

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1989

ÅRGANG 18



Foto: Kari Bergsjø

Hovedtema: Kreft

Den synd det ikke finnes tilgivelse for.

Både legene og deres pasienter forventer at legen skal være perfekt.

Ingen er forberedt på å akseptere slike enkle livsens sanninger som at leger - som alle andre - gjør feil. Selve legearbeidets natur gjør at vi daglig tar avgjørelser av ytterst alvorlig karakter.

Og muligheten for å gjøre en alvorlig feil er alltid tilstede.

Som praktiserende primærleger arbeider vi i en situasjon hvor enhver av de mangfoldige avgjørelsene vi hver dag må fatte, innebærer muligheten for drastiske konsekvenser.

Og det er høyst sannsynlig at vi før eller siden vil gjøre en feil som kan skade en annen person alvorlig.

Hvordan skal vi leve med det?

Og hvordan skal det være mulig å fortsette i den daglige praksisen og eksponere seg selv på ny?

Hvordan skal vi kunne se på oss selv som helbredere og overleve inni oss med all denne skyldfølelsen?

Utrolig og smertefullt nok er vi leger nesten enda dårligere forberedt til å ta hånd om våre feil enn den gjennomsnittlige legmann.

Klimaet i det medisinske studium og i sykehuset gjør det nesten umulig å konfrontere de følelsesmessige konsekvensene av våre feil.

Den medisinske profesjon synes simpelthen ikke å ha noe rom for sine mistak. Det er ikke tillatt å snakke om sine feil, - ingen måte å luften følelsesmessige responser. Sant og si kan det noen

ganger kjennes som om det å gjøre feil, faller i samme kategori som å synde etter bibelske normer; det er tillatt å snakke om det bare når det hender andre.

Hva gjør vi så med det? Enhver lege vil gå gjennom hendelsesforløpet og prøve å finne ut hva som skjedde/ hva som kunne vært gjort annerledes. Det er uomgjengelig nødvendig for å hindre gjentakelser. Men dette er ofte ikke tilstrekkelig. Hva skal vi gjøre med den syndflod av skam, angst og skyldfølelse som velter fram og kontinuerlig truer med å rive grunnen under føttene på oss?

Vi trenger først og fremst å erkjenne problemet, - ikke minst det allmenngyldige i det. For det andre trenger vi å snakke om dette, om denne typen situasjoner, for å "avmystifisere" dem. Og ikke minst trenger vi å bearbeide våre egne psykologiske reaksjoner.

Her er det behov for forpliktende kollegiale ordninger som kan gjøre det lettere å få gjort denne jobben.

Dette nr av UTPOSTEN har kreft som hovedtema, og kreftdiagnostikken er utvilsomt det område som sterkest provoserer fram legens frykt for å gjøre feil, derav ovenstående refleksjoner.

Ansvarlige for temadelen har vært:

Signe Flottorp, Reidun Førde og Anne Katrine Nore.

Mette Brekke/Berit Olsen

(ansvarl. red. for dette nr)

Redaksjonen er avsluttet 21. april

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

Leder:

Kreft er eit sentralt tema i allmennpraksis, eit tema som har angsten nært knytta til seg.

Kreftangst er kontaktårsak for svært mange pasientar der vår jobb ofte blir å berolige, å avkrefte diagnosa og å avdekke forhold som er dei eigentlege årsakene til angsten.

Å oversjå ei kreftdiagnose, på den andre sida få alvorlege konsekvensar for lege-pasientforholdet og for vårt faglege sjølvbilde. Kreftspøkelset ligg ofte på lur i møtet med vanskelege pasientar og bidrar til at pasienten blir sendt gjennom kostbare og tidkrevande undersøkingar på tvilsom indikasjon.

Å reagere adekvat på tidlege kreftsymptom er ei fagleg utfordring for oss i allmennpraksis, og mykje av utdanninga vår har vore retta inn på dette. Omsorga for den langtkomne kreftsjuke pasienten representerer ei like stor utfordring, og denne delen har vi lært mindre om.

Dei fleste alvorleg sjuke ønskjer å få vere heime så lenge som muleg dersom dei får tilbod om det. Her blir ofte allmennpraktikaren sentral.

Dette arbeidet stiller store krav til oss, til dei medisinske kunnskapane våre, evna til å samarbeide med andre deler av hjelpeapparatet, og arbeidet kan

vere tidkrevande. Til slutt er møtet med den dødssjuke pasienten og familien krevande reint menneskeleg fordi egne kjensler av sorg, angst og hjelpeløysse ofte blir mobilisert.

Å bidra til å gjere den siste tida best muleg for den kreftsjuke pasienten, er imidlertid eit arbeid som alltid opplevest meiningsfylt og som oftast gir minst like mykje tilbake som det kostar.

**Signe Flottorp,
Anne Katrine Nore
og Reidun Førde.**



Hva er viktigst i en allmennpraktikers kreftdiagnostikk?



Knut Arne Holtedahl

Av Knut Arne Holtedahl

Det viktigste er selvfølgelig at du tilpasser din diagnostikk til den pasienten som kanskje har kreft og som sitter foran deg akkurat nå. Her er i tillegg et utdrag av råd som er nyttige i den forstand at de er enkle, lite tidkrevende og det er ofte mye terapeutisk å hente. Noen råd er velkjente, andre mer oversett. En del av rådene omhandler optimal undersøkelsesteknikk. For noen av de mest velkjente rådene kommer det stadig ny dokumentasjon av at vi forsømmer oss (eksplorasjon ved rektalkreft, henvisning/kontroll ved mulig brystkreft). La oss bedre på det!

Kreft i colon/rectum (og prostata):

Aldri henvisning til colonoskopi eller rtg. colon uten eksplorasjon først.

Rektaleksplorer med pasienten stående framoverbøyd, albue støttet på undersøkelsesbenk. Undersøk hele cirkumferensen, hos menn også prostata. Alternativ: gynekologisk leie med benstøtte. Hos kvinner undersøkes rectum separat når det er indikasjon for rektalundersøkelse. Eksplorasjon av pasient i ryggleie på vanlig benk kan brukes til å vurdere oppfylninger i Fossa Douglasi/fossa rectovesicalis, men gir oftest for dårlig inntrykk av rectum/prostata.

Lær å rektoskopere. Kjøp engangsutstyr hvis du ikke har det.

Undersøk liberalt på okkult blod i avføring og følg opp positive tester. Vær nøye med dietinstruksjon/testmetodikk.

Testikkelkreft:

Økt oppmerksomhet mot denne kreftformen pga. glimrende helbredelsesmuligheter som reduseres hvis sykdommen er langt framskredet.

Skikkelig testikkelundersøkelse på liberal indikasjon hos menn 15-50 år: Testisretensjon i sykehistorien (spør!) Enhver skrotallidelse. Epididymitter kontrolleres til helbredelse. Uklare, vedvarende rygg smerter (selv fjernmetastaser betyr ikke tapt slag ved denne sykdommen).

Malignt melanom:

Inspiser i skarpt lys for å vurdere fargevariasjon og andre uregelmessigheter.

Mål lesjonene i millimeter for evt. senere kontroll.

Prognose er relatert til dybdevekst. Det er derfor nyttig å kjenne de histologiske hovedtypene:

- Superfisielt spredende melanom: Hyppigst. Særlig fargevariasjon og/eller størrelsesvekst/uskarpe grenser.
- Nodulært melanom: Nest hyppigst. Aggressiv dybdevekst. Mistanke ved elevasjon over omgivende huds nivå. Velavgrenset. Mindre fargevariasjon.
- Lentigo maligna: Ofte ansikt hos eldre personer, mynstore lesjoner.
- Akralt malignt melanom: Fotsåle, håndflate, negleseng. Se etter!

Brystkreft:

Ved palpabel kul: alltid henvisning til kirurg.

Når pasienten har symptom fra bryst og du ikke kan påvise kul, eller du er overbevist om at forandringer du palperer er benigne: Alltid kontroll hos deg selv hvis du ikke finner grunn til henvisning.

Mammografi bør antakelig rekvireres hvis kvinnen er over 50 år, særlig hvis hun er overvektig eller har født færre enn to barn, eller fikk første barn etter fylte 30 år. Mammografi hos premenopausale hvis mor eller søster har hatt brystkreft. Men gjør klinisk kontroll uansett resultat av eventuell mammografi.

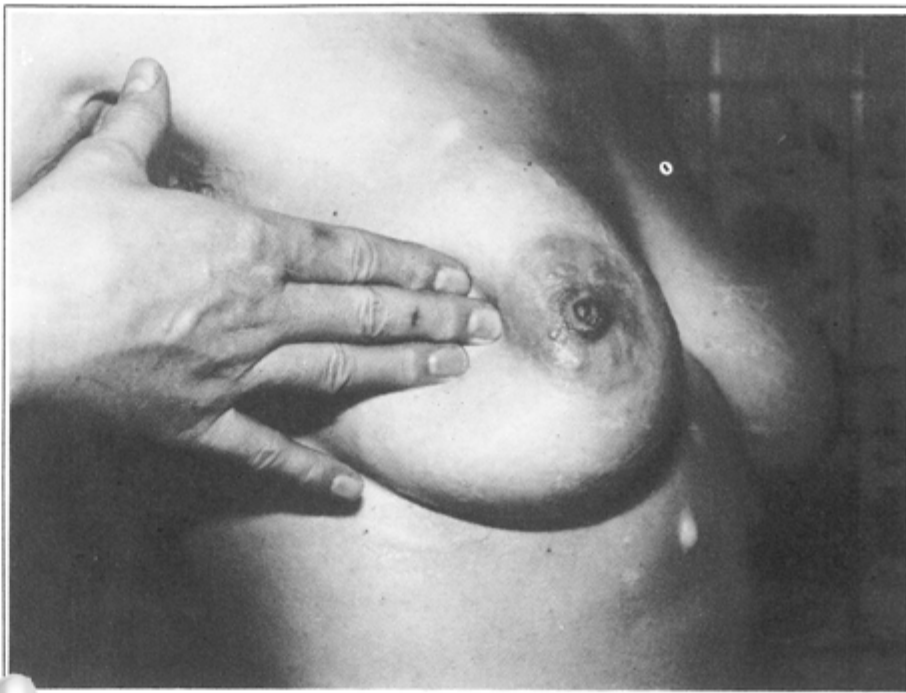


Foto: Svein Magnussen

Ved kontrollen bør du instruere i selvundersøkelse hvis kvinnen er over 35 år. Bedret overlevelse er ikke vist og kommer av metodologiske grunner neppe til å bli vist hos kvinner som praktiserer regelmessig selvundersøkelse, men diagnostikk i tidligere stadium er dokumentert. Hos kvinner under 35 år vil økt antall tvilsomme biopsier og mammografier antakelig spise opp mulig gevinst ved selvundersøkelse.

Livmorhalskreft:

Ved cytologisk prøve: Få med celler fra transformasjonssonen, dvs. overgangen mellom plate- og sylinderepitel. Det er her celleforandringene starter. Etter første fødsel er cervix ofte endel evertet, og transformasjonssonen er synlig.

Metode:

- Spatel skraper hele cirkumferensen av ektocervix. Stryk ut på ene halvdel av objektglasset.
- Børste roteres i endocervix. Stryk ut på den andre halvdel av objektglasset.
- Rask fiksering.

Prøve fra fornix kan sløyfes, i hvertfall hvis du er nokså sikker på at du fikk med materiale fra transformasjons-

sonen. Prøvetakingsområder anmerkes på remissen.

Fortsett prøvetaking med 3-4 års intervaller inntil to prøver er tatt etter fylte 60 år.

Det er ikke avklart hvor lenge prøvetaking optimalt bør pågå, men risikoen for senere cervixcancer er minimal med to negative prøver etter fylte 60 år. Uansett alder gjelder at jo færre prøver som er tatt tidligere, desto sterkere er indikasjonen for å få tatt cytologisk prøve.

Kreft hos barn:

Rød refleks ved alle helsekontroller av spedbarn (retinoblastom).

Flankepalpasjon ved alle helsekontroller av småbarn (Wilms tumor og andre årsaker til nyreforstørrelse).

Hb/leukocytter/blodutstryk/evt. trombocytter på liberal indikasjon ved allmennsymptomer hos barn (stikk i fingeren tilstrekkelig).

Barn med hodepine av uklar årsak trass i god anamnese/undersøkelse tas tilbake til kontroll hvis du ikke henviser.

Generelt:

Følg opp eller finn en forklaring på lav hemoglobin/høy SR-reaksjon.

Ha mer respekt for persisterende symptomer enn for negative undersøkelser.

Forsøk å vurdere resultatet av enhver undersøkelse i forhold til antatt sensitivitet og spesifisitet: Enhver undersøkelse kan gi falskt negativt eller falskt positivt resultat.

Vil du vite mer? Kjøp "Kreftdiagnostisk håndbok" (1).

I. Holtedahl KA. Kreftdiagnostisk håndbok i allmennpraksis. Oslo: TANO 1987.

Knut Arne Holtedahl, s/c Texier, 20 Av. d'Ivry, Appt. 2245, 75013 Paris, Frankrike - vanligvis kommunelege i Tromsø.

□

Kreft i allmennpraksis



Sverre Lundevall, f. 1950. Med. emb. ex. Oslo 1976. Kommunelege i Tromsø 1983-88. Fra høsten -88 stipendiat ved allmennmed. seksjon inst. for samf. med. Tromsø.

Refleksjoner ut fra en kasuistikk

Av Sverre Lundevall

Før jeg forteller historien om denne pasienten må jeg få si at jeg lurer på hvorfor jeg ikke valgte en annen historie, en mer typisk historie:

Det typiske og vanlige vi møter er jo muligheten for kreft, som viser seg likevel ikke å være det. (Muligheten som av-kreftes);

Pasienten med dyspepsi i årevis som ber meg så tynt om enda en gastroskopi fordi symptomene har forandret seg litt eller fordi noen i nabolaget har fått diagnostisert kreft.

Barnet med litt vage allmennsymptomer og et blodutstryk jeg ikke føler meg helt trygg på, og hvordan var det nå disse skumle lymfocytene egentlig skulle være?

Når ventrikkelkreft og leukemi er utelukket av 2. linjetjenesten er historien fort glemt. Kanskje sitter jeg igjen med en vag følelse av at jeg har drevet unødige henvisning i disse ressursknappe tider.

Men de pasientene som har kreft, dem husker vi. Og de husker oss, ikke sjelden med bitterhet. ("Jeg gikk jo til legen, men han sa det ikke var noe å bry seg om").

Den 50 år gamle "Anne" kom til kontoret som øyeblikkelig hjelp rett før lunsj for noen år siden, med korsryggsmerter. Det var ikke utstrålende smerter, patellar- og achillesrefleksene var normale og Lasegues prøve var negativ. Jeg husker at jeg reagerte på at hun virket appellerende, nesten som et barn.

I journalen lå en epikrise fra nevrologisk avdeling der det fremgikk at hun ett år tidligere hadde vært innlagt for korsryggsmerter og at alle undersøkelser, inkludert radikulografi var negative og at hun ansees "ferdigutredet

fra nevrologisk avd" med sluttdiagnose dorsalg.

Jeg tok en SR som var 9 og vi avtalte en ny grundig konsultasjon en ukes tid senere.

Jeg leste hennes tykke journal grundig. Hun hadde vært utredet flere ganger for såvel ryggsmarter og hoftesmarter som skuldersmerter, premenstruelle depresjoner var nevnt. Etter et opphold på nevrologisk avdeling for 10 år siden hadde hun sågar fått diagnosen 300.10, neurosis hysterica.

De siste månedene hadde hun vært flere ganger hos en kollega på kontoret på grunn av smerter i skulder og håndledd. Rehvmaprøver var negative. Rtg. hofter og columna tatt for få uker siden var negative.

De aktuelle ryggsmertene hadde kommet etter sykling under belastnings-EKG en uke før hun kom som ø.hj. (Det var ikke blitt funnet holdepunkter for ischemisk respons, og hennes smerter i thorax var blitt tilskrevet intercostal nevrergi).

Av dette ble jeg bestyrket i min oppfatning at her hadde det foregått en grundig somatisk utredning, mens det viktigste nå måtte være å gå inn i hennes sykdomsopplevelse og forsøke å støtte henne.

Neste gang hun kom hadde vi en lang samtale om hennes livshistorie, fra hardt arbeid da hun var liten, via giftemål, barnefødsler, stell av gamle foreldre og svigerforeldre som etter hvert døde. Vi fant et mønster der det så ut til at ryggsmarter og kroppssmerter hadde vært sterkest i de periodene av livet der hun hadde det tyngste omsorgsarbeidet. Hun hadde et godt forhold til mann og familie. Hun følte seg bedre i ryggen, men fortsatt stiv. Hun ville gjerne prøve

kiropraktorbehandling, hvilket jeg ikke hadde noe imot. Hun fikk Napren til eventuelt bruk og skulle ta kontakt ved behov.

Senere snakket vi i telefon et par ganger. Kiropraktoren hadde fort avstått fra behandling, og vi ble enige om at hun skulle prøve sengeleie for ryggsmertene isteden.

På dette tidspunkt hadde vi primærleger i regionen forøvrig nettopp fått et alarmerende brev om at vi måtte være svært nøye når det gjaldt øyeblikkelig hjelp-innleggelse på medisinsk avdeling på sykehuset ettersom det nærmet seg sommeren, avdelingen var overfylt med pleiepasienter og det var meget kritisk med sykepleierbemanning.

En måned etter min første kontakt med henne ble jeg så tilkalt i sykebesøk fordi hun kastet opp. Hun hadde da holdt senga i 14 dager, hadde brukt Napren de siste 10 dagene, var blitt slapp og kraftløs. Hun hadde fortsatt ryggsmarter, og hadde angivelig gått ned 6 kg i vekt på 2 måneder, hvilket jeg ikke hadde anledning til å kontrollere der og da. Familien ønsket innleggelse. Hele situasjonen tydet på at "noe" var galt.

Hva skulle jeg gjøre? På nevrologisk avdeling var hun ferdigutredet. Kunne jeg bruke hennes brekninger som inngangsbillett til en øyeblikkelig hjelp-innleggelse på medisinsk avdeling?

Jeg antok at det skyldtes antiflogistikadyspepsi, men bestemte meg likevel for å prøve å legge henne inn for å "snu situasjonen". Vakthavende på medisinsk viste seg å være en yngre kollega som jeg kjente fra et kurs og til min forundring aksepterte hun denne noe diffuse innleggingsgrunn. Men jeg husker jeg dro fra det sykebesøket med følelsen av å ha gjort dårlig arbeid, og formelig hørte en syrlig omtale på medisinsk morgenmøte for denne unødvendige innleggelsen.

Etter ferien ventet epikrisen på meg: "Anne" hadde fått diagnosen myelomatose. Mistanken var oppstått ved funn av forhøyet calciumverdi. Rtg. totalcolumna viste små forandringer sammenlignet med bildet tatt 2 måneder tidligere, det

var bare snakk om lett kompresjon av L III og L IV. Derimot rtg. caput og bekken viste myelomatosesuspekter forandringer. Perifert blodutstryk var normalt, men benmargsutstryk viste 27 % plasmaceller.

Forøvrig var det bemerket i epikrisen at pasienten hadde kontaktet legen "en rekke ganger pga. betydelige smerter og vanskeligheter med å gå" og "Det er klart at pasienten lenge har gått med sine symptomer før hun ble diagnostisert".

Jeg traff henne ikke igjen, men fulgte via epikriser med i cytostatikabehandling og sykdomsprogresjon til hun døde 2 1/2 år senere.

Denne historien har gitt meg flere tanker:

Tenk så rart at da jeg syntes jeg gjorde godt og grundig arbeid i mitt engasjement i hennes livshistorie, og fikk god kontakt, så gjorde jeg egentlig feil, mens da jeg til slutt la henne inn på sykehuset med slett faglig samvittighet, så gjorde jeg egentlig riktig.

Kanskje denne historien mest av alt minner oss om at vi leger som andre mennesker har selektiv oppmerksomhet; jo mer vi engasjerer oss i ett aspekt, jo mer trenges andre i bakgrunnen.

Vi er jo inne i en tid der leger forsøker å bli flinkere til å kommunisere med pasienten, lytte, tenke ikke bare på kropp og maskinfeil, men på hele mennesket. I dette tilfellet tror jeg at da jeg fikk hennes symptomer til å stemme med livshistorie og perioder av selvoppofrelse, så ble jeg litt mere blind for valøren av hennes ryggsmarter. Jeg hadde funnet en god forklaring og var litt mindre åpen for alternative muligheter.

Nettopp denne skiftningen mellom å være åpen og lyttende til pasientens forventninger og tanker, og å drive en høyst konkret differensialdiagnostisk sykdomsjakt, representerer for allmennpraktikeren en slags "kronisk gåte".

Når er det sånn at legens to oppgaver, å forstå sykdommen og å forstå pasienten, tjener hverandre og når kommer de i motsetning til hverandre? Det er lett å innse at en lege som er trygg på sine differensialdiagnostiske

arbeidsvaner vil ha lettere for å slippe av, være åpen og lyttende til pasienten. Det er også lett å innse at en slik lyttende holdning vil gjøre at legen fanger opp viktige diagnostiske opplysninger.

På den annen side er det svært mange eksempler på at legens opptatthet av sykdom og differensialdiagnostikk gjør at pasienten ikke føler seg forstått. Og det foreliggende er da kanskje et eksempel på at legens opptatthet av psykososial forklaringsmodell og pasientens perspektiv svekket årvåkenheten for kreft.

Et annet spørsmål er hvorfor jeg hadde faglig ubehag da jeg til slutt la henne inn på sykehuset, samtidig som epikrisen ga faglig ubehag over at jeg ikke hadde gjort det tidligere. De to brevene fra medisinsk avdeling virker her motstridende:

På den ene siden en generell oppfordring om å være mer tilbakeholdende med innleggelse. Altså en forventning om færre "falske positive" utredningspasienter.

På den annen side epikrisen med sin påpekning av diagnoseforsinkelsen. Underforstått en forventning om ikke å overse sykdomstegn, om færre "falske negative" diagnoser.

Vårt arbeid med pasienter og samarbeid med kolleger i helsevesenet skjer i et faglig klima som har elementer både av motsetninger og vennlig imøtekommenhet.

Hvordan virker disse "klimatiske forhold" inn på våre beslutninger om den enkelte pasient? Jeg tror de har svært stor betydning. Jeg tror at både min kliniske spesifisitet og min kliniske sensitivitet vil være større i et vennlig klima. Kan vi identifisere hos oss selv adferd og arbeidsstil som implisitt peker i retning av et vennligere klima?

□

Kreft og kommunikasjon

Tor Jacob Moe f. 38. Avd. overlege, avd. for Sosialmedisin, Radiumhospitalet, Oslo.

Anne Katrine Nore i samtale med Tor Jacob Moe

UP: Tor Jacob Moe, du er psykiater og arbeider med kreftpasienter hele dagen. Hva vil du aller helst si noe om til kolleger som arbeider utenfor institusjon?

TJM: Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for god behandling av pasienter med kreft. Studier i compliance viser tydelig at legen har beskjeden gjennomslagskraft i mange av sine behandlinger. "Non-compliance" veksler mellom 39 og 61 % i et oversiktsarbeid. En studie av penicillinbehandling ved otitis media hos barn viser at bare 8 % gjennomførte en adekvat behandling.

UP: Men dette kan da umulig gjelde kreftpasienter?

TJM: Ettersom kreftbehandling oftest skjer ved innleggelse i sykehus kan vi regne med at compliance er noe større, men vi vet lite om dette. Ved trials for cytostaticautprøvinger blir ikke de som faller fra tatt med i statistikken. Dette kan påvirke effekten som medikamentet totalt sett har på utgangspopulasjonen.

UP: Hvordan kan du forklare dette når det dreier seg om alvorlige, livstruende sykdommer?

TJM: Legen er jo tillagt enorm makt i konsultasjonen. Pasienten kommer frivillig, lytter til legens råd, er tilsynelatende mottakelig for terapeutiske forslag. Men det store spørsmålet er jo: Hva gjør pasienten når han kommer hjem?

Kan det si noe om vår mangel på innsikt at leger er tilbøyelig til å undervurdere non-compliance i sin virksomhet slik flere forfattere hevder?

UP: Hva tror du det er som svikter?

TJM: Når en pasient er alvorlig syk, vil alltid angsten være til stede med ulik intensitet. Det er avgjørende at legen fanger opp denne angsten, verbalt eller non-verbalt. Bare i den grad pasienten kjenner seg forstått, er forutsetningen til stede for en adekvat samhandling der legens råd følges. Overføringsmekanismene er her helt sentrale.

UP: Hva legger du i overføring i denne sammenhengen?

TJM: Overføring skjer ikke bare i klassisk psykoanalyse eller psykoterapi med dypt nevrotiske mennesker. Ved alvorlig sykdom stiger angsten og i behandlingen hos en god lege, skjer det regelmessig en overføring. Legen blir internalisert i personligheten hos pasienten på linje med andre nøkkelpersoner som foreldre, ektefelle og barn. Legen dukker opp i drømmer, legen omtales som "MIN", hengivelsen i pasientens blikk kan i blant oppleves som ubehagelig sterk.

UP: Dette er en uvant måte å forstå lege-pasientforholdet på for en allmennpraktiker. Dette må du si mer om.

TJM: Hvis vi er utrenet i å se disse mekanismene, kan de regelmessig unngå vår oppmerksomhet. En onkolog forteller f. eks: En kvinne i 60-årene, gjennomslått av metastaser sier: "Bare jeg får fortsette hos deg, holder jeg meg i live". Det er da fire måneder siden pasienten var moribund og man har ikke satt inn onkologisk behandling. Kan overføringen så å si ha holdt henne i live? Uansett har



denne onkologen vært en avgjørende person for denne kvinnen.

UP: Men alle kan jo ikke få gå til den samme onkologen til de dør?

TJM: Her rører du ved vanskelige problemer for den enkelte pasient. La meg si mer om angsten. En pasient sa i norsk TV: "De skar bort brystet. Ingen fortalte meg noe". Dette utsagnet kommer fra en intelligent og følsom person som tydelig viste at hennes angst ikke var fanget opp i den grad *hun* trengte det. Angsten for kreften gir hos en del

pasienter en angst for den behandling vi har å tilby dem. Dette henger naturlig sammen med bivirkningene, men kan bare delvis forklares av disse. Opplevelsen av å være tvunget, ha mistet sin autonomi, gjør at pasienten blir aggressiv mot behandleren.

Aggresjonen tas ofte ut ved sabotering av behandlingsregimet, og kontakten mellom pasient og lege oppleves vanskelig og konfliktfylt fra legens side. Kampen mot det fryktede indre objekt, kreften, blir overskygget av kampen mot det fryktede ytre objekt, legen. Hvis konsultasjonen i tillegg ikke gir rom for opplevelsen av å bli tatt alvorlig på egne følelser fra pasientens side, vender man seg, støttet av ukeblader og slektninger, mot andre behandlingsformer.

UP: Mener du at bølgen av alternativ medisin best kan forstås på denne bakgrunn?

TJM: Ja, kommunikasjon på alle nivåer med pasienten er nødvendig for at pasienten skal føle seg ivaretatt. Når jeg kjenner meg tatt hånd om som pasient, søker jeg ikke andre leger.

UP: Skal vi som leger gå mer aktivt ut overfor pasienter som søker den alternative medisinen i en situasjon hvor all onkologisk behandling er oppgitt?

TJM: Ja. Det er min oppfatning at ruinerende, alternative, dårlig dokumenterte behandlingsformer må vi skjeme våre pasienter og deres familier mot. Jeg oppfatter det som et faglig ansvar. En forutsetning for å kunne nå frem, er at vi kommuniserer med pasienten og den nærmeste familie tilstrekkelig godt. Hvis pasienter spør meg om alternative behandlingsformer, velger jeg å si følgende: "Når dr. X som har vært din lege mener at det ikke er annen behandling som kan helbrede kreften din, da tar jeg det helt alvorlig, for han er en fremstående spesialist på din spesielle kreftform. Derfor bør du følge hans råd".

UP: Du søker med andre ord råd, i likhet med det en allmennpraktiker må gjøre?

TJM: Selvfølgelig må jeg det innenfor noe som er en annen spesialitet. Noe annet ville avdekket betydelig mangel på innsikt. Det er interessant at en kollega som har skiftet fra den tradisjonelle medisin til alternative behandlingsformer, opplever at det nye han kan tilby pasientene er mer TID for den enkelte pasient. Mitt poeng er at vi må skille mellom spesifikk onkologisk behandling og uspesifikke strategier. Vi er ved sosialmedisinsk avdeling svært opptatt av aktivisering av pasientens fysiske og kreative sider. Hos oss arbeider fysioterapeutene og ergoterapeutene spesielt med dette. I tillegg har vi grupper med forskjellig profil der pasientene gis anledning til å samtale omkring sin egen situasjon. En gruppe i billedterapi har gitt oss ny forståelse for andre sider ved våre pasienter. Vi oppmuntrer selvfølgelig alle våre pasienter til aktivt å delta i den behandling de får og til å oppsøke aktiviserende og berikende aktiviteter.

□



Kasuistikk av kommunelege J.H. (anonymisert av hensyn til pasientens personvern)

Mann f. 39.

Gått hos meg fra 76. Møtte regelmessig opp til årlige helsekontroller som han hadde stor tro på, og kom i tillegg til konsultasjoner for mindre plager. Effektiv, dyktig mann med viktig stilling i næringslivet, gift, en voksen sønn. Han var en grei pasient, men jeg fornemmet et sterkt behov hos ham for å styre konsultasjonen. F. eks. fortalte han meg først etter flere år at han brukte en del Vival som han fikk hos en psykiater, og han signaliserte tydelig at han ikke ønsket jeg skulle legge meg opp i dette.

Våren 84 fikk han diareplager. Han var sliten og stresset, men da han i august også fikk en herpes zoster, oppsøkte han meg. Det ble tatt rtg. VD og colon som var normale, SR var 50, gamma GT ca. 100 og han hadde en eosinofili på ca 10%. To serier benzprøver var neg, ingen anemi, ikke vekttap. Han var selv overbevist om at dette skyldtes stress, men da plagene fortsatte, blodprøveavviket likeså, søkte jeg ham innlagt i desember. Jeg var sterkt i villrede om hva dette kunne være. Pga. litt høye eosinofile i tillegg til SR og leveraffeksjon tenkte jeg på parasitter og andre eksotiske infeksjoner, lymfomer, malabsorpsjon, - i hvertfall noe sjeldent. Da han ble innlagt i mars 85 viste det seg igjen hvor viktig det er å "tenke vanlig" i allmennprak-

sis. Det var cancer sigmoidei, en ganske monstrøs tumor adherent til blære. Histologien viste et lite differensiert adenocarcinom med vekst gjennom alle vegglag, men reseksjonsrendene virket frie.

Jeg trodde ikke jeg ville se mer til ham - følte nok jeg hadde sviktet litt. Men i nov. 85 ringte han. Han hadde et par uker i forveien fått en kraftig hematuri, hadde vært innlagt, men ble utskrevet da man ikke fant noe galt. Han var svært engstelig, følte seg overbevist om at "sykdommen" var kommet tilbake. Og det stemte. Noen dager senere fikk han feces pr. uretra, og man fant et monstrøst recidiv. Det ble gjort blæreseksjon og sigmoideostomi, og han fikk postoperativ stråle- og 5 FU beh. Pga. økende leverpatologi mistenkte man metastaser, men fant kun fettlever.

Etter denne behandlingen fikk han sterke diareplager, samt vannlatningsbesvær med særlig nattlig inkontinens og dysuri. Han fikk en mengde dietter, medikamenter og tømningsregimer, men uten effekt. Det ble antydnet at hans plager kanskje hadde med nerver å gjøre, man trakk fram hans "psykiatriske" fortid. Han ble også inngående eksaminert om sitt forhold til alkohol. Han ble anbefalt å gjenoppta sitt arbeid. Alt dette såret ham dypt. Han bedyret overfor meg at han hverken var nevrotiker eller alkoholiker, men han følte seg alt for redusert til å jobbe. Jeg

støttet ham i hans ønske om å søke uførepensjon, og han fikk det også innvilget.

Sommeren 87 fikk han kraftig makroskopisk hematuri. Selv etter grundig utredning kunne man ikke påvise annet enn postradiologiske blæreforandringer. I mai 88 fikk han ileus. Det forelå en mekanisk tynntarmsileus pga. adheranser, uten tegn til recidiv. Postoperativt fikk han en svær leveraffeksjon med transaminaser over 1000 som man antok skyldtes narkosen, og som gikk tilbake etterhvert.

Han har nå vært recidivfri i over 3 år, men hans tilværelse er helt dominert av sykdommen. Han kommer til meg til kontroll en gang pr. mnd. Jeg synes ikke det er lett å ha denne kontakten. Han minner meg om en diagnostisk svikt, og jeg hadde nok også ventet aggresjon fra hans side pga. det. Interessant nok har han forskjøvet dette til sykehuslegene, og mener selv svikten først og fremst lå i at han ikke fikk tilleggsbehandling etter den første operasjonen. Jeg tror nok dette sier noe om at primærlegekontoret er viktig for ham, selv om det er lite jeg kan gjøre. Hans fysiske plager er store: Han har betydelige diareplager som øker utover dagen og første del av natta. Dette medfører at han ikke tør gå noen steder pga. fare for lukt, og hans søvn og døgnrytme er blitt alvorlig forstyrret. Han har stadig subileusattakker, og lever i konstant redsel for ny tarm-

slyng - vil han overleve enda en operasjon, vil leveren hans tåle enda en narkose? Urininkontinensen er sjenerende, til tross for uridom og innlegg. Psykisk virker han ganske knekt. Han kom en gang inn på at han egentlig hadde tatt farvel med livet da han fikk det første tilbakefallet - og at han ikke orker å måtte gjøre det en gang til. Han makter ikke å opparbeide interesse for noe annet enn sykdommen. Han er lite innstilt på å snakke om ting jeg vet er viktige, som angst, håpløhet, bitterhet, forholdet til kona. Hans sterke behov for å styre konsultasjonen er fortsatt merkbart.

Jeg føler meg nokså hjelpeløs overfor ham. Som lege forventer jeg av meg selv å skulle kunne gi i hvertfall noe hjelp -, men her består hver konsultasjon av en elendighetsoppramsing jeg ikke kan hjelpe ham med, og heller ikke er det noen å henvise ham til! Spesialistene har også måttet melde pass overfor plagene hans. Å gi ham trøst er også vanskelig. Det er så alt for lett å skjønne hvor ille han har det, og hvilken enorm påkjenning det må være å leve med så store plager, med så liten utsikt til bedring, og med så usikker prognose. At han ikke makter å opparbeide noen interesse for livet - er det så rart? Jeg kan vise interesse for plagene hans - men du verden hvor maktesløs jeg egentlig føler meg.

□

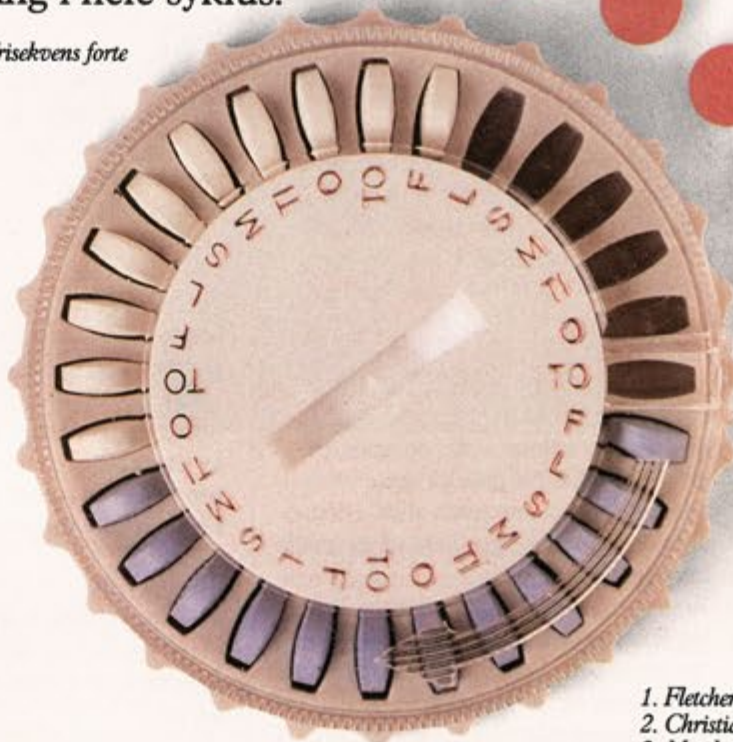
NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens®

Eneste* sekvenspreparat med aktiv behandling i hele syklus.

*Gjelder også Trisekvens forte

Aktive tabletter også i 4. syklusuke gir symptomlindring i hele syklus.



Nøytral lipidprofil^{1,2,3}

1. Fletcher, C D et al, *Maturitas* 1984; 6: 279-83
2. Christiansen, C et al, *Maturitas* 1984; 6: 193-99
3. Munk-Jensen, N (*Pres.Crans Montana* 1988)

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progesteron sekvenspreparat. ATC-nr. G03F B05

TABLETTER: Trisekvens: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver blå tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tablettene er filmdrasjert. Fargestoff: Indigoferon, jernoksyd.

TABLETTER: Trisekvens forte: Hver pakning inneholder 12 gule, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver gul tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tablettene er filmdrasjert. Fargestoff: Jernoksyd.

Egenskaper: Klassifisering: Trefasiske østrogen-progesteronpreparater bestående av de naturlige humane østrogenene 17- β -østradiol og østrol samt progesteronet noretisteronacetat i behandlingsens annen fase.

Virkningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelssymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behandlingscyklus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avvistes og resulterer i en menstruasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave østrogen dosen i tredje fase påvirker ikke blødningen og er i stand til å holde pasienten symptomfri. Den objektive effekt kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasma FSH. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol og østrol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Via urin. Undersøkelser med Trisekvens og Trisekvens forte har vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i leverfunksjonsforstyrrelser. Bestående eller tidligere tromboflebit, tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulær sykdom, koronar trombose og klassisk migræne eller med familær disposisjon for slike lidelser. Udøgnalisert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller diplopi. pga. vaskulær øyesykdom. Svangerskap.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometrikarzinom eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling uten tåll i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling.

Leverfunksjonsforstyrrelser: Bestående eller tidligere tromboflebit, tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulær sykdom, koronar trombose og klassisk migræne eller med familær disposisjon for slike lidelser. Udøgnalisert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller diplopi. pga. vaskulær øyesykdom. Svangerskap.

Bivirkninger: Brystspenning samt blødningsuregelmessigheter initialt, som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektforandringer kan forekomme, men de kliniske undersøkelser har ikke vist noen klar tendens i retning av vektøkning eller vekttap. Blodtrykket har ikke stegert under de utførte undersøkelser.

Foraktilighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometrialcancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes da østrogen har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Sekvensbehandling med østrogen plus progesteron i annen fase resulterer i endelig transformasjon av endometriet som avvistes fullstendig i slutten av hver behandlingscyklus. Nyere

prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og endometrialhyperplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenhengen mellom hyperplasier og karzinomer i endometriet er usikker. Anamnese: Det er holdningspunkt for at overvekt og antagelig hyperlipidose og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometrialcancer, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfeller og der familær disposisjon for slike tilstander er tilstede. Pasienter med epilepsi, migræne, diabetes, astma eller hjerte- og lungesykdom bør kontrolleres omhyggelig, da østrogen evt. kan forverre disse tilstander. Forsiktighet må også utvises ved myomer/ryk av myomer. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammaetumor. Grundig gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig hver 6-12 måned. Seponeering: Ved tegn på tromboflebit, tromboemboliske lidelser, akutt hepatitt, migræne-lignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-6 uker før operativt inngrep, under lengre bordsengelse eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, 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. Preparatene har ingen kontraseptiv effekt.

Dosering: Anbefalt behandling: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessige blødninger opptrer vanligvis når de røde tablettene tas, evt. allene ved de siste hvite tablettene. Kvinner som fremdeles har menstruasjonsbegynnelse starter behandlingen på 5. menstruasjonsdag. Pasienter som har gjennomgått abrasio, begynner behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. Generelt bør behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt etter 2-3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. Evt. uregelmessige blødninger oppstår under behandling med Trisekvens de første 2-3 måneder av behandlingen, elimineres vanligvis ved å skifte til Trisekvens forte. Hos pasienter med kraftige symptomer bør behandlingen innledes med Trisekvens forte. Alternativ behandling: Kvinner med intakt uterus som ikke vil akseptere månedlige blødninger, kan i postmenopausen behandles med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innskutt etter i eks. 1-3 måneders behandling med rene østrogenpreparater. Et slikt behandlingsregime inducerer avstøtning av endometriet med forlengede intervaller. Forglemmeelse: Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsetter behandlingen med den første glemte tablett. Den innerste skiven på esken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett.

Pakninger: Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

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



Legen, pasienten og døden



Liv Wergeland Sørbye, sykepleier/ cand. philol. Lektor ved Diakonhjemmets sykepleierhøgskole. Hun var fra 1986-1988 stipendiat i Den Norske Krefthforening og tilknyttet avdeling for helsetjenesteforskning på Statens institutt for folkehelse. Hun deltar på NAVF's Program for allmennmedisinsk forskning.

Av Liv Wergeland Sørbye

Innledning

Jeg startet mitt første forskningsprosjekt om "Omsorg for døende og deres pårørende" i 1976 (1,2). I årene som fulgte ble det skrevet og snakket mye om døden, men førte all denne åpenheten til en bedring av den døendes situasjon? I 1986 startet jeg et nytt forskningsprosjekt: "Omsorg ved livets slutt i Diakonhjemmets sektor. Helhetlig omsorg - teori og praksis". Sektoren hadde ca. 70 000 innbyggere. I løpet av 1986 og 1987 registrerte jeg tilsammen 346 dødsfall i sykehjem, sykehus og hjemme. Dataene ble samlet inn ved deltagende observasjon, samtaler med pasienter og intervju med pleiere, leger og pårørende (3,4,5). Jeg sitter igjen med et stort tallmateriale, og sammen med de kvalitative data gir dette verdifull informasjon om livets slutt. I denne artikkelen vil jeg legge vekt på de kvalitative data.

Hovedproblemstillingen er: Hvordan opplevde pasienten og pårørende at "primærlegen" ivaretok deres behov for oppfølging og informasjon?

Primærlegen står her i anførselstegn, mange hadde ingen fast lege, derfor kunne "primærlegen" være ensbetydende med den legen pasienten oppsøkte eller den legen som rekvirerte videre undersøkelser eller innleggelse.

Kasuistikk.

Kari Hansen, 65 år, hadde alltid vært hjemmeværende husmor. Hun hadde to døtre som begge var flyttet ut. Mannen var alltid travelt opptatt med eget firma. Økonomien var bra. Fru Hansen hadde god tid til å pusle i sitt deilige hjem og delta i velledighetsarbeid. Hverken hun eller mannen røykte, og de var begge friluftsmennesker. De var i god fysisk form.

Etter at barna vokste til, hadde hun aldri hatt behov for noen lege. Våren 86

hadde hun en periode generell uvelhetsfølelse og litt diffuse smerter i magen. Hun ble etter hvert engstelig, slo opp i telefonkatalogen og ringte til en privatpraktiserende lege. Hun fikk time relativt fort og ble undersøkt. Legen fant ikke noe galt, men hun måtte bare komme tilbake hvis plagen ikke ga seg.

Kari Hansen ble ikke bedre. To uker senere ringte hun og bestilte ny time. Nei, alt var i orden. Hun oppsøkte en annen lege. Han henviste henne da til gastroskopi. Denne prøven var også negativ. Fru Hansen spurte om det kunne være aktuelt å få en gynekologisk undersøkelse, og legen henviste henne til en spesialist. Fru Hansen følte seg nærmest hysterisk da heller ikke gynekologen fant noe galt, men klappet henne på skulderen og ba henne slappe av og være litt mindre opptatt av kroppen sin. Fru Hansen var sikker på at kroppen ikke fungerte som den skulle.

De små stikningene i magen ble etter hvert verre, men hun prøvde å ikke plage mannen og døtrene med sine bekymringer. Legen hadde jo sagt at alt var bra.

Hun og mannen hadde meldt seg inn som medlemmer på Ringsenteret, men det varte og det rakk før de ble innkalt til den annonserte "helsjekken". Hun likte ikke å mase, men en formiddag smertene var ekstra intense, gikk hun resolutt bort til telefonen og fikk beskjed om at hun øyeblikkelig kunne komme til Ringsenteret. Hun ble raskt undersøkt. Blodprøvene og ultralyden viste at det var en svulst i en av eggstokkene med spredning til leveren. Hun ble lagt inn på sykehus. Her skjedde alt raskt. Hun ble operert neste morgen, men informasjonen hun fikk var lite oppmuntrende. Hun hadde kraft i underlivet. Kirurgen hadde fjernet så mye som han kunne, resten håpet de at cellegiften ville klare.



Foto: Svein Magnussen

Hun kom seg raskt etter operasjonen, ble utskrevet - og følte seg kjekk noen uker. Hun skulle ikke til noe mer kontroll hos kirurgen som opererte henne, men få cellegift poliklinisk på et annet sykehus. Her ble hun møtt av nye leger hver gang. Hun savnet fast kontakt med en lege som kunne orientere henne om hva som skjedde med kroppen hennes, hvilke organer som var skadet, hvilke behandlingsalternativer som kunne være aktuelle, hvordan cellegiften virket, hvordan snakke med familie og venner om alle de tunge tankene.

Kirurgen som hadde operert henne hadde fortalt mannen at kona hadde maksimalt 8 måneder igjen å leve. Ingen hadde fortalt henne dette, men hun visste at hun var alvorlig syk. Det som var vanskelig var at hun ikke kunne dele dette med familien. Hun trodde at de ikke visste. Hun ville ikke uroe dem.

Kari Hansen var blitt operert i begynnelsen av august. Jeg besøkte henne en gang pr. uke fra midten av september.

Vi var på turer og kunstutstillinger, men kreftene hennes strakk ikke til. Vi måtte legge opp ruten slik at det var en benk, en krakk eller noe annet å sitte på.

Hun styrte samtalerne våre. For meg var det viktig å lytte. Hun var orientert om mitt forskningsarbeid, og vi diskuterte problemstillinger jeg jobbet med. Samtalerne våre kunne ofte være svært springende; fra full sykdomsinnsikt til urealistiske håp om bedring. "Mor døde av underlivskreft", sa hun en dag. "Fortalte du det til de legene du oppsøkte?" "Nei, de spurte aldri. Kusinen min døde av det samme for to år siden. Det var grusomt. Jeg forsøker å la være å tenke på henne".

Hun klarte ikke helt tro at det var mulig å få tilstrekkelig lindring for fysiske plager. "Jeg vil så gjerne oppleve å bli bestemor, men det vet jeg at jeg ikke kan". Hun kunne stå lenge foran et utstillingsvidu og betrakte babytøy i skjønne pastellfarger.

"Jeg er kristen, men jeg håper så sterkt at jeg skal få leve en stund til. Døden skremmer meg. Jeg orker ikke å tenke på det jeg har lært om et evig liv - ikke enda".

Hun var redd for å bli avhengig av smertestillende. Hun sparte på medisinen; delte paralgin forte i 1/2 og 1/4 tabletter. Gjennom Fransiskushjelpen fikk hun fast lege, men kontakten varte så kort. Hun fikk ikke de 8 månedene mannen hadde blitt forespeilt. Hun ble akutt dårlig og innlagt i sykehus. Jeg besøkte henne der. Hun selv skjønnte ikke at slutten kunne komme så fort. Hun stolte på at legene ville finne ut hva som var galt, men de klarte ikke å hjelpe henne. Hun ble bevisstløs natten etter at jeg snakket med henne og sovnet rolig inn to dager senere.

Familien hadde ikke fått snakket sammen om døden. Mannen hadde villet utsette det så lenge som mulig. Han følte at han hadde ført henne bak lyset, og ikke gitt henne anledning til at de sammen kunne forberede seg på døden. Ingen lege hadde gitt dem noe råd om hvordan de kunne ha møtt hverandre.

Refleksjoner

Hvilken hensikt har det å gjengi en slik kasuistikk? Vil ikke enhver lege øyeblikkelig gå i forsvarsposisjon med alle piggene ut - og dermed sperre for videre drøfting? Er det mulig å generalisere ut fra en kasuistikk?

Det er mange pasienter som ikke har fast lege. Hva skjer så når epikrisen fra sykehuset foreligger? Alt for mange pasienter blir ikke innkalt til poliklinisk kontroll på sykehuset. "Primærlegen" eller en tilfeldig innleggende lege følger ikke alltid opp.

En mann på ca. 60 år hadde fått påvist skjelettmetastaser og ble sendt til undersøkelse av lungene. "Det kom brev i posten fra sykehuset" sa kona: "Det er påvist et plate-epitel-carcinom..." Tenk om brevet hadde inneholdt et tilbud om en samtale, hvor vi kunne få snakke om alt som opptok oss. Legen som rekvirerte undersøkelsen fikk vel kopi av det samme brevet, men vi hørte heller ingen ting fra han.



Kvinne, ca 80 år. "Hun ble operert for kreft i tykktarmen. Legen sa at alt var fint. Hun fikk ikke noe beskjed om å komme til kontroll. Etter 1/2 år tok vi selv initiativ til en kontroll, legen mente den var uødvendig, men det ble tatt en senkning. Den var urovekkende høy. Det ble så gjort en gjennomlysning. Legen som undersøkte sa at det var ikke noe mer å gjøre. Det var for stor spredning".

Kvinne, ca 55 år, cancer mammae. Hun fikk ingen avtale om kontroll etter operasjonen. 1/2 år senere fikk hun silikonbehandling, men det ble ikke foretatt noen medisinske undersøkelser i forbindelse med dette. Hun hadde ingen fast lege, men gikk til bedriftslegen. Han fant ikke noe galt. En tilfeldig lege på et legesenter fikk henne til skikkelig kontroll. Det ble tatt en rekke prøver og hun fikk vite pr. telefon at det var spredning til leveren. "Vil jeg dø av det?" spurte hun. Legen svarte "Vi skal jo alle dø engang". "Hadde moren levd lenger dersom hun hadde fått en skikkelig oppfølging" undrer sønnen. Han etterlyser også legenes evne til å gi psykisk støtte.

I eksemplene ovenfor har jeg tatt utgangspunkt i kreftpasienters og deres pårørendes opplevelser, men også med andre diagnoser blir pasienten henvist fra "primærlegen" til spesialist, videre til lokalsykehus, regionsykehus og eventuelt spesialsykehus. Enkelte pasienter er så innom de ulike institusjonene i omvendt rekkefølge innen de er tilbake til "primærlegen", enten hjemmeboende eller som pasient i en av kommunens egne institusjoner.

En engasjert "primærlege" kan føre til at flere velger å dø hjemme. De fleste ønsker å være i sine hjem så lenge som mulig. Mange vil gjerne dø rolig, bare sovne fredelig inn. En svært liten prosent av pasientene med alvorlig sykdom planlegger å dø hjemme. Pårørende er ofte ivrigst med å få pasienten i sykehus, mange ganger fordi ikke legen eller andre direkte hadde fortalt at døden var uunngåelig. Pårørende turde ikke ta ansvaret selv og de stolte ikke på at tilstrekkelig med lindrende behandling kunne bli gitt i hjemmet (2). Da jeg planla undersøkelsen min fikk jeg vite at i Diakonhjemmets sektor var det i 1984 29 pasienter som døde hjemme enten med

hjelp fra Fransiskushjelpen eller hjemmesykepleien/sykehusets ambulante team. Av de 101 pasientene som var døende på de to medisinske postene i datainnsamlingsperioden min på Diakonhjemmet, var det en som valgte å komme hjem for å dø. En annen pasient ønsket sterkt å få komme hjem, men familien trengte et pusterom, og pasienten døde før hjemreisen var klarert.

Min erfaring med møte av døende og deres familier i hjemmesituasjonen var at dette var viktig og riktig for dem. Dette bekrefter også Paus (6) i sin artikkel. Pasientene fikk god symptomlindrende behandling og dødsleiet var preget av åpenhet i forhold til det som skulle skje. Rees og Lutkins (7) slo fast at:
"The death rate of close relatives doubled when death occurred in a hospital as compared to death occurring at home".

Det er derfor et viktig forebyggende helsetiltak overfor pårørende å legge forholdene til rette slik at døende kan få en verdig avslutning på sitt liv hjemme hos sine nærmeste. Skal en alvorlig syk pasient våge å være hjemme må "primærlegen" markedsføre hva han/hun sammen med hjemmesykepleien kan tilby. Av de 14 døende pasientene jeg fulgte i hjemmesituasjonen hadde ingen av dem en fast lege som kom hjem til dem, før Fransiskushjelpen kom inn i bildet (to pasienter hadde riktignok en lege i nærfamilien).

Omsorg ved livets slutt i sykehjem. I Norge skjer ca. 25 % av alle dødsfall i en pleieinstitusjon, fortrinnsvis sykehjem. Erfaringer fra 226 dødsfall ved 9 forskjellige sykehjem viser at legene ofte var på sidelinjen. Det var svært lite samsvar mellom de vurderingene pleierne og legen gjorde med hensyn til graden av plager den døende hadde i sluttfasen.

Jeg spurte de pårørende: I hvilken grad brukte legen tid nok på å sette seg inn i Deres.....situasjon. Her svarte 26 % "meget bra", 7 % "middels bra", 16 % "dårlig" og 51 % svarte "andre". Halvparten av de pårørende svarte "andre". De hadde aldri snakket meg legen. "Vi så aldri noen lege, men vi vet at mor hadde en". "Det var ikke naturlig å

snakke med noen lege, mor var ikke syk, bare døende". "Jeg burde ha snakket med legen for å få vite hvordan situasjonen var". "Aner ikke, møtte aldri noen lege. Far var vant til å bruke lege, så han følte seg snytt".

Legene hadde sjelden snakket med sykehjemspasientene om døden. Min erfaring fra møte med aldersdemente var at døden var et så grunnleggende begrep at også den aldersdemente hadde opplevelser på dette. Ble den aldersdementes tanker, eventuelt angst i forhold til døden kjent, kunne personalet hjelpe, og pasienten kunne bli roligere. Enkelte pasienter kunne være så mentalt reduserte at ikke ord, men nærhet og kroppskontakt var det beste svaret på ders utsagn.

Legen har det medisinske og juridiske ansvaret for at pasientene får den behandlingen de har behov for. Legen skal være ansvarlig for at det legges en aktiv behandlingsplan for den enkelte pasient i sluttfasen. Sentralt står faglige og etiske ufordringer i forhold til nærings- og væsketilførsel. Her har pleiepersonlet behov for hjelp og veiledning (3).

Hva med de pasientene som blir innlagt i sykehus i sluttfasen?

Når en pasient blir innlagt i sykehus, har både pasienten selv og også de pårørende et håp om at legene også denne gangen kan utsette døden. Innleggende lege vet ofte at dette er urealistisk, likevel er det få som sier dette til pasienten. "Alt skal bli så bra, bare du kommer i sykehus". "På sykehuset sk de finne ut hva som feiler deg, slik at du kan få skikkelig behandling". "Bare slapp av nå, du skal se det ordner seg". Hvorfor kan ikke legen være ærlig overfor seg selv og pasienten? Pasienten selv føler at han er alvorlig syk, og vet bevisst eller ubevisst at han antakelig ikke kommer hjem igjen. Legene kan fortelle pårørende at nå er situasjonen kritisk, men pasienten selv, den det virkelig gjelder, han blir overlatt til sine egne tanker. Selv sykehuslegen som ser at aktiv livsforlengende behandling ikke lengre har noen hensikt, forteller pasienten sjelden direkte at han/hun snart skal dø.

Diskusjon

En rekke undersøkelser viser at 80-90 % av pasientene ønsker å bli fullt ut orientert om sin tilstand (8,9,10). Det er viktig å huske at 10-20 % ikke ønsker å få vite noe. Mange leger sliter med å finne det riktige tidspunktet. Når er tiden inne til å informere mentalt klare pasienter om døden? Mange kvier seg for å ta håpet fra pasienten tidlig. Samtidig er det vanskelig å forutsi om pasienten plutselig skulle bli for dårlig til å være i stand til å motta informasjon. Det eneste rette øyeblikk finnes ikke. Jeg opplevde at de pasientene som ønsket å snakke om sin egen død, var mindre opptatt av om døden skulle skje om en uke eller om en måned. Tidsaspektet var underordnet. Det som var viktig for dem, var at de fikk dele sine tanker om døden med en som var villig til å lytte.

Konklusjon

Legen er ofte en meget sentral person i den alvorlig syke og døendes liv. Fra pasienten oppsøker legen første gang til aktiv livsforlengende behandling ikke lengre har noen hensikt, er det av stor betydning hva legen oppfatter av pasientens symptomer, hva han sier og gjør. Etikkk er: Verdier, holdninger og atferd. I omsorgen for alvorlig syke og døende er det ikke nok om legen innehar de rette verdier og holdninger dersom dette ikke gjennomsyrrer atferden.

Litteraturreferanser:

1. Sørbye LW. Omsorg for døende - en menneskelig utfordring. Oslo: NAVF's Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 2 - 1978.
2. Sørbye LW. Omsorg for døende og deres pårørende - en retrospektiv

- analyse ved to sykehus. Oslo: NAVF's Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1 - 1980.
3. Sørbye LW. Respekt for livet - Respekt for døden. Faglige og etiske utfordringer ved livets slutt i sykehjem. Oslo: Avdeling for helsetjenesteforskning. Statens Institutt for folkehelse, Rapport nr. 5 - 1988.
 4. Sørbye LW. Care in the Home for Patients at the End of Life. (Fåes ved henvendelse til forfatteren).
 5. Sørbye LW. Is Dying in Hospital Better Now than Before? A study of terminal care at the Norwegian Lutheran Hospital in 1977 and 1987. (Fåes ved henvendelse til forfatteren).
 6. Paus B. 1987. Hjemmeomsorg av terminalt syke og døende kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen, 107, 2955-7.
 7. Rees WD, Lutkins SG. Mortality of bereavement. Br Med J 1967 (Bind 4, hefte 13), 13-169.
 8. Kelly WD, Friesen SR. 1950. Do cancer patients want to be told? Surgery, 27, 822-26.
 9. Gilbertsen VA, Wangensteen OH. 1961. Should the doctor tell the patient that the disease is cancer? Surgeons recommendation. In, Symposium American Cancer Society, "The Physician and the total care of the cancer patient". New York, American Cancer Society 80-85.
 10. Rui H, Bjørnland H, Skipnes G, Haugen K, Purvis K. 1982. Holdninger til døden og dødspleie i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen, 102, 1625-1629.

□



Foto: Svein Magnussen

Livskvalitetsmålinger hos pasienter med lungekreft

Av Stein Kaasa

Innledning

Livskvalitet har ingen entydig mening. Begrepet er brukt av mange yrkesgrupper i forskjellige sammenhenger. I den siste tiden har man blant annet sett det bli brukt så vel i markedsføring av medisinske og ikke-medisinske produkter som av politikere og journalister i dagspressen. Begrepet er brukt i mange deler av vitenskapen, spesielt i sosialvitenskapen fra midten av 60-tallet (1). Mange mener at president Lynden B. Johnson innførte begrepet som et mål på folks velstand. I en tale i Madison Square Garden i 1964 sa han; "These goals cannot be measured in the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people live".

I sosialvitenskapen har man i Norge fra midten av 70-årene målt folks livskvalitet som et mål på velstand. Livskvalitetsmål blir ofte definert med utgangspunkt i enkeltindividets subjektive opplevelse av sitt liv og sin livssituasjon. Livskvalitet kan bli betraktet som en overordnet verdi, noe som bør etterstribes for sin egen skyld, det kan sees på som et gode i seg selv (2).

I motsetning til mål som brukes i psykiatrien på negative tilstander, f. eks. angst og depresjon, tar livskvalitetsmål både hensyn til de positive og negative sidene ved en persons liv. Livskvalitet kan også antas å være sterkt assosiert med WHO's definisjon på helse:

"En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom". Livskvalitet kan defineres som en pasients egenopplevelse av sitt liv og sin livssituasjon.

I engelsk litteratur er ofte "psychosocial well-being" og "well-being" definert og operasjonalisert på denne måten.

I medisinsk litteratur er det sjelden gitt noen presis definisjon av begrepet livskvalitet. Man diskuterer begrepet i

generelle vendinger og velger indikatorer for en gitt problemstilling uten at man nærmere diskuterer sammenhengen mellom de forskjellige indikatorer og de underliggende variable. Livskvalitet blir ofte brukt som et uspesifisert samlebegrep. For eksempel blir mål på variable som smerte, fysisk yteevne, angst/depresjon, sosiale forhold og evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter ol. ofte omtalt som livskvalitetsvariable.

Dersom man skal bruke begrepet livskvalitet i vitenskapelige studier er det behov for en presis definisjon. Man kan tenke seg to måter å definere/anvende ordet livskvalitet på i medisinsk sammenheng:

1. Som et samlebegrep for en rekke subjektive variable (smerte, angst, depresjon, generell tilfredshet (=general well-being os.)).
2. Som en veldefinert generell variabel, slik som den er anvendt i sosialvitenskapen..

I medisinsk litteratur er det blitt vanlig å anvende ordet livskvalitet (Quality of life) som et samlebegrep, derfor vil det sannsynligvis være fornuftig å velge dette definisjonsalternativ.

Metodologiske overveielser

Generell tilfredshet må man betrakte som en uobserverbar variabel. Man må derfor studere andre variable som kan brukes som indikator (mål) på den uobserverbare variabel. På samme måten som et kvikksølv-termometer er et mål på temperatur, hormoner en indikator på et organs produksjon, eller en tumormarkør (f. eks. HCG, Sure fosfataser) på en ondartet svulst's vekst.

Måleinstrumenter som skal anvendes i klinisk kontrollerte studier må være valide. Med validitet menes at det gitte måleinstrument måler det som er forventet at det skal måle. For at et måleinstrument skal være valid, må det ha lite av både systematisk og tilfeldig

lite av både systematisk og tilfeldig målefeil (reliabilitet er knyttet til de tilfeldige målefeil). Hvis man f. eks. bruker et spørreskjema for å måle pasienters generelle tilfredshet (livskvalitet i sosiologisk litteratur) må man anta at variasjonen innen populasjonen i stor grad skyldes variasjoner i den faktiske tilfredshet. Variasjonene kan også tilskrives feilkilder, tilfeldige målefeil (reliabilitet) eller systematiske målefeil (=bias). Både de systematiske og tilfeldige målefeilene vil gå utover validiteten.

Hvordan innhente informasjon.

Informasjon, data, om pasientens livskvalitet kan tenkes å innhentes på flere måter:

1. Observatør vurdering
2. Adferdsindikatorer
3. Selvrapportering

1. *Observatør vurdering* gjøres av andre enn pasienten selv. Et anamnestisk opptak kan betraktes som en slik vurdering. Ektefeller,

venner, naboer eller pleiepersonell på en klinisk avdeling kan også gi informasjon basert på observasjon. Et av problemene med observatør vurdering kan være at observatøren ikke har direkte tilgang til pasientens tanker og følelser. Dessuten vil en slik metode være kostbar i studier hvor man ønsker å måle personens livskvalitet både før, under og etter behandling.

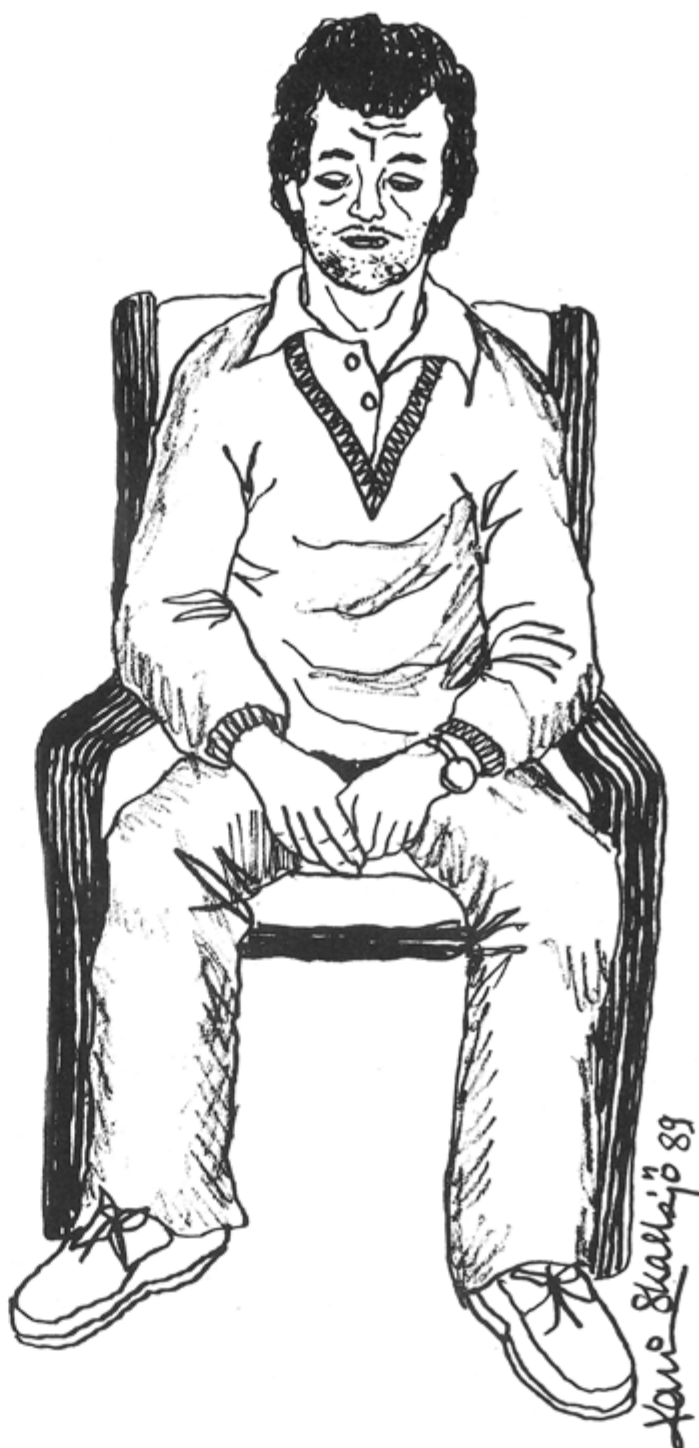
2. *Adferdsindikatorer* baserer seg på folks egne handlinger. Noen typer adferd kan betraktes som tegn på livskvalitet, f. eks. selvmord er brukt som et tegn på kreftpasientens psykososiale belastning. I flere studier er det funnet at insidensen av selvmord hos kreftpasienter ikke var høyere enn i en normal populasjon.

3. Den mest vanlige tilnæringsmetoden i livskvalitetsforskning både i sosiologien og i medisinen er at man enten *spør direkte i et intervju*, f. eks. hvor tilfreds de er med livet i sin helhet, angst, depresjon osv. (strukturert intervju) eller at *pasienten fyller ut et spørreskjema*. Den siste metoden er også den mest brukte innen onkologien.

Spørreskjemaer som kan anvendes i kliniske studier hos kreftpasienter

I klinisk kontrollerte studier hos kreftpasienter ble livskvalitetsbegrepet allerede introdusert av David A. Karnofsky i 1948 (3). Han beskrev forskjellige indikatorer som burde brukes når man skal vurdere effekten av forskjellige typer cytostatika. I tillegg til overlevelse, recidivfritt intervall og respons på behandling mente han at man burde måle pasientens fysiske status, samt psykiske og sosiale tilstand. Den såkalte Karnofsky Performance Status har ofte blitt brukt som den eneste indikator på pasienters livskvalitet. Mange har hevdet at dette er et for snevert og derfor invalid mål på livskvalitet.

De siste 10 årene har man i større grad tatt i bruk forskjellige subjektive variable i kliniske studier. I hovedtrekk er det anvendt to typer spørreskjemaer: 1. Spørreskjemaer som er ment å måle et sett av variable. Enten bygd opp av enkelt-spørsmål eller sett av spørsmål som kan summeres til flere indexer og



gi en samlet score for de underliggende variable. De mest vanlig variable å måle har vært: Generell tilfredshet (= livskvalitet), angst, depresjon, fysisk yteevne, sosiale/ familiære forhold, dagliglivets aktiviteter (ADL), samt sykdom og behandlingsrelaterte symptomer.

2. Spørreskjemaer som i hovedsak måler en eller to underliggende variable, f. eks. helse (helse indexter, helseprofiler eller angst/depresjon).

Før spørreskjemaer blir brukt i klinisk kontrollerte studier bør man på forhånd stille krav til metoden; De subjektive variable bør kunne måles før, under og etter behandling, samt både på sykehus og i pasientens hjem. Instrumentet bør være enkelt å anvende og ikke være for stor belastning for pasientene. (Alltid en fare for lav svarprosent). Metoden bør tildels være kreft-spesifikk og den bør være valid.

Det er de siste årene utviklet flere spørreskjemaer som er spesielt beregnet til brukt hos kreftpasienter og som måler et sett av variable som er omtalt under punkt 1. I vårnummeret av Omsorg som utgis av Den Norske Kreftforening vil en del av de mest anvendte måleinstrumentene bli omtalt.

Konklusjon

Livskvalitet bør defineres før man anvender det i kliniske studier. Siden ordet har en dårlig forankring i språket og det blir brukt svært varierende og upresist, kan det være fristende å foreslå at man ikke bruker ordet i vitenskaplig sammenheng innen medisinen, men heller bruker begrepet generell tilfredshet (general well-being). Generell tilfredshet kan defineres som en variabel som avhenger av en rekke andre faktorer. Man vil foreslå at man da bruker livskvalitet som et samlebegrep for psykososial forskning innen medisinen og at man bruker andre mer presise ord for å beskrive forskjellige variable som man ønsker å måle i kliniske studier.

Man bør stille metodologiske krav til måleinstrumentene som blir anvendt (ie validitet/reliabilitet). Det finnes idag ingen standardisert metode til å måle subjektive variable i kliniske studier. Det er behov for ytterligere metodeutvikling før man kan nå et slikt mål, dersom det er ønskelig og mulig.

Livskvalitetsmålinger i klinisk kontrollerte studier med referanse til en studie utført ved Det Norske Radiumhospital.

Lungekreft er en av de mest vanlig kreftformene hos norske menn og er sterkt økende hos kvinner.

I behandlingen av ikke operabel lungekreft har det de siste 10 år ikke kommet noen større terapeutiske fremskritt. Unntaket er småcellet lungekreft hvor den mediane overlevelse er bedret fra omkring 10 uker til 1 år ved bruk av kombinasjonskjemoterapi.

For pasienter med ikke-småcellet lungecancer ser det ut til at kombinasjonskjemoterapi og stråleterapi kun har en begrenset effekt på overlevelse. I en klinisk randomisert studie ved Det Norske Radiumhospital ble pasienter med inoperabel lokoregional sykdom randomisert til kjemoterapi eller stråleterapi. Formålet med studien var å undersøke effekt på det neoplastiske vev (tumor respons), på overlevelse og på pasientenes livskvalitet.

Resultater

Totalt fikk 118 pasienter stråleterapi og 116 pasienter kjemoterapi. Det var ingen forskjell i overlevelse mellom de to behandlingsgruppene, den mediane overlevelse var 10,2 og 10,4 måneder (4).

Et livskvalitets-spørreskjema ble fylt ut av pasientene før, under og etter behandling. Skjemaet er utarbeidet ved Det Norske Radiumhospital og funnet valid i en tidligere studie (5). De fleste av pasientene fylte ut skjemaet før behandling (99 %) og etter 1 år fylte 73 % av pasientene som var i live ut skjemaet (6).

Pasientenes generelle tilfredshet (livskvalitet) ble målt ved at man regnet ut gjennomsnittet av 8 spørsmål. Før man summerte hver enkelt score ble det gjort faktoranalyser for å undersøke om spørsmålene i rimelig grad målte den samme underliggende variabel. Før start av behandling var det ingen forskjell i generell tilfredshet mellom de to behandlingsgruppene (Figur 1). Etter 2 uker var det en statistisk signifikant forskjell i favør av stråleterapi-pasientene. Denne forskjell var hovedsakelig betinget av en

	Antall uker etter start av behandling						
	2	6	14	23	33	42	52
Kjemoterapi-relaterte symptomer (kvalme, oppkast og hårravfall)	-0.21	0.01	0.06				
Stråleterapi-relaterte symptomer (Dysphagi og sår hals)	0.16	0.01	-0.3				
Sykdomsrelaterte symptomer (redusert appetitt, søvnproblemer, tretthet og smerter)	-0.53**	-0.56	-0.48**				
Fysisk yteevne	0.30**	0.28**	0.42**	0.42**	0.46**	0.17	0.26
Dagliglivets aktiviteter	0.28**	0.29*	0.51**	0.57**	0.54**	0.15	0.37*

Figur 1: Generell tilfredshet (livskvalitet) index. Gjennomsnittsverdi for de to behandlingsgruppene er utregnet. Lav verdi indikerer en høy generell tilfredshet.

redusert generell tilfredshet hos kjemoterapi-pasientene. Imidlertid bedret kjemoterapi-pasientenes generelle tilfredshet seg etter 6 uker. Begge pasientgrupper rapporterte en bedret livskvalitet etter 14 uker. For den resterende del av evalueringsperioden var det variasjoner i pasientenes livskvalitet, men pasientgruppene var for små til at man kunne trekke sikre konklusjoner.

Behandlings- og sykdomsrelaterte symptomer ble inndelt i 3 grupper: kjemoterapi-, stråleterapi- og sykdomsrelaterte symptomer (7). 71-80 % av kjemoterapi-pasientene rapporterte kvalme i behandlingsperioden, mens 61 % var kvalme etter 14 uker, dvs. 5 uker etter siste kjemoterapi. Man fant tilsvarende resultat for oppkast. 75 % av stråleterapi-pasientene rapporterte dysphagi ved slutten av strålebehandlingen, 64 % 3 uker etter avsluttet behandling og 22 % 11 uker etter avsluttet behandling.

Sammenhengene mellom generell tilfredshet som den avhengige variabel og pasientens egenrapport av sykdomsrelaterte, behandlingsrelaterte, dagliglivets aktiviteter og fysisk yteevne ble analysert ved å se på korrelasjon mellom enkeltvariablene og multivariata analyser. Sammenhengen mellom generell tilfredshet og sykdomsrelaterte symptomer varierte mellom 0,48 og 0,56 ($p < 0,001$) Det ble funnet en lav korrelasjon mellom kjemo- og stråleterapirelaterte symptomer og generell tilfredshet (8). Statistisk signifikante korrelasjoner ble det funnet mellom generell tilfredshet og dagliglivets aktiviteter/fysisk yteevne. Multivariat analyser bekreftet de univariate sammenhengene.

Diskusjon

Spørreskjemaer i kliniske studier har vist seg å bli bra tolerert av pasientene. De fyller ut skjemaet både på sykehus og i hjemmet. Det ser ut til å være en rimelig bra konsistens i svarene. Man fant også variasjoner over tid. Man må derfor kunne anbefale metoden i senere studier.

To uker etter start av behandling ble det funnet en statistisk signifikant forskjell i generell tilfredshet mellom de to behandlingsgruppene i favør av stråleterapi-pasientene. Forskjellen i

generell tilfredshet var i hovedsak forårsaket av en redusert score for kjemoterapi-pasientene, dette kunne muligens være forårsaket av uttalte behandlingsrelaterte bivirkninger. Imidlertid var det en lav korrelasjon mellom disse to variable (-0,21).

Behandlingsrelaterte symptomer var mer utbredt i kjemoterapi-gruppen enn i stråleterapi-gruppen. De startet tidligere og varte lengre. Varigheten av kvalme og oppkast synes å vare lengre enn forventet. En gjennomgang av litteraturen viste at subakutte subjektive bivirkninger sjelden var undersøkt.

Behandlingsrelaterte bivirkninger har blitt forbundet med redusert livskvalitet hos kreftpasienter utfra ikke-systematisk empiriske studier. Imidlertid fant man at en slik sammenheng ikke var tilstede i denne populasjonen. Kreftpasientene kan ha tolket bivirkningene som en nødvendighet for at behandlingen skulle virke. En behandling som gir mye plager kan av mange ha blitt forbundet med effekt på tumor. Tilsvarende sammenhenger er funnet i noen andre studier. Sykdomsrelaterte symptomer på den annen side var høyt korrelert med generell tilfredshet. Disse symptomene kan ha blitt fortolket som en mulig sykdomsprogresjon av pasientene.

Alle resultatene tatt i betraktning vil man anbefale at stråleterapi bør velges som et av behandlingsalternativene i videre klinisk kontrollerte studier for denne pasientgruppen. Det er viktig å understreke at kombinasjonskjemoterapi kun bør gies i klinisk kontrollerte studier til denne pasientgruppen.

Det kan se ut til at pasientene tolererte en toksisk antineoplastisk behandling så lenge det var håp om effekt og mulig forlenget overlevelse. Det synes å være et stort behov for ytterligere systematiske studier av livskvaliteten til pasienter med langtkommet kreftsykdom og dårlig prognose.

Referanser

1. Bradburn M.M, Caplovitz D. Reports on Happiness. Aldine Publishin Company, Chicago 1965.
2. Næss S. Definisjoner og grunnlagsproblem. I: Mastekaasa A, Modum T, Næss S, Sørensen T.

Livskvalitetsforskning. Rapport 88: 6, Institutt for Samfunnsforskning, Oslo 1988.

3. Karnofsky D.A, Abelmann W.H, Craver L.F, Burchenal J.H. The use of nitrogen mastand in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 634-656, 1948.
4. Kaasa S, Thorud E, Høst H. et al. A randomized study evaluating radiotherapy versus chemotherapy in patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Radiotherapy and Oncology* 11, 7-13, 1988.
5. Kaasa S, Mastekaasa A, Stokke I. et al. Validation of a quality of life questionnaire for use in clinical trials for treatment of patients with inoperable lung cancer. *Eur J Cancer Clin Oncol* 24, 691-791, 1988.
6. Kaasa S, Mastekaasa A, Næss S. Quality of life of lung cancer patients in a randomized clinical trial evaluated by a psychosocial well-being questionnaire. *Acta Oncologica* 27, 335-342, 1988.
7. Kaasa S, Mastekaasa A, Thorud E. Toxicity, physical function and everyday activity reported by patients with inoperable non-small cell lung cancer in a randomized trial (chemotherapy versus radiotherapy). *Acta Oncologica* 27, 343-349, 1988.
8. Kaasa S, Mastekaasa A. Psychosocial well-being of patients with inoperable non-small cell lung cancer. The importance of treatment and disease-related factors. *Acta Oncologica* 27, 829-835, 1989.

Stein Kaasa.

Onkologisk avdeling,
Det Norske Radiumhospital,
Montebello, 0310 Oslo 3.

□

Trygderettar for pasientar med kreftsjukdom

Av Bernt Daltveit

Etter at ein pasient vert ramma av slik sjukdom, følest det for mange som grunnen rasar ut under dei. Mange praktiske problem oppstår, og dei har vanskar med å ta initiativ/søka hjelp der den er å finna. Mange er også lite orientert om dei rettar som finst.

Eg vil med dette gje ei oversikt over dei viktigaste ordningar som kan gjelda for desse personane:

Sjukemelding.:

Desse personane vil sjølv sagt ha rett til sjukemelding i den utstrekning sjukdommen gjer dei arbeidsuføre. Etter at legen på sjukemelding II har gjeve meir utfyllande opplysningar om sjukdommen, utvikling og prognose, kan legen rekna med at det ikkje så ofte vil koma ytterlegare førespurnad om denne pasienten. Dette vil spare legen for noko ekstraarbeid med ei slik sak som oftast synes "opplagt".

Sjukemelding av nære pårørande til kreftpasientar:

Er eit ikkje sjeldan førekomande fenomen. Det må her understrekast at rett til sjukemelding er avhengig av eigen sjukdom, og berre i den grad den pårørande pga. eigen tilstand ikkje er istand til å skjotta sitt arbeid har vedkommande rett til sjukemelding. Såleis ikkje viss det er for å pleia/ta omsorg for den kreftsjuke. Dette kan synast urimeleg, men vilkåra er slik, og av omsyn til at alle skal få same behandling, må vi alle følgja regelverket, og heller prøva påverka politiske organ til å endra regelverket på dette punkt.

Fritak for arbeidsgjevaransvar:

Enkelte kreftpasientar ynskjer å gå i arbeid i sine gode periodar/mellom behandlingsskurar el.l., og i slike tilfelle kan arbeidsgjevar, etter særskild søknad frå pasient, fritakast for å betala pasienten løn i inntil 14 dagar kvar sjuke-

meldingsperiode - "trygden" overtar dette ansvar. Denne ordninga inneber ein stor lette både for den sjuke og for arbeidsgjevar.

Refusjon av legemidlar:

Alle kreftpasientar vil få utskrive medisin til behandling av grunnsjukdommen på blå resept, paragraf I, pkt. 9, jfr. Felleskatalogen. Mange kreftpasientar vil imidlertid ha behov for ei rekkje andre medikament som ikkje kan refunderast etter denne ordninga. Til dømes kvalmestillande, smertestillande, avførande, jerntablettar osv. Dette kan no skrivast på ein kvit resept på vanleg måte. Resepten skal så merkast nederst: pkt. 2.13, jfr. paragraf 9, pkt. 9. Pasienten vil då sleppa å betala for medikamentet på apoteket, som sjølv sender resepten direkte til trygdekontoret for oppgjer.

Næringssubstitutt og intravenøse infusjonsvæsker:

Kan føreskrivast på blå resept, paragraf 2, pkt. 31, ved "forsrevring av eller sykkelige prosesser i svelg, spiserør, mage/tarm", "hvor flytende føde eller parenteral ernæring er nødvendig".

Bandasje/bleier/coloplastposer, kateter osv:

Kan til desse pasientane skrivast på blå resept, paragraf 3, jfr. Felleskatalogen.

Hjelpestønad:

Kan gjevast viss pasienten treng hjelp til tilsyn og pleie, herunder hjelp til personleg hygiene, eller til hjelp i huset, så sant vedkommande ikkje har vore heimeverande husmor full tid! Pasientar som har vore kombinert yrkesaktiv/heimeverande, kan ha rett til hjelpestønad til hjelp i huset. Beløpet er kr. 6732 pr. år. Mange kreftpasientar bør fylle krava til hjelpestønad.

Grunnstønad:

Kan gjevast til pasientar med ekstrautgifter pga. sjukdommen, i enkelte til-

felle også til transportutgifter. Ekstra-utgiftene må dokumenterast eller sannsynleggjerast, og må utgjera eit visst minstebeløp (2/3 av sats 1 som pt. er kr. 4584 pr. år). Det kan gjevast grunnstønad etter ulike satsar heilt opp til ca. kr. 15000 pr. år.

Enkelte tilstandar kvalifiserer automatisk til grunnstønad. I denne sammenheng kan nemnast:

- pasient med stomier (tarm eller ureter)
- laryngectomerte
- pasientar med varig inkontinens for urin/avføring
- pasientar med lymfødeme etter kreftoperasjon, og som er avhengig av varig bruk av elastiske strømper mv.

Tekniske hjelpemiddel:

Vil av og til vera aktuelt for kreftpasientar, særleg slike med spreing til kjelettet. Det kan vera ymse hjelpemiddel i huset for å betra pasientens funksjon/letta stell av pasienten. Dette kan føra til at pasienten kan vera lengre heime og fungera betre i denne tida. Det gjeld særleg hjelpemiddel til personleg hygiene/påkledning, kjøkkenarbeid (inkl. måltider) og generelle gjeremål. Det kan nemnast vegghandtak på bad/toalett, toalettforhøgar, badekar-rist, sklissikkert underlag, ymse gripetenger. Dessutan ymse hjelpemiddel til kjøkkenarbeid/måltider, så som spesielle knivar, boksåpnarar og mangt anna. Dessutan er det ofte aktuelt med regulerbar arbeidsstol til desse pasientane. Det kan også ein gong iblant vera aktuelt at pasienten må ha eiga sjukeseng heime for å letta stellet. Dei tekniske hjelpemidla vert dekkja av trygden. I dei fleste fylke finst det no hjelpemiddelsentralar som lagerfører slike hjelpemiddel, dels har dei ekspertise som kan gje råd. Dessutan er ofte heimesjukepleien involvert, og i mange saker er det eit samarbeid mellom heimesjukepleie og hjelpemiddelsentralen. Det er ynskjeleg med betre ergoterapiteneste i dei fleste kommunane (1).

Parykk til cytostatika-behandla pasientar.

Pulsator med mansjett til lymfødembehandling av cancer-opererte kan begge deler gjevast tilskot til frå trygden, etter pkt. 2.13.

Uførepensjon:

Mange kreftpasientar endar diverre opp med uførepensjon. Det er no frå RTV lagt opp til ei enklare saksbehandling i dei tilfella der søkjaren har ein alvorleg sjukdom som heilt klart fører til varig og fullstendig bortfall av ervervsevnen. Av og til har trygdekantoret tilstrekkelege opplysningar frå før, i andre saker vil det verta retta ein noko enklare førespurnad til behandlande lege (berre i saker med 100 % pensjon), RTV-blankett 8.15. Dette vil føra til ei enklare saksbehandling, og handsamingstida før pensjonen vert innvilga, vil verta redusert (2).

I ein del saker vil pasientane ikkje ha sjukepengerrettar. Dette gjeld for heimerverande husmødre og skuleungdom som ikkje er yrkesaktive. Desse har ikkje krav på stønad før etter 52 veker samanhengande sjukdom. Likevel kan det tidleg i sjukdomsforløpet for desse pasientane søkjast om attføringshjelp og uførepensjon. Dette synest å vera ei gruppe pasientar som i mange tilfelle ikkje har fått si sak korrekt behandla i tidleg fase av sjukdommen.



Sykehistorie: Lumbago
Endelig Diagn.: Myelomatose!

På den andre sida har legane vegra seg for å tilrå uførepensjon til pasientane for tidleg, idet dei er redd for at dette kan vera med å signalisera ein dystert prognose for pasienten på eit tidspunkt av sjukdommen der det er svært viktig å bevare optimismen. I slike tilfelle kan det då vera aktuelt i ein overgangsfase å søkja/innvilga attføringspengar, som i hovudsak representerer same yting som ein uførepensjon.

I alle tilfelle er det slik at det er pasienten sjølv som må setja fram krav om yting (skriva under kravskjema). Som det vart påpeika innleiingsvis, er imidlertid mange pasientar "handlingslamme", i andre tilfelle ikkje klar over sine rettgar. Då er det viktig at me som helsarbeidarar hjelper og rettleier pasientane også når det gjeld dei her omtalte ordningar.

Litteraturlistingar:

1. Melsom H. m. fl. Tnlf nr. 6/89.
2. Telnes G: Tnlf 14/88.

Bernt Daltveit, rådgjevande lege,
Voss.

□

Kan kreft forebyggast?

Utposten i samtale med Frøydis Langmark

Utpostens utgangspunkt for å kontakte Frøydis Langmark var at vi ville ha opplysningar om kva vi faktisk veit om forebygging av kreft frå ein erfaren epidemiolog. Frøydis Langmark er overlege ved DNR og tidlegare patolog.

FL: Kva er det realistisk å forebygge? All viten må settast inn i ein sammenheng. Det er vanskeleg å overføre frå rotter og mus til mennesket. Svært mykje dreier seg om sunn fornuft og å skille det vesentlege frå det uvesentlege, og medisinstudiet gjer oss dessverre ute av stand til å vere kritiske. Vi blir opplært til dogmatisme og til å formidle "sannheiter" som ofte ikkje er bygd på naturvitskap. Dette gjer oss til lett bytte for dagspressas sensasjonsoppslag i den forstand at vi lett lar oss presse av pasientane til utredningar og behandlingar som dei neppe er tente med.

UP: Korleis skal vi så i møtet med den enkelte pasienten stille oss til massemedias behandling av medisinsk informasjon?

FL: Eg trur at pasientane er vel tente med at legen viser usikkerheit framfor dogmatiske utsagn rundt spørsmål som avgjort er vanskelege.

UP: Kva med sammenheng mellom brystkreft og p-pillar?

FL: Det endelege svaret på dette har vi ikkje endå. P-pillar fjernar den naturlege syklisiteten, og reint morfologisk ser vi at kjertelepitemalet reagerer. Vi har endå ikkje klart å vise nokon klart signifikant kreftauke, men for meg som tidlegare patolog er det inga overrasking om det i framtida skulle bli påvist ein sammenheng. Når mange kvinnelege legar lenge har

vore skeptiske til eigen bruk av p-pillar, kan det både ha sammenheng med at vi set pris på vår eigen syklisitet og at kvinner generelt er meir restriktive til utprøving av legemiddel. Men sjølv om vi er skeptiske til f. eks. p-pillar, står vi i ein vanskeleg virkelegheit, og valget må ofte stå mellom det ideelle og det mulege.

UP: Kva med miljøforurensing og carcinogenese?

FL: Forurensing er hovudsakeleg eit miljøproblem og berører mennesket som del av eit miljø. Det er ikkje fyrst og fremst eit cancerproblem. Vi ser førebels ingen opphopning av caner i forurensa område som f. eks. Grenlandsområdet.

Samtidig må vi hugse at cancerepidemiologien avspeilar forholda opptil 40 år tilbake i tida. Det vi veit i dag er at det er meir cancer i storbyane, men her er det mange forhold som spelar inn.

Å påvise kausalitet er vanskeleg. Sjølv medisinske sanningar som er allmennt kjent for alle i vårt land, er aldri påvist ved dyreforsøk. Eit eksempel her er røyking og lungekreft, ein har endå aldri fått rotter til å røyke! Mennesket er sammensett, forskingsmetodane ofte eindimensjonale! Epidemiologi dreier seg om sunn fornuft, og å få talfesta det vi veit.

UP: Kva slags sannheiter står då tilbake?

FL: La det vere klart. Ofte må det massiv eksponering til, store dosar over lang tid hos eit muleg genetisk predisponert individ for å framkalla kreft. Dette gjeld det vi *sikkert* veit noko om, tobakk og solstråling. Det er eit uhyggeleg fenomen dette vi i det siste

har oppdaga, nemlig at maligne melanom hos barn, som var ein diagnose ein tidlegare aldri stilte, nå byrjar å dukke opp. Vi fryktar at ein massiv forbrenning, ein tidleg soleksposisjon i heilt unge år, kan ligge bak dette.

UP: Kva med cervixcancer?

FL: Vi veit at det å bli skåna for infeksjose agens, slik som f. eks. nonner blir, medfører at dei ikkje får cervixcancer. Det er den seksuelt overførte virusinfeksjonen som fører til precancrose og truleg til invasiv cancer. Og då seier det seg sjøl at eit stort antal partnarar aukar sjansen for å få aktuelle virus og igjen muleg cervixcancer.

UP: Kva med screening?

FL: For all screening gjeld at ein må stille krav til forholdet mellom kostnader og nytte. Screeningprogramma må kvalitetsvurderast og kostnadsberekninga må inkludere dei totale kostnadane samfunnet har i samband med undersøkinga. Men vi veit at i Finland er det påvist nedgang i incidens og dødelegheit av cervixcancer etter at dei starta opp med screening. Eit problem er at utviklinga går framfor nyttevurderinga av ulike screeningprogram. Private interesser skundar på innføringa av screeningprogram. Dette fører igjen til at staten kanskje kan bli tvinga til å gå inn for screeningprogram som ikkje er vist å ha sikker kost/nytteeffekt.

UP: Kva med kosthold og påvirkning av cancerutvikling?

FL: Er det møtet mellom kjemisk agens og epitel som har betydning for cancerutvikling, må kostholdet ha betydning for gastrointestinal cancer. Det er ikkje nødvendig å vite kjemisk innhold i detalj. Generelt kan vi seie at det som er bra for hjartet, også er bra mot cancer. Når vi har registrert at ventrikkelt-canceren går ned, kan det ha sammenheng med måten vi har konserverv mat på tidlegare her til lands då folk åt røykt, salta og ofte bederva mat. Cancerformer som coloncancer, prostatacancer og mammacancer aukar, kanskje går dette via fettvevet, og fettvevets innverknad på hormonelle forhold.

UP: Til slutt, kva med stress og kreft?

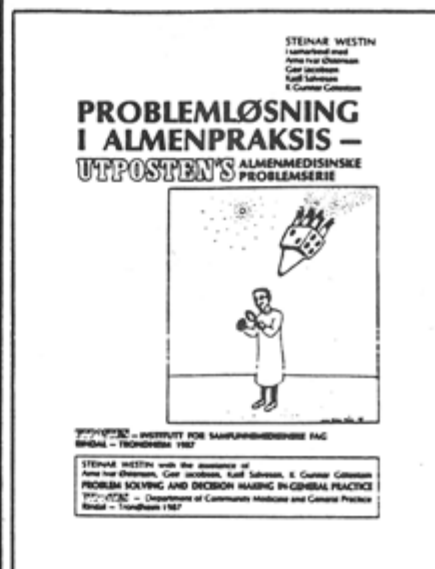
FL: Sjølv trur eg at store psykiske traumer kan utløyse cancer. I Newsweek, 7 nov. 88, kallar dei immunsystemet "vår hjerne nr. 2". Det er sannsynleg at psykiske faktorar påvirkar immunsystemet negativt i så måte. I tråd med dette er det å få opp vitalitet og livslyst hos ein kreftsjuk pasient ein viktig del av behandlinga.

Vi veit ein heil del i dag om gunstig livsstil, råd vi kan gje vidare til pasientane våre. Ein annan ting er at kunnskap ikkje er nok. Mennesket er eit irrasjonelt vesen. Ein ting er alt vi veit, ein heilt annan er kva vi gjer med oss sjølve. Dette gjeld ikkje minst oss doktorar.

Anne K. Nore og Reidun Førde.

annonse

Enda ikke utsolgt UTPOSTENS almenmedisinske problemserie -



med seks kliniske oppgaver, løsninger, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,- (fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

"Problemløsning"
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100,- til

Navn

Adresse

Nye sko til fotfolket



"Harald Kamps, 38 år gammel prestesønn og innvandrer fra Tyskland, idyllisk bosatt ved Trøndelags forblåste kyst og opptatt av samtalen som vår viktigste terapeutiske handling. Spesialisert allmennmedisiner og glad i mer filosofisk debatt og glad for alle kommentarer".

Bidrag til essaykonkurransen 1988

Sko skifter vi i forhold til været. Tankene våre er langt mer uavhengig av slike lunefulle forhold. Vi tenker helst som i går og håper på at vår gamle kunnskap kan gi oss svar på nye spørsmål. Men vi ser det vi vil se - vi konstruerer vår egen virkelighet. Lenge kunne vi allmennpraktikere sole oss i ubegrenset tillit til vårt omfattende, personlige og forpliktende arbeid. Men det trekker opp skyer på tankenes himmel - våre modeller strekker ikke til. Vi begynner å innse at vi må forandre vårt bilde av vår virkelighet. Vi blir vitne til/aktører i et paradigmeskifte. Men før vi kan prøve de nye skoene for å oppdage nye stier i det allmennmedisinske landskap, bør vi oppdatere kartet vårt. I den følgende uhøytidlige idesamlingen tegnes en grov skisse av ukjent terreng, men det stoles på at man blir klokere underveis. Det er heller ingen skam å snu.

Av Harald Kamps

Lenge kunne vi beundre det allmennmedisinske monumentet med de meget-sigende initialer KOPF som innskrift. Men monumentet slår sprekker, bokstavene gir ikke samme mening som før, den gamle glansen er borte. Blant bekymrete allmennleger er det noen som stemmer for en orginaltro restaurering, mens andre prøver å meisle ut nye konturer.

Det allmennmedisinske ideal står på vaklende grunn. Jeg tør påstå: det henger i luften, hodet mangler føtter. KOPF-idealet beskriver det allmennmedisinske landskap uten å beskrive dets innhold. Det beskriver hvordan vi allmennpraktiske leger skal jobbe, uten å beskrive hva vi egentlig jobber med. KOPF-idealet sender oss ut på en reise uten kart, og terrenget er mindre kjent enn vi egentlig tror. Allmennmedisinsk klinikk trenger et kart å forholde seg til. Hodet trenger føtter, KOPF må forholde seg til FUSS (jeg tar sjansen på å leke meg med bokstavene til tross for at neppe alle mine kolleger har sine språkkunnskaper fra et tysk universitet).

Kodens innhold skal avsløres etterhvert og det advares mot å lese siste avsnitt med en gang.

Allmennmedisin - familiemedisin.

F-en står for "Familiemedisin". Forskjellen mellom sykehusmedisin og allmennmedisin er at primærlegen i stor grad kan forholde seg til hele familien. Huslegen er legen for hele huset med alle dets beboere. Familielegen er legen for hele familien. Den engelske allmennpraktiker Roland (1) har sett gjennom litteraturen og prøvd å svare på om "familielegen er myte eller virkelighet". Han fant overbevisende data for hvor viktig det er å kunne forstå hvordan familien kan forme opplevelsen av sykdom hos enkeltmennesker. Han beskriver en undersøkelse av Widmer som sammenlignet 154 depressive pasienter med en like stor kontrollgruppe. I en 2-årig studie oppsøkte ektefeller og barn av depressive foreldre legen signifikant hyppigere. I en annen retrospektiv studie undersøkte man journalene til 50 familier og skilte ut noen familier hvor mødrene hadde et



høyt forbruk av nervemedisin (mer enn 10 resepter i en 10-årsperiode). Man fant at barn i slike familier oppsøkte egen signifikant hyppigere for øvre luftveisinfeksjoner og fikk dobbelt så hyppig antibiotika enn barn i andre familier. Forfatterne kikket nærmere på mønsteret av medikamentforskrivning og fant at i årene med mange resepter til moren fikk barnet lite medisin og omvendt. Spissformulert behandlet allmennpraktikeren samme "symptom" hos moren med nervemedisin og hos barnet med penicillin.

Det mest imponerende arbeid stammer fra den nederlandske familielegen Huygen. Han kunne presentere sykdomsmønsteret i familier over en 30-årsperiode. I noen familier beskrev han sykdommer hos 13 familiemedlemmer i løpet av 20 år. Han leverte en omfangsrik dokumentasjon av at symptomer kan relateres til stressfaktorer hos andre familiemedlemmer, at tapsopplevelser i familien har stor betydning, at fødsel av barn eller uoppfylt barneønske er en viktig risikofaktor hos yngre par og at kronisk sykdom spiller en stor rolle for andre familiemedlemmer.

Mange flere studier formidler hvor viktig det er å kunne forholde seg til hele familien, særlig ved kronisk sykdom. 75 % av spurte leger syntes at det var "meget viktig" at familiemedlemmer benyttet samme lege.

Denne intuitive innsikt svarer dessverre lite til virkeligheten. Allmennpraktikerenes kjennskap til familieforhold er ofte bedrøvelig dårlig. I en kanadisk studie kjente legen i 73 % av tilfellene pasientens yrke og visste bare hos to av tre om det fantes barn i familien eller ikke. I hvertfall i den tiljen-

gelige litteraturen er det lite som tyder på at allmennpraktikeren utnytter sitt forhold til pasientens familie i behandling.

Så lenge familiemedisin som vitenskap og praksis er mere myte enn virkelighet står den altomfattende legen på vaklende føtter.

Allmennmedisinens styrke ligger i nærhet til og viten om pasientenes nettverk og her skapes allmennmedisinens egenart.

Selv om allmennpraktikeren har familien i sitt synsfelt er det som oftest enkeltmennesket han møter. I dag blir denne pasienten utsatt for en kvasimedisin som er en blanding av allminneliggjort spesialistviten, tillest erfaring fra patologiske lærebøker og en god porsjon sunn fornuft. Dette fører meg til den andre bokstaven i min lille allmennmedisinske epistemologi. (Epistemologi er et moteord i den pågående filosofering om medisins framtid og kan vel best oversettes med: Hvordan forstår jeg den måten jeg forstår på?)

Hvordan forstår jeg min opplevelse av det pasienten forteller meg?

Undrende

La ethvert møte med en pasient blir et møte mellom to kulturer: jeg med min medisinske forstand og pasienten med sin spesielle sykehistorie. Hvor ofte oppdager vi at vi voldtar pasienten ved å tvinge på ham vår forståelse av hans/hennes lidelse? Hvor ofte stiller vi det von Foerster kaller "illegitime spørsmål", dvs. spørsmål det allerede finnes svar på. Eller vi håper på at pasienten svarer på en måte som passer

inn i vår måte å sortere kunnskap på. Vår vitenskaplige metode beror på to bærende søyler og her siterer jeg igjen von Foerster (2):

- regler som var gyldige i går gjelder også i morgen og

- nesten alt i universet er irrelevant - sagt med andre ord: finner du den nødvendige og tilstrekkelige årsak til et problem så har du nådd målet.

Eller sagt enda finere: reduksjonismen gjør blind for universets mysterier. Å være undrende betyr at mysterier blir en intellektuell utfordring. Å undres over noe betyr at en ønsker å vite mer enn det som er åpenbart. Med en slik grunnholdning blir møtet mellom lege og pasient mer likeverdig - ansvaret for løsningen av et uforståelig problem ligger hverken hos legen eller pasienten alene, men i dialogen.

Samtalen er allmennpraktikerenes fremste verktøy. I samtalen kan vi få fram det som enda ikke er sagt, det som kan skape forandring.

Familie terapeutene Harlene Anderson og Harold Goolishian (3) beskriver viktige elementer i en terapeutisk samtale:

1. Terapeuten holder seg i begynnelsen tett opp til klientens egen beskrivelse av problemet.
2. Terapeuten interesserer seg samtidig for forskjellige og gjerne motsetningsfylte ideer om problemet - det skilles ikke mellom riktig og galt.
3. Terapeuten snakker på en samarbeidende måte og prøver å unngå konfrontasjon, kamp, motsetninger og fastlåste tanker.
4. Terapeuten lærer av og bruker klientenes eget språk og finner fram til bilder fra klientens egen verden.
5. Terapeuten forstår ikke for fort. Jo fortere en forstår folk, desto mindre sjanse er det for dialog og større sjanse til misforståing.
6. Terapeuten stiller spørsmål som avler nye spørsmål.
7. Terapeuten opprettholder en dialog med seg selv, åpen for å forandre sitt syn på samme måte som man forventer det av klienten.

En slik terapeutisk samtale gjør ny forståelse mulig og skaper rom for forandring. Det er "kartet i hodet" som bestemmer hva vi ser. Det gjelder for begge parter i en terapeutisk dialog. En forandring av et fastlåst symptom forutsetter forandring av pasientens egenopplevelse- og den går det ikke an





å plante inn i pasientens hode.

Terapeutens oppgave er å delta i utvikling av alternative ideer som er forskjellig fra de gamle, men heller ikke for forskjellig.

Nevrologen Oliver Sacks (4) presenterer i sin bok om "Mannen som forvekslet kona med en hatt" glimrende resultater av slike undrende terapeutiske samtaler. Jeg er sikker på at norske allmennpraktikere sitter inne med et utall av opplevelser hvor både pasienten og legen plutselig fikk en aha-opplevelse, hvor en ny forståelse skapte ny mening. Slike anekdoter er verdiløse i vår empiriske, kausale verden, men av uvurderlig verdi i enhver allmennmedisinsk klinikk.

Men har vi ikke mer å bidra med enn å være en forståelsesfull lytter og kreativ samtalepartner? Hvor er legen som en profesjonell yrkesutøver? Hvor kan vi kaste et teoretisk ankerfeste som formidler holddepunkter for vår medisinske praksis? Noe av svarer skjuler seg i "fotens" S, som står for

Systemteori.

Ikke en medisinfilosofisk avhandling av nyere dato og med respekt for seg selv utelater van Bertalanffy's General System Theory i litteraturlisten eller Thomas Kuhns profeti om et nødvendig paradigmeskifte. At dagens biomedisinske modell er i en krise er det få som betviler, og det er særlig psykiatrien og den medisinske alternativbevegelsen som driver fram en forandring. Psykiateren GL Engel (5,6) har skrevet en rekke artikler om behovet for en bio-psyko-sosial modell, og han beskriver anvendelsen av en slik modell. Han tar utgangspunkt i en kybernetisk beskrivelse av

hierarkisk orden i naturen: celle, organer, nervesystem, person, to-personer, familie og samfunn. Alle nivåer har sin egen sirkulære regulering, men er samtidig en del av et større system. "I kontinuiteten av naturlige systemer er enhver enhet samtidig både en helhet og en del". I denne dialektikken ligger "løsningen" av det ulykksalige skille mellom kropp og sjel som fortsatt plager hverdagen vår: "Det kan da ikke være nervene mine, det må da finnes noe feil i kroppen min, doktor!" I et system med selvregulerende sløyfer er det meningsløst å spørre etter hva som var først av høna eller egget. Gregory Bateson (7) lanserte begrepet "sirkulær organisering", og hans verk "Ånd og natur" burde være pliktlesning for alle medisinstudenter. Han tok utgangspunkt i grekernes dilemma, nemlig at virkningen ikke kommer før årsaken. Platon og Aristoteles løste dette problemet ved å hevde at mønsteret som ble skapt ved en avslutning av en rekkefølge på en eller annen måte kunne betraktes som årsak til forløpet av rekkefølgen - noe som ble kalt teleologi. Biologene hadde det samme problem: Krabbene hadde tydeligvis klør for å kunne holde noe, men var det lov å argumentere baklengs ved å hevde at formålet med klør også kunne være årsaken til utvikling av klør? Lenge gikk vi i slike teleologiske feller eller skapte myten om en overnaturlig kontrollinstans.

Myten om at det må finnes en bestemt årsak til en diagnostisert sykdom forvirrer fortsatt våre og våre pasienters hoder. Og det som verre er - ved å finne årsaken skal også skyldspør-

målet avgjøres. Nåde dem som ikke kan vise fram en organfeil, for de er "skyld i det hele selv". Nå kan dessverre det uheldige skyldspørsmålet innføres bakveien også hos en som tenker i helhetlige systemer og i sirkulære tankebaner. Pasienter med psykiske problemer føler nok ikke den store forskjellen mellom det å bli utsatt for familierapi, hvor ansvaret blir plassert hos den "schizofrenogene moren", og det å få medikamenter, hvor feilen ligger i dopaminstoffskiftet. Allmennmedisinen kan fortsette der hvor andre slapp. Vi kan prøve å utvide vårt ideologiske ståsted med et nytt perspektiv - radikal konstruktivismen kalles det blant fortenkere. (Konstruktivismen blir nok ikke med i slagordet, for da ville det bli FUSK).

Hvem er så disse konstruktivistene?

Jeg traff dem samlet i en norsk fjellbygd i sommer. Biologen Humberto Maturana, kybernetiker og psykolog Ernst von Glasersfeld og fysikeren Heinz von Foerster møtte familierapeuter i Sulitjelma. Hva har nå disse teoretikerne å bidra med, som gjør at de blir invitert over halve verden for å tenke høyt sammen med praktikerne. Her noen smakebiter:

Von Foerster: (2) Omverdenen, som vi sanser, er vår oppfinnelse. For ham er erkjennelse bearbeidelse av en virkelighet, og han belyser det med et enkelt regnestykke: Nervesystemet er organisert slik at det møter den "ytre verden" utenfor kroppen med såkalte sensoriske reseptorer. Vi har tilsammen ca. 100 millioner. Det er imidlertid 10000 milliarder synapser i nervesystemet. Nervesystemet er altså 100 000 ganger mer sensitivt for forandringer i vårt indre miljø enn for "verden utenfor". Nervesystemet fungerer som et lukket system. Her blir han støttet av biologen Humberto Maturana (8), som setter "objektivitet i parentes". Også for ham er virkelighet det mitt nervesystem skiller ut fra omgivelsen. På denne måten blir det et mangfold av virkeligheter som alle er like gyldige. Alt som blir sagt blir sagt av en observatør og til en observatør. Kybernetiske sammenhenger som vi får beskrevet hos f. eks. Engels blir satt i en ny kybernetisk sammenheng, nemlig til det observerende system. Et hvert nivå i en 2. ordens kybernetisk sløyfe fungerer perfekt og autonomt i forhold til andre systemer. Men de kan forstyrres i

samhandling med andre systemer - men en evt. endring i systemets opprinnelige organisering er avhengig av om en "godtar" en slik forandring. Hierarki og kontroll er ukjente begreper i en slik epistemologi.

Von Glaserfelds (9) bidrag i denne samling av bruddstykker er at vi ikke skal trakke etter sannhet og det "rette", men etter det som "passer" (fit) ved våre forsøk på å forstå verden utenfor oss. Kunnskap bidrar på denne måten til opplevelse, men representerer ikke nødvendigvis en riktig beskrivelse av det som skjer. Vi kan slutte å krangle om hva som er rett, men heller finne ut hva som passer.

Jeg lever ikke i den illusjon at det går an å forklare systemisk tenkning med noen få vakre ord, men det er mitt håp at slike smakebiter vekker mer appetitt. Jeg føler meg i det minste som en bokselger som lovpriser Maturanas og Varelas "Erkjennelsens tre" (8) som den nye veiviseren.

Jeg er samtidig overbevist om at systemisk og konstruktivistisk tenkning legger et brukbart grunnlag for en bedre allmennpraksis. Vi trenger en teori som hjelper oss ut av fellen hvor kropp og sjel holder oss fanget på hver sin kant. Vi trenger en teori som viser at lege-pasient-forhold er mer enn et ekspert-dumming- forhold: en plattform for utveksling av felles tanker og ideer hvor resultatet av behandlingen avhenger av om pasienten klarer å se flere måter å se sine problemer på. Vi trenger en teori som befri oss og våre pasienter fra å søke fortvilet etter sannhet=diagnoser eller årsaker=skyld. Vi trenger en teori som gir oss nye innsikter i kroppens/naturens vidunderlige selvorganisering.

Kartet har etterhvert fått noen konturer og kan føre oss tilbake til vårt allmennpraktiske landskap. Hvordan klarer vi å holde oss levende, dvs. stadig på jakt etter nye meninger og overraskende stier når den grå hverdagen tåkelegger landskapet?

For å uttrykke det med et fint ord som passer bra i min bokstavrekke, så trenger vi

Supervisjon (veiledning)

De nye allmennspesialister har bare rosende ord (tror jeg), å si om det de har opplevd av kollegial veiledning. Endelig hadde man et forum til felles ettertanke om et problem man kanskje

hadde kjørt seg fast i. Ti tanker er mer enn en tanke. Dessverre er denne type veiledning hittil en tidsbegrenset opplevelse.

Men vi ble også kjent med verktøy til selv-veiledning. En videofilm med en selv som hovedaktør ga nye perspektiver for eget arbeid. Det ble tydelig at nye posisjoner gir en annen opplevelse av virkeligheten (konsultasjonen). Kanskje kan det være nok å sette seg i pasientstolen etter avsluttet konsultasjon og meditere noen minutter over hva han/hun egentlig ville fortelle? Den enkleste måten å kvitte seg med et problem på er å henvise det til en annen spesialist. Det ville være bedre å kunne hente en annen spesialist og løse det sammen. Slik spør Tromsø-psykiateren Tom Andersen (10) i artikkelen "Konsultasjon: Kunne du tenke deg Ko-evolusjon istedenfor henvisning?" og viser samtidig at det går an - til og med i Nord-Norge (eller kanskje i hvertfall der): Spesialisten reiser og møter allmennpraktikeren og pasientene der hvor de sitter fast. Plutselig kan allmennpraktikeren fra litt større avstand se på hvordan en spesialist jobber i hans posisjon. Etter noen slike konsultasjoner kan det bli utfordrende å lede en slik samtale selv med psykiateren i bakgrunnen.

En annen modell for ko-evolusjon er at en gruppe allmennpraktikere får regelmessig besøk av en psykiater. I utlandet ville man ha kalt dette en Balint-gruppe. En slik gruppe vil øke kreativiteten hos dem som deltar ved å åpne øynene for alle de spørsmål som man enda ikke har fått svar på. En slik gruppe kan beskytte mot frustrasjon, når man opplever at forandring hos problempasienter skjer altfor

langsomt og man begynner å gå trøtt. En slik gruppe kan beskytte oss og pasienten mot at vi forvrenger pasientens verdensbilde med våre egne vrangforestillinger.

FUSS-idealet slik det ble presentert her er ikke mer enn et skelett. Det mangler kjøtt og blod. Men det kommer til å passe i mange slags sko. FUSS kan tilpasses KOPF-legen i beste Lakselv-distriktelege-tradisjon og med FUSS i hodet kan man bli en omfattende allmennklinikker uten å være helsestasjons- og sykehjemslege. Allmennmedisinere har mange sko å gå i.

Litteratur:

- 1) Roland Mo. The family doctor-myth or reality? Family Practice 1986; 3: 199-204.
- 2) Foerster E von. On constructing a reality. In: Watzlawick P (Ed). The invented reality. N.Y: Norton 1981.
- 3) Anderson H, Goolishian HA. A view of human systems as linguistic systems. Sulitjelma seminar. ISM Tromsø 1988; 14-5.
- 4) Sacks O. Mannen som forvekslet kona med en hatt. Cappelen 1987.
- 5) Engel GL. The need for a new medical model. Science 1977; 196: 129-37.
- 6) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-44.
- 7) Bateson G. Ånd og natur. Rosinante 1984.
- 8) Maturana H, Varela F. Kundskabens træ. Århus: Forlaget ASK 1987.
- 9) Glaserfeld E von. Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick P. Die erfundene Wirklichkeit. Piper, Muenchen 1986.
- 10) Andersen T. Consultation: Would you like Co-evolusjon instead of referral? In: Family Systems Medicine, 1984; 2 (4): 370-9.

Harald Kamps
7160 Bjugn

□





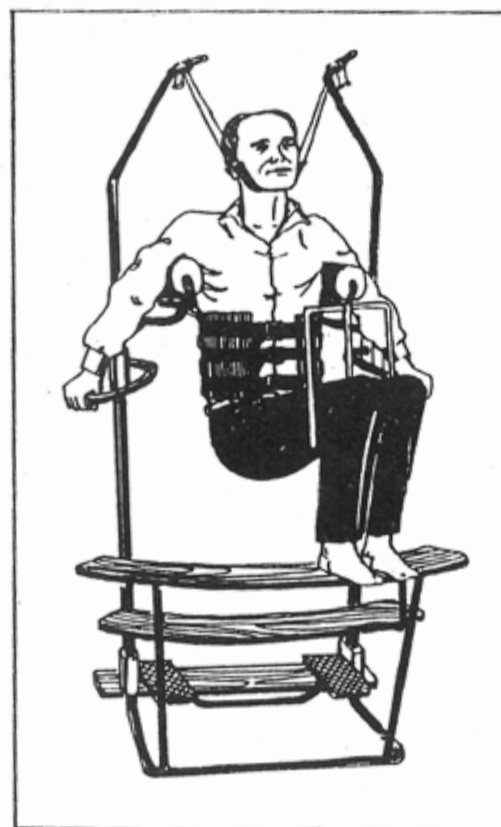
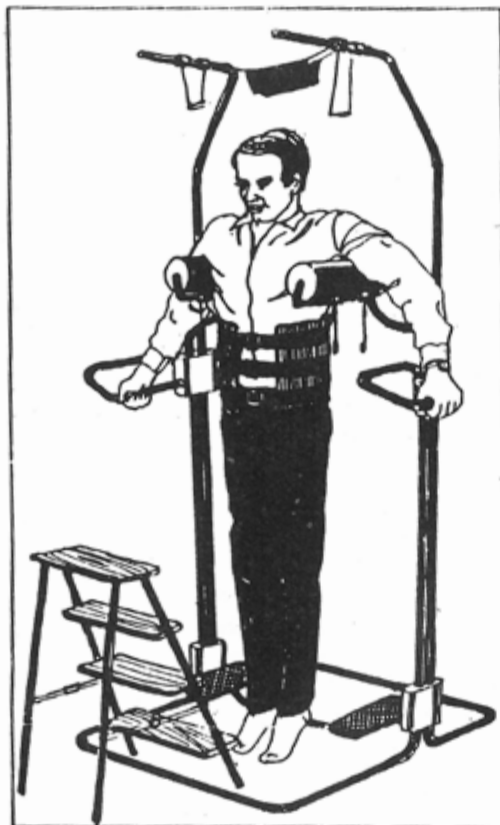
Ryggkurator

En utfordring for pasient, lege og fysioterapeut.

Jeg sitter en søndag morgen og drømmer meg bort i en tilsendt feriebrosjyre. Under bildet av en muhamedansk basar kan jeg lese følgende: "I Kairowan står tiden stille". Vakkert og vemodig. Brått vender tankene tilbake til dagens realiteter, og til et område innen helsevesenet som har opptatt meg litt for meget de senere år. Jeg har rygg-lidelsene i tankene, og spesielt terapi ved kroniske belastningslidelser i ryggen opptar meg. Jeg har en illustrasjon av Hippokrates ved sin traksjonsbenk, sammen med pasient og medhjelpere. Har det egentlig skjedd så mye på behandlingsfronten siden? Dette er et territorium hvor fysioterapeuter og kiropraktorer er praktisk talt enerådende. All mulig respekt for deres innsats, men er det grunn til å tro at de, med sine forutsetninger og sin posisjon, har muligheter til å føre faget særlig videre?

Omfanget bare øker og øker. For få år siden kostet disse lidelser det norske samfunn 12 milliarder. Nå er tallet 20 milliarder. Det er lagt ned mye forskningsarbeide i å finne årsaken til de degenerative rygg-lidelser: En japansk forsker fikk smånagere til å gå på bakbena. Det utviklet seg degenerative forandringer i bakre del av ryggen etter kort tid.

Jeg forestiller meg at urmenesket i et tilbakeblikk uttalte følgende: Det tobente menneske er kommet for å bli, men var det prisen verdt? I moderne medisin har prinsippet om egenomsorg-



egoterapi - gitt gode resultater.

Dette har vært en av ideene bak min "Ryggkurator", et nytt strekkapparat ved belastningslidelser i nakke og rygg. Det er det gamle råd om å henge og strekke seg i dørkarmen eller lignende som jeg har forsøkt å sette i system, tilpasset nyere behandlingsprinsipper. Hele opplegget er basert på "assistert egenomsorg", eller Ikea-prinsippet om man vil. I min praksis har jeg et behandlingsrom med vindu inntil kontorsøster. I rommet befinner seg en benk, der er tilgang på ispakninger, korsett, enkle retningslinjer med råd og øvelser, ved siden av "Ryggkuratoren". Inngangsbilletten er legeundersøkelse.

På veggen henger det en stor "Vær varsom"-plakat. Pasienter med kroniske plager gjør seg fort fortrolig med apparatet, og dersom de løter opp parvis, har jeg overhodet ikke noe ekstraarbeide med dette. Jeg har drevet med dette i 3-4 år. Det går ikke en uke uten at jeg opplever slående positive effekter. Det som gleder mest er imidlertid noen kroniske ryggpasienter og den psykiske tilleggseffekt det gir når de oppdager at her kan de gjøre noe med ryggen selv, til en minimal pris såvel for samfunnet som for dem selv. Kan dette være et springbrett for økt interesse blandt kolleger for ryggterapien?

(Lillehammer er liksom blitt et symbol på dristig nytenkning, så da ville jeg også prøve meg).

Lovende resultater - enkle retningslinjer.

Ryggkuratoren er testet i 3 år hos lege og fysioterapeut. *Resultatene er meget lovende ved de fleste tilstander av kroniske rygg- og nakkesmerter.* Ved akutte rygg smerter bør man avvente bruken av ryggkuratoren.

Enkle retningslinjer:

Vær varsom.

Innta en god stilling og prøv 5-10 sekunder i starten.

Senere kan evt. strekkbehandlingen økes til 10-15 minutter om gangen med 20-30 kg's tilleggsvæker. (Vektbelter a 10-15 kg rundt livet og vektmanşjetter a 3-5 kg for anklene). Ryggkuratoren kan benyttes i hjemmet, i bedriften, i institusjonen, på skolen eller i idrettsmiljøet.

Jeg har selv kasuistikk på gode resultater ved de forskjellige former for belastningslidelser i nakke og rygg, såsom cervicalgier, cervicocephalgier, cervicobrachialgier, cervicale rizo-pathier, thoracale dorsalgier, thoracale segmentale smertesyndromer, kroniske og recidiverende lumbalgier og lumbagoischialgier.

Etter min erfaring bør man avvente bruken av ryggkuratoren ved akutte lumbalgier og ved akutt ischias, selv om en har lite grunnlag å bygge på ved sistnevnte tilstand.

Det er viktig å være forsiktig og bruke noe tid på å finne den riktige "preposisjonering" av pasienten. Husk "Vær varsom"-plakat. For mennesker med recidiverende ryggplager med

erfaring for positiv effekt av traksjon, egner apparatet seg for såkalt egenomsorg, det være seg i hjemmet, i instituttet, bedriften eller idrettslokalet. De er fortrolig med apparatet og sin egen rygg. Apparatet er relativt enkelt å transportere. I et fysikalsk institutt vil Ryggkuratoren kunne inngå i et behandlingsopplegg sammen med konvensjonell fysioterapi. Her kan man spare arbeidskraft.

Jeg ønsker deltakere til et pilotprosjekt - fortrinnsvis kronikere som har prøvd det meste av behandlingstilbud før. Interesserte kan henvende seg til:

Lodvar Bleken, Industrigt. 13, 2600 Lillehammer. Tlf. (062) 51114/54272.

Kulturelle "tatt-for-gitt-heter"



Tove Beate Pedersen, cand psychol. Spesialinteresser: kommunikasjonspsykologi, særlig kjønnsforskjeller i språk/kommunikasjonsmønstre, sosialpsykologi og innafor "normalpsykologien": vanlig avhengighetsadferd som røyking og overspising. Avdeling for helseopplysning ved Statens helseundersøkelser.

Av Tove Beate Pedersen

For å drive forebyggende arbeid effektivt må vi være bevisst en del grunnleggende forhold som har å gjøre med våre og andre folks måter å leve på. Det handler om kultur og kulturforskjeller. Med kultur mener jeg da de sosiale og materielle arrangement som ulike grupper velger å leve under. Arrangementene kan være nedfelt i lover (f. eks. kan en i vår offisielle kultur bare være gift med en person av gangen) - men stort sett er vår levemåte regulert av uskrevne regler, av uttalte og uttalte normer.

Som medlem av en gitt kultur kommer jeg til å oppfatte som selvnlysende det som er min kulturs "sannheter" og jeg kommer til å like og velge å leve på den måten min kultur foreskriver som riktig - og som er det som gir status i min gruppe. Når det gjelder eksempler på grupper med en egen kultur er ungdomsgruppa kanskje mest kjent og akseptert. At vi har en så klar og homogen ungdomskultur som vi har i dag er historisk nytt - og ungdomskulturen er også lett foranderlig, det er et særtrekk ved den. Vi finner altså kulturforskjeller mellom generasjoner. Videre snakker vi om arbeidsplasskultur, kulturforskjeller knyttet til yrke, utdanningsnivå - og om geografiske kulturforskjeller.

Vi synes ofte at andre arrangement og verdier enn den levemåten vi er vant til er "rare", "uforståelige" - og ofte "ufornuftige" (som er en kultivert omskriving for "dumme").

Som medlem i en gitt kultur blir det lett slik at de selvnlysende sannhetene jeg er oppvokst med vil stå i veien for å se verden anderledes. *Mitt hovedpoeng* er at tross for mange tiår med sosialdemokratiet lever vi i et samfunn med

tildels store kulturforskjeller, - og at det ikke (bare) handler om at vi nå har fått innvandrere som er muslimer (og som noen frykter skal "smitte" oss med polygami!).

Mange misliker sterkt å bli minnet om at det fins sosiale forskjeller av noe slag i Norge. Dette bunner ofte i idealistiske ønsker om *likeverd* i et samfunn der forskjellighet er vanskelig fordi vi har lært å tro at hvis noe er forskjellig må det bety at noe er *bedre* enn noe annet.

Jeg vil imidlertid argumentere for at hvis vi skal forstå hvorfor "helseopplysningen ikke når fram" - og hvorfor "forebyggende arbeid er så vanskelig" *må* vi:

- ta utgangspunkt i at det eksisterer kulturforskjeller og
- se at forskjellighet ikke *trenger* bety at noe er bedre enn noe annet.

Filmskaperne Wam & Vennerød ble i et intervju spurt: "Hvordan døde Jimi Hendrix?" De svarte: "Han levde seg ihjel!"

Et overraskende svar som avspeiler at det fins personer og miljøer som *ikke* har positive holdninger til helse, hvor det å leve hektisk og intenst, gjøre sitt liv til et eksperiment, er resultatet av et klart verdivalg.

Dette er naturligvis et ekstremt valg og det er sjelden å møte en slik bevisst holdning utenfor relativt eksklusive miljøer av kunstnere, halvkunstnere og eksentriske pengefolk. Når jeg likevel velger å ta utgangspunkt i noe såvidt aparte og atypisk, er det for å vise at hvis vi skal lykkes med forebyggende arbeid, er det nødvendig å se nærmere på en rekke forestillinger som hittil i for stor grad har vært tatt for gitt:

I. Alle har en positiv holdning til å ta vare på egen helse.

Jimi Hendrix bevisste levemåte, som vi kanskje vil betegne som sjøldestruktiv, er sjelden. Vi finner imidlertid klare innslag av denne type tankegods i ungdomskulturen (les unggutt-kulturen) nedfelt i setninger som "Lev kort og bli et vakkert lik". I de senere år er det i psykologisk litteratur dukket opp et begrep som "sensation-seeking" (norsk=stimulus-søking) i forsøk på å forstå at personer, særlig unge gutter og menn, aktivt søker situasjoner som innebærer risiko. Det er vel bare med utgangspunkt i psykologiske og samfunnsmessige forhold som idealer om mannlighet og jakten på spenning i et uspenkende samfunn at vi kan forstå at fallskjermklubber registrerer økt rekruttering like etter ulykker. Dette er imidlertid fenomener som gjør seg gjeldende i relativt små nisjer av vårt samfunn.

Vanligere er det å ha en mer eller mindre reflektert idé om at det er faktorer utenfor din kontroll som bestemmer om du skal bli syk eller hvor lenge du har å leve. I psykologien snakker vi om "lokalisering av kontroll"; hvor personer plasserer kontrollen for hva som skjer med dem og forklarer hvordan de klarer oppgaver.

Etter denne firefeltmodellen kan vi forklare hva som skjer med oss med ytre, stabile faktorer som skjebnen eller Gud, med ytre, ustabile faktorer som tilfeldigheter, som flaks eller uflaks osv.

Hvis en person mener at hennes helse bestemmes av skjebnen eller tilfeldigheter, er det lite sannsynlig at hun vil gjøre bruk av sin evne å legge om kostholdet eller prøve hardt å slutte å røyke.

Det er følgelig avgjørende for effekten av helseopplysning enten denne henvender seg til grupper eller til enkeltpersoner, at vi som skal gi helseopplysningen vet hvordan mottakerne tenker om dette, for folk handler i samsvar med den måten de ser verden på enten vi vil eller ikke. Vi må tilpasse budskapet slik at dette kan inngå i mottakerens "helse-tro-system". Det er bortkastet å bruke tid og krefter på konkrete råd om livsførsel til en person som høflig hører på oss hvis han tenker "Mennesket spår, men Gud rår".

II. Alle vet/tror at det er sammenheng mellom måten vi lever på og helse.

Om dette er en relativt vedtatt sannhet i de fleste miljøer idag, så forhindrer ikke det at mange har forestillinger som avviker i forskjellig grad fra forestillingens mest ekstreme form ("Du er hva du spiser" og "du er ansvarlig for din kreft"). Sammenhengen mellom livsførsel og helse dreier seg som oftest om sannsynlighet/risiko. Et problem ved å opplyse om sannsynlighet og risiko er at det ikke er common-sense å tenke i sannsynlighet - og det er sannelig heller ikke lett for oss som er trent i å tenke systematisk og vitenskapelig. Også vi drar rundt på tankegods som har dype røtter i vår kultur som gjør det vanskelig å godta at tilfeldigheter ikke er rettfærdige. Vi sier riktignok at "en ulykke kommer sjelden alene", men vi tenker/føler uvilkarlig at har det først skjedd meg noe fryktelig, så påvirker det mine sjanser til å oppleve noe annet fryktelig - at jeg på en måte har hatt nok og fått min del. Vi har vanskelig for å godta at det ikke skal være et rimelig forhold mellom forsakelse/lidelse og belønning. At vi har så vanskelig for å godta at også det usannsynlige, at det som det bare er en sjanse utav 1 mill. for at det skal skje, også skjer - gir videre opphav til mye overtro og mystisisme.

At folk har så ulikt forhold til å ta risiko handler sikkert ofte om hvordan de turnerer spørsmålet om sannsynlighet. Vi kan tenke: "At hun tør fortsette å røyke - når hun har fått den eller den beskjeden fra legen". Men strategier for å takle spørsmålet om risiko er ideer som: "det vil helst gå bra" - "vi blir gamle i vår familie" - eller "skjebne" (=vi har egentlig ingen reell innflytelse på hva som skjer med oss).

Det er slike og lignende strategier som ligger bak utsagn vi alle har hørt varianter av:

- "Vitenskapen sier så mye rart; faren min røyka og drakk hele livet og var ikke syk en dag før han døde 95 år gammel mens han var på vedhogst om vinteren".
- "Jeg kjenner en kar som var totalavholdsmann (holdt seg unna både røyk, flasker og kvinnfolk!) og han døde av infarkt 40 år gammel!".

⇒

III. Motivasjonen for helsefremmende atferd er å bli sunn.

I den grad vi kan kartlegge den delen av alt vi gjør som virker helsefremmende, så er det min kjetterske påstand at en stor prosent av denne "sunne" atferden kommer i stand av andre grunner enn ønsket om et langt, godt liv og intensjonen om å øke sannsynligheten for dette ved å leve sunt. Jeg vil nesten si det så sterkt at hvis sunn atferd ikke blir festet i *andre* verdier enn ønsket om å bli sunn, så vil den sannsynligvis opphøre etter kort tid. (Med unntak for det lille mindretall som på folkemunne omtales som "helse-freakere"). *Aktuelle* sosiale grunner ser ut til å være langt viktigere for det vi kaller sunn atferd enn ønsket om god helse på lang sikt. Jeg skal illustrere dette med tre eksempler:

Eks 1:

Ønske om å være slank er motivert i ønsket om å være attraktiv eller trives med seg selv. Det er jo slik at en stor del av den atferd som fremmer god helse, også fremmer attraktivitet slik vårt samfunn for tida definerer det.

Dette sier oss at ernæringsarbeid må ta utgangspunkt i kjønnsroller - og ikke i kjønnsnøytralt opplysningsarbeid. Arbeid for sunnere spisevaner må vende seg spesielt til de grupper i samfunnet som særlig har behov for slik informasjon. Pr. i dag vet vi at kvinner har betydelig gunstigere helsevaner enn menn - og at det er god grunn til å nedtone overvekt som helseproblem hos kvinner i Norge. "Kvinner og klær" har ukentlig mangfoldige sider om helse mens "Vi menn" eller "Alle menn" knapt noen gang berører spørsmålet.

Eks 2:

Jeg pusser og steller tenner daglig + tvinger meg til å gå regelmessig til tannlegen som jeg er livredd *fordi* jeg ønsker å ha pene tenner, ikke fordi tennene er viktige for fordøyelse og magefunksjon.

Eks 3:

Jeg har sluttet å røyke fordi de folkene jeg identifiserte meg med, som jeg liker å se meg selv som en del av, har sluttet å røyke. *Det* blir den avgjørende grunnen til å slutte, ikke all den kunnskapen jeg har om at røyking er helseskadelig.

Vi vet etterhvert mye om at sunn atferd er ulikt fordelt i ulike sosiale lag i befolkningen. Disse statistikkene sier lite om hvorfor og hvordan. De menneskene vi henvender oss til er imidlertid ikke abstrakte kategorier (høgstatus/lavstatus), men mennesker som har sine personlige grunner for den livsstil og atferd de praktiserer. En viktig mellomliggende variabel mellom tallene i statistikkene og disse personlige grunnene er kultur.

Når folk i høyere sosiale lag holder seg slankere enn de med lavere sosial status, så *kan* dette være en bieffekt av at kontroll av drifter, beherskelse og daglig måtehold har vært en sentral norm i borgerlig barneoppdragelse. Denne oppdragelsen realiserer kulturen på individplanet- og den vellykkede sosialisering/oppdragelse er den som får individet til å velge, til å like/ foretrekke, det kulturen foreskriver som riktig.

IV. Usunn/helseskadelig atferd er ufornuftig/ irrasjonell.

Dette er tilfelle bare hvis vi insisterer på vårt eget perspektiv. Det som fortoner seg irrasjonelt for oss er forståelig og fornuftig fra et annet perspektiv. Hvis vi skal nå fram med et budskap som innebærer at folk skal forandre måten de lever på må vi putte vekk den moralistiske hoven som skjuler seg under kappa hos de fleste av oss og være villig til å se at det fins en indre logikk i såkalt usunn atferd, - at det eksisterer flere rasjonaliteter enn den vi liker best. Da vil vi kunne se at atferd som er ufornuftig i forhold til helserisiko er forståelig fra enkeltpersonens ståsted. For eksempel: Når en først har begynt å røyke (og mange generasjoner har begynt å røyke før det var allmennt kjent at røyking var helseskadelig) er det på mange måter mest rimelig og forståelig at en fortsetter med det:

- Det er mange umiddelbart positive effekter av røyking: Det oppleves godt, koselig, avslappende, oppkvikkende.
- Å røyke kan en gjøre i nesten alle situasjoner - og vi vet at jo oftere en vane forekommer, jo hardere sitter den.
- De negative effektene av å røyke er

lenge bare langsiktige og mulige (det er ikke sikkert at du får lungekreft eller røykebein).

- Det er mange umiddelbart negative effekter av å slutte å røyke: Kroppslig ubehag: Svimmelhet, svette, hodepine, søvnløshet. Psykisk ubehag: Irritabilitet, depresjon, savn og tristhet, angst, opplevelse av mangel på kontroll.
- En vanlig langsiktig negativ effekt er vektøkning (i et samfunn med ekstreme ideal om slankhet).

Det er følgelig svært psykologisk forståelig at røykere fortsetter å røyke.

Et annet eksempel:

Tanta mi har slitasje-skader i hofter og knær og er iallfall 15 kg for tung. Hun *vet* at overvekt er uheldig for henne og sier ofte, særlig før hun forsyner seg 3. gang: "Huff, jeg burde gå ned i vekt". Hennes livssituasjon er at hun er enke og en avgjørende kilde til trivsel i hennes liv er sammenkomster med venninner som inkluderer "god" mat. Forholdet mellom innsikt (= kunnskap om sammenhenger) og atferd er langt mer komplisert enn det tradisjonell helseopplysning har basert seg på - *ikke* fordi folk er irrasjonelle, men for å holde meg til eksemplet med tanta mi, det er i hennes tilfelle ingen direkte og opplevd sammenheng mellom den ekstra kaken hun spiste og smerter i leddene, mens sammenhengen mellom mye mat og kos og trivsel er intenst personlig opplevd.

Når vi i sekundær-preventivt arbeid møter folk, må vi følgelig ta utgangspunkt i deres virkelighet; i deres opplevelse og forståelse av hva de gjør. Hvis ikke risikerer vi å ligge 2 skritt foran massene og ikke ett, som gamle Mao foreskrev - eller for heller å sitere eksistensialisten Kierkegaard: "For i sandhed at kunde hjælpe en anden, maa jeg forså mere end han - men dog først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det hjælper min merviden ham slet ikke".

Psykologiske og praktiske følger av det foregående.

- Jeg har ikke ansvar for andre voksnes personers liv og valg. I vårt samfunn har voksne, tilregnelige personer stor råderett over sitt liv og kan velge å gjøre ting vi synes er dumt, ufornuftig,

usunt - t.o.m. farlig. Det er i vår kultur (!) sentralt for å opprettholde en positiv selvfølelse å oppleve at "jeg bestemmer over meg selv" - og at det jeg gjør er følger av mine valg.

Mitt ansvar som fagperson er å *kommunisere* min fagkunnskap (= iflg. Kierkegaard "det jeg vet mer enn andre") på en måte som øker sannsynligheten for at andre (pasient/klient) vil *velge* å motta budskapet mitt og forholde seg til implikasjonene av det jeg sier på en måte som er gunstig/positiv for han/henne.

Det er følgelig uprofesjonelt (om enn forståelig) når vi blir så ivrige i tje-nesten for å "redde" andre at vi gjennom måten vi forholder oss på sender ut budskap om at: "jeg vet bedre enn deg hva som er best for deg og siden du ikke klarer det selv, skal jeg ta ansvar for deg". Et slikt nedvurderende budskap vil vanligvis utløse en av to reaksjoner hos mottaker: 1) trass-åpen protest, - personen kommer sannsynligvis ikke igjen, men vanligere er: 2) umoden og avhengig atferd, der motstanden ofte er mer subtil - f. eks. i form av sabotering.

Med dette utgangspunktet får en sjelden ønskede resultater - og det eneste rimelige for både "hjelper" og "hjelpetregende" er i første omgang å skylde på "hjelperen". "Hjelperen" som ofte har investert mye - både følelsesmessig og praktisk arbeid i å "hjelpe" denne personen, får slite med ambivalente følelser i krysningen *mel-lom* å skylde på seg selv - (fordi jeg ikke har gjort nok - og/eller ikke gjort det jeg gjør godt nok) og negative følelser overfor "den andre" som vi syns er utakknemlig og krevende, dum eller irrasjonell - det vi kaller "skylde på offeret".

"Den hjelpetregende" skylder naturligvis også på hjelperen - og blir skuffet/sint, alt ettersom, for de har jo blitt lovet å bli hjulpet - "bli gjort noe med". Dette er naturligvis langt på vei en bekvem posisjon (og derfor så vanlig), men prisen er lav selvaktelse ("jeg er en person som ikke kan hjelpe meg selv og som er så håpløs at heller ikke hjelpeeksperter kan klare å hjelpe meg") - og som sagt, det skjer ingen endring til det bedre.

Slike dårlige sirkler som det jeg nå har beskrevet, eller "spill", kan vi observere i mange hjelpeprofesjoner, men også i andre forhold mellom folk (ektefolk, kolleger). Det er særlig viktig å unngå slike spill i forhold til livsstilrelaterte plager/sykdommer der det i særlig grad handler om verdier og valg.

Helseopplysning i betydningen helseinformasjon har klare begrensninger i forhold til å få folk til å endre atferd. Riktignok er det i de vestlige land en sammenheng mellom utdannelsesnivå og livsstil i retning av at folk med høy utdanning har sunnere vaner enn andre, men de fleste av oss har få problemer med å leve med konflikt mellom kunnskap og atferd (Jeg vet at regelmessig mosjon er helsefremmende, men gjør det likevel ikke).

Den velkjente "Helsetrappen", som starter med viten, via forståelse og tro til handling er en dårlig modell fordi den forklarer en for liten del av virkeligheten. I dag vet vi at veien fra kunnskap til handling vanligvis er mer kompleks enn som så.

Helse-tro-modellen (Rosenstock 1966) er i dag den mest innflytelsesrike teorien om hvorfor folk utviser "helseatferd". Dette er også den modell som har utløst mest forskning på dette området.

Helse-tro-modellen viser at hvorvidt en person vil praktisere en viss helseatferd kan forutsies hvis vi har kjennskap til følgende to faktorer: -I hvilken grad personen opplever en personlig helsetrussel, og -om han/hun opplever at en spesiell helseatferd/praksis vil ha effekt i forhold til å redusere denne trusselen.

Vi kan tenke oss at det å gi helseinformasjon er en prosess i 4 trinn:

- 1) At jeg hører på hva du sier og tror at det du sier er sant.
- 2) Budskapet oppleves som noe som angår meg.
- 3) Implikasjonene av budskapet er at jeg skjønner at jeg bør endre atferd.
- 4) Jeg prøver å endre atferd - lykkes/mislykkes.

Om trinn 1:

"Helseopplysning" er belastet - mye tyder på at folk syns de har fått en overdose - noe som har ført til apati og maktesløshet; "snart er det vel usunt å spise poteter også" - "ei uke er gulrøtter sunt, neste uke er det kreftfremkallende". Det går an å snakke om dette når dere skal gi råd og informasjon (= meta-kommunikasjon). Gi informasjonen seriøst og skikkelig - i et *munlig* språk som angår folk - og gi gjerne med skriftlig materiale ("hvis du vil lese om dette i fred og ro").

Sannsynlighet må konkretiseres; bruk eksempler fra din egen erfaring: F. eks. "en av mine pasienter som røykte, levde riktignok til han var 90, men det jeg oftest ser.....". Dette kan bidra til at tall og statistikk blir nært og konkret (spør etter deres erfaringer?)

Når vi gir informasjon, er det vår oppgave som fagfolk å skissere det vi ser som vedkommendes valgmuligheter og konsekvensene av de valgene som gjøres på en rimelig nøytral måte og ved *det* kommunisere respekt for at det er den andres liv og valg det gjelder. Uten å underslå Alvoret i noen av valgalternativene vet vi at det sjelden virker å skremme folk til endring - *det* er parallelt til at vi fra psykologien vet at *straffer* den reaksjonsform som gir mest uoversiktlige konsekvenser med hensyn til atferd. Dramatisering og "verste fall-eksempler" svekker ofte troverdigheten.

Ikke stå på folk - aksepter at folk i første omgang er oppmerksomme og hører etter - ikke avkrev løfter! Det virker infantiliserende å måtte si "jeg skal aldri gjøre det mer" - Ha i bakhodet at vi har behov for å oppleve sentrale valg i våre liv som våre egne.

Om trinn 2:

- Hvordan presentere ditt budskap slik at den andre opplever det som noe som angår akkurat han/henne?

Grunnleggende når det gjelder påvirkning er at en må henvende seg til enkeltpersoner/grupper slik at informasjonen oppleves som relevant nå. I ansikt-til-ansikt-møter med folk betyr dette at vi må være flinkere til å spørre - og ikke så ivrige til å gi svar! Vi må spørre slik at personene selv kan se

⇒

hvilke svar/valgalternativer som er best for dem. Helseinformasjon må ikke bare bli et rituale; noe en gjør for selv å ha god samvittighet. For at folk skal oppleve at informasjonen angår dem må vi ta utgangspunkt i deres liv her og nå - og dette krever at vi bruker tid på å spørre oss fram til en forståelse av hva som er viktig/sentralt i den annens liv, for å kunne relatere budskapet til det.

Det er uklokt å uttale seg negativt vurderende om det personen gjør nå (i forhold til det nye du vil foreslå). Vi trenger ikke trekke konklusjonene - la folk gjøre det sjøl. Alle vet at det er enklere å kritisere seg sjøl - at det er mye verre å høre samme kritikk fra andre. Vi har alle behov for å oppleve at vi lever et *verdlig* liv; vi vil betakke oss for å få kvalitetsvurdert vårt liv av andre. En nærliggende reaksjon på for pågående helseinformasjon er "jeg er ikke god nok" - "mitt liv blir nedvurdert" - og de færreste av oss vil oppsøke slike opplevelser. Å nekte å forandre sitt livsmønster, å bevare "status quo" kan være uttrykk for en defensiv strategi, men *dog* en strategi, for å oppleve sitt liv som et verdig liv.

I en konsultasjon der temaet er livsstil - og omlegging av vaner, er det avgjørende å lage et klima der folk kan komme fram med de motforestillingene de har. En gitt setting (f. eks. helsepersonell på sitt kontor + innkalt person med for høy kolesterol-verdi) vil være full av uheldige "forventningseffekter." Denne situasjonen vil utløse "korrekt atferd" hos den som er innkalt - og "korrekt atferd" her er naturligvis å si og gjøre det som da og der er sosialt akseptabelt. (= si seg enig i det legen/helsesøster sier) - (Og dette er folk psykologisk forberedt på før dere har sagt et ord!) *Men* ingen har nytte av at folk bare snakker dere etter munnen, sier det de tror dere vil like å høre. Lag en stemning der dere får så mye ærlig informasjon som mulig - hvis dere gjør det tillatelig å faktisk si: "men jeg hater å mosjonere og jeg kan ikke fordra fisk (som jeg måtte spise 5 dager i uka hele min oppvekst) - da har dere "foten i døra".

Om trinn 3:

Når folk innser at de - for sin egen skyld- burde forandre en del av livsmønsteret sitt, er det viktig å ta utgangspunkt i deres egen misnøye

med egne valg. Spør på en åpen måte, f. eks. "Trives du egentlig med det røyke-mønsteret du har nå?" (underforstått: "er det slik at du allerhelst vil ha det slik du har det nå med røyken din?") Det er bedre prognoser for endringer når en person selv har formulert hva som bør endres. Dette er imidlertid relativt greit å få til (det er jo ikke nytt for folk at røyking er skadelig også for deres helse). - og de fleste som røyker vil jo gjerne slutte, eller iallfall røyke mye mindre enn de gjør nå. *Men* når folk skjønner at implikasjonen av ditt budskap er at de må forandre noe av det de gjør, er dette vanskelig for dem - det utløser lett "katastrofefølelser" av mer eller mindre overveldende grad ("dette blir forferdelig" - "jeg kommer aldri til å klare det" - "mitt gode koselige liv er over"). Slike følelser er såvidt ubehagelige at vi orker det bare kort tid av gangen - og en meget lindrende og veldig flittig benyttet kur er da *utsettelse*: "Ja da, visst skal jeg forandre meg, men ikke akkurat nå!" - "Jeg skal nok slutte å røyke/begynne et mer fysisk aktivt liv, men jeg må vente litt til det passer bedre; f. eks. til ei tid med A) mindre stress ("jeg kan ikke ta dette kraftaket akkurat nå når jobben krever så mye av meg") B) Når ferien er over ("jeg kan ikke ta alt det ubehaget nå når jeg skal kose meg i ferien som jeg fortjener så godt etter alt det jobben krever av meg") Her er mulighetene legio - og menneskelig kreativitet er uten grenser. Dette mønsteret med utsettelse kan pågå i årevis før folk innser at dette er det det er; en måte å unngå å gjøre noe de gruer seg til.

For at ikke folk skal ty til strategien om utsettelse er det viktig at de kan få *noe annet* som gjør at de vil gå videre for å *prøve* å endre atferd. Og dette "noe annet" må være bidrag til at de kan få en følelse av at de kanskje *kan* klare det de setter seg fore. Vi er her inne på praktisk psykologi, - og dette er ikke anledningen for å gå dypere inn i feltet, men jeg skal nevne noen enkle tilnæringsmåter:

Registrering:

Tosidig målsetting:

1. Finne ut av det som er,
2. Registreringseffekten:

Bevisstgjøringen fører til forandring i det som registreres.

Eks. på hva som kan registreres:

Røykemønster - spisemønster - drikkemønster. Mengde salt (alt salt brukes av ei saltbøsse med kjent saltmengde).

Aktivitetshierarki:

Be personen lage et hierarki av aktiviteter (f. eks. når det gjelder mosjon) fra det mest ulystbetonte til det som er minst ork å utføre.

Realitetsbehandle så de ulike trinn av forslag slik at personen legger en framtidsplan som de vil lykkes med. Her må en være konkret og detaljert!! (og her må du være djevelens advokat: "syns du ikke det er litt vel mye---?") Husk: Valgene *eies* av den personen dette angår!

Avgjørende er å starte med små endringer som folk med relativt lite ubehag og innsats *kan klare å gjennomføre*. Da har en nemlig lagt grunnen for en god sirkel ved at den første opplevelsen av mestring gir mot til å gå videre til større forandringer. Enkeltforandringer som folk kan klare:

- Legge røykesaker en annen plass enn der de er vant til å finne dem.
- Skrive opp alt du skal spise (før du spiser) - kan også brukes for alkohol.
- Lage regel om bare å drikke alkohol i helgene (fred-lørd-sønd).
- Når jeg drikker alkohol - må jeg drikke mineralvann (1 gl. vin/1. gl. farris - ikke ny vin før farrisglasset er tømt).
- Statusskjemaer som skal returneres: Dette er et *tilbud*, ikke påbud!

Helsefremmende atferd er atferd - og vi må ta utgangspunkt i at de endringene folk skal gjøre skal være en *integrert* del av et liv - ikke utpåklitrede botsøvelser der en f. eks. setter av en time pr. dag til å være sunn mens de øvrige våkne timene i døgnet er ødeleggende fulle av stress. *For* store og ambisiøse endringer har det med å klappe sammen i en eneste stor følelse av mislykkethet, kfr. alle feilslåtte nyttårsforsetter.

□

Brev fra leserne

En liten Utpost-historie.

For vel et år siden var Nini og jeg buden til aftens hos turnuskandidaten. Så ringte det fra pleiehjemmet om en patient med 38 i feber. "Husk at slike gamle dør av lungebetendelse uten at feberen overstiger 38", sa jeg. Så drog han straks dit bort. Senere ringte en mor med et febersygt barn.

"Før du har utelukket meningitt må du ikke ha god samvittighet", sa jeg. Så forlot han bordets gleder en stund. Jeg hadde skremt ham med hvor lumsk denne sykdom starter og hvor på vakt man skal være for ikke å miste patienten hvor straksbehandling er så avgjørende.

Etpar dager senere ble han en aften ringt opp om et skolebarn med 39 i feber. Reiste straks, men fant ingen tegn på meningitt, men heller ingen årsak til feberen. Han ba dem vekke barnet hver annen time. Første gang var det ingen forandring, men neste gang hadde barnet fått en knallende hodepine. Det ble øyeblikkelig sendt på sykehus (2 timer) - var bevisstløs den siste halvtime og kom i 12te time. Hun kom frisk hjem.

"Det var du som reddet barnet - du som hadde skremt meg så grundig", sa turnuskandidaten. (Det var jo hyggelig å høre for en 90 år gammel utstøtt pensjonist).

Så leser vi idag om en soldat som har fått meningitt i begynnelsen av rekrutt-skolen. Hvor ofte har vi ikke hørt om det. Burde ikke en

spesifisert advarsel ligge på bordet til de unge militærleger om at en feber eller en akutt tilstand uten påviselig årsak kan være begynnelsen til en meningitt? Så kanskje vi fikk ned 30 årlige dødsfall som vi nå har?

Unge liv er dyrebare. Har UTPOSTEN en oppgave her?

Selv har jeg bommet.

P.S.

Vi så det ved polio. Når den kom i jomfruelig jordbund blomstret den opp. Som i Verran i 1927 - som på Geilo hvor et barneselskap ble rammet før de voksne. Meningitt i begynnelsen av vårt århundrede; et fyrskib med matroser med en voldsom dødelighet. Jeg hadde en onkel som var lege i Hauge-sund som dengang mistet kone og 4 barn på en uke av meningitt. Når 1000 rekrutter møter opp er det så mange ikke-immune at det blir grobund for malignitet.

Tidligere distriktslege
Oscar Bang, 3630 Rødberg.

□



Til en fjellbjørk.

*Jeg følte vi var i slekt vi to
du kronglete fjellbjørk der du sto
herjet av snestorm og larvegnav
med knekkede kvister og snyltende lav,
- men full av friske spirende grener.
En felles skjebne oss begge forener.
For livet måtte vi begge kjempe
- med list og lempe -
på hver vår utpost vi sto alene,
men uvær og motbør vil oss forene.
Gjennom deg strømmer en skapende saft
Det hidser mit blod og gir det kraft.
Jeg bøier mit hode, min venn og takker.
Du er formet så levende, skapende vakker.*

Oscar Bang

Portrett av en allsidig kollega.



Eli Berg i samtale med Karin Skallsjø

Vi sitter i Rodes Hus på Rodeløkka i Oslo. Karin Skallsjø og intervjuer. Vi snakker om løst og fast, "Hvem er så du, Karin?"

Jeg kommer fra Skåne, er allmennpraktiker ved Markveien legesenter, Oslo og liker å snekre på fritiden.

Har du vært doktor lenge?

Nei, bare 13 år, før det har jeg en nokså brokete utdanning.

Fortell!

Etter artium i 1962, jobbet jeg først som designer mens jeg ventet på å komme inn på Interiør-linjen på Fredriksberg Tekniske Skole i København. Der fikk man grundig innføring i tegning, tekstil, akvarell, møbelkonstruksjon og bygningslære. Men det var lite samarbeidsånd og mest stimulering av individuell konkurranse. Sluttet brått og følte meg helt mislykket. Dro derfor et halvt år på kibbutz i Israel for å få meg en tenkepause. Resultatet ble "Ortopeden" med fullført utdanning julen 67.

Hvor jobbet du så?

For å se litt av Norge tok jeg jobb for Det Norske Revmatikerforbund med Nordland som bestemmelsessted. Vi var 2 fysioterapeuter som ble sendt til Vega med Gladstad som base. Der kunne det være tøffe forhold for mange pasienter. Jeg tenker på kvinnen med myalgia nuchae. Hun rodde en halv time for å nå skolebussen til Gladstad. Satt så og ventet i flere timer for å få sine 40 min. vp/m/ø og så samme vei tilbake. Brukte 10 timer. Det var nesten håpløst å ta innersvingen på hennes myalgi. Ellers kunne vi selv oppleve "slitsomme" hjemmebesøk under værharde betingelser. Brøytebilen kjørte foran oss og ventet mens vi gikk på ski til pasientene med IR-lampe i ryggsekken.



Fysioterapeuten kommer!

Min pas. hadde avstivet hofte. Mens jeg behandlet pas. satte jeg gubben i sving med å snekre stol til henne, så hun slapp å sitte på skrå. Gjaldt å finne på ting som kunne hjelpe på sikt.

Hvordan fant du på å bli lege?

Jeg hadde kommet tilbake til Oslo og arbeidet som lærer på Statens Fysio-



terapiskole, da min far døde påsken 70. Omstendighetene han døde under, samt et gryende ønske om å lære mer, gjorde at jeg bestemte meg for å begynne på medisinstudiet sommeren 70.

Jeg har hørt at du har vært dykkerlege i Panama.

Ja, jeg fikk et spennende tilbud i 1975. En engelsk-amerikansk ekspedisjon skulle lete etter Sir Frances Drake i Porto Bello, Panama. De trengte personer med forskjellige egenskaper og derfor fikk jeg være med som dykker, lege og tegner. Siden jeg ikke var ferdig lege, stilte jeg som betingelse at alle "ble behandlet på eget ansvar". Det gikk fint. Det ble en eksotisk sommer med legekontor i en palmehytte og nattekvarter i en nydelig restaurert 3-masters skonnert. En engelsk popstjerne finansierte det hele. Vi hadde avansert utstyr og profesjonell assistanse fra universiteter og t.o.m. NASA. Porto Bello Bay inneholder mengder av senkede skuter fullastet med gull fra 15-1600-tallet. Vi lokaliserte flere og begynte å ekskavere en av dem. På grunn av de verdifulle funnene var det hele tiden 3 Guardia Nationale som passet på oss t.o.m. på do, vi kunne ha svelget noen gullmynter.

Fant dere Francis Drake?

Nei, dessverre. Etter historisk dokumentasjon skulle han være senket i havet i en blykiste ved øya Isla Verde (senere kalt Drake's Island) utenfor Porto Bello. Han døde av "Bludie Flix" = Bloody Flush = Amøbisk Dysenteri. Kisten ligger nok på havets bunn enda.

Hva med hyperbar medisin?

Det er et spennende felt også i relasjon til vanlig medisin. Behandling av anaerobe infeksjoner er et godt eksem-



pel, men også syndromer med nedsatt O2-tensjon i vevene burde respondere godt på O2-terapi i trykkammer.

Dykker du enda?

Nei, nå bare undersøker jeg og gir attest til dykkere.

Men så snekret du vel desto mer - jeg tenker på huset vi sitter i nå.

Det har vært en enorm utfordring. Begynte som et utopisk ønske - nemlig å eie eget hus midt i Oslo. Gjennom bekjente fikk jeg høre om et hus på Lykkja som skulle rives. Det kunne jeg

flytte til Oslo, men tomt var verre. Trålte Aftenposten i et år og plutselig kom jeg over en annonse som fortalte at Rodes Hus ble gitt bort til den som påtok seg å flytte det til Langgt. 30. Jeg hadde jo levd et helt år med tanken på å flytte et hus og skrev entusiastisk en søknad. Med ett hadde jeg både hus - og tomt (til takstpris) midt i Oslo. De siste 5 år har all fritid gått med til dette prosjektet. Nå fikk jeg nytte av kunnskapene fra København. Og hvis jeg sto i beit, var det bare å spørre naboer som hadde bygd sjøl. Det er mye bedre å sakte bygge seg inn i et miljø enn å flytte inn i noe fix ferdig. Kontakten med naboer blir bedre, og tilfredsstillelsen av å se eget verk vokse frem er enorm.

Har du noen hobbyer fortsatt?

En - trangen til å skape noe. Føler en spenning i å utforske nye materialer og teknikker, spesielt hvis verktøy må anskaffes. Jeg liker å blande kunnskaper, og jo større sammensurium det blir, jo flere blir kombinasjonsmulighetene. Har alltid et eller annet



De ytterst få bivirkninger du ser med

Virkestoff	Beta blokker	Selektive beta blokkere	Diltiazem	Nifedipine	Verapamil
Bivirkninger totalt	10-20%	10%	0-3%	20-40%	10-14%
Hypotensjon	±	±	+	+++	++
Hodepine	±	±	0	+++	+
Obstipasjon	+	0	0	0	++
Ødemer	0	0	±	+++	++
Hjertesvikt	+	+	0	0	+
AV-blokk	±	±	+	0	++
Tretthet, impotens, depresjon	++	+	0	0	0

Cardizem® ved behandling av angina pectoris er av mild og forbigående natur.

Ref. J. S. Schroeder, Modern Medicine, sept. 1982 vol. 50, no. 9, pp 94-116

Lite flush, plagsomme CNS forstyrrelser, obstipasjon og impotens - ingen kalde ekstremiteter.

Dette trenger du å vite om Cardizem og bivirkninger ved behandling av angina pectoris!

Cardizem® ved angina pectoris er enkelt og trygt.

CARDIZEM® diltiazem
- SÅ VET DU HVA DU GJØR!



CARDIZEM Kalsiumantagonist
Tabletter 60 mg: Hver tablett inneh.:
Diltiazemhydroklorid 60 mg, lactose 260 mg, const. q.s. Filmdrasjert.
Indikasjoner: Angina pectoris. Variantangina (Prinzmetals angina).

Kontraindikasjoner: Sinusknutedysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet (se Forsiktighetsregler).

Forsiktighetsregler: Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogent sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablokkere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablokkere bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Diltiazem er embryotoksisk og teratogent i dyre-

forsøk og bør ikke gis til kvinner i fertil alder hvor graviditet ikke kan utelukkes. Ingen erfaring fra bruk hos kvinner som ammer.

Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet; AV-blokk i ankeledem og exantem. Forbigående transaminasestigning kan forekomme en sjelden gang, og et klinisk bilde som ved hepatitt er sett i et fåtall tilfelle.

Enkelte tilfeller av AV-blokk grad II - III og sinusknutepresjon er beskrevet.
Interaksjoner: Kombinasjon med

digoksin kan gi økt digoksinkonsentrasjon i blod, kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinasjon med digitalis og betablokkere, se Forsiktighetsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykkssenkende effekt kan den anti-hypertensive effekt forsterkes.

Dosering: Individualiseres. Døgndosen fordeles på 3 eller 4 enkeltdoser. Rimelig startdosering 60 mg 3 ganger daglig. Dosen kan økes til 360 mg/døgn ved behov. Pakninger og priser: Tabletter: 60 mg: 100 stk. kr. 264,80. FEB. '89. 300 stk. kr. 764,90.



Pharmacia

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

prosjekt på gang. Lykkes det, kan jeg smitte andre med inspirasjon og initiativ, ikke minst pasientene.

Får du tid til å være lege?

Jeg synes alt jeg driver med er viktig for meg som lege.

Ved å ta vare på interesser og evner, uansett hvor fjernt fra medisinen de kan synes å være, så oppstår plutselig sammenhenger, forbindelseslinjer eller en ny måte å se problemet på. Det finnes så mange spesialister som kan så mye om lite, jeg synes noen av oss kan få lov til å kunne litt om veldig mye og slippe å være spesialist. Den virkelige generalist må ikke forsvinne. Den må være åpen for impulser og "føle" hva som må utvikles og forbedres i forhold til egen situasjon, i stedet for å få tredd ned over hodet såkalt "skreddersydd" spesialisering.

Er Trombo-Tråkken et produkt av dine forskjellige kunnskaper?

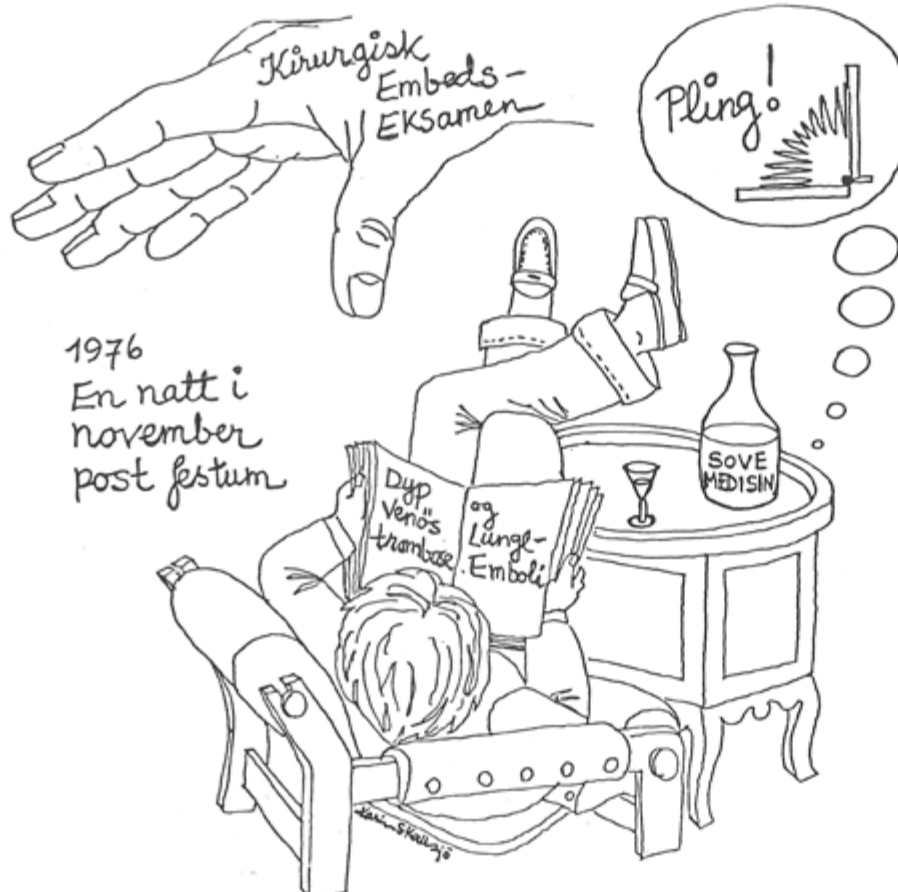
Jeg tror det. Følte at det manglet et enkelt apparat som kunne stimulere "venepumpen" og minne pasienten på å bruke leggmusklene. Første prototype var ganske krøkkete, men med tiden ble det forenklet og forbedret. Nå er konstruksjonen helt enkel samtidig som apparatet innehar flere funksjoner.

Hovedeffekten går på å øke den venøse tilbakestrømning ved leggmusklens arbeid. Men det aktive muskelarbeidet per se øker også hjertets arbeid og respirasjonsaktiviteten, som igjen øker arteriell sirkulasjon og den venøse tilbakestrømning. Jeg tror dette er viktig for gamle som sitter mye stille, men også for pasienter som er nyopererte eller bundet til sengen av alvorlig sykdom. Dette minsker trombose-risikoen.



Har du noen råd til dine kolleger?

Det er vår plikt å forvalte verdier, så hvis du er i tvil, følg evner og anlegg. Alt for mange doktorer kan ikke snakke om annet enn medisin, også i fritiden. De mister fantasien og evnen til nytenkning. □



Organisering av tiltak for flyktninger med psykososiale problemer

Edvard Hauff, Nora Sveaass, Nils Johan Lavik og Carl Ivar Dahl arbeider alle ved Psykososialt team for flyktninger i Norge, Blindervn. 85, 0319 Oslo 3.

Utviklingen av psykososiale tilbud til flyktninger blir beskrevet i internasjonal og nasjonal sammenheng.

Prosjektet "Psykososialt team for flyktninger i Norge" er en liten tverrfaglig gruppe med nasjonale oppgaver, som omfatter informasjon, veiledning og konsultasjoner, utvikling av behandlingstilbud, forskning og utredning.

En spørreskjemaundersøkelse som omfattet alle psykiatriske enheter og familierådgivningskontorer i Norge, viste at 2/3 av institusjonene mente de hadde liten eller ingen kompetanse når det gjaldt viktige områder i klinisk psykiatrisk arbeid med flyktninger. Helseledningsplanens rammeplan for videreutvikling av psykososiale tjenester for flyktninger blir beskrevet.

Av Edvard Hauff, Nora Sveaass, Nils Johan Lavik og Carl Ivar Dahl

Antall flyktninger i Norge er i internasjonal sammenheng fortsatt relativt lite, også sett i forhold til befolkningsstørrelsen. Siden 1975 har i overkant av 11 000 personer fått status som flyktninger i Norge. I tillegg har nærmere 8000 asylsøkere fått oppholdstillatelse i landet av humanitære grunner. Disse befinner seg også i en flyktninglignende situasjon. I flere år har personell som har arbeidet med mottak av flyktninger i Norge, pekt på flyktningenes behov for psykososiale tjenester som er tilpasset deres behov. En økning i antallet kvoteflyktninger og asylsøkere de siste par årene har aktualisert dette spørsmålet ytterligere.

Erfaring fra andre land

Allerede under den annen verdenskrig pekte psykiatere i ikke-okkuperte land på psykososiale behov hos flyktninger. I Sveits ble det etablert samfunnspsykiatriske tiltak for flyktningene som ble mottatt der (1). I løpet av de siste tyve årene og i forbindelse med ankomsten av de nyere flyktningene særlig fra Asia, Afrika og Latin-Amerika er det etablert en rekke psykososiale sentra for flyktninger og/eller torturofre flere steder i verden. Slike

sentra finnes i flyktningeleirer i første asylland som Filippinene (2) og i mottaksland i Nord-Amerika og Europa. Det er betydelige forskjeller når det gjelder disse sentrenes opprinnelse og historie. Noen har sitt utspring i solidaritetsarbeid og/ eller selvhjelpsaktiviteter med initiativtakere blant personer som selv lever i eksil, både profesjonelle helsearbeidere og andre (3).

Et av de tidligste og mest toneangivende av disse tiltakene er COLAT/EXIL i Brussel. Andre sentra har vokst fram gjennom kampen mot tortur, og deres kliniske tjenester har begrenset seg til å omfatte torturerte og deres familier, slik som rehabiliteringssentret for torturofre i København (4).

Foreløpig har disse sentrene vært avhengig av engasjementet hos et mindre antall interesserte helse- og sosialarbeidere. Det offentlige helsevesen i mottakslandene har de fleste steder foreløpig vist et begrenset engasjement (5). I flere land blir imidlertid psykososiale behandlingstilbud til voldsrammede flyktninger nå ansett som en klar oppgave for det offentlige helsevesen. Hør har Nederland gått foran, men også

i Danmark og Sverige er det nå etablert tiltak i offentlig regi eller finansiert primært med midler fra helsemyndighetene.

Norske erfaringer

Da norske myndigheter bestemte seg for å møte flyktingenes behov for psykososial bistand, eksisterte det flere mulige modeller for å organisere disse tjenestene. Sosialdepartementet valgte i første omgang å opprette en prosjektgruppe i form av et lite, tverrfaglig psykososialt team med nasjonale oppgaver (Psykososialt team for flyktinger i Norge). Prosjektet ble etablert i 1986, i første omgang for tre år, ble tilknyttet Helsedirektoratet og fikk geografisk plassering og faglig tilknytning ved Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Oslo. Prosjektets formål har vært:

1. Å bidra til å bedre tilgangen på kvalifisert bistand til flyktinger med psykososiale problemer i Norge.
2. Utrede det videre behovet for og foreslå ytterligere tiltak for å bedre denne bistanden til de forskjellige flyktingegruppene i Norge.

Målsettingen har vært forsøkt oppnådd gjennom undervisning og konsultasjoner til helse- og sosialpersonell og andre faggrupper som arbeider med flyktinger, informasjon, dokumentasjon og forskning. Vi har kunnet konstatere et meget stort behov for undervisning på dette området.

Teamet har videre gitt et begrenset poliklinisk behandlingstilbud. Pasientgruppen og erfaringer fra dette arbeidet er beskrevet i to artikler som publiseres i Tidsskrift for Norsk Lægeforening.

Den økende interessen for psykiatrisk arbeid med flyktinger i Norge har også medført at enkelte psykiatriske avdelinger har begynt en systematisk intern kompetanseoppbygging. I enkelte større kommuner er det etablert psykososiale behandlingstilbud til voldsrammede flyktinger. Imidlertid er det ikke som i våre naboland opprettet noen spesialinstitusjon for behandling av flyktinger som har gjennomgått ekstreme eller katastrofale traumer (Røde Kors Senter for torturerte flyktinger i Stockholm og Rehabiliteringssenteret for torturofre i København) (4,6). Det er heller ikke etablert andre faglige enheter for psykososialt arbeid med flyktinger av mer varig karakter. Det norske teamet har forsøkt å finne ut om det er behov for å utvikle slike spesielle tiltak i Norge.

Kartlegging av kompetanse

En spørreskjemaundersøkelse som omfattet alle voksen- og barne- og ungdomspsykiatriske enheter samt familie-rådgivningskontorer i Norge forteller at disse foreløpig ikke betrakter seg som tilstrekkelig kompetente i flyktingearbeidet (7). Undersøkelsen ble foretatt av Psykososialt team for flyktinger i 1988. Svarprosenten var 71,5. Både når det gjaldt kunnskap om behandling av følgetil-

stander etter ekstreme påkjenninger, transkulturell behandling, eksilsituasjonen og samarbeid med tolk i behandlingssammenheng, svarte ca. 2/3 av institusjonene at de hadde liten eller ingen kompetanse. Institusjonenes kommentarer tyder på at de fleste befinner seg i en tidlig fase av kompetanseutvikling på disse områdene, men at det er en generell vilje og et ønske om å gi flyktinger, asylsøkere og andre innvandrere tilbud om kliniske tjenester som er tilpasset deres behov.

Også i vår kontakt med personell i primærhelsetjenesten har vi konstatert en betydelig interesse for å opparbeide kunnskaper og ferdigheter i helsearbeid med flyktinger og innvandrere. Fagutvalget i Allmennpraktiserende legers forening har nylig foreslått å prioritere bl.a. innvandrere i forbindelse med generell kompetanseutvikling hos allmennpraktiserende leger (8).

Når det gjelder spørsmålet om hvordan psykososiale tjenester for flyktinger kan organiseres her i landet, må man i tillegg til eksisterende interesse og kompetansenivå i forskjellige deler av helsevesenet ta i betraktning helsevesenets organisering og ideologi, økonomiske rammebetingelser, organiseringen av mottak og integrering av flyktinger samt størrelse og sammensetning av flyktingegruppene i de ulike deler av landet.

Helsedirektoratets rammeplan.

Helsedirektoratet har i samarbeid med prosjektgruppen skissert en rammeplan for utbygging av psykososiale tjenester for flyktinger og asylsøkere. Forslaget har en samfunnspsykiatrisk orientering der man fokuserer på hele flyktingpopulasjonen og deres behov og ikke bare på den individuelle pasient. Den overordnede målsetting er å redusere prevalensen av psykososiale problemer og psykiske lidelser i flyktingegruppene. Planen dreier seg om tiltak som er sammenhengende og nivådifferensierte - på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Tjenesten skal organiseres innenfor det eksisterende offentlige helsevesen. Helsedirektoratet legger vekt på at det er nødvendig å utvikle enkelte spesielle tiltak for at gruppen skal oppnå likeverdige helsetjenester i forhold til øvrige innbyggere i landet.



Dette gjelder særlig de psykososiale helsetjenestene hvor forskjeller i sosiokulturelle forutsetninger vil være særlig merkbare.

Kommunalt nivå.

Psykososialt arbeid med flyktninger vil hovedsakelig finne sted i helse- og sosialetaten i kommunene. De fleste flyktninger har ikke alvorlige psykiatriske forstyrrelser, men problemer som har karakter av kriser knyttet til deres livssituasjon. I mange kommuner kan dette arbeidet styrkes ved et nærmere organisert samarbeid mellom medarbeidere i helse-, sosial- og innvandringsetatene. Helsesøsteren har ofte en sentral posisjon og vil kunne koordinere dette samarbeidet. Flere kommuner har hatt gode erfaringer med å opprette en stilling for helse-søster eller psykiatrisk sykepleier som også har ansvaret for den psykososiale siden av helsearbeidet i kommunen.

Følgende arbeidsoppgaver vil være aktuelle i kommunene:

- Helseinformasjon med vekt på psykososiale prosesser,
- kriscintensjon,
- ettervern,
- annet familie- og nettverksarbeid.

Fylkeskommunalt nivå.

I rammeplanen foreslås det at det opprettes regionale psykososiale behandlingsteam, faglig tilknyttet den psykiatriske helsetjenesten i fylkene. Teamenes funksjon vil først og fremst være å påta seg særlig vanskelige behandlingsoppgaver som følgetilstander etter tortur og andre ekstreme påkjenninger. Slike behandlings- og rehabiliteringsoppgaver kan være meget tidkrevende og forutsetter mulighet for nært samarbeid med en rekke medisinske spesialister samt andre etater. Tilbudet bør utvikles både i forhold til barn, ungdom og voksne. Man antar likevel at de fleste flyktninger og innvandrere med psykiatriske behandlingsbehov også for fremtiden først og fremst vil bli henvist til det ordinære psykiske helsevern. I tillegg til den interne kompetanseoppbygningen kan en ulik faggruppe ha veiledningsoppgaver både overfor personell i kommunene og annenlinjetjenesten.

Nasjonalt nivå.

Helsedirektoratet foreslår at Psykososialt team for flyktninger fortsetter som en nasjonal kompetansegruppe. Videreutvikling og samordning av undervisnings- og veiledningstilbud for kommunalt og fylkekommunalt helsepersonell blir en sentral oppgave. Videre bør teamet bidra til en faglig utvikling på området, både nasjonalt og internasjonalt, og formidle denne kunnskapen gjennom dokumentasjons- og informasjonstilbud. Forskning og metodeutvikling vil også være aktuelle arbeidsoppgaver i tillegg til konsulent-tjenester, utredninger og annet undervisningsarbeid.

Blir planene gjennomført?

Det blir hyppig pekt på behovet for fornyelse i helsevesenet (9). I psykososialt arbeid med flyktninger generelt og spesielt i behandlingen av flyktninger utsatt for ekstrem vold, foreligger det klart et slikt behov, både når det gjelder arbeidsmetoder og organisering av tjenestene.

Behovet for utviklingstiltak fører ikke nødvendigvis til at de blir gjennomført. I den nasjonale helseplan for Norge (10) redegjøres det for en rekke helsetiltak for flyktninger og innvandrere, som helsetjenesten ved mottak, temahefter og informasjonsprogrammer. Det fremgår også at de psykososiale tjenester for flyktninger skal søkes utviklet i enkelte fylkeskommuner etter avtale mellom staten og Kommunenes Sentralforbund.

Sosialdepartementet har i sitt budsjettframlegg for 1989 foreslått en forlenget virksomhet ved Psykososialt team for flyktninger i Norge, og peker også på behovet for å opprette regionale team. Midler avsatt til dette er derimot langt fra tilstrekkelige til å gjennomføre planen.

Sammenholdt med våre øvrige inntrykk fra prosjektarbeidet tyder dette på en relativt bred helsepolitisk enighet om at psykososialt arbeid for flyktninger bør utvikles videre. Vi regner med at rammebetingelsene avklares snarlig, og det vil da vise seg om Helsedirektoratets plan kan gjennomføres.

Litteratur:

1. Pfister-Ammende M. Mental hygiene in refugee camps. I: Zwiggmann C, Pfister-Ammende M. Uprooting and after... New York: Springer-Verlag, 1973.
2. Knudsen JC. Båtflyktninger i transitt. Bergen: Sosialantropologisk Institutt. Universitetet i Bergen, 1982.
3. Arenas JG, Steen P, Jacobsen V, Thomsen US. Flyktningenes psykiske kriser. København: Dansk psykologisk Forlag, 1987.
4. Ortmann J, Genefke IK, Jakobsen L, et Lunde I. Rehabilitation of Torture Victims: An Inter-disciplinary Treaty Model. Am J Soc Psychiat 1987; 3: 161 - 167.
5. Westermeyer J, Williams CL. Planning mental health services for refugees. I: Williams CL & Westermeyer J, red. Refugee mental health in resettlement countries. Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation, 1986.
6. Finer D. Flyktningar med torturbakgrunn en realitet i det svenska samhället. Läkartidningen 1988; 85: 4332 - 4338.
7. Hauff E. A public health approach to psychosocial work with refugees: What is the position of general psychiatry? Akseptert for publisering. Nordic School of Public Health series 1989.
8. Apfås fagutvalg. Særomsorger - til gagn eller ugagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 108: 2753 - 2755.
9. Lie A, Lund B-L, red. Et nytt helsevesen. Oslo: Gyldendal, 1986.
10. Stortingsmelding nr. 41. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan. 1987 - 88.
11. Stortingsproposisjon nr. 1. For budsjett-terminen 1989. Sosialdepartementet 1988 - 89.

Kontaktperson:

Edvard Hauff, Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Oslo, Blindernvn. 85, Vinderen 0319 Oslo 3

NYHET

Mindiab®

(glipizid)

NYTT TABLETTALTERNATIV

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)
- Doserer 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:

 MONTEDISON 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 Sulfonylureas 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 inneh.: Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulinfrisetting ved at øyevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinspeil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinspeil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens.

Absorpsjon: Glipizid absorberes hurtig og fullstendig.

Proteinbinding: Ca. 98% er proteinbundet.

Halveringstid: 3 - 7 timer.

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

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

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i endose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdoser 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 initialdoser 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 sulfonylurea, bør det legges inn en utvaskningspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utilfredsstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av dosen(e).

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

(Se ellers Felleskatalogen.)

Apiterapi

Biprodukter som legemiddel



Geir Flatabø, 35 år, oppvaksen mest i Oslo, gift med Gunnbjørg Øyre, 3 barn. Med. Cand. Oslo hausten 1980. Turnus Odda - Ølen. Etter det distriktslegelkommunelege I i Ulvik, avbrote med 1 år som ass. lege ved Valen sjukehus. Medisinske særinteresser: ernæring, allergi, akupunktur.

Referat frå 6. internasjonale symposium, Jugoslavia sept.-88

Av Geir Flatabø

Vi lider under eit vanskeleg syndrom og ei tvangstrøye som skuldast at vi har lært at så godt som all medisin som ikkje står i FELLESKATALOGEN, er dårleg medisin. I utviklinga av vår moderne medisin er krav til dokumentasjon gått så langt at berre medisin som er ny og kan betalast med sikre inntekter får påkosta reklame. Dette medfører at gamle "gode" medisiner blir borte, ikkje fordi dei er "dårlege", men fordi ingen vil dokumentera at dei er "bedre enn best, og nesten utan biverknader" - fordi dette ikkje svarer seg økonomisk.

Vårt opphav - ordet medisin - kjem av den indoeuropeiske "rota" med - som betyr honning. Samme opphavet har ordet mjød som er laga av honning. Går vi til Aust-Europa er dette hopehavet, honning, birøkt og medisin, fortsatt levande i beste velgåande såvel i folkemedisin som i skulemedisin. Det vert dreve forskning i bruk av bier og bie-produkt til medisin, ernæring og kosmetikk på lik linje med annan medisinsk forskning.

Som einaste norske og nordiske lege var eg i september 1988 deltakar på det 6. Internasjonale Symposium i Apiterapi i Jugoslavia. Apiterapi kjem av det latinske ordet for bie, apis. Deltakarar ellers var forskarar, legar, farmasøytar, veterinærar m. fl. og sjølvsgatt birøktarar som meg sjølv. Kvaliteten på rapportane som vart lagt fram var svært varierende, men ikkje berre reklame og grunnlause påstandar. Dei bieprodukta som finn vegen til medisinen er forutan honning: bivoks, biegift, propolis, pollen, dronninggele og dronelarver.

Fleire arbeider omhandla dermatologisk bruk av bieprodukt. Det har vore lenge kjent og vist i mange arbeid at honning, propolis og dronninggele har brei antimikrobiell aktivitet.

Honning er som produkt ei konsentrert sukkerløysing med varierende innhald av mineraler, enzym, essensielle oljer, organiske syrer, flavonoider og mange andre bestanddelar avhengig av opphavet. Sukker-innhaldet ligger på til vanleg vel 80 %, mest drue- og frukt-sukker, og mindre mengder andre sukkerartar. Den konsentrerte sukkerløysinga virker i seg sjølv hemmande på dei fleste bakteriar og soppartar. Enzymane har antimikrobiell aktivitet i eit glukoseperoksydase/katalase system, tilsatt av biene. Dei essensielle oljene viser uttalt hemmande effekt på *Candida albicans* og gram negative patogener. Flest studier er utført med gule stafylokokkar og patogene streptokokkar og viser god antimikrobiell effekt både in vitro og ved bruk direkte i infiserte sår. Dei organiske syrene, særleg maursyre, har tilsvarande antimikrobiell aktivitet. Ein har her med andre ord fire uavhengig virkande antimikrobielle system som forklarar

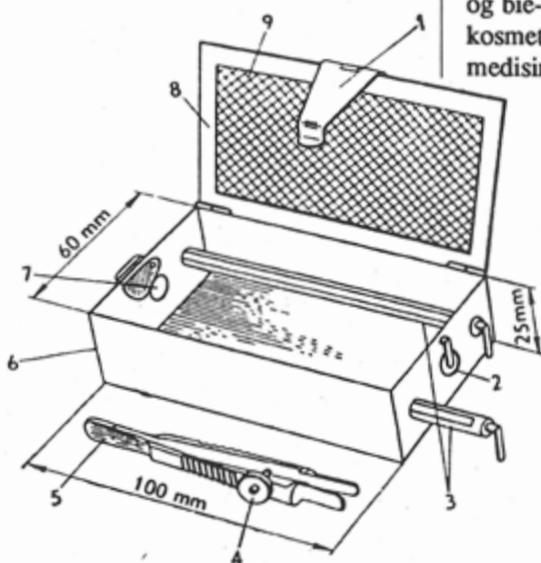


Fig. 15. Drawing of portable box and tweezers for apitherapy
1—clasp; 2—bee exit (closed); 3—movable feeding trough; 4—limiting stop;
5—special tweezers for handling bees; 6—box; 7—bee exit (open); 8—lid of box;
9—mesh insert in lid

honningens positive effekt på infiserte sår. I tillegg skal den ha nutritiv og antiflogistisk verknad (flavonoidane). Teoretisk sett kan den ha tilsvarande positive verknad ved stomatit og faryngitar.

Propolis er klebrig harpiks som biane samlar på knoppar av ulike trær, mest bjørk, poppel og hestekastanje her i landet. Navnet kjem av gresk pro polis, foran byen, fordi biene nyttar det som tettestoff, bl. anna til å tetta for store

opningar i bikuba, "byen". Propolis er ei blanding av mange ulike kjemiske stoff der ulike terpenoidar, flavonoidar, fenolar dominerer. Best var studiane på antiviral verknad av propolis. Antiviral effekt mot DNA-virus vart funne i kaffeoyl-derivatane i den vassløyselege delen av propolis. Firmaet MEDEX i Jugoslavia markedsfører eit propolis-preparat - API BABY, HP. MEDEX, som ifølge firmaet hadde verknad på linje med Zovirax og levamisol ved Herpes simplex type 1 virus infeksjon. Ved det Medisinske Apiterapøytiske Institutt i Bucharest, produserte dei eit propolisekstrakt - OPHTALMOSEPT - som dei hevda hadde like god effekt ved Herpesvirus keratit som konvensjonell terapi med Iduridin/steroider. Ophthalmosept skulle ha både antiviral og antiinflammatorisk effekt.

Antibakteriell effekt derimot var knytta til alkoholekstrakt-delen av propolis. Variasjonen er stor mellom ulike propolistypar, og ein har ingen garanti for "rein" vare ettersom det ikkje er noko kontroll med marknadsføringa av propolis i Noreg.

Dronninggele eller royal jelly er forsøft som biane forer dronninga med. Den avgjør ved sitt hormon og næringsinnhald vekst og "status" for dronninga i biesamfunnet. Tilsetning av glukoseoksydase/katalase samt immunglobulin sikrer den mot mikrobevekst i bikuba. Ellers er vel dronninggele best kjent frå Roald Dahl si framstilling av korleis det går når ein nyttar for mykje av det i kosthaldet.

Det er ikkje utan grunn at honning - med - er opphavet til vår moderne medisin. Våre forfedre i Egypt, Babylon og Hellas valgte (tilfeldigvis?) ein ingrediens som var så godt som uskadeleg for sårvev, aseptisk, anti-septisk og antibiotisk forutan nutritiv.

Kommunelege
Geir Flatabø
5730 Ulvik

□



TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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

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

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

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

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

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

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

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

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

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

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

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

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske 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.*

Helsetjenestereformer - strategier for nedgang?

Petit Chronicus

Det går dårlig med a/s Norge. Ja, ifølge økonomene har det faktisk gjort det helt siden 1977-78. Selv i den verste jobbetida midt på åttitallet ble det offentlige Norge fattigere. Og alle vi som til daglig arbeider i helse-tjenesten mener at "nå går det rett på dunken" -om det aldri har gjort det før! Det samme mener visst en hel rekke andre også - kanskje først og fremst brukerne av de offentlige tjenestene.

Det selvsamme tiår har sett en serie reformer og endringer i helsetjenestesystemene som knapt noen periode tidligere. Det vil vel være drøyt å påstå at nedgangen skyldes reformene i helse-tjenesten alene. Kanskje er det heller slik at reformene er tilpasset en endret (og svakere) offentlig bæreevne og miljø - en strategi for å skjule at vi som samfunn ikke lenger ser oss istand til - eller vil - satse nok på disse områdene til å fylle velferdsstatens opprinnelige målsetninger. Onde tunger - og dem er det som bekjent mange av - vil selvsagt hevde at det er de opprinnelige målsettinger for velferdsstaten som ikke er tilpasset dagens virkelighet - og så lager de et nytt kart basert på sin egen oppfatning av virkeligheten, eller kanskje heller slik de ønsker virkeligheten skulle være! Problemet er bare at det vandrende publikum - brukerne - slett ikke finner fram med dette kartet. Kompasset deres forteller om en helt annen virkelighet enn

den kartet beskriver. Og som kjent lyver kompasset aldri!

Det er særlig tre hovedtrekk ved reformer og holdningsendringer som bør trekkes fram. For det første ramme-finansieringa der pengene utdeles på forskudd, før det er produsert en eneste tjeneste. Den billigste tjenesten å produsere er selvsagt å ikke produsere noe i det hele tatt. Samtidig er tilskuddene ikke forutbestemt til spesielle formål og det kontrolleres heller ikke at de brukes slik som det ihvertfall verbalt uttales de skal. Mulighetene for å styre tjenestene dit det er størst behov etter en nasjonal vurdering er vekk. De siste tiders diskusjon om f. eks. fengselshelsetjenesten viser i klartekst hvor det fører hen! Heller ikke troen på objektive kriterier gjør det lettere å finne en rettferdig fordeling av midler - se på alle ekstrabevilgningene som må til!

Forvaltningsreformene og satsinga på nye omsorgsformer fører til forventninger om standardhevninger som vanskelig lar seg innfri. Kommunene kan umulig makte den standardhevning på alle måter som fylkeskommunene ikke fikk til! Og de nye omsorgsformene stiller stadig større krav også til de pårørende som på sin side krever retten til å bestemme over egen tilværelse, samtidig som viljen til offentlig satsing avtar. Her er det noe som ikke går ihop og det bør fram i lyset og diskuteres, ikke forsøkes feid under teppet! Konsentreringa

om såkalte egne "lovpålagte" oppgaver fører selvsagt til at stadig flere faller mellom alle stoler - det er nå engang umulig å lage lover og forskrifter som fanger opp alle mulige tilstander og problemer. Og dessuten er motstanden mot denslags detaljregulering svært sterk fra kommune- og fylkeskommuneplanets ledelse. Det er kanskje ikke uten grunn?

Den tredje typen "tilpassing" kan være den som allerede brukes av salige Ludvig Holberg der han lar sin Vielgeschrei larme og buldre uten at det i realiteten skjer noe som helst. Det skulle vi såmenn kjenne igjen fra våre dagers kampanjehysteri som dirigeres av massemedia på

fra-dag-til-dag-basis. Overskrifter idag-kampanjer imorgen. Slik skapes inntrykk av at noe skjer og det er viktigere enn det reelle innhold, jfr. kartet og terrenget. Og prosjekter er rimeligere enn tiltak som er planlagt som en del av et samlet hele.

Det er viktig å være tilpassningsdyktig. Det er slik menneskeheten har overlevd. Men det er også viktig å vite hva vi tilpasser oss til, og kanskje aller viktigst hvem det er som bestemmer hva vi skal tilpasse oss! For fortsatt gjelder forfatteren Didrik From's ord om at "fornuften er en ensom ting". La oss prøve å gjøre den til allemannseie! □



Cartoon from 'What's wrong with the health system' Health Issues Centre, Melbourne, Australia.

Innhold: Utposten nr. 5 1989

Leder Signe Flottorp, Anne Katrine Nore, Reidun Førde	side 195
Hva er viktigst i en allmennpraktikers kreftdiagnostikk Knut Arne Holtedahl	side 196
Kreft i allmennpraksis Sverre Lundevall	side 198
Kreft og kommunikasjon Anne Katrine Nore i samtale med Tor Jacob Moe	side 200
Kasuistikkspalten	side 202
Legen, pasienten og døden Liv Wergeland Sørbye	side 204
Livskvalitetsmålinger hos pasienter med lungekreft Stein Kaasa	side 208
Trygderettar for pasientar med kreftsjukdom Bernt Daltveit	side 212
Kan kreft forebyggast Utposten i samtale med Frøydis Langmark	side 214
Nye sko til fotfolket Harald Kamps	side 216
"Lure løsninger og fikse finesser" Lodvar Bleken	side 219
Kulturelle "tatt-for-gitt-heter" Tove Beate Pedersen	side 222
Brev fra leserne	side 227
Portrett av en allsidig kollega Eli Berg i samtale med Karin Skallsjø	side 228
Organisering av tiltak for flyktninger med psykososiale problemer Edvard Hauff, Nora Sveaass, Nils Johan Lavik, Carl Ivar Dahl	side 232
Apiterapi Geir Flatabø	side 236
Helsetjenestereformer - strategier for nedgang	side 239

Løvetannprisen 1989

Anmeld en kollega

Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Soria Moria 4. oktober dele ut Løvetannprisen for 4. gang. Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene.

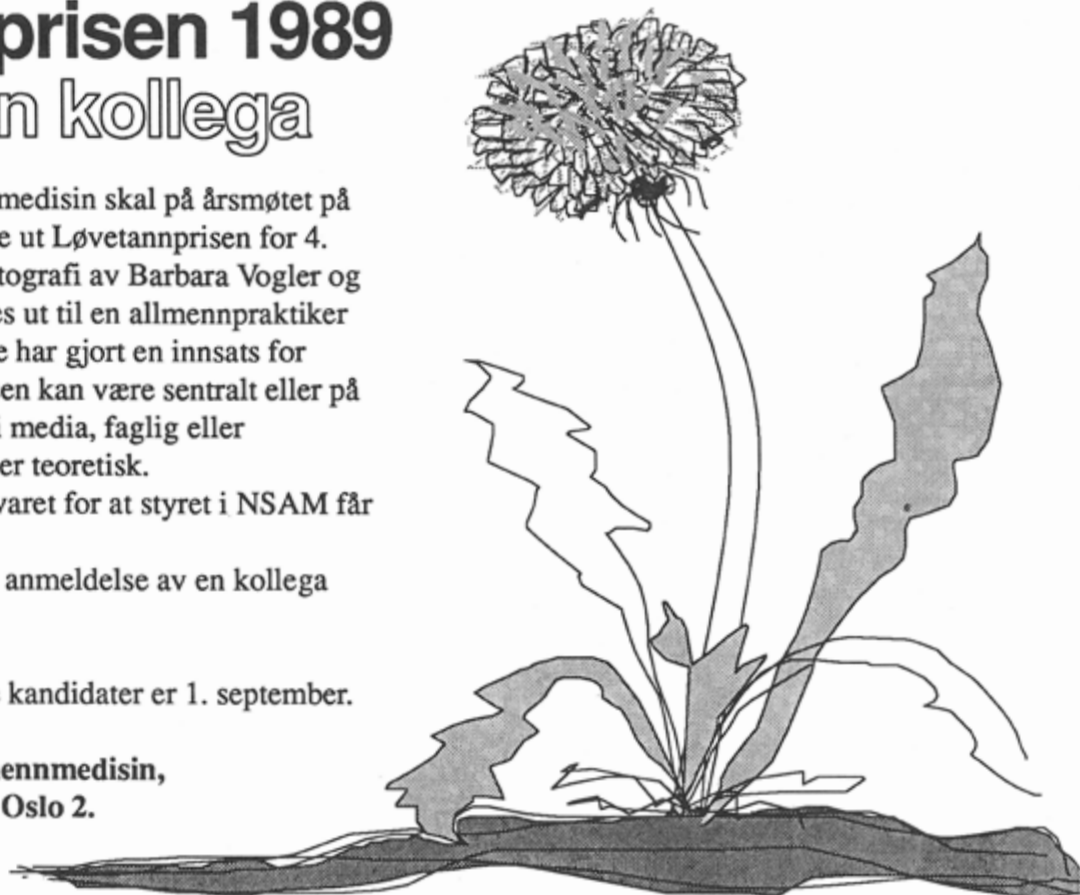
Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.

Fristen for forslag på gode kandidater er 1. september.

Forslaget sendes til

NSAM, Institutt for allmennmedisin,

Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2.



**Norsk Forening for internasjonale helsespørsmål
arrangerer**

Kurs for helsearbeidere til u-land

Kurset holdes på NORAD's kurscenter, Kringsjø
i tiden 23. oktober - 3. november 1989

Tema:

Primærhelsetjeneste
Tropemedisin/AIDS
Forebyggende helsearbeid
Å ta vare på sin psykiske helse
Kirurgi
Obstetikk/gynekologi
Mor/barn
Emføring

Kursavgift:

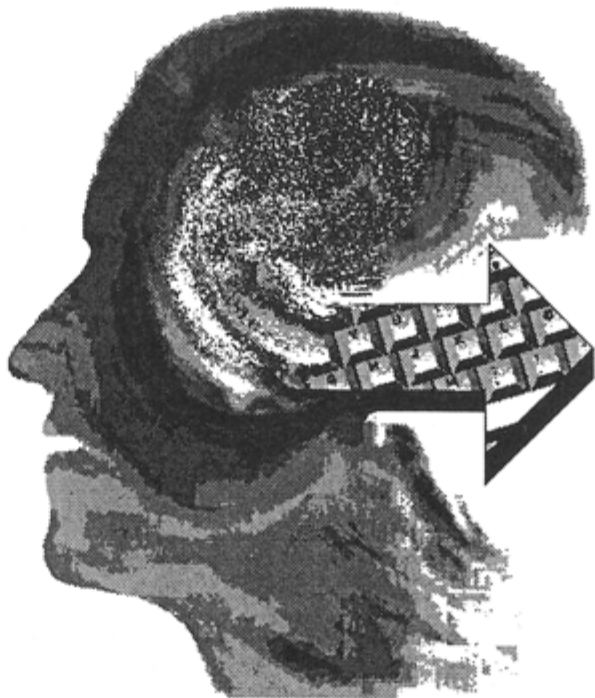
For deltakere som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive lost og logi. Andre deltakere må betale kost og losji selv (kr 250,- pr. døgn). Utover dette er det ingen kursavgift.

Søknadsfrist:

23. okt. - 3. nov. 1989
Søknaden skal inneholde
- opplysninger om utdanning
- planer/avtaler om utreise
- organisasjon

Alle interesserte kan søke.

Søknaden sendes til:
Kurssekretær, NFIH
Postboks 4, Kringsjø
0807 OSLO 8
Telefon (02) 23 76 40



Utpostens essay- konkurranse 1989

Konkurranseregler:

For 5. gang inviteres Utpostens lesere til å være med i konkurransen om Essay-prisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A4-ark og bare på den ene siden av arket. Bruk dobbel linjeavstand (ca 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelenes lengde bør være minst 10 manussider, men ikke mer enn 15 manussider. Bruk Vancouver-reglene ved bruk av litteraturreferanser. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening beskriver Vancouver-reglene i sin manuskriptveiledning. Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Anonymisering:

Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen. Forfatterens navn skal derfor ikke framgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet, og vedlagt manuskriptet skal det følge en lukket konvolutt. Konvolutten merkes utvendig med manuskriptets tittel, og inni konvolutten ligger opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer.

Tidsfrist:

Manuskriptene sendes til Utposten, 5890 Lærdal og skal være redaksjonen i hende innen 14. august 1989.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av allmennpraktiker Eli Berg, professor Per Fugelli, redaktør Magne Nylenna og allmennpraktiker Inger Marie Steinsholt.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr 10 000,-. Vinnerbidraget vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsel om Utpostens essaykonkurranse 1989 kan rettes til Utposten, 5890 LÆRDAL