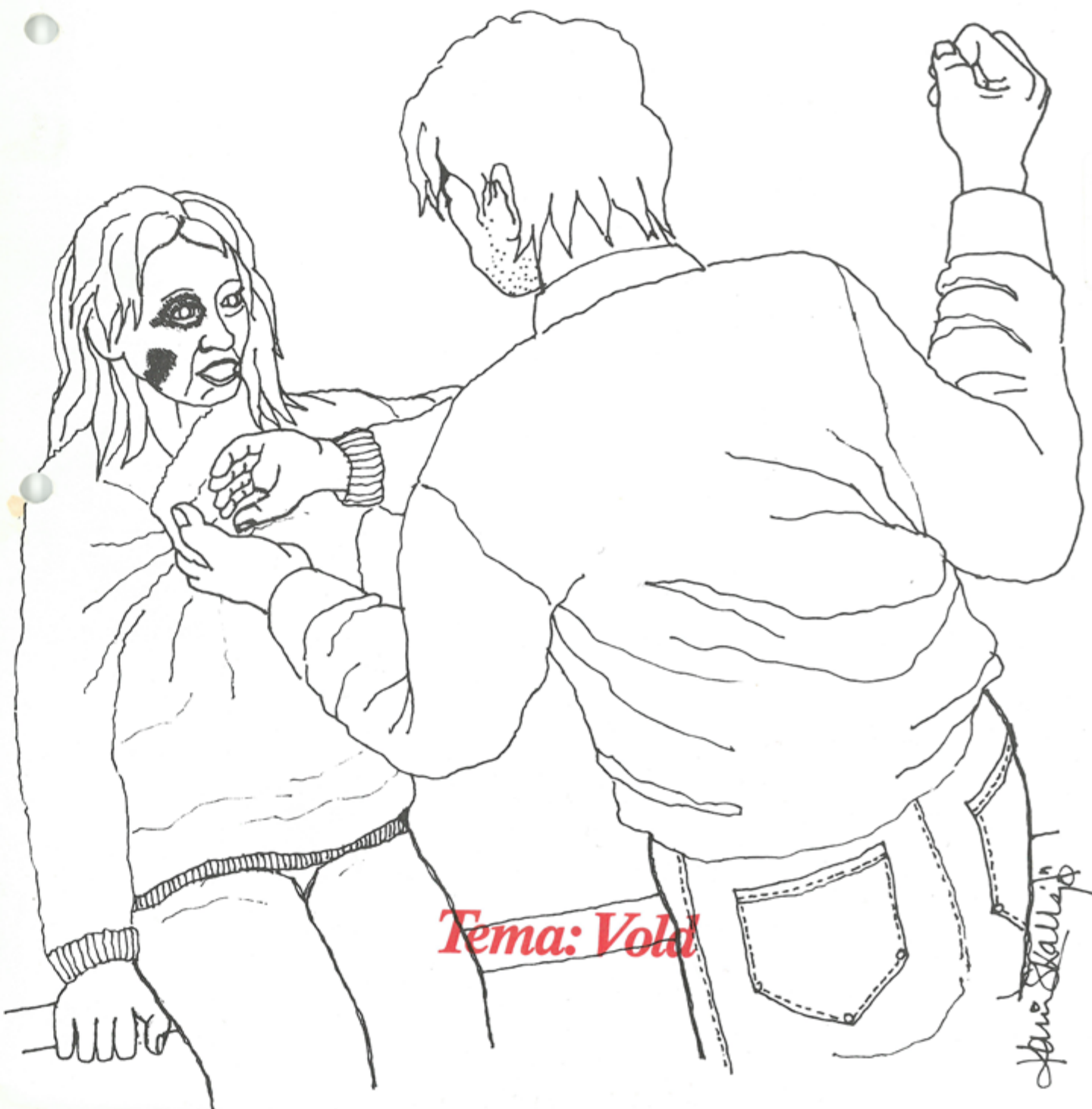


Utposten

1988 nr.8 årg.17 *Blad for allmenn-og samfunnsmedisin*



Tema: Vold

ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket.
Etiketten kan tas av
med en kniv.

Utposten

*Blad for allmenn-
og samfunnsmedisin*

5890 Lærdal
Bankgiro 3838.06.01025
Abonnement kr.120,- pr. år.
ISSN 0800-5680

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 Roverud

K:066 18880
P:066 26239

Mette Brekke
2640 Vinstra

K:062 90100
P:062 91010

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 Voss

K:05 512410
P:05 513685

Kirsti Malterud
Institutt for
allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen
K:05 298119
P:05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 Vadso

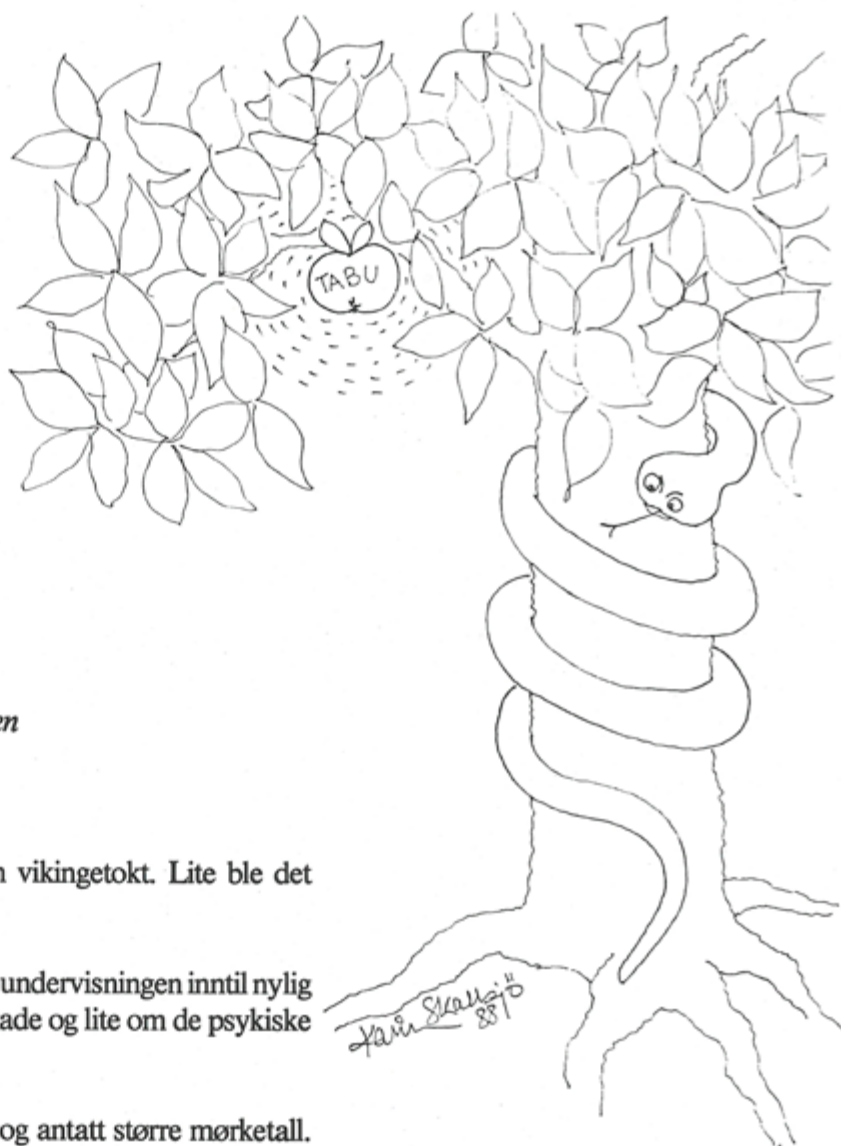
K:085 51761
P:085 51443

Janecke Thesen
5890 Lærdal

K:056 66100
P:056 69333

Lay-out/sats/paste-up: Reikvam Industrireklame Bergen. Trykk: Rema Voss Offset.

Vold



Eli Berg

Ansvarlig redaktør for dette nummer av Utposten

På skolen lærte vi om kriger, om seierherrer, om vikingetokt. Lite ble det undervist om voldens følger.

På doktorskolen lærte vi om skadebehandling, men undervisningen inntil nylig har i liten grad tatt for seg hva som ligger bak en skade og lite om de psykiske følger etter voldserfaring.

Den private volden ryster samfunnet, – store tall og antatt større mørketall. Vi vet kanskje lite enda om hvorfor, – om hvem som blir offer og hvem som blir utøver.

Forfatterne i dette nummeret beskjeftiger seg med ulike sider av fysisk og psykisk vold og dens følger for offer og utøver. Vi aner kanskje at vi bare vet så altfor lite enda. Men temaene er ikke lenger helt tabu, – som helsearbeidere må vi bevisstgjøres, dyktiggjøres, finne våre samarbeidspartnere både i akutte situasjoner og for langtidsoppfølging av de mennesker som trenger hjelp.

I dette nummeret av Utposten kommer de første artiklene i en serie om vold som medisinsk problem.

God lesning

Erfaringer fra et krisesenter

Anne, Grethe og Lillemor,
krisesenteret i Kongsvinger.

I 1987 var det 3000 kvinner som henvendte seg til krisesentrene. Dette vet vi er bare toppen av isfjellet, de mørke tall hersker ennå i Norge. Samarbeid er et nøkkelord som kan hjelpe oss alle i forståelsen av hva vold er, hvordan en kan få bukt med den og myter skapt rundt den.

Hvordan oppstår vold?

Alle vet at aggresjon er en av mange egenskaper vi mennesker har. En av mytene er at aggresjon leder til vold, noe som er helt misoppfattet. Mesteparten av volden er kontrollert og vanskelig å avdekke, da de fleste voldsutøvere utvikler teknikker på sin vold for bedre å kunne skjule den.

Skjult vold

I den første fase i et voldsforhold vil alt foregå i det skjulte. Offeret har vanskelig for å tro på at dette skjer. Det er ofte ingen synlige tegn. Det en kan være oppmerksom på er blåmerker, mindre alvorlige fysiske skader og spontane aborter. Vold har mye sammenheng med makt, og innledningsfasen er der utøveren prøver å kontrollere offeret, f.eks. ved å ringe hjem hele tiden, holde offeret under oppsikt osv., med andre ord psykisk terror.

Stabiliseringsfasen

Nå er volden blitt en del av et fast mønster. De ytre tegn på volden er som i begynnerfasen. I tillegg til dette oppstår psykosomatiske lidelser, muskelspenninger, søvnløshet, eksem, avmagring, angst og depresjoner. Verden utenfor forsvinner ved at man hele tiden prøver å skjule den reelle tilstand.

Bruddfasen

Et vendepunkt. Voldsutøveren går over gren-

sen av hva han før har gjort, som for eksempel å trekke andre inn i volds-mønsteret. Når andre ser dette, får en hull på (u)virkeligheten en lever i. Offeret kan i denne fasen være så langt nede at selvmord og selvmordsforsøk kan skje. Bruddet blir et faktum. Det er blitt et valg mellom liv og død.

Etterbruddsfasen

Offeret vil slite med angst og depresjoner. Det tar lang tid å komme seg, glemme og bygge opp seg selv igjen. Volden som kan skje i etterbruddsfasen, er den farligste. Utøveren vil i mange tilfeller bli desperat over at hermedømmet over familien blir borte.

Hvordan kan vi hjelpe?

Vi må klart slå fast at voldsforhold oppstår i totalt forskjellige miljøer og med helt ulike bakgrunner. Alkoholbruk er ingen indikator på vold. Holdninger vi trenger å skape er at ingen har lov til å bruke vold for å kunne kontrollere noen. Ved å henvise til krisesentre som finnes spredt over hele landet (47), kan en støtte denne institusjonen som er «proff» på å hjelpe kvinner og barn i slike situasjoner. Vi er med på å hjelpe til å forebygge disse nærmest ukontrollerte problemer. Alle som kommer i kontakt med offer eller voldsutøver, må se på det som sin oppgave å tore gå mer direkte på, tore være medmenneske når det gjelder å bryte alle slags former for voldsmønstre.

Mannlig voldsutøver

I følge Kristian Magnus Falsen, tilknyttet krisetelefon for menn i Oslo, kan mellom 50-80% menn som driver mishandling, helbredes ved hjelp. Menn må konfronteres med seg selv som voldsmenn. Falsen mener ut fra sin erfaring at menn er følelsesmessig dårligere utviklet. De uttrykker gjerne sine følelser gjennom sex og aggresjon. Den omsorgsrollen kvinner har vært pålagt og har tatt på seg opp gjennom alle tider, må brytes. Kvinner er blitt gjort ansvarlig for menns følelser og velbefinnende.

Hva med framtida?

Å forebygge mot vold helt fra tidlig barndom er en aktuell måte å komme til roten av det onde. Vi må gi barn trygghet og varme, slik at de får et godt selvbilde. De må videre lære at det er galt å slå. Har noen problemer med å gi barn den trygghet de har krav på, finnes det alternativer som avlastningshjem som en kan komme i forbindelse med gjennom hele det sosiale, offentlige tiltak. Det er erfart at parterapi er umulig i voldsforhold, da det fører til håp, som igjen kan føre til mer vold. Leger, politi, psykologer, krisesenterarbeidere osv. har som mål å skape bedre levevilkår i alle hjem og for hvert enkelt menneske. Vi må ta på oss et ansvar som går på å ta støvet i krokene og å ha et klart og utvetydig syn på at voldsbruk er en krise som en må få bukt med uansett hva det vil koste.

Rettsapparatet

Hvordan er kontakten med politi og rettsapparatet forøvrig for offeret? Det virker som om vold mot kvinner er noe nytt. På grunn av debatter i media er dette kommet til overflaten, og det har vist seg at kvinnemishandling har foregått i det skjulte til alle tider. Anmeldelser er det blitt flere av, men uten beviser blir saken henlagt. Antydninger er magert å drive etterforskning på. Skader skal helst fotograferes innen 2-3 døgn etter overgrep. Klare bilder er beviser gode nok.

Mange trekker også tilbake anmeldelsen av frykt for represalier. Vi må støtte ofrene. Det skal reageres. Offeret er ikke fritt vilt for voldsutøveren. Skader som skyldes farlige gjenstander bør forfølges. All vold er like alvorlig for den som den blir rettet mot.

Hva gjør krisesentrene for kvinner og barn?

Når vi vet hvor vanskelig det kan være å bryte ut av et mishandlings-forhold, kan krisesenteret være den ideelle fluktmulighet pga.



Foto: Knut Erik Mikalsen

anonymitet og ikke noe press på at kvinnen må fortelle hva som har skjedd umiddelbart. Hun tas hånd om av vakter med bred erfaring, vakter som kanskje også har opplevd mishandling. Klient/autoritetsforhold blir naturlig borte, og dette oppfattes som trygt av kvinnen. Kvinnen må selv ta ansvaret for sine avgjørelser. Vi hjelper og støtter henne og formidler kontakt med aktuelle instanser. Uansett hvilken vei kvinnen velger å gå, er hun velkommen tilbake om hun ønsker det.

For barna er det ved forskjellige sentre opprettet støttekontakter og midlertidige barnehageplasser. På grunn av plassmangel og økonomiske problemer har dessverre ikke alle sentre greidd å ta seg så mye av barna som de skulle.

Hva manger i samarbeidet mellom instansene?

Noen steder er kommunikasjonen upåklagelig, mens det andre steder er verre. En ting

som forhindrer er taushetsplikten, og også det vi har minst av foruten penger; nemlig tid. Det skulle i større grad vært opprettet krisetimer hos leger, på sosialkontoret, hos advokater o.l. Det skulle også vært mulighet til gjennomgangsboliger, da kvinnene ofte mister sitt bosted. Videre skulle vi gjerne hatt et skjema som kunne gi oss lov til å bryte taushetsløftet med kvinnens tillatelse.

Referanse:

Forskningsrapport fra Ulla Ollendorf, psykolog og forsker.

En mishandlet mor og to barn forteller:

Mor: 35 år, høyskoleutdannet, god inntekt.

Far: 40 år, høyskoleutdannet, god inntekt.

Gift: 13 år, hvorav 12 med mishandling.

Barn: 2 døtre, 10 og 11 år.

Bosted: Forstadsvilla.

Mor og begge barna bodde på krisesenteret i 6 måneder.

Charlotte, 10 år, forteller:

«Vi skulle reise fordi han var slem. Det var like før pappa kom hjem fra jobb. Jeg fikk ikke engang med meg pungen og bamsen min. Pappa ble fort sinna. En gang hadde jeg tatt på meg et skjørt. Da ble han sinna. Jeg husker jeg hadde sko under senga, fordi hvis pappa ble sinna og låste døra, så hoppa jeg bare ut av vinduet. Det var ikke mamma som krangla med pappa, men pappa som krangla med mamma. Når jeg hadde vennene mine på besøk, var han så smørblid at! Jeg syntes ikke det var trist å reise hjemmefra, men bestevenninna mi kunne gjerne ha vært med.

Det var mange fine kriker og kroker å gjemme seg i på krisesenteret når jeg ikke ville legge meg. Det var mange fine leker der og mange snille damer. Jeg likte å bo der. Men jeg fikk ikke lov til å ha med noen hjem fra skolen. Når noen spurte meg om å få være med meg hjem, svarte jeg var at det ikke var plass i bilen. Vi ble kjørt til og fra skolen hver dag, fordi veien var så lang».

Nina, 11 år, forteller:

«Vi hadde det altfor jævlig. Pappa var alltid sint. Han var sint hvis vi gikk i skapet og tok mat uten å si fra. Jeg var redd når han stengte mamma og mormor ute fra rommet mitt og han var der og var sint og slo meg. Dette varte ca. 10 minutter. Da ble han snill igjen, og han ble venn med meg. Han ville ikke at mormor skulle be aftnebønn for meg. Jeg var ofte redd for at han skulle bli sint. Jeg skjønte ofte ikke

hvorfor han ble så sint. Pappa var alltid mest sinna på meg. Jeg fikk alltid skylda. Han skreik og slo ofte. Hvis det var noen hos oss, så var han mye snillere. Før han ble sint ble han så rar i øynene.

Noen dager seinere lærte jeg å skrive løkkeskrift av mormor. Jeg skrev et brev til pappa med løkkeskrift. Da ble han så sint og skrek: «Hvor har du lært å skrive slik?». Jeg svarte at det hadde jeg lært av mormor. Han ble rasende og låste meg inne på rommet som vanlig. Han slo og banna. Han slo hardt og helt vilt om seg lenge. Så gikk han ut av rommet, mens jeg måtte være der bak låst dør og sitte og finne ut hvorfor jeg var så slem. Jeg fikk ikke lov til å lese eller leke, skulle bare sitte der. Han kom inn med jevne mellomrom og kontrollerte hva jeg gjorde. Dette varte i ca. 3 timer. Da bad mormor, som var på besøk, om jeg ikke kunne få komme og spise middag. Da ble jeg glad for jeg hadde ikke spist siden jeg kom hjem fra skolen.

Ved middagsbordet var det helt stille. Ingen torde si noen ting. Vi satt bare helt stille og ventet på neste utbrudd. Pappa ble plutselig kjempesint fordi jeg ikke spiste potetene og gulrøttene samtidig. Han dro meg ut av stolen og kjøkkenet, inn på rommet mitt og slengte meg ned på senga mi. Jeg landa på «Brødrene Løvehjerte», boka som jeg holdt på å lese akkurat da. Jeg strigråt. Pappa tok boka jeg leste i og la den på øverste hylle på pulten. Etter den «flyveturen» ødela jeg leddbåndene i begge ankene. Han ble kjempesint og slo helt vilt rundt seg igjen. Han bare tok i meg og slo ryggen min mot kommoden. Det gjorde veldig vondt. Jeg hadde vondt i ryggen i flere måneder etterpå. Han slengte meg mange ganger, og da han var ferdig, gikk han bare ut av rommet og låste døra. Jeg var redd for å gråte, for da ble han bare enda sintere. Han kom inn og skrek, banna og rista meg ca. hvert 15. minutt hele natta.

Neste dag orka jeg ikke å gå på skolen. Jeg gikk til jobben til mamma isteden. Der husker jeg ikke helt hva som skjedde. Jeg var så trøtt. Jeg gråt, var fortvila. Jeg ville ikke bo hjemme mer, ikke ett sekund til, ikke om jeg fikk en million. Krisesenteret var et sted å være, og det var det viktigste. Jeg tok ikke skade av å være der. Det var ganske trygt, fordi vi liksom aldri var alene. Det var så mange snille der.»

Mor's refleksjoner om støtte:

Eva er mor til Charlotte og Nina. Hun forteller: «Jeg var verdensmester i å finne

årsaker til alle skadene jeg fikk gjennom mishandlingen. Likevel gikk jeg ofte til legen. Jeg hadde mye vondt i hodet, gjerne like før mannen min kom hjem fra jobben. Andre plager var magesårsymptomer, stiv nakke, mye vondt i ryggen og søvnløshet. Hver gang jeg var hos legen, ønsket jeg langt inni meg at han skulle avsløre virkelig hva som foregikk hjemme. Jeg tror det er veldig viktig at leger og andre som mistenker noe, stiller meget direkte spørsmål, og at de gir kvinnen konkrete råd, som for eksempel å reise til krisesenteret.

Vårt samliv var ganske isolert. Han skulle ha kontroll på oss alle hele tiden. Han bestemte vårt sosiale liv. Hvis jeg en gang trosset ham og var sammen med mine kolleger eller andre, fikk jeg straff som grov kjeft eller juling. Jeg måtte bruke tusen unnskyldninger overfor andre når jeg ble invitert på et eller annet.

Barna og jeg bodde på krisesenteret i 6 måneder. Der følte jeg meg trygg og fikk snakke og snakke. Siden fikk jeg hjelp til separasjon, rettssak og mye mer. Da vi flyttet ut i ny leilighet, hadde vi ganske mye kontakt. Det var trygt å vite at jeg bare kunne ringe eller komme til en prat og en kopp kaffe.

Det jeg tror er viktig etter så mange år med mishandling av meg og barna, er et slags ettervern. Det skulle vært et tilbud om terapi, slik at man kunne få en oversikt over hva som hadde skjedd og ikke selv begynner å mishandle barna. Jeg hadde selv lært dette i 12 år. Jeg var redd for å sette grenser for barna, fordi de ikke skulle tro at jeg var som pappa. Barna er i en spesiell situasjon. På grunn av skilsmisken ble det brudd med pappa og hans familie. Avlastning er en bra løsning. Barna har muligheten til en trygg voksenkontakt, og mor kan samle krefter igjen. Enslige mødre i dagens økonomiske situasjon har heller ikke mulighet til å gi barna en sommerferie.»

Eva har nå greidd å etablere seg i et normalt liv igjen på et nytt sted, i ny leilighet og ny jobb. Hun synes hun har lært mye og håper at andre slipper å leve i et helvete så lenge som henne.

2-7
oktober
1989

Har du ikke krysset av den uken, sier du?

Vet du ikke hvorfor du skulle ha gjort det?

Nei, nei – men da skal du få vite det nå. Da arrangerer NSAM

Allmenn
medisinsk
uke
1989

Hva er det?

Jo, det er den uka i 1989 da Soria Moria står i allmennmedisinens tegn. Der vil det bli kurs, seminarer, utstillinger, posters, frie foredrag og kulturelle opplevelser. Det sosiale er også viktig. Her vil du møte en mengde allmennpraktikere som du kan diskutere med og slappe av sammen med.

Ta det med ro – du skal få påmeldingsskjema senere. Bare sett av den uka nå, så har du mye å glede deg til.

Til slutt: alt er ikke planlagt i detalj enda, delvis fordi vi ønsker at dette skal bli en allmennmedisinsk happening. Har du ideer til hva en slik uke bør inneholde tar vi gjerne mot forslag. Enda en ting til: Vi ønsker kontakt med kollegaer som driver med kunstnerlige aktiviteter på si. Gi oss et vink om deg selv eller om en kollega du kjenner (adr. er O. Rutle, Institutt for allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2. Telefon 02/55 92 10, eller privat 06/97 10 18).

Om forebygging av kvinnemishandling gjennom primærkontroll



Kristin Skjørten

Født 1958. Utdannelse: Mag. art.

Stilling: NAVF-stipendiat.

Arbeidssted: Institutt for kriminologi og strafferett, Universitetet i Oslo.

Jeg vil i denne artikkelen gå inn på primærkontrollens potensialer for bekjempelse av kvinnemishandling med vekt på hvorledes man møter menn som slår. Med primærkontroll forstås her den kontrollen som utspinner seg gjennom samhandling med andre mennesker. Sekundærkontrollen – rettsvesenet – holdes utenfor denne diskusjonen. Primærkontrollen har to hovedfunksjoner. For det første kan de holdninger man signaliserer utad virke forebyggende mot at uønskede handlinger skjer. For det andre kan primærkontrollen innsettes som sanksjoner mot handlinger som allerede har inntruffet og på den måten ha en viss effekt overfor senere handlingsvalg. Jeg vil legge an et bredt perspektiv i diskusjonen. Som leger kan dere møte mishandlere gjennom deres arbeid. Som privatpersoner kan dere møte mishandlere i nærmiljø, blant venner og familie, gjennom fritidsaktiviteter og så videre. Artikkelen bygger på min forskning om kvinnemishandling, samt andre undersøkelser på området.

Den uformelle kontrollens styrke ligger i samfunnsforhold som gir potensiale for mellommenneskelige forhold basert på nærhet og gjensidig avhengighet. Utviklingen i det norske samfunn har gått fra tette familie- og slektskapsbånd til løsere tilknytning mellom mennesker. Liten grad av kontakt med slektninger og venner, samt fjernere relasjoner til naboer og arbeidskamerater gir store muligheter for å skjule mishandling for omverdenen. Mye av det sosiale liv idag er styrt i form av avtaler. Man vet når folk kommer på døren og hvem som kommer. Mishandleren kan i stor grad kontrollere voldsutøvelsen slik at omkostninger i form av andres negative reaksjoner reduseres til et minimum.

Og når jeg bruker ordet kontroll, så er det nøye overveid. Nærmere studie av voldsut-

øvelsen viser at volden i stor grad er kontrollert. For det første er den kontrollert for hvem man slår. De fleste mishandlere slår ikke andre enn den kvinnen de bor sammen med. For det andre er volden i stor grad kontrollert for tid og sted. Voldsutøvelsen finner ofte sted i hjemmet når partene er alene. Dersom volden skjer i andres påsyn, er ofte disse andre folk som mishandleren vet ikke vil intervensjon overfor voldsbruken. For det tredje kan volden være kontrollert i utøvelsesøyeblikket med hensyn på hvor på kvinnens kropp han slår, hvordan han slår og hvor mye han slår. Men det kontrollsystemet som her er beskrevet har likevel sine svake punkter. Og for de fleste voldsforhold som har pågått over tid vil mishandlerens kontrollsystem rundt voldsutøvelsen av og til briste og volden gå ut av kontroll. Enten ved at volden finner sted i andres nærvær (slike som intervens-

Foto: Kjell Ivar Wälberg (Glåmdalen)

rer), eller ved at volden tar en annen eller mer alvorlig form enn tidligere.

Likevel er et viktig kjennetegn ved kvinnehandling voldens skjulte karakter. Og jo mer usynlig volden er, jo mer mister primærkontrollen sine styringsmuligheter. En av forutsetningene for at primærkontrollen skal tre i kraft, er at man har kjennskap til at en handling er begått. Når volden søkes unndratt oppmerksomhet, blir det viktig å tilegne seg kunnskap om hvorledes man likevel kan finne spor av mishandling. For ofte kan det være slik at vi egentlig burde ha visst at volden finner sted, men fordi vi ikke er oppmerksomme nok, får signalene passere uten at vi oppfatter dem. Da jeg begynte min intervjuundersøkelse om menn som mishandler, tok jeg kontakt med de fleste familierådgivningskontorer i Oslo-området. Det viste seg at de hadde svært varierende erfaringer angående kvinnehandlingsproblematikk. Noen kontorer kom ofte i befatning med voldsproblematikk, mens andre omtrent ikke mottok klienter hvor vold var en del av problematikken. Sannsynligvis kan denne forskjellen forklares bedre ut fra terapeutens oppmerksomhet mot voldsproblematikk - og dermed mulighet til å avdekke mishandling som en mulig del av klientenes problem - enn med at klienter med mishandlingsproblematikk virkelig ikke oppsøkte endel av familierådgivningskontorene. Dette fenomenet har Berthold Grünfeldt betegnet som vårt hjemlige Waldheimsyndrom. Betegnelsen er hentet fra nåværende president i Østerrike, som var tysk offiser på Balkan under annen verdenskrig. Waldheimsyndromet består i at man ikke har hørt noe, ikke sett noe og ikke forstått noe, selv om man befant seg midt i det som skjedde. I anmeldelsen av en bok om incest anklager Grünfeldt rettsapparat, hjelpeapparat, skole og forskere for ikke å ha villet fange opp de signaler som gis på det som skjer av seksualisert vold i samfunnet. (Dagbladet 29/11-86). Synliggjøringen av mishandling møter derfor på to barrierer. For det første søkes mishandlingen skjult av partene i voldsforholdet, og for det andre kan manglende evne og vilje til å avdekke volden hindre synliggjøringen.

Kjennskap til mishandling er i seg selv ikke nok til at primærkontrollen iverksettes. Å la være å reagere kan på mange måter være mer behagelig enn å vise sin misbilligelse over at volden finner sted. Og da kan volden fortsette uten reaksjoner av uformell art. I presentasjonen av kontrollsystemet rundt voldsut-



Tegning: Oddvar Torsheim

øvelsen hevdet jeg at mishandlingen ofte skjules for omverdenen, men i den grad volden skjer i andres påsyn, er disse andre ofte folk som velger tilbaketrekking fremfor intervensjon.

Primærkontrollen hviler da på en annen viktig forutsetning. Man må ha et klart standpunkt til handlingen som forkastelig. Det moralske klima er av vesentlig betydning for hvorvidt en handling blir møtt med fordømmelse eller ikke. Ved Michigan State University i USA ble det foretatt et interessant eksperiment med instruerte skuespillere. Scenen fant sted på åpen gate med tilfeldig forbipasserende folk. Først gikk en mann løs på en annen mann. Folk reagerte med å gripe inn og skille partene. Så gikk en kvinne løs på en mann. Det samme gjentok seg. Også når en kvinne gikk løs på en annen kvinne, reagerte folk. Til slutt lot de en mann gå løs på en kvinne, hvorpå folk hastet videre. Ingen forbipasserende grep inn. Den mest nærliggende tolkning av dette er at de trodde kvinnen var mannens kone. En slik tolkning støttes også av holdningsundersøkelser i

USA som viser at mellom en femtedel og en fjerdedel av tilfeldig utvalgte menn godtar menns voldsbruk mot kvinner i ekteskapet. (Gjengitt i Valvo, fl. 1981, s.30-31). Dette eksperimentet viser at forutsetningen for at primærkontrollen skal iverksettes avhenger mer av folks moralske innstilling til handlingen enn av hvorvidt de observerende og gjerningsmannen kjenner hverandre. I det norske vigselseritualer het det for kvinnens vedkommende frem til 1901: «Til ham skal din attrå stå, og han skal herske over deg». Selv om tidene har forandret seg og mange idag tar avstand til mishandling, så kan man fremdeles finne holdninger som understøtter menns absolutte makt over kvinner og barn i familien. Men dette er ytterpunktet. De fleste vil nok stille seg tvilende til slike utsagn i dagens Norge med offisiell likestillingspolitikk. Paulus ord kan nok overleve i det skjulte, men tåler ikke lenger så godt dagens lys. Ikke i klartekst. Men så er kanskje mangel på klar tenkning og stillingstaken det største problemet vi står overfor idag.

Og nå beveger vi oss inn i et annet problem-

område. Dersom man går inn i et mishandlingsforhold, vil man ofte bli møtt med to forskjellige virkelighetsopplevelser fra partene i forholdet. Svært få mishandlere opplever seg selv som mishandlere. Mytebildet fremstiller mishandleren som en mann med store avvik. Han har alkoholproblemer, fungerer dårlig i samfunnet, og er truende og farlig. Virkeligheten viser seg å være mer komplisert enn som så. Selvfølgelig finnes også denne volds mannen. Men han utgjør bare en liten del av gruppen menn som mishandler. Man finner menn som mishandler blant alle lag av befolkningen, på tvers av politiske og religiøse skillelinjer og uten klare likhetstrekk som kan tilknyttes spesielle tilleggsproblemer. Mishandlere er i utgangspunktet en brokete gruppe menn. I møte med mishandlere er dette viktig å ha klart for seg. Utstyrt med mytebildet kan man lett bortforklare noen menns voldsutøvelse fordi de ikke stemmer med det bildet man har av hvorledes de skal være.

Et annet kjennetegn ved mishandlere er at de som oftest ikke opplever egen voldsutøvelse som mishandling. Egen voldsutøvelse settes inn i en ramme der den blir legitimert enten ved å legge vekt på omstendigheter ved egen oppvekst, arbeidsforhold eller lignende, eller som en naturlig reaksjon på kvinnens væremåte. I deres beskrivelse av voldsforholdet blir de gode grunner for voldsutøvelsen fremhevet. Og her står man overfor neste problem i møtet med mishandlere. Volden blir presentert på én slik måte at den blir forståelig. Men forståelse kan også være farefullt. Man kan komme dithen at man forstår kvinnemishandling så godt at man ikke lenger ser hva det dreier seg om, nemlig voldsutøvelse mot et annet menneske, med svært destruktive følger for henne. Volden kan bli glemt i forståelsen av den. Og man klarer ikke lenger å ta stilling til fenomenet. Dermed kan man heller ikke møte mishandling på en konstruktiv måte. For å motvirke dette er det avgjørende at man har en helt klar stillingstaken til voldsutøvelse.

Og dette er viktig. Innenfor voldsforholdet lager mannen sin egen forståelse og fortolkning av situasjonen. Det tragiske ved hans forståelsesmodell er at den på ingen måte tjener til å avbryte en volds karriere. Tvert imot er hans legitimeringssystem med på å opprettholde volden i forholdet. En av grunnene til dette er at han ikke tar ansvaret for volden, men plasserer det andre steder. I møtet med mishandlere er det derfor viktig at man ikke underbygger mannens legitimering



Foto: Kjell Ivar Wålberg (Glåmdalen)

av handlingen, men viser klart at man tar avstand fra voldsutøvelse, og videre poengterer overfor mannen at det til syvende og sist er han som slår, og dermed er volden hans ansvar. Det er han som må søke å endre sitt adferdsmønster.

Det ligger et potensiale med hensyn på bekjempelse av kvinnemishandling i den uformelle kontrollen. At mennene i hovedsak vektlegger de «gode» grunner til hvorfor volden finner sted, tolker jeg som et tegn på at mishandling ikke lenger er særlig legitimt i det norske samfunn. Dersom man slår, må man ha en «god» grunn. Ved å ta stilling til kvinnemishandling og vise at man ikke aksepterer volden uansett årsaksforklaringer, kan dette være medvirkende til at mannen selv begynner å se volden i et nytt perspektiv. Dette må til dersom han skal kunne motiveres til å ønske å fjerne sitt voldelige reaksjonsmønster. Jeg vil derfor oppfordre til at folk i størst mulig utstrekning begynner å involvere seg i forhold til den mishandlingen som finner sted rundt dem. Vi har lang erfaring med ikke-intervensjonspolitik overfor mishandlere og vet at det ikke fungerer med hensyn på å redusere voldsutøvelsen. Gjennom en klar intervensjonslinje vil også folk måtte tenke gjennom sitt eget forhold til kvinnemishandling. Diskusjoner vil bli ført og

bevissthetsnivået øke. Dette kan tenkes å virke moraldannende på lang sikt.

Avslutningsvis vil jeg fremme et konkret forslag til hvorledes dere som profesjonelle hjelpere kan styrke deres potensiale for intervensering overfor mishandlere. Jeg vil anta at på samme måte som befatningen med voldsproblematikk varierte mellom forskjellige familierådgivningskontorer, vil det også være store variasjoner mellom allmennpraktiserende leger i hvorvidt og i hvor stor utstrekning dere møter kvinnemishandling arbeidet. Det kunne derfor kanskje være en idé å arrangere et seminar med følgende hovedtema: Hvordan kan mishandling avdekkes, og hvorledes skal dere intervensere overfor partene i voldsforholdet? Så kunne erfaringer bli delt gjennom diskusjoner.

Litteratur:

1. Christie, Nils: Hvor tett et samfunn? Universitetsforlaget 1975.
2. Skjorten, Kristin: Navnet skjemmer ingen? Materialisten. Tidsskrift for forskning, fagkritikk og teoretisk debatt. Nr. 3/4-87.
3. Skjorten, Kristin: Full kontroll eller avmektig raseri? Materialisten. Tidsskrift for forskning, fagkritikk og teoretisk debatt. Nr. 1/2-88.
4. Skjorten, Kristin: Når makt blir vold - en analyse av seksualisert vold i parforhold. KS-serien nr. 4-88. Institutt for kriminologi og strafferett.
5. Valvo, Brita Holm m.fl.: Du skal ikke slå... Universitetsforlaget 1981.

TETRALYSAL®

(lymecyclin)

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:

Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til

barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 71,55 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

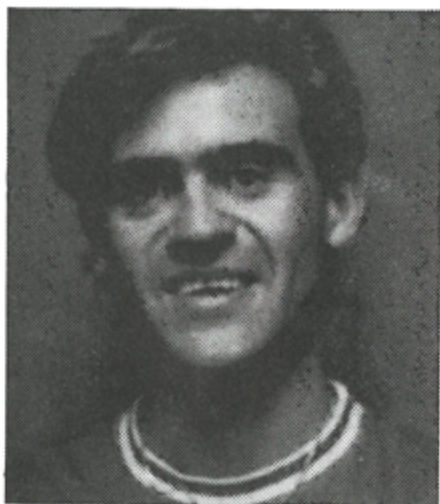
En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecycline and doxycycline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) A. Pines et al.: *Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) Carenfelt & Lundberg: *Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) L. Forslin & Danielson et al.: *Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.* (6) D. Danielsson et al.: *Vilket tetracyclin bør väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*

Volden er mannens ansvar



*Psykolog Per Isdal & psykolog
Per A. Nørbech.
Alternativ til vold, Seilduksgt. 15,
0553 Oslo 5*

Mishandling av kvinner er et omfattende problem. Uten å kunne henvise til større norske undersøkelser, kan vi ut fra sammenligninger med andre land grovt anslå at 10-20% av alle menn som lever i parforhold har det problem at de reagerer voldelig overfor sin samlivspartner. Tilsvarende prosentdel kvinner utsettes dermed for dette. Helsemessig utgjør også kvinnemishandling et enormt problem. Vi vet at 10.000 norske kvinner årlig oppsøker helseapparatet med skader grunnet mishandling. Mørketallet er helt åpenbart stort.

Voldens skadevirkninger er etter hvert godt dokumentert. For kvinnen blir resultatet svært ofte kroniske og alvorlige plager – både fysisk og psykisk (og psykosomatisk). At volden får konsekvenser for øvrige familied medlemmer bør også være innlysende. Etter hvert har vi også sett at mannen over tid vil lide/få vansker som følge av sin voldsbruk. **Volden er et problem, og det må tas alvorlig.**

For å kunne møte et problem må det i første rekke oppfattes. Det sterkeste kjennetegn ved kvinnemishandling er at det er et så usynlig/skjult fenomen. Denne usynligheten bidrar bare til å opprettholde problemet. Den kanskje viktigste faggruppe i det å oppdage volden er de allmennpraktiserende leger. Ved å få frem volden vil man kunne begynne å arbeide med årsaken, ikke symptomene. Dette er god medisin.

Få volden frem i lyset

Hvordan kan så den allmennpraktiserende legen få volden frem i lyset? Første betingelse er å være klar over at fenomenet vold mot kvinner forekommer relativt hyppig i alle

samfunnslag. Alle kvinner som oppsøker legehjelp med skader som kan være påført av andre, kan ha vært utsatt for vold fra menn. Vi vet at det ofte er vanskelig for en kvinne å fortelle at hun har blitt mishandlet. Svært mange kvinner vil derfor ikke fortelle dette direkte til legen. Det er viktig å være klar over at dette ikke er ensbetydende med at hun ikke ønsker å fortelle det. Hun vil ofte forsøke å formidle hva som har skjedd på indirekte måter. Disse skjulte invitasjonene må legene forsøke å gripe fatt i og forstå. Når legen får en mistanke om at kvinnen kan ha vært utsatt for vold må det stilles direkte spørsmål om dette.

Hva skal legen gjøre hvis mistanken om at kvinnen har vært utsatt for mishandling bekreftes?

Vi anbefaler at all videre behandling da underlegges to prinsipper: Ikke gjør noe som setter kvinnens helse i fare og understrek at voldsbruken er mannens ansvar. Med disse to hovedprinsippene i bakhodet blir nå den viktigste oppgaven å ikke vike unna det vanskelige temaet. Dette er gjerne første gangen kvinnen har fortalt om mishandlingen, og med



Tegning: Oddvar Torsheim

stor sannsynlighet skammer hun seg over å ha blitt utsatt for den.

Is legen ikke tør å gå inn i tematikken, vil kvinnens følelse av skam og skyld økes og sannsynligheten for at hun igjen vil oppsøke hjelp kan synke dramatisk. «Men har vi allmennpraktikere kompetanse til å gå inn på disse vanskelige sakene?» Dette spørsmålet må sees i sammenheng med mulighetene for mer kvalifisert hjelp andre steder. De fleste psykologer og psykiatere har ventelister på over året, og de psykiatriske poliklinikkene kan ofte bare gi begrensede tilbud. Det er derfor viktig at dere går inn i problematikken og snakker detaljert med den mishandlede om de ulike aspektene ved hennes opplevelser.

En annen viktig oppgave er å gi informasjon. Det kan være av stor betydning for kvinnen å få høre at det er mange andre kvinner i hennes situasjon her i landet. Det er videre viktig å

formidle at mishandlingen ikke er hennes skyld, uansett hva hennes mann sier. Det foregår ofte en systematisk degradering av kvinnen ved siden av den fysiske volden, og dette medfører ofte at hun «kjøper» mannens versjon av historien, nemlig at mishandlingen kommer som et resultat av hennes provoserende oppførsel eller rett og slett på grunn av hennes stupiditet. Man bør videre formidle viktige telefonnummer, som til krisesenteret for kvinner og til psyk. poliklinikk. Kvinnen skal også gjøres oppmerksom på at mishandling er lovbrudd og at hun har anledning til å anmelde forholdet. Legen kan også anmelde forholdet istedenfor kvinnen.

Når legen iverksetter disse tiltakene, vil kvinnen føle seg mottatt på en god måte. Hun opplever å bli trodd, bli akseptert og å ha så mye menneskeverd at andre kan vurdere det som viktig å hjelpe henne. Disse konsekvensene er etter vår mening langt viktigere enn en

formell mangel på terapeutisk kompetanse.

Hvordan skal man forholde seg til mannen?

Det er nå spesielt viktig å ha våre to hovedprinsipper klart for seg. Med bakgrunn i disse skal man ikke innkalle de to sammen. Det er flere grunner til dette. De viktigste er at mannen da fort vil oppleve at de er sammen om å ha et problem. Når to personer er sammen hos legen, er det fordi de to personene har et problem sammen. Videre viser det seg at kvinnen ofte blir mishandlet enda verre etter at de sammen har avslørt hva som har foregått. Mannen vil beskyldte kvinnen for at hun har forrådt ham, og han vil gjerne banke henne for å straffe/true henne til å holde tett for fremtiden.

Du har et problem

Arbeidet med kvinnen vil være særdeles viktig, men løser ikke nødvendigvis voldspro-

et. Undersøkelser viser at menn vil fortsette å bruke vold, selv om kvinnen får hjelp, og dersom kvinnen går ut av forholdet, vil svært mange menn gå inn i nye forhold og videreføre volden der. Dette fordi volden er mannens reaksjonsform, han er voldens kilde.

Fra psykologien vet vi at aggressiv atferd kun er en av mange mulige reaksjoner på konflikt, frustrasjon eller følelser. Volden er mannens valg av reaksjon. Det er også viktig å se at mannen faktisk oppnår noe ved å bruke vold. Delvis får han utløp for sine spenninger, samt at han stopper (men løser ikke) en konflikt, og han oppnår også å få sin vilje – få kontroll over henne og hennes handlinger. Vold er en effektiv form for undertrykkelse.

Vi vet lite om i hvilken grad menn med voldsproblemer oppsøker helseapparatet, men antar at de faktisk gjør det, men da med sekundærproblemer som kan være en følge av volden. Svært få menn vil fortelle at de bruker vold, det de vil søke hjelp for vil heller være ting som samlivsproblemer, depresjon, søvnvansker, alkoholproblemer eller psykosomatiske lidelser. Dette stiller sterke krav til legens observasjonsevne.

Det ser ut til at det skal konkrete og dramatiske hendelser til for at mannen oppsøker hjelp. Enten vil dette være at hun har forlatt ham eller truet med det, eller det kan være at han en gang faktisk har mistet kontrollen over volden (f.eks. nesten drept henne) og blitt skremt av dette.

Når mannen kommer, vil det kunne være flere signaler som bør rette tanken i retning av et mulig voldsproblem. En mann i en krisesituasjon vil være det første tegn. Ensidig og fortvilet snakk om hvor vanskelig, umulig eller krevende kone han har er et annet tegn. Vage hentydninger om vold eller aggresjon er det viktig å legge merke til, f.eks. «Da sprakk det for meg» eller «Jeg kom dessverre til å riste litt i henne».

Det er to klare faktorer som bidrar til å opprettholde menns voldsbruk. Det ene er usynligheten av problemet, og det andre er at mannen ikke selv føler at han har noe problem.

Ved mistanke om vold vil det derfor være viktig å få frem volden. Dette gjøres best ved å spørre direkte og å klargjøre hva det ligger i mannens vage hentydninger.

Mannen bruker hovedsakelig to strategier for å unngå å føle at han har noe problem. For det første vil han benekte, bagatellisere eller minimalisere volden. Vår erfaring er at menn alltid (99%) vil gi en relativ harmløs (sett i forhold til virkeligheten) beskrivelse av det de gjør. Språket er her et viktig hjelpemiddel; det han kaller å «ta i» kan f.eks. være en utstrakt bruk av slag. For å hjelpe mannen til å se at han har et problem, blir det her viktig å bli helt konkret, f.eks. gjennom å be ham om å beskrive i detalj hva han gjør.

Den andre strategien er å fokusere på hva det er hun gjør, det vil si at mannen skylder på hennes provokasjon. For å bryte dette er det viktig å holde mannens oppmerksomhet på hva det er han selv gjør.

Her blir det også sentralt å formidle til mannen at voldsbruken er hans ansvar uansett hva kvinnen har gjort forut for den. Han kan videre informeres om at det i Oslo finnes et behandlingssenter for menn som har voldsproblemer i forhold til samlivspartner. Senteret heter «Alternativ til vold» og har telefon 02-384262. Adresse: Seilduksgt.15, 0553-Oslo 5. Senteret gir også konsultasjoner til helsearbeidere som arbeider med voldsproblematikk.

Ofte vil det kunne føles vanskelig å finne en balansegang mellom en klar, men ikke-fordømmende holdning. Det er viktig å huske at menn strir med sterke skam- og skyldfølelser i forhold til det de har gjort, og at egne voldsproblemer faktisk er en svært vanskelig ting å snakke om.

Avslutningsvis vil vi minne om to ting. Det ene er at vold ikke bare er slag. Psykisk vold går svært ofte hånd i hånd med fysisk vold og kan være like skadelig. Typiske former for psykisk vold kan være direkte eller indirekte trusler om vold, og det kan være måter å isolere henne fra omgivelsene på (f.eks. sperre henne inne eller på andre måter å hindre henne i å treffe familie og venner), det kan være å kontrollere alle hennes handlinger og bevegelser, og det kan være systematisk sjikanering og degradering.

Det andre er at vold er farlig. Spesielt i en bruddfase er faremomentet stort, – både for at mannen kan skade seg selv (suicid) og for at han kan skade henne alvorlig. Hvis legen i samtale med mannen vurderer denne som farlig, må kvinnen varsles om dette, og nødvendige sikringstiltak må iverksettes.

Artikkelforfatterne arbeider som daglige ledere ved «Alternativ til vold». Vår erfaring hittil er svært positiv: Mange menn kan hjelpes, slik at de slutter å bruke vold. Vi må allikevel understreke at terapi ikke er noen garantert vare, noen vil forbli uforandret.

Alternativ til VOLD

- et tilbud til menn

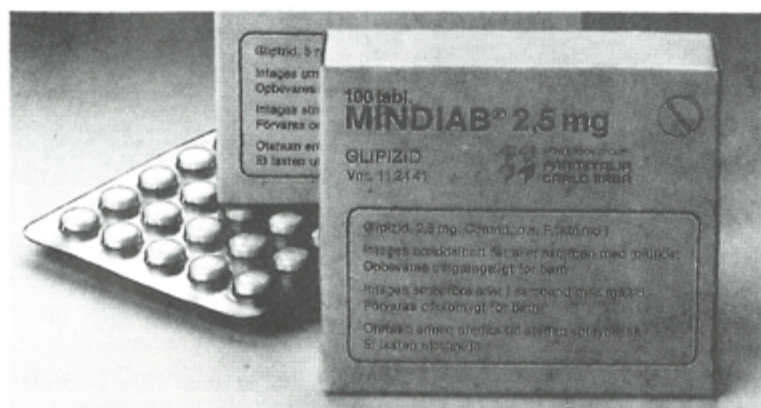
Til slutt vil vi oppfordre leger og andre helsearbeidere til å søke i egne holdninger og handlinger og eventuelt å oppsøke hjelp for disse.

NYHET

Mindiab[®]

(glipizid)

**ved type 2
(ikke insulinavhengig)
diabetes**



Mindiab[®] er effektiv med hurtig blodsukkersenkning (glipizid) og enkel dosering

- Mindre mulighet for langvarige hypoglykemier (1) (2)
- Biologisk virketid inntil 24 timer (3) (4)
- Doseres en gang pr. dag – før frokost (4) (5)
- God effekt etter flere års bruk (5)
- Rimelig
- Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)

Mindiab[®] (glipizid) er et originalprodukt fra:
FARMITALIA CARLO ERBA

For ytterligere informasjon, kontakt:



MONTEDESON GROUP

FARMITALIA CARLO ERBA AB

Postboks 53, 1371 Asker. Tlf.: (02) 79 07 60

Referanser:

- (1) **Berger W:** Die relative Häufigkeit der schweren sulfonylharnstoff – Hypoglykämie in der letzten 25 Jahren in der Schweiz. Schweiz med. Wschr. 116, Nr. 5 145–151 (1986).
- (2) **Gries FA:** Düsseldorf, K.G.M.M. Alberti Newcastle Upon Tyne, U.K. Management of Non-insulin-dependent Diabetes mellitus in Europe. A consensus statement. Bulletin International Diabetes Federation. Volum XXXII No. 3. Dec. 1987.
- (3) **Peterson CM et.al:** Diabetes care No. 5, s 497. 1982.
- (4) **Melander A.** Clinical Pharmacology of Sulfonyleureas metabolism. Vol. 36 No. 2, suppl. 1, Febr. 1987, pp 12 – 16.
- (5) **Bitzen, PO:** Doktoravhandling, Dalby 1988. Sverige: The early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mell. in Primary Health Care.

Preparatomtale:

MINDIAB (R)
Farmitalia Carlo Erba

Antidiabetikum ATC-nr.: A10B B07

Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneholder Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonyleureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyvevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinseil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinseil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens. *Absorpsjon:* Glipizid absorberes hurtig og fullstendig. *Proteinbinding:* Ca. 98% er proteinbundet. *Halveringstid:* 3 - 7 timer.

Ved nedsatt nyrefunksjon er halveringstiden for glipizid praktisk talt uforandret, men pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon må følges nøye.

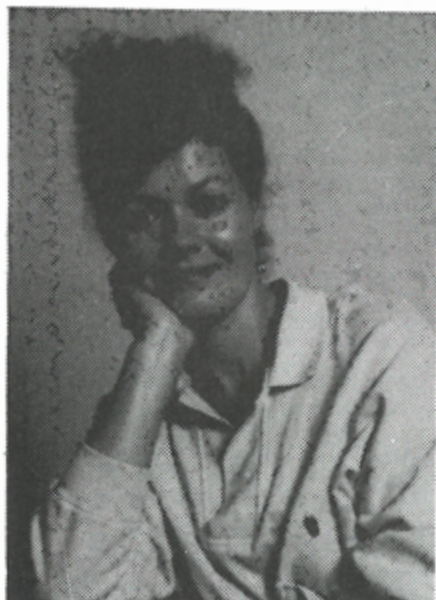
INDIKASJONER: Diabetes mellitus type II (ikke insulinavhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i endose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappevis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om følelsereaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) *Omstilling* fra andre preparater til glipizid: Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende sulfonyleurea, bør det legges inn en utvaskningspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utilfredsstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av dosen(e).

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Hypoglykemi forårsaket av overdosering, interaksjoner eller nedsatt næringsopptak kan gi symptomer som varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet. Ved hypoglykemi gis hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløshet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning i.v., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protrauert forløp, og krever da overvåking i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)

Incest – hva er det?



Marianne Lind
Født 1952. Stilling: Initiativtaker til og daglig leder av Støttesenter mot Incest i Oslo.

Foto: Tove Stensrud (Glåmdalen)

Seksuelle overgrep mot barn i familien. Seksuelle overgrep av barn begått av noen barnet står i et avhengighets- og tillitsforhold til. Forhold som derfor barnet må holde hemmelig.

Det finnes endeløse definisjoner som alle handler om at barnet blir seksuelt misbrukt. Det finnes endeløse lister på symptomer og senvirkninger også. Jeg og alle de andre som fikk sin barndom og oppvekst splintret av dette sviket, har vår definisjon. Det er denne jeg vil formidle – fordi jeg mener det er nødvendig for forståelsen av det enkelte mennesket bak incestovergrepene. Akkurat som det er viktig i min egen – vår alles kamp for menneskeverd. For det er mennesket det handler om – kvinnemennesket bak offerrollen hun fikk tildelt. Akkurat som det handler om menneskeretten verdighet. Det er det vi hele tiden slåss for – mot krefter i oss selv – mot de menn som tok den fra oss i tidlig alder – mot tabuener og et samfunn som har en tendens til å fortsatt putte oss inn i offer-båser. Hvordan et offer kan oppleve verdighet er meg en gåte. Derfor – fri oss fra offer-rollen og let fram mennesket bak. Til det trenger vi vår egen definisjon.

Jeg heter Marianne Lind og jobber på Støttesenter mot Incest. I løpet av de 2 årene senteret har eksistert, har rundt 600 kvinner tatt kontakt med oss. De har en aldersspredning fra 15 til 75 år, med hovedvekt på gruppen 25-35 år. Alle har det til felles at livet til tider er uholdbart å leve.

«Vi søkte å tilfredsstille barnets instinktive behov etter kjærlighet og ømhet. Dessverre

ble det gjengjeldt med kaldt tyveri av vår barndoms uskyld».

Disse vi – det er rundt 10% av barna som vokser opp i Norge. Pressa har i disse tider vært inne på mellom 20-38% av jenter før fylte 18 år. I USA gjelder det hver tredje jente eller hver sjettede gutt. Den kjente amerikanske feministen Andrea Dworkin sier i sin artikkelserie «Brev fra en krigssone»: «Det er anslagsvis 16.000 nye tilfeller av incest hvert år, og i den nåværende generasjon av barn er 38% av jentene seksuelt misbrukt».

Hvilken identitet får vi?

I de fleste tilfeller er det biologisk far eller annen farsfigur som begår de seksuelle overgrepene. Hvilke budskap er det jenta får gjennom disse handlingene:

- At du er trøtt – eller faktisk sover – betyr ingenting. Ditt behov for søvn er mindre viktig enn «fars» behov.
- At du er redd og har angst blir ikke tatt hensyn til.
- At du har det vondt blir neglisjert.
- «Far» sier at det han gjør er vanlig. Samtidig lokker han med godter, penger eller truer deg til ikke å snakke om dette «vanlige».

Disse overgrepene foregår vanligvis gjennom år. Du får aldri noen forklaring på hvorfor.

Ingen setter ord på hva det er som skjer. Ingen hjelper deg til å forstå hvorfor du er redd, hvorfor du er trøtt, hvorfor det gjør så vondt, hvorfor du er kvalm – hvorfor du ikke kan tenke på noe annet enn dette? Du vet bare at hvis noen får greie på akkurat dette – som ikke har noen ord – så skal alt bli enda verre. Du har bare deg selv å snakke med. Og svarene denne hemmelige virkeligheten lærer deg er:

- Mine fysiske behov som søvn, velvære, nærhet, er uvesentlige.
- Mitt rom, min kropp, min verden er det ingenting som heter. Jeg har ikke noe som er mitt – det jeg tror er mitt, er heller ikke mitt – som for eksempel kroppen min.
- Når jeg med ord sier jeg ikke vil, når jeg er redd – hva er vitsen med å bruke ord om min smerte eller vilje? Jeg blir ikke trodd, ingen bryr seg – det er best å skjule – ikke lytte til – ikke kjenne etter.
- Jeg har kun verdi i det «Far» gjør med meg. Jeg er i forhold til andres vilje.
- Jeg er aldri trygg – trygghet, hva betyr det?

Vi som har vært utsatt for incest kaller det den ordløse forbrytelse. Det var aldri noen som satte ord på det ubegripelige som skjedde. Det var ingen å gå til med de ordene du ikke hadde. Det er denne ordløse forbrytelsen som ble vår barneoppdragelse og som derfor preger våre voksne liv.

Senvirkninger

Generelt sett kan en si at de senvirkningene som går igjen er som følger:

Psykiske senvirkninger:

- Manglende evne til å sette grenser.
- Manglende selvfølelse.
- Manglende selvtillit.
- Store angstproblemer.
- Periodevis depresjonsanfall.
- Sosial utrygghet.
- Problemer med å gå inn i nære følelsesmessige relasjoner.

Disse senvirkningene er i stor grad med på å prege dagligliv og livsvalg til kvinnen generelt. Det farver valg av partner.

Det preger hennes forhold (eller manglende sådan) til familie, venner og mennesker generelt. På alle måter er hun sårbar for utnyttelse fordi hun ikke evner å sette grenser eller si nei. Hennes negative opplevelse av seg selv gjør det umulig for henne å forsvare eller markere seg selv; «Man forsvare ikke dritt!». Jeg siterer en av kvinnene som har brukt senteret



Foto: Tove Stensrud (Glåmdalen)

siden starten: «Jeg behøver bare å tenke tilbake på meg selv – mitt gamle jeg. Jeg hadde ikke lært å si nei, å stille krav. Jeg torde ikke å be en mann om å bruke kondom. Jeg sa ikke nei til å pule. Lyst eller ei. Hva visste jeg om lyst? Hva visste jeg om å være glad i min kropp? Og hva var vennskap eller kjærlighet til en mann med mindre alt dreide seg om å pule? Hva faen var et godt seksualliv, når livet mitt var så gjennom jævlig? Og jeg var så utrolig destruktiv – så suicidal. Jeg hadde et kjempeønske inne i meg selv om å dø, og ga blanke faen i meg selv. Så en tanke til – dersom jeg hadde blitt spurt av andre den gangen om jeg forlangte å bruke kondom. Selvfølgelig hadde jeg svart «ja», selvfølgelig hadde jeg løyet. Hadde jeg ikke nok skam og skyldfølelser? Skulle jeg innrømme at jeg ikke torde be om å bruke kondom – aldri i livet!».

Det at kvinnen ble forrådt og mishandlet av det mennesket som sto henne nærmest i barndommen, gjør at hun kobler svik med følelsesmessig nærhet. En relasjon vil være preget av mistillit og utrygghet.

Store angstproblemer har hun som en direkte konsekvens av overgrepene. Disse forsterkes grunnet senvirkningene og fordi hun aldri har fått bearbeidet overgrepene som en gang fant sted. I de fleste tilfeller ser kvinnen heller ikke sammenhengen mellom overgrepene og senvirkningene hun lider av pr. idag. Dette gjør at hun føler seg annerledes og «gal». Hun forstår ikke hvorfor, vet bare at det har vært slik bestandig – og ser ingen mulighet til endring. Dette fører til oppgitthet – som igjen fører til depresjon – som deretter fører til angst for at alt skal bli enda verre. Den sosiale utryggheten er delvis en konsekvens av angsten. Men forklaringen ligger også i hennes negative selvbilde og den evige redsel for at «skammen – hemmeligheten – overgrepene» skal bli oppdaget. Dette har lært henne å «spille roller», oppføre seg som hun tror er forventet i gitte situasjoner – men aldri fullt og helt som seg selv. Reaksjoner og respons hun får tilbake i sosiale sammenhenger vil derfor aldri passe sammen med hennes egen opplevelse av seg selv. Dette forsterker opplevelsen av å være annerledes, opplevelsen av

Metoder i behandling av incest

Marianne Lind

Født 1952. Stilling: Initiativtaker til og daglig leder av Støttesenter mot Incest i Oslo.

Det første møtet er ofte avgjørende for hvorvidt kvinnen tar sjansen på å fortsette å jobbe med sine problemer eller ikke. Ingen kler seg frivillig naken om hun ikke et sted i fremtiden øyner mulighet for håp. Det handler om skam, skyld, mistillit og et negativt forhold til mennesker og livet. Hun vet at det er hun som skal leve sitt liv også i fremtiden. Hun vet hvor hardt det er å overleve. Å ta frem smerten, kjenne på den, bearbeide den – handler om å oppgi kontroll. Det er motstridende alt hun har lært seg i kampen for å overleve.

En del av ideologien på Støttesenteret mot Incest er at vi ser på enhver senvirkning som nødvendige overlevelses-strategier. En gang valgte barnet eller kvinnen dette selv for å mestre en uholdbar livssituasjon. Ved å møte henne på denne måten, gjør vi det mulig for henne å se at hun tross alt har ressurser som styrke, mot, kreativitet og livsvilje. Videre er dette med på å redusere momenter som selvfordømmelse, skyldfølelse, skamfølelse og oppgitthet.

Åpenhet og direktehet er en annen viktig nøkkel i kontaktøyeblikket. Allerede ved den første telefonkontakten med støttesenteret vet den enkelte hva hun går til. Det forteller navnet. Både miljø og atmosfære er preget av nettopp incest. Alle som arbeider her har tilsvarende erfaringer. Vi er åpne på det helt fra starten av, og bruker egne erfaringer i samtale og veiledning. Dette gjør at den frykten behandlere ofte opplever i møtet med problematikken er bortelimineret i utgangspunktet. Både vi og kvinnen vet hvordan hun har det – og vi vet hva hun nå må gjennom. Vi har vært der selv – vi har kjent det på egen kropp. Dette gjør at vi ikke blir vippet av pinnen. Vi blir ikke redde for å gjøre eller si noe galt. Vi

føler ikke slaget under beltet når kvinnen forteller sin historie. Dermed mister vi ikke kontroll, men kan slappe av og være til for henne i stedet. Slik kan også kvinnen som kommer slappe av. Hun får ikke opplevelsen av å miste eller bli fratatt kontrollen.

For den incest-utsatte kvinnen er det å miste eller bli fratatt kontroll det samme som overgrep – som er det samme som redselen for galskap – som er det samme som å dø. Dette er depresjonens sirkel som hun kjenner så altfor godt. Det første møtet må representere motsatsen.

Når kvinnen tar kontakt, går vi grundig gjennom hennes konkrete «livsmanus», og hva hun presenterer som sine problemer pr. idag. Det er på kvinnens egne premisser arbeidet må skje. Derfor er det helt nødvendig at hun finner sine strategier og sin hastighet i egen prosess.

Tilbudene på senteret er basert på hjelp til selvhjelp i aktivt samvær med andre. Stikkord er: Gruppearbeid, identifikasjon, egen aktivitet og alltid åpent hus. Det at alle har samme bakgrunn gir mulighet til identifika-

sjon og dermed en åpning ut av isolasjonen. Du får også muligheten til å bruke andre som speil og forbilder. Dette gir den enkelte håp i egen prosess. Når det gjelder skam- og skyldavlastning, er det lettere å plassere skyld hos krenker når det gjelder kvinnen som sitter ved siden av deg. Dette gjør veien til bearbeiding av egen skyldproblematikk raskere. I tillegg er det lettere å våge å kjenne på følelser som aggresjon når du kan knytte den til hva andre har opplevd og overlevd.

De fleste kvinner som tar kontakt med støttesenteret har ikke bare psykiske problemer å slite med. Bl.a. grunnet sitt negative forhold til egen kropp, har hun ofte dårlig helse. Videre er mange i en meget vanskelig økonomisk situasjon. Mange er ikke i jobb, mange er trygdet eller går på attføring. Å grave i sin egen traumatiske fortid og nåtid, ta fram følelser lik de fortonte seg da overgrepene fant sted, er et utrolig energikrevende arbeid. Energien til å klare å gjennomføre dette smertearbeidet, må kvinnen ta fra et eller annet sted – ellers vil hun i verste fall bryte sammen. Materielle problemer bør derfor ideelt sett løses på forhånd, slik at hun ikke har dette å bekymre seg over i tillegg. Vi ser det derfor som nødvendig

at kvinnens totale materielle situasjon kartlegges, og at hun fortløpende får hjelp også til å gjøre noe med det rent helsemessige og økonomiske.

Samtaler med en psykolog, eneterapi, få lov til å være i fokus med egne problemer og sin egen definerte virkelighet – et menneske som er til for deg og lytter – er av stor betydning. Dette er et tilbud kvinnen må finne utenfor senteret. Ideelt sett burde alle få denne muligheten. Gjennom gruppefølelse, identifikasjon og trygghet på skam- og skyldproblematikken, bruker kvinnen senteret til å åpne opp og føle på egen historie og smerte. Sammen med andre avdekker hun de bortgjemte og smertefulle hemmelighetene – hun får ord. Hun får testet ut gruppas reaksjon på «uhyrligheten», skammen og skylden. Hun opplever at gruppa hun identifiserer seg med allikevel ikke fordømmer eller forakter henne. Med denne erfaringen og sine nyvunnende ord kan hun ta skrittet til sin terapeut og fortsette bearbeidingen individuelt.

Vi mener derfor det er viktig og nødvendig at terapeuten roser henne for hennes aktivitet på støttesenteret og oppfordrer henne til å fort-

sette. En endring forutsetter nødvendigvis individets opplevelse av å ha en valgmulighet. I et sosialt miljø hvor hun identifiserer seg har kvinnen større muligheter for å finne tro på nye, alternative valgmuligheter – og ved å bruke andre som forbilder se at det faktisk fungerer i praksis.

Prisoppgave

I forbindelse med Solstrandkurset '89 utlyses det en prisoppgave. Den beste besvarelsen vil bli belønnet med kr. 3.000,-. Besvarelsene vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinneren vil bli invitert til å presentere besvarelsen i form av en forelesning under Solstrandkurset, 22.-27. mai 1989.

Send inn manuskript til en forelesning om et selvvalgt allmennmedisinsk emne. (Emnet kan være fra allmennmedisinsk klinikk, forskning, etikk, administrasjon, fagpolitikk, etc.). Beste manuskript blir premiert og presentert på Solstrandkurset 1989.

Manuskriptet bes lagt i kodet, anonym konvolutt, og navn og adresse på forfatteren bes lagt i en lukket konvolutt merket med samme kode. Svarfrist 10. april 1989.

Minikongress

I tillegg vil det i 1989 bli holdt minikongress – frie foredrag. De som har ideer til prosjekter innen allmennmedisinsk forskning bes sende inn resymé. Frist til påmelding 10. april 1989.

*Manuskripter og resymeer sendes til:
Solstrandkurset 1989, v/Eivind Meland
Institutt for allmennmedisin,
Ulriksdal 8 C, 5009 Bergen.*

Kurskomiteen

Seksuelle overgrep mot barn

Inge Nordhaug, sosialkonsulent, Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane.

Dagleg vert incest omtala i media. Men kva er incest, og korleis kan det verte forstått? I denne artikkelen vil eg peike på nokre sider ved temaet, og eg voner at det ut frå det kan skapast interesse for å lære meir om behandlingsmåtar og tiltaksmodellar når dette problemområdet vert arbeidsoppgåver i eigen praksis.

Internasjonalt har det vore to rørsler som har sett seksuelle overgrep mot barn innan familien på dagsorden i samfunnsdebatten. Den eine er kvinnerørsla som har ei lang historie på å dra overgrep og mishandling av kvinner opp til overflata. Dei seinaste åra har dette ført til ein omfattande debatt om seksualisert vald. Den andre er «barnerettsrørsla», som har vore meir anonym i den offentlege debatten. Denne rørsla har freista sette barna sine rettar på dagsorden. Dei seinaste åra har dette sett søkelyset på barnemishandling.

Fokus for desse rørsleane har altså samla seg om temaet seksuelle overgrep (mishandling) mot barn (jenter) som noko felles i debatten om incest.

Definisjon

Omgrepet incest er historisk definert som seksuell omgang mellom nære slektningar etter gitte reglar for slektsband. Slike reglar finn ein og i den norske straffelova.

I denne artikkelen vil eg legge spesielt vekt på incest som seksuelle overgrep mot barn innan familien. Med seksuelle overgrep meiner eg alt som er definert som slikt i straffelove; altså alt frå blotting og beføling til samleie eller samleiesurrogat. Med familie meiner eg foreldre (steforeldre, fosterforeldre eller andre

som er i foreldreposisjon), onklar, tanter, besteforeldre eller eldre søsken. Med dette tek eg utgangspunkt i at barnet opplever at ein vaksen som skal fungere i eit ansvarstilhøve til barnet misbruker dette til å dekke egne behov gjennom seksuell bruk av barnet.

Omfang

Ingen veit kor mange barn som er utsett for seksuelle overgrep. Ulike undersøkingar gjev ulike tall. I ei norsk undersøking frå 1985 kjem det fram at 16% av born og ungdom opp til 18 år har vore utsett for seksuelle overgrep (14% av gutane og 19% av jentene). I bruken av ordet seksuelt misbruk er her alt teke med frå å ha sett ein blottar ein gong til samleie over år med far.

Når det gjeld slikt misbruk av barn innan familie seier same undersøking at dette gjeld 3%. Andre undersøkingar har liknande og noko høgare tal, og mange ting tyder på underrapportering av slike overgrep, spesielt innan familien.

Det kan sjå ut som at det er 5 ganger så stor sjanse å verte utsett for seksuelle overgrep frå stefar enn frå far, og menn ser ut til å stå for 80-90% av overgrepa både mot jenter og gutar. Ut frå det vi veit idag er jentene i mykje større fare enn gutar for å verte offer.

Kvifor?

Det er mange måtar å freiste forklare fenomenet på. Dei ymse forklaringsmodellane kan og gje ulike tiltak og behandlingsformer. Nokre freistar forstå dette ut frå at det er eit sjukdomstrekk hjå krenkar isolert. Andre legg meir vekt på samspelet i familien og på familien som system som forklaringsmodell.

Det er vanskeleg å finne spesifikke sjukdomstrekk hjå krenkarar. Det kan likevel sjå ut som at dei har sosialisert atferd ut frå eigne opplevingar der dei er vorte krenka sjølv eller har vakse opp i familie der far var krenkar.

Det same gjeld og krenkaren sin partner. Mor til barnet er ofte sjølv offer i sin opphavs-familie. Det er likevel vanskeleg å generalisere, mange som har vorte krenka og misbrukt vert ikkje krenkarar eller mødre til krenka barn.

Familiane kan sjå ut til å være rigide utad. Det vil seie at ingen i familien har nære vener utanfor og at den er i lite sosialt samspel med omverda. Innad ser familien ut til å mangle grenser mellom vaksne og barn, noko som i desse familiane og gjeld det seksuelle. Grunnane kan være mange, og mange peiker på at i nokre familiar orker ikkje mor samlivet med far, og abdiserer både frå hustru- og morsrolla. Dette kan gje rollebytte mellom mor og ei dotter i høve til kvarandre og far får ei ny «kone». Mor viser seg stundom å vere deprimert, fjern, psykotisk, alkoholisert o.l., altså «psykisk fråverande» i familien.

Det kan og sjå ut som at fedre i slike familier ikkje kan bryte ut, men finn det meire «moralsk» å halde seksualiteten innan familien. På eit vis gjer alle i familien kva som helst for at familien ikkje skal splittast. Seksuelle overgrep startar ofte opp under spesielle hendingar i familien. Ei slik hending kan vere mor sitt fråver, til dømes sjukehusinnlegging o.l. Mor sitt fysiske fråver er ofte nødvendig for at overgrep skal kunne finne stad.

Nokre jenter er meir utsett for å verte offer enn andre. Det å vite at ein kan seie nei til slik kontakt, og ha mot til å seie nei på alle måter er viktige eigenskapar for å unngå overgrep. Det er her viktig å understreke at dette ikkje må forståast som barn sitt ansvar. Barn tek nesten alltid skuld på seg når det har vonde opplevingar i kontakten med ein vaksen, og understreking av barn si åtfærd som effektiv stoppar av seksuelle overgrep er problematisk når ein driv behandling av overgrepsoffer.



Tegning: Christina Stahl-Olsson (Motpol)

Seksuelle overgrep i familien er oftast resultatet av fleire komponentar. Det ser ut som det må vere personlegdomstrekk hjå alle dei impliserte i familien, eit familiesystem som fungerer på ein dårleg måte og spesielle hendingar som kan utløyse incesten. Dette er likevel ikkje ein fullgod modell: Det er mange med same patologi både i familie og hjå individ og med like spesielle hendingar der incest ikkje skjer.

Korleis?

I diskusjonar om modellar for å forstå dette fenomenet er det lett å komme i skyttergraver om skuld og ansvar. Det er difor viktig å ha eit profesjonelt ego i arbeidet med desse sakene som gjer at ein kan arbeide med dei like profesjonelt som når det gjeld andre saker.

Det vanskelege ligg ikkje alltid i at arbeidet med seksuelle overgrep er så mykje vanskelegare enn andre kompliserte saker innan barnevern, kommunal helseteneste og psykiatri. Det er heller ikkje slik at seksuelle overgrep er det verste eit barn kan utsettast for.

Min påstand er at det som gjer det spesielt vanskeleg er at desse sakene angår seksualitet i høve til barn. Det er vanskeleg å ha empati med ein far som har gjort desse konkrete overgrepa, og det er vanskeleg å ha empati og innleving med mor som ikkje vel barnet sitt. Det er og vanskeleg å sjå barn sin smerte i augo.

Dette gjer at overgrep mot barn vert oversett av psykiatri, helsevesen, skule og andre som kjem i kontakt med borna. Ofte reagerer vi med:

- 1) å nekte for at dette har funne stad,
- 2) å legge skuld på offeret,
- 3) å bagatellisere konsekvensane.

Alle som arbeider med helse- og sosialspørsmål vil ein eller annan gong komme i kontakt med dette problemet. Den einskilde fagperson kan lite gjere åleine. Arbeidet med dette er ikkje arbeid for cowboys i tiltaksapparatet. Det krev samarbeid mellom etatar i kommunar, med fylkeskommunalt barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Slikt samarbeid startar ein ikkje når ein får ei slik sak å arbeide med. Det er då eit etablert samarbeid vert sett på prøve – det er emosjonelt sprengstoff i dette arbeidet.

Eg anbefalar difor opplæring i arbeid med identifisering, tiltak og behandling. Det er mi erfaring at opplæring bør vere prosjekt som gjev sprenging av same kunnskap til ulike etatar og fagpersonar.

I tillegg krevst det sjølvsagt sær-kunnskap innan kvar yrkesgruppe sitt fagfelt. Til saks-handsaming for barnevernet, til gynekologisk undersøking av barn, til politiarbeid, til individualterapeutisk arbeid osb.

Til slutt heilt kort om tilhøvet mellom helse-etat, barnevern og politi. Barnevernloven gjev helsearbeidarar løyve til å melde desse sakene til barnevernet. Eg trur ikkje nokon superterapeut kan handsame slike familier utan eit tiltaksapparat. Det er så opp til barnevernet å vurdere politianmelding eller ikkje. Barnevernet kan ikkje verte eit godt apparat for barn i vanskar uten den tillit dei vert vist frå andre fagfolk i kommunane. Eit samarbeid mellom helseetat og sosialetat er derfor naudsynt for at borna skal komme nokonlunde heilskinna gjennom ei avsløring.

De yngste incest-ofrene og rettsapparatet

*Psykolog Turid Kavli,
Psykiatrisk poliklinikk,
Kongsvinger sjukehus*

Gjennom arbeidet med seksuelle overgrep mot små barn i familien har jeg blitt opptatt av at det synes som om denne gruppa står i en svært svak og sårbar posisjon i forhold til rettsapparatet og de øvrige rutiner rundt anmeldelse.

Jeg skal kort belyse de tankene jeg har gjort meg i den forbindelse. Ut ifra mitt faglige perspektiv er det 3 viktige behov barnet har i en slik situasjon, og som vi som skal ivareta barnets interesser, plikter å ta hensyn til. De tre behovene kan kort oppsummeres slik:

- 1) Barnets behov for beskyttelse mot overgrep
- 2) Barnets behov for å bli trodd, forstått
- 3) Barnets behov for å bli fraskrevet skyld og ansvar i forhold til overgrepet.

Det er mitt syn at disse tre punktene er svært grunnleggende, og at vår beskyttelse/hjelp til barnet svikter totalt hvis ikke alle tre behov ivaretas. Allikevel sviktes det alvorlig mot dette, og jeg skal nevne noen eksempler på hvordan.

Det å skjerme barnet mot overgrep er klart et allmennmenneskelig ansvar, men primært er det barnevernet som har det formelle ansvaret. Barnevernet må alltid inn når det blir snakk om å fjerne barnet fra familien, hvilket svært ofte er den eneste måten å skjerme barnet på. Her må man også gripe inn før skyldspørsmålet er endelig avgjort, hvilket gjør at det er lett å tvile. Det går derfor ofte lang tid fra barnevernet blir alarmert til barnet blir fjernet fra familien. I tillegg går det gjerne en del tid fra tidspunktet hvor noen får mistanke om overgrepet, til de våger å melde saken, og i det hele tatt handle i forhold til offentlige

instanser. Her spilles derfor mye viktig tid, tid som både kan føre til nye overgrep, som kan alarmere overgriper og skremme barnet, som da ofte blir truet til å trekke enhver forklaring tilbake. Videre går det verdifull tid som gjør at fysiske bevis forspilles – særlig på små barn. I det hele tatt er tida i en slik situasjon svært kostbar, og drar det ut, er det barnet som får lide.

Vi voksne vinner kanskje litt ved å få litt tid til å bli mer sikre på om vi tør dette her. Det som er vanskelig for oss, er jo at alle er redde. Det å ta opp incest skaper krise på mange plan. Vi skaper garantert krise i den aktuelle familien, og hvem tør ta ansvar for det? Vi løper i grunnen mindre risiko ved å overse barnets interesser og beskytte de voksne, særlig hvis overgriper har en sterk samfunnsmessig posisjon.

Videre: Når så barnet fjernes fra familien, er det fortsatt mye usikkerhet, skal familien ha kontakt, f.eks.? Hvordan kan barnet da beskyttes? Jeg tenker ikke bare på punkt 1, men også på de andre to, nemlig behovet for å bli trodd og å bli fratatt ansvar. Ut fra min erfaring vil jeg si at barnets familie er svært dårlig skikket til å ivareta disse interessene, og de benytter ofte enhver anledning til å formidle det stikk motsatte: «Dette er din skyld». «Se hva du gjør mot oss». «Du sier så mye

rant, sånn har vel aldri pappa gjort», osv. Og dette gjelder ikke bare den nærmeste familie, men ofte «hele slekta», dvs besteforeldre, onkler, tanter, osv.

Måten både barnevern og politi kommer inn i bildet på er heller ikke egnet til å beskytte barnets behov. Barnet blir tatt ut av sitt miljø, og det blir arbeidet alt for dårlig med hvordan man gjør dette. Her trengs det profesjonell håndtering for å kunne gi barnet en forklaring som ivaretar både pkt 1, 2 og 3. I praksis skjer ofte det motsatte. Barnet blir sittende igjen med en følelse av at det er det selv det er noe galt med, og derfor blir det tatt vekk. Videre svikter det helt på å ivareta de voksne i incest-familien. De trenger både profesjonell konfrontering, og de trenger et sted hvor de kan ta ut sine følelser i en slik situasjon. Det som skjer, er at de ofte bruker barnet som objekt for lisse følelsene, og barnet får ansvaret for å være terapeut også, i tillegg til prostituert i familien.

Politi og påtalemyndighet har det formelle ansvar for å bevise skyld. Dette tar tid, svært lang tid. Barnet har ikke god tid, og et år for et mindreårig barn er forferdelig mye. Det er alt

for lenge å vente på svar om en har skyld eller ikke, barnet vil ofte ha tatt på seg alt ansvar for alltid hvis familien forøvrig nekter skyld. Videre: Fakta omkring overgrepet må ofte graves fram om og om igjen. Små barn skjønner ikke hensikten med dette, og de vegrer seg mot å ta fram alt det smertefulle på nytt. I det hele tatt forklarer sjelden små barn seg flere ganger, hvilket gjør at politiet sjelden får en godkjent vitneforklaring, hvor det skal være dommerfullmektig til stede. Barns forklaring kommer spontant, og man får sjelden til en repetisjon på bestilling. Dette betyr at formen på rettslig etterforskning absolutt ikke ivaretar barnet med hensyn til pkt 2. Barnet får stadig følelsen av at det aldri blir trodd. Dette kommer også tydelig fram i vurdering av bevis i slike saker. Barn er i utgangspunktet tvilsomme vitner, «de sier så mye rart». Så spørsmålet er, kan man i det hele tatt legge vekt på barnets utsagn og forklaring juridisk sett? Det finnes uhyre sjelden andre vitner som kan brukes. Barnet blir dermed en uhyggelig svak part bevismessig sett. Det er lett for enhver voksen å så tvil om barnets troverdighet.

Og så har vi jo gamle Freud som stikker «hoven» fram både her og der: «Montro om

ikke barnet selv hadde glede av det?» Og: «Det er helt umulig å tro at prektige fedre gjør slik mot ungene sine, nei, dette er nok barnets ønsker og fantasier». Dette er jo tross alt holdninger som har gjennomsyret hele hjelpeapparatet og vår vestlige kultur forøvrig fram til nå, og holdninger lar seg som kjent ikke snu særlig raskt. Derfor vil det å arbeide med barns interesser i slike saker fortsatt innebære å møte slike holdninger blant egne kollegaer og i helseapparat og hjelpeapparat forøvrig. Og selvsagt også i rettsapparatet.

Så min konklusjon må bli: *Det er langt igjen til vi er i nærheten av kompetanse når det gjelder å ivareta barnets behov for beskyttelse, for å bli trodd på og for å bli fratatt skyld og ansvar...*

Norsk Forening for Internasjonale Helsespørsmål

arrangerer

Kurs for Helsearbeidere til U-land

*Kurset holdes på NORAD's Kurscenter, Kringsjå
i tiden 10.-21. april 1989*

Tema

Primærhelsetjeneste
Tropemedisin/AIDS
Forebyggende helsearbeid
Katastrofemedisin
Kirurgi
Obstetikk/Gynekologi
Mor/Barn
Ernæring

Kursavgift

For deltakere som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive kost og losji.
Andre deltakere må betale kost og losji selv (kr. 520,- pr. døgn). Utover dette er det ingen kursavgift.

Søknaden sendes til

Kurssekretær, NIHA
Postboks 4 - Kringsjå
0807 Oslo 8
Telefon: 02/23 76 40

Søknadsfrist

15. februar 1989.
Søknaden skal inneholde:
- opplysninger om utdanning
- planer/avtale om utreise
- organisasjon
Alle interesserte kan søke.
Kurset er godkjent med 80 timer i henhold til allmennpraktikerreglene.
Deler av kurset kan søkes godkjent for spesialiteten i samfunnsmedisin.

Udsat for voldtægt eller kvindemishandling



Lisbeth Bang
Født 1947.

Overlege ved Almenhelseseksjonen, Oslo Kommunale legevakt, faglig og administrativ koordinator af Voldtektsmodtaget i Oslo. P.t. NAVF stipendiat (3 år). Projektets titel: Forbedring af det offentlige hjælpeapparats tilbud til ofre for seksualiseret vold uden at etablere særomsorg.

I de sidste 10-15 år er myndighederne blevet opmærksom på at voldtægt og kvindemishandling udgør et helsetilbud for den der udsættes.

Hvad kan lægen hjælpe med.

Historisk har voldtægt og kvindemishandling - tidligere kaldet husbråk - været betragtet som sager for politi og retsapparat. I voldtægtssager blev lægen kontaktet i de tilfælde hvor voldtægten var anmeldt og hvor politiet vurderede at en lægeundersøgelse havde noget for sig i forhold til at indsamle bevismateriale. I tilfælde med kvindemishandling er lægen blevet kontaktet når kvinden havde skader på kroppen, som hun ikke selv syntes hun kunne vurdere eller som hun trængte åbenbar behandlingshjælp for. Forskning og undersøgelser viser at en ud af tre kvinder i sit voksne liv udsættes for voldtægt.

David Finkelhor og Diana Russell har i hver deres undersøgelse kommet frem til at kvinder i parforhold/ægteskab i 10-14% af forholdene havde været udsat for voldtægt udført af partner ved brug af psykisk og fysisk magt og vold. Idag kan der på internationalt plan lægges fyldig dokumentation frem for at seksuelle overgreb og mishandling af voksne kvinder finder sted i stort omfang. Jeg ser ikke noget formål i her og nu i Utposten at fortsætte en uddybning af hvilken størrelsesorden voldtægt og kvindemishandling forekommer i. Omfanget er så stort at det både kan karakteriseres som en folkesygdom og en epidemi. Hvorfor bruge alvorlige ord som helsetilbud, folkesygdom og epidemi? Undersøgelser viser at 80% af personer der udsæt-

tes for voldtægt får alvorlige senskader af fysisk, psykisk og/eller social art. Reaktionen efter grov vold og voldtægt kommer i den psykiatriske diagnoseliste DSM III ind under kategorien Posttraumatisk stresforstyrrelse, - en kategori hvor reaktioner efter tortur, efter at have været i krig, efter at have været udsat for en stor ulykke eller en naturkatastøfe hører hjemme. I tillæg til at voldtægt og mishandling påfører personen et traume, kommer at det er et tabu at sige at man har været eller er udsat for det. At noget er et tabu betyder at det er socialt uacceptabelt. Det vil sige at samfundet indirekte formidler at de ikke vil høre om det.

Overskrider man dette forbud kan man blive mødt med foragt. Slike kulturelle tabuerede områder i et samfund har det som konsekvens at området ugyldiggøres og usynliggøres. Den der er udsat skal ikke snakke om det - og det betyder at det bliver vanskeligt at få det følelsesmæssigt bearbejdet. Man bliver bærer af en katastrofemangel. For selv at forstå hvorfor det er hændt, må forklaringen blive at man selv har skylden, ens personlighed er årsagen. Det påfører en en stor skam. Denne skammen og skylden over hvordan man er - beviset har man fået ved at være udsat for voldtægt og mishandling - bærer man rundt med sig som en brandplet i sjælen. Udtrykket «en sund sjæl i et sundt legeme» er et gammelt medicinsk mundheld. Jeg opfatter det som at sørger man for at passe sin krop, da får man automatisk i tillæg en sund sjæl.

Udsagnet kan vendes om: At det er nødvendigt at sørge for at ens sjæl har det godt for at kroppen skal kunne trives. En tankegang som falder i tråd med WHO's helseplan for år 2000. I en norsk mørketals undersøgelse (1987) af akut- og senskader efter at have været udsat for voldtægt, konkluderes at ¼ av de der har svaret føler skyldfølelse, at de har lange perioder med depression, at de er bange for at nogen skal få noget at vide om overgrebet, samtidig som de slider med genoplevelser af, hvad der er sket. De er redde for fysisk nærhed til det modsatte køn, 40% af de kvinder, som har besvaret undersøgelsen valgte at isolere sig, 13% forsøgte at tage sit eget liv, 12% fik alkohol- og stoffproblemer, 38% har fået fysiske problemer såsom mavepine, hovedpine, underlivssmerter og muskelsmerter generelt i tillæg til de psykiske problemer.

Når man ved at der i Norge foregår mindst 3-4000 voldtægter årligt og forholder man sig til de helseplager de voldtatte får, skulle man forvente at dette udgjorde en stor pasientgruppe hos lægerne. En spørgeskemaundersøgelse i Buskerud fylke til helsepersonalet i alle kommuner viste at i årene 1984-86 havde kommuneleger og helsesøstre ialt set 8 sager vedrørende kvindemishandling. De fire krisecentre i fylket havde i samme periode taget imod 410 sager. I forhold til problemfeltet voldtægt svarer kommuneleger og helsesøstre at de i perioden 1984-86 ikke har set en sag. I samme periode havde politikamrene i fylket registreret 20 voldtægtssager.

En spørgeundersøgelse vedrørende antal pasienter der i 1987 i Oslo har søgt hjælp for problemfeltet seksuelle overgreb er sendt ud til alle helsesentre i Oslo. Af 38 helsesentre har foreløbig 21 sentre besvaret skemaet. Legerne på byens helsesentre havde taget imod 28 voldtægtssager ialt. 5 sager drejede sig om akut voldtægt, og 23 sager om reaktioner efter tidligere at have været udsat for voldtægt. I samme periode havde voldtæktmodtaget på Oslo Kommunale Legevakt taget imod 168 akutte voldtægter.

637 personer havde henvendt sig for at få hjælp for senreaktioner efter at have været udsat for seksuelt overgreb tidligere i deres liv. Af de 637 havde 560 henvendt sig ved byens direkte modtagesteder for problemfeltet seksuelle overgreb.

Ved direkte modtagesteder forstås institutioner som ved deres navn eller andet med en



Foto: Jens Haugen (Glåmdalen)

gang gør befolkningen opmærksom på at her gives der hjælp for seksuelle overgreb. I Oslo findes Støttesenter mot incest og Krisesenteret for mishandla og voldtatte kvinder. (Voldtæktmodtaget tager fortrinsvis imot personer akut udsat for voldtægt).

77 personer havde ialt henvendt sig til Oslos 10 psykiatriske poliklinikker for at få hjælp for reaktioner efter et seksuelt overgreb. Ialt var ved de 10 psykiatriske poliklinikker 183 personer blevet behandlet for senreaktioner efter tidligere at have været udsat for seksuelt overgreb. De 77 af de ialt 183 personer havde henvendt sig med problemet: Jeg trænger hjælp fordi jeg tidligere i mit liv har været udsat for seksuelt overgreb. De resterende 106 personer havde i udgangspunktet henvendt sig for andre plager (ofte depressioner, angst, suicidforsøg, mm). Under behandlingen var det afklaret at hovedårsagen til deres plager var at de havde været udsat for seksuelle overgreb.

Ved de psykiatriske poliklinikker i Oslo var 158 personer blevet behandlet efter at have været akut udsat for seksuelt overgreb. De fleste af de 158 var viderehenvist fra Voldtæktmodtaget ved Legevakten. Oslo hjælpeapparat skal betjene en halv million indbyggere. Hjælpeapparatet i Buskerud fylke skal betjene en kvart million indbyggere. Iøvrigt går det ikke an at sammenligne direkte idet geografien er veldig forskellig. Det er tankevækkende at folk ikke opsøger sin læge med problemet seksuelt overgreb og mishandling. Det er tankevækkende fordi det er et både fysisk som psykisk helseproblem. Det er en sandsynlig hypotese at nogle af de udsatte henvender sig for at få hjælp for deres plager, men at de ikke opgiver årsagen voldtægt og/eller mishandling, men udelukkende søger hjælp for symptomerne. Det er desværre en erfaring at hjælpen ikke når frem dersom ikke den bagvedliggende årsag synliggøres og behandles. Leger og helsesøstre er det første linie tilbud som er udbygget i hele Norge til at varetage helseproblemer.

Spørgsmålet bliver i første omgang: Hvad kan læger (og helsesøstre) gøre for at fange op patienter som er (har været) udsat for seksuelt overgreb og mishandling og som trænger hjælp herfor?

Det kunne være et spørgsmål at tage op ved et fælles møde. Det kunne være anledning at give kreativiteten frit råderum og forsøge at blive ligeså flinke at få tag i hjælptrængende som når vi screener 1. gangs patienter og helsekontroller for sukkersyge og hjerte-kar-sygdomme. Dette er et svært forsømt område. Det kunne være et forslag at Utposten startede en debatside hvor vi kunne sende ind forslag til løsninger som vi havde udprøvet med et godt resultat. En måde at få nævnt problemområdet på er at spørge hver ny patient direkte på samme måde som man spørger til alt det andet, børnesygdomme, operationer, familiære dispositioner, sociale forhold og så videre. Det kan hænde at patienten i første omgang svarer benægtende på de seksuelle overgreb fordi det er et svært tabu at snakke om, men du har som læge markeret at du kender til området. Der er skabt en åbning for at patienten vil kunne komme tilbage til temaet dersom patienten trænger og har tillid i forhold til dig. En anden måde er at have en plakat eller en folder liggende i venterummet som oplyser om hvad der menes med seksuelle overgreb, måske noget om hyppigheden og hvorfor det kan være lurt at søge hjælp for dette.

En tredje måde er at tage kontakt til de stedlige krisesentre og finde ud af hvordan I bedst kan bidrage med jeres professionelle hjælp. En fjerde måde er at gå sine «problempatienter» igennem – patienter som har mange diffuse plager som det ikke lykkes at komme til bunds i, patienter med et større stabilt forbrug af nerve- og sovetabletter – og stille direkte spørgsmål om de har været eller fortsat er udsat for fysisk og/eller psykisk mishandling og seksuelle overgreb. Det er helt sikkert mange andre måder i tillæg at afdække denne patientgruppe.

Hvad kan lægen tilbyde patienter akut udsat for voldtægt og/eller kvindemishandling?

Du må lade patienten definere om hun har været udsat for seksuelt overgreb. Det høres selvfølgelig ud, men det er hændt at læger har afvist patienter som har søgt hjælp efter en voldtægt med begrundelsen: at det ikke var en «rigtig» voldtægt. Måske en slik afvisning tager udgangspunkt i den traditionelle his-

toriske forståelse at seksuelle overgreb skulle forstås som forbrydelse – og at hovedpointet derfor blev at afklare om der var begået en forbrydelse eller ikke, ud fra eksisterende lovværk. Det er ikke lægens opgave at efterforske hvorvidt voldtægten hører hjemme under strafferetslovgivningens paragraf 192 eller ikke – eller hvorvidt handlingen hører hjemme under andre paragraffer. Idag ved vi at seksuelle overgreb udgør et helseproblem og at det er det helseproblem lægen først og fremmest skal hjælpe patienten med. Det gælder fortsat at seksuelle overgreb er en forbrydelse. Lægens opgave her er at indsamle bevismateriale og dokumentere fund til hjælp for politi- og retsapparats efterforskning.

Når du som læge tager imod en patient udsat for seksuelt overgreb og/eller mishandling er det mere end noget andet vigtigt at du i din væremåde viser patienten respekt og omsorg; at du siger at du kender til hvad man sliter med når man har været udsat for slikt og at du vil hjælpe patienten så godt du kan. Dernæst må du som fagperson undersøge patienten fra hoved til fod og vurdere de fysiske skader. Der er to hovedformål ved undersøgelsen. Det ene er at give patienten den lægelige omsorg. Det formål opfyldes ved at undersøge patienten, vurdere de skader patienten har og give behandling herefter. Dette er vanligt lægeligt håndværk og kræver ikke specielle redskaber udover de vi har lært i uddannelsesforløbet. Det andet hovedformål bliver at dokumentere fund således at politi- og retsapparat kan nyttiggøre sig af disse oplysninger ved deres efterforskning.

Denne opgave kræver en anden form for tankeopsæt som vi som læger i udgangspunktet ikke er trænet i, men som er enkelt at lære sig. Retsmedicinen er en gren af lægegruppen som er trænet i slik dokumentation. Min erfaring er at det ikke er nødvendigt at henvise patienter udsat for seksuelle overgreb og kvindemishandling til retsmedicinerne for at få beskrevet og dokumenteret fund. Almenpraktikere kan udmærket lære sig dette. Vejledning i dette kan i tillæg til eksisterende lærebøger i retsmedicin hentes ved at læse håndbogen «Medicinsk og retsmedicinsk undersøgelse af ofre for seksuelle overgreb: voksne og barn». Den fåes ved at henvende sig til NFU (Norsk Fjernundervisning), telefonnummer 02-41 0290. Håndbogen indeholder også en kopi af det journalopsæt vi bruger ved Voldtektsmodtaget som standard for alle patienter udsat for seksuelt overgreb. Metoden man indsamler fund efter og beskriver disse er den samme ved seksuelt over-

greb som ved kvindemishandling. Kort forklaret drejer det sig om at dokumentere vold og/eller trusler om vold ved at beskrive:

- 1) Patientens almentilstand
- 2) Klæernes og effekternes tilstand
- 3) Skader, mærker, ømme steder på kroppen

At dokumentere seksuel kontakt ved at undersøge for:

- 1) Sæd og sædvæske
- 2) Seksuelt overførbare sygdomme
- 3) Graviditet

Sikre prøver som kan identificere patienten. Sikre prøver som kan identificere gerningspersonen.

Dokumentere eventuel forgiftning.

Dokumentation af vold kan foretas efter følgende metode: En beskrivelse i journalen, indtegnning på relevante skisser og ved brug af foto. Man noterer skadens art, størrelse, form, alder og type vold (stump vold, skarp vold, termisk skade) som har forårsaget skaden. Konklusionen på de beskrevne skader er:

- 1) Har skaden opstået tilfældigt, eller er skaden påført?
- 2) Er patientens historie sammenfaldende med skaderne, som er fundet?
Er patientens historie sammenfaldende med fravær af skader?
- 3) Er det mere end en mulig årsag til skaden?

Ved seksuelt overgreb hvor overgriber ikke er fast partner, vil det være aktuelt at tage prøver for kønssygdomme. Ved Voldtektsmodtaget, Oslo Kommunale Legevakt, tages det rutinemæssigt bakteriologiske prøver for chlamydia og gonorrhoea, serologiske prøver for syfilis, hepatitis B og HIV. I tillæg mikroskoperes vaginal sekret for sopp, gardnerella og trichomonas. Urin undersøges for infektion og graviditet. Man kan tilbyde patienten forebyggelse af graviditet (dersom kvinden er i et tidspunkt af sin cyclus hvor risikoen for graviditet er stor), og forebyggelse af kønssygdomme. Risiko for at være blevet pådraget en kønssygdom i forbindelse med et seksuelt overgreb er ca 10%. (Statistik fra Legevaktens patientmateriale, som er sammenfaldende med statistisk hyppighed fra internationale centre).

Det er lurt at tage op med patienten, at de næste par dage og uger kan blive præget af reaktion på det hun har været igennem. Det vil typisk vise sig som vanskeligheder med at spise, med at sove, med at koncentrere sig, at

hukommelsen kan være domineret af minne om hændelsen, at hun kan have generelt vondt i hele kroppen. Det er nødvendigt at blive sygemeldt. Har patienten store modforestillinger på dette og havde tænkt sig at styrte på job igen næste dag, da begynd med sykemelding over et par tre dage og fortæl hende at det kan hende hun trenger det forlænget. Bed hende komme igen for at diskutere dette, specielt er dette vigtigt hvis du ikke i din kommune har haft mulighed for at skaffe henvisning til kriserådgivning indenfor dette tidsrum. Der er enighed om at i seksuelle overgrebs sager er den største helserisiko de psykiske eftervirkninger. Det er en opgave at forebygge psykiske senskader. Det kræver at patienten får et samtaletilbud hos kvalificeret terapeut som har kendskab til området seksuelle overgreb. Fra udlandet er der gode erfaringer med at patienter som kommer akut efter at seksuelt overgreb og som ikke tidligere har været udsat for seksuelt overgreb har haft god nytte af relativt få samtaler i den første 6-8 ugers periode. Samtalepartner har været specialuddannet sygepleier eller socionom som har erfaring med kriserådgivning og kompetance på feltet seksuelle overgreb.

Kommer patienten akut efter det seksuelle overgreb, men har i tillæg til dette været udsat tidligere – og har ikke fået hjælp for dette – da er det enighed om fra terapeutisk hold at patienten må henvises til kvalificeret terapeut. Det er en forudsætning at terapeuten har kendskab og kompetance på området seksuelle overgreb. Det bliver en opgave for lægen at have et overblik over ressourcer i kommunen som det kan samarbejdes med og henvises til.

I tillæg til de lægelige opgaver vedrørende omsorg, undersøgelse, retsmedicinsk dokumentation, henvisning til rådgivningshjælp kommer opgaven at ivaretage at patienten får hjælp til at afgøre hvorvidt sagen skal anmeldes eller ikke. Ret person for patienten at rådføre sig med er en advokat. Staten betaler advokater for denne tjeneste uanset rådgivningen fører til anmeldelse. Politi og stedlige krisesentre har lister over de advokater i kommunen/fylket som har sagt sig villig til at påtage sig disse opgaver. Kommer patienten efter nylig at have været udsat for kvindemishandling kan hun enten præsentere dette ret frem eller præsentere det indirekte. Præsenterer hun det ret frem: Jeg er blevet slået af sambo/partner eller andre formuleringer der dækker det samme, er opgaven

som læge præcis det samme som ved seksuelle overgreb. I tillæg bliver at spørge til sociale og økonomiske forhold. Trænger hun et trygt sted at være (krisesenter, henvisning til socialkurator). Er der børn i forholdet, som der skal findes løsninger for? Trænger hun advokathjælp til at anmelde forholdet, til at hjælpe sig med at tage ud separation/skilsmisses mm.

Præsenterer patienten forholdet på en anden måde – som f.eks. ondt i maven, smerter nedentil eller andet samtidig som du ser adskillige blåvejs, har jeg selv gode erfaringer med at forholde mig til det præsenterede (dette indebærer også at spørge til hvad hun selv mener er årsagen til dette) og samtidig spørge hvordan hun har fået de synlige mærker på resten af kroppen. Det er vigtigt at få kaldt det tabuerede område ved navn. Det er en forudsætning for at synliggøre det, for at få det følelsesmæssigt bearbejdet og for at patienten kan handle på det.

Kommer patienten for at få hjælp fordi hun tidligere har været udsat for seksuelle overgreb er det lidt afhængigt af hvor land tid siden det er og eventuelt hvilken hjælp kvinden har modtaget for dette. Hyppigt vil der være behov for undersøgelse for kønssygdomme, henvisning til terapeut, samtale med advokat for at få afklaret sandsynligheden for at en anmeldelse vil have noget for sig. Fagpersonen lægen kan indenfor egne grænser overfor problemfeltet seksuelle overgreb og kvindemishandling tilbyde omsorg, forståelse, sætte ord på et tabu, medicinsk undersøgelse og hjælp, retsmedicinsk dokumentation og en vis holden kontakten over tid. Dette kan foregå pr. telefon, pr. brev eller i form af konsultation. At kunne skaffe kvalificeret terapeutisk hjælp, et sted at bo, økonomisk hjælp til hende og børnene, atføring eller andet som kan være nødvendig i forhold til hendes personlige, sociale og økonomiske situation afhænger af ressourcerne inden kommune og fylke.

Når man snakker om ressourcer inden kommune og fylke er det første spørgsmål om lægen som fagperson har oversigt over de muligheder der findes. Det næste spørgsmål er om man kunne udnytte ressourcerne på en bedre måde, måske en anden form for tværfagligt og tværetatligt samarbejde. Et tredje spørgsmål er om der hos faggrupper findes ressourcer som ikke anvendes, f.eks. rådgivnings-evner hos sygepleiere og socionomer som voldtatte og mishandlede kunne få god

hjælp af. (En forudsætning for et sådant arrangement kunne være oplæring og vejledning af kvalificeret terapeut). Kunne fagpersonale samarbejde på en bedre måde med krisesentrene? Kunne det være fagligt nyttigt at have et forum hvor man udveksle erfaringer om hvilke hjælpertiltag som når frem, og at et slikt forum var tværfagligt og tværetatligt sammensat?

Jeg stiller disse forslag som spørgsmål. Personligt svarer jeg ja til dem. Det kan jeg gøre ud fra erfaringerne med de tiltag og samarbejdsformer som er etableret i Oslo. Norge er et geografisk betragtet nuancerigt land med en svært forskellig befolkningstæthed. Internationalt eksisterer forskellige løsninger på helseproblemet samt en evaluering af disse. Konklusionen på den evaluering er at det vigtigste er at tilbudet er lagt til rette for at møde patientens behov, at personalet har kendskab til problemfeltet seksuelle overgreb og mishandling, at personalet har et afklaret forhold til sig selv i forhold til seksualitet og eventuelt egen udsathed og at tiltag er sat iværk for at ivaretage personalet. Det lønner sig at sætte igang en form for produktkontrol af sit tilbud. På Sexual Assault Center i Seattle, Washington, har de et 1-sides spørgeskema som patienten fylder ud anonymt for at give feed-back på den behandling hun har modtaget. Sexual Trauma Services i San Francisco sendte efter de havde fungeret i et par år en spørgeskemaundersøgelse ud til alle patienter, der havde været indenom. Personalet vurderede dette som nyttig information. De ændrede en del rutiner som en konsekvens af svarene.

SEKSUELLE OVERGREB



Tegning: Fra brosjyre NFU

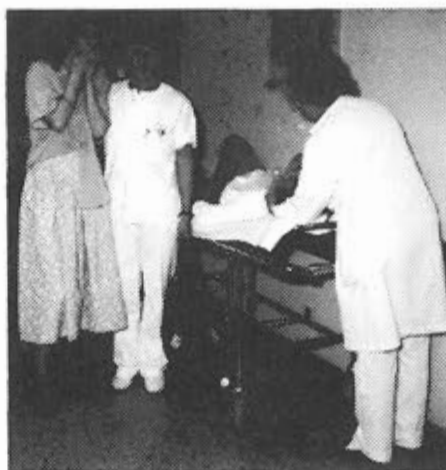
Det kan gøres sådan...

Lisbeth Bang

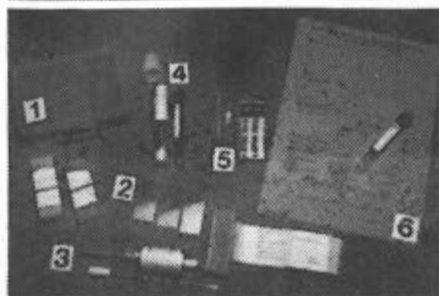


1. Rekonstruktion af en voldtægt. Billeder stammer fra undervisnings-pakken om seksuelle overgreb fra videoen «Ingvild - en voldtægt». Når en pasient kommer akut efter en voldtægt er det vigtigt at huske på at pasienten kan være i chock, - at hun ofte har opfattet at hun har været i livsfare. En gennomtænkt væremåde overfor pasienten kan være med til at give hende kontrollen tilbage over eget liv.

2. Tag den gynekologiske undersøgelse til sidst - og vær omhyggelig med at forklare pasienten hvad du gør og hvorfor, indhent på en måde tilladelse. Forsøg at undgå at pasienten oplever dette som at blive handlet med - i stedet at det er et samarbejde. Tænk over at du kan være den første person der rører ved hendes krop efter voldtægten - og vær nænsom.



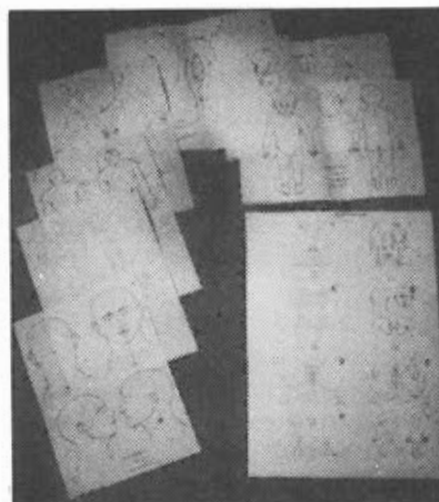
3. *Pasienter som kommer for at få hjælp efter voldtægt og mishandling bør prioriteres som øjeblikkelig hjælp, næst efter akutte livstruende tilstande.*



5. *Sporskringsudstyr som bruges ved medicinsk og retsmedisinsk undersøgelse af ofre for seksuelle overgreb, voksne og børn.*



4. *Pasienten kan trænge et trygt sted at være (voldtægten kan være i hendes hjem). Eller hun kan ret og slet være udslidt og trænge pleje og omsorg.*



6. *Skisser, - anvendes i sager hvor der er behov for at dokumentere mærker efter vold og seksuel kontakt.*



7. *Rekonstruktion af en skade. Skaden er gjort klar til at blive fotograferet som led i dokumentation af synlige skader påført i forbindelse med en voldtægt.*



8. *Udstyr til at se efter indtørkede sædflekker på huden. Woods lampe.*

Foto:
 NFU (Norsk Fjernundervisning), uddrag fra serien
 «Medisinsk og Retsmedisinsk undersøgelse for
 seksuelle overgreb. Voksne og Børn.»
 (Serien består ialt av 50 slides).
 NFU, Prinsensgate 6, 0152 Oslo 1.

Psykososiale følger etter voldtekt

Solveig Dahl

Født 1939.

Spesialist i psykiatri. Overlege ved Østensjø Familiekontor, Oslo Kommune og stipendiat ved Kontor for Katastrofepsykiatri, Psykiatrisk Institutt, Gaustad.

At voldtekt er en kritisk opplevelse som setter spor etter seg har vært påvist både i undersøkelser av ofre (1), i survey undersøkelser (2) og i undersøkelser av pasientpopulasjoner (3). Reaksjonen på hendelsen har blitt beskrevet som en krisereaksjon med to hovedfaser: disorganisasjon og reorganisasjon (4), som en klassisk betinget angstreaksjon som følge av en livstruende opplevelse (5) og som en depressiv reaksjon (6). Etter hvert som studiet av posttraumatiske stress-tilstander er blitt utforsket, har det vært naturlig å studere reaksjonen på voldtekt i lys av det en nå vet om posttraumatiske reaksjoner i sin alminnelighet. Det har blitt hevdet at reaksjonen etter voldtekt ikke er spesifikk, men tilsvarende andre posttraumatiske reaksjoner (7), dog med enkelte særtrekk (8).

Posttraumatiske stressforstyrrelser generelt

En posttraumatisk stressforstyrrelse er kjennetegnet ved at en person som har vært utsatt for en ekstrem påkjenning, er vedvarende plaget av en eller annen form for innvaderende gjenopplevelse av hendelsen i våken tilstand eller under søvn. Videre vil personen stadig unngå indre og ytre stimuli som minner om den traumatiske hendelsen, noe som kan føre til sosial tilbaketrekning og eventuelt tap av evne til å engasjere seg. Et tredje kjennetegn er økt reaktivitet, dvs tegn på økt indre spenning og psykofysiologisk beredskap (søvnvansker, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, skvettenhet, økt påvakt-holdning og fysiologisk reaktivitet ved påminnelser om hendelsen).

Den akutte reaksjon etter voldtekt

Som oftest vil legen som møter den voldtatte i den akutte fasen, bli fortalt hva som er skjedd av den voldtatte selv, av politi eller nettverks-

personer. Den første reaksjon på en slik påkjenning er gjerne «sjokk», som kan vare fra minutter til dager. Karakteristisk for denne fasen er at pasienten ikke har tatt inn at det som har skjedd er virkelighet. Noen kan oppføre seg helt upåfallende, som om ingenting var hendt, andre kan ha forsterkede sjokkreaksjoner preget av apati eller sterk uro. Det er imidlertid viktig å huske på at pasienten i alle tilfelle vil være preget av en innsnevret og rigid tenkning og sansning og at informasjon kan gå hus forbi. Når pasienten begynner å erkjenne hva som har skjedd, kommer gjerne neste reaksjon. Den vil i akutfasen ofte ha preg av en krisereaksjon preget av en intens følelse av indre kaos og tap av kontroll over egne reaksjoner, ledsaget av et høyt angstnivå. Intense gjenopplevelser kombinert med et sterkt ønske om å unngå alt som kan vekke minner, er hyppige. Hos noen vil gjenopplevelsene dominere, hos andre unngåelsen, men ofte er begge følelsene der på en gang. (8) «Jeg føler meg delt i to, en del av meg vil bare glemme det, en annen del av meg vil snakke

om det hele tiden». Økt reaktivitet med innsøvningsvansker, avbrutt søvn, skvettenhet, konsentrasjonsvansker og en ekstrem påvakt-holdning går igjen. Sjeldnere ser en søvnforstyrrelse i form av et økt søvnbehov. Selvbredelser og skamfølelse er oftest mye sterkere hos voldtatte enn hos pasienter som har vært utsatt for andre traumer. Suicidal-tanker og -impulser er også vanligere og disse har ofte en voldelig karakter (8).

Psykofysiologiske stresssymptomer i form av økt muskulær spenning, ofte med skjelvninger, kvalme, brekninger, magesmerter, diarrhe, svettetokter, hjertebank, sees hyppig de første dagene. Symptomintensiteten avtar gjerne i løpet av de første 4 ukene som av de fleste oppleves som vanskeligst å komme igjennom. Hos de fleste vil imidlertid symptomene vare mye lenger.

Praktiske råd til allmennpraktikeren

Det er viktig å oppmuntre til åpenhet og la pasienten snakke om hendelsen i denne fasen hvor gjenopplevelsene er mest intense. Slik forebygges et fobisk forhold til minnet om hendelsen. Mange vil ha behov for sykemelding de første par ukene. Innsøvningsmidler kan være indisert de første nettene, men bør ved videre behov erstattes av andre søvnfremmende midler (f.eks. Phenergan, Surmontil). Psykofarmaka forsinker bearbeidelse og mestring av reaksjonen og er bare indisert ved sterke panikkreaksjoner, ved psykotiske reaksjoner eller som søvnmedikasjon. Kontakt med nære nettverkspersoner er ofte av stor betydning i denne perioden. Ofte må legen oppmuntre til dette og evt. snakke med pårørende, informere om reaksjonen, oppmuntre dem til å støtte den voldtatte og unngå kritikk og klandring. Andres kritikk tar ofte siste rest av selvrespekt og fører til en sterk følelse av avvissning og forlatthet hos den voldtatte. Det er imidlertid viktig at legen ikke handler over hodet på pasienten og ikke iverksetter noe uten at pasienten har gitt sitt samtykke. Pasienten skal ikke frataes, men gjenvinne kontroll.

Senfølger etter voldtekt

En pasient som oppsøker helsevesenet pga. senvirkninger etter voldtekt, vil sjelden presentere seg som voldtatt, men kommer med diffuse eller bestemte plager og symptomer. Plager med gjenopplevelser og fobisk unnåelse er ofte maskert i symptomutformingen. En av mine pasienter var f.eks. plaget av kvelningsanfall ledsaget av sterk angst, som

Tegning: Oddvar Torsheim



om noen hindret henne i å puste. Hun assosierte ikke dette selv med hvordan hun ble hindret i å puste under overgrepene før hun ble spurt om følelsen minnet henne om noe.

Psykiske plager vil kunne presenteres som angst, ofte med fobisk preg. Det kan være angst forbundet med situasjoner hvor pasienten opplever seg som sårbar for angrep, f.eks. mørke, alene ute, alene hjemme, ha noen bak seg eller andre stimuli som vekker minner om voldtekten. Pasienten vil kanskje nevne marerittsplager, vansker med å sovne, plutselige oppvåkninger ledsaget av sterk angstfølelse, skvettenhet eller økt påvakt-holdning. Noen utvikler et fobisk forhold til vold og/eller seksualitet. Hos noen vil plagene med seksualitet kommuniseres som mangel på lyst eller angst under samleie, hos andre som smerter eller tørr skjede under samleie. Tap av interesser og sosial tilbaketrekning vil kunne oppfattes som depressive plager. Mange vil si de føler seg forandret, de er f.eks. blitt utpreget emosjonelt labile. Fysiske plager kan være smerter forbundet med økt muskulær spenning, eller vegetative symptomer som anfall med hjertebank, svettetokter, kvalme, magesmerter og diarrhe. I min undersøkelse av voldtatte kvinner fant jeg også at noen hadde økt menstruasjonsbærsvar, evt. en periode med amenorrhoe etter traumat. Underlivssmerter var også en plage som var oppstått etter traumat hos flere.

Å identifisere den bakenforliggende traumatiske opplevelsen kan være vanskelig, men direkte spørsmål om når plagene oppsto, om pasienten har opplevd noe skremmende, blitt overfalt, vært utsatt for vold, seksuell tvang eller voldtekt, kan i mange tilfelle gi direkte svar. Henvisning til psykoterapeutisk behandling vil vanligvis være indisert.

Litteratur

1. Katz, S & Mazur, M.A.: Understanding the rape victim. A synthesis of research findings. New York. John Wiley & Sons. 1979.
2. Kilpatrick, D.G. et al.: Mental Health Correlates of Criminal Victimization: A Random Community Survey. Journal of Counseling and Clinical Psychology. 1985. Vol 53. No 6. 866-873.
3. Carmen, E.H., Rieber P.P., Miller T.: Victims of Violence and Psychiatric Illness. Am J Psychiatry 1984; 141: 378-83.
4. Burgess, A.W., Holmström, L.: Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry 1974; 9:131: 981-985.
5. Kilpatrick, D.G. et al.: The Aftermath of Rape: Recent Empirical Findings. Am J Orthopsychiat 1979; 49: (4): 658-669.
6. Frank, E., Stewart, B.D.: Depressive Symptoms in Rape Victims. A Revisit. Journal of Affective Disorders 1984; 7: 77-85.
7. Burge, S.K.: Post-traumatic Stress Disorder in Victims of Rape. Journal of Traumatic Stress 1988; Vol 1, (2), 193-209
8. Dahl, S.: Acute Response to Rape - A PTSD Variant. Akseptert Acta Psychiatrica Scandinavica 1988.

Legeattester/ legeundersøkelser

Anne-Marie Aslaksrud
Politiadjutant,
Oslo Politikammer,
Huitfeldtsgt. 47, 0253 Oslo 2

I 1988 har det vært en klar økning av voldskriminalitet i Oslo. Antall anmeldelser på legemsfornærmelser og beskadigelser, herunder kvinnemishandling, har vært stigende. Politiets kapasitetsproblemer medfører at det ikke kan nedlegges så meget etterforskningsarbeid som ønskelig i denne type saker. Dette fører igjen til at mange av sakene henlegges etter bevisets stilling. Som regel vil gjerningsmannen nekte straffeskyld eller anføre at han ved anledningen var provosert. Det er ikke alltid vitner til de straffbare forhold, særlig vil dette være tilfelle hva angår den private vold som foregår rundt om i hjemmene. Da vil påstand stå mot påstand – og nettopp i de tilfellene vil de tekniske bevis være avgjørende for bevisførselen.

Her kommer legeerklæringen inn som et meget viktig bevismiddel. Den vil kunne bli tungen på vektskålen. Mange legeerklæringer er imidlertid kortfattede og spekket med latinske ord og betegnelser, samt med uforståelige forkortelser, slik at det i retten kan oppstå tvil om innholdet.

Det er viktig at legeerklæringene er så utførlige som mulig, og gir en nøyaktig beskrivelse og spesifisering av alle påførte skader, ikke bare av de alvorligste. Også spesifiserte blodutredelser og hevelser vil f.eks. kunne bekrefte den fornærmedes forklaring om den voldsanvendelsen som har funnet sted. Like viktig er det å angi nøyaktig hvor på kroppen de forskjellige skader og merker er lokalisert. Er det tale om knivstikk ol. bør kuttets lengde og dybde angis, samt hvor mange sting som er sydd.

Strafferettslig sett er det de samlede skader og det totale smertebilde som er avgjørende for hvilke straffebestemmelser som kommer til anvendelse. Avgjørende i så måte er også

sykemeldingens lengde, antall dager – og om vedkommende har vært bevisstløs, så vil dette på samme måte være et viktig strafferettslig moment.

Opplysninger om hva som er årsak til skadene er også av betydning. Som regel vil vel legen forhøre seg om dette i forbindelse med undersøkelsen av pasienten. Når tiltalte senere i retten påberoper seg at de aktuelle skader er selvpåførte, f.eks. ved at fornærmede falt i en trapp, ut av en seng eller lignende, eller hvis det påberopes at det ikke er tale om en fersk skade, men merker etter et tidligere forhold, så kan det være greit å vise til de anførsler legen har gjort i så måte. Disse argumentene fra tiltaltes side møter en særlig i kvinnemishandlings-saker, og ofte opplever en at kvinnen selv i retten modererer sine tidligere forklaringer mot mannen og endog hevder at det er riktig som han sier. Da er det også av betydning hvis det er gjort bemerkninger fra legens side om at de påførte skader kan samsvare med den fremstilling pasienten

har gitt, f.eks. i forbindelse med knivstikk, svimerker - bruk av annet redskap ol.

Mange kvinner har vært mishandlet gang på gang, søkt legehjelp, men fortiet overfor legen hva de har vært utsatt for. De har dekket seg ved å lage historier om uhell. Noen ganger er det opplagt at skadebildet ikke korresponderer med hennes historie. I slike tilfeller har legene en viktig oppgave ved å forsøke å snakke nærmere med henne, og gjøre henne kjent med muligheten til å søke hjelp ved lokale krisesentre, samt informere om at det idag gis gratis advokatbistand til kvinnemis-handlingsaker.

En bemerkning på legeattesten om hennes psykiske tilstand på undersøkelsestidspunktet er ønskelig.

Og sist, men ikke minst - vi har problemer med latinske ord og uttrykk, og må ofte henvende oss til andre leger for å få oversatt attestene. Dersom man av faglige hensyn må bruke latin - er det ikke da mulig å sette det norske ordet ved siden av i parentes?

Journalnotat

29/10-88

Ny pas. ♀ 32 år.
Pas virker skremt, snakker lavt, forteller at hun har falt ned kjellertrappa uten å kunne ta seg for. Skjedde i dag morges vil gjerne ha sykemelding. Hun er resepsjonsdame.
Ved nærmere us: Blåmerke 2x3 cm i panne like under hårfestet, blåmerke rundt hele v. øye. Blåmerke (5x10cm) og svær hevelse v. kin og kjeveben. Rekvirerer Rtg. Ansiktskjelett og skalle.
Pas tillater at jeg tar bilde av henne som vedlegges journalen. Synes ikke å være samsvar mellom hendelse og funn. Bare blåmerker i ansiktet, ingen skader eller merker på kroppen forøvrig.



OLL's Samfunnsmedisinske Prisoppgave 1989

Årsmøtet i Offentlige legers landsforening har vedtatt å opprette en årlig samfunnsmedisinsk prisoppgave. Prisen skal gis til lege/leger som gjennom en oppgavebesvarelse har fremvist fortjenestefullt samfunnsmedisinsk arbeid. For 1989 er prisbeløpet kr. 15.000,-. OLL's styre har fastsatt følgende tema for prisoppgaven 1989:

Miljørettet helsevern i kommunene

Kommentar: Den aktuelle bakgrunnen for temavalget er nye lovbestemmelser fra 01.01.88. Oppgavebesvarelsen kan bygge på erfaringer fra gjennomførte prosjekter, planarbeid og/eller teoretiske betraktninger. Den kan enten ta for seg hele fagfeltet miljørettet helsevern eller utvalgte deler (f.eks. drikkevann, støy eller psykososiale miljøfaktorer). Ved bedømmelsen vil det bli lagt vekt på besvarelsens verdi for den daglige virksomhet innen miljørettet helsevern i Norge.

Praktiske opplysninger: Oppgavebesvarelsen skrives på manusark som for Dnlf's Tidsskrift på inntil 20 sider. Den skrives anonymt og merkes med et selvvalgt kode-tegn. Det vedlegges en forseglett konvolutt som er merket med samme kode, og som inneholder forfatters navn, adresse og telefonnummer. Oppgaven sendes til: Offentlige legers landsforening, Inkognitogt. 26, 0256 Oslo 2, innen 1. juli 1989.

Oppgavebesvarelsene bedømmes av en komité bestående av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, supplert med en representant fra OLL's styre. Prisen utdeles i tilslutning til OLL's årsmøte 1989.

Trimetoprim-Sulfa «KabiVitrum»

TRIMETHOPRIM OG SULFONAMID

Mikstur: 100 ml inneh.: Trimethoprim 0,8 g, sulfamethoxazol 4 g, sorbitol 41 g, const. et aqua purif q.s.

Tabletter: Hver tablett inneh.: Trimethoprim 80 mg, sulfamethoxazol 400 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt middel med baktericid effekt.

Det antibakterielle spektrum er bredt og omfatter både Gram-positive og Gram-negative bakterier. Ingen effekt overfor *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycoplasma* og *Treponema pallidum*. *Pseudomonas aeruginosa* er oftest resistent. Virkningsmekanisme: Inneholder to aktive substanser trimethoprim og sulfamethoxazol som blokkerer to påfølgende enzymatiske trinn i bakterienes folsyresyntese. Gir baktericid virkning i konsentrasjoner der enkeltkomponentene hver for seg kun har bakteriostatisk effekt. Denne virkningsmekanisme reduserer faren for resistensutvikling, og en oppnår ofte god effekt på mikrober som ellers er resistente overfor enkeltkomponentene. Absorpsjon: Begge komponenter absorberes raskt og nesten fullstendig. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding for trimethoprim er ca. 45 % og for sulfamethoxazol ca. 65 %. Halveringstid: Trimethoprim ca. 11 timer, sulfamethoxazol ca. 11 timer. Fordeling: Vevskonsentrasjonen av Trimethoprim er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma, f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. Maksimale serumkonsentrasjoner: Oppnås etter ca. 1–3 timer etter inntak av to tabletter, og er for trimethoprim 4,5–6,5 µmol/l og for sulfamethoxazol 130–200 µmol/l. Utskillelse: Begge komponenter utskilles hovedsakelig via nyrene. 50 % av Trimethoprim og 25 % av Sulfamethoxazol utskilles i urinen i aktiv form. Overgang i placenta: Passerer placentabarrieren. Overgang i morsmelk: Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte purulente bronkitter. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. *Pneumocystis carinii* pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutte salmonellose, dersom antibakteriell terapi er indisert. Infeksjoner i øvre luftveier. Gonorré, når medisinske/mikrobiologiske forhold tilsier dette (penicillinallergi, resistens). Kontraindikasjoner: Alvorlige leverskader, bloddyskrasier og alvorlig nyresvikt hvis regelmessige kontroller av plasmakonsentrasjonen ikke kan gjennomføres. Kjent sulfonamid- og/eller trimethoprim-overfømtilighet. Graviditet er en relativ kontraindikasjon. Må ikke brukes i barnets første leveuke.

Bivirkninger: Allergiske hudreaksjoner, feber, kvalme, oppkast, anoreksi og dyspepsi. Hematologiske forandringer er observert, spesielt hos eldre. Det dreier seg om trombopeni, leukopeni, neutropeni og sjeldent agranulocytose. Aplastisk anemi er rapportert. Ikterus er rapportert i sjeldne tilfelle.

Forsiktighetsregler: I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. Det anbefales å bestemme plasmakonsentrasjonen av sulfamethoxazol i slike tilfelle. Følgende doseringsskema anbefales:

Kreatinin-clearance	Serumkreatinin	Dosering (normaldosering for voksne) er 2 tabl. hver 12. time.
Normalverdi: 70–130 ml/min.	Normalverdi: 45–115 µmol/l	
> 25 ml/min.	< 320 µmol/l	Normaldosering
25–15 ml/min.	320–405 µmol/l	Normaldosering i 3 døgn, deretter 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.
< 15 ml/min.	> 405 µmol/l	For ytterligere undersøkelser er utført, skal prep. kun gis til pasienter som får regelmessig dialysebehandling. Standarddosering er 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.

Kontrollanalyse: Totalkonsentrasjonen av sulfamethoxazol i plasma bestemmes 12 timer etter tablettinntak hver 3. behandlingsdag. Plasmakonsentrasjonen bør ikke overstige 600 µmol/l. Ved langtidsbehandling bør blodbildet kontrolleres regelmessig. Behandlingen seponeres straks hvis det opptrer eksantem eller blodforandring.

Interaksjoner: (I: 64e, sulfonamider).

Dosering:

Mikstur: barn:

6 uker–5 mndr.	½ måleskje (2,5 ml)	2 × daglig
6 mndr.–5 år	1 måleskje (5 ml)	2 × daglig
6–12 år	2 måleskjeer (10 ml)	2 × daglig

Tabletter: voksne og barn over 12 år:

Standarddosering	2 tabletter	2 × daglig
Langtidsbehandling (utover 14 dager)	1 tablett	2 × daglig
Høyeste dosering (i særlig alvorlige tilfelle)	3 tabletter	2 × daglig
Barn 6–12 år	1 tablett	2 × daglig

Gonoré:

Standarddosering	4 tabletter	2 × daglig i 2 dager
Alternativt	5 tabletter	2 × daglig i 1 dag

Pneumocystis carinii Pneumoni: ¼ tablett pr. kg legemsvekt fordelt på 4 døgndoser.

Korttidsbehandling av ukomplisert cystitt hos ikke-gravide kvinner: 2 tabl. 2 × daglig i 3 dager.

Ved akutte infeksjoner bør det doseres i minst 5 dager eller inntil pasienten har vært fri for symptomer i to dager.

Overdosering/forgiftninger: Symptomer: Kvalme, brekninger, svimmelhet, forvirringstilstander. Behandling: Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker eventuelle påvirkninger av benmargen. Både Trimethoprim og Sulfamethoxazol kan dialyseres ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimethoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk pliktratereagens nyttes. Kombinasjonen benevnes i internasjonal litteratur ofte Co-trimoxazol.

KABI

Gjerdumsvei 10 B

0486 Oslo 4

Tlf. 02 - 18 41 21

Pakninger og priser:

Tabletter 12 stk.	kr. 31,40
Tabletter 20 stk.	kr. 45,20
Tabletter 28 stk.	kr. 55,20
Tabletter 100 stk.	kr. 175,20
Tabletter 10 x 100 stk.	kr. 1283,60
Mikstur 100 ml	kr. 32,30

Pr. 01.03.88

«CALL FOR PAPERS», – nå også med norsk navn!

Innbydelse til å sende inn bidrag til Geilokurset (tidligere Beitokurset) i mars 1989.

APLF's tradisjonsrike Beitokurs vil i 1989 bli holdt på Geilo, Dr. Holms hotell. Som på tidligere kurs ønsker vi å holde en minikongress en halv dag, med ti-minutters innlegg. Årets minikongress har et brennbart hovedtema: Allmennpraktikerens samarbeid med den farmasøytiske industrien. Det ville være av interesse om allmennpraktikere med erfaring fra slikt samarbeid meldte på ti-minutters innlegg. Forøvrig ønskes alle temaer velkommen til kongressen.

Som tidligere ønsker vi tilsendt et sammendrag av manuskriptet på høyst en A4-side. Sammendraget sendes i god tid før kurset, men senest innen 10. januar 1989, til Anne Kathrine Nore, Maridalsvn. 265 B, 0872 OSLO 8. Godkjente bidragsyttere får dekket reise og opphold med inntil to overnattinger.

Trimetoprim-Sulfa[®]

trimethoprim sulfamethoxazol

Indikasjoner:

Urinveisinfeksjoner og infeksjoner i øvre luftveier

NY TABLETTFORM

Mindre kapsel-
formet tablett

Enklere tablett-
inntak



KABI

Kommentar til «Hva bør allmennpraktikeren kunne om epilepsi og andre krampetilstander?» (Utposten nr.5/88)

Jens R. Eskerud, NAVF-stipendiat *Feberkramper - og hva så? Mette Brekke gir en grei oversikt over hva allmennpraktikeren bør kunne om epilepsi og andre krampetilstander i Utposten nr. 5/88 (1). Feberkramper omtales i et eget avsnitt. Det heter her at foreldrene skal kjøle ned barnet med fuktige kluter både ved første anfall og senere hver gang ved feber.*

Jeg tillater meg å tvile på at denne prosedyren er å anbefale og vil derfor gjerne kommentere retningslinjene for allmennpraktikerens håndtering av barn med feberkramper.

Feberkramper

Feber er forhøyet kroppstemperatur som følge av økt termostatverdi i temperaturreguleringscenteret i hypothalamus (2). Feberkramper utløses av feber og kan komme i det barnet får feber (3). Temperaturen behøver derfor ikke å være så høy mens anfallet står på. Feber er i seg selv som regel ufarlig (4), og ekstremt høye temperaturer er meget sjeldne (5).

Behandling.

Første gangs feberkramper synes ofte meget dramatisk for foreldrene, som først og fremst bør sørge for frie luftveier ved å holde eller legge barnet på siden. Skjeer eller liknende skal ikke stikkes inn i munnen for å hindre tungebitt. Kroppstemperaturen bør forsøkes senket ved å kle av barnet og åpne vinduet (6).

Bevisstløse pasienter skal uansett alder ikke ha tilført medisin peroralt. Jeg er enig i at suppositorier med paracetamol bør brukes, med dette kommer som et tredje punkt i behandlingen, som foreldrene oftest må ta ansvar for. Først ved langvarige anfall og svært høy feber mener jeg at det er aktuelt

med aktiv nedkjøling ved hjelp av fuktige kluter, svamper eller liknende.

Etter at anfallet har gått over, vil barnet gjerne være somnolent, og jeg ville vente med væsketilførsel til barnet våkner skikkelig opp. Forøvrig er råd om rikelig drikke et viktig ledd i den generelle behandlingen av feber som symptom uavhengig av årsak.

Profylakse.

Tidligere feberkramper er en av svært få medisinske indikasjoner for behandling med antipyretika (2). Disse barna bør derfor ved senere feber gis antipyretika på et tidlig tidspunkt. Rikelig drikke er allerede nevnt som et generelt råd.

Avkledning og kjølige omgivelser hører med for å øke varmetapet. Mer aktiv nedkjøling er sjelden nødvendig (7). Fuktige svamper kan bidra til økt varmetap, men er først aktuelt ved høye, livstruende temperaturer. Den medisinske begrunnelsen for ikke å benytte denne prosedyren ved moderat feber er at sterk nedkjøling gir perifer vasokonstriksjon og påvirkning av «termostaten» i uønsket retning, slik at kroppen heller vil holde på og

produsere mer varme. I tillegg medfører slik rigorøs nedkjøling kuldefølelse og er derfor ubehagelig. Gjentatt behandling av denne type er neppe særlig lystelig hverken for barn eller pårørende.

Foreldre til barn med feberkramper bør utstyres med og instrueres i rectal bruk av diazepam. Permanent forebygging med antiepileptika over år kan være aktuelt ved langvarige og gjentatte anfall (3), og er en spesialist-oppgave å instituere.

Innleggelse eller ikke?

Til slutt et lite forsknings-inspirert hjertesukk; selv om et flertall av allmennpraktikere behandler første gangs anfall med feberkramper hjemme (hvem vet nå egentlig det?...) er vel ikke dette nødvendigvis den beste løsningen?

anfall. Undersøkelse av bevissthetsnivå og allmenntilstand er svært viktig for utelukking av alvorlig sykdom, inkl. meningokokk-sykdom, og kan vanskelig bli så grundig som ønskelig nettopp pga. somnolensen. Jeg er ikke uenig i at det kan være hensiktsmessig og betryggende å kontrollere forløpet et par timer senere, men selv to timer kan være av betydning ved fulminant meningokokk-sykdom.

Også av hensyn til foreldrene og deres uro og bekymring synes jeg «at tvilen kan komme tiltalte til gode» ved feberkramper, og jeg vil derfor tilrå en liberal innleggelsespraksis. (Oppholdet pleier jo å bli kortvarig ved ukompliserte første gangs feberkramper), Avstanden til sykehus og andre geografiske forhold spiller alltid en sentral rolle i primærløstens beslutningsprosess. Hva som er liberal praksis vil følgelig kunne variere noe fra sted til sted.

Litteratur:

1. Brekke M. Kramper – og hva så? Utposten 1988; 17:187-90.
2. Gray JD, Blaschke TF. Feber: To Treat or Not to Treat. *Rat Drug Ther* 1985; 19: 1-6.
3. Blennow G. Feberkramper hos barn. *Läkartidningen* 1985; 82: 4012-15.
4. Schmitt BD. Feber Phobia Misconceptions of Parents About Febers. *Am J Dis Child* 1980; 134: 176-81.
5. DuBois E. Why are feber temperatures over 106 F. rare? *Am J Med Sci* 1949; 217: 361-9.
6. Eskerud JR. Hva du bør vite om feber. Oslo: Grøndahl & Son Forlag A/S 1988.
7. Rosenthal TC, Silverstein DA. What to do and what not to do. *Postgrad Med* 1988; 83: 75-84.

Det er svært vanskelig å vurdere et somnolent barn som nettopp har hatt et krampe-

Arbeidsbetingelser i almen praksis

The Influence of Stressfactors on Doctors and their work

Målgruppe

Internasjonalt kurs for alment praktiserende læger.

Tid

Mandag 24. april kl.09.00 til fredag 28. april 1989 kl.14.00.

Sted

International University Centre, Dubrovnik, Jugoslavien. Inter University Centre (IUC) er en international organisation, som siden 1972 har lagt lokaler til internasjonale postgraduate kurser. Centret ligger i den smukke jugoslaviske by Dubrovnik, og over 180 universiteter fra hele verden er med til å arrangere kurser inden for forskjellige interessefelter i den akademiske verden. IUC har en lang tradition for at afholde kurser af interesse for læger. Således har mange nordiske læger haft glæde af gennem årene at mødes med kollegaer fra andre lande for at udveksle erfaringer og lære nyt.

Formål

Kursus vil handle om de overlevelsesstrategier den alment praktiserende læge anvender under den daglige påvirkning af stressfaktorer. Bevidstheden om disse tilpasningsmekanismer er af afgørende betydning for lægens muligheder for at fungere produktivt i almen praksis. Anvendes uhensigtsmæssige tilpasningsmekanismer, vil lægens arbejde forekomme ham utilfredsstillende, og det vil også gå ud over patientbehandlingen og lægens familie.

Kursus vil beskæftige sig med at øge deltagerens selvindsigt og også arbejde på at undgå «udbrændhedsfænomenet».

Form

Gruppearbejde med rollespil, videooptagelser af deltagerne i patientbehandlingssituationer under supervision, korte katedrale indlæg.

Kursusproget er engelsk og deltagerne kommer fra de fleste europæiske lande.

Kursusledere og kursustilrettelæggere

Alment praktiserende læger Claes Kjær og Mogens Johansen. Ressourcepersoner: Professor Per Fugelli, Bergen Universitet og professor John Howie, University of Edinburgh.

Kursafgift

1.000 kr. Lokal kursusafgift ca 200 kr. Deltagerne afholder selv udgifter til transport, indkvartering og fortæring.

Uddannelsessektretariatet anviser hensigtsmæssige hoteller nær kursuscenteret i Dubrovnik og giver oplysning om grupperejse.

Tilmelding

Senest 5. januar 1989 til professor Per Fugelli, Institut for Almen Medisin, Ulriksdal 8 C, N-5009 Bergen, Norge.

Telefon 05/292083 eller alment praktiserende læge Claes Kjær, Den Almindelige Danske Lægeforening, Trondhjems gate 9, DK-2100 København Ø., Danmark. Telefon 01/385500.



Kurs kalender 1989

JANUAR

Bodø	09.01.-10.01.	<i>Samtaler med par der alvorlig vold har funnet sted.</i> Påmelding: Professor Tom Andersen, Inst. for samfunnsmed., Postboks 417, 9001 Tromsø, innen 20.11.88.
Bergen	11.01.-13.01.	<i>Organisasjonskultur og organisasjonsutvikling.</i> Påmelding: Ingrid Grøtte Johannson, Nedre Gulaker, 7340 Oppdal, innen 10.12.88.
Tromsø	12.01.-14.01.	<i>Øyesykdommer i allmennpraksis.</i> Påmelding: Overlege Svein Moe Sørensen, øyeavd, 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 20.12.88.
Geilo	12.01.-15.01.	Vinterkurs på Bardøla. <i>Smerte/smertebehandling med hovedvekt på kronisk benign smerte.</i> Påmelding: Brit Standnes, nevr.avd, Buskerud Sentralsykehus 3004 Drammen, innen 15.12.88.
Tromsø	13.01.-14.01.	<i>Samtaler med par der alvorlig vold har funnet sted.</i> Påmelding: Se kurs Bodø, 09.01.-10.01.
Førde	18.01.-20.01.	<i>Nevrologi i allmennpraksis - obligatorisk emnekurs.</i> Arbeidsutvalg: Overlege Kjell Håland, Førde Kommunelege Dagfinn Haarr, Årdalstangen.
Lillehammer	19.01.-21.01.	<i>Emnekurs: Hjerte-karsykdommer.</i> Kursleder: Overlege Hans Petter Dørum, med.avd, Lillehammer Fylkessykehus.
Oslo	25.01.-27.01.	<i>Yrkesmedisin og yrkeshygiene.</i> Påmelding: Statens forskningscenter for arbeidsmedisin og yrkeshygiene, arbeidsmedisinsk seksjon, Postboks 8149 Dep., 0033 Oslo 1, innen 31.12.88.
Tromsø	26.01.-27.01.	<i>Mikrobiologi i allmennpraksis.</i> Påmelding: Overlege Bjørg Marit Andersen, mikrobiologisk avd, 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 20.12.88.
Oslo	26.01.-28.01.	<i>Gerontologi-geriatri.</i> Påmelding: Professor Per Hanssen, Folke Bernadottesv. 38, 4011 Stavanger, innen 31.12.88.
Bergen	26.01.-28.01.	<i>Allmennmedisinsk kvinneforskning fra idé til prosjekt.</i> Påmelding: Det medisinske fakultets sekretariat, Postboks 25, 5027 Bergen, innen 15.11.88.
Ukjent	Uke 4	<i>EDB i samfunnsmedisin.</i> Kursleder: Arnt Ole Ree, Sandefjord.

FEBRUAR

Geilo	05.02.-09.02.	<i>Grunnkurs IV</i> <i>Jus, økonomi og administrasjon i allmennmedisin.</i> Kursleder: Kommunelege Ola Nordviste, 2910 Aurdal.
Bergen	06.02.-07.02.	<i>Treningsfysiologi - i relasjon til idrett og rehabilitering.</i> Påmelding: Det med.fakultets sekretariat, adr.: se tidligere, innen 06.01.
Oslo	06.02.-08.02.	<i>HIV-infeksjoner.</i> Påmelding: Professor Miklos Degre, Rikshospitalet, innen 15.01.
Førde	06.02.-10.02.	<i>Grunnkurs IV</i> <i>Jus, økonomi og administrasjon i allmennmedisin.</i> Arbeidsutvalg: Kommunelege Jone Schanche Olsen, 6760 Bryggja.
Geilo	07.02.-10.02.	<i>Allmennmedisinsk grunnkurs del IV:</i> <i>Jus, økonomi og administrasjon.</i> Kursutvalg: Kommunelege Ola Nordviste (formann).
Bodø	09.02.-11.02.	<i>Emnekurs i psykiatri for allmennpraktikere.</i> Påmelding: Overlege Harald Åsheim, 8018 Nordland Psykiatriske sykehus, Bodø. Tlf.:081-83100, innen 31.12.88.
Bergen	13.02.-15.02.	<i>Hormonanalyser i klinikken.</i> Påmelding: Det med.fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 12.01.
Trondheim	13.02.-16.02.	<i>PC-Nybegynnerkurs for leger.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Univer. i Tr.heim, Det med.fakultet, Eirik Jarls gt. 10, 7030 Trondheim. Tlf.:07-598866, innen 15.01.

Incest – hva er det?

Fortsettelse fra side 344

isolasjon og redselen for å bli «oppdaget». Fordi hun også har problemer med å være følelsesmessig og fysisk nær andre mennesker, blir konsekvensen at hun trekker seg vekk. Jo dårligere hun kjenner de sosiale kodene, – jo mer sårbar blir hun for nye overgrep, – og jo vanskeligere blir det å kunne forsvare seg. Den negative sirkelen er sluttet.

De alvorlige senvirkningskonsekvenser:

kan kort skisseres som:

- Prostitusjon
- Anorexi/Bulemi
- Stoff-/Alkoholmisbruk
- Isolasjonsproblematikk

Disse punktene glir naturlig nok delvis sammen med det jeg allerede har vært inne på. Grunnen til at det er viktig å fokusere på dem, er fordi at hver enkelt av disse «offerbåsene» allerede er fordømt av samfunnets moralnormer og regelverk. Dette gir ytterligere følger for den incestutsatte:

1. Hun tilleggsstigmatiseres fordi hun tilhører nok en tabupreget problemgruppe. Mennesket, personen innenfor, tildekkes av ytterligere en «offer-rolle». En rolle hun blir identifisert med, får reaksjoner og respons på.

2. Hun fratras muligheten til å sette ord på sin virkelighet grunnet problemene med å snakke om slike tabupregede områder.

3. Hun mister mulighet til skolegang, utdanning og senere ofte arbeid.

4. Hun stigmatiseres av seg selv og andre grunnet atferd og uføretrygd.

5. Hun isoleres ytterligere. Akkurat som hun isolerer seg selv for å beskytte nettopp det som er innenfor alle «offer-roller».

I teaterstykket Fuglepappaen sier incestutsatte Maria: «En gang imellom sier man til seg selv... du lever ikke... du er steindød... du puster ikke... du eksisterer ikke... kroppen din flyr i vei på små vinger og brenner opp i sola, og så er du ingenting... ingenting. Har du tenkt over det ordet? Si det mange ganger på rad! Til slutt kjenner man seg som ingenting. Det er ikke stygt, det er ikke pent, det er ingenting!».

Forts. side 368

Oslo	13.02.-16.02.	<i>Kosthold og helse.</i> Påmelding: Lars Johansson, Statens ernæringsråd, Boks 8139 Dep., 0033 Oslo 1, innen 15.01.
Bergen	13.02.-17.02.	<i>Laboratoriet i allmennpraksis.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 20.01.
Stavanger	14.02.-16.02.	<i>Emnekurs i kardiologi, kirurgia minor og pediatri.</i> Detaljert program vil bli annonsert i Tidsskrift for Den norske lægeforening i god tid før kursstart.
Tromsø	15.02.-17.02.	<i>Lungesykdommer i allmennpraksis.</i> Påmelding: Overlege Ulf Aasebø, lungeavdelingen, Regionsykehuset, 9012 Tromsø, innen 20.01.
Oslo	15.02.-17.02.	<i>Kjemoterapi og hormonterapi ved maligne lidelser.</i> Påmelding: Kjetil Heimdal, onkologisk avd, Det Norske Radiumhospitalet, Montebello, Oslo 3, innen 15.01.
Trondheim	17.02.-18.02.	<i>Praktisk barnekardiologi.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Univer. i Tr.heim, adr: se tidligere, innen 16.01.
Oslo	28.02.-02.03.	<i>Revmatiske sykdommer hos barn.</i> Påmelding: Avdelingsoverlege Hans Martin Høyeraal, Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus, Akersbakken 20, 0172 Oslo 1, innen 20.01.

MARS

Bergen	02.03.-03.03.	<i>Dermatologi i praksis.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 15.01.
Bodø	02.03.-04.03.	<i>Vårkurs i Bodø.</i> Påmelding: Overlege Gunnar Skjelvan, med.avd., 8017 Nordland sentralsykehus. Tlf: 081-20040, innen 01.02.
Oslo	05.03.-08.03.	<i>Ortopedi for allmennpraktikere.</i> Kurskomité: Carl Erik Næss, Sophies Minde ort.hosp., Gunnar Follerås, Sophies Minde ort.hosp., Gabrielle Nilsen, Storhamar legesenter. Påmelding innen 05.01.
Geilo	05.03.-10.03.	Geilo-kurset. Tema: <i>Kreft i allmennpraksis/Forsknings- og foreningsdagen/Legevaktarbeid.</i> Påmelding: APLF's fagutvalg, Colbjørnsensgt. 1, 0256 Oslo 2, innen 14.01.
Oslo	06.03.-08.03.	<i>Kurs i klinisk sexologi.</i> Påmelding: Skriftlig til kursleder Kjell Olav Svendsen, Nordraaksgt. 15, 0260 Oslo 2, innen 15.01.
Oslo	06.03.-09.03.	<i>Parasittologi – diagnose – klinikk.</i> Påmelding: Spesiallege Ivar Helle, Seksjon for infeksjonssykdommer, med.avd., Ullevål sykehus, Oslo 1, innen 07.02.
Trondheim	06.03.-09.03.	<i>Emnekurs i gynekologi og obstetikk.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Univ. i Tr.heim, adr: se tidligere, innen 06.02.
Oslo	07.03.-08.03.	<i>Medisinsk mykologi.</i> Påmelding: Overlege Per Sandven, Avdeling for bakteriologi, Statens Inst. for Folkehelse, Geitmyrsvn. 75, 0462 Oslo 4, innen 15.01.
Førde	08.03.-10.03.	<i>Sexologi.</i> Arbeidsutvalg: Kommunelege Jone Schanche Olsen, 6760 Bryggja.
Tromsø	09.03.-10.03.	<i>Kronisk somatisk sykdoms betydning for en families liv og utvikling.</i> Påmelding: Kommunelege Tore Dahl, 8900 Brønnøysund, innen 20.02.
Oslo	13.03.-14.03.	<i>Miljøfarer i medisinske laboratorier.</i> Påmelding: Avdelingsoverlege Ivar Ørstavik, Avdeling for virologi, Statens Inst. for Folkehelse, adr: se tidlig, innen 15.01.
Oslo	13.03.-15.03.	<i>Bevegelsesapparatets bløtdelslidelser.</i> Påmelding: Avd. overlege Peer H. Staff, avd. for fysikalsk med. og rehabilitering, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4, innen 10.02.

Nettopp denne opplevelsen av å være verdt ingenting var det vi alle opplevde. Å være verdt ingenting gjør deg utrolig sårbar i forhold til livet og verden. Det er ikke verdt å kjempe for ingenting. Dermed fortsetter du å befinne deg i offerrollen, med stadig sterkere opplevelser av selvforakt som resultat.

For å kunne endre ditt liv, fri deg fra offerrollen, er du først nødt til å være bevisst hvor du står hen og hvem du er. Det vil si akseptere at det som faktisk skjer med deg skjer. Vi som har opplevd dette helvetet er smertelig klar over at vi brukte mesteparten av livet på å bagatellisere, bortforklare, omskrive eller glemme virkeligheten. Grunnen er enkel – det handler rett og slett om å overleve smerten. Problemet var at vi aldri ble presentert noe alternativ – vi så aldri at det fantes. Hadde vi noen valgmuligheter? Du kan ikke velge mellom én ting. En endring forutsetter nødvendigvis individets opplevelse av å ha en valgmulighet. Fantest den – finnes den? Og har du i så fall krefter til å tro at det også gjelder deg. Et helt liv – en hel oppvekst – en hel virkelighet har fortalt deg noe annet.

En identitet har vi – det har alle. Den er skapt av den virkeligheten vi lever i. Du er den totale sum av dine omgivelers tilbakemelding. Om den totale sum er objektiv – hva er du da?

Enhver er sin egen virkelighet nærmest. Det handler ikke mest om å leve – men å overleve. Kan mennesket overleve det uakseptable? Kanskje ikke, men mennesket kan omskrive det uakseptable til akseptabelt.

Det er uakseptabelt å vokse opp i en virkelighet med seksuelle overgrep. Aldri vite når det skjer neste gang – eller hvor – eller hvordan. Aldri vite om et kjærtegn er et kjærtegn eller innledning til overgrep. Men alltid vite at du ikke kan si nei. At det aldri er du som har kontrollen over din egen kropp, hva som tilføres den av andres lyst, behov eller maktutøvelse. Denne totale mangelen på kontroll fører til en ekstrem opplevelse av utrygghet. Dette makt- og avmaktforholdet trer så klart fram når det dreier seg om seksuelle overgrep rettet mot barn. Men barnet blir voksent – fortsetter å være en utgave av seg selv – fortsetter å være et produkt av den virkeligheten hun har vokst opp i eller lever i. Kontroll og trygghet blir nøkkelbegreper for fortsatt å mestre tilværelsen.

Spiseproblemer og anorexi kan brukes til å kontrollere kroppen. Det samme kan straff og

Trondheim	13.03.-17.03.	<i>Emnekurs i nevrologi.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutd., Trondheim, adr: se tidligere, innen 13.02.
Bergen	30.03.-31.03.	<i>Psykisk utviklingshemming, nevrologiske og psykiatriske problemstillinger.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.03.
Hamar	Mars	<i>Emnekurs i trygdemedisin for allmennpraktikere.</i> Kursleder: Ass.fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegekontoret, 2301 Hamar.

APRIL

Trondheim	03.04.-05.04.	<i>Emnekurs i laboratoriemedisin.</i> <i>Del I: Klinisk kjemi og klinisk farmakologi.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutd., Trondheim, adr: se tidligere, innen 06.03.
Bergen	03.04.-05.04.	<i>Psykosomatikk i allmennmedisin.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.03.
Oslo	05.04.-07.04.	<i>Miljørettet helsevern. Kurs I.</i> Kontaktperson: Kommuneoverlege Arne Hjemmen, Postboks 340, 1371 Asker. Tlf.: 02-79 50 50, innen 01.03.
Bergen	06.04.-07.04.	<i>Astma i allmennpraksis.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.03.
Tromsø	06.04.-07.04.	<i>Nevrologisk behandling av hode- og ryggskader, svulster og andre lidelser i sentralnervesystemet og de perifere nerver.</i> Påmelding: Hans Nilsen Haugen, nevrokir.avd., 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 01.02.
Trondheim	08.04.-09.04.	<i>Kvinner og ledelse i medisin.</i> <i>Del I: Personlighetsutvikling.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutd., Univ. i Trondheim, adr: se tidligere, innen 10.03.
Trondheim	10.04.-11.04.	<i>Emnekurs i akuttmedisin.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutd., Univ. i Trondheim, adr: se tidligere, innen 01.02.
Oslo	10.04.-12.04. 24.04.-26.04.	<i>Innføring i statistikk.</i> Påmelding: Skriftlig påmelding til professor Odd O. Aalen, Seksjon for med. statistikk, Postboks 1057, Blindern, 0316 Oslo 3, innen 10.02.
Drammen	10.04.-12.04.	<i>Emnekurs i nevrologi.</i> Påmelding: Brit Standnes, nevrologisk avd., Buskerud sentralsykehus, innen 15.03.
Bergen	10.04.-15.04.	<i>Medisinsk statistikk.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 15.02.
Oslo	10.04.-21.04.	<i>Kurs for helsearbeidere til U-land.</i> Søknad til: Kurssekretær, NIHA, Postboks 4-Kringsjø, 0807 Oslo 8. Tlf.: 02-23 76 40. Innen 15.02.
Bergen	11.04.	<i>Gerontologi.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 15.03.
Oslo	12.04.-14.04.	<i>Urininkontinens hos gamle.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 15.03.
Oslo	12.04.-14.04.	<i>Kreftregistrering og epidemiologisk kreftforskning.</i> Påmelding: Instituttoverlege Froydis Langmark, innen 01.03.
Tromsø	01.04.-14.04.	<i>Akuttmedisin for primærleger.</i> Påmelding: Overlege Mads Gilbert, anesthesiavd., 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 15.03.
Kongsvoll	13.04.-15.04.	<i>Kongsvollseminaret 1989.</i> Kursleder: Folke Sundelin, Oslo.
Gjøvik	13.04.-15.04.	<i>Emnekurs: Psykiatri i allmennpraksis.</i> Kursleder: Kommunelege Fredrik Langballe, 2830 Raufoss.

selvskading. Å påføre seg fysisk smerte kan brukes for å døyve diffus psykisk smerte. Alt dette er ikke minst handlinger du selv utfører. Det er endelig du selv som har kontroll over utføringen – ikke andre som «tvinger» den på deg.

«Jeg sa ikke nei til å pule», sa jenta jeg allerede har referert til. «Lyst eller ei. Hva visste jeg om lyst? Hva visste jeg om å være glad i min kropp? Og hva var vennskap eller kjærlighet til en mann med mindre det dreide seg om å pule?»

Dette er stadig gjennomgangstema kvinnene presenterer. Ikke kunne si nei. Ikke vite i hvilken situasjon eller relasjon du har rett til å si nei. Ikke vite hva du kan forlange – eller om du kan forlange noe som helst og hvordan. Slik befinner hun seg gjennom ungdom og voksen alder i hele tiden nye situasjoner som objekt for andres behov, krav eller lyster. I forhold, utenfor forhold, på fester, på gata – hvor som helst og når som helst – akkurat slik som før – som alltid. Hva er voldtekt – og hva er ikke voldtekt? Jeg visste det ikke en gang selv. Bortsett fra at noen ganger ble jeg knulla med vold – andre ganger uten. I all sin følelseskalde kyniskhet blir også dette å leve det uakseptable. Hvem kan det? Hvem kan overleve med bevisstheten om seg selv som objekt – som offer? Hvem kan forsvare sin egen verdighet – sitt eget verd med en bevissthet om seg selv som offer eller objekt? Jeg tror ikke du kan. Det blir nødvendig å omskrive det uakseptable – omdefinere egen rolle i det livet du lever. Det handler om å overleve. En måte å gjøre dette på i den uendelige rekken av tilfeldige seksuelle partnere du ikke evner å si nei til er å kalle det frivillighet. Slik er et utsagn: «Jeg velger det selv. Nå er det meg som bestemmer, meg som har kontrollen. Når de ligger der hjelpeløse midt i sin egen utløsning, og jeg observerer uten følelse, er det meg som har makten. Når de febrilsk forsøker å få min kropp til å reagere, bli opphisset og jeg ligger kald uten å kjenne noe, er det meg som har kontrollen. Dette er min hevn, de skal ikke klare å oppnå noe mot min vilje».

Tilbake til oppveksten – til det som formet henne, meg, oss. Dersom overgriperen tilhører offerets familie, har overgriper både det økonomiske og følelsesmessige overtaket. Familien blir krenkerens festning og offerets fengsel. Det brudd på tillit som overgrepet er når en omsorgsperson utnytter barn seksuelt, skaper grunnleggende utrygghetstilstand hos barnet. Forskerne Herman og Hirschman på-

Trondheim	17.04.-18.04.	<i>Nevrolingvistisk programmering (NPL).</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutd., Univ. i Trondheim, adr: se tidligere, innen 20.03.
Voss	17.04.-21.04.	<i>HVPU - Obligatorisk emnekurs.</i> Arbeidsutvalg: Ass.fylkeslege Arne Søvde, 5840 Hermansverk.
Bergen	21.04.-22.04.	<i>Geriatrisk forskning i sykehjem.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat; adr: se tidligere, innen 01.04.
Trondheim	23.04.-26.04.	<i>Samtalen - vårt viktigste redskap.</i> <i>Veien til nye bilder av virkeligheten.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Univ. i Trondheim, adr: se tidligere, innen 23.03.
Bergen	24.04.-26.04.	<i>Somatisk terapi og kognitiv terapi ved affektive forstyrrelser og angstlidelser.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.03.
Tromsø	26.04.-27.04.	<i>Indremedisin for allmennpraktikere.</i> Påmelding: Overlege Per Lunde, med.avd., 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 15.03.
Jugoslavia Dubrovnik	24.04.-28.04.	<i>Arbeidsbetingelser i almen praksis.</i> Påmelding: Prof. Per Fugelli, Inst. for Allmenntmedisin, Ulsriksdal 8 C, 5009 Bergen, innen 05.01.
Tynset	april/mai	<i>Emnekurs for allmennmedisinere og deres medarbeidere.</i> Kursleder: Kommunelege Karl Alme, 3540 Tolga.
Ukjent	Uke 17	<i>Organisasjon og ledelse.</i> Kontaktperson: Ivar Søbø Kristiansen, Inst. for samfunnsmed., Universitetet i Tromsø.

MAI

Trondheim	02.05.-03.05.	<i>Kurs i psykososial gynekologi og obstetrikk.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 02.04.
Bergen	08.05.-10.05.	<i>Hypertensjon - diagnostikk og behandling.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.04.
Bergen	08.05.-10.05.	<i>Øre-nese-hals sykdommer i allmennpraksis.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.03.
Tromsø	08.05.-10.05.	<i>Øre-nese-hals sykdommer i allmennpraksis.</i> Påmelding: Professor Einar Laukli, øre-nese-hals avd., 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 02.05.
Bergen	10.05.-12.05.	<i>Søvn og søvnforstyrrelser.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 28.04.
Bergen	21.05.-27.05.	<i>Solstrand-kurset.</i> Detaljert program vil bli annonsert i Tidsskrift for Den norske lægeförening i god tid før kursstart.
Tromsø	25.05.-26.05.	<i>Obstetrikk i allmennpraksis.</i> Påmelding: Professor Pål Øian, Kvinneklubben, 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 15.04.
Israel Jerusalem	28.05.-02.06.	<i>12th WONCA World Conference on family medicine.</i> Info: NSAM. Påmelding: WONCA 1989, P.O.Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel, innen 28.02.
Trondheim	29.05.-31.05.	<i>Kurs i klinisk sexologi.</i> Påmelding: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Univ. i Trondheim, adr: se tidligere, innen 01.03.
Beitostølen	31.05.-02.06.	<i>Inneklimabetingede helseproblemer.</i> Påmelding: Ingrid Grøtte Johannson, Nedre Gulaker, 7340 Oppdal, innen 01.05.
Bergen	31.05.-02.06.	<i>Kronisk rygg.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.04.

peker at incest-offeret blir stående i en situasjon der hun ikke har frihet til å hate sin overgriper. Når kilden til trygghet og beskyttelse også er kilden til misbruk og utrygghet, dannes et følelsesklima preget av angst. Kjærlighet og hat veves inn i hverandre.

Det særegne med kvinner er at de har så få maktmidler å slå tilbake med. Det har vi alltid visst - før som nå, og tatt konsekvensen av. Det handler om å overleve - den sterke driften i mennesket. Hva er mest nødvendig når du lever det ulevelige? Å beskytte deg mot seksualvoldens råhet - eller å tilfredsstille et livsnødvendig behov for nærhet, omsorg og kjærlighet? Alt er relativt. For den som kan velge mellom kjærtegnende hender og trygge favner blir det uforståelig at noen kan oppsøke sin bøddel i et skarve forsøk på å tine opp et hjerte den selsamme overmakt frøs til is. Valg er også relativt. For noen handler det om å velge mellom en eller total isolasjon. Er det innenfor disse rammene du opplever deg - så er det innenfor disse rammene du bruker krefter på å overleve og kjempe for din egen verdighet... Inntil et alternativ blir presentert som du tror på muligheten av å velge.

Det er viktig å huske på at for et barn som har opplevd seksuelle overgrep fra en hun hadde et tillitsforhold til, eksisterer det et kraftig skille mellom seksualitet/seksuelle handlinger og positive følelser som varme, nærhet, kjærlighet, ømhet og omsorg. Dette er momenter som rives vekk fra de seksuelle handlingene i prostitusjon. Noe som synes brutalt for folk som observerer utenfra. Har du vært utsatt for seksuelle overgrep, eksisterer det ikke lenger noen sammenheng mellom disse positive følelsene og seksuell handling. Dermed mister du det heller ikke ved å prostituere deg.

«Jeg kan godt forstå at jenter som har vært utsatt for incest gir så blaffen i seg selv at de prostituerer seg. Det hele er jo så skittent. Du kan jo like gjerne ta penger for driten», var utsagnet til en av jentene på senteret. Hun var ikke alene om å mene dette.

Molde	31.05.-03.06.	<i>Grunnkurs i allmennmedisin: Jus, økonomi og administrasjon i allmennpraksis.</i> Påmelding: Kurssekretær Reidun Solem, legekantoret, 6420 Aukra, innen 01.04.
Vikna	Mai/Juni	<i>Vårkurs - Sørjæslingen.</i> Påmelding: Steinar Fretland, Sverresgt. 23, 7800 Namsos.

JUNI

Oslo	05.06.-07.06.	<i>Videregående statistikk: Samvariasjonsanalyse for kontinuerlige data: Korrelasjon, regresjonsanalyse, variansanalyse og litt multivariabel analyse med bruk av programpakken MINITAB.</i> Påmelding: Forskningsveileder Petter Laake, Seksjon for med. statistikk, Postboks 1057, Blindern, 0316 Oslo 3, innen 01.04.
Bergen	05.06.-07.06.	<i>Aktuell psykiatrisk terapi. Behandling av depresjoner og psykosomatiske sykdommer.</i> Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, adr: se tidligere, innen 01.05.
Oslo	08.06.-09.06.	<i>Pedagogisk kurs om de nye sosialmedisinske oppgavene i kommunene.</i> Påmelding: Professor Kjell Noreik og konsulent Kari Kromann, begge Inst. for sosialmed., RH, 0027 Oslo 1, innen 15.05.
Tromsø	16.06.-17.06.	<i>Bruk av det «reflekterende team» i klinisk veiledning.</i> Påmelding: Professor Tom Andersen, Seksj. for sos. psykiatri, adr: se over, innen 01.05.

AUGUST

Danmark Århus	23.08.-26.08.	<i>6' Nordiske Kongres i almen medicin.</i> Abstracts innen 01.04. Info: 6' Nordiske Kongres, Enghøjel 90, DK-2670 Greve.
------------------	---------------	--

OKTOBER

Oslo	02.10.-07.10.	<i>Allmennedisinsk uke 1989.</i> Info: O. Rutle, Inst. for Allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2.
------	---------------	---

KURS SOM ARRANGERES VÅREN 1989, DATO UKJENT

Levanger	<i>Gynekologi og obstetikk i allmennpraksis.</i> Arr.: Nord-Trøndelag legeförening.
Namsos	<i>Øre-nese-halssykdommer i allmennpraksis.</i> Arr.: Nord-Trøndelag legeförening.
Levanger	<i>Psykiatri i allmennpraksis.</i> Arr.: Nord-Trøndelag legeförening.
Ukjent	<i>Kurs i kommunal helseadministrasjon, trinn I, II, III, IV.</i> Nærmere opplysning: Arne Lie, Den Norske lægeförenings sekretariat.
Tromsø	<i>Klinisk sexologi i allmennpraksis.</i> Påmelding: Hans Petter Fundingsrud, Barneavd., 9012 Regionsykehuset i Tromsø.

NESTE KURSKALENDER: UTPOSTEN nr. 5/89; som kommer i juni.
Frist for innsending til kalenderen: 13. april 1989.

HIV-epidemien

Pål Voltersvik

Referansegruppa ble opprettet etter henvendelse fra fagutvalget i Alment Praktiserende Lægers Forening 27.05.87. Den avholder fire møter i året. Finansielt støttes den av Helsedirektoratet, kr.25.000 i 1987 og kr.80.000 i 1988. Gruppa består av følgende medlemmer:

Elise Klouman Bekken, generalsekretær i Landsforeningen mot AIDS, Hans Blystad, overlege v/Helserådet i Trondheim, Stein Svendsen, overlege Rikshospitalet i Oslo (til august -88), Kai Hagen, helsesjef i Stavanger, Knut Holtedal, allmennpraktiker i Tromsø, Petter Kittelsen, lege på Seksjon mot HIV-infeksjoner i Oslo Kommune (fra aug.-88), Svein Arne Nordbø, overlege Regionsykehuset i Trondheim, Kjell Olav Svendsen, allmennpraktiker Frogner Lege-senter i Oslo, Håkon Aars, overlege i HVPU i Oslo og Pål Voltersvik, kommunelege i Kristiansund (leder). Sekretariatet for gruppa er lagt til Kristiansund.

Referansegruppa arbeider ut fra de fem målsettingene som er satt opp for referansegrupper. Det arbeides konkret med et video-program i samarbeid med pedagogisk avdeling i Den Norske Lægeforening. Tre videoer som omhandler testsituasjonen,

holdninger og adferd hos allmennpraktikeren. Sannsynligvis vil videoene bli tilbudt videre- og etterutdanningsgruppene i første omgang. Referansegruppa avholder også et kurs for allmennpraktikere på Sundvollen Hotell, Sundvollen, 28. og 29. november 1988. Flere av referansegruppas medlemmer vil forelese på dette kurset. Det er også blitt nedsatt en egen komité i gruppa som nå går igang med å utarbeide en håndbok om HIV-infeksjoner i allmennpraksis. Referansegruppa vil inspirere til forskning på HIV i allmennpraksis, men ikke selv som gruppe inngå i forskningsprosjekter. Imidlertid er enkelte av gruppe-medlemmene involvert i prosjekter.

Hovedmålsettingen for gruppa er å nå flest mulig allmennpraktikere. I dette ligger ikke bare et ønske om å bidra med tiltak som nevnt ovenfor, men også oppfordre allmennpraktikere til å ta kontakt med referansegruppa, enten de vil gi råd til eller få informasjon fra gruppa. Forøvrig er det viktig å få markeds-

ført allmennpraktikerens plass i bekjempelsen av HIV-infeksjonen og epidemien. I den sammenheng har vi kontakt med Landsforeningen mot AIDS og Helsedirektoratet. Sosialministerens referansegruppe er også orientert om vårt arbeid. Gruppa har også tatt et initiativ overfor Etat for Miljørettet Helsevern, Seksjon mot HIV-infeksjoner i Oslo Kommune om en hospiteringsordning (evt. 3 mndr.) for allmennpraktikere.

Referansegruppas medlemmer driver en utstrakt egenskoloring og flere av oss har vært på verdenskongress både i London og Stockholm i år. Referansegruppa står i kontakt med AIDS-Info-enheten på Statens Institutt for Folkehelse som bidrar med litteraturhenvisning, oversikt over møter og kongresser og forskningsprosjekt i Norge og andre land.

Den økonomiske støtten fra Helsedirektoratet dekker først og fremst reiser i Norge til referansegruppas møter. Imidlertid har man på årets budsjett brukt et større beløp til verdenskongressen i Stockholm i juni. På neste års budsjett vil man også søke om midler til støtte i utarbeidelsen av håndbok om HIV-infeksjoner i allmennpraksis.

Kursreferat fra Nordisk Kongress: «Omsorg ved livets slutt»

Lars Solheim
Kommunelege

Kongressen besto av deltakere fra alle nordiske land. Hovedtemaer som ble omtalt var: Døden i et historisk, kulturelt, filosofisk, medisinsk sosialt og personlig perspektiv.

Dette ble belyst fra forskjellige vinkler fra sosialministeren til Ole Didrik Lærum, Per Lønning, professor David Roy fra Montreal, avsluttende med Stein Husebøs samtale med en kreftpasient. Det ble tatt opp temaet eutanasi.

2. dag var viet kommunikasjon i sin helhet vedr. omsorg ved livets slutt og pasientens, de pårørendes og personalets reaksjoner, deres situasjon og behov. Temaet ble belyst med familiens reaksjoner, barns reaksjoner. Ettermiddagssesjonen var viet 4 undergrupper omhandlende hospice-filosofi, utbrenning, smertebehandling og livskvalitet.

Smertebehandling fattet min interesse og var en givende presentasjon av smerteklinikken på Haukeland, psykologiske aspekter på smerter som psykologiske opplevelser gitt av psykolog Gunnar Rosen ved Haukeland. Videre supplert av Tor Inge Tønnesen fra Rikshospitalet med mere jordnære smertebehandlingsmetoder omfattende non-farmakologiske og farmakologiske aspekter. Videre hørte vi om terminal-pleie i hjemmet fra en leder av smerte-klinikk i København.

3. dag omfattet utfordringer og modeller ved behandling av alvorlig syke og døende. Dette ble belyst av Robert Fulton fra Minnesota som snakket om «The family and loss», av Stein Husebø, som holdt et engasjerende innlegg om hospice-bevegelsen og hospice-

filosofi. Med utgangspunkt i hans opphold ved et hospice i Oxford, England. Behandlingsfilosofien er at pasientene har et intenst og vedvarende kommunikasjonsbehov. Man må lære seg å kommunisere med pasienten ut fra ting som betyr noe for ham som f.eks. «Hvem er du glad i?», «Hva var du om sykdommen?». Konklusjonen er at informasjon ikke er å fortelle, men å lytte. Videre hørte vi om «The healing of touch» av psykoterapeut Judith Ashton.

Psykolog Gunnar Rosens oppskrift på kommunikasjon omhandlet verbal og nonverbal kommunikasjon og viktigheten av å kjenne andres og ikke minst egne reaksjoner på død og alvorlig sykdom. Videre hørte vi om musikk i behandlingen av smerte.

4. dag var viet «Hvordan tar vi vare på de døende i Norden?». Dette omfattet omsorg for senil demente, plutselig, uventet død og suicidal-problematikk, spesielt fremheves innlegget om død og ritualer av sykehusprest Leif Dragsholt som tok opp det verdifulle med å bevare ritualer rundt døden og ikke fjerne døden fra familiene, nærmiljøet og teknifisere døden.

I alt deltok 1300 mennesker på denne kongressen fra alle nordiske land. Det var overvekt på sykepleiere og dessverre kun et fåtall leger, ca. 100 i tallet.

Løfterik likestillingskonferanse i Lægeforeningen!

Janecke Thesen
Inger Marie Steinsholt

9. og 10. oktober var ca 70 tillitsvalgte samlet til Lægeforeningens første likestillingskonferanse på Soria Moria. Leder i Likestillingsutvalget, Ingrid Slørdahl Conradi tok utgangspunkt i «Lov om likestilling mellom kjønnene» og Utvalgets egen innstilling «Om Likestilling». Med disse som faktagrunnlag ble vi loset gjennom 2 dager med foredrag og gruppearbeid. Foredragene favnet vidt - fra mannsrolleutvalgets noe famlende forsvar (eller var det et angrep?) via likestillingsarbeide i bank til tydeliggjøring av morsrollens lederkvaliteter og situasjonsrapport fra Sverre, som er gift med en karrierekvinn.

Det var nok allikevel det som foregikk i gruppene som var det mest spennende og løfterike. Likestillingen har mange hittil ukjente allierte også blant Lægeforeningens

Kilde: Christine Roche, 1985.



mannlige medlemmer. Det vil bli spennende å se når alle de kreative gruppeforslagene

skal veies og måles og eventuelt settes ut i livet.

Vi stortrivdes og vil satse på å bringe stoff fra konferansen i framtidige nummer av Utposten.

For meg personlig var dette en begivenhet av de sjeldne, hvor jeg lærte å tenke på mine holdninger overfor døende mennesker, viktigheten av å kunne kommunisere, gi noe av meg selv. Jeg vil tro at ikke minst leger trenger mere informasjon og kunnskap om dette.

Kongressen var vel tilrettelagt og godt arrangert med Bergen by i forsommerskrud innrammet med Det norske kammerorkesters konsert og konsert med Arja Saijonmaa som gjorde inntrykket og utbyttet ekstra bra.

Hvordan konferansen var sammensatt, spør du? - Jo, den var et forbilledlig eksempel på at «minst 40%-regelen» nesten var oppfylt. 38% av deltakerne var nemlig - menn.

Amme- hjelpen 20 år – en viktig historisk erfaring

Høy stemning på Soria Moria i september da over 100 kvinner og én mann samlet seg om Ammehjelpens årlige seminar og en gedigen festmiddag. På disse 20 årene har ammeffrekvensen i Norge gått fra under 20% til 75-80% ved 3-måneders alder. 98% av norske mødre ammer mens de er på klinikken, en rekord som plasserer Norge på verdenstoppen.

Hva er det som er så spesielt ved dette jubileet? Gro Nylander Rivrud slo fast det historiske faktum vi alle kjenner: Kvinnene har alltid villet amme – men det var utdannet hjelpepersonell som ødela.

Det er ikke noe spesielt ved at velmenende medisin tar feil – det har skjedd mange ganger, og det vil skjje igjen. Av og til ser vi våre feil og får ved felles anstrengelse endret kursen i riktig retning. Men det spesielle ved Ammehjelpen er at det var dem det gikk utover som så hvor galt det bar av sted – og fikk endret kursen! Det var kvinnene selv som samlet seg og ved utrettelig arbeid talte datidens medisinere midt imot. Og de fikk folk med seg ved skikkelig nettverksarbeid – etterhvert også fler og fler medisinere.

Til Ammehjelpen
– et skikkelig gratulerer!
Vi trenger deres helt spesielle eksempel.
– Takk skal dere ha.

Janecke Thesen



UTPOSTEN 1988; 17(8) 374

B Hypnotikum

Tabletter: 0,125 mg. og 0,25 mg.
Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin. 0,25 mg tablettene har delstrek.

Egenskaper:

Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angst-dempende, muskelrelaxerende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halverings-tid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7–3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Ut-skillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:

Triazolam er indiset hos pasienter med forbi-gående og kortvarig insomni. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medi-kamentell behandling for kronisk insomni.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsaklig doseavhengighet. Døsighet, om-tåketethet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordi-nering har forekommet. I likhet med andre ben-zodiazepiner har det vært rapportert en lav fore-komst av paradoksale reaksjoner og også spred-te tilfeller av anterograd amnesi.

△ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med for-

siktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør like-vel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virke-stoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diøgivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med for-siktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjon-er på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Hal-cion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller lever-funksjon.

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med ci-metidine, men akkumulering forekommer ikke ved gjentatt dosering. Ved samtidig inntak av erytromycin kan plasmakonsentrasjonen for-dobles og halveringstiden øker. (1:55 e benzo-diazepiner).

Dosering:




Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125–0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis ini-tialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasi-enter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnsvis til 0,25–0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25–0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 17,00 — 30 tabl. kr. 31,85
— 100 tabl. kr. 83,30 — 10×100 tabl. kr. 784,15.
0,25 mg: 10 tabl. kr. 21,75 — 30 tabl. kr. 44,20
— 100 tabl. kr. 121,85 — 10×100 tabl. kr. 1169,75.

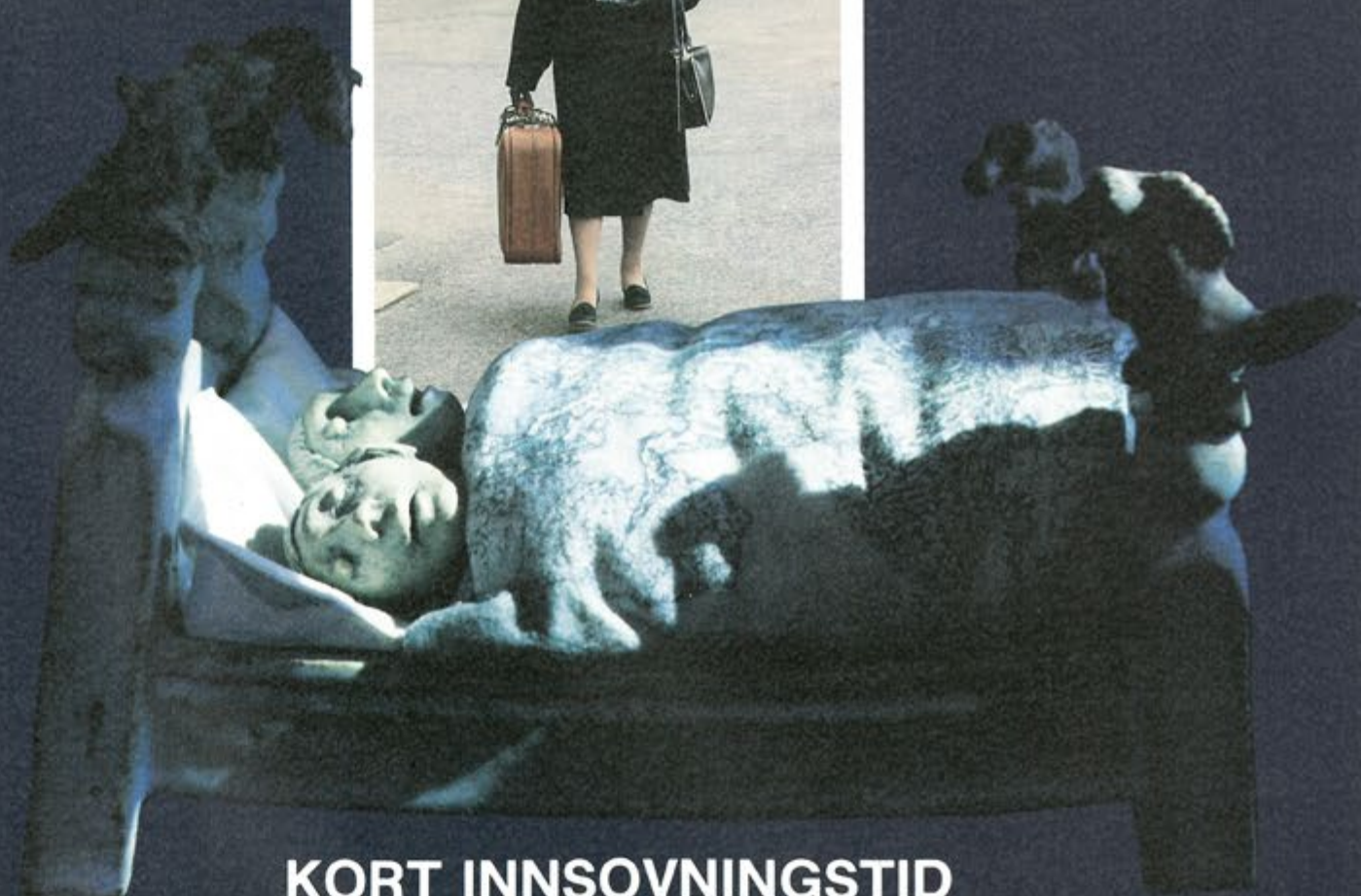
Halcion® (triazolam)

DOSERINGSANBEFALING

 0,125 mg	Geriatriske pasienter
 0,25 mg	Voksne ved behov: Ger. pas.
 0,5 mg	Ved behov: Hospitaliserte pas. Voksne Ger. pas.

Halcion[®] (triazolam)

OPPLAGT NESTE DAG*



**KORT INNSOVNINGSTID
OG BEDRE SØVNKVALITET***

PRODUCT OF
Upjohn
CNS
RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION
Upjohn Informasjon,
Boks 6749, St. Olavs Plass
0130 OSLO 1
Tlf. 02-20 72 20

*"Preparatkort HALCION"
Nytt fra Statens Legemiddel-
kontroll 15. sept. 1983

For nærmere opplysninger
se Felleskatalogen

Innhold:	Side:
Leder	331
Erfaringer fra et krisesenter <i>Anne, Grethe og Lillemor</i>	332
Om forebygging av kvinnemishandling gjennom primærkontroll <i>Kristin Skjørten</i>	336
Volden er mannens ansvar <i>Psykolog Per Isdal & Psykolog Per A. Nørbeck</i>	340
Incest - hva er det? <i>Marianne Lind</i>	344
Metoder i behandling av incest <i>Marianne Lind</i>	346
Seksuelle overgrep mot barn <i>Inge Nordhaug, sosialkonsulent</i>	348
De yngste incest-ofrene og rettsapparatet <i>Psykolog Turid Kavli</i>	350
Udsat for voldtægt eller kvinnemishandling <i>Lisbeth Bang</i>	352
Det kan gøres sådan... <i>Lisbeth Bang</i>	356
Psykososiale følger etter voldtekt <i>Solveig Dahl</i>	358
Legeattester/legeundersøkelser <i>Anne-Marie Aslaksrud, Politijutnant</i>	360
«Call for Papers» - nå også med norsk navn	362
Kommentar til «Hva bør allmennpraktikeren vite...» (UP/5/88) <i>Jens R. Eskerud, NAVF-stipendiat</i>	364
Kurskalender 1989	366
HIV-epidemien <i>Pål Voltersvik</i>	371
Kursreferat fra Nordisk Kongress	372
Løfterik likestillingskonferanse i Lægeforeningen	373
Ammehjelpen 20 år... <i>Janecke Thesen</i>	374