

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1989

ÅRGANG 18



Blomstefjæren

per for
Sokle
et la

Dette er et hummer-

Illustrasjon framside: Billedkunstner Finn Egil Eide

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 4 89 92 90

Gunn Aadland 6760 BRYGGJA	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 057 53 106 P: 057 53 206	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 085 51761 P: 085 51443	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 200,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Lærdal; 056 66 100, Janecke Thesen eller Ruth Sprakehaug.

ISSN 0800-5680

og kanarinummer ...

Leder:

I kveld pisker det Vestlandske vinterregnet mot ruta. Det er det kaldeste regnet som fins! I tillegg kommer det i alle retninger slik at det ikke går an å beskytte seg. Det regner opp under regnfrakken, oppover inne i ermene, finner veien inn til halsen mellom skjerfet og kragen. I tillegg trekker det inn gjennom lukkede vinduer, legger seg som fukt i vinduskarmen og som større dammer i kjelleren.

Enga på den andre siden av veien er skittengrå og enkelte gulbrune tørre grasstrå stikker opp gjennom flekker av smeltende og grå snø.

På slike dager gjør det godt å minne seg selv på at om sommeren er det her en bugnende blomstereng med blomster og ugress, pryd- og nyttevekster, markjordbær og firkløvre.

Kanskje vi her kan se en parallell til vår faglige hverdag. Vi kan føle arbeidsdagene som endeløse spissrotløp mellom krav og forventninger: artikler vi skulle lest, forskrifter vi skulle kunnet, omorganiseringer vi skulle gjort.....

Vi arbeider med mennesker, og "intet menneskelig skal være oss fremmed".

Vi prøver å beskytte oss, men det siver inn, vi hutrer og blir oppløste.

Fins det en "sommerversjon" av denne arbeidssituasjonen som det går an å varme seg på? Muligens.....

Forsideillustrasjonen har vi tenkt som et bilde på allmennpraktikeren/ samfunnsmedisineren - og redaktørene i Utposten - som plukker blomster i den faglige hagen. (Av hensyn til kjønnskvolteringen er "hun" her tegnet som "han"!).

Dette nummeret av Utposten har nemlig ikke noe tema, dette er et "hummer- og kanarinummer" som dels består av stoff redaksjonen har fått tilsendt uoppfordret, dels artikler som opprinnelig er blitt hentet inn til tidligere nummer, men der stofframmen for numrene er blitt sprengt.

Stofflageret i redaksjonen var seinhøstes -88 faktisk så stort, at selv til dette nummeret kunne vi velge. Linjen i våre valg har vært å få fram mangfoldet, vise noe av spredningen i allmennmedisinen og samfunnsmedisinen.

Vi opplever blomsterengen som en helhet, kan nyte den og beskrive den selv om vi ikke kjenner navn og bygning av de enkelte vekstene den består av. Vi kan plukke og sette sammen de bukettene vi for øyeblikket har behov for, vi kan høste av den når vi trenger den.

Vi tror det går an å ha samme forhold til fagene våre, se mangfoldet som utfordringer og muligheter, ikke bare som krav og forpliktelser.

Det hjalp i hvert fall oss å skrive om blomsterenger på en vinterregnværsdag!

Gunn Aadland og Marit Hafting

Ansvarlige redaktører for dette nummeret.

HIV-screening av gravide



Grete Riise f. -47, Hareid på Sunnmøre. Tidligere lærer og alkohol- og narkotikakonsulent i Finnmark. Frå mars -87 engasjert som "Informasjonskoordinator for AIDS-arbeidet i Bergen kommune og Hordaland fylkeskommune".

- eit nyttig tiltak?

Av Grete Riise

Rutinemessig HIV-screening av gravide har vore gjennomført i Noreg frå 1. september 1987. Screeninga blir frå SIFF vurdert som eit *fornuftig tiltak som kvinnene set pris på*. Eg ynskjer å sjå på dei erfaringane tiltaket har gitt og vurdere det i høve til dei målsetjingane og grunngevingane som er blitt brukte. Eg vil og vurdere tiltaket i forhold til andre tiltak for å halde epidemien under kontroll.

Kva har vi funne?

Status pr. 9. september 1988:
Testa 1/9-87 - 9/9-88: 90 - 100 000
Gjennomsnitt pr. mnd: 5 - 6 000

Tabell I. HIV-positive funn, gravide.

Kjende frå før (sprøytemisbrukarar)	4
Nye	3
Totalt	7

Kommentar:

Dette betyr 1 ny positiv pr. ca. 32 000 prøver, ca. 50 falske positive. Ved kliniske testar finn vi 1 ny HIV-positiv pr. 1000 prøver. Dette meiner Arve Lystad (MSIS 32/88) er sløseri og ineffektiv smitteoppsporing.

Tabell II. HIV-positive gravide etter smitteåte.

Sprøytemisbrukarar	4
Heteroseksuelt smitta:	
Høgendemisk fødeland	1
Sprøytemisbrukande sex. partn.	1
Biseksuell sex. partner	1
Totalt	7

Kommentar:

Dei to siste hadde ikkje mistanke om smitte, men kjende til risikoåtfærd hjå partnaren.

Tabell III. Barn fødte av HIV-positive mødre i Noreg.

Bekrefta HIV-positive (over 2 år)	3
Bekrefta HIV-negative	2
Under observasjon:	
Klinisk frisk, for tidleg å bekrefte	1
Mulig HIV-positiv, for tidleg å bekrefte	1
Reist ut av landet (HIV-status ukjend)	1
Totalt	8
Termin i september 1988	3

Kommentar:

Dei fleste HIV-positive gravide vel å bere fram barnet. Dei førebels bekrefta HIV-positive og HIV-negative barna blei funne før innføring av screening.

Kvifor HIV-screening av gravide?

1. Å hindre HIV-smitte frå mor til barn?
2. Å få oversikt over kor utbreidd HIV-smitten er i folket, som for soldater?
3. Å finne HIV-positive og hindre vidare smittespreiing, som ved kliniske testar?
4. Å redusere smittefare gjennom åtfærsending hjå HIV-negative med risikoåtfærd, som ved friviljuge testar?
5. Å slå fast HIV-negativ status, som for blodgjevarar?

I helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av HIV-infeksjonen (AIDS-skriv nr. 17) startar punktet om inn-

føring av rutinemessig HIV-screening av gravide med å vise til "smitteoverføring fra infisert mor til barn i forbindelse med svangerskap, fødsel og amming". (målsetjing 1).

Det er og lagt vekt på at tiltaket "inngår i den nasjonale helseovervåking" (målsetjing 2).

I stortingsmelding nr. 29/1987 - 88 om HIV/AIDS-epidemien er tiltaket "begrunnet både i behovet for å føre epidemiologisk kontroll i den seksuelt aktive del av befolkningen" (målsetjing

2) og "først og fremst av hensyn til kvinnens og fosterets helse" (målsetjing 1). I begge disse første grunngevingane for tiltaket er hovudargumentet å finne HIV-positive og hindre mor-barn-smitte.

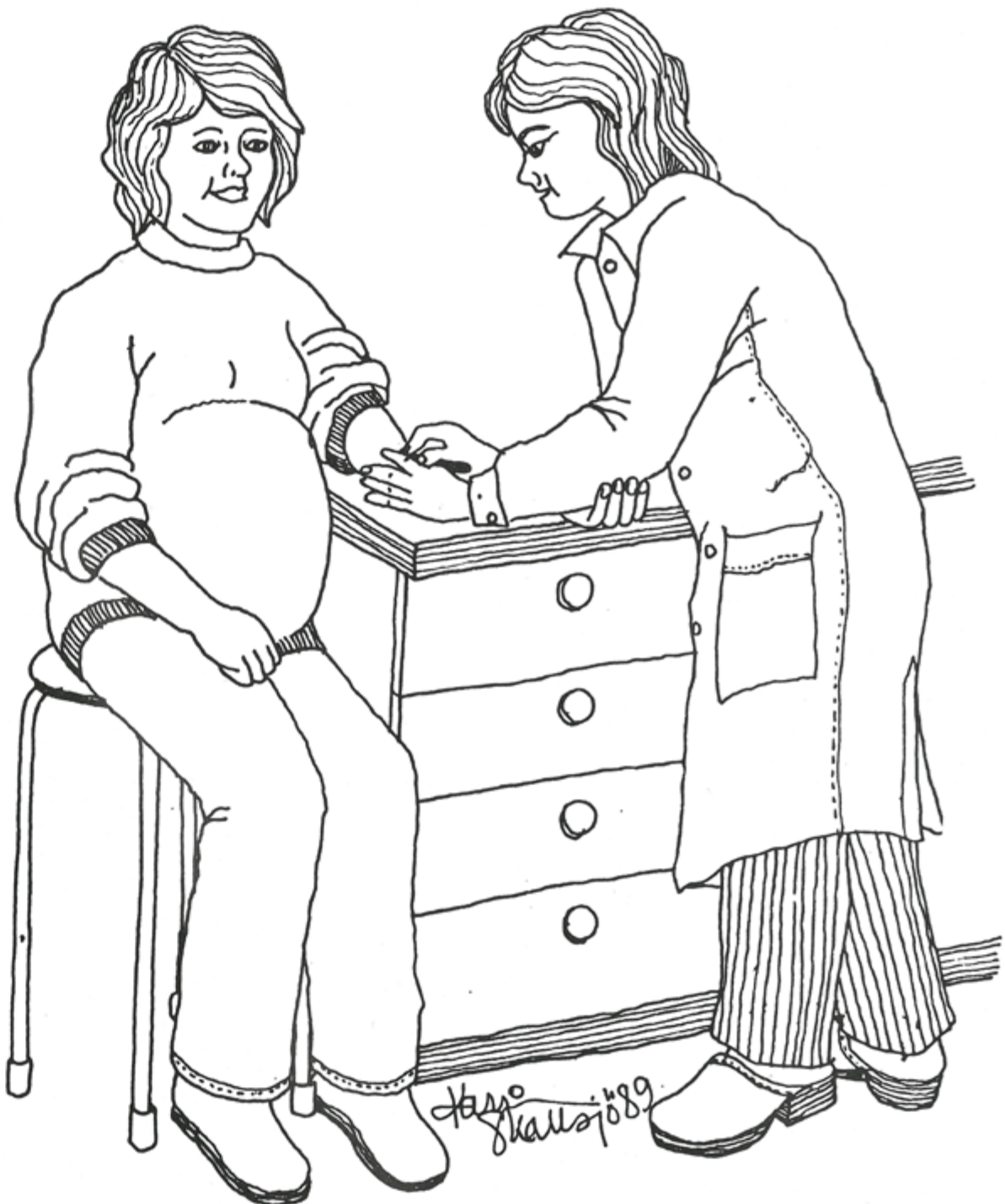
I brosjyren "Informasjon til deg som er gravid" frå SIFF, blir testen grunnsett slik: "Vi ønsker på denne måten blant annet å få kunnskaper om utbredelsen av HIV i den norske befolkningen" (målsetjing 2). Argumentasjonen i brosjyren rettar seg derimot inn mot

råd i samband med HIV-positiv prøve (målsetjing 1).

Tiltaket må ut frå dette vurderast både som smitteoppsporing med tanke på å hindre HIV-positive barn i å bli fødte (målsetjing 1) og som epidemiologisk overvåking (målsetjing 2). Dei andre grunnane til testing blir ikkje nemnde.

1. Hindrar HIV-screening smitte frå mor til barn?

Denne målsetjinga er grunngeving for at prøver av gravide blir registrerte på



namn og ikkje blir anonymiserte. Den gir ikkje grunnlag for testing av abortsøkande. I vurderinga av tiltaket heiter det i Stortingsmelding nr. 29: "Denne screeningen må anses som verdifull for å få oversikt over smittespredning blant kvinner i sin seksuelt mest aktive alder". Meldinga seier ingenting om verdien i forhold til å finne nye HIV-positive. Funna som er gjort til no, og som er refererte i starten av dette notatet, viser at dette ikkje er effektiv metode for smitteoppsporing (1 av 32 000). Øyvind Nilsen på SIFF bekreftar vidare at screeninga heller ikkje er effektiv når det gjeld å hindre mor-barn-smitte, i og med at dei fleste (5 av 7?) ikkje ynskjer å ta abort.

Fleirtalet av dei gravide HIV-positive til no, har vi funne utan bruk av screening. Førebels har screeninga avdekt to som ikkje sjølve visste eller hadde mistanke om mulig HIV-smitte. Øyvind Nilsen på SIFF meiner at fleirtalet av framtidige gravide HIV-positive vil vere kvinner som ikkje sjølve veit at dei har vore utsette for smitterisiko. Med den evna norske helsearbeidarar har med omsyn til pasientinformasjon og kommunikasjon, vil ikkje desse bli funne på annan måte enn gjennom screening, blir det sagt.

Det er og eit poeng at det i mange tilfelle er partnaren og ikkje kvinna sjølv som har utsett seg for open smittefare.

Dersom vi vurderer sjansen for HIV-smitte frå mor til barn til 30 %, vil det pr. ca. 100 000 gravide bli funne eller hindra 1 positivt barn. Dersom kliniske testar med 1 positivt funn pr. 1000 prøver er sløseri og ineffektiv smitteoppsporing, må testing av gravide i høgste grad seiast å vere ineffektivt i denne samanhengen.

Testing av abortsøkande på namn må ha ei anna grunngeving enn for andre gravide kvinner. Denne grunngevinga har eg ikkje funne, men det er nærliggande å tru at ein går ut frå at desse i større grad enn andre utset seg for smitterisiko.

Vi har ingen kunnskap som tilseier at abortsøkande kvinner generelt er meir promiskuøse enn andre. Abortspøknaden indikerer manglande svangerskapsforebyggande tiltak, ikkje at ved-

komande har mange og risikofylte seksualkontakter. Jenter under 24 år utgjer halvparten av dei abort-søkande. I desse aldersgruppene er det førebels få HIV-positive. Det er derimot spesielt ynskjeleg at desse kvinnene fekk grundigare rettleiing i forebyggande tiltak både med omsyn til uønska graviditet og seksuelt overførte sjukdomar generelt.

Dersom ein kunne dokumentere større smitterisiko i denne gruppa enn for befolkninga ellers, burde dei få same oppmoding om testing som i andre utsette grupper som td. menn som har sex med menn, sprøytemisbrukarar, horekundar og prostituerte. Førebels er dette ikkje dokumentert.

2. Er rutinemessig testing av gravide og abortsøkande effektiv metode for epidemiologisk overvåking?

"Den epidemiologiske overvåking har til hensikt å sikre at myndighetene til enhver tid har oversikt over epidemiens utvikling". (St. meld. 29). Får vi det ved å teste gravide kvinner? Så langt kan vi slå fast at HIV-smitte er lite utbreidd mellom gravide kvinner (i all hovudsak aldersgruppa 20-35 år). Dei kvinnene som til no er testa positive, er anten sprøytemisbrukarar eller seksualpartnarar til menn som tilhøyrer kjende risikogrupper. I den gruppa som er testa, er det truleg overvekt av kvinner som lever i stabile parforhold og mange er småbarnsmødre. Mange av dei tilhøyrer dermed ei gruppe som i liten grad har tid eller høve til ein promiskuøs seksualpraksis. Kvinner med mange seksualpartnarar vil truleg bruke svangerskapsforebyggande middel som td. p-pille eller spiral. Sjølv om dette er tilfelle, er truleg utvalet relativt godt når det gjeld yngre vaksne kvinner, og det fortel at HIV-smitte førebels ikkje er utbreidd mellom heteroseksuelle utan spesiell kontakt med risikoutsette miljø.

Frå den norske seksualgranskninga (SIFF 1988) blir det dokumentert at menn har gjennomsnittleg fleire seksualpartnarar enn kvinner og at dei har fleire risikoutsette partnarar (prostituerte i inn- og utland). Det er difor truleg at menn i same aldersgruppe ville vere vel så interessante objekt for epidemiologisk overvåking. Det er venta at menn med mange seksual-

kontakter i amerikanske, sentralafrikanske og europeiske storbyar vil bli ein del av fortroppen når det gjeld HIV-utbreiing i den heteroseksuelle befolkninga i Noreg. Epidemiologiske granskningar som omfatta desse, ville difor kunne fortelje oss noko om utviklinga og farten i epidemien. Det er også utbreiinga mellom desse som vil få mest betydning for kor mange HIV-positive gravide utan mistanke om smitterisiko vi vil få.

Slik det er no, kan det sjå ut som vi testar kvinner utan risikoåtferd for å finne fram til dei risikoutsette seksualpartnarane deira. Det betyr og at vi testar i ei gruppe som er sekundær i høve til dei som i dag utset seg for smittefare.

Dersom vi brukar epidemiologiske argument for screeninga, er det ikkje naudsynt å registrere prøvene på namn. Når det gjeld testing av andre større grupper, som soldatar, blodprøver tatt i annan samanheng, rutinetest av yrkesgrupper m. fl, blir det lagt vekt på at prøvene må anonymiserast av omsyn til personvernet.

"- en slik obligatorisk undersøkelse vil være et betydelig inngrep mot den enkelte leges/sykepleiers integritet.." heiter det i vurderinga av evt. rutinetest av helsepersonell. (St. mld. 29). Gjeld ikkje det same for gravide kvinner? (Mi utheving, GR).

Eit anna ankepunkt mot rutinetest på namn, er faren for falske positive prøver, som alltid vil vere til stades ved testing av grupper med lav forekomst av HIV-smitte. "Selv om alle som i første omgang får et falskt positivt svar ved neste undersøkelse "frikjennes", vil en i mellomtiden ha skapt store personlige, familiære og psykologiske problemer for et urimelig stort antall mennesker", er eit av argumenta mot rutinemessig screening av heile folket. Ca. 50 kvinner har fått falsk positiv prøve i første omgang. Er problema mindre for dei? (Mi utheving, GR).

3. Er HIV-screening av gravide eit fornuftig tiltak som kvinnene set pris på?

Det overordna målet med alle tiltak må vere at dei bidrar til å hindre nye smittetilfelle og/eller utvikle tilbod om hjelp og behandling til dei som er blitt smitta.

Vi kunne vurdere HIV-screening av gravide som tiltak for å endre risikoåtfærd mellom unge vaksne kvinner. Den informasjonen som testsituasjonen gir høve til har vore mangelfull eller er ikkje blitt gitt. Testen blir utført dersom kvinna ikkje særskildt ber om at det ikkje blir gjort. Svært få kvinner har motsett seg testen. Denne mangelen på motstand blir tolka som at kvinnene set pris på tiltaket og ser på det som eit positivt tilbod. Dersom alternativet til å ta testen er å bli behandla som HIV-positiv gjennom svangerskap og fødsel, er vel dette ei noko fri tolking.

Med den HIV-smitten som finst i denne gruppa, må vi vel helst sjå tiltaket som relativt uinteressant for dei fleste norske kvinner, eit tiltak som betyr lite for "kvinnens og barnets helse" som det står i Stortings-meldinga. Gravide kvinner er elles ei uorganisert gruppe av personar som berre midlertidig har noko felles. Det er truleg hovudgrunnen til at tiltaket ikkje har møtt større motbør. Å bli behandla ut frå andre kriterier enn menn, er ellers eit velkjent fenomen mellom kvinner og vil ikkje gi grunnlag for sterke protestar. Redsel for å bli stempla som uansvarlige i forhold til barna sine, vil og bidra til innordning og aksept for tiltaket.

Testen blir altså ikkje nytta til rådgjeving for HIV-negative kvinner med risikoåtfærd eller til seksualrettleiing og informasjon med tanke på at desse kvinnene skal oppdra sine barn også på dette området.

Eit stort problem i samband med informasjonen i dag, er dei tabuforestillingane vi alle har med oss frå barnedomen. Nokre av desse må brytast dersom vi skal nå fram med smitteforebyggande tiltak på det personlege plan. Å gå gjennom dei komande mødrene med kunnskap om seksualitet, hygiene og smittevern er ein velkjend strategi for å oppnå atferdsendingar på lang sikt - i alle fall i uhjelps-arbeid.

Konklusjon

1. september 1987 blei HIV-screening av gravide innført i Noreg. Det er no tid for oppsummering og vurdering av resultatet.

Eitt års HIV-testing av gravide kvinner har gitt oss verdifull kunnskap om epidemien i Noreg. Det har vist at epi-

demien framleis er lite utbreidd i befolkninga generelt og at aldersgruppa av fertile kvinner i Noreg berre i liten grad kjem i kontakt med smitten. Vi har og fått vite at dei aller fleste HIV-positive gravide er sprøytemisbrukarar eller har seksualkontaktar i dette miljøet. Vi veit kvar vi skal leite etter kvinner som utset seg for smitterisiko, og kan setje i verk meir målretta smitteoppsporing der. HIV-screening av gravide er ikkje effektivt når det gjeld å hindre HIV-smitte frå mor til barn, fordi dei fleste ynskjer å bere fram barnet trass i positiv HIV-status.

Det er så lite HIV-smitte i gruppa at vi finn fleire falske enn faktiske HIV-positive. Dette er ei belastning for dei kvinnene det gjeld, sjølv om talet på falske HIV-positive er lågare enn venta.

Vi har funne to HIV-positive kvinner som helsestellet og kvinnene sjølv ikkje hadde grunn til å tru var positive. Det er venta at fleirtalet av gravide HIV-positive i framtida vil tilhøyre denne gruppa. Dette gir oss eit nytt problem som må løysast. Korleis kan kvinner med ein eller få seksualpartnarar verne seg mot HIV-smitte frå menn som utset seg for smitterisiko utan å gjere det kjent. Målet må her vere å unngå at desse kvinnene blir smitta, ikkje primært å finne dei i ettertid. Testen kan berre konstatere at smitten har skjedd.

Forslag til alternativ strategi for å hindre HIV-smitte mellom kvinner og smitte frå mor til barn:

På grunnlag av den kunnskapen vi har om situasjonen i gruppa av gravide kvinner i Noreg, vil vi i staden for vidare rutinetesting prioritere tid, innsats og pengar på konkrete forebyggande tiltak andsynes:

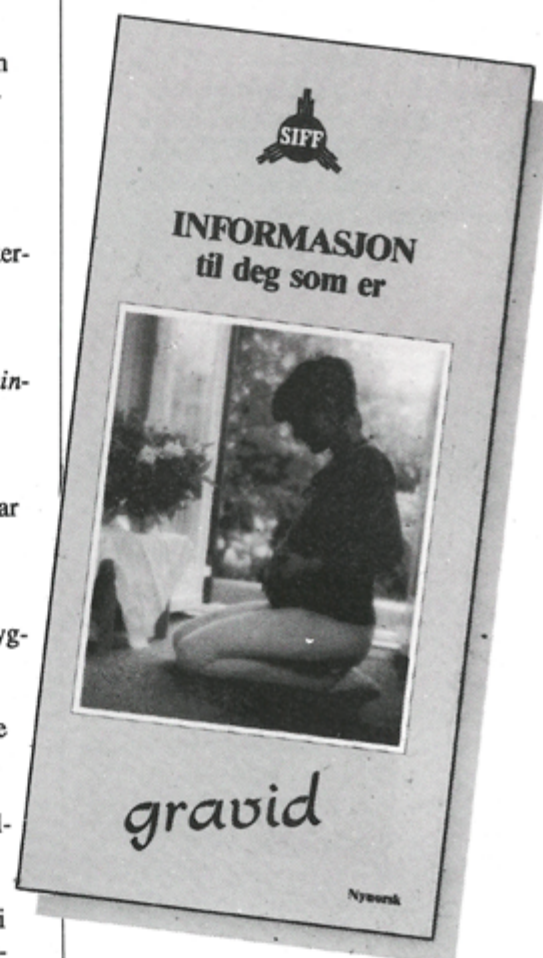
- Prostituerte og sprøytemisbrukande kvinner,
- unge jenter som står i fare for å bli sprøytemisbrukarar eller er seksualpartnarar til sprøytemisbrukarar,
- rutinemessig seksualrettleiing til kvinner som oppsøker helsestellet i samband med graviditet, underlivsinfeksjonar og seksuelt overførte sjukdomar,
- intensivert arbeid andsynes heteroseksuelle menn med risikoåtfærd, som

lever i lag med kvinner som ikkje sjølv er promiskuøse (sprøytemisbrukarar, biseksuelle og horekundar).

Det er grunn til å tru at tiltak av dette slaget vil få vidtrekkande konsekvensar for epidemiutviklinga i Noreg i åra framover, noko HIV-screening av gravide ikkje kan ventast å få.

Med omsyn til epidemiologisk kunnskap i store grupper av folket, kan dette skje ved anonymiserte prøver frå mange grupper. Om gravide kvinner då er spesielt interessante, er ikkje sikkert.

Informasjonskoordinator
Grete Riise
Engen 39
5011 Bergen



Legen, torturist eller terapeut?



Åse Berg, turnuskandidat ved Fylkessykehuset på Stord. Hun ble født i Alta i 1957, vokste opp i Trondheim og studerte medisin i Tromsø. I 5. studieåret skrev hun valgfrioppgaven "Medisinske følger av tortur, særlig med hensyn på kvinner og barn". Hun deltok i oktober 1988 på et seminar i London med samme emne. Referat derfra følger i et senere nummer.

Er passivitet også en form for vold?

Av Åse Berg

Denne artikkelen ble opprinnelig planlagt til et tidligere nummer av Utposten som tok opp de forskjellige sidene ved vold. I mange land har leger en sentral rolle i planlegging, kontroll og oppfølging av tortur.

Hvorfor brukes tortur?

Hensikten med tortur kan være en eller flere av følgende:

1. For å uskadeliggjøre eller utslette opposisjon.
2. For å oppnå tilståelser eller få informasjon.
3. Som straff eller hevn.
4. Uten hensikt. (Sadisme).

Torturmetoder og følger

Det vises her til spesialnummer av Tidsskrift for Den Norske Lægeforening som forberedes nå.



"So when we take him out for his treatment, you add another few scratches - drives 'em mad!"

Bill Stott

Hvem blir torturister?

Norske undersøkelser tyder på at "alle" kan bli torturister gitt riktig behandling og situasjon. Lav alder ser ut til å bety mye, særlig hvis vedkommende i tillegg ser på ofrene som mindreverdige mennesker. Det er også rapportert at kvinnelige leger deltar i tortur.

Behandlingen består i en kombinasjon av svært hard fysisk trening, brutale nedverdigelser, mishandling, søvndeprivasjon og etterhvert straff/premiering.

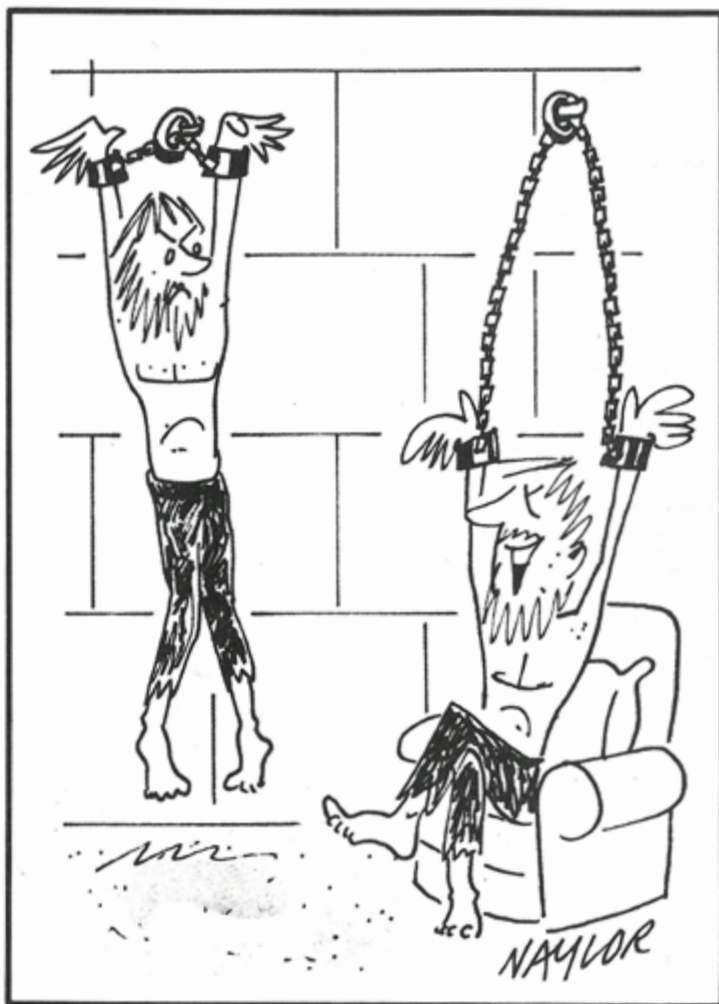
Legen som torturist.

Leger har ofte en sentral rolle i planleggingen, gjennomføringen og oppfølgingen etter tortur. De undersøker fangene på forhånd, finner ut evt. sykdommer eller tilstander som kan utnyttes spesielt i torturen. Som eksempel kan nevnes gravide kvinner. De forteller at de er gravide i den tro at man vil ta hensyn til det. Vitneutsagn etter tortur kan tyde på at det motsatte skjer i mange tilfeller. Det er mange rapporter om voldtekt, andre skader mot underlivet og slag mot nedre del av rygg og mage, særlig hos gravide. Som en følge av dette har barn vært født med hematomer på kroppen og på placenta. Legen benyttes også til å avgjøre hvor mye tortur-offeret "tåler" i forhold til sin helsetilstand, før og under torturen. Man vil ikke at vedkommende skal "slippe unna" ved å dø før torturistene ønsker det.

Bortsett fra rådgiverfunksjon, hender det at legene også gjennomfører torturen. Det kan være ved å gi forskjellige medikamenter eller andre kjemikalier, eller det kan være ved amputasjoner. Andre "medisinske" metoder er det å påføre offeret urinveis-obstruksjon og evt. nyresvikt ved å sette en rørformet gjenstand opp i urinrøret eller å påføre vedkommende vannintox. Etter torturen kan legen unnlate å gi adekvat behandling. Før løslatelsen kan han/hun skrive helseattester der alvorlige torturfølger ikke nevnes, eller uriktige dødsattester med diagnose "selvmord" eller "naturlig død", når fangen egentlig døde av tortur.

Hva har dette å gjøre med norske leger?

1. Diagnostisering og behandling av torturofre i Norge.
I 1987 kom det knapt 10 000 asyl-



"Luckily, Amnesty International have taken an interest in my case..."

James Gubb

søkere og flyktninger til Norge. I Danmark antar man at over 10 % av flyktningene har betydelige følger av tortur. Hvor stor del av asylsøkerne vites ikke. Hvert år siden 1983 har det kommet 1000 kvoteflyktninger. Ut fra dette kan man regne med at det er omkring 500-1000 torturofre i Norge. De 6 vanligste følger av tortur er:

1. Nedsatt konsentrasjonsevne.
2. Hodepine.
3. Alkoholintoleranse.
4. Søvnforstyrrelser.
5. Psykiske problemer.
6. Seksuelle forstyrrelser.

Er vi kompetente til å gjenkjenne de diffuse symptomene disse pasientene presenterer. Prognosen deres avhenger av tidlig diagnose og behandling. Ett av de få tilbudene i Norge i dag er Psykososialt senter i Oslo. Der behandles de psykiske og sosiale følger av

torturen. Det bør opprettes en legegruppe av spesielt interesserte leger fra hele landet, fra forskjellige spesialiteter, slik at en kan bygge opp egen kompetanse i behandlingen av torturofre. Dermed kan diagnostisering og behandling skje på en mer faglig kvalifisert måte over hele landet.

2. Norske leger har særlige muligheter i studiet av tortur.

I land der undertrykkelse pågår, kan det være risikofylt for legen å undersøke og behandle pasienter som har vært torturert. Journal-notater kan konfiskeres ved husundersøkelser, slik at de registrerte der kan bli utsatt for represalier. I en del land utgis artikler om slike arbeider anonymt, andre steder utgis de kanskje ikke i det hele tatt? Slik sett har norske leger bedre muligheter til å studere og utarbeide behandlingsopplegg.



3. Kan bruk av tortur forhindres, og i så fall hvordan?

1. Verdens Legeforening vedtok i 1975 Tokyo-deklarasjonen, som forbyr leger "to countenance, condone or participate in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures.....".

Den Norsk Lægeforening meldte seg ut av Verdens Lægeforening (WMA) for en del år siden og følger derfor mindre "forpliktelse" overfor denne deklarasjonen. I følge svar fra Den Norske Lægeforening må det "nærmest kunne sies at de skandinaviske legeforeningene har tatt Tokyo-deklarasjonen til etterretning". Et mer aktivt standpunkt i Den Norske Lægeforening må bli første skritt på veien. Hvis mange nasjonale legeforeninger gjør det samme, kan legeforeningene i land der tortur praktiseres, presses til lignende vedtak. Og det igjen vil gi støtte til leger som ønsker å bryte ut av tortur-praksisen, og til de som prøver å motarbeide tortur. Sannsynligvis vil det også føre til at flere kommer frem med opplysninger de sitter inne med, hvilket vil gi nye reaksjoner, osv, slik at man får en "god sirkel" istedet for dagens "onde sirkel".

2. Hvis leger som deltar i tortur nekter å fortsette, kan de sjølv, deres ektefelle eller barn bli fengslet eller torturert. De som deltar i tortur bør få mulighet til "å hoppe av". De kan få politisk asyl mot å gå med på rettssak og straffegang.

3. Siden leger ofte har en sentral rolle i utøvelsen av tortur, bør andre leger minne sine kolleger på alle "de edle legeløftene", via brev og via direkte møter som konferanser etc.

4. Man kan lage et internasjonalt rapport-system der man reagerer med internasjonalt og massivt press hvis det meldes om arrestasjon/tortur av kolleger.

5. Amnesty International har arbeidet mot brudd på menneskerettighetene, blant annet mot tortur, i over 25 år. Organisasjonen trenger både aktive og støtte-medlemmer. Den som følger de fra før har nok å gjøre, kan støtte økonomisk.

Bør vi ikke prioritere problemene i vår nære hverdag framfor torturen i verden? Eller trenger det å være enten eller? Og som nevnt, kan vi snart møte pasienter med følger av tortur på vårt kontor. Det å da ikke kjenne igjen og få

behandlet torturofrene, er vold mot deres framtid. Ingen kan påvirke leger som leger kan. Kanskje nytter det å motarbeide tortur. I så fall vil det å være passiv bli å tillate fortsatt tortur. Og det å tillate vold, er ikke det også en form for vold? Det er ingenting torturistene heller vil enn å arbeide uforstyrret. Skal vi la dem fortsette med det?

Litteraturliste

1. Voigt J. Lægelige aspekter av menneskerettighedsproblematikken herunder spesielt om torturen og dens følger. Rettsmedisinsk Institutt, Københavns Universitet, 1988.
2. Amnesty International. Torture in the eighties. Amnesty International, London, 1984.
3. Genefke I K. Torturen i verden, den angår os alle. Hans Reitzels forlag, København, 1986.
4. Wagner G, Rasmussen O V. Om tortur. Hans Reitzels forlag, København 1986.
5. Goldman D. The torturers mind: Complex view emerges. New York Times, 14. mai 1986.
6. Riis P: The medical profession and torture. Amnesty International. Evidence of torture. Amnesty International, London, 1977. (s 5-6).
7. Rasmussen O V, Marcussen H. Torturens somatiske følger. Amnesty International: Umenneskelighedsens ansigter. Amnesty International, København, 1983. (s 7-23).

8. Agger I. Seksuel tortur af kvindelige, politiske fanger. Nordisk sexologi, 1985, 4. (s 147-161).

9. Lunde I. Les aggressions sexuelles et la torture. 20. Congr. Fr. Criminol, Lille 1981. (s 2-35).

10. Thorvaldsen P. Torturfølger blant latinamerikanske flygtninge i Danmark. Lægeforeningens forlag, København, 1986.

11. Rasmussen O V, Dam A M, Nielsen I L. Torture: A study of Chilean and Greek victims. Amnesty International: Evidence of torture. Amnesty International, London, 1977. (s 9-19).

12. Askevold F. The war sailor syndrome. Danish Medical Bulletin, nov. 1980, vol. 27, no. 5. (s 220-223).

13. Amnesty International. Prisoners of conscience USSR: Their treatment and conditions, Amnesty International, London 1983. (s 3-203).

14. Allodi: The psychiatric effect in children and families of victims of political persecution and torture. Danish Medical Bulletin, nov. 1980, vol. 27, no. 5. (s 229-232).

15. Rasmussen O V, Lunde I. Evaluation of investigation of 200 torture victims, Danish Medical Buketin, nov. 1980, vol. 27, no. 5. (s 241-243).

Turnuskandidat

Åse Berg

Fylkessjukehuset, Stord

□



P.M. Birkett



NÅR DU GIR

PASIENTENE



NOE Å TYGGE PÅ

- MÅ DU LÆRE

DEM



TYGGE RIKTIG !

nicorette[®]

NIKOTINTYGGETABLETTER

1. VELG MOTIVERTE PASIENTER
Det kreves fullstendig røykestopp for man begynner med Nicorette.
2. BRUK SPØRRESKJEMAET FOR Å FINNE PASIENTENS NIKOTINAVHENGIGHET
Dette gir større sjanse for å lykkes.
3. FORKLAR RIKTIG TYGGETEKNIKK
10-15 tygg, 1 min. pause, 10-15 tygg, ny pause osv. i 1/2 time.
4. FØLG OPP PASIENTENE
Jo bedre oppfølging, desto større mulighet for å lykkes.

For ytterligere opplysninger
se Felleskatalogen



Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik - Tlf. 02 - 54 90 95



Jorunn Ytrefjord, 37 år. Utdanna ved Statens Fysioterapiskule i Oslo -73. Praktis Fylkessjukehuset på Voss. Privatpraksis ved institutt i Bergen og på Voss. Medlem av Norsk Idrettsmedisinsk Forening og Interessegrupper for Idrettsfysioterapi.

Traksjonsperiostitis tibiae

- trufast gjest hjå fysioterapeuten

Traksjonsperiostitis tibiae - shin splint - er eit av mange uttrykk for smertetilstand i leggen, i dei fleste tilfelle lokalisert til medialsida. Dei viktigaste anatomiske strukturar som er knytta til tilstanden er:

- kontraktilt vev: m. tibialis posterior, m. flexor hallucis longus, m. flexor digitorum longus.

- kollagent vev: periost og bindevevshinner. Muskulaturen i leggen er omgitt av 4 ganske uelastiske hinner, nokre av desse er festa til periost (fig. 1).

Korles oppstår plagene?

Ved ymse former for trening, slik som springing, hopping, begge deler på hardt underlag, for intens treningsoppbygging og/eller langvarig trening, aukar muskelvidda i så stort omfang at bindevevshinnene vert for tronge. Det auka trykket vil overførast via trykk og drag til periost, som er svært smertesensitiv. Tilstanden melder seg lett ved endring av treningsteknikk, spesielt dersom treninga vert for ein-sidig knytta til harde underlag som asfalt, harde hallgol og harde løpebaner. Utøvarar som spring på tå, har supinasjonstendens i ankelen eller hulfottendens, er spesielt disponerte. Dette ser vi ofte når skulene startar om hausten. Mange elevar er i fysisk dårleg grunnform, men fylgjer likevel treningsopplegg som ofte er for ambisiøse. Same problemstilling oppstår når elevar

med god fysisk form, skal auke formkurven utover hausten -for høg treningsintensitet ut frå grunnformen.

Kva består plagene i?

Plagene melder seg først som smerter og ømheit over nedre del av leggens medialsida etter ei treningsøkt. Besværet brukar å halda seg i mild form fram til neste treningsøkt, for så å forsvinna under treninga, men kjem att etter trening. Smått om senn aukar symptomane, som også kan vera svært plagsomme i kvile. Etersom det er tendens til lindring under forsiktig oppvarming, vil ofte idrettsutøvarar lata seg lura til å tru at dette vil gå over, og kjem ofte inn i ein vond sirkel. Dess lengre tilstanden får gå sin gang, dess vanskelegare vert behandlingsprosessen. Ved undersøkelse er viktigaste funn ømheit på nedre del av tibeas medialsida. Nærleggjande muskulatur er hypertont og har auka omfang. Det er ømheit ved palpasjon i m. tibialis posterior, m. flexor hallucis longus og m. flexor digitorum longus. Ved rtg. us. kan ein sjå fortjukking av periost svarande til plassen for ømheit.

Kva skal vi så gjere med pasienten?

Dette er ofte svært fysisk aktive personar, og det som er anbefalt som beste behandling initialt, er å avbryte tradisjonell trening og konkurranses straks. Smertene er indikatoren på kor mykje/

lenge dei skal kvile. Idrettsutøvarar bør ikkje starta å trene før det er smertefritt ved belastning, og ømheit over tibia er borte. Kondisjonen kan vedlikehaldast ved f. eks. sykling med hælen på pedalene eller svømming. Dersom dette læt seg innpassa, går det som regel greit med tilhælingsprosessen. Vidare tiltak er krysstaping av nedre del av leggen (fig. 2). Vi prøver å dra medialt liggjande vev inn mot tibia, slik at draget på periost vert redusert til eit minimum. Ofte kombinerar eg taping med ein liten filt-kloss under stor-tåballen for å facilitera meir konsentrisk/dynamisk muskelarbeid av m. flexor hallucis longus, og dermed betra dei sirkulatoriske forhold der, utan at muskelvidda aukar. Forsering av tilhælinga kan gjerast ved fysioterapeutiske tiltak som ymse former for elektroterapi, sirkulatorisk behandling av heile beinets muskulatur. Undersøking av mobiliteten i fotrotsbeina, event. mobiliserings-teknikkar ved positive funn. Os calcaneus og os naviculare er viktige å vurdere.

Motivering for oppfølging av behandling/ førebyggjing av residiv.

Forklaring til pasienten er viktig. Understreka at isometrisk muskelarbeid av tidligare nemnde muskulatur aukar muskelvidda, og at vi må vurdere hoppe/løpeteknikken. Det som slår meg i min praksis, er den ut-

breidde uheldige hoppe-
teknikken, spesielt innan aer-
obic. Utøvarane hoppar mest
berre på lateralsida av foten,
noko som disponerar for
isometrisk muskellarbeid av
stortåas hovedmuskel. Dette
er ei stor oppgåve for instruk-
tørane. Imidlertid er ofte
instruktørane også ukjend
med dette, og er ofte dei

første på partiet som kjem til
behandling. Overbelastning
kombinert med feil hoppe-
teknikk og for ein-sidig tren-
ing er aktuelle stikkord.
I tillegg vurderar eg skotøy i
forhold til underlag og type
trening, event. supplerar eg
med godt dokumentert støyt-
dempende solar. Ved opp-
startning av trening er det,
spesielt ved aerobic, lurt å
starte trening på matte i byr-
jinga, og å leggja stor vekt på
hoppe-teknikken. Dynamisk
muskellarbeid av stortå-
muskulaturen er sentralt.
Likeeins instruksjon i grade-
vis auka treningsmengd.

Instruktørar bør informerast
om å lage program der dei
unngår for mykje hopping på
plassen, meir forflytting av
deltakarane. Ellers oppfordra
til meir varierte trenings-
former. Løps-utøvarar må få
vurdert løps-teknikk og bør
fortrinnsvis starta trening i
terreng, så gradevis over til
hardare underlag. Det fins
mange typar spesialsko på
marknaden, og sko-vurdering
er sjølvstøtt viktig, spesielt
ved supinasjonstendens og
hulftot.

Kva kan gjerast når vi ikkje kjem til målet?

Ved mislykka fysioterapeu-
tiske opplegg av denne art,
der tilstanden varer utover
3-4 veker, er det naudsynt
med rtg. da stressfraktur av
tibia kan vere årsaka.

Dersom ein kjenner seg
trygg på at pasienten har
fylgt opplegget, rtg. er nega-
tiv, men plagene synes irre-
versible, kan det vere aktuelt
med operativ behandling
med spalting av bindevevs-
hinner. Dette kan gjerast per-
cutant i lokalanestesi eller
ved åpen kirurgi.

Referansar:

1. Pettersen L, Renstrøm P. Skadar innom idrotten. Folk-
sam Riksidrottsforbundet,
Tidens Förlag, 1978.
2. Westlin NE. Traksjonspe-
riostitis tibiae. Nordisk
Idrettsmed. kongress, 1977.

Fysioterapeut
Jorunn Ytrefjord
5700 Voss

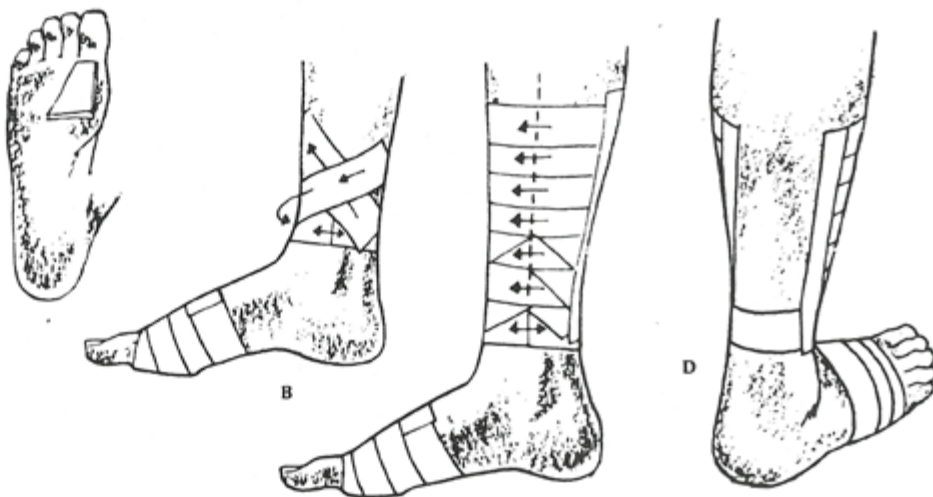


Fig. 2 Krysstaping av leggen.



Foto: Kirsti Malterud

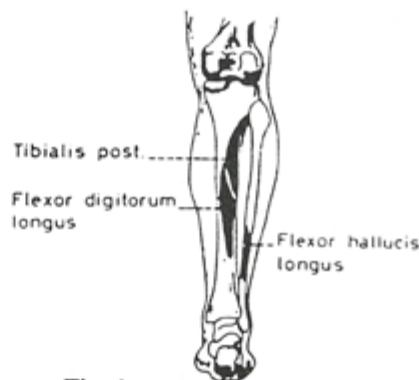


Fig. 1

Primærhelsetjenesten under kommunal forvaltning



Tor Inge Romøren, 41 år. Cand. med. Oslo 1974. Magister i sosiologi Oslo 1984. Bosatt i Stavern. Sosiallege, senere helsesjef i Larvik kommune. Fra 1986 stipendiat (NAVF). Engasjert av Sosialdepartementet til å lede en evaluering av kommunehelsetjenesten 1986-88.

I et forsøk på å tegne et riss av hvordan sider av kommunehelsetjenesten fungerer, prøver dette essayet å forene egne erfaringer med forskningsbasert stoff. Følgende områder beskrives: Personellsituasjonen, organisasjonsformene, lederrekrutteringen, de administrative ressursene. Til slutt reises spørsmålet om kommunehelsetjenestereformen til nå har vært vellykket eller ikke.

Av Tor Inge Romøren

Da myndighetene innlemmet primærhelsetjenesten i den kommunale forvaltningen, satte de i gang et stort helsepolitisk eksperiment. Utfallet er - som ved alle nyorganiseringer - avhengig av evnen til læring og endring hos de som deltar i eksperimentet: pasienter, fagfolk og styrende. Skal de tilpasse seg på en måte som er fruktbar, trengs det blant annet kunnskaper om hvordan kommunehelsetjenesten faktisk fungerer. Dette essayet er et forsøk på å bidra litt til denne kunnskapen.

Den viktigste bakgrunnen for mine betraktninger er erfaringer som offentlig lege før og etter 1984. Men våre personlige erfaringer kan vi bare utnytte fullt ut i samspill med et mer helhellig bilde av virkeligheten. For ikke å ende i luftige spekulasjoner eller forføres av private kjepphester, bygger jeg derfor også på en del offentlige dokumenter og rapporter.

Tre utviklingstrekk ved kommunehelsetjenesten: vekst, vakanse og strid

Dersom jeg skulle peke på noen gjennomgående trekk ved kommunehelsetjenestens utvikling i dens første år, ville jeg velge disse tre stikkordene. Det har vært 2-6 % vekst per år for kommunehelsetjenesten i landet som helhet, målt i antallet nyopprettede årsverk. Veksten har variert over tid. Den har også vært svært ulik mellom tjenesteområder, landsdeler og kom-

munetyper. Men trolig har så godt som alle kommuner nå flere opprettede stillinger i forhold til utgangspunktet for de helsetjenestene de har overtatt ansvaret for. Bare unntaksvis har det vært reell nedgang i tjenestetilbudet av andre årsaker enn mangel på personell (1).

Samtidig har det vært en økning i andelen ubesatte stillinger. Med "ubesatt stilling" mener jeg det samme som Helsedirektoratet i Årsstatistikkene: vakanse av mer enn tre måneders varighet. Ut fra dette kriteriet var økningen i antallet ubesatte stillinger i kommunehelsetjenesten 40 % fra 1985 til -86 og 20 % fra -86 til -87. Da var det tilsammen ca. 800 ubesatte stillinger i kommunehelsetjenesten. Dette gir en vakanse på 7-8 % (1). Tall for 1988 har vi ennå ikke.

At kommunehelsetjenesten har ført med seg mye konflikter, har både brukere, fagfolk og kommunale myndigheter fått erfare. Fagfolkene har vært uenige seg i mellom, først og fremst om fordeling av ansvar og myndighet innen de nye organisasjonene som skulle skapes lokalt. Men det har også vært mye strid mellom fagfolk og kommunale myndigheter. Begge har hatt vansker med å tilpasse seg den nye situasjonen.

La oss gå både veksten, vakansene og striden litt nærmere inn på klingene.

Veksten i kommunehelsetjenesten

Veksten i antallet nyopprettede årsverk i kommunehelsetjenesten har først og fremst kommet de "klassiske" vekstområdene hjemmesykepleie- og legetjenester til gode. Slik var det også i perioden før 1984 (2). Men også fysioterapitjenesten -til dels også helsestøstertjenesten - har hatt vekst, selv om den har vært helt minimal for helsestøstrenes vedkommende (1).

Kommunehelsetjenesten har trådt sine barnesko i en periode hvor økonomien i lokalforvaltningen har vært god. Særlig i årene 1985 og -86 var det betydelig ressurstilgang og høy aktivitet i flertallet av landets kommuner (3). Variasjonene var likevel store. Det er ikke vanskelig å peke på kommuner med økonomiske problemer også i disse "gyldne" årene. Noen har hatt det riktig ille. Som en hovedregel kan vi si at kommunehelsetjenesten trolig har hatt en noe større sysselsettingsvekst enn gjennomsnittet for alle kommunale tjenester i disse årene (3).

Kommuneøkonomien er selvsagt den viktigste forutsetningen for primær-

helsetjenestens utviklingsmuligheter. Men hvorfor har veksten fordelt seg som den har gjort mellom tjenestemrådene? Vekstimpulsene kommer fra fagfolkens oppfatninger av problemområder og behov (4). For å nå fram til de besluttede organer, må de først passere den barrieren som er kommunens egentlige maktsentrum: rådmannskontoret og noen få, sentrale politikere. Når de videre fram til kommunestyret, ser prioriteringene her ut til å være styrt av mer vage, allmenne forestillinger om behov. Blant disse står eldreomsorgen sterkt. Undersøkelser har vist at politikere ofte er passive i planleggingsprosessene (5). Dette er også min erfaring.

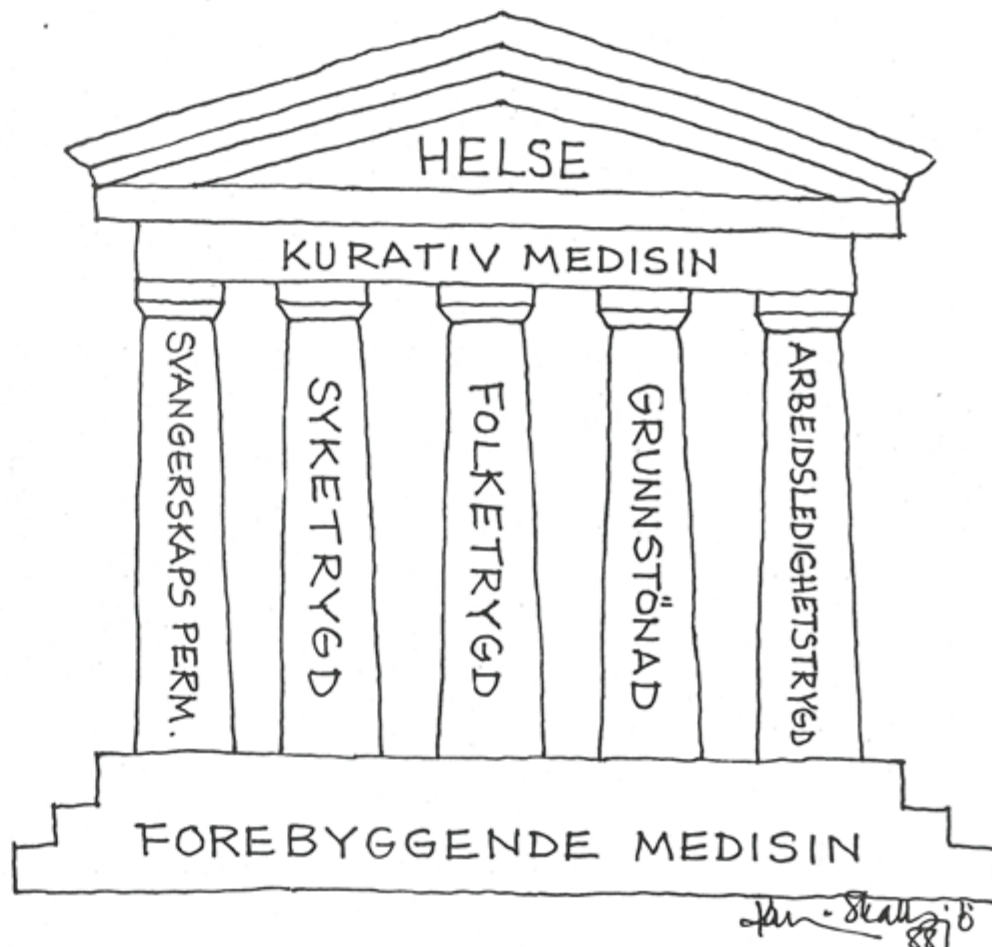
Vakansene i kommunehelsetjenesten.

Det var - og er - småkommunene som har den beste primærhelsetjenesten, målt etter størrelsen på personalressursene. Men småkommunene har også vist seg mest sårbare for svingninger i helsepersonellmarkedet. Når antallet ubesatte stillinger i kommunehelsetjenesten begynte å øke i 1985-86, var tendensen at småkommunene - det vil si kommuner med under 2000 innbyg-

gere - i første rekke ble rammet. I tillegg hadde utviklingen en "nord-syd dimensjon": Småkommuner i Nord-Norge ble sterkere rammet enn småkommuner i andre deler av landet (6). Men landsdelen som helhet er antakelig mest rammet først og fremst fordi den har spesielt mange små kommuner.

Størst vakanse er det i den kommunale fysioterapitjenesten (16 % av alle stillinger i 1986, omregnet til årsverk), dernest i helsestøstertjenesten (12 %), hjemmesykepleien (9 %) og legetjenesten (8 %) (6). Mens vakansedelen i større kommuner i 1986 var mellom 1 % (fysioterapitjenesten) og 4 % (de øvrige tjenestene), var den for småkommunene samlet mellom 15 % (legetjenestene) og 40 % (fysioterapi). Legemangelen i Nord-Norge er det vakanseproblemet som er mest omtalt og diskutert. Her har sentrale myndigheter som kjent også grepet inn. Men det er viktig å huske på at andre fagområder kan være hardere rammet, selv om det er tapet av doktor'n som befolkningen merker tydeligst.

De kommunene som nå har flest ubesatte stillinger, har i utgangspunktet hatt de høyeste personalressursene.



Vi må ikke glemme at vakansene har oppstått midt i en relativ personalrikdom, i en ekspansiv helsetjenestegren. Men i småkommunene er hver enhet liten, og derfor sårbar. Sett under ett har småkommunene likevel - selv med sine ubesatte stillinger - fortsatt forholds- messig større personalressurser enn for eksempel større kommuner i landets sentrale strøk. Slik sett har det skjedd en paradoksalt form for "utjevning" av ressurser i kommunehelsetjenesten.



Hvorfor har vi fått flere ubesatte stillinger i kommunehelsetjenesten?

Det er to forklaringer på vakanseproblemet som går igjen. Den ene legger vekt på omfanget og reguleringen av etterspørselen etter helsepersonell. Den andre legger vekt på at kommunene ikke greier å konkurrere om denne arbeidskraften. Selv om saken er atskillig mer komplisert, tror jeg at den første av de to forklaringene er mest sannsynlig.

En overraskende sterk etterspørsel etter helsepersonell i midten av 1980-årene - både i kommuner, fylker, stat og privat sektor - er vel dokumentert. Et fryktet sykepleieroverskudd er for eksempel snudd til sykepleiermangel. Økt etterspørsel i kommunehelsetjenesten og i sykehjemmene er en viktig årsak (7). I 1987 meldte også konsekvensene av arbeidstidsforkortelsen seg med full tyngde. En nylig publisert undersøkelse gir et nyttig eksempel på sterk og uregulert etterspørselsvekst i legemarkedet: i perioden 1982-86 har Oslo trukket til seg over en tredjedel av netto tilgang på legeårsverk i Norge i perioden (8). Ut over landet har endringen i stillingsstrukturen i sykehusene, sammen med arbeidstidsforkortelsen lagt beslag på mange nye legeårsverk. Er en slik

etterspørsel helt uregulert, slik det var i perioden 1984-88, vil den uvilkarlig føre til en forsterket geografisk skjevfordeling av leger.

Svingningene i legedekning i Nord-Norge har - helt siden 1960-årene - helt systematisk fulgt etterspørselnivået i landet forøvrig (9): i perioder med svak etterspørsel har Nord-Norge hatt nok leger, og omvendt. Forklaringer av denne typen står sterkt når det gjelder årsakene til det stadig tilbakevendende problemet med ubesatte legestillinger i landsdelen.

Er det også slik at kommunene ikke greier å konkurrere om helsepersonellet? Er kommunehelsetjenesten lite populær som arbeidsplass? Når det gjelder sykepleiere, tyder vakansetalene *ikke* på at kommunehelsetjenesten er verre stilt enn fylkeshelsetjenesten, snarere tvert om (7). Saken er mer usikker når det gjelder leger. Utviklingen av ubesatte stillinger i og utenfor sykehus har fulgt hverandre de siste årene (9). Selv om det er slik at leger har "flyktet" fra kommunene, er hovedproblemet antakelig likevel mer *generelle* vanskeligheter med balansen i legemarkedet. Tendensen er at vekst og vakans følger hverandre. Man får ikke i pose og sekk. Hvis dette er en systematisk tendens, må vi vente at sterke innstramninger på kommunesektoren vil bedre vakansesituasjonen. Samtidig forverres driftsbudsjettene.

Konfliktene i kommunehelsetjenesten?

Undersøkelser både av leger og sykepleieres erfaringer med kommunehelserformen tyder på at *konflikter* er

utbredt (10, 11). Kiving mellom yrkesgruppene om lederposisjoner og organisasjonsformer er konfliktenes hovedinnhold. Men også konflikter mellom fagpersonell, administrasjon og politikere er utbredt. De første par årene etter reformen var det tegn på en tillitskrise mellom fagfolk og kommunal forvaltning i mange kommuner (11).

Om dette er overgangsfenomener eller representerer permanente problemer som fagfolk og styrende ikke greier å løse, er det enda for tidlig å si noe om. Men det er et lovende tegn på at *alle* typer fagpersonell rapporterer at de positive erfaringene med reformen alt i alt overstiger de negative (12). Grupper som har fått hevet sin status og styrket sine posisjoner som følge av reformen (for eksempel sykepleiere og helse- og sosialsjefer) er klart mer positive i sin vurdering enn de som har opplevd det motsatte (for eksempel kommuneleger og sykehjemsbestyrere) (12). Jo sterkere stilling en ledende fagperson har i systemet, jo lettere er det å arbeide for sine faglige hjertesaker. Mulighetene åpner seg, og reformens potensiale vurderes deretter.

Når *status og posisjoner* er så viktig for hvordan fagpersonellet bedømmer situasjonen, kan det være grunn til å se litt nøyere på hvordan kommunene faktisk har organisert primærhelsetjenesten og hva dette har betydd for de enkelte yrkesgruppenes stilling.

Organisasjonsformene.

3/4 av landets kommuner har til nå opprettet stilling for helse- og sosialsjef. Det er to dominerende organisa-



sjonsmodeller: Tre avdelinger under en helse- og sosialsjef som er øverste leder av en samlet helse- og sosialetat, eller samme type toppledelse med fem eller flere underavdelinger (12).

Her må det ha skjedd en hurtig utvikling etter 1984-85. I 1984 hadde bare 30 % av landets kommuner helse- og sosialsjef, i løpet av 1985 hadde 45 % det (13). Fram til sommeren 1988 er altså andelen 75 %. Alt tyder på at denne utviklingen vil fortsette.

Flesteparten av de gjenværende helse-sjefer/kommuneleger rapporterer at helse- og sosialsjefstilling nok blir opprettet "snart" eller "om noen år" i kommunen deres (12).

Bortsett fra de legene som i dag er helse- og sosialsjefer (de kan telles på under en hånd), er legen som administrator i primærhelsetjenesten skjøvet ned på mellomnivå. På dette nivået har han nå stort sett samme posisjon som ledere av andre yrkesgrupper i den lokale helse- og sosialtjenesten. Disse vil hevde at legen for første gang opplever det samme som de selv bestandig har måttet leve med: kampen for å nå fram med sitt syn i "systemet".

Dette behøver ikke være noen katastrofe, hverken for kommunehelsetjenesten eller samfunnsmedisinen. Likevel er det grunn til å være betenkt over mulighetene for at helsefaglig kompetanse kan bli skjøvet til side. Men hvilken sammenheng er det for eksempel mellom organisasjonsform, de ansattes trivsel og kvaliteten av de tjenestene de yter? Jeg er usikker, og tror at dette er spørsmål som i høyeste grad krever nærmere undersøkelser.

La meg gi et eksempel på hva jeg mener: Jeg har snakket mye med to kolleger som arbeider i en "flat" organi-

sasjonsform, dvs. fem avdelinger med likestilte ledere, hvorav kommunelegen er en. Sosialfaglig utdannet helse- og sosialsjef sitter i begge tilfeller på toppen. Begge synes dette fungerer utmerket, men av stikk motsatte grunner. Den ene fordi sjefen virker kompetent som leder, han er flink til å delegerer og samkjøre, og så videre. Den andre fordi sjefens inkompetanse har skapt samhold og engasjement hos avdelingslederne på mellomnivå!

Hva som er de avgjørende faktorer for at en bestemt organisasjonsform i kommunehelsetjenesten gir et godt resultat, vet vi ikke. Men jeg tror det ligger en nøkkel i teorien om "fagbyråkratiet" (14, 15). Den legger vekt på at innflytelse og makt på arbeidsplasser som baserer seg på høyt utdannet arbeidskraft i de utøvende ledd må desentraliseres til fagfolkene selv. Teoretisk sett kan den "flate" modellen derfor ha mye for seg. I tillegg tror jeg at kompetansen i toppledelsen er viktig, spesielt fordi enhetene i kommunehelsetjenesten er små. Det er derfor interessant å undersøke hvem kommunene nå har innsatt øverst i administrasjonen av den lokale helse- og sosialtjenesten.

Primærhelsetjenes nye administrative ledere.

De er stort sett 40-årige menn. Bare en av ti er kvinne (12). Hvis jeg skulle prøve meg på en kvalifisert gjetting, vil jeg tippe at maksimum 10 prosent av kommunehelsetjenestens ansatte i dag er av samme kjønn som sine toppledere. Summerer vi opp antallet menn og kvinner som er pasienter i allmennpraksis, fysioterapi, sykehjem, hjemmesykepleie osv. - og legger vi til mødrene og barna på helsestasjonen - ser vi at et klart flertall av pasienter og klienter i primærhelsetjenesten også er kvinner. Trolig er det bare på mellomnivå i kommunehelsetjenestens lederhierarki at det er tilnærmet likestilling. Er kommunehelsetjenesten den mest ulikevektige delen av hele helse-Norge når det gjelder forholdet mellom kjønn, makt og innflytelse? La det i hvertfall være min hypotese foreløpig, inntil det motsatte er dokumentert.

Vurdert etter utdanning, er det to store og mange små grupper blant helse- og sosialsjefer. Den største gruppen er

sosionomene, som utgjør nesten halvparten. Samfunnsvitere eller økonomer er den andre store gruppen. Smågruppene utgjøres av lærere, jurister, folk med politiskole eller militær utdanning, og så videre. Noen helse- og sosialsjefer er uten høyere utdanning, og har bare gått gradene i stedets kommuneadministrasjon (12).

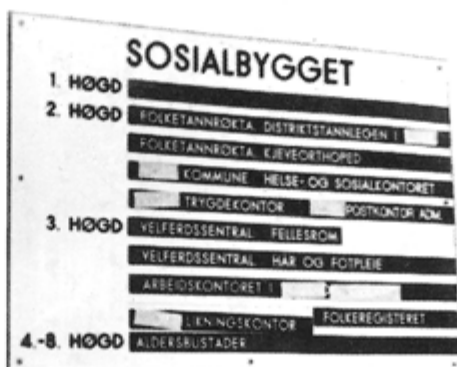
Kompetansen på det sosialfaglige området er ulike mye høyere enn på det helsefaglige blant den lokale helse- og sosialtjenestens nye ledere. Det betyr at de helsefaglige premissene for politiske beslutninger kan komme til å stå svakt i årene framover. Mange vil hevde at de er truet. Holdningen til fylkeslege-etaten hos lederen av Kommunenes Sentralforbund er i denne sammenheng et dårlig tegn (16).



Helse- og sosialsjeferne: Lokal rekruttering til krevende stillinger.

Et typisk trekk ved utviklingen er den utpregede lokale rekruttering som foregår til helse- og sosialsjeferstillingene. Mer enn 1/3 av de som nå sitter som helse- og sosialsjefer er blitt det etter opprykk i egen kommune. Halvparten kommer fra en annen kommune i samme fylke, ofte nabokommunen. Det har allerede vært en del "bytte" av helse- og sosialsjefer kommuner i mellom innen samme fylke. En del helse- og sosialsjefer har bare vært i sine stillinger i relativt kort tid, for så å prøve seg i tilsvarende stillinger i en kommune i nærheten (12).

Det kan være mange årsaker til dette fenomenet. Jeg tror forklaringen ganske enkelt er at dette er vanskelige jobber. Kanskje er det også et visst mis-



forhold mellom de krav som stilles og den kompetanse og erfaring som foreligger. Ikke sjelden kan sterke uenigheter omkring utnevningen, særlig ved interne opprykk, ha skapt ekstra vanskeligheter.

De nye helse- og sosialsjefene har ingen forbilder. De må forme sine roller og lære seg å løse sine oppgaver mer og mindre på egen hånd. I det mange av dem startet opp, skulle kommunene overta sykehjemmene. Samtidig satte sentralmyndighetene i verk økonomiske innstramningstiltak overfor kommunene. Dette er selvsagt en lite lystelig situasjon å være leder i.

Et nytt byråkrati?

Påfallende mange leger jeg har møtt mener at kommunehelsetjenesten er i ferd med å føre til et nytt byråkrati, som har liten nytteeffekt for pasientene. En av de få analytisk pregede vurderingene fra legehold jeg kjenner, argumenterer for at dette kan bli det mest sannsynlige resultatet av 1984-reformen (17). Hvor sterkt står en slik påstand?

La oss først skille mellom to tolkninger av "byråkrati-tesen". At kommunehelsetjenesten er blitt byråkratisert kan for det første bety at det er blitt for mange beslutningsnivåer, beslutningene tar for lang tid, de blir for regelorienterte og for lite fag- eller situasjonsorienterte. Kommunene makter ikke å bygge opp effektive "fagbyråkratier". For det andre kan påstanden bety at kommunehelsetjenestens administrative apparat er for omfattende, at det stadig vokser og krever en uforholdsmessig stor andel av de samlede driftsutgiftene.

Den første påstanden har utvilsomt et visst belegg, gitt de organisasjonsformene og den lederkompetansen kommunene har prioritert. Nye konflikter mellom fagfolk og det kommunale styringssystemet er et tegn som peker i samme retning. Det følger likevel ikke uten videre av dette at de administrative ressursene i kommunehelsetjenesten er blitt uforholdsmessig store, i kvantitativ forstand. En ting er at styringen "føles" byråkratisk, i betydningen hemmende, arrogant eller inkompetent, slik mange kommuneleger hevder (10). Om for mange personer er involvert, er et annet spørsmål.

For store administrative ressurser?

Hvor stor andel av de samlede personalressursene i kommunehelsetjenesten går det egentlig til rene administrative oppgaver *øverst* i hierarkiet, det vil si hos helse- og sosialsjefene, hans konsulenter og sekretærer?

Anslag går ut på at omfanget i 1987 utgjorde 10-15 % av kommunehelsetjenestens personalressurser på landsbasis. Tallet gjaldt perioden umiddelbart før sykehjemsoverføringen. Gjennomsnittlig var det da 30 fagpersonellårsverk i pasienttrettet virksomhet og 3-4 helt ut administrative årsverk *pr. kommune* i landet. Variasjonene var (selvsagt) betydelige. Som en hovedregel var det relativt sett mindre administrative ressurser i større kommuner, større i de små. Enkelte av de minste nærmet seg en administrativ ressursandel på 20 % (12).

Hva som er passe, for små eller for store administrative ressurser er og blir et *skjønnsspørsmål*. Ut fra egen erfaring vil jeg si at 20 % er for mye. I min kommune har nivået, inntil reorganiseringen nylig, vært 5 %. Det var knapt, men det gikk. Vi skal huske på at mye administrativt arbeid både kan og bør utføres på mellomnivå, av avdelingsledere som kommuneleger, sykepleiesjefer, sjefssykepleiere, bestyrere, ledende helsesøstre, ledende fysioterapeuter og hva de nå heter alle sammen. I tillegg kommer de støttefunksjonene som ligger i kommunenes sentraladministrasjon: personalavdelinger, økonomiavdelinger, rådmannskontorer og så videre. Ut fra en slik betraktning vil jeg påstå at helsetjenesten i endel småkommuner må ha vært klart overadministrert.

Men: trolig er det slik at kommunene har bygget opp helse- og sosialadministrasjoner også med tanke på et dramatisk økende ansvar på sektoren. Jeg tenker på sykehjemsoverføringen, HVPU, etterhvert også kanskje deler av psykiatrien. Hvis dette er riktig, må vurderingen ovenfor modereres. I det øyeblikket kommunene overtar sykehjemmene, doubles personal- og økonomiansvaret for helse- og sosialsektoren. Disse tjenestene samlet vil da bli kommunenes suverent største tjenesteytende gren. Målt både i bud-

sjett- og personaltall passerer de grunnskolen, som til nå har vært kommunenes velferdsstatlige "flaggskip". I de nærmeste årene blir ansvaret utvidet. Enda flere tjenester vil bli tillagt den lokale helse- og sosialtjenesten.

Under forutsetning av at de toppadministrative ressursene i den kommunale helse- og sosialtjenesten ikke vokser ut over sin nåværende andel, blir min vurdering at de - etter sykehjemsoverføringen - er ganske passe (mellom 5 og 10 % av totalressursene). Men hvis de vokser videre - og det har dessverre all administrasjon, både privat og offentlig, en tendens til å gjøre - vil "byråkratikritikerne" kunne få rett.

Avslutning: Primærhelsetjenesten under kommunal forvaltning.

Det er på tide å samle trådene. Hva skal vi si om 80-årenes store helsepolitiske eksperiment? Er det vellykket eller mislykket, - foreløpig?

For det første er alt avhengig av hvilket område vi vurderer, og øynene som ser. Det betyr at det er viktig å se de ulike delene av prosessen i forhold til ulike verdigrunnlag. Kanskje er det ikke mulig å gi "en samlet vurdering", svare ja eller nei på spørsmålet ovenfor.

Men det er dessuten viktig å huske på at vi står overfor en genuint *politisk* prosess. Politikkenes oppgave er blant annet å forene motstridende, ofte uklart definerte interesser. Kunnskapsgrunnlaget er nesten alltid utilstrekkelig, politikkenes mål tvedeigede. Det kan føre galt av sted hvis vi bedømmer politiske reformer ved bare å sammenlikne de offisielle målsettingene som var satt opp på forhånd med resultatene etter gjennomføringen. Da vil vi nokså sikkert komme fram til at det er store avvik. Studier av iverksetting av offentlige reformer som følger denne oppskriften ender oftest med den samme konklusjonen: Alt går galt (18)! I politikk og forvaltning går våre drømmer sjelden i oppfyllelse.

En mer fruktbar vei kan være å ta utgangspunkt i den læring og endring som foregår underveis, mens politikken blir satt ut i livet. Er *den* virksom og levende (18)?

Når vi spør slik, må vi også ta med at en del feilslag og uforutsette sidevirkninger

kan være spesielt verdifulle. Vi lærer når vi ser sammenhenger vi ikke før visste eksisterte, når vi oppdager at det vi trodde var bagateller er sentrale problemer. Slik forandrer vi oss også, - i blant. Skjer dette, kan offentlig politikk bli oppdagelsesreiser i sosiale eksperimenter. En kjent organisasjonsforsker sier det slik:

"...the evaluation of social experiments need not be in terms of the degree to which they have fulfilled our *a priori* expectations. Rather we can examine what they did in terms of what we now believe to be important." (19)

Vi lever forlengs og forstår baklengs, sier Kierkegaard.

Jeg svarer altså på spørsmålet om kommunehelsetjeneste-eksperimentet er vellykket eller ikke med å stille nye spørsmål. Men svaret på *dem* er et passende emne for et annet essay.

Litteratur.

1. Statistisk sentralbyrå: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten. Oslo 1984, 1985, 1986 og 1987.
2. St. m. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan.

3. St. prp. nr. 123 (1987-88) Om kommuneøkonomien mv.
4. Elstad JI, Noen hypoteser som kan forklare utviklingen i de små kommunene 1984-87. Foredrag på seminar om kommunehelse reformen 10.3.88, Sosialdepartementet, Oslo 1988.
5. Kjode jr. J, Helse og sosialplanarbeidet: Passive politikere og aktive administratorer? Helse- og sosialforum 1987; 61: 16-18.
6. Hammervold R, Helsetjenesten i kommunene. NIS-rapport 2/88, Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim 1988.
7. Hofoss D, Buxrud EG, Sykepleiermangelen. GHF-rapport nr. 4-1987, Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo 1987.
8. Wium P, Legevirkosomheten i Oslo i 1982 og 1986. Tidssk Nor Lægeforen 1988; 108: 1523-26.
9. Kristiansen IS, Legemarkedet: Hvorfor har vi legemangel i enkelte kommuner? Foredrag på seminar om kommunehelse reformen 10.3.88, Sosialdepartementet, Oslo 1988.
10. Romøren TI, Kommunelegen - vinner eller taper i kampen om en ny yrkesrolle? I: Ellefsen B, Romøren TI, Betalt for å hjelpe. TANO, Oslo 1988.
11. Romøren TI, Hjemmesykepleien og helsesøstertjenesten i endring.

Sykepleien 1987; 74: 6-13.

12. Romøren TI, Kommunehelsetjenestens 5 første år. Rapport, Sosialdepartementet, Oslo 1988.
13. Norske kommuners sentralforbund, Organiseringen av helse- og sosialsektoren i kommunene. Kommunal rapport 3/86, Oslo 1986.
14. Pax samfunnsleksikon. Pax, Oslo 1987.
15. Lipsky M, Street-level Bureaucracy, Russel Sage Foundation, New York 1980.
16. Eng J, En bedre helsetjeneste for folk? Inscrat i Aftenposten, 19. juli 1988.
17. Nilsson F, Organisering og ledelse av primærhelsetjenesten. I: Lie A, Lund BL (red.), Et nytt helsevesen. Gyldendal, Oslo 1986.
18. Offerdal A, Iversetting og politikk. Eller: Om det vellukka og det mislukka. Statsviteren, 1984; 14: 20-48.
19. March J, The technology of follishness. I: March J, Olsen JP, Ambiguity and choice in organizations. Universitetsforlaget, Bergen 1976.

Stipendiat
Tor Inge Romøren
Skråvika
3290 Stavern

□

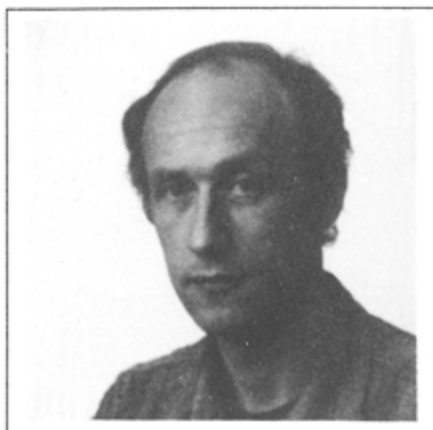


Helseavdeling
Legekontor
Helseråd

Foto: Sverre Folkedal, 5738 Folkedal

Det psykiatriske sykehjem

en institusjon med utviklingsmuligheter



Egil Myklebust f. 1948. Cand. med. Oslo 1975. Etter sykehusturnus ved Namdal sykehus, distriktsturnus i Alta, der han siden har fortsatt som distriktslege/kommunelege. Allmennpr. Dnlf 1984. Siden 1977 bistilling som tilsynslege ved Jansnes psykiatriske sykehjem.

Av Egil Myklebust

Denne framstillingen vil belyse utviklingen ved Jansnes Psykiatriske sykehjem i Alta kommune.

Fra å være et sykehjem der innskrivelse av pasient var ensbetydende med livsvarig opphold, har sykehjemmet i dag mulighet for å differensiere målsetting og tilbud ut fra den enkelte pasients forutsetninger. Aktiviteten har økt, og det har lyktes å rehabilitere langtids-pasienter. Korttidsopphold er blitt en viktig del av sykehjemmets tilbud.

Kort om psykiatrien i Finnmark.

Den alt vesentlige del av den psykiatriske behandlingen i Finnmark har tradisjonelt foregått hos den lokale helsetjenesten. Psykotiske pasienter blir ofte innlagt ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø med fly, bil eller båt. Med en avstand til sykehuset på mellom 30 og 80 mil er det selvsagt at oppfølgingen av pasientene har måttet foregå lokalt. Oppfølgingen ble ofte mangelfull i distrikter med dårlig helsepersonell-dekning over lang tid. Ofte var virkeligheten at de psykiatriske pasientene og familiene fikk lite eller ingen hjelp. "Løsningen" ble langvarige opphold på Åsgård sykehus.

Fra slutten av 70-tallet fikk Åsgård store problemer med driften. Det var mangel på fagpersonell og strukturelle problemer. Tilbudet til de psykiatriske pasientene ble ytterligere forverret, og sykehuset ble etter hvert ikke istand til å gi noe annet tilbud enn medisiner og raskest mulig utskrivning til lokalmiljøet. Ambulerende virksomhet med regelmessige reiser til lokalsamfunnene av psykiatriske team med base på Åsgård stoppet opp, og Finnmarkpsykiatrien ble enda mer overlatt til seg selv og egne krefter. Denne utviklingen representerte en utfordring for de psykiatriske sykehjemmene i Finnmark som ble stilt ovenfor omsorgs- og behandlingsoppgaver de tidligere ikke hadde hatt. Sammen med en kritisk holdning til driften ved sykehjem, har sykehjemmene i Finnmark i dag i stor grad utviklet seg til å være institusjoner der rehabiliteringsarbeid er en del av målsettingen. 1-2 ganger årlig samles personell knyttet til psykiatritjenesten i Finnmark (poliklinikker og sykehjem). Her tas gjerne opp et bestemt emne, utveksles informasjon og synspunkter. Disse møtene har betydd og betyr mye for utvikling og utforming av det psykiatriske helsetilbudet.

Jansnes psykiatriske sykehjem 1977:

Institusjonen hadde 52 beboere, de fleste med 4 senger på rommene uten muligheter for privatliv. Mange av pasientene hadde bodd på institusjonen siden åpningen 1961. Innskrivning var ensbetydende med livsvarig opphold. Vurdering av om institusjonsplass var formålstjenlig manglet stort sett. Mange var paragraf 5 pasienter av tradisjon, premissene var ofte dårlige og var ikke revurdert på lang tid. Personellet bestod av 3-4 sykepleiere, derav 2 spesialsykepleiere, foruten ca 25, stort sett ufaglært personale, inkludert kjøkken- og rengjøringspersonell. Tilsynslege besøkte stedet 2-3 timer pr. uke, det vil si 7-8 timer mindre enn ønskelig ut fra normene.



Driften var tradisjonell med liten arbeidsstue og et personale som stelte for pasientene med faste medikament, måltid og leggerutiner.

1978 til 1979:

Fra tid til annen ytret enkelte pasienter ønsker av typen "det skulle vært fint å hatt sitt eget". Svaret var som oftest av typen "du har det så bra her". Pasientens ønsker ble ikke tatt alvorlig og stort sett avfeid. Fortiden og diagnosen ble ofte brukt mot pasienten, "de ville aldri klare seg selv etter så lang tid i institusjon".

Eksempel:

Mann, født i 1912. Sinnsyk på fiskefeltet i 1935, bragt til Reitgjerdet av lensmannen. Fikk hjemlengsel, rømte og sendt tilbake til Reitgjerdet. Etter hvert diverse privat forpleie inntil overflytning til Jansnes i 1962. Diagnose: Schizophrenia. Til daglig var han en rolig ikke-psykotisk eldre mann pasifisert av mange års institusjonsopphold. Medikamenter: Beskjeden dose depotnevroleptika. Eget ønske: Komme hjem.

Refleksjoner:

Med hvilken begrunnelse var denne mannen fortsatt innlagt i henhold til paragraf 5 i Lov om psykisk helsevern? Hadde sykehjemmet vært med på å berøve ham elementære menneskerettigheter?

Spørsmålene var reist, diskusjoner fulgte. Vi bestemte oss for å arbeide med utskrivning av enkelte langtidspasienter.

Utskriving av langtidspasienter.

Mann, født i 1929. Innlagt 1965 med schizophrenia og alkoholproblemer som diagnose. Han ønsket ikke å dø på sykehjemmet. Han fungerte tilsynelatende dårlig med hensyn til dagliglivets gjøremål. Behandlingen var moderat dose depotnevroleptika. Han hadde ikke vært psykotisk de siste årene.

Vi utarbeidet plan for opptrening i dagliglivets gjøremål og arbeidet med boligspørsmål. Etter 6 måneder flyttet han i 1979 inn i egen bolig stilt til disposisjon av sosialkontoret. Han døde plutselig og uventet i 1984 og hadde da klart seg selv på en utmerket måte med

hensyn til økonomi, brensel, mat og sosial omgang. Det ble ikke registrert overforbruk av alkohol.

Neste pasient var en mann født i 1920, bodd på sykehjem i 15 år. Innlagt etter paragraf 5. Hans schizofreni var "brent ut", ikke medisinert. Første kontakt med hjemstedskommunen viste stor skepsis på grunn av mannens adferd og sykdomsdebut. Etter "forhandlinger" fikk han plass på aldershjem og etter hvert eldrebolig, hvor han har bodd siden. Tredje pasient var tilsvarende.

Organisering av sykehjemmet:

I 1979-80 fikk Åsgård psykiatriske sykehus store vansker med driften. Det var personalmangel og administrative vanskeligheter. Sykehjemmet fikk henvendelser om å ta i mot nye pasientgrupper, f. eks. unge schizophrene, som nå ble utskrevet fra Åsgård så fort de var roet ned etter akuttinnleggelse. Finnmark fylke vedtok politisk å bygge ut de psykiatriske sykehjemmene i fylket som i denne perioden ble utvidet og modernisert. Tilsynslegevirksomheten ble utvidet til 9 timer pr. uke.

Bestyrer, sykepleier og tilsynslege startet arbeidet med en målsetting for sykehjemmet. Dette førte til:

1. Kritisk gjennomgang av alle pasientjournaler med vurdering av den enkelte pasient for å individualisere behandling og omsorgstilbudet. Kan pasienten skrives ut? Endret status i institusjonen?
2. Kritisk holdning til inntak av nye pasienter. Er innskrivning formålstjenlig og på hvilke premisser skal vedkommende tas i mot?
3. Gi muligheter for korttids- og avlastningsopphold som et tilbud i seg selv og til vurdering før eventuelt inntak på fast plass.

Resultatet ble oversiktlig satt opp, se tabell 1.

Antall pas. på s.hjemmet	Burde hatt annen omsorg/annet tilbud			
	HVPU	somatisk s.hj.	Andre inst.	botrening
34	4	4	1	4

Tabell 1.

Endringene i aktiviteten kommer summarisk fram ved oversikt over innskrivelser og utskrivelser, tabell 2.

For 1986-1987 gjelder tilsvarende tall. Det er særlig korttidsinnleggelse som har økt. Det dreier seg om avtalte opphold av ca 6 ukers varighet og en del akuttinnleggelse på frivillig basis som alternativ til innleggelse ved Åsgård sykehus.

Tabell 2a

Oversikt over innleggelse ved sykehjemmet 1980 - 85

	Totalt	Langt.	Kort
1980-81	10	9	1
1982-83	18	16	9
1984-85	48	25	45

Tallene for 86 - 87 er omtrent som for 84 - 85

Tabell 2b

Oversikt over utskrivelser ved sykehjemmet 1980 - 85

	Totalt	Rehab.
1980-81	3	1
1982-83	12	0
1984-85	46	3

Tallene for 86-87 er som for 84 - 85 Rehab: rehabilitering etter årelang institusjonalisering.

Forutsetninger for å endre driften:

1. Bedre personalets kunnskaper:
Vi anså det som helt nødvendig å bedre personalets kunnskaper. Mange hadde ingen formell utdannelse innen helsefag i det hele tatt. Styresen på sykehjemmet organiserte intern undervisning, hentet undervisere utenfra, benyttet besøkende psykiatere og organiserte veiledning med psykiatrisk sykepleier fra VPP (Voksenpsykiatrisk poliklinikk) til personalet på Jansnes. Tilsvarende institusjoner ble besøkt.



2. Kontakte samarbeidspersoner i helse- og sosialetaten i de enkelte kommuner foruten å etablere samarbeid med VPP og sykehus:

De fleste søknadene kom fra kommuneleger og hjemmesykepleiere i kommunene. Ved søknaden forsøkte vi nå å etablere en dialog fra starten, f. eks. avklare muligheter for at sosialkontoret dekket utgifter til støttekontakt. Voksenpsykiatrisk poliklinikk har base på Hammerfest sykehus og reisedager til alle kommuner i Vest-Finnmark. Besøkene på sykehjemmet ble brukt til informasjon og forespørsler om pasienter som kunne være aktuelle å ta inn på institusjonen. I dag kommer flest søknader på denne måten. Etter hvert har vi i samarbeid med den lokale skolen fått tilpasset undervisningsopplegg for en del av pasientene, f. eks: norsk, engelsk etc.

En fremstilling av samarbeidspartner er angitt i figur 1. Kommunikasjonen sykehjemmet - primær helse- og sosialtjenesten er spesielt viktig, siden nøkkelen til en vellykket utskrivning ligger her.

3. Organisere driften på en annen måte:

Fra en ustrukturert avdeling er det i dag 3 avdelinger, pluss rehabiliteringsferdigheter ved sykehjemmet. Det er A - psykiogeriatrisk avdeling (lukket), B - allmennpsykiatrisk avdeling, C - bokollektiv og D - rehabiliteringsleiligheter (fra høsten 1987). Pasientene er her ikke innskrevet på institusjonen, men har leieavtale og beholder følgelig egen trygd og andre stønader.

4. Kritisk holdning til inntakrutiner, avklare premisser for innleggelse:

Ved innskrivning prøver vi å få til avtaler med lokal helse- og sosialtjeneste om å ta vedkommende tilbake hvis dette skulle være en bedre løsning. Ved korttids- og avlastningsopphold avtaler vi klare tidsrammer for oppholdet.

5. Utarbeide årsrapporter:

Dette tvinger oss til å gjøre opp en status og vurdere driften for året som har gått. Hvilke mål har vi nådd? Hva har vi ikke klart å gjennomføre?

Ett eksempel:

Mann 26 år, schizofren, dårlig boforhold hjemme hos foreldre, stadige



reinnleggelse på paragraf 5, Åsgård sykehus 2-5 ganger pr. år. Problemet presenteres av VPP under besøk på Jansnes. Vi starter et felles arbeid med mulig opplegg (bokollektiv - rehabilitering). VPP samtaler med pasienten og besøk på Jansnes avtales. Etter kort tid kommer formell søknad om opphold på 2-4 uker, som gjennomføres og følges av søknad om langtidsopphold. Pasienten bor i dag i rehabiliteringsbolig og fungerer rimelig bra i sosialt fellesskap med andre pasienter, blant annet hjelper han en pasient med store fysiske handicap. Han behandles med depotnevroleptika.

I arbeidet med rehabiliteringen av enkeltpasienter har vi hatt mye nytte av disse ordningene: støttekontakt (samarbeidspartner sosialkontor i hjemstedskommune), miljøarbeider (samarbeidspartner Fylkeskommunen), etableringsstøtte (samarbeidspartner Fylkeskommunen). Disse ordningene har gjort det mulig å motvirke uheldige sider ved langvarig institusjonalisering og har vært viktige tiltak i rehabiliteringsarbeidet.

Senil demente.

Disse er et omsorgsproblem for familier og det lokale helsevesen. Vårt standpunkt er at når adferdsendring med aggresjon og uro gjør hjemmeomsorg umulig eller skaper store problemer på en vanlig somatisk institusjon, tar vi imot pasient under forutsetning av at de tas tilbake når denne fasen i den senil demente utvikling er forbi. På denne måten vil ikke driften bli

blokkert av rene pleiepasienter, og vi kan gi hjelp når problemet er stor motorisk uro og adferdsendringer, når dette er nødvendig.

Paragraf 5 - innleggelse

Ved slutten av 70-årene var ca. 8 % av pasientene innlagt etter paragraf 5. Pr. i dag er 1 pasient innlagt etter denne paragrafen. Forholdet til paragraf 5 og andre formelle sider ved innleggelsen er regelmessig tatt opp med kontrollkommisjonen og den psykiater som til enhver tid har forestått kontrollundersøkelser.

Har vi lykket?

En god og systematisk evaluering av arbeidet mangler. Ved å holde kontakten med lokale helse- og sosialarbeidere er det likevel vårt inntrykk at de rehabiliterte pasientene har klart seg bra. I samtale med besøkende psykiatere og annet helsepersonell uttrykker de ofte overraskelse over å finne så pass stor aktivitet på et psykiatrisk sykehjem, og enkelte har uttrykt et ønske om tilsvarende drift på sykehjemmene i den regionen de kommer fra. Vårt foreløpige inntrykk er at vi ligger nært opp til intensjonene og målsettingene for drift av sykehjem som snart kommer. Et godt utbygd psykiatrisk helsetilbud, vurdert ved tilgang på psykiatere og andre spesialiserte behandlingsprofesjoner innen det psykiatriske helsevern, har manglet helt. Den utfordring dette har representert har vært en viktig drivkraft i arbeidet med å utvikle sykehjemmet.

Oppsummering:

Fra å være et tradisjonelt sykehjem har det over en 10 års periode lyktes å gjøre institusjonen til en aktiv del av det psykiatriske helsetilbud i Vest-Finnmark. Dette har skjedd ved:

1. Opplæring til personalet.
2. Aktiv intern debatt om målsetting for institusjonen og den enkelte pasient.
3. Å organisere driften bedre.
4. Å etablere en dialog med samarbeidspartnere, kfr. figur 1.

En fordel har vært stabilt personale som gradvis har oppdatert sine kunnskaper og evne til å arbeide sammen med psykiatriske pasienter. Faglig og administrativt dyktige styрere har vært forutsetningen for å gjennomføre den endringen som gradvis har skjedd.

Det hele har vært praktisk arbeid med usikkerhet, prøving og feiling, og ikke minst frustrasjoner. Antall utskrevne langtidspasienter er ikke stort, men i denne gruppen finnes en del pasienter der psykiatrien har bidratt til å frata disse menneskene elementære menneskerettigheter. Betraktninger om juridiske spørsmål og menneskerettigheter er en viktig og en nødvendig del av arbeidet innen psykisk helsevern. Gleden over å lykkes i rehabilitering av pasienter med årlang institusjonsanamnese oppveier frustrasjonene og tilbakeslagene av formell og praktisk karakter vi har møtt.

Kommunelege
Egil Myklebust
9500 Alta

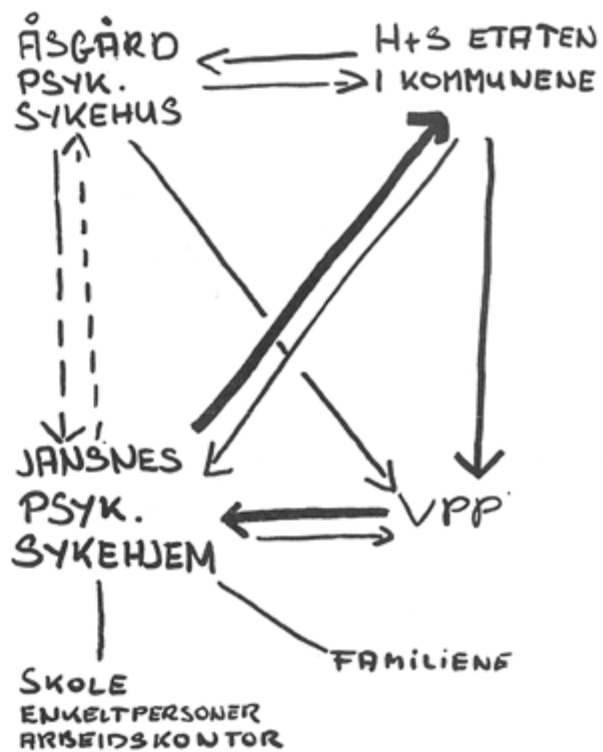


Fig. 1

Skjematisk framstilling av samarbeidspartnere. Aksent VPP - sykehjem - helse og sosialetat er framhevet siden nøkkelen til vellykket rehabilitering ofte avhenger av god kontakt mellom disse instansene.





Diagnose: VONDT

Jeg var ung, entusiastisk og ny i praksisen da jeg møtte pasienten vår første gang. Han var en velbygd mann i sin beste alder - 50 år. Gift, 3 barn og i arbeide som formann på et mekanisk verksted. Han hadde hatt vondt i ryggen og i nakken en tid, vært sykmeldt i et par perioder, men nå var det blitt riktig ille. Kiropraktoren han gikk til hadde gitt ham 10 behandlinger uten at det hadde hjulpet ham noe særlig.

Jeg bladde gjennom journalen. Så at han hadde vært til røntgenundersøkelse av både øvre og nedre deler av columna, høyre skulder og venstre skulder, uten funn som kunne forklare pasientens pine. Det var forsøkt både med Felden og Naprosyn - og 20 behandlinger hos fysioterapeut hadde heller ikke hjulpet.

Ung og entusiastisk:

Jeg undersøkte ham riktig nøye; så på akseforhold og bevegelighet og trykket både her og der for å få fram palpasjonsømheter. Ikke noe å finne. Men det var umulig for ham å fortsette arbeidet som han gjorde. Han ble sykmeldt, og jeg henviste ham til nevrolog - til tross for at jeg ikke hadde kunnet påvise noe nevrologisk utfall. Ventetida hos nevrolog var på den tida bare et halvt år. I ventetida var han hos meg hver 14. dag. Fikk ny sykemelding og resept på Paralgin forte, som etterhvert viste seg å være det eneste som lindret noe. I løpet av denne tida fikk vi snakket mye sammen, og han

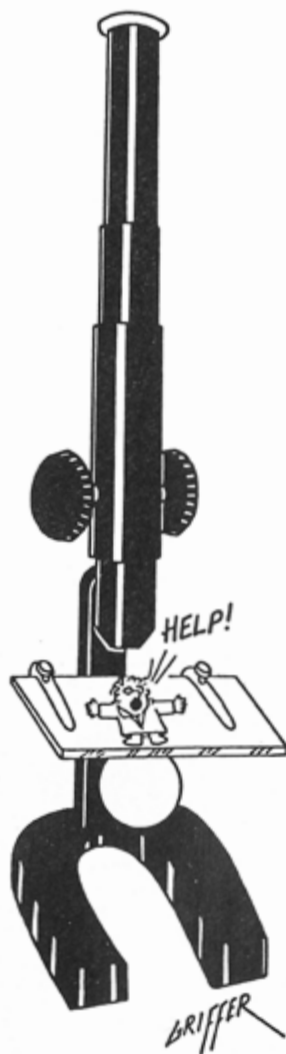
fortalte både om den spennende jobben han hadde på verkstedet og om familien sin. Kona hadde de siste to åra arbeidet som hjemmehjelp i bygda - "det var godt for henne å komme seg litt ut". Nevrologen fant ingen tegn

til sykdommer i nervesystemet, men henviste vår mann videre til rheumatolog. Ventetid 8 måneder. I løpet av denne ventetida gikk retten til sykepenger ut for vår mann. Han følte seg litt bedre også, og ønsket å gå

tilbake i arbeide. I mellomtiden var bedriften han var ansatt i gått konkurs, og han meldte seg arbeidsledig. På den tida var det 250 arbeidsledige og 16 jobber på vårt lokale arbeidskontor. Vår mann var ikke blant de 16 heldige.

Hos rheumatologen kalte de plagene hans myalgi, og tilbød ham å bli innlagt til treningsbehandling i 14 dager. Han kom hjem derfra i strålende humør, med en svær og iøynefallende halskrave og i bedre form enn hva jeg noen gang hadde sett ham. - "Men egentlig", betrodde ham meg - "kommer det av at jeg endelig har fått skiftet alle amalgamfyllingene mine". Jeg lot det stå til; hovedsaken måtte jo være at han fikk det bedre.

Men det varte ikke lenge før plagene var der igjen, litt annerledes enn før, mer ut i overarmene og opp i nakken. I min frustrasjon grep jeg til det nærmeste halmstrået: Fysikalsk medisinsk avdeling må da ha noe å tilby! Jo, de hadde det. Etter 4 måneders ventetid, med pasienten igjen sykmeldt, konkluderte de med at det kunne foreligge en yrkesskade, og anbefalte en yrkesmedisinsk vurdering av pasienten. Der sto han 5 måneder i kø. I mellomtiden leste han i Aftenposten om det fantastiske smerteteamet på Haukeland og om magnettomografen i Stavanger, og jeg søkte om plass. Nå kunne jeg henvisnings-skrivet utenat. Yrkes-



medisinerne konkluderte med at man ikke kunne utelukke en løsemiddelskade, og anbefalte at pasienten ble sendt til nevropsykologisk testing. Etter at magnetundersøkelsen var gjennomført med negativt resultat, tok det bare 1/2 år før han kom til ved Smerteteamet. Ved deres hjelp fikk vi kortet ned ventetiden til nevropsykologisk testing til 4 måneder. Konklusjon: Ingen tegn til løsemiddelskade. Hovedproblemet synes å være pasientens depresjon. Ser man det. Så pasienten er deprimert. Jo, det skulle ikke mye psykiatrisk spesialkompetanse til for å stille den diagnosen. Antidepressiva hadde vi jo forsøkt for lenge siden, vi hadde jo lurt på om det kanskje likevel var noe som het fibrositt ---.

"I blant helbrede, ofte hjelpe, alltid trøste". Jeg fant det helt rimelig og adekvat å være deprimert. Bestemte meg for å slutte å lete etter årsaken til plagene, som fortsatt forandret seg litt, og nå var mest uttalt i axillene og langs nedre kant av thorax. Fra nå av skulle oppgaven være å forholde seg til smertene og plagene, hjelpe ham til å leve med dette.

Vi brukte mye tid på å snakke om hva dette hadde gjort med ham. Ute av arbeidet, ute av sin posisjon som formann på verkstedet. Gikk stort sett hjemme og klagde og gjorde livet surt for kona og de etterhvert voksne barna. Kona var ikke så imøtekommende og

forståelsesfull lenger - i blant lurte han på om hun var blitt lei av ham.

Med friskt mot innkalte jeg pasienten sammen med kona. "La oss snakke sammen om hva denne sykdommen gjør med dere som familie" startet jeg friskt og kvikt. Kona begynte så å fortelle om hvor forandret alt var blitt - hvorpå hun ble avbrutt av mannen som plutselig lekset utav seg de villeste beskyldninger om utroskap, til slutt var det ikke den mann i bygda hun ikke hadde forhold til. Slik åpenbarte han en blomstrende paranoid vrangforestilling som for meg ble en åpenbaring av hva dette egentlig dreide seg om: Det er selvsagt *dette* som gjør ham så vondt, tenkte jeg, og lurte på hva psykiateren i smerteteamet egentlig hadde gjort. Han godtok faktisk å begynne med nevroleptika, og vrangforestillingene forsvant. Etter et par uker var han den gode gamle igjen, og hva mere: Mindre smerteplaget enn på mange år. Gikk i fjellet med sønnen, klippet både hekk og plen og rodde færingen på sjøen for første gang på mange år. Og den unge entusiastiske legen tenkte med seg selv: Så dum du har vært som ikke så dette før.....

Og det gikk bra med pasienten. Lenge. Jeg snakket med ham nå og da, og han ble stående på en liten nevroleptikadose. Uføretrygd hadde han fått forlengst.

En dag kom han imidlertid igjen på kontoret med smerter. Denne gangen var det mest vondt i brystet, og mest hvis han jobbet eller anstrengte seg. Jeg undersøkte ham og fant som vanlig lite: Litt diffus ømhet i pectoralmuskulaturen. Dette med at det var mest vondt når han anstrengte seg gjorde at jeg ga ham Nitroglycerin til utprøving, for å være på den sikre siden. Men ellers økte jeg forsiktig nevroleptikadosen, problemet var jo kjent. Etter en uke kom han igjen og hadde smertene som før. Syntes ikke han hadde noen effekt av Nitroglycerin, men ville gjerne til indremedisiner, en i familien var nettopp blitt hjerteoperert i

England. Jeg tok et EKG som var helt upåfallende og sendte en søknad om kardiologisk vurdering. Her var ventetiden bare 2 uker. Da det ble tatt EKG før han skulle sette seg opp på ergometersykkelen, fant de sikre ischaemitegn, og la ham inn i avdelingen med truende infarkt.

Det ble ikke noe infarkt denne gangen. Godt det for pasienten. Godt også for legen. At indremedisinsk avdeling har seponert nevroleptikadosen, se det får bli neste kapittel.

Kommunelege
Jone Schanche Olsen
6760 Bryggja

□

PLEASE
DON'T
TELL ME
TO RELAX -



IT'S ONLY
MY TENSION
THAT'S
HOLDING ME
TOGETHER.

Gamle og overgrep i familien



Ida Hydle - 41 år. Cand. med. Oslo -77. Vit. ass. Sos. med. inst. Oslo til -84. Amanuensis i geriatri, Ullevål sykehus, Oslo. Avhandling om kulturbegrepet i helse- og sykdomsforskning.

Av Ida Hydle

Problemstilling:

En 73 år gammel dame ble innlagt på kirurgisk avd. for komplisert ankelbrudd. Hennes forklaring på hvordan skaden var oppstått, varierte. Hun hadde generelt nedsatt førlighet i tillegg og ble overført geriatrisk avd. for nærmere oppfølging av sosialmedisinske forhold. Pårørende opplyste at en 50 år gammel alkoholisert, uføretrygdet sønn bodde hjemme hos moren. Moren oppga at hun forgjeves hadde søkt hjelp hos politi, helse- og sosialmyndighet, uten resultat. Hun hadde i mange år gjemt seg når sønnen kom full hjem, men hun benektet noen form for overgrep. Både naboer og pårørende kunne fortelle om gjentatte fall, blåmerker og bråk i leiligheten. De var selv redde for sønnen

og våget ikke å blande seg inn. Den gamle damen nektet å snakke om sønnens voldelige adferd med personalet. Familieanamesen avslørte at sønnen hadde vært mye syk som barn, og pasienten hadde fått beskjed om "å være snill mot ham". Pårørende antydte et symbiotisk forhold mellom mor og sønn - som nå hadde snudd seg til at sønnen misbrakte sin gamle mor i beruset tilstand, i tillegg til at han slo og dyttet henne og utnyttet henne økonomisk. Avd. hadde ingen mulighet for å gripe inn, til tross for at politiet også ble kontaktet. Pasienten ville ikke ha annen hjelp enn hjemmehjelp og dagsenter noen ganger i uken etter utskrivelsen. Dette førte antakelig til at sønnen følte seg kontrollert og var mer forsiktig, selv om dagsenteret en gang observerte blåmerker. Hjemmehjelpen sluttet pga. sønnens truende adferd.

Diagnostikk av eldre menneskers lidelser er vanskeligere enn hos yngre. Sykdomsbildene skiller seg fra yngre på mange måter. Vi mangler generelt kunnskaper om både grenser mellom sykt og friskt hos gamle og om hvorledes ulike sykdommer manifesterer seg hos gamle. Derfor er det spesielt vanskelig å diagnostisere overgrep i geriatrien. F. eks. er mange somatiske sykdommer ledsaget av depresjon hos en gammel. Av og til er depresjonen eller den somatiske lidelsen maskert av eller debuterer som en akutt forvirringstilstand. Søvnløshet, nedbrutt selvfølelse, nedsatt allmenntilstand, fall, skader og suicidertendens er såkalte offerreaksjoner, som både gamle og unge, kvinner og menn har felles hvis de blir utsatt for livstruende situasjoner - enten det nå er pga. familiemedlemmer, kaprere eller bødler i torturkamre. Sett fra en medisinsk synsvinkel kan slike symptomer hos gamle også tyde på både somatisk og psykiatrisk lidelse uten at man mistenkte overgrep som genese.



En pilotstudie:

I løpet av de senere år har jeg gjort en liten prospektiv studie på geriatrik avdeling når det gjelder innlagte pasienter som enten er ofre eller overgripere. Målsetting med denne pilotstudien var å systematisere både diagnostikk og erfaringer med oppfølging, samt å skape grunnlag for et forslag til videre forskning. Jeg har til enhver tid i det siste år også hatt behandlingsansvar for pasienter som legges inn i avd. helt eller delvis pga. overgrep fra familie-medlemmer.

I løpet av 1 1/2 år registrerte jeg, i samarbeid med noen av avdelingens leger og sosionomer, 11 pasienter som hadde vært innblandet i mangeårig fysisk mishandling, 7 ofre og 4 overgripere. Alle ofrene var kvinner, og alle overgriperne var menn. I 7 av tilfellene var den fysiske mishandlingen kombinert med økonomisk utnyttning. De fire mennene som hadde mishandlet sine koner var alle innlagt med diagnosen senil demens. Men dette er en tilfældighet, for overgrepene hadde pågått lenge før mennene var blitt senil demente. De 7 kvinnelige ofrene var i 6 av tilfellene mishandlet av menn:

Tre av sønner, en av sambo, en av dattersønn, en av nabo som var omsorgsgiver og en av datter. Alkoholmisbruk var oppgitt som et problem i 7 av tilfellene. Overgrep antas å være medvirkende faktor til innleggelse i 5 av de 7 tilfellene og da i form av brudd, depresjon og nedsatt allmenntilstand.

Med utgangspunkt i totalt antall innlagte i avd. i denne perioden, er noe over 2 % av avdelingens pasienter ofre for langvarig fysisk mishandling eller selv voldelige mot en gammel ektefelle.

Definisjoner:

Mishandling kan defineres som "det at et familiemedlem eller annen nærstående person påfører en person over 65 år fysiske eller psykiske skader eller forsømmer den eldre så alvorlig at helsen er i fare" (1,2). Økonomisk utnyttning kan tas med som en medvirkende faktor i diskusjonen om årsaker og konsekvenser av mishandling, men ikke som en form for mishandling alene. Eldre defineres som 65 år eller eldre. Det er ofrene som defineres



aldersmessig, mishandlerne kan være såvel unge, f. eks. barnebarn, som gamle, f. eks. ektemenn som fortsetter mishandlingen opp i høy alder. Denne definisjonen kan sees som mangelfull og uklar, fordi fenomenet er så skjult og likevel en del av mange menneskers hverdag.

Forekomst og utbredelse:

En undersøkelse i Oslo (1984) avslørte at ca. 1 % av hjemmesykepleiens pasienter ble mishandlet av familie-medlemmer. Ved en tilsvarende undersøkelse i Porsgrunn og Bamble (1986), fant man en høyere mishandlingsprosent, 2,8 %, mens andre resultater stemte svært godt overens med undersøkelsen fra Oslo (2).

Amerikanske og kanadiske undersøkelser antyder at mellom 2 og 5 % av hjemmeboende eldre blir mishandlet av nære pårørende (3, 4, 5, 6). Undersøkelser fra institusjoner for kronisk syke viser til høyere tall av mishandlingsofre - før de ble lagt inn (7, 8). Det er flest kvinner som blir fysisk mishandlet, men eldre menn blir også mishandlet, kanskje fremfor alt psykisk. Det er flest menn blandt overgriperne, ektemenn og sønner, men også her finner vi kvinner, hustruer og døtre. De fleste undersøkelsene konkluderer med at vi sannsynligvis aldri vil komme fram til noe pålitelig inci-

dens eller prevalenstall i befolkningen, pga. at problemet er så nær forbundet med tabuforestillinger, skyld og skam. I tillegg kommer det problemet at vi ennå langt fra har noen god definisjon av dette fenomenet.

Respekt for privatlivets fred, frykt for represalier fra mishandleren, passivitet fordi offeret ikke vil anmelde eller ha hjelp, er det som preger hjelpeapparatet og politi- og rettsmyndighet i disse sakene. Det eksisterer ingen systematisk kunnskap hos de ulike offentlige hjelpere om overgrep og eldre, dens årsaker og konsekvenser. Det finnes ingen ansvarlig myndighet, slik som f. eks. Barnevernet, til å ta vare på hjelpeløse gamle som utsettes for overgrep. Det er ingen obligatorisk melde-rett eller -plikt for hjelpepersonalet, heller ingen instans der man kan melde fra og få hjelp til videre arbeid, slik som f. eks. i USA. Det pågår liten diskusjon om offerets frihet til å bli mishandlet, kontra samfunnets rett eller plikt til å gripe inn med hjelpende eller straffende tiltak med ett unntak: Straffelovens paragraf 228 og 229 ble endret i mars 1988. Det ble innført ubetinget offentlig påtale ved vold i parforhold og familievoldssaker - også når foreldre eller besteforeldre rammes av sine barn/barnebarn.



Teorier om overgrep mot eldre.

I en sosialmedisinsk forståelse av eldremishandling ser man på individets, offerets og/eller mishandlerens helsetilstand, psykisk, fysisk og sosialt. Medisinske parametre som omfatter klinisk undersøkelse og ulike former for laboratorieprøver, røntgenundersøkelser osv. er vesentlig. Likeledes undersøkes i et strukturert intervju - som den medisinske journal er - vesentlige faktorer som familieforhold, yrke, økonomi, boligforhold, tidligere sykdommer, misbruk, medikamentbruk. Ut fra denne fokusering på medisinske- patologiske avvik hos såvel offer som mishandler, kan en begrenset del av årsakene og konsekvensene av eldremishandling belyses i en medisinsk vitenskapelig sammenheng.

Den mest omfattende undersøkelse om eldremishandling til nå, er en undersøkelse fra Massachusetts som har hatt et tilnærmet sosiologisk teorigrunnlag. Det ble brukt fem årsaksfaktorer som basis for analysen: Psykopatologi hos mishandler, innlært voldelig atferd fra generasjon til generasjon, ekstern stress, avhengighet og sosial isolasjon. Det ble vist at hver form for mishandling, psykisk, fysisk og materiell, samt aktiv og passiv vanskøtsel, hadde distinkte karakteristikk som passet en bestemt teoretisk forklaringsmodell bedre enn en annen. Psykopatologi viste seg å være en generell overordnet forklaringsvariabel. Dette tyder også i retning av en sosialmedisinsk forklaringsmodell, til tross for at konklusjonen fra forskernes side er at bytteteori kan være det riktige paradigmet for studiet av eldremishandling, slik det også har vært benyttet i studiet av familievold generelt. Mennesker som er avhengige av hverandre, slik som i familien, forsøker alltid å maksimere sine fortjenester og minimere sine "utlegg". I tillegg kommer at en person som mottar tjenester, blir forpliktet overfor tjenesteyteren. Endringer i balansen mellom fortjenester og utlegg kan føre til vold: offeret er fysisk og/eller psykisk avhengig av mishandleren, og mishandleren er økonomisk avhengig av offeret og ofte selv i en dårlig fysisk og psykisk forfatning, mao. en sosialmedisinsk individbasert forklaring.

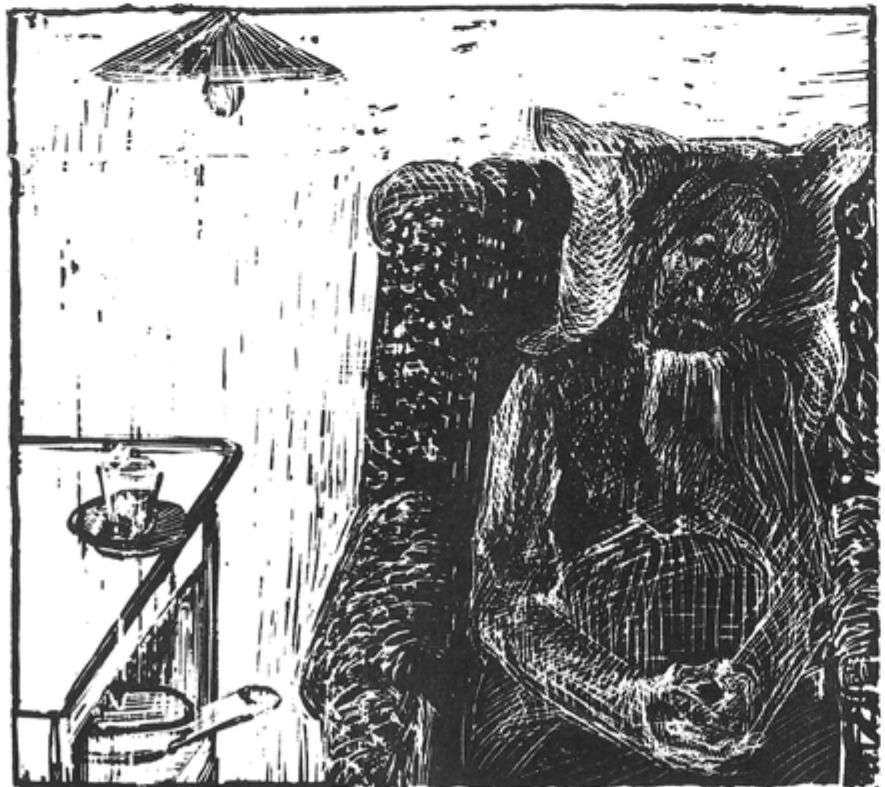
Sosialantropologien beskjeftiger seg tradisjonelt med kulturstudier der såvel kontekst i økologisk forstand, som innhold i form av menneskers handlinger og verbale utsagn, settes i en sammenheng. Begrepene "mishandling", "vold" eller "overgrep" innebærer allerede en forutfattet mening, en verdiladning, som nettopp er et resultat av menneskers ideer og forestillinger om slike fenomener. Her er kulturen en forklarende faktor. Med kultur menes menneskers forestillinger, ideer og normer som overføres og opprettholdes gjennom kommunikasjon (9). Det er sannsynlig at vi har med ulike kulturer innen ett og samme samfunn å gjøre, at mennesker og familier har andre definisjoner og derved andre grenser overfor "vold", "mishandling" og "incest" enn det vi har ut fra en helse/ sykdomsoppfatning. Studier av f. eks. "stresscorner-society" i USA har vist til hvorledes storsamfunnets normer "main stream norms" "strekkes" av undergrupper i befolkningen.

En balansert tilnærming til fenomenet eldremishandling, er for en sosialantropolog, også å se på den medisinske kulturen i forbindelse med familievold, dvs. å beskrive og analysere de tanker, ideer og forestillinger som f. eks. leger har.

Sosialantropologien søker å belyse de symbolske systemer ved menneskelig adferd. Man har ved hjelp av feltarbeidsmetoden der man er deltakende observatør, muligheter for å gå bak de vante forestillingene om fenomenene man studerer.

Medisinen vil ha et handlingsimperativ overfor den helseskade som forvoldes og også et forebyggende siktemål. Helse og sykdom definert ut fra et medisinsk klassifikasjonssystem vil her danne grunnlag for handling. På den ene side trenger vi en fordomsfri og nøytral vitenskapelig belysning av et fenomen, på den annen side har vi med et utbredt helseproblem å gjøre som fører til invaliditet og endog drap i noen tilfeller. Dette fører oss inn i et nødvendig, men vanskelig flervitenskapelig dilemma.

Kan vold ses som kommunikasjon? Hvorfor stemmer de vanlige ideer og forestillinger om familien som en trygg enhet bare for en del av vår befolkning? Hva mener et familiemedlem med den handling som en lege i flg. gitte kriterier, kaller mishandling? Hva slags komplekse sammenhenger inngår dette fenomenet i? Hva slags individuelle eller kulturelle grenser har de ulike familiemedlemmer? Og er deres handlinger også å anse som grensesetting



overfor ofrene - som straff eller som gjengjeldelse? Kan samfunnsfaktorer som f. eks. dårlige kår for småbarnsfamilier, stramt arbeidsmarked med arbeidsløshet og misbruk til følge, stramt boligmarked, både for gammel og for ung, dårlige boalternativ ut over sykehjem osv. forklare volden? Har vi med tradisjoner og ritualer å gjøre som ikke retter seg til individet, men til gruppen - familien eller lokalsamfunnet, som vi ikke ser fordi vi er en del av det?

Hvis man først griper inn i slike tette familienettverk, så vil alle parter bli berørt. En sønn som har mishandlet sin mor i mange år, er kanskje en plage og en fare for henne, sett utenfra. På den ene siden er det kanskje den eneste hun har, den eneste som ser til henne, tross alt, og han er en nødvendig forutsetning for at hun kan bli boende hjemme. Og hun vil kanskje "heller dø" enn å bli flyttet på sykehjem. Går man her inn og straffer den ene, straffer man også den andre. Kanskje særlig når det gjelder gamle mennesker, griper man inn i en sårbar balanse som har med helse, funksjon og livsvilje å gjøre. På den annen side er faren nettopp for en nedbrytning av livsvilje, helse og funksjon pga. mishandlingen så stor, at de offentlige hjelperne bør stå ansvarlig for å gripe inn - før det er for sent.

Referanser:

1. Stang G, Hydle I. Mishandling og vanskøtsel av eldre i hjemmet - et offentlig problem. Tema hefte Nr. 9, Oslo: Sosialdepartementet, 1986.
2. Stang G, Evensen Å R. Eldremishandling frem i lyset. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 2475-8.
3. Pillemer KA, Wolf RS. Elder abuse. Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Company, 1986.
4. Quinn MJ, Tomita SK. Elder Abuse and Neglect, New York: Springer Publ. Comp, 1986.
5. Clark CB. Geriatric Abuse - Out of the closet. Journal of the Tennessee Medical Association, 1984; 77 (8): 407-1.
6. O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley H, Champion EW. Identifying and preventing family mediated abuse and neglect of elderly persons, Annals of Internal Medicine, 1983; 98: 998-1005.

7. Pedrik-Cornell C, Gelles RJ. Elder Abuse: The status of Current Knowledge. Family Relations, 1982; 31: 457-65.

8. Taler G, Ansello EF. Elder Abuse. American Family Physician, 1985; 32, 2: 107-13.

9. Sachs L. Medicinsk Antropologi. Stockholm: Liber Forlag, 1987.

Amanuensis Ida Hydle
Geriatrisk avd.
Ullevål sykehus

□



Tegninger: Kari Rolfsen



Omtale av boka "Når kvinner ødsler sin kjærlighet på menn de gjerne vil redde" av Robin Norwood. Norsk utg. 1987, J W Eides forlag. Oversatt av Anne-Marie Smith.

I de siste årene er man i økende grad blitt oppmerksom på den private volden i samfunnet vårt. Vi vet det er uhyggelig vanlig, likevel problematisk å avdekke og å få gjort noe med.

Robin Norwood, amerikansk familieterapeut, gav i 1985 ut en bok om dette. Hun mener at kvinner som går inn i ødeleggende forhold er vokst opp i "dysfunksjonelle" familier. Dette er familier som på en eller annen måte ikke har dekket kvinnens følelsesmessige behov. Ofte er familiene preget av fysisk vold, alkoholmisbruk, følelseskulde o.l., men det mest sentrale er hvordan følelser og realiteter systematisk blir ignorert og benektet. Dette fører til sterk undertrykking av følelser, og behov for kontroll hos kvinnen. For å beskytte seg mot liknende traumer vil hun som voksen gå inn i hjelperollen, ofte også yrkesmessig, og i valg av livspartner vil hun se seg om etter en mann som *virkelig* har behov for henne. Hun elsker ikke mannen for det han er, men for det han kan bli - med hennes hjelp. Velger hun en partner som det er ett eller annet i veien med, blir hennes behov for å styre og kontrollere legitimt, det er akseptabelt å mase på, kon-

Hvorfor går hun ikke?

trollere og prøve å forandre en mann med åpenbare svakheter. Samtidig vil hun ofte tiltrekkes av menn som gjenskaper noe av den samme (patologiske) atmosfære hun kjenner fra barndomshjemmet. Drivkraften her er å føre den gamle kampen videre, og kanskje vinne til slutt. Kjærlighet forveksles med kaos, utrygghet, smerte, kamp og lidelse. En stabil, trygg og psykisk sunn mann vil for henne være kjedelig, intetsigende og uinteressant. Etterhvert utvikler kvinnen en avhengighet av det patologiske forholdet. Selv om opplevelsene er vonde, resulterer de i en voldsom følelsesmessig stimulans, og ofte også svært spenningsmettet erotikk. Robin N sammenlikner denne avhengigheten med annen rusavhengighet, og legger stor vekt på at for å komme seg ut må kvinnen selv innse dette. En misbruker vil, når stoffets påvirkning forsvinner, bli rastløs, urolig og ukonsentrert. Hele tilværelsen kretser om den tapte rus. På samme måte vil en kvinne som prøver å bryte ut av et mishandlingsforhold uten innsikt i dette, oppleve en veldig tomhet som hun vanskelig vil kunne takle på egenhånd.

For å klare dette trenger hun hjelp og støtte, men jobben må hun gjøre selv. Det er en lang og vond prosess. Kvinnen har som regel knyttet det meste av en allerede vaklende selvfølelse til at hun tross alt er den lidende, tålmodige, kjærlige og utholdende, og dette er i vår

kultur positive dyder hos en kvinne. Parallelt med denne erkjennelsen beskrives så ni videre trinn for å bli frisk. Hun må bli mer egoistisk, og lære å betrakte seg selv om det viktigste i sitt liv. Hun må bygge opp egen identitet. Hun må slutte å kontrollere og "forbedre" mannen, venne seg til å la han være i fred. Hvis han ødelegger seg er det hans ansvar. Hun må unngå å bli innfanget i innlærte rollespill som de to har seg imellom. Hun må slutte å forveksle kjærlighet med kaos, smerte og lidelse. Det er helt naturlig at hun vil føle tapet at de voldsomme emosjonene som et stor hull. Akkurat som ved alkohol- og stoffaϕvenning må hjelperne kjenne abstinensens faser og kunne tre støttende til. Fordi denne støtten best kan komme fra mennesker som selv har kjent problemet på kroppen, er bruk av selvhjelpsgrupper helt sentralt i Robin N's program. Hun gir anvisning på hvordan man kan starte en slik gruppe selv -uten profesjonell hjelp.

Dette er en klok bok som øker innsikten om dynamikken i et mishandlingsforhold. Men Robin N trekker i liten grad fram den mer ekstreme fysiske volden,

og vier egentlig denne siden av saken lite oppmerksomhet. Hun er inne på at vår kulturs holdning til kvinnens rolle i et kjærlighetsforhold spiller inn, men legger ikke vesentlig vekt på det. Jeg tror vi skal huske at det inntil nå har vært godtatt - og fortiet - at en mann bestemmer over sin kone, om nødvendig med vold. Det er ikke sikkert det kreves "dysfunksjonell" bakgrunn for å sitte fast i et slikt forhold. Ofte byr det på store praktiske og økonomiske problemer å bryte ut. Det er rimelig å anta at f. eks. lave kvinnelønninger kan ha noe med dette å gjøre.

Selvhjelpsprogrammet for livsendring virker godt og gjennomtenkt, men vil kanskje støte på praktiske hindringer her til lands, fordi selvhjelpsgruppene står sentralt. Nok en oppgave for krisesentrene?

Boka er til slutt forsynt med en nyttig oversikt over hjelpeinstanser for norske forhold, utarbeidet av Ulla Ollendorff.

Inger Marie Steinholt,
allmennpraktiker,
3600 Kongsberg.



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)
Famitalia 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 øvevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinispeil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinispeil. 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. Tabletten 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 utvaskingspause 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.)

Vold som yrkesskade

Solveig Dahl, født 1939. Spesialist i psykiatri. Overlege ved Østensjø Familiekontor, Oslo kommune og stipendiat ved Kontor for Katastrofepsykiatri, Psykiatrisk Institutt, Gaustad.

Helsepersonell som rammes av vold på jobben

Av Solveig Dahl

Noen kommentarer fra en behandler:

Helsepersonell tilhører en gruppe yrkesutøvere som er utsatt for vold på jobben. Spesielt utsatt er ansatte i primærhelsetjenesten og psykiatrien. Skaden er ikke bare en fysisk skade, men en psykisk påkjenning som normalt vil utløse en posttraumatisk stressreaksjon. En slik reaksjon kan bearbejdes og mestres uten å etterlate noe men, men det er avhengig av at en erkjenner problemet og hankses med det på riktig tidspunkt.

Forebygging av senfølger.

Om forebygging av posttraumatiske stressforstyrrelser har forskningen vist to ting:

1. Beredskapstrening hjelper (primær profylakse), dvs. erfaring med stressende og farefylte påkjenninger er en fordel. Å være godt forberedt og ha øvd seg på hvordan en skal forholde seg under en bestemt påkjenning, fører både til at en fungerer bedre under selve påkjenningen og til at en får mindre plager etterpå.

2. Kriseintervensjon med nøye gjennomgåelse og bearbeiding av hendelsen, kombinert med sosial støtte og ivaretagelse, forebygger senfølger (sekundær profylakse). Helsepersonell representerer en resurssterk gruppe som ofte har mye erfaring i mestring av stressende situasjoner og derfor har gode forutsetninger for å komme igjennom påkjenningen. Likevel er det endel faktorer tilstede i forbindelse med helsepersonells situasjon som kan hindre helingsprosessen.



Særtrekk ved helsepersonell som voldsofre.

1. Gjerningspersonen er en som den voldsrammede har en hjelpeoppgave i forhold til, han/hun er en som skal forstås, ikke taes avstand fra. Det gjør det vanskeligere å forholde seg til det sinne som følger med reaksjonen. Dette gjelder ikke minst psykiatrisk helsepersonell som ofte kjenner pasienten fra før. I stedet for at aggresjonen retter seg mot gjerningspersonen, kan den rette seg mot arbeidsgiver eller arbeidsmiljø. Disse parter har ofte taklet situasjonen klossete og vist liten omtanke og forståelse for den skadede, så det er nok å være sint for. Den vanlige prosess med politianmeldelse, rettergang og straff som gir en følelse av at rettferdighet utøves og handlingen fordømmes, følges også sjelden opp.

2. Helsepersonell, som alle andre voldsofre, vil plages av selvbebreidelser og skyldfølelse, at de må ha gjort noe dumt og galt siden dette skjedde med dem. Tilleggsproblemet blir at følelsen av å ha feilet knyttes til yrkesutøvelsen. Hendelsen vil ofte utløse tvil om egen kompetanse i forhold til yrke, aktivere negative selvoppfatninger og skamfølelse. Disse reaksjonene kan forsterkes av kolleger og medarbeideres påpekninger av hva de burde ha gjort annerledes.

3. Helsepersonell har liten toleranse for egne posttraumatiske stressreaksjoner. De har oftere enn andre en oppfatning av at de burde tåle og bære det meste uten å reagere. Slik blir en normal reaksjon på en unormal påkjenning ikke godtatt og den naturlige bearbeidelsen hindret.

4. Helsepersonell må ha kontroll på jobben, de må ikke begynne å oppføre seg som pasienter, spesielt ikke innenfor psykiatrien. Minnet om traumatet er knyttet til jobben. Inntrykk som minner om utløser ofte reaksjoner som ligner de en hadde under og like etter opplevelsen. Når en møter disse inntrykkene, vil en lett kunne bli sterkt emosjonelt berørt, få angst og gjenopplevelser også i form av kroppslig ubehag. Forberedelse til og gradvis møte med disse inntrykkene er viktig i rehabiliteringen. Men da må arbeidstaker, arbeidsgiver og arbeidskolleger ha forståelse for denne prosessen, tolerere

reaksjonene som naturlige og samarbeide om å få medarbeideren fullt funksjonsdyktig så fort som mulig.

Hva kan gjøres?

Det er spesielt fem ting helsepersonell jeg har behandlet for reaksjoner etter voldsskader, har nevnt som viktig å formidle videre:

1. Behov for støtte og bekreftelse fra medarbeidere.
2. Sikkerhetsspørsmål og opplæring må taes alvorlig på arbeidsplassen.
3. Rutiner omkring melding av yrkesskade bør følges, selv om den fysiske skaden er minimal.
4. Arbeidsgiver bør anmelde når en blir utsatt for en kriminell handling under yrkesutøvelsen.
5. Alle burde ha mulighet for kriseintervensjon i akutfasen.

Konklusjon:

Å bli utsatt for vold på jobben representerer en yrkesskade som har både fysiske og psykiske implikasjoner. Forebygging er viktig, både når det gjelder primær og sekundær profylakse. Sikkerhetsspørsmål og opptrening i å møte voldelige pasienter er en viktig del av primærprofylaksen. Sekundærprofylakse i form av tilbud om kriseintervensjon og et samarbeid med arbeidssedet om tilbakeføring og mestring av arbeidssituasjonen er nødvendig. Tilbud til skadet helsepersonell er arbeidsgivers ansvar. Det ville være naturlig at et slikt tilbud ble organisert gjennom bedriftshelse-tjenesten.

Overlege

Solveig Dahl

Sognvannsvn. 21, 0372 - Oslo 3

□



Foto: Sverre Folkedal



Om retten til bolig - og hvordan

NFPU/Kommuneforlaget:
"Min bolig er mitt hjem",
K-forl. 1988, 28 sider,
kr. 42.

Alminneliggjøring.

Dette studieheftet er ment å alminneliggjøre psykisk utviklingshemmede menneskers rett til egen bolig. Vi møter tre ulike kvinner i tre ulike bosituasjoner, henholdsvis egen innskuddsleilighet i kommunalt tilrettelagt borettslag, leid kommunal leilighet og egenkjøpt leilighet i blokk. Studieheftet er fra utgiverens side supplert med en video.

Studieheftet og tilhørende video viser på denne måten en solskinnshistorie fra hverdagsNorge.

Studieheftet forøvrig inneholder en lengre samtale med boligansvarlig i styret i NFPU (Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede, interesseorganisasjonen som har stått svært sentralt for å presse fram den vedtatte nedleggelsen av HVPU og overføring av ansvar til kommunene). Bjørg Brusevold (også mor til en voksen datter med psykisk utviklingshemming) uttrykker klart og utvetydig de krav til egen bolig som NFPU stiller i samband med reformen.

Fra ide til virkelighet.

Så langt, så godt: Men hva med overgangen fra ideenes verden til virkeligheten? Også dette temaet blir sjølsagt behandlet i heftet, under kapiteloverskrift: Utfyllende informasjon. Her blir det

betraktelig mindre av fastslåtte rettigheter for funksjonshemmede, og mer klart at det er mange hindringer før en psykisk utviklingshemmet står med nøkkelen til egen dør.

Men studieheftet lar ikke ansvaret for boliger flyte: Det er kommunens oppgave å møte boligkrav til vanskeligstilte.

Finansiering må i de aller fleste tilfeller skje gjennom de etablerte ordninger i Husbanken. Det er derfor viktig for alle som arbeider konkret med en enkelt boligsøkende funksjonshemmet, å ha nødvendig nærkontakt med Husbanken. Det er vanskelig å ha oversikt over de til enhver tid gjeldende regler for finansiering av ulike typer boliger. En gjennomsnittskommune vil ha fra 3-8 (i gjennomsnitt) psykisk utviklingshemmede mennesker som i samband med HVPU-reformen bør skaffes egen bolig. Det er som ledd i den prosessen at dette studieheftet har sin verdi. Dersom helsearbeideren er i tvil om det er riktig for alle å ha sitt egen hjem, om dette er gjennomførlig, og om det er økonomisk mulig: Ja, da er studieheftet (og videoen) til god hjelp.

Det er nok av helse- og sosialarbeidere som er skeptisk til HVPU-reformen i en økonomisk ulvetid. For dem er dette heftet viktig: Det er mulig å realisere egne boliger for en rekke sårt trenge medmennesker. Det krever arbeid, oppfinnsomhet, mot og inspirasjon.

Dette heftet gir mest av de to siste elementene. Svakheten blir selvfølgelig derfor at vanskelighetene tildekkes: kommunene har i dag en reell ressursmangel på sosialsektoren, låneordningene kan synes innfløkte, ansvarsoppgangen når det gjelder boliginitiativ i kommunene er uklart mv.

Dersom hver leser av studieheftet er med på å realisere en bolig i det kommende år, vil HVPU-reformen føre til et kvalitativt bedre liv for mange medmennesker.

Om du trenger inspirasjon til dette arbeidet: Kjøp heftet!

Overlege HVPU
Aslak Syse
Kirkenes Sykehus
9901 Kirkenes



Ved styremøte i NSAM 12. desember 1988 ble det tatt opp en del prinsipielt viktige saker som vi ønsker å referere kort til orientering til "Utposten's" lesere og evt. debatt.

1. Perinatal omsorg.

Mona Søndena, som er kommunelege I i Sør-Varanger og medl. av Finnmark fylkes perinatalutvalg, har oversendt kopi til NSAM's styre av sitt brev datert 26.09.88 til Helsedirektoratet. Brevet omhandler hennes refleksjoner etter deltakelse i Helsedirektoratets konferanse om perinatal omsorg i Stjørdal 14. - 16.09.88. Det fremgår av hennes brev at allmennpraktikerens rolle i svangerskapsomsorgen ble nærmest totalt neglisert, på tross av at de på landsbasis utfører hovedmengden av svangerskapskontrollene. Hun understreker allmennlegens store fordel ved kjennskap til kvinnen selv, familien, tidligere barn og levevilkår, samt den store interesse og opprustning innen svangerskapsomsorg i allmennpraksis de senere år. Hun nevner bl. a. at det i allmennpraktikerbiblioteket er kommet en egen bok om svangerskapsomsorg i allmennpraksis og at spesialistutdannelsen i allmennmedisin har et obligatorisk tema som omfatter dette emne. Som foredragsholdere og

deltakere på konferansen var allmennlegen nærmest glemt, og Mona Søndena anbefaler Helsedirektoratet å forbedre dette ved neste opplegg.

Formann i spesialitetskomiteen i allmennmedisin Arne Ivar Østensen har også motatt kopi av Mona Søndenas brev til Helsedirektoratet. I brev til NSAM's styre datert 26.10.88 gir han uttrykk for bekymring for den avskalling av arbeidsoppgaver fra allmennmedisin som stadig foregår på ulike områder. Han understreker at allmennlegen skal ha et helhetsansvar for sine pasienter, og at et listepasientsystem vil gi allmennlegen en helt annen gunstig posisjon enn i dag. Han oppfordrer NSAM til å arbeide aktivt for å bevare allmennmedisinens fagområde i samarbeid med spesialitetskomiteen og andre interesserte parter.

NSAM's leder Anne Hensrud og styret sier seg enig i de innvendinger og bekymringer som Mona Søndena og Arne Ivar Østensen har reist ang. innsnevring av det allmennmedisinske fagområde, avskalling av oppgaver og utvikling av særomsorger. Vi ønsker å motvirke denne utvikling og ber alle primærleger om å være bevisst på at lettvinne løsninger i dag kan bety en utarming av vårt fag i morgen.

Derfor er det så viktig å bevare helhetssynet og den store bredde innen faget som gir meningsfylt arbeid for allmennlegene og ivaretar KOPF-idealene ovenfor befolkningen. Det kan også nevnes at NSAM i samarbeid med OLL og APLF har planer om å starte en ny "tenkekomite" for å se på primærmedisinen/primærlegens rolle videre fremover.

2. Listepasient-systemet

En gruppe leger fra NSAM, APLF og OLL har i lang tid arbeidet med å få i stand et seminar om listepasientsystemet. Etter en del motstand fra sentralt hold innen DNLF er det nå klart med en viss økonomisk støtte til foredragsholdere inkl. en representant fra sekretariatets forhandlingsavd. Seminaret er et felles arrangement for NSAM, APLF og OLL og vil sannsynligvis bli avholdt 27.02.89 i Trondheim. Seminaret vil vare 1 dag og være begrenset med inviterte deltakere fra aktuelle spesialforeninger og avdelinger. Det vil bli invitert 5 deltakere fra henholdsvis NSAM, APLF og OLL, 1 deltaker fra PSL, OSF og Bedriftslegeforeningen, samt 1 deltaker fra hver avd. I tillegg vil hele sentralstyret bli invitert. Alle utgifter for deltakerne må dekkes av den forening eller avd. som vedk. representerer,

da det ikke har vært mulig å få økonomisk støtte til dette gjennom utdanningsfond eller reservefondet. NSAM og Spesialitetskomiteen i allmennmedisin oppfatter dette som en meget viktig sak for faget allmennmedisin. Den har stor fagpolitisk betydning for DNLF og spesialforeningene APLF og OLL. Det er derfor all grunn til å håpe på at dette seminaret kan føre oss noen skritt fremover i en sak som enkelte av oss har arbeidet for i over 10 år.

3. Norske primærlegers fellesorganisasjon.

Også dette er egentlig en gammel sak. I forbindelse med "tenkekomiteens" arbeid for 10 år siden nærmet APLF og OLL seg hverandre, slik at en sammenlutning så ut til å være mulig. Dessverre ble særinteressene for sprikende og kløften etterhvert større, slik at foreningene i noen år har hatt lite samarbeid. Dette synes å ha bedret seg i de siste par år, ikke minst ved fellesskapet gjennom NSAM og ved felles styremøter/observatører. Oll's tidligere leder DagBrekke har 04.11.88 sendt en betenkning til styrene i APLF, Norsk bedriftslegeforening, NSAM og OLL hvor han tar opp tanken om

en fellesorganisasjon. Dette ville utgjøre ca. 2000 enkeltmedl. eller ca 20 % av DNLF's samlede medlemsmasse. Bakgrunnen for forslaget er de mange felles interesser innen primærlegestanden, både i fagutvikling og utdanning, samt arbeidsmarked og ansvarsområde. Men det er også viktige forskjeller av økonomisk og helsepolitisk art som en må ta

hensyn til. Hensikten er å utnytte fellesskapets fordeler, men bevare noe av særpreget og forskjellen hvor det er ønskelig. Dag Brekke skisserer derfor 2 modeller for samarbeid som kan diskuteres og utvikles videre. Han foreslår at de nevnte foreninger oppnevner 2 representanter hver for å starte uforpliktende samtaler om mulighetene for en felles-

organisasjon for primærlegene i Norge. Saken er ikke styrebehandlet i NSAM ennå, men vil sannsynligvis bli tatt opp på neste styremøte 20.02.89.

For NSAM's styre

Åse Schrøder
8000 Bodø



KLAR BESKJED OM ET FØLSOMT EMNE

Utflod er det mest alminnelige underlivsproblem.

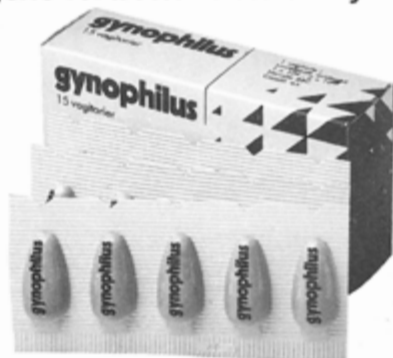
I kvinnens skjede finnes en bakterieflora som under normale forhold domineres av melkesyrebakterier. På denne måten dannes en barriere mot infeksjoner. Den naturlige balansen mellom melkesyrebakteriene og sykdomsfremkallende bakterier og sopp kan ødelegges av indre og ytre årsaker, f.eks. varme, stress, overdrevet intimhygiene, syntetisk undertøy, i forbindelse med menstruasjonen og etter en antibiotika-kur.

Ubalansen kan vise seg som økt utflod, svie og kløe. Gynophilus er stikkpiller med samme type melkesyrebakterier som normalt finnes i skjeden. Gynophilus gjenoppretter således balansen på en naturlig måte.

Gynophilus – som kan kjøpes på apotek uten resept – inneholder 15 stikkpiller, nok til 1 ukes kur.

Første gang du får økt utflod, svie eller kløe, eller hvis symptomene er annerledes enn tidligere, er det viktig at du tar kontakt med lege.

Det er også viktig å snakke med legen hvis plagene fortsetter tross en Gynophilus kur.



gynophilus

MELKESYREBAKTERIER – TIL NORMALISERING AV SKJEDENS NATURLIGE BAKTERIEFLORA.

ORGANON A.S · 1371 Asker

Kliogest®

(ØSTROGEN - GESTAGEN KOMBINASJONSPREPARAT)

Postmenopausal substitusjonsbehandling uten månedlige blødninger



Nøytral lipidprofil¹

1. Jensen, J et al, *Br J Obstet Gynecol*, 1987; 94: 130-35

Kliogest «Novo»

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F

TABLETTER: Hver tablett inneholder 0,02 mg østradiol og 2 mg noretisteronacetat.
EGENSKAPER: Klassifiseringskode: Østrogenprogestagenpreparat bestående av det naturlige humane østrogen 17- β -østradiol og progestagenet noretisteronacetat.
Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelssymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av en lav dose noretisteronacetat inducerer eller opprettholder et atrofiisk endometrium. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Hovedsaklig via urin.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.
Kontraindikasjoner: Ved kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometrium eller andre hormonavhengige tumorer skal det ikke gis østrogenbehandling unntatt i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Leverfunksjonsforstyrrelser. Nåværende eller tidligere tromboflebitt, tromboembolisk lidelse, cerebrovaskulær sykdom, koronararteriosklerose og klassisk migrene. Udiagnostisert, unormal genital blødning. Graviditet. Delvis synstap eller diplopi pga vaskulær eyesykdom. Porfyri.
Bivirkninger: Blødningsuregelmessigheter (spotting og gjennombruddsblødninger) samt brystspenning de første måneder er som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektøkning, hodepine, ødem eller kvalme kan forekomme. Blodtrykket har ikke steget under de utførte undersøkelser.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometriumcancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes, da østrogener har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Tilsetning av progestogen kontinuerlig med østrogen reduserer smidertidstiden for overstimulering og hyperplasi ved at endometriet omdannes til eller forblir atrofiisk. Anamnese: Det er holdningspunkter for at overvekt og antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometriumcancer, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfeller. Forsiktighet må også utvises ved

myomer/vekt av myomer. Pasienter med epilepsi, migrene, diabetes, astma eller hjerte- og lungesykdom bør kontrolleres omhyggelig, da østrogener evt. kan forverre disse tilstander. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammatumorer. Klinisk og gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig, minst 1 gang årlig. Seponeering: Ved tegn på tromboflebitt, tromboembolisk lidelse, akutt hepatitt, migrene lignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-6 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengelie eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, eller etter opphør av behandlingen, bør det foretas en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6-12 måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt. Interaksjoner: Samtidig behandling med rifampicin, antiepileptika og barbiturater kan medføre blødningsforstyrrelser. Dosering: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Behandlingen kan startes når som helst. Forglemsel: Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. Den innerste skiven på saken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står utenfor den glemte tablett. Ved uregelmessig tablettinntak kan det oppstå blødninger.

Pakninger: 28 tabletter i dispenser med avmerkede ukedager og 3 x 28 stk. i dispenser.

NOVO

Novo Industri A.S
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720



Brev fra leserne:

Hvorfor vi ikke drar til 12th WONCA World conference on family medicine i Jerusalem 28. mai - 2. juni 1989

Israels voldelige framferd i Gazastripen og på Vestbredden ryster nå en hel verden. Hver dag bringer TV og aviser meldinger om israelske soldater som lemlester og dreper unge palestinere. FN, Amnesty og Røde Kors er enstemmige i sin påvisning og fordømming av grove menneskerettsbrudd og tilsidesetting av internasjonale lover og konvensjoner i de okkuperte områdene.

Med vantro ser vi nå at Israel også avviser forsøk på å få løst denne ordartede konflikten. Fredsinitiativ som har verdensopinionens fulle støtte blir forkastet med forakt.

Det er beklagelig at WONCA har lagt sin verdenskongress til et så ladet politisk område, og til en delvis okkupert by. Lokaliseringen har, villet eller ikke villet, en klar politisk symbolverdi. Å delta på denne kongressen blir indirekte å støtte Israels undertrykking av palestinere.

Vi er inne i en avgjørende fase hvor det internasjonale presset mot Israel øker. Bare en ytterligere styrking av verdensopinionen kan få Israel til å legge om sin uforsonlige politikk. Og verdensopinionen er summen av enkeltmennesker som engasjerer seg.

Vi vil yte vårt lille bidrag til det internasjonale press ved å la være å delta på den 12. verdenskongress i allmenntmedisin i Jerusalem til sommeren. Vi vil sende melding om dette, med en kort begrunnelse til: The Secretariat, WONCA 1989.
P.O.B. 50006, Tel Aviv 61500 Israel.

Vi håper mange norske allmennpraktikere vil gjøre det samme.

Per Fugelli Kirsti Malterud Steinar Westin



"Skin Signs in AIDS" Text-book of AIDS/HIV infection-related dermatology. Kaare Weissmann, Carsten Sand Petersen, Jørgen Søndergaard og Gunhild Lange Wantzin. Munksgaards forlag 1988. 173 sider. Kr. 280.

Boken er skrevet på engelsk. Forfatterne er alle tilknyttet dermatovenerologisk avdeling ved Bispebjerg Hospital i København. I følge forordet er boken først og fremst beregnet på leger som bare møter få HIV/AIDS pasienter i sin praksis. Den skal hjelpe legene til å gjenkjenne symptomer fra hud og slimhinner som uttrykk for HIV/AIDS-smitte. Allmennpraktikeren vil ofte være den første som møter HIV-smittede pasienter. Selv om insidensen av HIV-smitte ennå er lav, er den økende og i ferd med å spre seg utenfor de tradisjonelle gruppene med høyrisikoadferd.

Allmennpraktikeren må derfor ha HIV-smitte in mente også når det ikke foreligger spesiell grunn til å mistenke HIV-smitte. I praksis betyr det at han/hun må bli flinkere til å spørre pasienten ut om risikoadferd og til å kunne gjenkjenne symptomer på HIV-smitte. Boken gir en oversiktlig fremstilling av de kliniske hudmanifestasjonene ved HIV/AIDS. Spesielt viktig er det å være klar over at HIV-infeksjonen kan debutere med et akutt influensalignende sykdomsbilde ledsaget av et exan-
them. Det akutte HIV-

exantheme beskrives grundig og er bra illustrert. For allmennpraktikere som har oppfølging av HIV-smittede er hudsymptomer viktige prognostiske markører. Boken gir en god oversikt over disse symptomene. For hvert sykdomsbilde diskuteres etiologi, kliniske manifestasjoner, histopatologi og behandling. Siste delen av boken omhandler mere generelle aspekter ved HIV/AIDS-infeksjonen som virologi, serologi og en oppdatering av antiviralbehandling.

Boken er lettlest og oversiktlig med et befriende kortfattet og presist språk. Den inneholder 144 farveillustrasjoner og egner seg derfor ypperlig som oppslagsbok. Litteraturen om HIV/AIDS er på kort tid blitt enormt omfattende og det er vanskelig for den enkelte legen å prioritere.

Jeg vil imidlertid anbefale boken fordi den virker faglig solid, samtidig som den er oversiktlig og lettlest og kan brukes som en grei oppslagsbok.

**Bydelslege
Sonja Fossum
Sandaker Helsecenter
Oslo**

pt. overlegevikar
Seksjon for tiltak mot AIDS
Miljøetaten Oslo kommune
St. Olavspl. 5
0165 Oslo 1



TETRALYSAL®

(lymecyclin)

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.

Tetralysal «Farmitalia»

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 lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid*, Chemotherapy 31:261–65, 1985. (3) A. Pines et al.: *Antiviot. Regimes in Severe and Acute 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 bör väljas*, Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.



Planlegging i kommunehelsetjenesten

Werner Christie: Politikk og fag på samme lag?
TANO 1988. 224 sider.
Pris: Kr. 178.

Boka med den noe misvisende tittelen er en systematisk gjennomgang av problemer knyttet til planlegging i kommunehelsetjenesten. Boka er delt i tre hoveddeler. Første del drøfter det terrenget planleggeren befinner seg i og identifiserer både hengemyrer og krevende partier. Andre del gjennomgår hovedmålene for helseplanleggingen, hvilke poster man må stemple på. Tredje del er en instruksjon i bruk av kart og kompass og gjennomgår især bruk av tilgjengelige data i praktisk planlegging.

I følge forfatteren henvender boka seg først og fremst til helsepersonell med administrativt og faglig ansvar for kommunehelsetjenesten.

Forfatteren går svært grundig til verks. Selv om boka tar et teoretisk utgangspunkt, er den imidlertid lettlest. Dette skyldes delvis at den er meget logisk oppbygd med resonnementsrekker som blir grundig, men lettfattelig, gjennomgått. Dette gjør lesingen stimulerende og morsom. Forfatteren har et svært godt tak på språket og fristes aldri til ulne formuleringer. Han klargjør alltid premissene sine, og konklusjonene er glassklare. Det er vanskelig for denne anmelderen å skjule sin begeistring. Jeg synes jeg lærte svært mye. Bokas styrke, klarhet, gjør det også

lett å se dens grunnleggende svakhet. Forfatterens hovedpremiss, som aldri blir drøftet, er at loven om kommunehelsetjenesten er et enormt gjennombrudd for primærhelsetjenesten i landet, uten forbehold. I en slik kontekst vil alle de problemene vi i dag opplever i kommunene naturlig nok bli redusert til et spørsmål om å bli flinkere til å gjøre jobben vår, bli flinkere til å samarbeide, flinkere til å planlegge.

I den siste medisinalmeldingen fra Fylkeslegen i Telemark heter det: "Det ser ut til å bli skapt en myte ved gjentatte påstander fra Kommunenes sentralforbund at fylker og kommuner selv er i ferd med å bygge opp en samfunnsmedisinsk kompetanse. Som redegjort for ovenfor ser det tvert imot ut til at de samfunnsmedisinske arbeidsområder på grunn av de administrative forhold mange steder "flyter" mer enn noen gang".

I forfatterens kontekst blir svaret på dette bedre lokal planlegging, hver på vår kant.

Dersom forfatteren har valgt å ta utgangspunkt i virkeligheten i dagens kommunehelsetjeneste, og dersom han hadde valgt å se kritisk også på lovverk og strukturer, kunne vi fått en bok om planlegging som ikke beveger seg til siden for det denne anmelderen oppfatter som de reelle problemene.

**Kommunelege
Gunnar Strøno
3660 Rjukan** □





Hva vil du si nei til?

Vi diskuterer prioriteringer på flere nivåer i det norske helsevesen. Vi må se på våre valg i dette perspektivet - både i vår kliniske hverdag og i vårt samfunnsmedisinske arbeid. Utposten vil derfor i en tid framover utfordre våre lesere med spørsmålet: "Hva vil du si nei til?" Først ute i denne spalten er Janecke Thesen.

Gammel vane vond å vende - eller ...?

Veiledende retningslinjer, handlingsprogrammer, konsensuskonferanser, dette er tildels nye termer som vitner om at medisinen ikke lenger er som den var. Den kan ikke lenger være basert ene og alene på det kliniske skjønn, noen må samle all informasjon som akkumuleres gjennom forskning og klinisk praksis. I samhandling mellom de faggrupper som har ansvar for pasienten må det lages en praktisk rettet syntese av det vi vet. Lokal tilpasning av slike handlingsprogrammer må gi de daglige retningslinjer for hvordan de enkelte pasientgrupper bør håndteres, og et grunnlag for våre anbefalinger til den enkelte pasient.

Noen hilser slike handlingsprogrammer velkomne, andre ser på dem som utidig innblanding i den kliniske frihet. Uansett tror jeg de er kommet for å bli. Forutsatt regelmessig revisjon sikrer de i hvert fall at de av oss som velger en annen strategi i en gitt klinisk situasjon må kunne begrunne hvorfor - i hvert fall for seg selv.

Ett slikt handlingsprogram kom i 1984: Handlingsprogram ved svangerskapskontroll.(1) Det er svært detaljert og inneholder bl a en detaljert tabell over anbefalte kontrollintervaller for gravide. Hovedprinsippet er "Omsorg etter grad av risiko". Friske flergangsfødende uten komplikasjoner i tidligere svangerskap kan klare seg med færre kontroller enn de tidligere obligatoriske 12-14 når de ellers lever i gode kår. Programmet legger opp til 8 kontroller for disse kvinnene, 12 for førstegangsfødende uten økt risiko.

Jeg har sett på dette som et skritt i positiv retning. Delvis frigjør det tid til de som trenger litt ekstra, og delvis er det med på å motvirke unødig medikalisering av normale svangerskap. En gravid trenger mye fra sine omgivelser, men det er ikke sikkert at det er oss hun trenger mest!

Stor var derfor min forbauselse da jeg ved samtaler med flere kolleger og jordmødre forsto at de IKKE følger handlingsprogrammet på dette punktet. De fleste har lest det og følger det i store trekk. Men IKKE på dette punktet. De hevder at de føler seg utrygge på om de gir et godt nok tilbud med

så få kontroller. Noen sier også at kvinnene gir uttrykk for at det blir for sjelden, hvordan kan legen vite at det ikke skjer noe galt når det går 2 måneder mellom kontrollene?

Min erfaring er den motsatte. Ved å forklare at opplegget følger en bestemt plan som spesialister og primærleger er enige om trygges de gravide kvinnene. Kombineres dette med en åpen og lyttende holdning og en klar oppfordring om å ringe hvis det er noe tror jeg vi gir et BEDRE tilbud. (Men da må selvfølgelig kvinnen tas på alvor den dagen hun virkelig tar kontakt.) Jeg kan ikke huske eksempler fra praksis eller perinatale komiteer som viser at vi gjør en dårligere jobb ved å tilpasse kontrollintervallet på denne måten. Gjør du?

Men spørsmålet gjenstår. Vi har fått et handlingsprogram som gir oss en mulighet til å FRIGJØRE tid. Men noen av oss gjør det ikke. HVORFOR?

Tør vi ikke stole på at handlingsprogrammet er trygt nok, eller er det lite kjent?

Er vi uenige i at det skal lages handlingsprogrammer, og boikotter det derfor?

Er vi redde for å miste de gravide til andre profesjoner (jordmødre) eller til egenomsorg?

Har vi en så slitsom hverdag at de gravide kvinnene representerer et lyspunkt vi nødvendig vil miste?

Tror vi innerst inne at mest er best?

Ikke vet jeg, men jeg blir veldig nysgjerrig. Vet DU?

1. NOU 1984:17. Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. Norges offentlige utredninger, Oslo. Universitetsforlaget 1984.

Kommunelege
Janecke Thesen
5890 Lærdal



Leger og likestilling.



Astrid Nøklebye Heiberg er professor i psykiatri i Oslo. Fra 1981 statssekretær i Sosialdepartementet, fra 1985 stortingsrepresentant for Høyre.

Fra et mannsdominert medisinsk miljø til..?

Foredrag på likestillings-konferanse
Den Norske Lægeforening, 10. oktober 1988.

Av Astrid Nøklebye Heiberg

Det skjedde noe forferdelig ved medisinerstudiet i Oslo sist høst, - kvinneandelen røk opp i 60 %, neste år må vi ha kjønnskvote for menn. Hvor vil dette ende? Kvinnedominansen truer.

Nå hørte man på konferansen i går at det ennå er en stund til så galt er skjedd, men likevel, enkelte mer eller mindre lystelige spørsmål melder seg umiddelbart:

- Vil kvinnedominansen gjøre det enda vanskeligere å få leger ut i distriktet?
- Vil en kvinnedominans forslumme legestanden, og føre til at yrkets status og lønn vil synke?
- Vil kvinnene gå inn i styre og stell av organisasjonene og sykehus? Hvordan vil det gå da?
- Vil kvinneinmarsjen føre til at fagene mister eller i alle fall forandrer sitt innhold.
- Vil de dyktige mennene forsvinne når kvinnene kommer inn?

Vil kvinnedominans gjøre det enda vanskeligere å få leger ut i distriktene?

For noen år siden hadde jeg en givende samtale med en rektor ved et polsk universitet. Han fortalte at de hadde store problemer med legedekningen i Polen. Fordi størstedelen av legene var kvinner ville de holde seg i byene hvor

ektefellen kunne få jobb, der det var skoletilbud til ungene, i det hele, alt det tradisjonelle ved kvinnerollen som også preget de kvinnelige legene, gjorde situasjonen helt umulig for samfunnet. Det var vel og bra med kvinner, men han hadde også et samfunnsansvar som tynget ham.

Dette er en av mine store a-ha-opplevelser. Han var en veldig skikkelig, ordentlig, hyggelig og kritisk vitenskapsmann. Men han hadde ingen forestilling om at vi i Norge på samme tidspunkt hadde nøyaktig de samme problemene med legedekningen, faktisk litt verre, med en legebefolkning som har en like stor overvekt av menn som Polen hadde av kvinner. Det må være andre forhold enn kvinnespesifikke situasjon som bestemmer valg av arbeidssted, selv om hans forklaring i seg selv lød bra nok. Det er bare ikke slik. Så vidt jeg husker var han ikke særlig mottakelig for informasjon om at vi hadde samme problem med motsatt kjønnsfordeling, hos ham var det kvinnelige adferdsmønster som var problemet. "Forstyrr ikke mine fordommer med facts!"

Vil en kvinnedominans forslumme legestanden, føre til at yrkets status og lønn vil synke?

Se til Øst-Europa. Der er 2/3 av legene kvinner, og hvordan står det til? Jo takk, bare dårlig. Legeyrket er lavstatusyrke, de har lav lønn, lav prestisje, dårlige arbeidsforhold, stort sett er det et ganske grått og forslummet helse-system med lange køer unntatt for de spesielt fortjente som har innflytelse og forkjørrett. Men igjen: Kanskje er det andre fellesnevne som skaper problemene, slik som mangel på arbeids glede og arbeidsmoral, jantelovens våte, grå ullteppe som kveler enhver trang til å stikke seg frem, til å tro at man er noe. Kanskje er det slike forhold som også preger legestanden, på samme måten som den preger jordbrukerne, entreprenørene og resten av samfunnet. Kanskje er det ikke kvinnene som har skylden, kanskje er de bare en del av det større system, av det samfunn der det nå ropes på perestrojka.

Men på den annen side vet vi jo at kvinneyrker er lavtlønns- og lavstatusyrker - trøste- og bæreyrkene har aldri fått særlig lønn på jorden. Det er så. Men jeg tror ikke kvinnene vil finne seg i det lenger. Hvorfor hadde vi lærerstreik og sykepleieraksjon, hvorfor samler kvinnene seg om å endre Folketrygdens grunnprinsipper? Fordi man ikke lenger godtar lavtlønn, fordi man ikke lenger vil ende opp som minstepensjonister. Tradisjonelt har man fått bedre lønn for stell og pass av maskiner enn for stell og pass av mennesker. Og tradisjonelt er det menn som passer maskinene og kvinnene som passer menneskene. Men selv om legeyrket skulle bli et kvinneyrke, tror jeg at den tid er forbi da kvinneyrket er det samme som lavtlønnsyrker. Når kvinnene først blir hisset opp, kan vi bli ganske farlige. Og fordi vi ikke egentlig har noen tradisjon på å tilpasse oss de vanlige spilleregler ute i organisasjonslivet, vil en oppildnet kvinnegruppe kunne gå langt videre i sine krav og sine virkemidler enn man tradisjonelt har kunnet hitil i yrkeslivet. Tenke bare på sykepleieraksjonen.

Min konklusjon på disse første par spørsmålene er derfor at jeg ikke tror at et øket kvinneinnslag i det medisinske miljø vil skape økte sosiale problemer, hverken for samfunnet generelt eller for legestanden spesielt.

Vil kvinnene gå inn i styre og stell av organisasjonene og sykehusene? Hva vil det føre til?

Kvinnene vil nok komme til å gjøre slutt på mannsdominansen innen legeforeningen, innen spesialitetene og innen sykehusorganiseringen. Vi har ennå ikke hatt noen kvinne som president for foreningen, men de kommer sikkert på samme måte som vi etter hvert har fått en rekke kvinner som ledere i de ulike spesialistforeningene. Sannsynligvis får vi også flere kvinner som sjefsleger, avdelingsoverleger. Svært mange kvinner som har prøvd seg i administrasjonen, oppdager at de trives med det, og at de er flinke. Noe av hemmeligheten ligger i at god ledelse egentlig bygger på de samme grunnprinsipper som god barneopp-



Tegning: Ninni Nerdrum

dragelse: Oppmuntring og delegering fremmer vekst og modning så langt det går, klare grenser, konsistens og forutsigbarhet gir trygghet, klare mål og klare prioriteringer, hele tiden oversikt, følge med, lytte, - ganske særlig når det er mistenkelig stille, og gjennom det hele; store doser med varme, belønning, ros og kos. Det er god barneoppdragelse, og det er godt lederskap. Her har de fleste kvinner langt bedre trening enn de fleste menn. Trenger egentlig kvinnene de flotte Solstrand-kursene? De fine Time-managerene er egentlig bare en litt bearbeidet og bærbar utgave av oppslagstavlen på kjøkkenet over hvem som skal gjøre hva og når. Så kanskje man skal droppe noen Solstrand-kurs og gå på kjøkkenet istedet?

Vil kvinneinmarsjen føre til at faget mister, eller i alle fall forandrer sitt innhold?

Ja, det blir nok en forandring. Kvinner som gruppe har større tendens til å se og tenke i funksjon, de leter etter sammenheng, mening, kontekst. Ofte vil det kunne føre til en opplevelse av at oppgavene er overmektig store, ved at man passiviseres i sitt forhold til dem.

Min store lærer i obstetrikken, professor Schjøtt-Rivers beskrev tiden før mennene kom inn i obstetrikken omtrent slik: "Der hadde de sittet (kvinnene) i årtider ved den fødendes side. Og hva hadde de sett? Jo, de hadde sett at før fødselen gikk hodet frem, så gikk det litt tilbake, og så kom det frem påny! Og det var *alt!* Og når noe gikk galt, var det intet de kunne gjøre, *intet*, annet enn å *gråte*". Nå må det sies til kvinnenes unnskyldning at de fikk ikke adgang til universitetet, de fikk ikke se obduksjoner, hvordan folk så ut inni, så de kunne vel ikke gjøre stort annet enn å sitte utenfor å betrakte.

På den annen side; det er vel heller ikke tilfeldig at mennene med sin tradisjon innen teknologi og annen redskapslære kom inn med tenger og skalpeller og det som verre var, og nå regner ingen med å dø i barsel. Det har vi vel først og fremst mennene å takke for....

I og med at mennene så til de grader har overtatt det medisinske samfunn, er

det også noe vi har mistet underveis, noe om sammenheng, mening, helhet, som kanskje særlig kvinnene leter etter.

"Hvordan går det med seksuallivet når man har fremlagt tarm midt på magen?" spør den kvinnelige legen, og så legger hun tarmen på siden og livet blir vesentlig lettere for pasienten.

"Hva er det kvinnene aller helst vil ha hjelp til når hun søker lege i allmennpraksis", spør den kvinnelige allmennmedisineren, og så får hun innblikk i engstelse for datterens alkoholisme, for pengeproblemer, og for såkalte "dumme" bekymringer som er plagsomme nok, men som ikke passer inn i noe diagnostisk skjema.

Kvinnelige leger spør oftere etter funksjon, og etter mening. Det betyr ikke at ikke mange menn også gjør det, eller at noen kvinner slett ikke gjør det. Men jevnt over, som en del av kvinnekulturen bringer de kvinnelige leger med seg spørsmålet om mening, sammenheng og funksjon. Det er det praktiske innhold når man ofte sier at kvinner ser oppgavene fra en noe annen synsvinkel enn menn gjør.

Relasjoner, forhold mellom mennesker er også sentralt i kvinnekulturen. Det sies ofte at kvinner er mere opptatt av det som skjer underveis enn av å komme frem. Vi er mer prosess- enn produktorienterte. Prosess inneholder kommunikasjon; snakker vi om det samme? Forstår vi hverandre? Kvinnelige leger er nok oftere opptatt av kommunikasjon og dermed av informasjon. "Forteller du prostatectomerte menn at de blir sterile?" ble det spurt. "Nei", sa den mannlige legen, "det er ingen grunn til å skape unødig bekymring". "Ja", sa den kvinnelige legen, "det må da være nyttig å vite det enten det oppfattes som et gode eller et onde".

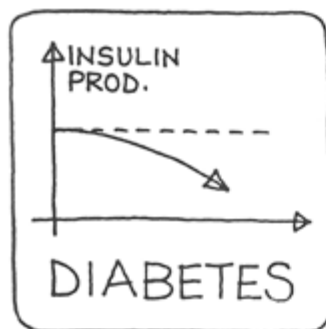
I undersøkelser om hva pasienter ønsker seg fra legenes side, er det først og fremst viktig at man får skikkelig behandling, at legen er flink, kan sitt fag. Men etter det kommer to andre ønskemål: At behandlingen skal være tilgjengelig, og at man blir skikkelig informert ut fra sine behov. Når det gjelder kunnskaper, tror jeg menn og

kvinner stort sett er like gode. Når det gjelder tilgjengelighet tror jeg de er like dårlige. Når det gjelder informasjon ut fra pasientenes behov, tror jeg kvinner nettopp med bakgrunn i sin kultur har en del å tilføre.

Vil de dyktige mennene forsvinne når kvinnene kommer inn?

Ofte har man en tendens til å se likestilling som noe som går utover andre. Det blir et slags hydraulisk system, når det ene går opp, går det andre ned. Jeg tror det er bedre og riktige å se det som et berikelsesprinsipp. Vi trenger både teknologi og funksjon. Både teknikk og omsorg, både det tradisjonelle mannsperspektiv og det tradisjonelle kvinnespektiv. Vi kommer for fullt nå, kjære mannlige kollega. Men vi kommer ikke for å ta deg, vi kommer for å være med, for å utvide perspektivet. Det er bra, det er et gode både for dere og oss, og det er ikke minst et gode for pasienten.

Stortingsrepresentant
Astrid Nøkleby Heiberg
Stortinget, Oslo



Nytt fra Referansegrupper

Evaluering av handlings-program for diabetes

NSAM's handlingsprogram for diabetes ble lansert i sept. 88, og sendt ut til alle allmennpraktikere og til spesialister ved indremedisinske- og barneavdelinger. Målet med programmet er å høyne kvaliteten på diabetesomsorgen i allmennpraksis gjennom bedret oppsporing, utredning og behandling av diabetikere.

Det er lagt opp til en revisjon av programmet i 90-91. En viktig forutsetning for revisjon og fortsatt utsendelse, er at programmet har den ønskede effekt. Det er derfor helt nødvendig å foreta en evaluering, og denne er planlagt gjennomført som en spørreskjema-undersøkelse i løpet av 89. Som et ledd i denne undersøkelsen er vi svært interessert i å få flest mulig kommentarer angående programmet. Dette vil lette arbeidet med å videreutvikle handlingsprogrammet slik at det blir brukervennlig og slik det får størst mulig gjennomslag i allmennpraksis.

Gjennom evalueringen håper vi også å få frem data om hvilke forhold som virker positivt og negativt inn på bruken av handlingsprogrammet. Svenske undersøkelser har vist at kunnskap og handlingsprogram alene ikke er nok for å ta det i bruk. Det krever omstrukturering av eget arbeid og praksis, spesielt med henblikk på hjelpepersonellens rolle. Vi vil derfor anbefale at man setter av tid til gjennomgang av handlingsprogrammet i praksisen sammen med hjelpepersonellet, og ser på

hvordan man kan endre praksisrutiner og organisering for på den måten å bedre diabetesomsorgen i ens praksis. En slik prosess kan gi hjelpepersonellet spennende jobbutviklingsmuligheter, det kan få en selv til å se kritisk på bruken av egen tid og ressurser, og det kan virke positivt inn på trivsel og samarbeid i praksisen.

Foreløpige kommentarer og forespørslers angående diabetesprogrammet bes sendt til

Kristian Midthjell,
Nordgata 31, 7650 Verdal.

For diabetesgruppen

Kommunelege
MF de Vibe
Myrvn. 15d
9500 Alta



Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

1341

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

2050 JESSHEIM

Innhold: Utposten nr. 2 1989

Leder Gunn Aadland og Marit Hafting	side 51
HIV-screening av gravide - eit nyttig tiltak? Grete Riise	side 52
Legen, torturist eller terapeut? Åse Berg	side 56
Hverdagsklinikk: Traksjonsperiostitis tibia Jorunn Ytrejord	side 60
Primærhelsetjenesten under kommunal forvaltning Tor Inge Romøren	side 62
Det psykiatriske sykehjem - en institusjon med utviklingsmuligheter Egil Myklebust	side 68
Kasustikkspalten Schancke Olsen	side 72
Vald og overgrep i familien Lydle	side 74
Bokomtale Inger Marie Steinsholt	side 78
Vold som yrkesskade Solveig Dahl	side 80
"Lure løsninger og fikse finesser" Harald Reiso	side 82
Bokomtale Aslak Syse	side 83
Nytt fra NSAM Åse Schrøder	side 84
Bokomtaler Sonja Fossum, Gunnar Strøno	side 88
Prioriteringsspalten Janecke Thesen	side 91
Leger og likestilling Astrid Nøklebye Heiberg	side 92
Nytt fra referansegrupper Mf de Vibe	side 95

Postverket
Etiketten kan tas av
og settes på igjen.
APEN SENDING
Kan kontrolleres av