som skal sortere ut symptomer. Deres endringer i forventninger til legen kan forstås i forhold til dette.

Ved mitt siste feltarbeid har de fortsatt stor tiltro til legen. Folk opplever det som udeelt positivt at deres legesøkingsterskel er blitt lavere. Menneskene i Nordfjord har i 1993/94 en større tiltro til legene enn moderne mennesker vanligvis blir tillagt. Det moderne individualiserte mennesket er preget av sterk skepsis til autoriteter (se for eksempel Beck, Giddens og Lash 1994 eller Beck og Beck-Gernsheim 2002). Jeg tror ikke at folk Nordfjord på dette tidspunktet kan sees på som moderne slik de blir beskrevet i den nevnte litteraturen. Moderniseringen i Nordfjord har skjedd raskt. Folk har i løpet av kort tid fått adgang til velferdsgoder som folk andre steder lenge har sett på som en selvfølge. Menneskene i Nordfjord er takknemlige for den tryggheten disse godene representerer.

Det kan se ut til at folk i Nordfjord har fått det veldig godt. Trygghet er viktig, men en kan spørre seg om det er uproblematisk at legen overtar for nettverket. Det er ikke bare i Nordfjord at folk har endret sin legesøkingsterskel. Selv om det moderne mennesket kanskje utviser større skepsis til legenes kunnskap, kan vi ikke se det av forbruket. Som nevnt har forbruket av helsetjenester økt, og det kan se ut til at det ikke er noen grense for hva folk presenterer for legen. Det har foregått en medikalisering (Zola 1975) av dagliglivet til folk. Flere og flere området blir forstått som medisinske problemer.

Hvorfor har dette skjedd? Undersøkelsen min fra Nordfjord viser at dette har skjedd samtidig med en forvitring av

nettverket mellom mennesker, og endringer i sykdomsforståelse, der folk blir mer usikre på egen kunnskap. Den endrede sykdomsforståelsen har sammenheng med medisinenes større fokus på forebyggende medisin, der symptomer blir mindre viktig for å bestemme sykdom. Så lenge fokus er så sterkt på denne delen av den forebyggende medisinen, viser min undersøkelse at det tradisjonelle uformelle helsevesenet kommer til kort.

En ny undersøkelse i Nordfjord

I denne artikkelen har jeg beskrevet et samfunn som har gått fra å være et isolert samfunn der menneskene var åpne mot hverandre, til et åpent samfunn der menneskene er mer isolert overfor hverandre. Sammen med endringer i samfunnet og i medisinen, har dette hatt innflytelse for hvordan den uformelle helsetjenesten fungerer i Nordfjord. Når jeg nå har anledning til å gjøre en ny undersøkelse, får jeg en fin mulighet til å se hvordan folk forvalter helse og sykdom når de har levd i et moderne samfunn i nesten 25 år. Jeg vil undersøke hvilke forventninger de har til helsevesenet, og om legesøkingsterskelen er endret. Er den gode legen fortsatt den som kommer når en ber om det, eller har de en større skepsis mot legens kunnskap? Hvordan foregår sortering av symptomer i dagens Nordfjord? Jeg er spesielt opptatt av kvinners ansvarsområde i forhold til helse og sykdom. I begge mine tidligere undersøkelser var det kvinnene som bestemte hvilke problemer legen fikk presentert. Ved feltarbeidet i 1993/94 hadde hun ikke den støtten fra de andre kvinnene på samme måte som tidligere. Har nettverket mellom kvinnene etter hvert fått større betydning, eller er nettverket annerledes nå? Har mennene kommet mer på banen når det gjelder helsespørsmål? Er det kvinnene som fortsatt har ansvaret for familiens helse og sykdom? Hvordan er i så fall hennes arbeidsoppgaver i dagens Nordfjord? Dette er noen av de spørsmålene jeg ønsker å studere nærmere når jeg foretar en ny undersøkelse i 2004.

Litteratur

- Anderssen, J. 1998: *No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn*. Dr. Philos.-avhandling, ISM skriftserie nr. 46, Universitetet i Tromsø
- Beck, U., og E. Beck-Gernsheim 2002: *Individualization*, Sage, London
- Beck, U., A. Giddens og S. Lash 1994: *Reflexive Modernization*, Polity press, Cambridge
- Zola, I.K., 1975: *Medicine as an institution of social control*.
- I: Cox, C. og P.A. Mead (eds.): *A Sociology of Medical Practice*. Collier-MacMillan, London

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingrid Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2004

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	23. januar	4. februar	23. februar
Nr. 2	27. februar	10. mars	29. mars
Nr. 3	26. mars	21. april	10. mai
Nr. 4	7. mai	18. mai	14. juni
Nr. 5	20. august	1. september	20. september
Nr. 6	17. september	29. september	18. oktober
Nr. 7/8	22. oktober	12. november	29. november

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. 425,-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

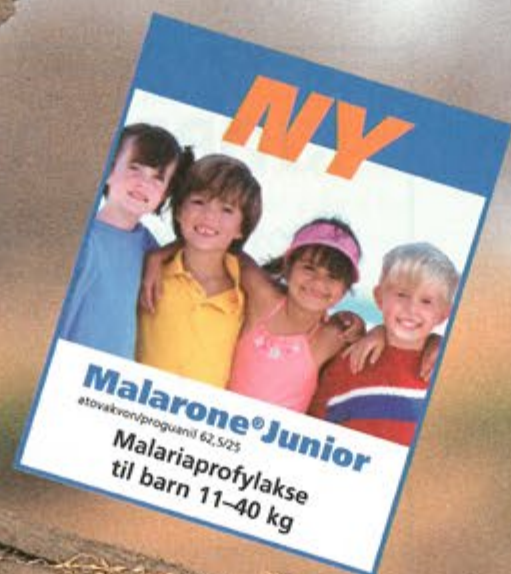
Materiell: Elektronisk (mail/ISDN/FTP/CD).

Format: A4, 210 x 297 mm. Satsflate 165 x 236 mm.

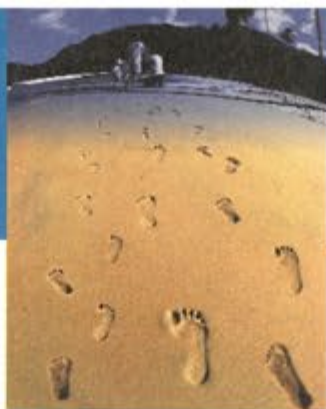
Raster: 60 linjer

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

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



**Den første og eneste profylakse-tablett
mot malaria som er spesielt laget for barn**



Nå kan hele familien* beskyttes mot P. falciparum-malaria

Malarone® og Malarone® Junior

atovakvon/proguanil 250/100

atovakvon/proguanil 62,5/25

C Malarone «GlaxoSmithKline»
Malarone Junior «GlaxoSmithKline»

Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

Tabletter: Malarone: Hver tablett inneh.: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Malarone Junior:** Hver tablett inneh.: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av P. falciparum. Malarone Junior: Profylakse mot P. falciparum-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av P. falciparum som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse mot P. falciparum-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Av samme årsak anbefales Malarone til behandling av P. falciparum malaria i områder hvor det forekommer resistens overfor andre antimalariamidler. Malarone Junior skal ikke brukes til behandling av malaria. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

Dosering: Malarone: Profylakse: 1 tablett daglig til personer > 40 kg. **Behandling: Voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. **21-30 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **31-40 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. > 40 kg: Dosering som for voksne. **Malarone Junior: Profylakse: 11-20 kg:** 1 tablett daglig. **21-30 kg:** 2 tabletter daglig. **31-40 kg:** 3 tabletter daglig. Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Dersom oppkast forekommer den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og fortsetter i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malariaendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 ukers varighet. Tablettene skal fortrinnsvis svelges hele. Tablettene kan også knuses og gis sammen med mat.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdsstoffer. Preparatet er kontraindisert som profylakse mot P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior tabletter som profylakse hos barn som veier mindre enn 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men diaré eller oppkast har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Sikkerhet og effekt ved bruk av Malarone til behandling av malaria hos barn < 11 kg er ikke klarlagt. Preparatet er ikke blitt undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lunge-ødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når P. vivax-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for P. vivax eller P. ovale, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozoitter. Dersom residiv oppstår etter infeksjon med P. falciparum etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min).

Interaksjoner: Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet skal utvises når atovakvon gis samtidig med indinavir pga. av reduksjon av C_{min} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsetter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50% og 34% og bør derfor unngås. Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (> 99%), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Signifikante interaksjoner som skyldes konkurranse om proteinbinding anses derfor lite sannsynlig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom de forventede fordelene for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Det er ingen kliniske data som indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folat-tilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. Overgang i morsmelk: Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter og diaré. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diaré, kvalme og feber. I placebokontrollerte studier var imidlertid frekvensen av disse bivirkningene i gruppen som fikk Malarone/ Malarone Junior og i gruppen som fikk placebo relativt like. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone til behandling av malaria: Mavesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, nøytropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Endokrine: Anoreksi, hyponatremi. Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, oppkast, diaré, maveintoleranse, sår i munnen, stomatitt. Hud: Utslett (inkl. urticaria), kløe, hårtap. Lever: Forhøyede leverenzymverdier, forhøyede amylasenivåer. Abnormiteter i leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. Luftveier: Hoste. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, svimmelhet. Øvrige: Feber, angioødem.

Overdosering: Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparater bestående av atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonte i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonte av P. falciparum. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergistisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondrienes membranpotensiale. En av virkningsmekanismene til proguanil, via metabolitten cycloguanil, er hemming av dihydrofolatreduktase. Dette forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakvons evne til å bryte mitokondriens membranpotensiale hos malaria-parasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgraden og hastigheten, og dermed øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (> 99%), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75% proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av cytokrom P450 isoenzymet 2C19. **Utskillelse:** Ubetydelig utskillelse av atovakvon i urinen. Det meste (> 90%) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid: < 40% utskilles uforandret i urinen. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urinen.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk, kr 345,30. **Malarone Junior:** 12 stk, kr. 140,80

Basert på preparatomtale (SPC) godkjent 06.08.02 (Malarone) og 24.02.03 (Malarone Junior)
Priser av 01.10.2003

* personer > 11 kg



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Utpostens dobbeltime

Trond Ali Lindstad

TEKST OG FOTO:
INGVILD MENES SØRENSEN OG IVAR SKEIE

Trond Ali Lindstad
under et islamsk symbol
på skoleveggen.



Grønland i oktober. Vårt eget lille Grønland nært kjernen av det gamle Oslo. Snøen har ennå ikke tenkt på å drysse nedover hovedstaden. Det er fortsatt et fargerikt spill i bydelens høstpyntede trær. Fargeprakten i tøybutikkene i Grønlandsleiret er minst like flott. Den får oss til å tenke på sommeren som er forbi. Her skinner det i alle regnbuens glade farger. Det lukter sterkt og fristende fra en restaurant vi passerer. Jeg brukte 20 minutter med trikken for å komme fram, men sansene mine innbiller meg at jeg har reist mye lenger. Her er folk av mange nasjonaliteter, og det oppleves som det er et mindretall som deler min høstbleke lyse hudfarge. Hva visste vel de gamle munkene som drev urtehager i området her om at bydelens ettervekst skulle bli så fargerik? Kanskje var kloistrene ganske internasjonale selv? Gamle historiebøker gir oss noen hint om det.

Vi skal ikke dvele for mye ved fortiden. Vi har nemlig en avtale ved Urtehaven legekontor og leter oss fram i gate navn som lyder kjent, men som vi ikke har besøkt tidligere. Døra er låst, men nede i gata dukker det opp en smilende kar som vinker til oss med en lang påbegynt baguett uten pålegg. Sannsynligvis en erstatning for middag i en travel fredag ettermiddag. Vi slipper ikke inn på kontoret. Han har lagt igjen nøklene i bilen og jammen er han ikke låst ute fra garasjen i kjelleren også. Han kommer rett fra Ullersmo landsfengsel hvor han har vært imam for de innsatte under fredagsbønnen. Det piper sånn i detektorer i sikkerhetskontrollen hvis han kommer med nøkler i lomma, så det er like greit å være dem foruten. Men mannen vet råd. Han har kjente i nabolokalene som slipper oss inn og lar oss bruke et rom til vårt lille intervju.

Men hvem er denne mannen vi har møtt? Trond Ali Lindstad, lege ved Urtehaven legesenter, tidligere rektor ved Urtehaven skole, tidligere leder av Palestinakomiteen (70-tallet), samfunnsengasjert, opptatt av undertrykte folkegruppers ve og vel, muslim, fortsatt sterkt engasjert i Urtehaven ... Dette må vi dukke litt dypere ned i.

– Si litt om bakgrunnen din, Lindstad, hvor er du fra?

Jeg vokste opp på Majorstua og tok artium ved Fagerborg videregående skole. Så dro jeg noen måneder til sjøs mens jeg tenkte over hva jeg skulle bli. Min mor syntes nok det var fint om jeg kunne bli lege. Selv hadde jeg kanskje mer tenkt på å bli lektor. Det endte nå med medisin, og jeg kom inn i Bergen. Der var jeg ca en uke før jeg byttet plass med en annen og kom over til Oslo. Jeg var vel ferdig i '69, tror jeg.

– Du har gjort mye forskjellig etter den tid. Hvor kom engasjementet ditt fra?

Jeg var nok en «vanlig» gutt i ungdommen, ikke noe spesielt politisk aktiv. Jeg har ingen religiøs bakgrunn, og jeg vokste opp i en familie uten akademiske tradisjoner. Men du vet, det var en tid med mye politisk uro rundt i verden. Det var Vietnamkrig. Det var mye undertrykking flere steder. Vi oppdaget begrepet imperialisme. Palestinerne... Det våknet et enormt engasjement i meg. Jeg måtte ut å jobbe. Det var tiden for det. Jeg fant mye støtte for mine tanker i marxismen og ble aktiv i ml-bevegelsen. Da jeg var ferdig med å studere hadde jeg ikke tid til å vente på turnustjenesten. Jeg måtte ut. Jeg reiste til England og tok et tropemedisinkurs, og så var jeg klar for å dra.

– *Hvor gikk ferden?*

Jeg reiste til Libanon og banket på døren hos den palestinske Røde halvmåne, tilsvarende vårt Røde kors, og spurte om de hadde bruk for meg. Det hadde de. Det var krig. Det hadde akkurat kommet en stor konvoi med masse medisinsk utstyr. Vi reiste inn i Jordan, 1970, og etablerte klinikker i palestinske flyktningleire. Etter hvert forsvant de andre hjelpearbeiderne. Jeg var alene igjen som doktor. Det var fortsatt noe utstyr. Jeg ønsket å fortsette. Jeg ble spurt av den palestinske geriljaen om jeg kunne være lege for dem også, og jeg svarte ja. De hadde ingen annen. Vi lagde klinikk i en utgravd grotte i fjellet, og jeg bodde der. Senere fikk jeg kontakt med noen beduiner i utmarken som jeg også var doktor for. Jeg alternerte mellom disse tre gruppene, flyktningeleirene, geriljaen og beduinene. Så smalt det på nytt. Det var sammenstøt mellom den jordaniske hæren under kong Hussein og den palestinske geriljaen – Black september. Det haglet med kuler rundt oss, og vi måtte bare springe. Jeg var der oppe i fjellene sammen med mine muslimske venner. Noen av dem falt. Jeg tenkte nå dør jeg, men det skulle ikke bli sånn. Angrepet roet seg ned, og det ble ikke så stort som en først hadde trodd. Det var to tanker som falt ned i hodet mitt da jeg trodde jeg skulle dø. Den ene var at jeg tenkte det var bra å dø her blant mine

palestinske geriljakamerater, de var bra folk. Det andre var at jeg skulle i grunn ha vært snillere med mora mi mens jeg levde...!

– *Hvor lenge levde du i dette spente området?*

Jeg ble utvist fra Jordan etter Black September i 1971 og tok turnustjenesten ved Larvik sykehus og i Sauda. Prøvde litt forskjellig etterpå, noe sosialmedisinske greier i Skien, eller hvor det var.... Jeg var leder i Palestinakomiteen en 8–10 år, og da det på slutten av 70-tallet var snakk om å bygge helse-team i Sør-Libanon, sa min kone at nå fikk jeg vel reise ut igjen. Jeg hadde jevnlig kontakt med palestinerne i den tiden og reiste en del opp og ned, faktisk nærmere 20 år.

Linstad fikk mange muslimske venner i den tiden, som han samtalte og diskuterte mye med. Han levde nært til den islamske religion i mange år. Han kom etter hvert fram til en erkennelse om at hans marxistiske forklaringsmodell ikke var tilstrekkelig. Han manglet et gudsbegrep. Det fant han i islam. Han ble muslim og tok tilnavnet Ali for å markere dette.

Trond Ali og Ingvild foran Urtehagen.



Jeg har ikke hatt en brå omvendelse eller blitt et annet menneske. Jeg vil heller si at det er et ledd i den kontinuerlige prosess gjennom livet. Jeg er den samme, men man er hele tiden i endring – utvikler seg. For meg har det vært å gå over i en ny forklaringsmodell. Jeg lette etter det bakenfor og fant den islamske gud som en logisk skaperkraft bak de logiske systemer i naturen. «Gud» blir logikken i verden – prinsipielt ikke mulig å gripe for den menneskelige forståelse. For meg er dette fullt forenelig med den moderne, vitenskapelige tankemåte som for eksempel i medisinen. Det sentrale i Koranen som profeten stadig vender tilbake til når vanskelige spørsmål drøftes, er «tenk selv», altså bruk fornuft, logikk.

Vi kan ikke fri oss fra å dumpe innom spørsmål om de negative sidene ved islamsk kultur som vi hører så mye om, kvinneundertrykking, æresdrap, blodhevntradisjoner og så videre.

Legen ved sitt arbeidsbord.



– Hva tenker du om det?

Mitt syn er at dette i hovedsak skyldes tilbaketragende kultur og ikke religionen. Det er slik at den del av verden der islam i dag står sterkt, ikke har gjennomgått den kulturelle utvikling som Vesten har gjort etter renessansen. Tenkningen rundt religionen gjenspeiler samfunnet ellers. Når samfunnet utvikles vil også tolkningen av religionen endres i tråd med utviklingen. Men de grunnleggende tesene vil bestå, slik at religionens hovedbudskap er det samme.

– Mange er mer opptatt av helse, velvære og nytelse enn av de tradisjonelle religioner. Har samfunnet endret seg slik at helse er blitt en av vår tids religioner?

Vi kan kanskje kalle dette for den nye tids småguder. Folk styrer etter sine egne mål, har sin egen moral. Men jeg tror etikken, moralen må være knyttet til en religion – noe ytre som vi har felles. Her i Norge er påvirkningen fra den kristne religion det som har gitt vårt samfunn vår moral. Vi må ha noe utenfor oss selv som legger premissene. Jeg tror det vil bli et kaotisk samfunn hvis alle bare skal følge sine egne mål og det de selv mener er rett.

– Videre om deg selv. Du sluttet å reise fast til Midtøsten. Hva gjør du nå?

Linstad synes å ha kommet dit hen i samtalen at han får snakke om sitt hjertebarn. Han tar oss med ut til en gammel bygning like ved kontoret. En liten fargeklatt midt blant de golde murhusene. Et lavt hus malt i en behagelig varm ferskenfarge, omkranset av løvtrær i høstprakt.

Dette er Urtehagen skole – en privat barneskole – Norges eneste med muslimsk formålsparagraf. Skolen er en ideell stiftelse. Vi startet opp her i 1990, først med barnehage. Skolen kom etter hvert. Jeg var rektor her ca ett års tid. Det ble etter hvert krav fra Undervisningsdepartementet om at rektor skulle ha pedagogisk utdanning så jeg måtte overlate den rollen til andre. Men jeg er aktivt inne i styre og stell på dagtid. Vi startet altså med

en barnehage. Nå har vi tre stykker med til sammen 140 barn. I tillegg har vi fått godkjenning fra departementet til en grunnskole for 500 elever. Vi har per i dag 110 elever fordelt på fem klassetrinn. I tillegg har vi en ettårig videregående skole for innvandrerkvinner. Det er lagt opp som en forberedelse til yrkesaktivitet i det norske samfunn. Vi har 40 plasser, og det står 300 på venteliste!! Jeg tenker sånn at hvis jeg kan være med å gjøre noe positivt for andre så er det bra. Av dem som benytter vårt tilbud er det flest muslimer, men vi har også ikke-muslimske innvandrere og norske barn uten muslimsk tilknytning. Vi satser på kvalitet og har et islamsk fundament. Lærerkreftene er som ved skoler flest et snitt av dem som har gått ut av lærerskolene i Norge. Vi har tilbud om SFO (skolefritidsordning). I stedet for KRL-faget (Kristendom Religion Livssyn) som finnes i den norske skolen, har vi IRL (Islam Religion Livssyn). Men ikke-muslimske barn, kan få fritak for denne biten.

Han snakker videre om ungdomsklubb og fritidssenter som finnes i et par andre bydeler. Vi får også vite at lokalene vi sitter i er kontorer for skolen, provisorisk løsning, men det var viktigere å komme i gang. Under en pause i intervjuet dukker noen opp med nøkler til garasjen. Linstad får hentet sine kontornøkler og annet i bilen. Det ordner seg, han har i grunnen ikke sett ut til å være synlig bekymret for noe annet heller.

– Men doktorgjerningen, hva er det blitt til med den de siste årene?

Jeg hadde en periode kontor på Helsefyrt. Mens vi holdt på med oppbyggingen av Urtehagen, så jeg at det kunne være fint å tenke helhetlig og å gi flere tilbud ut fra samme senter. De første årene hadde jeg et legetilbud i 2. etasje på barne-



Hos Dr. Linstad tar man av seg på beina....

hagen på kveldstid. Etter hvert har jeg flyttet over til kontorene her i Nordbygata. Jeg har åpent hver dag fra 19–21. Folk kommer innom etter behov. Jeg har ikke timebestilling. Jeg driver vel kanskje litt annerledes enn en vanlig fastlegepraksis, men jeg har forhandlet med bydelen og fått forståelse for å drive på min måte. Jeg har en liste med navn, men jeg vet ikke om de hører til på den alle som kommer. Jeg tar dem nå i mot. Det er mest innvandrere. Mange av dem vet ikke hvem som er deres fastlege. Jeg prøver å oppfordre dem til å få oppfølging videre der, men jeg vet ikke...

– Du driver en slags drop-in praksis i et internasjonalt miljø. Er dine pasienter annerledes enn andre pasienter?

Neeee! Jeg tenker ikke noe på det. Det er mye innvandrere som kommer til meg, men folk er folk og sykdommer er sykdommer. Jeg tenker i grunnen ikke over hvor de ulike kommer fra. Vi tar opp problemene de kommer med, og det er vel ikke så ulikt andre pasientpopulasjoner. Det måtte være etter hvordan man ser på sykdom i de ulike kulturer. Men jeg tror forskjellene går mer på utdanningsnivå, og hvordan de ulike grupper forholder seg til sykdom enn hvilken nasjonalitet som er den opprinnelige.

Etter 20 års kontakt med palestinere gjennom sin legegjerning og senere arbeid i et internasjonalt miljø her hjemme er Trond Ali Linstad mer enn vant med forskjelligartethet blant sine pasienter. Men medisinen blir den samme uansett hvem han forholder seg til. Når det gjelder hans egen endring fra radikal kommunist til troende muslim, mener han det heller ikke har hatt noen stor innvirkning på hans forhold til medisinen. Det sosiale engasjementet er fortsatt hans utgangspunkt. Men han har en ny forklaringsmodell på de store spørsmål i livet.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

Samfunnet i endring

— hva med medisinen?

Dette spørsmålet har Utposten sendt til flere ledere i den medisinske hverdag. Kjell Maartmann-Moe har besvart oppfordringen slik:

Fred i 58 år, NATO, Marshallhjelp, gjenoppbygging av Norge, Folkeforbundet, FN, WHO, GATT, måne-landing, samhold, trygghet, forutsigelighet, folketrygden, kjernefamilien, befolkningsstrøm fra land til by, innvandring, globalisering, EU? Flerkultur og fargerikhet, større forskjeller, 20 kriger til enhver tid på jorden, Midtøsten, september when black & 11, globalisering, oljerikdom, høyt utdannelsesnivå, hjernetrust, informasjonsteknologi, TV, video, internett, kvinnefrigjøring, globalisering, bilene, rent vann, grønne skoger, vide vidder, fisk i havet, høy levealder, flere gode år?

Ensomhet, familieløshet, meningen med noe? Landslaget i fotball, håndball, curling, statskirken, religionene, troløshet, skilsmisser, privatisering, makta, offentlig grådighet, pengebegjær, egoisme.

Tuberkulosen er borte – nesten. SARS? Ebola? Biologisk krig og masseødeleggelsesvåpen. Solen titter frem tross alt og sender varme stråler ned på stranda der vi soler oss. En svak bris får småbølgene til å kluke rytmisk mot båtsida.

Arbeidsledighet, overtid, tagging, søpling, hærverk, alkohol, hasj, heroin, crack, metadon, rotløshet, meningsløshet – fikser ikke livet – helt, komplekst er det blitt – hospits, feltpleien, fikk ikke til noe, selvfølelse – down and out / up and in?

Soloppgang, muntre barnestemmer, glad lek i sengen, svigermor er snill – barnevakten leser eventyr. Blomster, vin, fri.

Privatvold, pornoindustri, fornedrelse, P22, prostitusjon, barneprostitusjon, incest, pedofili, bremseløse mennesker, ingen røde lys, lys i mørke, erotikken, kjærligheten, romantikken, ømheten, omtanken – rausheten for hverandre, deg og meg, våre, hverandre, oss. Akk ja ... Nei? Ditt selvsentrerte egoistiske selvopptatte kne!

Kneprotese, er du i behov for kneprotese? Linse, laser, hjerte-klauff, prevensjon, vaksinasjon, antipsykotiske medisiner,



Kjell Maartmann-Moe
Leder i Alment praktiserende legers forening

stereotaktisk hjerneoperasjon, genplastikk, bodysculpturing, PTCA, ABCD, EFG.

Medisinen den er med.

Selv om risikoen for noe aldri har vært lavere, vet du, så har vi en risikofixert kultur. Det snør – alt er så deilig stille. Hvite vidder. Det funkler i krystallet – vinen er rød. Resepten er blå.

Ski glir best når de er godt smurt, forøvrig. Vi er jo født med ski på beina er vi ikke – og de sitter på fremdeles, ser jeg? Med fulle lommer detter buksen ned og da blir det ikke lett å stoppe – på ski heller – særlig hvis ikke livremmen er godt strammet og magemålet er der, da. Det kan jo være glatt og isete nedover og gåsåfort atdu ikke kommer ut av sporet-vetdu.

Samfunnet vil jo ha de beste legene, sant – men vil de betale for det? – Næ – gratis og best – det er typisk norsk! Vi må bare ha dette samarbeidet med industrien, vi, for å kunne drive med det vi driver med – uten kulepinner og sponing stopper utviklingen, kunnskapshevingen – den gode kunnskapen og forskningen – ? Når psykiater-konsulentene greier å være helt uavhengige, så skal nok vi greie å henge med alle sammen – de kan jo tross alt mest om avhengighet. Nei – Legeforeningen må rydde opp – jeg gidder ikke, før de gjør det. Ta ut av bordet sa jeg – og vask opp!

Gud hjelpe meg – så vanskelig alt er blitt? Kan de ikke bare svare ja eller nei på under 10 sekunder så vi blir ferdig med det og får et svar i et hvert fall – og matro. Ja eller nei?!

Hallo? Var det noe der? Noe mer?

Noe å tro på? Noen å tro på?

Det er jo mye bra også, da. Alt er ikke helsvart – sant? De nære tingene for eksempel. Kanskje vi skulle konsentrere oss om dem?

Hvorfor kommer du i dag?

Hva er det som plager deg?

Når og hvor begynte det?

Hva tror DU det kommer av?

Hva trenger du?

De lange gode parløpene med pasientene – kontinuiteten og kvaliteten. Den daglige variasjonen i det allmennmedisinske arbeidet. Overraskelsene – de uventede løpene. Den sjeldne dramatikken, som så mye dreier seg om – og de hyppige gledene. Alt i orkesterplass. Inkluderende friskmelding idag?

Informasjonsrike pasienter. De har jo alltid visst mest om seg selv. Internett – fra informasjonssøppelfylling til samarbeidsarena over kunnskap av god kvalitet i pasientmøtet. Stortingspolitikere, byråkrater, journalister, ukebladene og alternativindustrien: Skolemedisinen er på vei ut og den kunnskapsbaserte på vei inn. Men trua skal ha sin plass og vi skal alltid lete –

Forholdet mellom Hjelperen
og den der skal hjælpes
maa være saadann – at man
Naar det i Sandhed,
Skal lykkes En at føre et Menneske
Til et bestemt Sted,
Først og fremmest maa passe paa
At finde Ham
Der hvor Han er og begynde der.

(Søren Kierkegaard.
«Brudstykke af en likefrem Meddelelse» (1859))

Som havet så samfunnet – ustanselig endring, men medisinen følger heldigvis ikke med på alle områder – noe står som fjell. Sjøen trenger noe fast å bølge mot ...

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@c2i.net

Nye og gamle helseveiledere

AV OLA NORDVISTE

Som vi nevnte i siste nummer av Utposten utga Sosial- og helsedirektoratet i sommer sin veileder til den nye forskriften om miljørettet helsevern. Veilederen er blitt overraskende lite omtalt.

Selv om Utpostens redaksjon jobber med saken er har det ikke vært mulig å få frem noen anmeldelse eller reaksjon på produktet så langt. Det er da heller ikke gjort i en håndvending; dokumentet er meget kompakt og er likevel på 150 sider.

I mellomtiden kan vi hygge oss med den forrige (?) veileder i miljørettet helsevern utgitt i 1833 (annet opplag) av Det kongelige Departement for Kirke- og undervisningsvæsenet. De miljømedisinske råd var så få at en inkluderte litt allmenn helseopplysning også. Heftet ble da på hele åtte sider – i lommeformat. Heftet ble kalt:

«Almindelige Regler for Sundhedens Vedlikeholdelse og de Sykes Pleie til Landalmuens Nytte»

Det inneholder fjorten regler som – i kortform – er referert nedenfor. Det er fristende å legge på kommentarer både på ordbruk og emner, men vi overlater den gleden helt og holdent til Utpostens lesere.

Først tre råd om kosthold og alkohol:

- 1) Al Umådelighed i Mad og Drikke er skadelig; men meget skadelig er overdreven Nydelse av Brændevin. For Børns helbred er denne drikk altid skadelig.
- 2) Raadne eller bedærvede Fødemidler og Kjød av selvdøde Kreaturer bør aldrig nydes.
- 3) Kobberkar, der bruges til Madlavning, bør være vel for-tinnede.

Så følger tre råd om uenslighet i klær og hud:

- 4) Gangklæder og Sengeklæder, der ere benyttede av personer som kort Tid i Forveien have været syge eller ere borte-døde, indeholde ofte Smittestof hvorved Sygdom meddeles dem, der bruge slike Klæder. Alt Tøj bør underlades Vadsk med kogende Vand. Dynen og laadne Skindfeller renses ved at Indlægges i en passende opphædet Bagerovn eller Badstue.



- 5) At sove i vaade Klæder er ofte Aarsag til slemme Sygdomme; selv Radesyge (=syfilis, forf.anm.) kan deraf opstaae.
- 6) Sygdomme opstaae ofte i Ureenlighed i Huden eller i de Klædebon, der bæres nærmest Kroppen. Begge Dele bør derfor flittigen vadskes.

Våre oldeforeldres inneklime og temperatursvingninger ble vist oppmerksomhet i de to neste rådene som også inkluder litt allmennmedisinsk akuttmedisin ved forfrysning:

- 7) Luften fordærves alltid i de Rum, hvori flere Mennesker ere samlede med mindre den jevnlig forfriskes derved, at Vinduer eller Døre aabnes.
- 8) Al pludselig overgang fra Kulde til Hede eller modsat skader Helbredet. ..Ere Ansigt, Hænder eller Fødder bleve angrebne av kulden bør man bade den frosne Deel med iskoldt Vand eller gnide den med Sne eller Iis indtil den av Kulden angrepne Deel igjen erholder fin naturlig Varme og Følelse. (Se for øvrig utfyllende kommentarer i Utpostens artikkel om hypotermi og forfrysning på side 34-37 i nr. 7/03)

Så følger igjen et råd om kosthold og alkohol:

- 9) Syge kunne ikke taale saa meget Mad som Sunde. Ved at paanøde dem Andet eller Mer deraf, ... forverrer man Sygdommen. Barselquinder maa ingenlunde overvældes med Mad, Kaffe eller Brændevin.

Så kommer reklamen:

- 10) Mangen Sygdom vilde være let at helbrede naar Lægens Raad blev søgt i tide.

Her fødes MSIS:

- 11) Er Nogen beladt med Sygdom og holder den skjult er det Pligt for Huusfaren at gjøre Anmeldelse herom til Øvrigheden eller Lægen.

Mer reklame, denne gang litt mer indirekte:

- 12) De Raad som Quaksalvere og de saa kaldte kloge Koner meddele, bringe som oftest mer Fordærvelse, end Nytte, med sig. De giver lett Raad i Blinde til stor Skade for dem, der troe og følge deres Ord.

Vaksinasjonsprogrammet trengte da, som nå, en booster-dose:

13) Man bør så tidliget som mulig benytte Vaccinationen, dette vern imod de ødeleggende Børnekopper

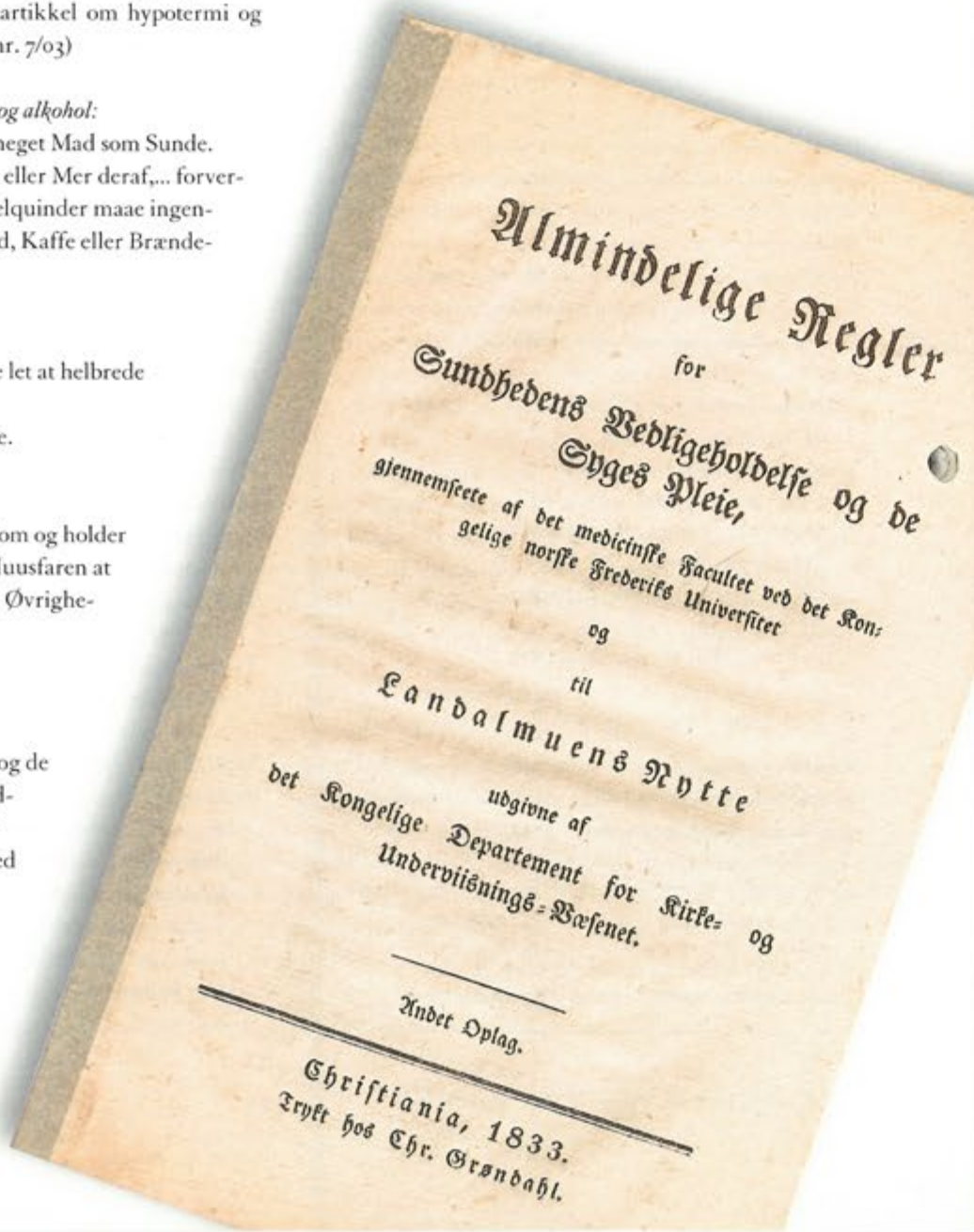
En kort reklamesnutt med en liten appell til slutt:

- 14) Læger og Jordmødre ere opplærte og forordnede til Almuens Nytte. De fortjene derfor Almuens Tillid og den bør søge deres Raad og Hjælp.

Noen nyttige råd, andre virkelighetsfjerne – omtrent som i dagens veiledere?

(Takkk til dr Marit Hegde, Fagernes, som overrakte dette artige heftet til meg som avskjedspresang da jeg sluttet etter 21 år som lege i Nord-Aurdal.)

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@c2i.net



Hygiene og helse under *lofotfisket* i «gamle dager»

– og om de 150 åra da lofotfisket finansierte
store deler av helsevesenet i Nordland

AV HENNING AANES

Lofotfisket

Fra midt i januar til midt i april fiskes det gytemoden skrei i Lofoten – det vil si i Vestfjorden og nærliggende fjorder og på «yttersida» av Lofoten. Det strømmer til fiskere fra store deler av kysten, fra Rogaland og Møre til Øst-Finnmark – men de fleste kommer naturlig nok fra Nordland og Troms. Og det kan være mange – flest var det i 1895 med 32 600 fiskere.

Lofotfisket er gammelt, og det har gjennom tidene hatt stor økonomisk betydning for landet.

En indikasjon på dette er at kong Øystein allerede ca. år 1110 bygde de første rorbuene i Kabelvåg! Men i Egils saga sies det at folk ble sendt fra Helgeland til skreifiske i Vågan allerede i 875, og kanskje før.



Henning Aanes

53 år gammel samfunns/allmenntilleggsutdannet med bosted Melbu. Tilleggsutdannelse innen helse- og sosialadministrasjon og folkehelsevitenskap.

Arbeidet innen de fleste felt innen primærhelsetjenesten over en periode på 20 år, de siste årene som kommunalege i Hadsel. Sykehuspraksis fra psykiatri og legevakt.

Juksafiskere



På Lofothavet i godvær



5-8000 fiskere
i Henningsvær –
og noen hundre
fastboende



Fisken var gjennom århundrer landets viktigste eksportvare. 1870-årene var toppårene, da utgjorde den således 42,6 prosent av landets samlede eksport, og av dette utgjorde torskefiskeriene igjen over 60 prosent.

Var fisket farlig?

Dekkede båter kom mot slutten av 1800-tallet, men enda i 1946 besto lofotflåten av nærmere 30 prosent åpne eller halvdekkede båter.

Motorene kom først etter ca. år 1900, og hadde helt tatt over på 1920-tallet – seilbåtene var da borte.

Men båtene var små og dårlige. Fasting skriver så sent som i 1946: «Det er andre steder i verden straffbart å gjøre selvmordsforsøk, her trengs det utvilsomt en lovgivning som iallfall setter visse minimumskrav til de båtene som skal ferdes på det lunefulle lofothavet».

Det var vinterstid – kaldt, vått, mørkt. De meteorologiske forholdene sier seg nesten selv. Forholdene i havnene var elendig tilrettelagt for sikkerhet når fiskerne skulle på land og om bord.

I 1920-årene omkom gjennomsnittlig seks fiskere per sesong, dette av et samlet mannskap på 25-30 000 fiskere. Det er 0,20-0,25 promille. Dette er en lavere tapsprosent enn ved noen av de andre større kystfiskeriene i denne perioden. Flere tragiske hendelser kan altså ikke overskygge at fisket var ganske trygt. Gode rutiner for værvarsel er en del av forklaringen.

De la på seg...

Det harde arbeidet – med utror klokken 6 om morgenen, klokken 5 senere på vinteren når det ble lysere – og vanskelige forholdene på hav og på land skulle få en til å tro at lofotfiskerne kom utslitt og avmagret hjem utpå senvinteren. Lid skriver imidlertid: «Fiskernes erfaring er også at de legger på seg under Lofotfisket og angivelig også merker mindre til vårslappheten».

Lofotfisket foregår på den tiden av året hvor man tradisjonelt har hatt det dårligste kostholdet hjemme, samtidig som de har hatt med seg godt fylte lofotkister med mat hjemmefra og hadde rikelig tilgang til fisk, lever og rogn. Noen fikk også penger mellom hendene og kunne handle.

Alt i alt syntes mange at dette var den beste tida på året!

Rorbuer

Det var flere måter fiskerne kunne innlosjere seg på, men rorbuene var det vanligste. Etter at båtene ble større og motoriserte sank antallet rorbuplasser. I 1860 var det plass til 31 700 fiskere i 2405 rorbuer, i 1925 ca 13 000 (inkl. losjihus). I gjennomsnitt bodde 13 mann i hver bu der de sov, kokte og spiste mat, tørket klær og reparerte fiskebruk.

Sammen med andre faktorer er det lett å se at lopper og lus fikk gode levevilkår i dette miljøet. Det var imidlertid tradisjonelt viktig å ikke komme hjem fra lofotfisket med utøy.

Generelt var rorbuene av nokså dårlig standard, selv om det varierte. Vedlikehold og vasking var svært dårlig, og i de dårligste blåste vinden gjennom veggene. Om morgenen var golvet ofte frosset speilglatt.

Vann: lite og dårlig

På det meste kunne det komme 40-50 000 tilreisende – fiskere og en lang rekke andre som hadde sitt levebrød i sesongfiskeriet – til Lofoten, som i siste halvdel av 1800-tallet hadde 5-10 000 innbyggere.

Vannforsyningen var mange steder og i lange tider elendig. Nedbørsrike vintre kunne hjelpe på vannforsyning direkte og derved renslighet og sunnhetsstilstand indirekte, slik fiskeriberetningen fra Lofoten i 1894 beskriver.

Et hull i snøen ned til en vannkilde kunne forsyne 2-300 fiskere. Noen beskyttelse av disse «brønnene» mot forurens-

ning av avfall fra fisk, tilsig av dyreekskrementer eller under vannhenting fantes heller ikke.

Et stykke ut på 1900-tallet ble det bygget en del vannforsyningsanlegg, men disse ble ofte dårlig vedlikeholdt og renset.

Sanitærforhold

I hele Lofoten fantes ett badstuebad – i Henningsvær – inn til slutten av 1940-årene! Da fantes det også to folkebad, men de var små, hadde åpent bare noen dager i uken – og helst på den tiden fiskerne var i arbeid. Det ble med en vask annenhver helg.

Utslagsvask og kloakker fantes ikke, avfall ble tømt like utenfor bua eller gjennom en luke i golvet dersom bua lå over sjøen.

Priveter – et synonym for utedo – lå enten på land oftest uten berge under, og denne sjelden ble tømt, eller over sjøen. Innredningen var svært enkel: det viste seg ofte at en enkel stakk å sitte på var det mest hygieniske.

Hvor syke var de – og hvilke sykdommer fikk de?

Pålitelig statistikk er det smått med – men for perioden fra 1928 og 20 år fremover finnes en del tall. 15 prosent av fiskerne oppsøkte i gjennomsnitt lege under lofotfisket i denne perioden (tanntrekking er da sett bort fra). Sår og byller samt katarralske sykdommer var vanligste årsaker til å søke lege. I promille fikk lungebetennelse.



Rorbu på kaianten

Det var forbausende lite legesøking pga akutte fordøyelsesykdommer, men her må en regne med store mørketall, som for en del av resten av sykdomspanoramaet under fisket.

Som en kuriositet kan det nevnes at brannskader var dobbelt så hyppig som forfrysninger! Årsaken var bruk av glødelampe for å få start på glødehodemotorene og trange lugarer med ovn.

Staten og folkets helse

Mot slutten av 1700-tallet endret statsmaktens syn på befolkningen som ressurs for nasjonal rikdom. Det ble viktig å holde folk friske slik at de kunne skape verdier og forsvare landet.

Reguleringsiveren var stor. Gjennom århundrene har myndighetene – blant annet ved diverse reguleringstiltak for selve fiskeriene – vist at de hadde vilje til å forsvare fiskernes interesser, og da spesielt de som drev med de enkleste brukstypene.

I denne oppvåkningstiden for statens syn på befolkningen som ressurs, og med den betydning Lofotfisket hadde for landets eksport, var det naturlig å finne frem til en ordning som kunne sikre fiskerne og fiskeripregede områder helsetjenester.

Priveter (utedo) og klesvask – elendig hygiene



Ett badstuebad i hele Lofoten!



Mannskapet (kanskje en kokke også)
arbeider, spiser og sover i samme rom



Linefiskere på land

Kongelig reskript av 12. februar 1790 – avgift på fisken finansierer helsevesenet!

Det ble i dette året lagt en avgift på fisk, tran og sild – senere utvidet til flere fiskeprodukter som råfisk og rogn – som skulle avhjelpe den veneriske svakhet og spedalskhet som det heter. Dette fondet – eller medisinalinnretning som det het den gang – ble imidlertid brukt til å finansiere stasjonære sykehus flere steder i Nordland. Også lønn til jordmødre, smittevernarbeid, legeboliger og annet ble etter hvert betalt av fondets midler.

I Lofoten ble det etablert sesongbaserte sykestuer og sykehus og ansatt fiskerileger som fungerte ved siden av de faste distriktslegene. Fondet betalte etter hvert både lønn, reise og andre utgifter for fiskerilegene, som det 1903 var 10 av.

I Lofoten var det rundt år 1900 to faste sykehus, fire sesongsykehus og to sesongsbaserte sykestuer. Alt dette – og dertil de faste sykehusene i Bodø og på Helgeland, ble betalt av fondets midler. Værøy sesongsykestue lå lengst vest, lengst øst finner vi Stokmarknes sykehus, som i denne sammenheng er knyttet til lofotfiskeriene.

Fondet eksisterte til 1940, men det mistet sin betydning som finansieringskilde for helsevesenet i Nordland flere år før det. Fiskerne kom med i syketrygda fra 1936, og det ble siste gang krevd inn avgift til fondet i 1935.

Ledige poster. Under Lofotfisket i 1896 kan 8 læger faa ansættelse.

Godtgjørelsen er bestemt til:

a. Gage efter kr. 1600,00 om aaret.

b. Skyds- og diætgodtgjørelse som for distriktslæger bestemt. Har vedkommende bopæl udenfor amtet, regnes gagen fra den dag, han naar amtsgrænsen, og indtil han paa hjemveien forlader den. Paa samme maade tiltaales skydsindenfor amtsgrænsen.

c. Et honorar af indtil 400 kroner.

Lægerne er forpligtiget til at tage bopæl i det distrikt, de af amtmanden anvises, og uden yderligere godtgjørelse end allerede anført at tilse og behandle alle fiskere uden hensyn til deres hjemstavn og formuesomstændigheder eller til sygdommens beskaffenhed, og naar den er opstaaet. Derimod er de berettiget til at forlange honorar af skippere og deres mand- skaber og af alle andre, som søger deres bistand. Ansættelses varighed efter fiskets slutning beror paa amtmandens bestemmelse.

Lægernes ankomst til Lofoten bør finde sted inden midten af januar maaned.

Andragender om disse poster indsendes til medicinaldirektøren inden 12te november.

(Finnmark fikk for

øvrig avgiftsbasert finansiering av helsevesenet allerede i 1773 – men det var avgift på omsetning av brennevin!)

Kilder:

- 1 Kåre Fasting (red.): *Lofotfisket Smådrift eller storbruk i nye former*, Trondheim 1946
- 2 Hallvard Lid: *Hygieniske problemer under Lofotfisket*, Oslo 1951
- 3 *Lofotfisket Historie og utvikling*, Inge Eberg Johansen (stencil)
- 4 Ole Georg Moseng: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003, Ansvar for undersåttens helse 1603–1850*
- 5 Aina Schiøtz: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003, Folkets helse – landets styrke 1850–2003*
- 6 Leif Nordstrand: *Medisinalfondet for Nordland ca 1790–1940 – helsefond og fiskerfond* (publiseres høsten 2003)

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no

Fiskebåten som arbeidsplass

– med fokus på helse – miljø- og sikkerhet



AV EDEL ÅSJORD,
rådgiver i Norges Fiskarlag

I begynnelsen av dette århundre skrev Johan Bojer «Den siste viking», den store romanen om den norske fiskeren. Her møter vi skårungen Lars på lofot-fiske med faren, hovedsmannen Krist-aver og fiskekamera-tene fra Helgelandskysten. Arbeidsmiljøet for fiskerne den gangen hadde mange av de samme trekk ved seg som preger fiskeryrket i dag.

Selvfølgelig er båtene blitt bedre på disse hundre årene. Kristaver og mennene hans måtte sove i en gissen løftning der vind og kulde gufset inn fra alle kanter. Matbiten og kaffen måtte de ta på tofta med snø og sjøsprøyt attåt. Hvis Kristaver, Jakob pinadø med litlfoten, Kaneles Goman og de andre kunne ta hyre på et moderne fiskefartøy i dag og oppleve komforten der, ville de knapt tro sine egne øyne.

Det er ingen tvil om at arbeidsmiljøet til fiskerne har oppnådd enorme forbedringer siden Kristaver og hans menn seilte inn i Trollfjorden for å slåss mot «dampskipsfiskerne» i 1880.

Det som fortsatt preger fiskeryrket nå som før er spenningen ved å fangste, mangfoldet, fellesskapet om bord, å drive fiske i kamp med naturelementene.

Men også lange arbeidsdager, en del er hjemmefra i ukesvis, kulde og mørke vinterstid, hardt arbeid og strenge krav til hverandre er en del av fiskerens hverdag. Alle må gjøre sitt da som nå.

Teknologi og samfunn

I dag er båtene blitt færre, og fiskerne er færre. Ved utgangen av 2002 var det registrert i alt 10 649 fiskefartøyer,

hvorav 8165 dekte fartøyer og 2847 åpne båter. Bare en del av det store antall registrerte fartøyer brukes i helårsfiske. I 2002 besto den helårsdrevne fiskeflåte av 2206 fartøyer, dvs. fartøyer som har drevet fiske i minst 30 uker. Innen fiskeriene har vi hatt en rivende teknologisk utvikling, hvor fartøy i dag har en svært stor fangstkapasitet i forhold til antall mann om bord. Mange arbeidsoppgaver utføres nå av maskiner hvor vi før hadde flere mann til oppgaven.

Teknologien tvang også fram reguleringer av fisket, noe som ikke var tema for 100 år siden. Havet var et uttømmelig matkammer da, hvor alle som ville kunne drive fiske. I dag må en fisker forholde seg til reguleringer av ymse slag, til deltakeradgang og kvoterettigheter, kontroll og håndheving, regelverk knyttet til kvalitet og mattrygghet, drift og konstruksjon av fartøy. I tillegg har vi hatt en fremvekst av lovverk og forskrifter som gjelder HMS – Helse – miljø og sikkerhet – for å nevne noe. Det stilles store krav til en fisker i dag – på mange ulike områder utenom selve fiske/fangst-arbeidet.

Arbeidsoperasjoner har endret seg svært mye som følge av ny teknologi, og fiskeryrket er slik sett noe helt annen i dag enn tidligere. Fiskeryrket utøves også svært ulikt avhengig av type fartøy man drifter på og driftsform.

På slutten av 80-tallet ble det gjennomført en stor Helse-og arbeidsmiljøundersøkelse blant fiskerne. Ca. 77 prosent av fiskerne svarte at de er svært godt fornøyd med arbeidet som fisker, og tre av fire fiskere syntes båtene er en meget god eller stort sett god arbeidsplass. Vi har ingen slik undersøkelse av nyere dato, men det generelle inntrykket er at de som velger fiskeryrket ofte trives og forblir i yrket over lang tid, hvor de lever med både oppgangs-og nedgangstider. Fiskerne har en egen evne til omstilling og til å tilpasse seg nye rammebetingelser.



Med fiskebåten som arbeidsplass

Uansett teknologisk utvikling så er fortsatt fiskeryrket røft på mange vis. Fiskerne er utsatt for støy, risting, trekk, kulde, fuktighet, tunge løft, skader etc. Helsen påvirkes av mange forhold, som livsstil, arbeidsplass og egen evne til å ta vare på seg selv. Jeg vil i det følgende se på enkelte faktorer som kan påvirke helsesituasjonen for fiskerne i dagens fiskeflåte.

Syn

Ofte kan det være dårlig belysning om bord på en fiskebåt. I tillegg til dårlig lys, kommer ofte et klima som gjør det enda vanskeligere å se. Tåke, snø, regn og sjødrev kan redusere sikten, også for nærarbeid. Hardt vær kan også redusere synsevnen på grunn av sammenkniping og renning av øynene. Derfor er det ekstra viktig at nettopp fiskebåten har godt arbeidslys. Godt lys om bord bedrer helsa og fremmer trivselen på mange måter. Men først og fremst øker den sikkerheten. Mange skader skyldes at arbeid eller ferdsel om bord ikke har skjedd under god nok belysning.

Lyd

Det er mye fin lyd på havet. Terna som skriker, måker, larven av stillhet... Men også lyden fra dieselmotoren som knurrer... Men det er også mye annen ulyd om bord. Vi har i dag fiskefartøy med en høy grad av automatisering på arbeidsområder hvor man før brukte ren muskelkraft. Det er målt støynivåer som kan skade hørselen både i styrhuset, på arbeidsdekket og i maskinrommet.

De viktigste støykildene om bord er motoranlegg/maskinrom, propeller, hydraulikkanlegg, og bruk av fiskeredskap. På større fartøyer med maskinelt fangstbehandlingsutstyr om bord, er det en rekke støykilder som sløye-, kutte- og fileteringsmaskiner samt transportband. Skippe-

ren i styrhuset utsettes for støy fra instrumentene. Ofte brukes flere sendere samtidig med meget høyt volum, for å overdøve andre støyende instrumenter.

Faren for ulykker øker i et arbeidsmiljø med støy. Støyen tar mye av oppmerksomheten. Den gjør det vanskelig å oppfatte varsellyder og meldinger. Støyen kan også ha skadet hørselen til de som jobber der. Støy blir særskilt risikabel i fiskebåter hvor det dreier seg om lagarbeid, og hvor samtale og rop er viktige for sikkerheten. Mye støy kan også gå ut over trivselen og kan føre til at man forttere blir sliten.

La det svinge...

«Det begynner å skavle om baugen. Det fosser kvitt på begge sider, dette er bør. Å segle er mange ting, og nå kjenner karene igjen den gode krislinga gjennom all kroppen, og de ser på hverandre og flirer»

(Johan Bojer – Den siste viking)

Bølgene i havet er stort sett de samme nå som før... Fiskebåten vil alltid være en arbeidsplass i bevegelse. Noen dager mer i bevegelse enn andre dager! Det finnes undersøkelser av hvordan fartøybevegelsene påvirker kroppen og helsa til fiskeren.

I styggvær med sterke og brå fartøysbevegelser krever det mye muskelarbeid å holde balansen. Man bruker energi og muskler på å holde seg oppreist. Dermed blir det mindre krefter igjen til det egentlige arbeidet. Balansering består således i at musklene og nervene i hele kroppen er i «alarmberedskap» klar til å møte en plutselig, uventet bevegelse.

Enkelte muskel/senegrupper står i samme spenningstilstand over lengre tid. Visse muskler trekkes sammen og slappes av i løpet av sekunder ved øyeblikkelig balansekrav. I det lange løp kan dette muskel- og senearbeidet føre til slitasje. Det merker man ved at man er mer støl og sliten etter en dag i grovsjø enn etter en dag med havblikk.

Slitasje

«Men ryggene krummer seg, bena spenner i, ansiktene vrir seg, det her er tungt, hal i – å hoi!»

(Johan Bojer – Den siste viking)

Problemet for folk flest i det moderne velferdssamfunnet er ikke for mye, men for lite kroppsarbeid. Men for mye og for lite er like galt. Som ellers i kroppen er det balansen mellom evne og krav som avgjør om du holder deg frisk eller blir syk.

En del fiskere er i god form. Imidlertid er arbeidsoppgavene svært ulike om bord avhengig av type fartøy du jobber

Sildefiske i Nordsjøen





Sjarkfiskere

på. En del av de større fartøyene har egne trimrom om bord, slik at mannskapet skal ha muligheten til å trene mens de er om bord.

Vi vet at fiskere ofte daglig må ta tunge løft, at de jobber i bøyde og vridde stillinger, har arbeid som medfører gjentatte og ensformige bevegelser, og opplever stamping, rulling og hiving. Slitasjeskader er en av de hyppigste diagnosene fiskerne får. De vanligste slitasjesykdommene fiskerne får er ryggglidelser, skulderplager, slitasje i ledd, muskelsmerter og betennelser i sener.

Kjemikaliebruk

«Hendene var ynkelig såre og stive, men Kaneles Goman hadde lært ham å sette dem inn med tjære og talg»

(Johan Bojer – Den siste viking)

Fiskerne bruker i dag mange løsemidler til mange oppgaver om bord og på land. I motsetning til før hvor tjære og talg var løsningen på det meste,

- Rengjøring av båt og bruk
- Avfetting av redskap, motor og mekanisk utstyr
- Fjerning av maling, lakk, gummi, plast og lim.

Enkelte former for motorbrensel, hydrauliske væsker, antifrysevæsker, maling, lakk og impregneringsstoffer inneholder løsemidler. Fiskerne har såpass mye kontakt med løsemidler at de gjør klokt i å sette seg inn i helserisikoen, og lære seg å forebygge løsemiddelskadene.

Både helsefaren og brannfaren kan reduseres ved riktig oppbevaring av løsemidlene.

Før og nå...

Fortsatt lever vi av havet. Men vi lever på et annet vis. Vi har i dag en differensiert fiskeflåte hvor vi har et mangfold av fiskefartøy både mht. størrelse og driftsform. Samlet sett sto den tradisjonelle fiskerinæringa for ca. 12 milliarder av eksportverdien på sjømat (2001), hvorav torsk sto for 5,6 milliarder, sild for 3,4 milliarder og makrell for 2,9 milliarder. I tillegg kommer fangst av andre arter.

Dette har norske fiskere bidratt til. De menneskelige ressurser som ligger bak er fiskerinæringens fremtid.

Kilde:

Per Fugelli og Halvard Aasjord: Fiskernes Arbeidsmiljøbok

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no

30 år med allmennmedisin i Tromsø



Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø feiret 3. oktober 2003 sitt 30-års jubileum. I den anledning synes vi det kan passe med en kort historisk oppdatering om allmennmedisinsk aktivitet ved Universitetet i Tromsø.

Anders Forsdahl

Den moderne historien om vitenskapsbasert allmennmedisin i Tromsø er uløselig knyttet til Anders Forsdahls navn. Som forskningsorientert ung distriktslege ble Anders kalt fra Finnmark til Universitetet i Tromsø i 1973 for å lede oppbygningen av en allmennmedisinsk fagseksjon ved Institutt for Samfunnsmedisin. I 1980 ble han Nord-Norges første professor i allmennmedisin. Gjennom sitt virke har Anders framstått som en ener innen forskning og undervisning, noe som har gitt ham en rekke utmerkelser og priser. I anledning utnevnelsen til Ridder av St. Olavs orden ble han intervjuet i Utposten (nr. 7 1997). Hans studier omkring sammenhengen mellom fattigdom i oppveksten og disposisjon for hjerte/kar sykdom senere i livet har vært banebrytende. De opprinnelige postulatene han framsatte er senere utviklet til «Forsdahl & Barkers hypotese», noe som har gitt opphav til omfattende internasjonal forskning. Anders er kanskje særlig kjent blant studenter i Tromsø og allmennleger i Nord-Norge som grunnlegger av ordningen med praksisutplassering. På syttitallet bidro han sammen med de daværende distriktslegene i Balsfjord, Arnulf Eide og Roar Johnsen, til at universitetsklinikken ble flyttet ut til allmennlegekontorene i landsdelen. Åtte ukers utplassering i primærhelsetjenesten i femte studieår var den gang et dristig og radikalt element i studieplanen. I Tromsø har det vist seg som et svært vellykket innslag, en «bærebjelke» i studiet, som senere i stor grad er kopiert av andre. En hovedbegrunnelse for at Anders fikk undervisningsprisen i år 2000 var den høye kvaliteten på undervisningen ute i allmennpraksis. I dag er Anders Forsdahl stadig aktivt tilste-

deværende på seksjonen som professor emeritus. Han har skjermet tid til å arbeide med sine «hjerdebarn», medisinsk historie og medisinalberetninger.

Forskningsaktivitet

Hovedtemaer for doktorgrader og forskning innen allmenn- og samfunnsmedisin blant seksjonens fast ansatte har vært: Kreftsykdommer (Knut Høltedahl), dyspepsi og magesår (Roar Johnsen), familie og hjertesykdom (Synnøve Fønnebo Knutsen), luftveisinfeksjoner (Hasse Melbye), muskel/skjelett sykdommer (Toralf Hasvold), sykestuefunksjoner (Ivar J. Aaraas), kommunelege-I-funksjoner (Nils Kolstrup). Vi vil også nevne dagens stipendiater og eksternt finansierte medarbeidere med forskningsfelt og navn: Møtet mellom pasient og lege (Eli Berg), forebygging i lokalsamfunnet (Beate Lupton), sykmeldinger (Nils Fleten), distriktsmedisin som hermeneutisk praksis (Eivind Merok), pasientens sykdomsoppfatninger (Tor Anvik), lungesykdommer (Astri Medbø), fastlegeordningen (Olaug Lian), helse i Arkhangelsk og Tromsø (Maria Averina). Ett av stipendiatarbeidene er nylig innlevert til doktorgradsbedømmelse, tre andre nærmer seg innlevering. Oversikten foran omfatter ikke alt. Stikkord for andre forskningsområder seksjonens ansatte er involvert i er: Lege/pasient kommunikasjon, klagesaker og medisinske feil, internasjonal helse, telemedisin, hiv/aids, urinveis-sykdommer og laboratoriediagnostikk (CRP).

Distriktsmedisinsk fagutvikling

I løpet av de siste fem år har allmennmedisinsk seksjonen tatt initiativ til å styrke allmennleger i distriktene gjennom statlig støttede stabiliseringsprosjekter, «Ressurskommune-prosjektet» og «Program for forskning og fagutvikling i allmennmedisin». Vi arbeider for tiden med en konkrete plan om å videreutvikle det distriktsmedisinske fagfeltet gjennom etablering av et Nasjonalt senter/nettverk for distriktsmedisin. Elisabeth Swensen, kommunelege i Seljord, er knyttet til seksjonen som leder for arbeidet. For utfyllende informasjon om denne aktiviteten vil vi henvise til tidligere innslag i Utposten, først og fremst temanummeret om distriktsmedisin nr 4, 2002.

Ivar J. Aaraas

VIOXX[®]
(rofecoxib, MSD)

- EFFEKTIV¹

- ENKEL

- ÉN GANG DAGLIG

- Refusjon^{*} på § 9.17 og 35

- ^{*} Felles for refusjon av coxib'er på §9 er at minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:
- Pasienten har tidligere hatt et behandlingstrengende magesår eller annen alvorlig gastrointestinal bivirkning
 - Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinale bivirkninger
 - Pasienten har betydelig nedsatt almenntilstand



MSD (Norge) AS
Postboks 458 Brakerøya
3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00

¹) Cannon et al., Arthritis & Rheumatism 2000; 43 (5): 978-987
VIOXX[®] er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.
For forskrivning av VIOXX[®], se preparatomtalen.

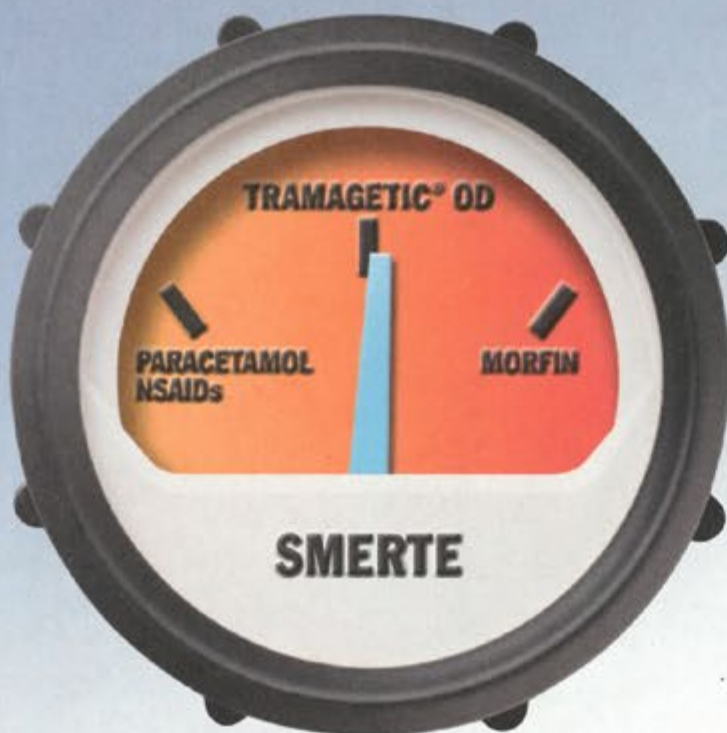
DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Hver depottablett inneholder: Tramadolhydroklorid 150 mg, resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandisod (E 171).

Indikasjoner: Moderate smerter.

Dosering: Bør tas med 24 timers intervaller. **Svelges hel og må ikke tygges.** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Den korrekte dosen er den som gir smertelindring i 24 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. Pasienter som allerede behandles med tramadol tabletter eller kapsler med umiddelbar frisetting av tramadol, kan behandles med depottablettene ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagsdose pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres langsomt til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maks. dagsdose er 400 mg. **Voksne og barn >14 år:** Vanlig startdose er 150 mg i daget. **Eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstiden kan være forlenget slik at dosejustering kan bli nødvendig hos disse pasientene. En startdose på 150 mg anbefales. Dosetitrering oppover, til smertekontroll nås, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance <10 ml/min). Preparatet anbefales ikke brukt til barn <14 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke gis til pasienter som får monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste 2 ukene. **Forsiktighetsregler:** Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til kramp skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfallet og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsenteret eller åndedrettsfunksjonen eller ved samtidig behandling med sentraltvirkende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iaktas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inkl. alkohol, kan potensierte CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virketiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramp og øke risikoen for kramp ved samtidig bruk av selektive serotoninopptakshemmere (SSRI), trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampeterskelen. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetilering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetilerte metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. Samtidig behandling med legemidler som inhiberer enzymet CYP2D6, som f.eks. kinidin, kan øke konsentrasjonen av tramadol og minske konsentrasjonen av den aktive O-demetilerte metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparatet gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparatet med opioidvirkning gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelen oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10%). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørrhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfatningssevne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakhet, krampeanfallet. Sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urin-retensjon). Øvrige: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (åndenød, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjokk. Det er rapportert noen tilfeller av levertoksiskitet. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvenningsrisiko foreligger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Måse, brekninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampestilstander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampestilstander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. **Ventrikkelutløsning:** Kan benyttes for å fjerne ubeskrivt depottablett. **Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selvfølgende agonist på μ -, δ - og κ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til μ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av gjennoptak av noradrenalin og økning av serotoninfrigivelsen. Absorpsjon: Absorberes nesten fullstendig. Biogjengeligheten er ca. 70%. Påvirkes ikke av mat. Maks. serumkonsentrasjon nås etter ca. 6 timer. Depottablettene har lineær kinetikk, mens kapslene har ikke-lineær kinetikk. Depottablettene gir derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosetitrering. Proteinbinding: ca. 20%. Halveringstid: Ca. 16 timer. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboiseres ved "first pass"-metabolisme til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig renal.

Pakninger og priser (01.05.03): 150 mg: Enpac: 20 stk. kr 221,90, 100 stk. kr 786,60. 200 mg: Enpac: 20 stk. kr 234,30, 100 stk. kr 909,60. 300 mg: Enpac: 20 stk. kr 322,20.

tramagetic® OD
tramadol hydrochloride ONCE DAILY



Tramagetic® OD Når paracetamol og NSAID's ikke er nok

- Mindre avhengighet enn kodein¹⁻⁴
- Mindre obstipasjon enn kodein⁵⁻⁸
- 1 tablett daglig

TRAMAGETIC® OD
150 mg

20 depottabl.

Tramadol, hydroklorid.

Vnr 00 23 53

Depottablettene svelges hele med et haart glass vann.
Skal ikke kruses.
Skal ikke oppbevares over 30°C.
Oppbevares utilgjengelig for barn.



Tramagetic® OD
Pasientvennlig behandling
ved moderate smerter

NYCOMED