

UTPOSTEN

NUMMER 6

1989

ÅRGANG 18



ENVAI NON CLOS
Peut être contrôlé
par le service postal
Soulever l'étiquette
et la replacer.

Tegning: Iben Sandemose

Hovedtema: Almindelig galskap

Galskap

Første gang jeg leste om det, trodde jeg ikke det jeg leste. Jeg fortrengete det så grundig at jeg ikke fant det igjen da jeg ville sjekke at jeg hadde lest riktig. Men nå har jeg funnet det igjen. Svart på hvitt, med 2 referanser, i siste nummer av NEMT-nytt (1). Jeg siterer:

"Fetal reduction" er et litt eufemistisk uttrykk for provosert abort av ett eller flere fostre ved flerlingesvangerskap. Dette kan gjøres før 12 svangerskapsuke. Metoden innebærer ultralyddet punksjon av uterus og fostersekken, enten gjennom vagina eller transabdominelt. Vanligvis injiseres en toksisk oppløsning direkte i det eller de aktuelle fostere(t). Derved kan antall fostre reduseres fra f.eks. 5 til 2, eller man kan eliminere en tvilling med misdannelser."....."Det som har aktualisert denne metoden, er at de nye metodene for behandling av infertilitet hos kvinner har vist seg å øke antall flerlinge svangerskap; på grunn av hormonstimulering og tildels på grunn av at man har satt inn i livmoren et stort antall befruktete egg ved in vitro fertilisering."....."Metoden innebærer at helsepersonellet direkte under visuell kontroll velger ut hvilke fostre som skal elimineres, utfører injeksjonen og ser at livet opphører."

På tross av en stadig mer påtrengende følelse av at det er galt, har jeg forsøkt å akseptere in vitro fertilisering som "behandling" av "sykdommen infertilitet" ut fra solidaritet med infertile par.

Vi skaper liv i reagensglass, og implanterer det i en kvinnes livmor. Begrunnelsen: det infertile pars smerte og deres "rett" til å føde egne barn. Nå tar vi også liv i en kvinnes livmor dersom vi skapte for mange av dem. Begrunnelsen: det gjenlevende livs sjanser for å fødes levende og fri for lyte.

Hvor mange grenser skal vi trække over i ly av såkalte "høyverdige" begrunnelser? VIL kvinner at vi skal kunne disponere liv og død i deres livmor? VIL menn at vi skal kunne herse med arvestoffet deres på en slik måte? VIL vi selv som medisinerere disponere liv og død på individnivå på denne måten? Hvilke andre begrunnelser kan vi tenke oss for å utvikle slike teknikker?

Selv er jeg ikke lenger i tvil: Dette er den rene skjære galskap.

Janecke Thesen

1. Backe B. "Selective fetal reduction" - Selektiv abort av flerlingefostre. NEMT-nytt nr 7 1989; 29.

(NEMT står for Nordisk evaluering af Medicinsk Teknologi, og er et No. organ for DSI, NIS, Riksspitalar, Sjukhusförbundet og Sprit.

Gratisabonnement kan tegnes ved å skrive til
Jytte Blom Andersen, DSI, Nyropsgade 18
DK-1602 København V)



"Fetal reduction" III. Kirsti Malterud

Redaksjonen er avsluttet 1/8 - 89

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

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG

Mette Brække
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmenmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K:
P: 04 861236

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

Det medisinske verdighetshierarkiet - vår tids galskap

Leder:

Psykisk sykdom er vanlig i vårt samfunn. En betydelig andel av de allmennmedisinske konsultasjonene gjelder psykiske plager, og blant uførepensjonistene er det mange som har mentale lidelser. Men at tilstandene er utbredte, gjør dem likevel ikke til "normale". Det er ikke prevalens, men verdierurderinger som styrer normalitetsbegrepet på dette rådet. Det er fortsatt slik i vårt samfunn i 1989 at noen sykdommer anses som mindre verdige enn andre.

I sykdommenes verdighetshierarki ligger de psykiatriske lidelsene tynt an. Det er "bedre" å være syk-meldt for beinbrudd enn for depresjon. Det er "bedre" å bli uføretrygdet for angina pectoris enn for schizofreni. Det går framover, men altfor langsomt. Det er fortsatt vanlig å skille mellom "ordentlig" sykdom og psykisk sykdom både i samfunnet og innen helsevesenet.

Men mellom de forskjellige psykiatriske lidelsene er det også et verdighetshierarki. Jeg tror det går an å oppsummere diagnosenes anseelse slik:

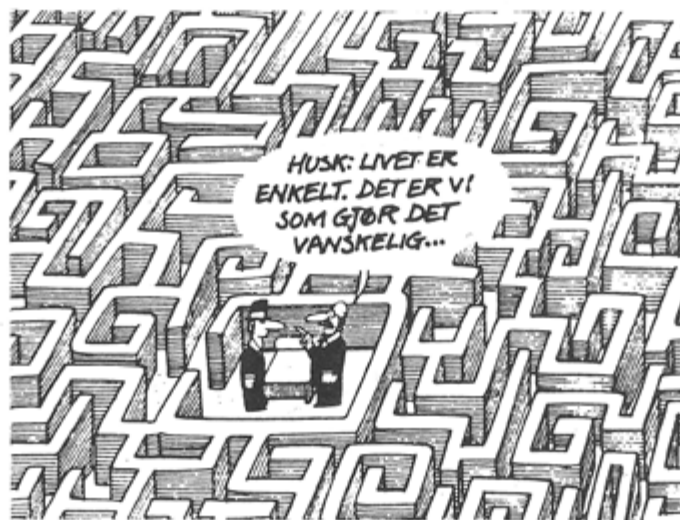
Øverst på denne rangstigen finner vi *depresjon*. Den ene kjendisen etter den andre står fram og gir depresjonene ansikt. Det finnes til og med en og annen lege som har hatt slike plager. Deretter kommer *angst*, som særlig omfatter kvinner, og som i dagligtale ikke befinner seg så langt unna hysteri. Vi er nå over på plager som først og fremst rammer "de andre". Nærmer

vi oss det som folk kaller galskap, kommer de *reaktive psykosene* først. Med godvilje kan de oppfattes som dramatiske, men forbigående belastningslidelser, som har sin forklaring. Det er ingen spøk å vende tilbake til "normaliteten" med en diagnose som forteller om et anlegg for kaos og sammenbrudd. *Rusmiddelmissbruk og personlighetsforstyrrelser* har lav anseelse, og fører ofte med seg sosiale problemer som ikke akkurat hever anseelsen. Aller lavest i det medisinske verdighetshierarki ligger de *kroniske*

folk flest synes man bør. Den som ikke makter dette, vil møte ovenfra-og-ned-vurderinger fra andre.

Slik vokser uverdigheten fram. Dette er fortsatt den uverdige virkeligheten - i et velferdssamfunn som heller skulle gitt støtte, respekt og fellesskap til dem det gjelder.

At vi fortsatt - i 1989 - er nødt til å presentere beretninger fra dem det gjelder i anonym form, viser hvor kort vi er kommet.



psykosene - tilstander som innebærer mye lidelse - mens det ikke tilnærmedesvis er knyttet tilsvarende medisinsk prestisje til å lindre denne lidelsen.

Hva betyr det å lide av en medisinsk tilstand som har lav anseelse?

Diagnosens lavstatus smitter over på bæreren. Det betyr at den som bærer lidelsen, ikke blir møtt på likeverdige premisser av omgivelsene og hjelpeapparatet. I vårt samfunn regnes det som et verdighetskriterium å mestre livet sitt og sjelivet sitt slik

Med dette nummeret av Utposten ønsker vi å rukke ved den stillestående resignasjonen som er med på å prege helsevesenets forhold til galskapen. Vi ønsker å utfordre de skarpe grensene som samfunnet har trukket opp mellom "normalitet" og galskap. Ved å stille noen kritiske spørsmål kan vi kanskje bidra til å fordele verdigheten bedre.

Derfor setter vi søkelyset på galskap her ved å kalle den "alminnelig". Alminnelig i betydningen "ikke så rent sjelden" (for slik er det ned den formen for galskap som

vi ofte kaller tungpsykiatri). Men også alminnelig for å minne om betydningen "ikke så langt unna deg og meg".

I dagligtale bruker vi ordet "galskap" om mange slags fenomener som ikke har noe med psykiatri å gjøre. Vi snakker om galskap når det er noe vi forferdes over - f.eks. når samfunnsutviklingen vitner om etiske normer som er på gli ("fetal reduction"). Vi snakker om galskap når vi skal karakterisere menneskelige særegenheter - enten det gjelder sprø sider ved ellers "normale" mennesker, eller det gjelder folk som stikker seg ut på en eller annen måte.

Den språklige betydningen av ordet "galskap" demonstrerer galskapens relativitet. Vi blir minnet om betydningen av den kultur og det samfunn vi lever i - der grensene mellom normalitet og galskap defineres og opprettholdes av de som regner seg som aller mest normale. De skarpe grensene tjener til å beskytte de "normale" og isolere de "gale". Jo skarpere grensene er, jo større avstanden blir og jo mer truende galskapen oppfattes, - desto større er risikoen for at uverdighetsstempelet blir festet på dem som er "på den andre siden".

Primærmedisinen spiller en viktig rolle i dette terrenget, både som tjenesteyter og normdanner. En verdig utfordring for primærmedisinen er å prøve å være med på å fordele verdigheten bedre.

Kirsti Malterud
(ansvarlig redaktør for dette nummer av Utposten)

Petra

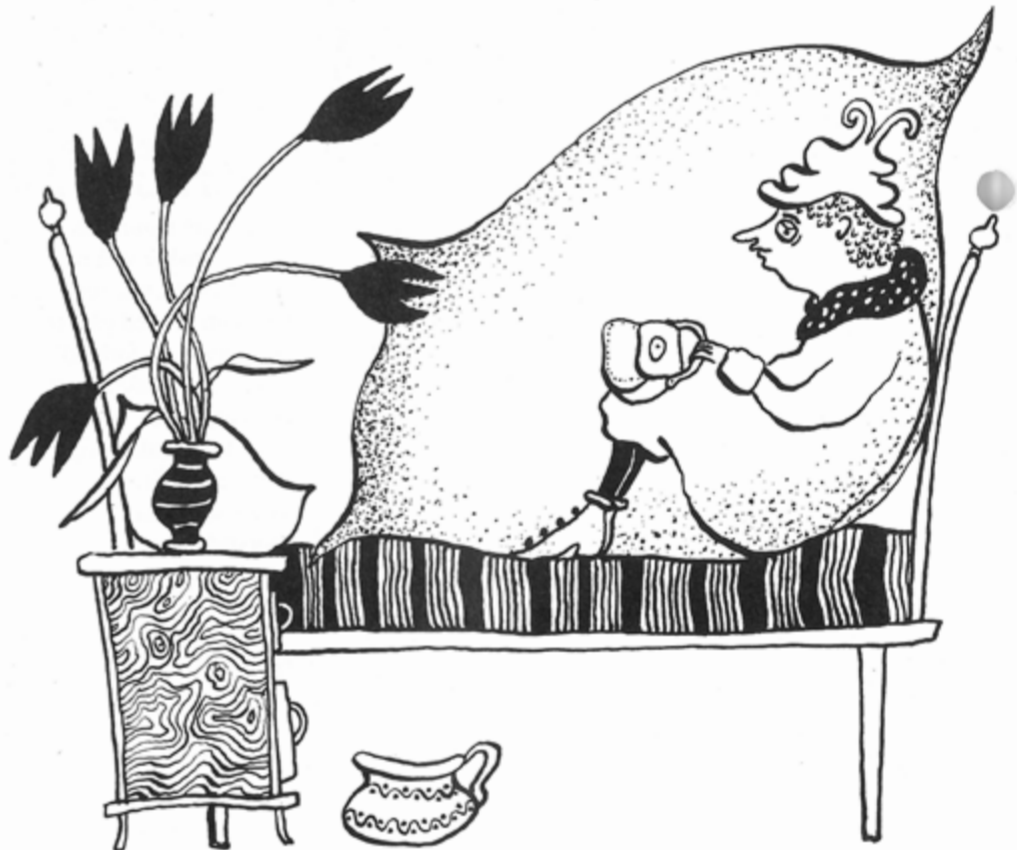
Av nn

Hun hadde en særordning på sykestuen. Hun bodde der fast, selv om hun ikke var opptatt etter vanlige kriterier eller på noen måte passet inn i miljøet. Hun passet ikke inn i noe miljø - det var det som var noe av problemet. Journalnotatene var få, og ingen husket når og hvorfor hun kom. Men særlig lenge siden var det ikke, for hun kom dit i kjølvannet av byråkratenes glupe ide om å kombinere tilbakeføring med pengesparing. Hjemmet til Petra ble rett og slett nedlagt - som et administrativt vedtak - fordi det var til Petras beste, og fordi fylkeskommunen tilfeldigvis eide hjemmet hennes. Petra selv ble selvsagt aldri spurt. Akkurat det kunne nå være det samme forresten, for hadde de spurt hadde de aldri fått svar, iallefall ikke et svar de ønsket.

Jeg møtte Petra som tilsynslege på nevnte sykestue. Siden jeg også hadde trådt mine barnesko ikke langt fra Petras barndomshjem, kjente vi til hverandres navn og familie fra før. Med det utgangspunktet følte vi nok begge at vi hadde noe felles.

Det var opplest og vedtatt at Petra var gal helt fra ungdommen av.

Ingen, dvs. alle visste hvorfor. Forklaringene var like mange som det var personer som kjente henne fra hun var barn. De fleste mente nok at det hadde begynt med en alvorlig gulsott før hun var tjue. Da var hun gul og radmager i lang tid, og etterpå ville hun ikke gå på de lokale dansefestene. Hva bilirubinet gjorde med hennes hjerneceller kan en jo bare ha en formening om. Men hva den gjorde med hennes selvbilde kan en bare fantasere om.



Tegning: Iben Sandemose

UTPOSTEN 1989; 18 (6)

Det var selvsagt også en historie om et barn som hun skulle ha, et barn som aldri kom, et barn som muligens var et fantasifoster, et barn som bare Petra visste noe mer om. Hennes egen barn- dom var ytre sett upåfallende. Men det er grunn til å tro at ungdomstiden var kritisk for Petra, og at tilværelsens kyniske spill disse årene ble bestem- mende for hele hennes voksenliv.

Nå var hun over sytti år og satt med sine tardive dyskinesier på et kott på seks kvadratmeter med panelovnen på fullt og en værelsestemperatur på over tretti grader (neida, hun hadde ikke hypothyreose, det hadde vi undersøkt gjentatte ganger). Hun nektet å bevege seg ut av rommet for annet enn helt nødvendige ærend. Om det var en protest mot fylkeskommunen eller angst for en annen beboer som alltid hadde andlet henne nedlatende, er det vanskelig å vite noe om. Sannsynligvis var det en syntese av begge deler. Hun var ellers kjent for utradisjonelle aksjonsformer. Under hennes lange karriere på lukket avdeling, post 4 D - urolige kvinner, krøp hun i lange perioder inn i dynetrekket. Der satt hun hele dagen, som en skadeskutt fugl som søker ly mot farene. Jeg mistenker henne også for å ha en dypere mening med denne atferden. For hun kunne la replikker falle om at når en var gal, så fikk en være gal, ja kanskje til og med litt mer gal enn betjeningen likte. Selv mislikte hun sterkt medpasienter som "føyde seg" bare for å oppnå særfordeler. Petra gjorde gjerne det motsatte.

Det var forresten ikke bare medpasien- ter hun mislikte. Hun mislikte også barn som hadde det uheldige ved seg at de hadde valgt feil foreldre, spesielt dersom disse foreldrene hadde såret Petra. Petra ga seg aldri ut for å være noen storsinnet engel, og var det heller ikke. Petra var sterk, men psykiatrien var sterkere. Alle var samstemte om at psykokirurgien - lobotomien - hadde virket spesielt godt på Petra - "hun ble som et lam etterpå". Senere ble det megadoser psykofarmaka og etterhvert depotinjeksjoner som styrte livet hennes. (Det som er det fine med de kjemiske lenkene er at de ikke risler for mye). For ei lita inntørka rosin på 40 kg skiftet den månedlige syklus fra par- kinsonisme og dyskinesier de første par ukene til anorexi og forgiftningsideer den siste uka før ny depotinjeksjon.

Jeg gledet meg alltid til visittene hos Petra. Jeg var der hver måned, og Petra visste når jeg pliktet å komme. Kom jeg ikke til avtalt tid, eventuelt uteble jeg på grunn av kurs, helligdager eller lignende, visste Petra å straffe meg for det. Da la hun seg ned og sa hun hadde vondt i magen, "akkurat som sist, da jeg holdt på å blø meg i hjel på grunn av magesår". Hun sa det så hardt og så lenge at legen/jeg så meg nødt til å legge henne inn. En grusom hevn mot en lege som setter sin ære i å unngå "unødige" innleggelse. Når jeg så tok farvel med henne i sykebilen så hun megetsigende på meg: "Du kom jo ikke på onsdag". Dagen etter var hun tilbake igjen fra sykehuset. Naturlig nok, fordi hun nektet enhver undersøkelse på sykehuset: "Hun hadde fast lege hjemme på sykestua. Han kunne gjøre det som var nødvendig".

Selve visitten hadde et bestemt rituale: Jeg banket alltid på døren til Petra, og ga henne rikelig tid til å svare. Men hun svarte aldri på min "liksom"- høflighet. Hun visste jo at jeg kom inn uansett, og hun var dessuten gjerrig med ordene. Gjerrig og treffsikker som en modernistisk poet. Jeg forsøkte å innlede en samtale, hun svarte adekvat når det passet henne, "goddag mann økseskaft" når det *ikke* passet henne. Til slutt reiste jeg meg, sa adjø og på gjensyn om en måned, da svarte hun aldri. Hun kunne nok aldri risikere å slippe folk inn på seg, derfor aldri et "kom inn". Og et hvert "farvel" var en mini-avvisning, en repetisjon av tidli- gere større avvisninger. (Her er det tilsynslegen som bedriver hobbypsykologi).

Petras rolle i livet ble, brutalt sagt, å være et plasseringsproblem. Hun var et uregelmessig verb i en grammatikk som tilstrebet en vellykket regel- messighet. Alle forsøkene på å norma- lisere henne, terapiserer henne, ble til medisinske rødblyanter som forsterket avviket. Til slutt ble hun innhentet av "utviklingen", den utviklingen som all- tid er tvetydig. Den åpne omsorgen, den ryddige sektoriserings, den per- fekte forvaltningen som avslørte at Petra igjen var på feil hylle. Hun "hørte ikke til" i denne kommunen, ingen ville betale regningen for hennes seks kvadratmeter og 1000 watt strøm hele døgnet. Derimot skulle hun få det

ideelle botilbudet i nabokommunens nybygde psykiatriske sykehjem. Bygget var flottere, rommet var større, og omgivelsene på alle måter vennlig- ere. Det var bare en hake ved det hele: Petra ville ikke flytte. Hun ville ikke på sykehjemmet. Og begrunnelsen var like original som den var overbevisende: Sykehjemmet hadde samme navn som etternavnet på en mann hun ikke likte.

Men det var en argumentasjon hjelpe- apparatet hadde liten forståelse for. Derfor tok Petra saken i egne hender. På blanke formiddagen, mens folk hygget seg ved middagsbordet, tok hun bena fatt. På nærmeste kai gjorde hun seg klar for avgang. Kåpe, skjerf og sko satte hun fint fra seg i ventehallen. Folk skulle ikke få inntrykk av at dette var et tilfeldig hendelig uhell på en til- feldig kai i Nord-Norge.

Her på kaikanten får vi et fortettet bilde på det som trolig var hennes livs dilemma: Skulle hun bevare sin integritet, måtte hun miste sitt liv. Skulle hun påvirke sin egen fremtid, kunne hun bare gjøre det ved å gi avkall på nettopp sin egen fremtid.

To unggutter dro henne opp etter bare et par minutter. Men da var hun alt død.

Kommunelege nn
(anonym i respekt for Petras ettermæle)

□

Legens ubehag ved tvangsinnleggelse



Ivar Aaraas er 44 år. Etter 4 års sykehustjeneste har han vært bydelslege i Tromsø i 6 år og kommunelege i Balsfjord i 6 år. Siden høsten 1988 amanuensis i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

Hvordan kan det lindres?

Som mangeårig praktiserende lege har jeg regelmessig følt at tvangsinnleggelse er personlig og faglig belastende, ofte ydmykende for pasienten og ødeleggende for senere tillit. Jeg har til gode å høre kolleger fortelle om tvangsinnleggelse som tilfredsstillende og meningsfylt medisinsk virksomhet. Jeg har heller aldri fått anerkjennelse eller takk fra pasienter i forbindelse med slik intervensjon.

Av Ivar Aaraas

Derimot har jeg fått mange pasientvitnesbyrd om hvor krenkende og nedverdiggende tvangsinnleggelsen virket, både under den motsetningsfylte, følelsesladete innleggelsesakten og senere, når vi kunne samtale i rolig ettertanke. I denne artikkelen vil jeg søke å belyse enkelte sider ved ubehaget knyttet til tvangsbruk i allmennpraksis, og antyde hvilken vei jeg kan se ut av uføret.

Riset bak speilet

Søkelyset rettes dermed mot de kompliserte psykiatriske kriser som utvikles når andre opplever sykelige psykiske trekk hos en person og tilkaller lege, mens vedkommende selv ikke ønsker legeinnblanding. En slik motvilje mot legehjelp kan lett tolkes som manglende innsikt og avvisning av en hver form for hjelp. Men behøver det å være tilfelle? Kan ikke blant annet det å bringe inn legen - "samfunnets autoriserte diagnosemaker" - virke blokkerende for valgmuligheter og løsninger som ikke innebærer tvang?

Allikevel, hvis slike kriser stadig tilspisses, påbyr vår tradisjonelle og lovregulerte praksis stort sett bare en eneste utvei: "Påkall primærlegen!" Enhver vet godt hvor utilpass en kan føle seg i en hjelperolle, straks en blir klar over at en er uønsket, uansett om situasjonen ellers virker enkel.

Situasjonen ved en truende tvangsinnleggelse er langt fra enkel, snarere full av skjulte motiver, kompliserte tanker, følelser og relasjoner som det er umulig å overskue der og da, om noen sinne.

Behovet for å forenkle, skjære igjennom er påtrengende, ikke minst for å redusere noe av situasjonens presserende ubehag, og å imøtekomme en dominerende forventning om å "gjøre noe". Som medisinerer tyr vi til det vi behersker, nemlig å bruke nervemedisiner og iverksette lokale sosialmedisinske støttetiltak (hvis det da lar seg gjøre), og forsøker ellers med det gode, med samtale, overtalelse og bønnfallelse inntil tiden og tålmodigheten sier stopp. Da gjenstår riset bak speilet: vår lovmessige rett og plikt til å vurdere tvangsinnleggelse.

Hvordan fremmes helbredelsesprosessen?

Selv om vi ved tvangsinnleggelse følger de juridiske spilleregler, bryter vi utvilsomt noen medisinske. Vi lar være å ta hensyn til den allmenngyldige erfaring at pasientens positive og aktive medvirkning påskynder helbredelsesprosessen. I tråd med dette heter det i Legeloven at en ved forsvarlig legevirksomhet skal se til at pasienten opplyses om sin helsetilstand og selv medvirker ved behandlingen - riktig nok med en reservasjon, "så langt råd er".

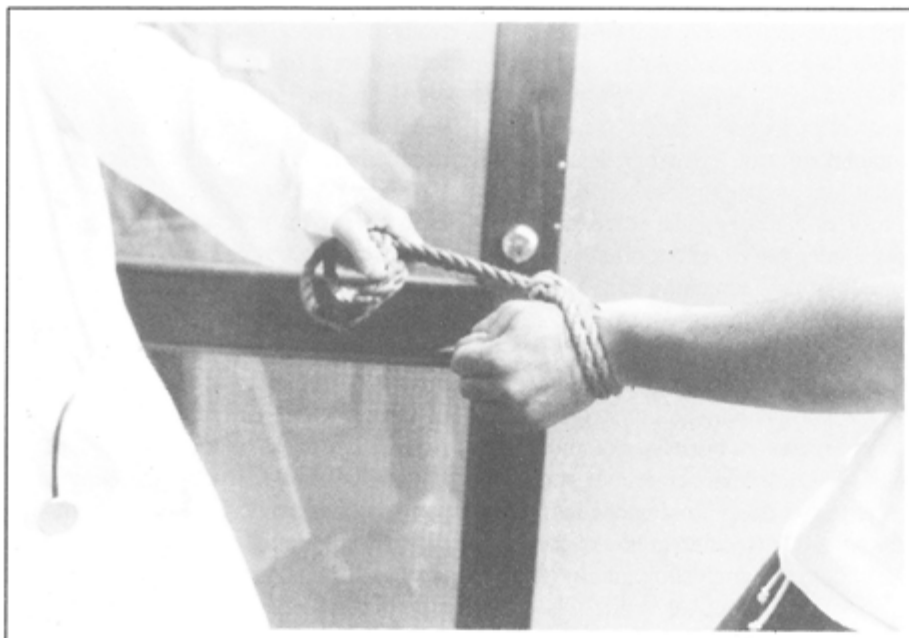


Foto: Kirsti Malterud

Orfor skulle tvang fremme en helberedelsesprosess hos alvorlig sinnslidende, når den ikke gjør det i alle andre behandlingssammenhenger? Det kan nesten virke som spørsmålet er irrelevant, i alle fall når en leser hvordan norske institusjonspsykiatere begrunnet sine beslutninger om tvungent psykisk helsevern, slik det framkommer i Høyers undersøkelse om tvungent psykisk helsevern i Norge (1).

De viste til behandlingsbehovet og sykdommens spesielle natur, men unnlot å overveie mulige ulemper ved tvangsbruken. Undersøkelsen synes å bekrefte en generell og implisitt enighet - også nedfelt i gjeldende lovverk - om at ulempene ved tvangsbruk er uventede og underordnet ved alvorlig sinnslidelse. Høyer stadfester at en slik slutning er basert på subjektivt faglig skjønn, og etterlyser forskningsmessig dokumentasjon for holdbarheten.

Helsetjenesteforskning om krisestrategier

Det er påfallende mangel på grunnleggende og systematisk kunnskap om hvordan de presserende og kompliserte henvendelsene ved psykiatriske kriser faktisk håndteres i primærhelsetjenesten. Kunnskapsmangelen kan ha sin rot i at psykiatrisk forskning lenge stod svakt, i hovedsak er institusjonsbasert og lite i stand til å studere psykiske lidelsers framtredelesformer i lokalmiljøet. Forskning i allmenne medisiner har først kommet i gang de aller siste år, og har foreløpig konsentrert

seg mest om somatiske helseforhold. Det samme kan stort sett sies om helsetjenesteforskningen. Det er også rimelig å anta at forskning og kunnskapsutvikling på dette felt er tilbakestående fordi situasjonene er så innfløkte og de naturvitenskapelig orienterte metoder, som er vanlige i medisinsk forskning, er uegnet til å belyse disse fenomenene. Vi må her erkjenne en allmenn kunnskapsbrist, en erkjennelse som i seg selv er ubehagelig, men som i særlig grad rammer primærlegene i feltet.

Større utenlandske studier av psykiatriske krisereaksjoner og tvangsinnleggelse er gjort av Adserballe i Danmark (2) og Bean i England (3). Lovverk og praksis i disse landene avviker imidlertid på forskjellige punkter fra norske forhold, slik at ingen av disse arbeidene kan avhjelpe den praktiserende lege i hennes/hans dilemma stilt overfor akutte psykiatriske tilstander her i landet. De 200 psykiatriske krisetilfellene, hvorav 58 tvangsinnleggelse, som Bean beskriver i sin studie, kan antakelig ligne tilsvarende situasjoner slik de oppstår utenfor psykiatriske sykehus i Norge. I England har imidlertid psykiaterne den oppgave allmennpraktikerne stort sett er pålagt i Norge: å vurdere pasienten utenfor sykehus og eventuelt gjennomføre selve tvangsinnleggelsen. Et fremtredende trekk i Beans studie var at spesialistene begrenset seg til å vurdere bare psykiatriske relevante fenomener knyttet til en person -

pasienten - mens de unnlot å ta stilling til problemer og konflikter i det sosiale spenningsfelt omkring.

En tilsvarende ideell "spesialist"-tilnærming er nok også norske allmennpraktikere stort sett opplært til å følge ut fra sin psykiatriske skoleing i medisinerstudiet. Tilnærmingen viser seg likevel langt fra ideell i møte med virkelighetens verden. Det faktum at tvangsinnleggelse stadig forekommer, burde i seg selv være et talende bevis for det. For den stabile allmennpraktiker - generalisten - som kjenner godt til familiære og sosiale forhold omkring psykiatriske krisetilfelle, er situasjonen likevel mer problematisk enn for spesialisten. Psykiateren kan avgrense seg til faktorer som er anerkjent relevante for spesialområdet. Allmennpraktikeren skal stort sett i år framover ha et forhold - mest mulig fritt for aggresjoner og ubehag - både til den kriserammede og familien. Hennes/hans mulighet til å avgrense sin tilgjengelighet overfor de impliserte parter er liten, for spesialisten er den langt større.

Andre slags løsningsalternativer?

Et spørsmål jeg stiller meg, er om ikke den retningsgivende løsningsmodell som dominerer i dag, kan være en samlefaktor som i seg selv utløser behov for unødige tvangsinnleggelse. Ved å fokusere så sterkt på individuelle medisinske aspekter, velger vi samtidig å se bort fra mulige løsningsalternativer på det interpersonelle og sosiale plan. Skal vi komme videre i forståelse og håndtering av psykiatriske krisereaksjoner, og med det lindre noe av legens og pasientens ubehag i truende tvangsinnleggelsessituasjoner, trenger vi systematiske studier av slike situasjoner slik de utvikler seg lokalt og pr. i dag takles i primærhelsetjenesten. Jeg har understreket ordet situasjon fordi jeg tror det er viktig at vårt perspektiv - både i forskning og praksis - utvides fra å gjelde individet til også å omfatte situasjonen, dvs. konteksten personen befinner seg i. La meg i neste avsnitt illustrere dette poeng med et eksempel.

Vakhavende lege tilkalles til politistasjonen i en mellomstor norsk by for å undersøke en yngre mann som



er innbragt. Mannen frantrer psykisk påfallende. Han har stått ved sjøkanten i flere timer, stirret utover vannet, kontaktløs og fjern. Noen har reagert, ringt til politiet. Nå er han foreløpig tatt i forvaring på politistasjonen, mens man avventer en medisinsk vurdering av tilfellet. Mannen er ukjent for legevaktslegen. Han viser seg å være ensom, isolert og gir uttrykk for merkelige tanker og synsforestillinger som oppfattes som psykotiske. Tvangsinnleggelsen blir gjennomført uten stor ytre dramatik. Senere kunne pasienten fortelle at opplevelsen omkring tvangsinnleggelsen hadde virket ydmykende og ubehagelig, selv om det neppe hersket tvil om at han var i behov av psykiatrisk hjelp.

Fra mine praksisår i en distriktskommune kjenner jeg en annen yngre mann, på mange måter svært lik ham som ble tvangsinnlagt via politistasjonen i byen. En dag stod han i fjæra og så utover havet i flere timer. Da jeg ble tilkalt til huset ved havkanten, som noen naboer hadde fått ham til å gå inn i, framviste han trekk som kunne passe temmelig godt med dem som legen på politistasjonen beskrev hos sin pasient. Min pasient, som jeg forøvrig hadde hatt kontakt med og kjente fra før, har aldri vært innlagt i psykiatrisk institusjon.

Begge disse to har tilstandsbilder forenlig med diagnosen schizofreni. Begge har vært i forbindelse med det psykiatriske hjelpeapparat. Den første langvarig og hyppig, den andre kortvarig og sporadisk. Jeg tror denne forskjellen på kontakt med psykiatrisk helsetjeneste kanskje i større grad sier noe om personenes ulike kontekster enn deres ulike personlige sykighetstrekk. Om min pasient fra landet reiste til byen og ga seg til å stå ved strandkanten, ble iaktatt og innbragt på politistasjonen, ville det forundre meg om ikke de fleste som leser dette kunne enes om at sjansene for en tvangsinnleggelse også for hans vedkommende raskt ville nærme seg 100%.

Sprengte åpne dører?

Hører jeg likevel antydninger om at jeg nå holder på å sprengte åpne dører? - Akkurat som ikke alle allmennpraktikere inderlig vel er klar over hvordan vanskelige sosiale forhold ofte dominerer situasjonen i forbindelse med

tvangsinnleggelse? Og er ikke slike forhold følger av sykdommen, mer enn årsaker til den? Uansett hva som er "høna" eller "egget" i denne sammenheng, tror jeg mange deler min oppfatning, anskueliggjort i eksemplet ovenfor, at når det gjelder selve tvangsinnleggelsen, er det oftere situasjonen som er umulig enn individuelle sykdomstrekk isolert sett.

Når ikke vårt kjennskap til problemene i det sosiale spenningsfelt omkring den psykotiske pasient hittil har kommet oss til synderlig hjelp, er det en urimelig slutning at disse problemene ikke betyr noe i den forstand at tiltak i forhold til dem er nytteløst og umulig. Jeg tror en viktig grunn til at vi ofte ikke får gjort annet enn å tvangsinnlegge, er at slike forhold faktisk er medisinsk nedvurdert, og dermed sosialt og politisk underprioritert. Sosiale og relasjonelle problemer står enda nederst på dagsorden, i høyden under punktet eventuelt i praktisk legegjerning. Når det gjelder systematisk forskning og utvikling innen det medisinske fagfelt, har det helhetsperspektiv jeg snakker om foreløpig ingen gjennomslagskraft.

Lokale beredskapsgrupper

For å antyde et forslag, kunne jeg tenke meg et forsøk med lokale beredskapsgrupper for psykiatrisk førstehjelp i primærhelsetjenesten. Et slikt apparat kunne samarbeide med krise-team fra annenlinjetjenesten med oppgave å gi veiledning, og om nødvendig rykke ut. Min hypotese er at en slik organisering, der visse ressurser til å endre kontekstuelle forhold måtte være en selvfølge, kom til å redusere og forebygge overdramatiserte og uhen-siktsmessige tvangsinnleggelse. Hvis min antakelse holder stikk, ville tiltaket være av særlig betydning for å forebygge førstegangsinleggelse og hindre utvikling av "svingdørspasienter", slike som i dag tvangsinnlegges og skrives ut i en ond, lite målrettet sirkelgang.

Helhetsperspektiv

Mangelen på helhetsperspektiv er også slående i lovverket, såvel i den nåværende Lov om psykisk helsevern, som i utkastet til ny lov (4). I innstillingen til ny lov beskjefter man seg hovedsakelig med pasientens situasjon etter

tvangsinngrepet. Om noe kan gjøres på forhånd for å lindre ubehaget ved tvangsbruken, eventuelt å forhindre det ved å analysere og intervensere i kontekstuelle forhold er knapt berørt, og slett ikke konkret vurdert. Dette avspeiler ikke bare manglende faktisk kunnskap på området, men sier også noe om manglende interesse for å framskaffe slik kunnskap. Erfaringer fra samtaler med mange tvangsinnlagte viser at institusjonsregimet i seg selv ikke oppleves så ille, når først tvungent psykisk helsevern er etablert. Derimot framkaller selve innleggelsesprosessen en gjennomgripende følelse av umyndiggjøring og rettsløshet hos dem som utsettes for tvangsbruken, og det er nettopp denne følelsen det er vanskeligst å komme over (5).

Før lovmakerne har dette større perspektiv for øyet, er jeg sterkt i tvil om vi har nytte av noen ny lov om psykisk helsevern. Om et slikt perspektiv skal komme i fokus avhenger blant annet av meldinger fra "hjelperne" som er involvert i innleggelsesdramaet - primærlegene. En interesse hos allmennpraktikere for systematisk å evaluere og beskrive hvilke forutsetninger man mener må oppfylles for å unngå tvangsbruk, ser jeg som et første skritt på veien mot en kunnskapsutvidelse, som kan lindre noe av ubehaget knyttet til tvangsinnleggelses-situasjoner. Sosial og politisk vekkelse fulgt av nødvendig handling kan forhåpentligvis oppstå i kjølvannet av en slik interesse.

Om denne artikkelen oppfattes som et bidrag til å vise, eventuelt vekke, en slik allmennmedisinsk særinteresse for å utvide vårt perspektiv og erverve ny kunnskap, er jeg fornøyd.

Litteratur:

1. Høyer G. Tvungent psykisk helsevern i Norge. ISM skriftserie, Universitetet i Tromsø 1986.
2. Adserballe H. Frihetsberøvelser og tvang i psykiatrien Bind I og II. FADLs forlag. København-Århus-Odense 1977.
3. Bean P. Compulsory admissions to mental hospitals John Wiley & sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto 1980
4. NOU 1988: 8. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke
5. Høyer G. Personlig meddelelse, Tromsø 1988

Amanuensis Ivar Aaraas
 Institutt for samfunnsmedisin
 Universitetet i Tromsø
 9000 Tromsø

Varning

När jag blir gumma ska jag
klä mig i purpur
och hatt i rött
som inte matchar
och inte klär mej.
Och jag ska använda
folkpensionen till brännvin
och genombrutna handskar
och sandaler av satäng
och säga att vi inte
har råd med smör.
Jag ska sätta mej på gatan
när jag är trött
och provsmaka i affärer
och tilkalla brandkåren
och dra med käppen
efter staketet
och ta igen för att
jag var nykter som ung.
Jag ska gå ut i regn
i tofflor
och plocka blommor
i andras trädgårdar
och lära mej spotta.
Man kan klä sig i rysliga
blusar och bli fetare
och eta två kilo korv
på en gång
eller bara bröd och pickles
en hel vecka
och samla blyerts-
och bläckpennor
och ölbrickor
och grejor i askar.

Men nu måste vi gå klädda
för att hålla oss torra
och betala hyran
och inte svära på gatan
och föregå barn
med gott exempel.
Vi måste bjuda vänner
på middag
och läsa tidningar.
Men kanske jag borde
öva mej redan nu
så att folk som känner mej
inte blir alltför bestörta och förvånade
när jag plötsligt blir gammal
och börjar klä mig i purpur.

Av Jenny Joseph
(översatt til svensk av Nils Afzelius)



Tegning: Iben Sandemose

Farlige dager sett innenfra

NN er primærlege med mange slags erfaringer fra norsk utkant, og skulle ønske det var mulig å la anonymiteten falle her. Men det er realitetsbrist å tro at vi er kommet så langt at man straffet kan erklære sin galskap offentlig under fullt navn, og fortsatt bli tatt alvorlig. NN foretrekker å bli tatt alvorlig - og vil samtidig dele noen av sine erfaringer.

(Redaksjonen har derfor i strid med gjeldende praksis valgt å respektere at denne artikkelen ikke kan signeres.)

- og litt om god og dårlig hjelp

Av NN

Det er forskjellige dager

Noen dager er varme - selv om det er midt på vinteren - fordi varmen kommer innenfra, og betyr trygghet og nærhet. Denne varmen kan ikke måles med termometer og avleses som tall. En varm dag kan være spennende, fredelig eller utfordrende. Det kommer an på hvem jeg er, hvem jeg er sammen med, og hva som foregår. Jeg kjenner meg levende, og har glede av samværet med andre og meg selv.

Noen dager er nøytrale. Det betyr at alt går greit, og det virker egentlig helt alminnelig. Men egentlig er det slik at det står helt stille på slike dager. Avstanden til meg selv og andre øker, og selv om kanskje ingen legger merke til det, er jeg ikke helt tilstede. Glir unna så forsiktig at alt kan se ut som det er helt alminnelig. Svarer ungene når de spør om hvor sykkelpumpa er. Det er bare jeg som vet at jeg egentlig er så langt unna at det ikke er helt alminnelig likevel.....

Noen dager er svarte. Jeg øyner ikke en eneste utvei selv om jeg leter desperat, alt virker stengt og uendelig umulig, og det eneste logiske er å gi opp. Orker ikke mere - det nytter ikke allikevel. Uoverkommelighetens overmakt kommer så nærme at problemet ikke er hvorvidt jeg er tilstede, men at jeg er meg.

Det finnes helt alminnelige dager også, som det ikke er noe ekstra med i det hele tatt.

Kanskje du kjenner disse dagene. Biter av dem, ihvertfall? (Du behøver ikke regne deg som gal for det...)

Andre slags dager

Jeg vil skrive om noen andre slags dager som jeg er nesten sikker på at du ikke kjenner. Kanskje du tror du kjenner dem fordi du har møtt noen som har vært der. Kanskje du har gitt Trilafon eller ordnet med paragraf-innleggelse for noen som har hatt det slik.

Da har du sett det utenfra. Jeg vil prøve å fortelle litt innenfra - for det er helt annerledes.

(Og derfor kan det være nyttig for deg å vite noe om hvordan det kjennes, hvis du skal prøve å møte noen som er der.)

Det dreier seg om dager som er farlige. Farlige for den som er i dem - antakelig ikke farlige for andre. Det er derfor du ikke vet eller helt kan forstå det som er farlig. For meg er det ingen tvil om Farligheten, når den er der, fordi den er så gjennomtrengende og hele tiden bekrefter seg på utallige måter.

Jeg er fortapt overfor Farligheten, fordi jeg møter den når jeg har meldt meg ut av menneskeheten og har mistet det fotfestet som kan motvirke det farlige. Jeg er ikke lenger sammen med andre eller meg selv - jeg er et annet sted. Ikke godt å si hvor det er. Der er det bare Terror og Katastrofer som bestemmer hva som skal skje. Det er Meldinger som forteller hva som blir mitt ansvar. Det er Risiko for å gjøre fatale valg, men umulig å vite hvordan det skal gå an å velge riktig. Det er strenge Regler, som styres av Kosmiske Krefter, som til syvende og sist avgjør om det kommer til å ende med Utslettelse.

Det er bare meg som kjenner den dramatiske rekkevidden av disse betegnelse. Men jeg kan fortelle hva det gjør med meg, når det er slik:

Varning

När jag blir gumma ska jag
klä mig i purpur
och hatt i rött
som inte matchar
och inte klär mej.
Och jag ska använda
folkpensionen till brännvin
och genombrutna handskar
och sandaler av satäng
och säga att vi inte
har råd med smör.
Jag ska sätta mej på gatan
när jag är trött
och provsmaka i affärer
och tilkalla brandkåren
och dra med käppen
efter staketet
och ta igen för att
jag var nykter som ung.
Jag ska gå ut i regn
i tofflor
och plocka blommor
i andras trädgårdar
och lära mej spotta.
Man kan klä sig i rysluga
blusar och bli fetare
och eta två kilo korv
på en gång
eller bara bröd och pickles
en hel vecka
och samla blyerts-
och bläckpennor
och ölbrickor
och grejor i askar.

Men nu måste vi gå klädda
för att hålla oss torra
och betala hyran
och inte svära på gatan
och föregå barn
med gott exempel.
Vi måste bjuda vänner
på middag
och läsa tidningar.
Men kanske jag borde
öva mej redan nu
så att folk som känner mej
inte blir alltför bestörta och förvånade
när jag plötsligt blir gammal
och börjar klä mig i purpur.

Av Jenny Joseph
(översatt til svensk av Nils Atzelius)



Tegning: Iben Sandemose

Farlige dager sett innenfra

NN er primærlege med mange slags erfaringer fra norsk utkant, og skulle ønske det var mulig å la anonymiteten falle her. Men det er realitetsbrist å tro at vi er kommet så langt at man straffet kan erklære sin galskap offentlig under fullt navn, og fortsatt bli tatt alvorlig. NN foretrekker å bli tatt alvorlig - og vil samtidig dele noen av sine erfaringer.

(Redaksjonen har derfor i strid med gjeldende praksis valgt å respektere at denne artikkelen ikke kan signeres.)

- og litt om god og dårlig hjelp

Av NN

Det er forskjellige dager

Noen dager er varme - selv om det er midt på vinteren - fordi varmen kommer innenfra, og betyr trygghet og nærhet. Denne varmen kan ikke måles med termometer og avleses som tall. En varm dag kan være spennende, fredelig eller utfordrende. Det kommer an på hvem jeg er, hvem jeg er sammen med, og hva som foregår. Jeg kjenner meg levende, og har glede av samværet med andre og meg selv.

Noen dager er nøytrale. Det betyr at alt går greitt, og det virker egentlig helt alminnelig. Men egentlig er det slik at det står helt stille på slike dager. Avstanden til meg selv og andre øker, og selv om kanskje ingen legger merke til det, er jeg ikke helt tilstede. Glir unna så forsiktig at alt kan se ut som det er helt alminnelig. Svarer ungene når de spør om hvor sykkelpumpa er. Det er bare jeg som vet at jeg egentlig er så langt unna at det ikke er helt alminnelig likevel.....

Noen dager er svarte. Jeg øyner ikke en eneste utvei selv om jeg leter desperat, alt virker stengt og uendelig umulig, og det eneste logiske er å gi opp. Orker ikke mere - det nytter ikke allikevel. Uoverkommelighetens overmakt kommer så nærme at problemet ikke er hvorvidt jeg er tilstede, men at jeg er meg.

Det finnes helt alminnelige dager også, som det ikke er noe ekstra med i det hele tatt.

Kanskje du kjenner disse dagene.
Biter av dem, ihvertfall?
(Du behøver ikke regne deg som gal for det...)

Andre slags dager

Jeg vil skrive om noen andre slags dager som jeg er nesten sikker på at du ikke kjenner. Kanskje du tror du kjenner dem fordi du har møtt noen som har vært der. Kanskje du har gitt Trilafon eller ordnet med paragraf-innleggelse for noen som har hatt det slik.

Da har du sett det utenfra. Jeg vil prøve å fortelle litt innenfra - for det er helt annerledes.

(Og derfor kan det være nyttig for deg å vite noe om hvordan det kjennes, hvis du skal prøve å møte noen som er der.)

Det dreier seg om dager som er farlige. Farlige for den som er i dem - antakelig ikke farlige for andre. Det er derfor du ikke vet eller helt kan forstå det som er farlig. For meg er det ingen tvil om Farligheten, når den er der, fordi den er så gjennomtrengende og hele tiden bekrefter seg på utallige måter.

Jeg er fortapt overfor Farligheten, fordi jeg møter den når jeg har meldt meg ut av menneskeheten og har mistet det fastfeste som kan motvirke det farlige. Jeg er ikke lenger sammen med andre eller meg selv - jeg er et annet sted. Ikke godt å si hvor det er. Der er det bare Terror og Katastrofer som bestemmer hva som skal skje. Det er Meldinger som forteller hva som blir mitt ansvar. Det er Risiko for å gjøre fatale valg, men umulig å vite hvordan det skal gå an å velge riktig. Det er strenge Regler, som styres av Kosmiske Krefter, som til syvende og sist avgjør om det kommer til å ende med Utslettelse.

Det er bare meg som kjenner den dramatiske rekkevidden av disse betegnelse. Men jeg kan fortelle hva det gjør med meg, når det er slik:



Foto: Kirsti Malterud

På farlige dager blir jeg utslitt av å passe på hele tiden, særlig fordi det jeg skimter signaler som kan tyde på at jeg ikke passer godt nok på. Likevel kan jeg ikke hvile eller sove, fordi det kan bety at jeg blir helt borte. Av og til må jeg finne ut om jeg fortsatt er tilstede, men det er ikke lett å vite hvordan.

Men fortsatt kan jeg til forveksling oppføre meg som om alt er i orden. Hvis du synes det høres ubegripelig ut, må jeg minne deg om at det nettopp er forbindelsen mellom meg selv og de andre som det er noe i veien med på slike dager. Dermed sørger jeg for at ikke en millimeter av følelsene sniker seg ut og røper meg.

(Nå tenker du kanskje at det bare kjennes slik - han lurer seg selv. Men andre har fortalt meg at det stemmer.)

Stillferdig galskap

Det er bare noen få som vet litt om hvordan jeg av og til har det. Derfor er jeg nok ikke typisk for De Gale, fordi jeg også lever et etablert og upåfallende liv. Jeg tror dette gir meg en spesiell anledning til å formidle erfaringer, slik jeg prøver å gjøre her.

Jeg er heldig, fordi min galskap er stillferdig og ikke har ødelagt mitt sosiale liv. Men jeg vet hvor vanskelig det kunne bli for meg om folk fikk vite. Jeg går ikke naken ut på gata og forkynner at tigerstripete stråler tar oss

alle. Selv om jeg har vært innlagt i psykiatriske institusjoner, har jeg unnluppet de ydmykende paragrafene som virkelig forteller at den det gjelder, er uten innflytelse over eget liv.

I mitt liv er det mange andre dager enn de Farlige. Jeg er heldig fordi jeg også har mange gode forankringspunkter til virkeligheten og meg selv. Derfor går det an å forstå noe av det som hender, og det går an å se at galskapen tross alt har sin mening.

Først og fremst er jeg heldig fordi jeg har folk omkring meg som bryr seg om hvordan jeg har det. Jeg har nære venner og familie, som aldri blir helt borte - selv når jeg melder meg ut av deres verden. Ved middagsbordet kan jeg kjenne det Farlige snike seg innpå meg bakfra. Men da kan av og til ungene smile til meg på en slik måte at det blir umulig å forsvinne helt allikevel.

God hjelp - trygg tilstedeværelse

Hva er godt: Jo at noen - som ikke blir redde av å vite hvordan jeg har det - kan gjøre seg så trygge overfor meg at jeg ikke behøver bære alt helt alene på de Farlige dagene. Hvis jeg kan få låne et trygt forankringspunkt fra en som tåler å dele min smerte med meg, er det mye bedre for meg enn å fjerne smerten. For smerten er sann, den også. Og den er en del av meg og min historie.

Dette betyr ikke at vennene mine skal være terapeuter. Og for meg betyr det slett ikke at kolleger og halvfremmede folk skal være så nær. Det betyr at den hjelpen jeg ønsker meg når jeg trenger hjelp, skal være slik. Tilstedeværelse som signaliserer respekt for meg og mitt, uten å gå inn i det slik jeg gjør på slike dager.

Behandling skal være tilstedeværelse - og noe mer i tillegg. Men psykoterapi er klassedelt. Tilgjengelighet og finansiering gir svære fordelingsforskjeller knyttet til geografi og økonomi. Mange tror ikke på psykoterapi mot galskap, og klinisk kontrollerte studier viser trossom behandlingseffekt. (Hvordan går det an å gjøre klinisk kontrollerte forsøk med slikt??) For meg er ett viktig fotfeste til virkeligheten min trang til å forstå livet mitt og å leve livet mitt. Å finne forbindelseslin-



jer og forstå meningsinnholdet er for meg er en forutsetning for å kunne ta tilbake alle de følelsene som er forsvunnet underveis i årenes løp.

Følelser kan forsvinne fort for den som melder seg ut av fellesskapet og slipper å forholde seg til andre. Min erfaring er at det går an å late som ingenting ganske lenge. Men problemene melder seg når tankene også begynner å forsvinne. Prøv å forestille deg hvordan det ville være hvis du mistet tankene dine. Hvem ville du være da?

Jeg har en modig og tålmodig terapeut som tåler å være reisefølge på den lange og strevsomme ferden som skal knytte sammen nåtid, fortid og framtid for meg. Ting tar tid. Det som et langt liv har gjort innviklet, er det ikke bare å pakke ut og ordne opp i. Møtet med de glemte følelsene er dramatisk og alvorlig. Av og til angrer jeg: Det hadde kanskje vært enklere å bare bli helt gal. (Jeg tror kanskje det går an å gjøre et slikt valg hvis det er nødvendig.) Men så lenge jeg kjenner meg underveis, er det bryet verdt for meg å utforske min egen historie. Meningen i livet mitt, slik det er blitt for akkurat meg. Mine muligheter til å finne bedre mening framover, uten å miste det som er spesielt ved akkurat meg.

Dårlig hjelp - kontroll og styring

Jeg har det ikke godt med tiltak som tildekker Farligheten, selv om det kan være velment fra den som skal hjelpe meg. For meg er det dårlig hjelp, fordi det er med på å gjøre meg og mitt enda mer uvirkelig og usynlig, og jeg kjenner at jeg bare forsvinner mer ved å stenge alle følelser inne og alle mennesker ute. Det Farlige kjennes bare enda farligere med tiltak som øker min egen avstand til verden og meg selv.

Selv om jeg er skeptisk til nevroleptika, er jeg ingen fanatiker. Mange kan ha god nytte av slike medikamenter. Selv har jeg en sjelden gang funnet noe hvile og pause i pillene. Men for meg er nevroleptika kjemiske ulltepper som kveler oppfatningsevnen og som gjør kroppen min fremmed for meg. Jeg kjenner ikke igjen meg selv. En slik følelse kan på Farlige dager bli en bekrefteelse på min egen uhyggelige fornemmelse: at flere enn jeg oppfatter

situasjonen som farlig. Det er sjelden at jeg finner hvile i at "symptomene" forsvinner - når det som gjenstår, er et tomt vakuum. Jeg må lure på hvor jeg selv er blitt av. Og jeg blir redd. Jeg blir redd for at noen skal sørge for at jeg forsvinner. Og jeg klarer ikke stole på dem som skulle hjelpe meg, fordi jeg får følelsen av at det som er spesielt for meg - min opplevelse av de farlige signalene - er noe som bør fjernes. Det er ikke det at jeg ønsker å ha det slik. Men den måten å ikke ha det slik, kan være enda verre.

Du som er lege må aldri bagatellisere bivirkninger av nevroleptika. Stivheten i kroppen - armene og beina fulle av maur som kribler - svimmelheten - må lete etter ordene og tankene. Prøv å ta Nozinan eller Haldol en helg du ikke skulle ha gjort noe annet viktig. (Det er nemlig ikke sant at bivirkningene alltid forsvinner jo mer psykotisk en er - så unnskyldningen om at det allikevel ikke blir realistisk for deg, gjelder ikke!)

Ta mine forbehold med to klyper salt: det er mange som har fått et nytt liv fordi nevroleptika kan kontrollere og styre følelser som ellers ville gått helt overstyr. Jeg prøver bare å formidle min helt subjektive erfaring om at det ikke er gitt at lykken ligger der for alle. Det må legen huske.

De og vi - - ?

Jeg vil ikke idyllisere galskap - Erkjennelelsens porter, som var så moderne på 1960-tallet. Galskap er bare faenskap, mer er det egentlig ikke å si om det. (Nå har jeg riktignok ingen erfaring med å være manisk.) Jeg ville ikke unne min verste fiende å ha det slik. Likevel synes jeg galskapen har lært meg mye, som også kan gi meg muligheter til å forstå hvordan andre har det. Ikke bare de som vi kaller Gale. Det er nyttig å vite - aller innerst inne - at livet ikke er like strømlinjeformet for alle, og at folk er forskjellige. Jeg tror at farger har mening.

Slik jeg har det, kan jeg ikke unngå å se det relative i galskapen. Jeg hører ofte folk snakke slik om psykoser at jeg skjønner at talemåtene skal understreke at galskapen aldri noen sinne har rammet eller vil komme til å

ramme ham eller henne. Som om det finnes to slags mennesker; de og vi. Da er det trygt å kjenne seg på rett side. (Du hører forresten ofte folk snakke på samme måten om kriminelle, - eller om HIV-positive - og da hører du kanskje enda tydeligere at en slik todeling tjener til å fortelle andre at du er av dem som er på rett side). Trygt plassert blant de normale.

Jeg tror ikke det er fullt så enkelt. Selv kjenner jeg meg mer gal av og til, og jeg tror ikke jeg er født til en skjebne med evig periodegalskap. Erfaringer fra mitt eget liv forteller meg om det relative i galskapen - både hvorfor og hvordan det kjennes for meg, og hvordan andre oppfatter det.

Dette synet innebærer at også du kan bli gal under gitte omstendigheter - eller at noen vil kunne definere deg som gal hvis du bryter for sterkt med det som er vanlig. Smak litt på det - prøv å kjenne etter hva du tror det ville gjøre med akkurat deg?

Diagnoser

Kanskje dette relative får deg til å tenke "Han er jo ikke skikkelig psykotisk - da kunne han ikke skrevet dette". Realitetsbrist og mangel på innsikt som et diagnostisk kriterium har jeg også lest om, og trøstet meg med iblant.

Jeg er ikke lenger så opptatt av å finne ut hva DSM-III ville kalle meg. Jeg ser at det ikke vil gjøre mitt liv spesielt mye bedre å ha et autorisert DSM-III-navn på det jeg selv opplever som galskap. Definisjoner og diagnoser har jeg liten nytte av, og jeg kunne til og med risikere å få en diagnose som ville føre til at min verdighet blir svekket.

Derimot betyr det mye at den som skal hjelpe meg, forstår hvordan jeg har det og hvorfor det har blitt slik. Det er ikke sikkert DSM-III kan fortelle om det.

Framover

Hvordan skal det gå med meg? Det tenkte jeg ofte for mange år siden. Jeg var opptatt av å finne ut om min galskap var schizofreni, og om den kom til å gjøre meg til kroniker. Særlig har jeg tenkt den tanken når det har vært så tungt å slåss mot Farligheten, at det kunne vært fristende å helt gi opp den

virkeligheten som Farligheten måler seg mot.

Tilværelsen som kroniker i psykiatrien eller som utbrent hjemmeboende i utkanten er ikke fristende for noen som har muligheter til å velge. Selvmord er ingen løsning for den som mest av alt ønsker seg å leve et levende liv sammen med barn og voksne.

Så langt det overhodet er opp til meg, kommer jeg til å fortsette å lete etter de følelsene som kan fortelle meg at mitt liv er et levende liv i stadig bevegelse, og at jeg er meg - slik jeg er.

□



NORLAB
= svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten

- Klinisk kjemi • Hematologi
- Medikamenter • Hormoner

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.

Prøver mottatt om morgenen analyseres og besvares samme dag.

Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.

I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

NORLAB Tlf.: (02) 55 28 00 Inkognitogaten 16,
Postboks 7126 Homansbyen, 0307 Oslo 3

Kurs ved Universitetet i Oslo

Farmakoterapi i allmennpraksis

27 - 29 november 1989

Kurset er først og fremst beregnet på allmennpraktiserende leger, men er også åpent for andre med interesse for farmakoterapi. Kurset er godkjent av Den Norske Lægeforening med 25 timer i relasjon til spesialistreglene i allmennmedisin og til legers rett til å bruke Allmennpraktiker Dnlf.

■ **Målet for kurset er å**

- gi økt innsikt i generelle prinsipper for medikamentell terapi
- gi større innsikt i vurderingen av legemidlers effekt hos den enkelte pasient
- gi økt innsikt i egen forskrivningspraksis, inkludert legemiddeløkonomi
- gjøre allmennpraktikeren bedre rustet til å vurdere legemiddelinformasjon/legemiddelforskning
- gi økt kunnskap om en del dagsaktuelle terapeutiske problemer
- gi større innsikt i myndkghetenes kontrollpolitikk

■ **Program**, se annonse i TDNLF, september 1989

■ **Kurssted**: Soria Moria

■ **Kursavgift**: kr 900,-

■ **Deltakerantall**: Maksimum 60

■ **Kurskomité**: Lege Trine Bjørner Dybwad, Bogstadveien legegruppe (kursleder), førsteamanuensis Marit Andrew, Institutt for farmakoterapi, kommunelege Halvard Eskeland, Dombås, avdelingsleder Hans Asbjørn Holm, Pedagogisk avd., DNLF, professor Per Knut M. Lunde, Institutt for farmakoterapi, førsteamanuensis Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin.

■ **Påmelding**: Skriftlig eller telefonisk innen 15. oktober 1989 til Marit Andrew, Institutt for farmakoterapi, postboks 1065 Blindern, 0310 Oslo 3, tlf. 02 456050 eller 456056.
(Men er fristen over, og du har lyst likevel - så ring!)

De psykotiske tilstandene



Sidsel Gilbert er 43 år gammel og psykiater, har 3 barn. Har arbeidet 10 år med psykosebehandling, mest på avd. Kastanjenbakken, Gaustad. Hun er nå deltids avdelingsoverlege ved Psykiatrisk poliklinikk, Gravdal sykehus, og synes at verden ser annerledes ut utenfor Oslo - utenfor de store institusjonene der!

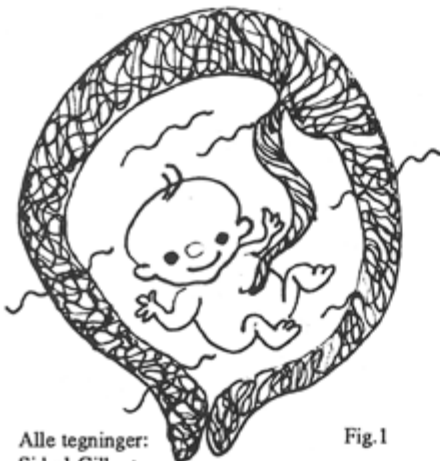


Fig.1

Alle tegninger:
Sidsel Gilbert



Fig.2

Et utviklingsperspektiv

Utviklingsmessige forhold påvirker evnen til å tåle psykisk smerte, som igjen er grunnlaget for stabil psykisk helse. Hva i utviklingen er av betydning for å bygge ut evnen til å tåle opplevelser, følelser, tanker og innsikter også når de kjennes ubehagelige, angstvekkende eller så uønskede at de truer med å endevende vår oppfatning av verden eller av oss selv? Og hvilke konsekvenser får det for behandlingsarbeid at vi legger så stor vekt på denne siden av de psykotiske tilstandene?

Av Sidsel Gilbert

Det er mange måter å snakke om psykotiske tilstander på. Her vil jeg se på psykosene som løsningsforsøk når vanskene blir for store. De psykotiske tilstandene representerer menneskelige ekstrem-tilstander. Både karakteren av de indre erfaringene og de sosiale konsekvensene som møter psykotiske mennesker kan være vanskelig å forestille seg. Når en skal nærme seg disse tilstandene for å prøve å forstå, er derfor faren der for enten å holde for stor avstand, eller for blind alminneliggjøring.

Denne forståelsesmåten innebærer ikke at det er like "bra" å være psykotisk som ikke å være det. I stedet kan vi si at alle mennesker har en psykotisk del i sin personlighet, som er helt uforsonlig stemt overfor erkjennelsen av psykisk realitet. Det er denne delens "dominans" i psyken som avgjør om en person vil komme til å utvikle et åpent psykotisk sammenbrudd, og deretter om den psykotiske tilstanden vil vike tilbake eller utvikle seg til en kronisk tilstand med fare for psykosen som varig livsløsning.

En framstilling av psykologisk vekst

De perinatale hendelsene - og også de som foregår før selve fødselen - er av

stor betydning for spedbarnets forhold til livsprosessene (fig.1). Om dette vet vi foreløpig altfor lite.

Menneskebarnet fødes med svært liten evne til overlevelse ved egen hjelp (fig. 2). Dette gjelder både fysisk og psykisk overlevelse. Fødselen representerer derfor en utdriving til fysisk og psykisk ubeskyttethet, der barnet i lang tid er avhengig av omsorgspersonenes evne til innlevelse og omsorg.

Spedbarnet har opplevelser i sitt møte med verden som kan gi opphav til psykisk smerte (fig. 3). Opplevelser av mangel, tap, skuffelse i forhold til omsorgspersonen, opplevelse av egen aggresjon, misunnelse, sjalusi, håp, avhengighetsfølelse, ambivalens, sorg - er eksempler på erfaringer med andre og med seg selv, som vil kunne kjennes utholdelig smertefulle.



Fig.3

Å møte en slik psykisk smerte er en uunngåelig del av det å leve som menneske. Å klare å oppleve det og fordøye det, bearbeide det mentalt, er en forutsetning for psykologisk vekst. Vi må tåle å oppleve også det vi ikke ønsker dersom vi skal kunne lære av de erfaringer vi har, og vokse med dem.



Fig. 4

Spedbarnet og det lille barnet trenger derfor å "låne" omsorgspersonenes evne til å medoppleve og forstå det det språkløse barnet meddeler (fig. 4). Moren må være helt innstilt på den nyfødte i en god periode etter fødselen, slik at hun får anledning til å bli ordentlig kjent med det nye barnet. Bare på den måten kan hun bli fortrolig med hva som uroer og hva som roer barnet, og med å bruke sin egen indre verden av følelser, tanker og mening til å forstå barnet. Tåler hun selv å gjennomleve sitt eget liv, vil hun også kunne oppfatte hva barnet opplever, og gi det den ettertenksomme omsorgen det trenger. Dette gjør en "vanlig hengen mor" (Winnicott) av seg selv, og denne medopplevende oppmerksomheten bidrar til at spedbarnets smerte lindres.

Spedbarnet får en fornemmelse av at det "er noen der" som sikrer at det ikke har det for vondt for lenge - og etter hvert at ubehag og lindring veksler på en forutsigbar og utholdelig måte. Da kan "psykisk smerte" bli en stimulering til å utvikle fantasi, drøm, språk, lek, for å mestre den. Klarer ikke foreldre og barn å utvikle et slikt samspill, kan barnet overveldes av angst eller ubehag. Barnet kan da oppleve at det bokstavelig talt går i stykker, og det vil begynne å ta i bruk metoder for helt å unngå å oppleve ubehag - noe som kan bli spiren til psykotisk forsvar mot å oppleve.

Hvordan møtes psykisk smerter?

Det er to grunnleggende måter å møte psykisk smerte på (fig. 5). Den ene måten er mer umoden og kalles *paranoid-schizoid posisjon* i vår modell. Den andre er mer moden og gir vekstmuligheter ved at den innebærer at psykisk smerte oppleves og bearbeides. Den kalles *depressiv posisjon*. Den paranoid-schizoide posisjon dominerer psyken ut i annet halvår av første leveår, for så å avløses av den depressive posisjon i normalutviklingen. Livet igjennom vil vi alle pendle mellom disse to måtene å forholde oss på. Dominerer den paranoid-schizoide holdningen også ved relativt små frustrasjoner, kan vi si at personen har en stor psykotisk del.



Fig. 5

Paranoid-schizoid posisjon

Den paranoid-schizoide posisjonen kjennetegnes ved at psykisk innhold (følelser, tanker, deler av selvet) spaltes av og støtes ut og plasseres et annet sted. Det avspaltede og projiserte innholdet vil oppleves som om det skriver seg fra en annen eller noe annet enn en selv. En slik måte å kvitte seg med det en ikke klarer å oppleve, fører til *paranoid angst*, en angst for at det som er spaltet av, rammer en utenfra som en forfølgelse.

Med et slikt forhold til psykisk smerte vil også godt og vondt oppleves som helt *forskjellige og uforenlige* sider ved tilværelsen. For spedbarnet betyr det at den gode moren og det gode lille selvet til spedbarnet nærmest er noen andre enn den frustrerende moren og det frustrerte hatefulle selvet.

Denne svarthvitt-holdningen med sin projeksjon av ubehaget har sin nødvendige funksjon helt tidlig. Den hjelper barnet til å "redde" de gode erfaringene gjennom at de oppleves som helt adskilt fra de negative erfaringene. Sorteringen av erfaringer i to opplevelsesytterpunkter, godt og vondt, blir også en tidlig organisering av psyken, som er nødvendig.

Depressiv posisjon

Fra rundt 1/2 års alder forstår barnet at det er den samme moren som trøster og tilfredsstiller, som også skuffer og frustrerer. Grunnen legges for å tåle at godt og vondt er to uunngåelige sider ved hele tilværelsen. Dette innebærer et stort sprang i realitetsorientering, og det forutsetter at barnet har hatt en overvekt av gode erfaringer tidligere. Bare da kan de vonde erfaringene integreres i helheten, uten at det fører til at de gode erfaringene med moren ødelegges i fantasien.

Den depressive posisjonen innebærer en erkjennelse av at ingen ting er bare godt eller bare vondt, men også av at en selv er hjelpeløs og avhengig. Det endimensjonale fantaserte paradiset går tapt, og det sørger vi alle over livet igjennom. Den depressive posisjon åpner for en *motstridende og sammensatt*, men meningsfull verden. Den åpner også opp for virkelig omsorg for den andre, og for det vi kaller *depressiv angst*. Depressiv angst er angst for at de vonde følelsene skal ødelegge den en er glad i og avhengig av - og fører også med seg at en gjør mye for å reparere, gjøre godt igjen.

Den depressive posisjon betyr altså at en som helt liten, eller kanskje først senere i livet, klarer å stille seg åpen for opplevelse og innsikt også når det er nytt og skremmende. Den indre tryggheten som gjør dette mulig, bygges etter hvert ut med utviklingen av symboliseringsevne og eget språk, med kontakterfaringer og leke- og arbeidsevne.



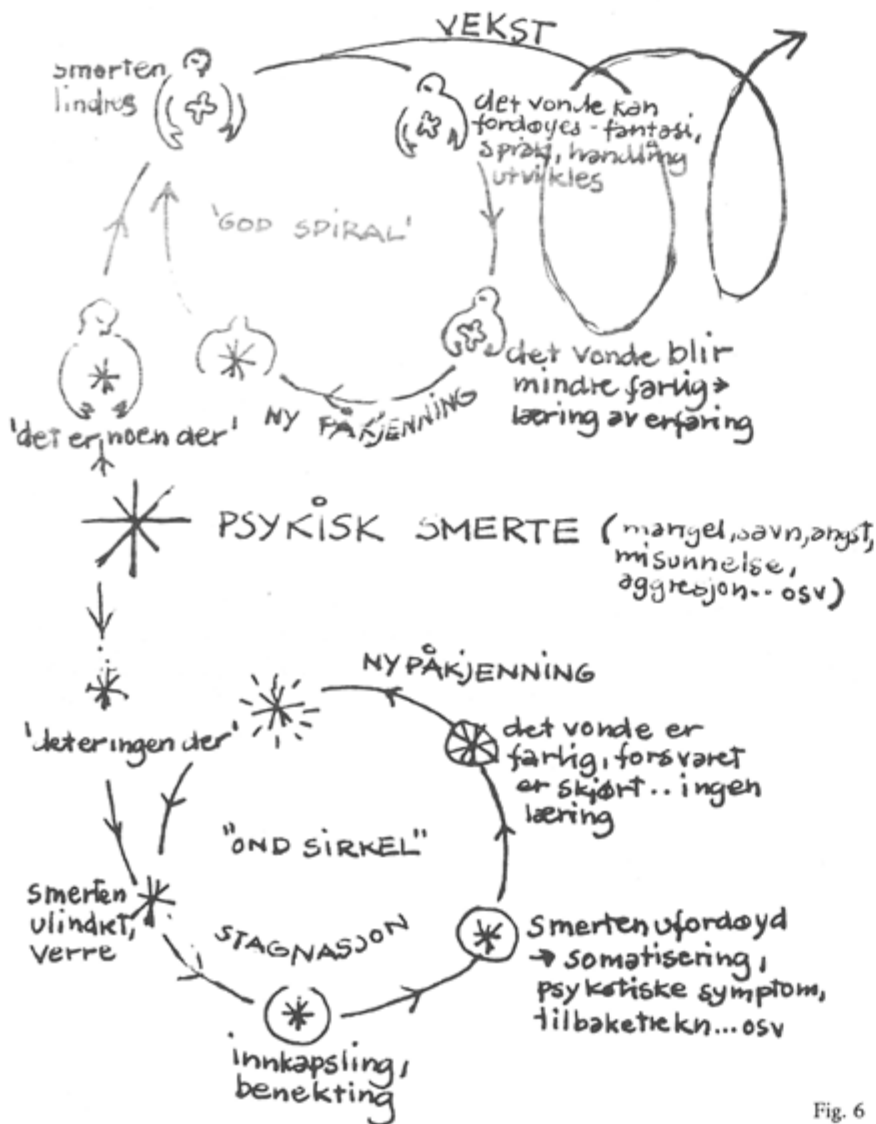


Fig. 6

For mye psykisk smerte

Disse to holdningene lever side om side i oss. Når vi blir psykotiske, er det som om psyken oversvømmes av følelses- og erkjennelsesbrokker som ikke får mening og ikke kan fordøyes eller forstås, fordi det innebærer mer psykisk smerte enn vi kan klare akkurat da. Den depressive posisjonen viker plassen for den paranoid-schizoide i forsøket på å kvitte seg med alt som gir smerte. Hallusinasjoner, vrangforestillinger, benektning av realiteter kan forstås som slike forsøk på å spalte av og plassere smerten utenfor psyken.

Moren og faren gir livsnødvendig hjelp til barnet mens det utvikler sin indre verden i samspillet med verden omkring seg. Denne hjelpen tjener til å forstå og dermed lindre psykisk ubehag

som barnet ennå ikke selv er i stand til å håndtere. Moren er tilgjengelig for barnets projeksjoner, kjenner etter hva barnet får henne til å føle og tenke om det som foregår i barnet, før hun handler på en omtensom måte overfor barnet. Denne kommunikasjonen uten verbalt språk kaller vi *projektiv identifikasjon*. Hos spedbarnet innebærer det en nødvendig vei fram mot andre kommunikasjonsmåter. Hos voksne, og hos psykotiske, er det uttrykk for at modnere og mer språklige måter å kommunisere på ikke er tilgjengelige for personen. Også i kontakten med svært psykotiske voksne kan det gi forståelse og muligheter for å handle konstruktivt dersom en ser betydningen av stemninger, følelser og tanker en selv får når en er sammen med den som er

psykotisk. I behandlingsarbeidet med psykotiske mennesker må en stille seg mentalt tilgjengelig på samme måte som foreldre må, om en vil forstå og dermed kunne si eller gjøre noe som er til hjelp.

Samspillet mellom indre og ytre verden kan utvikle seg skjevt, slik at kontakten med foreldrene ikke fører til den indre tryggheten som gir mulighet for virkelig psykologisk vekst (fig. 6). Den psykotiske delen skapes i et samspill, på samme måte som den kontakt- og vekstorienterte delen av personligheten.

En stor psykotisk del kan utvikle seg når barnets tidligste tid er blitt preget av mye angst som ikke er blitt lindret. Barnet kan ha tålt lite uten å klare å meddele det. Mor og far kan ha vært for absorbert i egne problemer. Barnet kan ha blitt utsatt for en adskillelse som har vært for langvarig. Fysisk sykdom kan ha ført til for mye angst eller fysisk smerte. Mange forhold i tidlig barnealder og i senere oppvekstår kan føre til at et bestemt barn ikke utvikler evnen til å møte psykisk smerte, og dermed må prøve å unngå å oppleve det.

En stor psykotisk del innebærer at personen bruker mye krefter på å unngå å oppleve. Ved opplevelser og tanker om sammenhenger og forhold til en selv og andre oppstår det lett en følelse av panikk eller av at en fragmenteres eller overveldes. Dette kan dette føre til en vond sirkel der personligheten snevres inn (fig. 6) fordi det blir så viktig å beskytte seg mot slik angstvekkende overveldelse. Slik *innsnevring* kan utvikle seg både hos åpent psykotiske og hos mennesker som kanskje ikke blir åpent psykotiske. Den vonde sirkelen kan løses opp dersom barnet opplever å ta i mot forståelse og støtte av betydningsfulle voksne fram mot voksenalder, eller møter behandlingstilbud over tid av en bestemt kvalitet.

Ansatsen til psykisk helse eller skjørhet legges tidlig i barnets utvikling. Senere vekstfaser er også viktige (fig. 7), og kan føre til at utviklingen kommer bedre i gjenge, eller at det blir større problemer.



Fig. 7

Viktige vekstfaser

Symboliseringsevne/språkutvikling begynner tidlig og forutsetter et godt fotfeste i kontakten med mor og far, dersom barnet skal utvikle et språk som kan brukes på en personlig måte: til å tenke omkring sine følelser og erfaringer, og til å uttrykke seg oppriktig til andre. Hos psykotiske mennesker oppleves språket ofte bare som ord, ting, ikke som noe som bærer mening og kan gi trøst.

Atskillelse/individuering er en prosess som skyter fart fra ca 6 mndr.s alder og fram til vel 3 års alderen. I denne fasen blir grunnlaget for intim tilknytning til utvalgte andre lagt, noe som bare er mulig ved at det også utbygges en trygghet på egen autonomi. Barnet endler mellom å prøve seg i verden, og å være liten og avhengig.

Ødipalfasen kommer i 3-4 års alderen. Barnet blir klar over at mor og far, og også andre voksne har noe sammen som er godt for dem, og som barnet er utenfor og ikke kan forstå ennå. Barnet må klare å gi avkall på ønsket om å være helt som mor eller far, og det må akseptere at det ikke kan forstå voksenverdenen og den voksne seksualiteten. Foreldrene må skjerme barnet fra deltakelse i voksenverdenen, og unngå å bruke barnets ønsker om å være som en voksen til å involvere barnet f.eks. i spill mellom foreldrene. Da kan kjønns- og generasjonsforskjellene aksepteres av barnet. For svært psykotiske mennesker er ofte disse skillene helt utydelige.

Latensfasen er en fredelig "ventetid" fra ca. 5-11 år. Livet blant jevnaldrende er viktig, - utfoldelse, lek, læring, fantasiliv likeså. Problemer fra de tidligere fasene kan føre til at barnets utfoldelse i denne perioden blir svært innskrenket.

Puberteten er en vanskelig omveltningstid der tidligere erfaringer får stor betydning. Forvandlingen til voksen, kjønnsmoden, og etter hvert selvberget person med fullt ansvar for eget liv er problematisk for alle. Konflikte og forsoning og løsriving i forhold til far og mor er viktig. Erfaringer med godartede gjenger av jevnaldrende er viktig. Mange av de som er schizofrene har hatt sitt første åpne sammenbrudd før tjuårsalderen.

Ung voksenalder er en tid der evnen til intim kontakt med utvalgte andre utprøves og utvikles. Evnen til genital hengivelse er en del av dette. Evnen til å arbeide på sin måte, og til å kunne ta i mot barn selv skal vokse fram. De fleste av oss strever med disse prosjektene livet igjennom. For den som bærer med seg en sterk tvil om livet blant andre er meningsfullt og godt, vil de virke uoverstigelig vanskelige. Mange psykotiske mennesker har en sterk tvil på om de kan eller vil leve et voksenalder - eller de har tatt helt avstand fra det, ved å trekke seg tilbake til en helt skjermet tilværelse uten slike utfordringer.

Sen voksenalder gjør det tydelig for oss at vi er den vi er, og ikke den vi ønsket å være. Vi må godta ansvaret for at livet ble som det ble, godta egne og andres begrensninger - samtidig som gleden over livet forhåpentligvis blir dypere. Fødsel, barnløshet, uoppfylte drømmer om egen utfoldelse, samliv, partnerløshet, tap av nære mennesker, egne nervøse problemer - vi må se det i øynene og integrere det i vår opplevelse av oss selv og livet vårt. Mange har psykotiske sammenbrudd i forbindelse med livskriser som rokker ved selvbylde eller livsmål. Psykosen kan for noen gi et blick inn i en del av en selv som en ikke kjente til. Selv om det kan kjennes svært skremmende, kan en slik psykose bidra til at en heles som person - særlig om en opplever å få hjelp. Slike påkjenningsløste psykoser kan også føre til ytterligere forskansning i

forhold til mennesker og utfoldelse. Det avgjørende er om personen har en levende kontakt- og følelsesinteressert del i seg, og om det er forståelsesfulle nære andre og et meningsfullt behandlingstilbud for ham eller henne.

Alderdom er en vanskelig tid i vår kultur, fordi de fleste mister tegnene på at de har en viktig plass i fellesskapet. Samtidig nærmer døden seg, og med det erkjennelsen av at mangt vil forbli ugjort, og at mye en ville ønske annerledes har blitt gjort. Depressivt pregede psykoser, men også andre psykoser kan melde seg for første gang.

Hvordan kan evnen til å tåle psykisk smerte økes?

De aller tidligste erfaringer har fått stor betydning i denne modellen for utvikling av psykisk helse. Det som skjer eller ikke skjer i disse første årene kan ikke bare gjøres godt igjen ved reparasjonsforsøk i voksenalder. Men nesten uansett alvor i de psykiske problemene, ser det likevel ut til at det livet gjennom kan skje gode ting som øker evnen til å møte psykisk smerte. Disse gode tingene vil alltid skje i et samspill med interesserte andre og egen utfoldelse.

Behandlingsarbeid med psykotiske mennesker må foregå i et klima der nettopp det *fellesmenneskelige* i livsvanskene er en selvfølge. Samtidig må en som behandler øve seg i å lytte til den som er psykotisk ganske på samme måte som spedbarnsforeldrene lytter, for å kunne være til hjelp. Evnen til å tåle å leve blant andre kan bare vokse fram - den kan ikke tvinges fram eller trenes inn.

De som har en ekte respekt for den som er psykotisk som et helt fullverdig menneske, og som samtidig prøver å forstå meningen med pasientens meddelelser vil ha en god mulighet for å se hva han/hun kan hjelpe pasienten med. Alt som bekrefter at den som er psykotisk har sin plass i fellesskapet blant andre, kan øke tilliten til at det er mening i å kommunisere og søke trøst. Det psykiatriske behandlingstilbudet vil derfor bare kunne være en del av den hjelpen psykotiske mennesker trenger.





Tre livshistorier

Elise

er i midten av tjuårene og har vært i psykiatrisk sykehus de siste åtte årene - i en liten avdeling for yngre langtidspsykotiske der hun føler seg trygg. Foreldrene ble skilt da hun var ganske liten, hun vokste opp hos moren sammen med to søsken. I ettertid viser det seg at Elise hadde svær angst og psykotiske symptomer fra hun var ganske liten, og at hun i utpreget grad hadde mistillit til andre. Hun tidde om en begynnende hørselshallusinnose i et år, før hun hadde sitt første paranoid psykotiske sammenbrudd i slutten av tenårene, og ble tvangsinnlagt i en svær panikk med suicidalforsøk.

Hun har forsøkt, men ikke klart å skrive seg ut etterpå flere ganger. Hun er panisk redd for å være alene, og blir raskt meget psykotisk i utrygge situasjoner, og kan da bli farlig for seg selv og andre, slik at hun ofte må skjermes i lengre perioder.

Selvom Elise er schizofren, med en tendens til paranoid fortolkning av det som hender henne, med store problemer med grenser, og lett kjenner det som om følelser gjør henne mer psykotisk, så har hun en klar oppfatning om at det bare er kontakt med andre, samspill og selvrepresentasjon som kan gjøre henne frisk.

Hun vet hun er syk, og hun ønsker med en stor del av seg å bli frisk. Hun samarbeider om sin medikasjon, og er med i familierapi og individualterapi så langt hun klarer. I avdelingen der hun er, er hun gradvis blitt mer levende og initiativ. Men den psykotiske "skjermen" (Bion) er der hele tiden ... av redsel for å miste kontrollen hvis hun er alene.

Vera

er i midten av førtiårene, har diagnosen residual schizofreni, har vært ut og inn av psykiatrisk sykehus fra hun var tjue til hun var trettifem - men har klart seg i trygdeleilighet på tvungent ettervern og med tvangsvedtak om medisiner de siste åtte årene. Hun lever i en nisjetilværelse; stiller seg selv, men omgås ingen andre enn sin familie, og har ingen ønsker om kontakt med behandlere eller andre hjelpere.

Vera vokste opp i en stor søskenflokk under fattige kår - men det er ikke kommet fram noe spesielt vanskelig ved oppveksten. Det er heller ikke gjort noe familiebehandlingsarbeid eller individualterapeutisk arbeid med Elise, men hun har vært behandlet av utallige leger i og utenfor sykehus.

Det er mange år siden hun ville snakke med noen behandlere utover å sende en strøm av forbannelser over dem. Den medikamentelle tvangsbehandlingen tar sikte på å forhindre psykotisk dekomponering og dermed at hun forkommer. Ingen vet ordentlig hvilke ønsker hun måtte ha for framtida.

Per

er nesten tretti. Han hadde et svært psykotisk sammenbrudd for tre år siden, preget av panikk, forfølgelsesangst i forhold til visse bekjente og kortvarig hørselshallusinnose der han mente å få beskjed om å ta sitt eget liv og var innlagt i tre måneder, sykmeldt nesten et år, men nå i gang med fortsatt yrkesutdanning. Han går i psykoterapi, og har flyttet hjemmefra, for første gang, etter utskrivningen.

Per var eneste barn, hadde omsorgsfulle, men vel noe overinvolverte foreldre. Han husker mye angst og sjenanse i oppveksten. Hadde ingen egentlig bestevenn, satset på å være skoleflink. Endel grublet han nok i tenårene, men falt ikke ut av skolearbeidet. Krevende yrkesutdanning mens han fortsatte å bo hjemme, uten å ha noen skikkelig løsrivningsprosess i forhold til foreldrene. Da faren fikk hjerteinfarkt, samtidig som han selv ble avvist i sitt første framstøt mot en kvinne, ble han søvnløs og grublende, etterhvert engstelig og paranoid, og ble tvangsinnlagt.

Han har kommet seg meget godt, han går ukentlig i samtalebehandling som han mener hjelper ham til å få tak i hvordan han opplever ting, og samtidig hjelper ham i hverdagens mange valg og krav. Han har brukt peroral antipsykotisk medikasjon i nedtrappende doser. Et par ganger har han vært nærpsykotisk etter utskrivningen, men har ridd det av i samarbeid med terapeuter og ved bruk av noe mer medisin. Han sier selv han føler seg sikrere og gladere enn på mange år, og at han har mer glede av samvær med andre.



Hva er avgjørende?

Disse tre svært forskjellige livsløpene og behandlingsforløpene skal belyse noe av det utviklingsmodellen påstår. Det at noen blir psykotiske, og det at noen kommer seg svært godt gjennom en alvorlig psykose, kan altså ikke forklares utifra et forenklet syn på bakgrunn eller sykdomsbilde i første omgang. Jeg vil tro at alle disse tre menneskenes første åpne psykose virket like alvorlig og med like usikker prognose. Både Elise og Vera har søsken som lever vanlige liv uten store psykiske problem, og som altså har klart påkjennningene i barndomshjemmene bedre enn dem.

For å forstå hver enkelt, og dermed få et utgangspunkt for å hjelpe dem å gå inn i en bedringsprosess - kreves det ikke banalt og like ubetinget for Elise, Vera og Per, som for deg og meg - at noen tar på seg å bli kjent med, stiller seg til disposisjon mentalt - og er villig til å investere helst flere års interessert følgesvenninnsett. Oppmerksomheten, ettertanken, tålmodigheten og livsgleden psykotiske mennesker trenger fra sine behandlere, har mye til felles med holdningen til småbarnsforeldre.

Elise var heldig og møtte behandlere med en slik innstilling, ellers kunne nok hennes skjebne blitt ganske lik Veras. Behandlernes interesserte samarbeid om og med Elise har hjulpet dem å se hva som skremmer Elise mest i kontakten med andre, hva som sannsynligvis har vært gode og hva som har vært ekstremt frustrerende erfaringer i hennes oppvekst, hva som har vært hennes ressurser og hva som er det i dag. Utifra dette gjør de henne til en del av et menneskelig fellesskap omkring avdelingen, der også mor og far tar del. Og da skjermer henne og utfordrer henne, med et stadig våkent øye for det som måtte komme fram av våknende autonomi og uttrykksevne. Slike behandlingsmuligheter finnes i dag - men de er altfor små og få. Det er likevel økende forståelse for at de svære lidelsene som schizofreniene innebærer, krever en ekstra kvalifisert innsats når det gjelder psykologisk og annen behandling.

Vera har fått "vanlig" institusjonsbehandling. Hennes familie har sikkert ikke deltatt i behandlingen i sykehuset. I sykehuset har hun vel blitt skjermet

og medisinerert når hun har vært urolig, for så gradvis å bli trent opp til å mestre daglige gjøremål. Dette har hun klart bedre enn Elise, og hun har fått muligheten for å klare seg utenfor sykehus. I første omgang i korte perioder, etterat det ble startet tvangsbehandling, i lengre perioder. Men etter alle solemerker er livet hennes blant andre mennesker svært ensomt, sannsynligvis unngår hun alt som kan bli personlig eller direkte - og sannsynligvis er hennes eneste måte å møte psykiske påkjenninger på enten å isolere seg, sannsynligvis med økte paranoide vrangforestillinger, eller å gå istykker i u håndterlig angst. Behandlingen har effektivisert den ytre kontrollen, mens det ikke er trolig at den indre evnen til å "fordøye" frustrasjoner er styrket, slik den nok er hos Elise, selvom hennes psykotiske del i utgangspunktet hadde større innflytelse i personligheten.

Per har sannsynligvis så gode ressurser i kontaktevne og i evne og vilje til å se og ta alvorlig det han opplever, at han ikke risikerer en kronifisering som de andre. Han har vist at han kan bli meget psykotisk når hans livsgrunnlag settes på spill, men han har også vist at han raskt vet å nyttiggjøre seg samtaletilbud fordi han har mye tillit til at det er hjelp å hente i samtale og meddelelse. Sannsynligvis har Per en annen tilgang til å kunne benevne for seg selv og andre hva han føler og mener, og har dermed en helt annen direkte tilgang til behandling som foregår i språket, enn de andre har.

Hva kan allmennpraktikeren bidra med?

Mens jeg har skrevet dette har jeg sett for meg allmennpraktikere jeg har hatt kontakt med, som har et eller annet behandlingsansvar i forhold til folk jeg har behandlet fordi de er eller har vært psykotiske. Allmennpraktikere gjør viktig kontaktarbeid i forhold til mange psykotiske mennesker, i tillegg til at de står for svært mange innleggelseser. De fleste av disse kollegene har - kanskje på samme måten som en vanlig forelder - hatt en helt umiddelbar heldig innstilling til våre felles pasienter. En nennsom respektfullhet, sans for å ta hensyn til pasientens toleranse for kontakt, empati med pårørendes sorg eller angst, og nesten

alltid interesse for det som måtte være av psykologiske påkjenninger for pasienten. Kanskje vil det i framtida også finnes spesielt interesserte allmennpraktikere som vil lære seg de essensielle arbeidsmåtene i støttepsykoterapi for psykotiske mennesker med endel ressurser.

Det er ennå meget langt igjen til det gjengse behandlingstilbudet psykotiske mennesker får, er slike behandlere ville ønsket for seg selv, om det hadde vært de som var syke... Likevel er det en klar utvikling i gang både i og utenfor institusjonene.

Imens er det godt å vite at en enkelt allmennpraktikers tålmodige arbeid med en enkelt psykotisk pasient i sitt distrikt, kan bety noe helt avgjørende for om denne pasientens kontaktønsker og håp om et liv blant andre overlever.

Noen bøker om utvikling og/eller psykoser:

- Klein M. Kärlek, skuld och gottgörelse. Natur och kultur, 1988.
- Mahler MS et al. The psychological birth of the human infant. USA: Hutchinson & Co, 1975.
- Erikson EH. Barndommen og samfunnet.
- Grimberg et al: An introduction to Bion. London: Clunie Press, 1975.
- Sandin B. Den zebrarandiga pudelkämnen. Rabén och Sjögren, 1986.
- Haugsgjerd S. Miljøterapi og psykoterapi ved psykoser.
- Jonsson E. Tokfursten. Rabén och Sjögren, 1986.

Avdelingsoverlege Sidsel Gilbert
Psykiatrisk poliklinikk
Gravdal sykehus
8372 Gravdal

□

Hva kan vi gjøre for "kronikerne" i kommunehelsetjenesten?



Sturla Gjesdal er født i 1952, cand.med. (Bergen) 1982. Fra 1984 kommunelege i Osterøy, (nabokommune til Bergen, Norges største "innlandsøy" med 7000 innbyggere). Fra 1987 kommunelege i helsevesen i kommunen. Hjelpelærer ved Inst. for allmennmedisin i Bergen. Allmennpraktikerstipend til prosjektet "Medisinsk utføringstiltak for psykiatriske langtidspasienter i kommunehelsetjenesten".

Det blir hevdet at hvordan et samfunn tar seg av sine kronisk syke, er den viktigste gradmåleren på hvor sivilisert samfunnet er. Det kommer altså ikke an på hvor avanserte behandlingsmetoder en rår over til behandling av akutte, dramatiske sykdomstilfeller.

Av Sturla Gjesdal

Offisiell helsepolitikk i dag (f.eks. WHO's "helse for alle i år 2000" og "Lønningutvalgets" innstilling om prioriteringer i norsk helsevesen), går inn for å prioritere de kronisk syke høyere. Dette gjelder særlig de svake, både grupper og enkeltpasienter, de som ikke selv klarer å hevde seg i kampen om ressurser og oppmerksomhet. Søkelyset er særlig satt på omsorgen for mennesker med funksjonshemming pga psykisk sykdom eller psykisk utv.hemming.

Kommunehelsetjenestens oppgaver

Som kjent har kommunehelsetjenesten fire hovedoppgaver:

1. forebyggende arbeid
2. diagnose/behandling (kurativt arbeid)
3. medisinsk attføring (tiltak for funksjonshemmede/kronisk syke)
4. pleie/omsorg

Medisinsk attføring kalles ofte "den glemte hovedoppgaven".

Ensidig fokusering på tilbakeføring

Vi hører i dag mye snakk om "tilbakeføring". Særlig gjelder dette HVPU-reformen. Det snakkes om "astronomiske" økonomiske overføringer i samband med at mennesker med psykisk utviklingshemming skal flytte tilbake til sine hjemkommuner. En liknende fokusering har i lengre tid foregått når det gjelder langtidspasienter i psykiatriske institusjoner, og deres framtid. En får inntrykk av at rehabilitering = tilbakeføring. Det snakkes lite om de

"kronikerne" som alt befinner seg ute i kommunene. Denne gruppen belaster i dag i liten grad noe offentlig budsjett. Det er mennesker som lever en skjult tilværelse, ofte med hjelp av pårørende, og ofte under vilkår som får institusjonspasientene til å virke "overpriviligerte" i forhold. For oss som arbeider i kommunehelsetjenesten er det viktig å få denne gruppen fram i lyset, og å få en ressursoverføring også til dem.

Rehabiliteringsforskningen i dag = tilbakeføringsforskning?

Det foregår en del forskning vedrørende rehabilitering av pasienter med kroniske lidelser i psykiatrien. Men naturlig nok dreier dette seg om rehabiliteringsarbeid i institusjonene for å få pasientene utskrevet og "tilbakeført". Dette er selvsagt vel og bra. Men igjen ser vi at forskning vedrørende tiltak for de hjemmeboende, tiltak for å forbedre deres livssituasjon, er mindre påaktet (jfr. NIS-rapport nr. 4/88, "Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter"). Igjen er det vel vi som arbeider i kommunehelsetjenesten som må ta oppgaven, hvis noen skal forske for de "hjemmeboende".

Kronikerne i psykiatrien - hvem er de?

En registrering pr. 01.11.84 kartla samtlige pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner i Norge - i alt 10.794 pasienter. Dette utgjorde 0,36% av befolkningen over 19 år. Av de hospitaliserte var 13% demente p.g.a. Alzheimers sykdom. Av de øvrige var 54% diagnostisert som

schizofreni, mens 6% led av organiske psykoser, 7% av affektive psykoser og 12% av "andre psykoser". (11% av de hospitaliserte hadde diagnosen nevrose og 2,5% "karakteravvik".)

Det er m.a.o. pasienter med diagnosen *schizofreni* som utgjør "kjernegruppen" blant de alvorlig psykisk syke. Antagelig lever der mer enn 10.000 mennesker i Norge med denne diagnosen, hvorav halvparten altså befinner seg på institusjon. I en kommune med 4000 innbyggere skulle det altså statistisk sett dreie seg om en gruppe på ca 10 pasienter, hvorav ca 5 skal være hjemmeboende.

Schizofreni - diagnose eller livsskjebne?

De fleste av våre "kronikere" har en eller annen gang i sin sykdomskarriere lått diagnosen "schizofreni". (Gamle epikriser og journalsammendrag er interessant og tankevekkende lesning). Det er ingen hemmelighet at det i dag er mye uenighet om hvor holdbar denne diagnosen er i mange tilfeller. Mange spør seg om denne diagnosen i virkeligheten mer er en merkelapp på en gruppe mennesker med en felles livsskjebne, preget av kronifisering og sosial isolasjon. En spør seg om den invalidiseringen som vi ser hos disse pasientene mer er et resultat av feilbehandling enn et uttrykk for en bestemt sykdoms (schizofreniens) "naturlige forløp".

Hvordan forstår vi de negative symptomene hos de schizofrene?

Hos de schizofrene skiller vi som kjent mellom "*positive*" (psykotiske) symptomer som f.eks. hallusinasjoner, sterk angst og psykomotorisk uro. Disse symptomene behandler vi med nevroleptica, og det er ofte nødvendig med sykehusinnleggelse hvis symptomene er sterke. I den kroniske fase dominerer imidlertid det vi kaller "*negative*" symptomer: Manglende aktivitet, regresjon, sosial tilbaketrekning. Dette blir sett på som en del av sykdommen og dens forløp. Samtidig vil dette i stor grad være et uttrykk for sekundære tilleggshandicaps pga negative forventninger fra pasienten selv, omgivelsene og behandlingsapparatet. De økonomiske og sosiale forhold er som oftest også dårlig. Bivirkninger av medikamentene vil også forverre situasjonen. Det vil være vanskelig å avgjøre hva som skyldes sykdommen selv og hva som er iatrogene faktorer, eller resultat av sviktende behandlings- og omsorgstilbud.

Kan vi forandre kronikernes manglende motivasjonsevne?

Kjernen i de "negative symptomene" er en motivasjonssvikt. Pasienten mister interesse og motivasjon for å delta i

sosialt liv, og ofte for å forbedre sin livssituasjon i det hele. Selve motiveringsarbeidet er derfor av enkelte fremholdt som hovedsaken i rehabiliteringstiltakene for denne pasientgruppen. Forsøk med ulike belønningssystemer, betalingsordninger m.v. har ikke fungert særlig godt. Ifølge enkelte forfattere er det eneste som hjelper et godt personlig forhold mellom pasient og behandler, (Jfr. KOPF-prinsippet!). Et godt lege/pasientforhold er også viktig for å få compliance i den medikamentelle behandlingen, for å forhindre og eventuelt takle akutte psykotiske episoder hos disse pasientene.

Kartlegging av disse pasientene og deres behov

Per Måseide, ("Lokalsamfunnspsykiatri I-III), forsøkte å registrere de psykiatriske pasientene som kom i kontakt med det "formelle hjelpeapparat" i en viss tidsperiode i 3 ulike kommuner. De ulike instansene, (sosialkontor, allmennlege, heimesjukepleie og psyk. poliklinikk), hadde ikke den samme definisjon av begrepet "*psykiatrisk pasient*". Måseide nevner følgende mulige kriterier for å bli inkludert i denne undersøkelsen:

- ha en psykiatrisk hoveddiagnose
- invalidisert pga psykiske problem
- registrert ved psyk. poliklinikk
- uføretrygdet pga psykisk problem

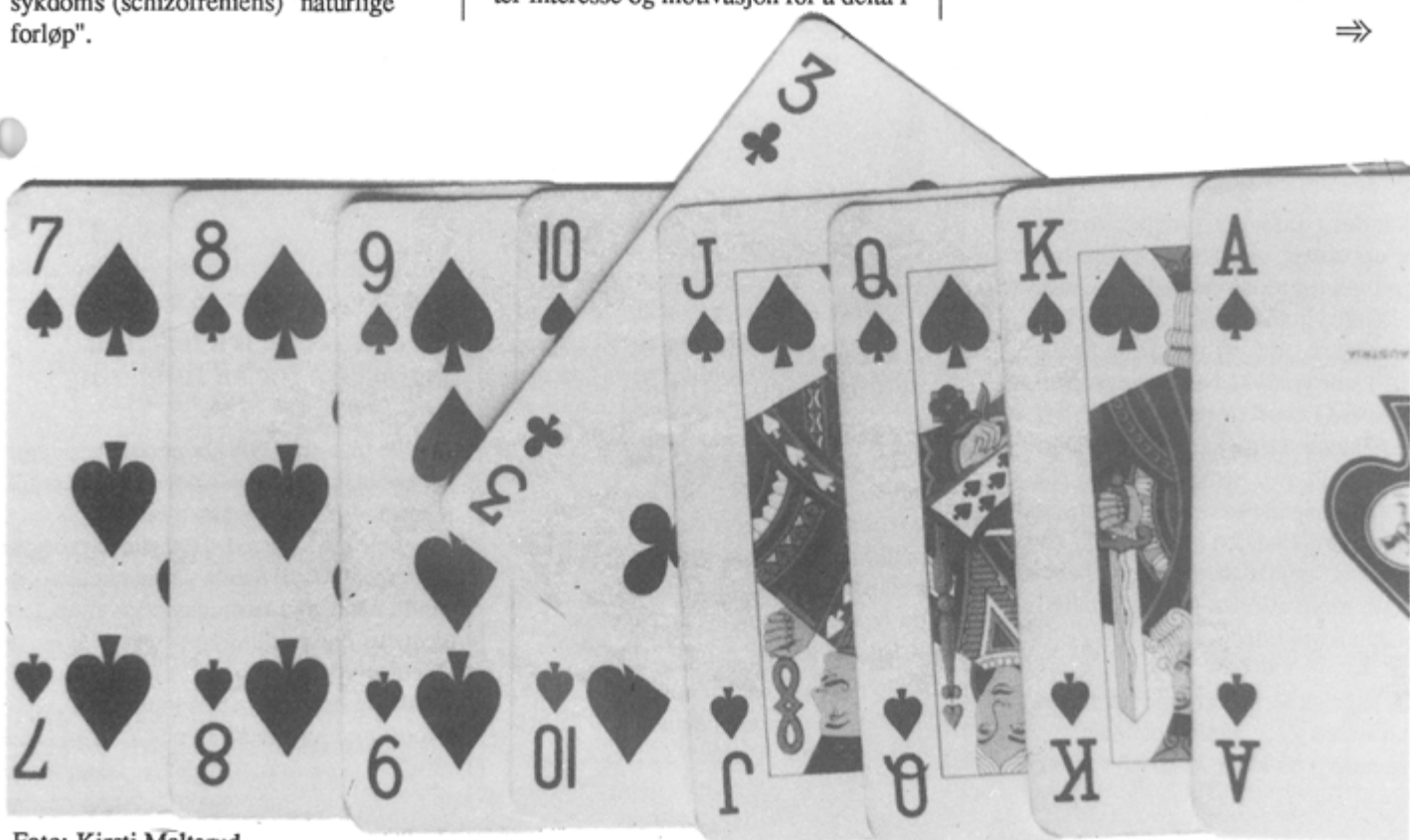


Foto: Kirsti Malterud

Måseide vedgår at dette utvalget blir nokså tilfeldig, og ikke basert på "medisinsk gyldige indikasjoner". Bare ca. halvparten av dette utvalget hadde noen gang vært innlagt i psykiatrisk sykehus, og under 10% hadde vært innlagt i lengre tid, "kronikerpreg".

Undersøkelsen viste at de fleste pasientene, (25-85% i ulike aldersgrupper), svarte at de brukte medikamenter fast, mens bare et fåtall (4-25%) svarte at de hadde fast allmennlegekontakt, mens 6-17% hadde fast kontakt ved psyk. poliklinikk. Undersøkelsen viser derfor sannsynligvis at pasienter med tildels alvorlige psykiske lidelser i lokalsamfunnet får liten hjelp, bortsett fra foreskrivning av medikamenter.

Min egen erfaring fra en middels stor Vestlandskommune tilsier at vi i helse-tjenesten har en nokså god *oversikt* over pasientene med alvorlige sinnslidelser. De står alle på store doser nevroleptika, enten tabletter eller depotmedikasjon som foreskrives av lege i kommune-helsetjenesten. Problemet er neppe at vi ikke vet hvem det er som trenger vår hjelp, men vi vet for lite om pasientenes behov og hvordan disse skal imøtekommes.

"Behov" er et vanskelig begrep. Det er i stor grad basert på subjektive vurderinger og brukes på mange ulike måter. På den ene siden har vi bruker/pasient-definerte behov. Disse kan være enten opplevd eller formidlet. På den andre siden har vi behov som er definert av behandlerne (på ulike måter).

Når det gjelder den gruppen som vi her er opptatt av, vil behovene i svært liten grad bli formidlet fra pasientene selv. I hvilken grad det eksisterer opplevde behov kan og være vanskelig å få greie på. I stor grad må behandlingsapparatet definere behovene på vegne av pasientene. Dette bør i alle fall skje i samarbeid med dem det gjelder, slik at vi er sikre på at pasienten har en viss grad av motivasjon for å få gjort noe med det som defineres som et behov. (Men motivasjonen kan og variere fra tidspunkt til tidspunkt.)

En engelsk forskergruppe har forsøkt å formulere visse *minimumskrav* (standard) på ulike områder, som skal

representere en grense for når et behov kan sies å eksistere for denne pasientgruppen. Dette kan brukes som en "sjekkliste" i kontakten/kartleggingen av behovene hos en psykiatrisk langtidspasient (fig. 1).

Forfatterne presiserer imidlertid at vi ikke må formulere behov og definere disse som "met" eller "un-met" uten at dette blir sett i sammenheng med konkrete løsninger/hjelpemidler som kan bli tatt i bruk.

En behovsvurdering skal fungere som en handlingsveiledning i like stor grad som den skal beskrive dagens situasjon.

Fig.1 "Sjekkliste"

Kartlegging av behov hos psykiatriske langtidspasienter.

Funksjonsområder

- a) *Symptomer og adferdsproblemer*
- positive psykotiske symptomer
 - underaktivitet
 - bivirkninger av medikamenter
 - nevrotiske symptomer
 - organisk hjerneskade
 - somatisk sykdom
 - voldelig adferd
 - sjenerende adferd
 - bekymringer

- b) *Personlige og sosiale ferdigheter*
- personlig hygiene
 - handling
 - matlaging
 - bruk av offentlig transport
 - bruk av offentlige tjenester ellers
 - skrive- og regneferdigheter
 - yrkesferdigheter
 - ferdigheter vedrørende sosial aktivitet
 - stelle med penger
 - stelle med husholdningen (betale regninger, ordne med reparasjoner osv.)
 - fatte viktige beslutninger

(Brevin et al. 1987)

Aktuelle rehabiliteringstiltak

Sosialdepartementet ga i 1981 ut et lite hefte med tittelen "*Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser*". Her gjøres det rede for hvilke tilbud i lokalsamfunnet som psykiatriske pasienter har krav på: Alt fra heime-sjukepleie/støttekontakt-ordninger til undervisning, dagsenter-tilbud og event. arbeidstilbud. En individuell kartlegging av hver pasient kan si noe om hvilke tilbud som er aktuelle.

Er deltakelse fra leger en betingelse for en fullverdig omsorg?

Studier bl.a. fra USA har påvist at legeprofesjonens engasjement innenfor behandlings- og omsorgstilbud til pasienter med kroniske sinnslidelser har en tendens til å avta. Dette går ofte hånd i hånd med en sviktende kvalitet og status i behandlingsapparatet. "Medisinsk faglig ansvar" er også et vanskelig begrep, men absolutt en utfordring vi må ta på alvor.

Legens deltagelse og faglige ansvarsroller er viktig, både for å sikre at pasientene får det diagnostiske og faglig/medisinske tilbud de har krav på. Dessuten viser det seg at legenes engasjement har en viktig positiv signaleffekt overfor lokalsamfunn og bevilgende myndigheter, og gir økt status til hjelpetiltakene. Det er klart at andre fagprofesjoner skal gjøre mye av arbeidet som er nødvendig i rehabiliteringssammenheng, men vi som leger må ikke undervurdere vår egen betydning, og dette gjelder generelt innen alt rehabiliteringsarbeid.

Kommunehelsetjenesten har hovedansvaret

Per Måseide (Lokalsamfunnspsykiatri I-III) peker i sin undersøkelse på uklare, tildels kaotiske *ansvarsforhold* både innen kommunene og mellom 1. og 2. linjetjenesten i omsorgen for de psykiatriske pasientene. Denne undersøkelsen var gjort før kommunehelseloven ble innført i 1984. Er det grunn til å tro at situasjonen er forandret pr. i dag?

Lovgrunnlaget er i alle fall blitt klarere: Ansvaret for nødvendig helsehjelp ligger hos kommunehelsetjenesten. "Særomsorg" for psykiatriske pasienter er like uaktuelt som for andre grupper hjemmeboende pasienter.

Samarbeid med 2. linjetjenesten er selvsagt viktig når det gjelder f.eks. diagnostiske vurderinger og andre vurderinger som trenger spesialkompetanse.

Er "kronikeromsorgen" et minifelt?

Selv om våre psykiatriske langtidspasienter stort sett er en "glemt" og forsomt gruppe, er vi på ingen måte garantert suksess og gode resultater hvis vi forsøker å gjøre noe for denne gruppen. De fleste pasientene har en lang sykehistorie bak seg, ofte preget av gradvis forverring av tilstanden og den sosiale funksjonsevnen. De fleste har også en diagnose som tradisjonelt har vært forbundet med svært dårlige fremtidsutsikter. Pasientenes motivasjon for forandring er ofte liten. Som om dette ikke var nok: Vi står også i fare for å føre pasienten ut i akutt forverring av tilstanden dersom vi er "overoptimistiske" og blir for

påtrengende overfor pasientene. Det samme kan selvsagt også skje om vi tar sjansen på å redusere eller forandre på medikasjonen. At dette er et vanskelig farvann blir enda klarere når vi vet hvilke konflikter som finnes innen det psykiatriske fagmiljøet når det gjelder en diagnostisk vurdering av denne gruppen.

Er hovedsaken i dag å skaffe disse pasientene egnede rehabiliterings-tilbud, opplæring, støttekontakter, dagtilbud, event. vernet arbeid og motivere dem til å ta i mot slike tilbud? Eller er hovedspørsmålet å sikre pasientene en ny diagnostisk vurdering, evt. at det blir gjort forsøk med en ny type medikamentell behandling? Når ekspertisen strides om så fundamentale spørsmål, er det i alle fall ikke enkelt å være den som blir sittende med det "daglige ansvaret" i kommunehelsetjenesten.

Et siste problem - slett ikke uvesentlig i denne sammenheng - er *den kommunale økonomien*. Det er ikke en selvsagt ting at de rehabiliteringstilbudene som vi finner faglig nødvendig og viktig for denne pasientgruppen vil kunne la seg realisere i dagens økonomiske klima - (uten at vi event. er villig til å kutte ut andre former for helsehjelp som vi synes er positive). Som nevnt tidligere kan vi som leger på ingen måte lage rehabiliteringstilbud på egen hånd. Vi er avhengig av å ha andre personellgrupper å spille sammen med: psykiatriske sykepleiere, miljøpersonale o.s.v. Videre trengs det midler til vernet sysselsetting, dagsentra, opplæring o.s.v.

Og for mange vil da valget bli enkelt: La medisinsk attføring fortsatt være den "glemte hovedoppgaven" i kommunehelsetjenesten, og la våre psykiatriske langtidspasienter fortsatt være en "glemt" minoritet i hver eneste kommune. Da sparer vi i alle fall noen kroner og en del arbeid som vi endatil ikke er sikker på vil gi de helt store resultater.

Men samtidig vet vi at det finnes "helsekroner". Når det gjelder dyre, teknologisk pregede prosjekter innen helsetjenesten er omkvedet: "Det skal ikke stå på pengene". Hvorfor skal det være så vanskelig å få penger til sosialmedisinske tiltak?

De psykiatriske langtidspasientene, "kronikerne", er en underprivilegert gruppe, hvis vi i det hele tatt skal ha lov til å bruke et slikt uttrykk om noen. Å få til aktive og gode omsorgstilbud for denne gruppen, og en helsetjeneste som tar deres livsskjebne og problemer på alvor, må være en helt sentral oppgave dersom målet "helse for alle" skal være noe mer enn tomt prat.

Da må helsetjenesten - og ikke minst allmennpraktikeren - være villig til å gå ut til disse menneskene og gi dem den hjelpen de har behov for. Vi kommer ikke utenom såkalt "*oppsøkende arbeid*". Vil en slik øket prioritering av det å være lege for svake grupper komme i konflikt med dagens "moteretning" innen allmennmedisinen ("personal doctoring") med hovedfokus på konsultasjonen på legekontoret med den "moderne" (relativt ressursrike?) pasientgruppen som selv finner veien til vårt kontor?

Eller er dette to sider av samme sak?

Litteratur:

- Stortingsmelding nr. 41 1987/88 - Nasjonal helseplan.
- NOU 23/87 - "Lønningutvalgets" innstilling.
- Mechanic D et al. Improving the care of patients with chronic mental illness. *New Engl J Med* 1987; 1634-8.
- Brewin CR et al. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill. *Psychological Med* 1987; 971-81.
- Wing JK et al. Community care for the mentally disabled. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- Hagen H. Hvem blir pasienter i psykiatriske institusjoner? NIS-rapport 1/87. Trondheim: NIS, 1987.
- Kringlen E. Psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
- Måseide P. Lokalsamfunnspsykiatri I-III. Oslo: Universitetsforlaget 1984.
- Hummelvoll JK et al. Samarbeid med psykotiske mennesker. Oslo: Gyldendal, 1988.
- Johansen V et al. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. NIS-rapport 4/88. Trondheim: NIS, 1988.
- Fugelli P. Det medisinske klassesamfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Fugelli P. Allmennmedisinens fremtid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 867-9.
- Tiltak i lokalmiljøet for personer med psykiske lidelser. Oslo: Sosialdepartementet, 1981.
- Schizofreni - nye veier ut av mørket. I *Medisin for alle* 1987 (2).

**Kommunelege Sturla Gjesdahl
5240 Valestrandfossen**





Nyttig om nevroleptika

Av Gerd-Ragna Bloch Thorsen

Nevroleptika er blitt et samlebegrep på flere kjemiske familier med mer eller mindre beslektet virkningsmekanisme. Felles for alle er at de virker antipsykotisk, dvs. at de tar bort psykotiske symptomer. Medikamentene er tradisjonelt delt inn i *høy- og lavdosepreparater*. Høydosepreparatene anvendes i doser på 100 mg og oppover (f.eks. klorpromazin). For lavdosepreparater (f.eks. haloperidol) er gjerne få mg tilstrekkelig. Det kunne også vært en mellomgruppe mellom disse, der flere av de mest benyttede preparatene ligger (Trilafon, Cisordinol).

Klassiske virkningsmekanismer

I følge Lingjerde (1) har nevroleptika følgende kliniske virkninger:

1. Antipsykotisk
2. Uspesifikk sedativ hypnotisk
3. Spesifikk dempende
4. Psykostimulerende
5. Antidepressiv virkning

I tillegg har medikamentet en rekke andre virkningsmekanismer, hvorav to har klinisk betydning:

6. Analgetisk
7. Antiemetisk virkning

Allmennpraktikeren må ta stilling til bruk av nevroleptika på to ulike måter.

- *Oppstarting* av behandling etter egne diagnostiske overveielser
- *Oppfølging* av behandling instituert i sykehus eller ved spesialist.

Oppstarting av nevroleptikabehandling

Tungpsykiatri, hvor det blir brukt mest nevroleptika, har tradisjonelt vært, og bør fortsatt være annenlinjebehandling. Men det er primærlegen som først kommer i kontakt med pasienten, og ofte er de som følger pasienten opp. Det er viktig med mest mulig presis *diagnostikk*. Pasienter med depresjoner, fysiske plager eller angst kan gjerne lide av depresjon, smerter og angst. Men det kan også være en begynnende schizofreni, og skal som det ha en totalt annerledes behandling, da både trisykliske antidepressiva og diazepampreparater kan utløse svære psykotiske tilstander.

Har man diagnostisert *schizofreni*, kan man gjerne starte opp med nevroleptika. Det er imidlertid svært viktig å få pasienten henvist til spesialist, da det i behandlingsopplegget for disse er viktig å komme tidlig til med aktiv tilnærming. Det har vist seg at man gjør ikke disse pasientene noen tjeneste ved å holde disse pasientene utenfor sykehus, heller tvert imot.

I allmennpraksis kommer man av og til bort i *manier*. Det er oftest pårørende som henvender seg, da pasienten selv ikke har sykdomsinnsikt. Ved hypomanier og innledning til mani kan man forsøke å gi nevroleptika med sterkt dempende virkning (Haldol, Cisordinol), men relativt raskt henvise

eller tvangsinnlegge pasienten dersom ønsket virkning ikke oppnås.

Ved *senil uro* har nevroleptika ofte svært god effekt. Det er viktig å utelukke en organisk lidelse, og undersøke lever-, nyre- og hjertefunksjonen. Husk å starte med svært små doser hos eldre, ofte bare 1/10 av den dosen man ville brukt hos yngre. Melperon (Buronil) har fått sitt indikasjonsområde her, sammen med haloperidol (Haldol).

Bruk av nevroleptika

En hovedregel som gjelder både allmennleger og psykiatere er at man bør lære seg til å kjenne *noen få preparater* godt. Dette kan være vanskelig for allmennpraktikere som får pasienter tilbakeført fra ulike behandlere. Det er lurt å ha de medikamentene en velger å benytte fra grupper med ulike sideeffekter. Vi skal se nærmere på de kliniske virkningsmekanismene.

a) Antipsykotisk virkning

Alle har en antipsykotisk virkning. Det er ikke alltid at denne virkningen inntreer umiddelbart. Det kan ofte gå opptil 4 til 6 uker på adekvat dosering før virkning inntreer. Dersom det drøyer utover dette vurderes skifte av preparat. Skifter man preparat før denne tiden har gått, er det umulig å si i ettertid om pasienten hadde effekt av dette middelet. Det er viktig å oppnå adekvat dosering. Det er svært ulikt hvor stor serumkonsentrasjon de

forskjellige pasientene får på samme dose. For perfenazin (Trilafon) er det mulig å ta serumkonsentrasjonsbestemmelser. Man bør som hovedregel rette seg etter det kliniske bildet. Men serumkonsentrasjonsmålinger kan være et hjelpemiddel. Det er også en hjelp hvis man er i tvil om pasienten tar medisinen eller ikke. Ellers doserer man helst etter anbefalt dosering, og styrer det litt etter bivirkningene. Dersom pasienten ikke har antipsykotisk effekt eller markerte bivirkninger skal man gå opp i dose.

b) Antipsykotisk og sedativ hypnotisk virkning

Dersom pasienten er søvnløs, rastløs og urolig i tillegg til psykotisk, velges et medikament med sederende virkning. Denne virkningen er mest uttalt i begynnelsen av terapien, men det er ofte da man har størst bruk for den, mens det er en fordel at den forsvinner når pasienten blir bedre. Den sederende virkning er mest uttalt hos høydosenevroleptika, f.eks. Nozinan. Små mengder av slike preparater kan med fordel brukes i stedet for hypnotika hos andre pasienter med søvnforstyrrelser.

c) Antipsykotisk og dempende virkning

Ved større psykotisk uro, aggressivitet og utagering kreves mer dempende medisiner. Dette er også tilfelle ved *manier*. Preparater som blir valgt er f.eks. Haldol og Cisordinol. Men ved svære urotilstander er innleggelse det mest aktuelle.



d) Antipsykotisk og psyko-stimulerende virkning
Ved tilbaketrunkne passive tilstander, som ved enkelte schizofrenier, ønskes denne effekten. Det er spesielt Orap som har vært eksponent for denne gruppen.

e) Antipsykotisk og antidepressiv virkning.
Høydosenevroleptika kan virke antidepressivt på agiterte og urolige depresjoner, og kan brukes på disse i kombinasjon med antidepressiva. Schizofrene som blir deprimeret skal behandles med nevroleptika som hovedregel, ikke med antidepressiva.

Doseringsprinsipper
Som en hovedregel kan nevroleptikadosen tas *en gang pr. døgn*. Det har ofte vært vanlig å gi hele dosen om kvelden, for å dra nytte av

den sederende effekten, i stedet for at det skal bli en bivirkning.

Depotbehandling har fått en ny renessanse. Foruten at compliance er høyere har den terapeutiske effekten vist seg å være vel så god, og den totale dosen medikament som behøves mindre. Depotbehandling blir anbefalt til de fleste pasienter som skal stå på langtidsbehandling, og ikke bare til de pasientene som ikke vil samarbeide. Dette er svært viktig å forklare for pasienten.

Behandlingens varighet er et vanskelig punkt, og selvfølgelig ulikt for de ulike tilstandene. Etter å ha økt dosen til antipsykotisk effekt, skal man gradvis og meget langsomt (over uker) trappe ned til lavest mulig

vedlikeholdsdose. Etterhvert som pasienten friskner til "tåler" han ofte medisinen dårligere, blir mer sedert og får mer bivirkninger. Man kan derfor trappe ned etter det kliniske bildet. For schizofrene pasienter er behandlingen svært langvarig, oftest livsvarig. *Seponering* skal evt. skje svært gradvis, gjerne over et halvt år. Det er kommet materialer som tyder på at for hurtig seponering kan føre til en seponeringspsykose, og man har derved en ond sirkel. Et annet viktig poeng for schizofrene er at dersom man har nådd et funksjonsnivå, seponerer og får tilbakefall, vil ofte oppstartning av medisiner igjen ikke bringe pasienten tilbake til det samme funksjonsnivå som tidligere. For hvert seponeringsforsøk vil pasienten ende på et lavere trappetrinn. Primærlegens

behandling vil derfor ofte bestå i å hjelpe og støtte pasient og familie med å fortsette behandlingen.

Bivirkninger

Nevroleptikas bivirkninger er velkjente. De mest karakteristiske er de *ekstrapyramidale*:

1. parkinsonisme, dvs. hypokinesi, rigiditet og tremor.
2. akatisi, dvs. kriblinger og uro.
3. akutte dystonier, krampe i hode og ansikt.
4. tardive dyskinesier, gjerne etter seponering.

Bivirkninger kan være svært plagsomme, og det er viktig å huske at bivirkningen ikke må være verre enn sykdommen. For bivirkningene er det viktig å redusere dosen mest mulig, svært ofte kommer man til målet med det. Bivirkningene er også mest uttalt til å begynne med, og blekner etter to-tre måneders bruk. Det gjelder altså å få hjelp til å holde ut denne første vanskelige tiden.

Antiparkinsonmidler kan da være til god nytte. Langvarig bruk av disse utover to-tre måneder frarådes sterkt, da disse igjen har alvorlige bivirkninger. Det kan også ved depotbehandling være nok å gi antiparkinsonmidler de første to-tre dagene etter injeksjonen.

Akutte dystonier, som er meget ubehagelige og kan være livstruende, behandles med antiparkinsonmidler intravenøst. Disse kommer ved svært høye doser i initialfasen. For *tardive dyskinesier* finnes ingen fullgod behandling. En del går over av seg selv etter seponering, selv om det kan ta ett til to år. 10-20% blir varige.



Ellers kan nevroleptika gi blodtrykksfall, munntørhet og tretthet. Klorpromazin kan gi lysoverømfindtlighet, slik at man må unngå soling. Det kan være vanskelig å skille hva som er bivirkning (f.eks. ved uro) og hva som er sykdommen. Men det er uhyre viktig å lytte til pasienten og det han har å si. Det er ikke alltid vi kan avhjelpe pasienten med hans plager, men vi kan alltid ta dem på alvor.

Laboratorieundersøkelser

Det er ønskelig med regelmessige laboratorieundersøkelser. Kontroll av lever- og nyrefunksjon, samt telling av leucocytter, f.eks. tre ganger pr. år. Det kan også være ønskelig med stoffskifteprøver, da hypothyreose er en tilstand man ofte ser i denne gruppen. Det er også viktig å være oppmerksom på andre fysiske lidelser mennesker på nevroleptika-behandling kan få. At man er psykisk syk er ingen garanti for at man får være fysisk frisk.

Dette er en gruppe pasienter som ofte ikke er kravstore. Disse menneskene er ofte svært syke og under langvarig behandling. De har krav på vår tid og oppfølging. Den hjelpen det er å være villig til å forstå dem og ta dem på alvor kan ikke overvurderes.

Litteratur:

1. Lingjærde O. Psykofarmaka. Oslo: Tano 1988.

Psykiater Gerd-Ragna Bloch Thorsen
Psykiatrisk klinikk
Sentralsjukehuset i Rogaland
4000 Stavanger

□

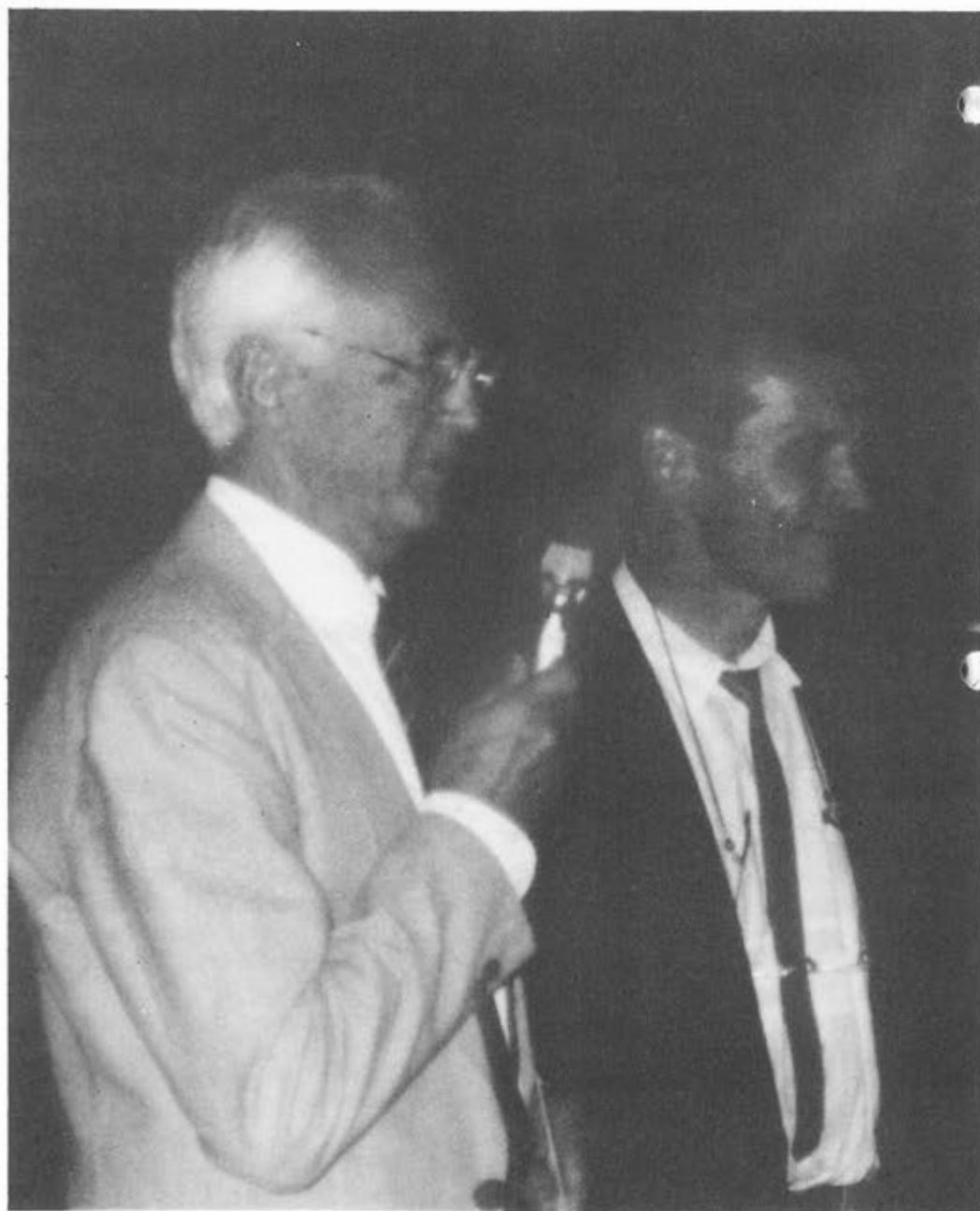
Allmennmedisinsk forskningspris til norsk pioner

På 6.nordiske kongress i allmennmedisin i Århus i august 1989 ble forskningsveileder Dag Bruusgaard tildelt en nordisk forskningspris på 100.000 kr. Prisen kommer fra Magda og Svend

Aage Friedrichs Mindelegat, og i statuttene heter det at den skal tildeles leger som gjør, og har gjort en særlig innsats til fremme for allmennmedisinsk forskning.

Utposten gir sine aller varmeste gratulasjoner til Dag Bruusgaard, som sannelig har fortjent en slik utmerkelse. Vi ønsker ham lykke til videre i allmennmedisinsk forskning!

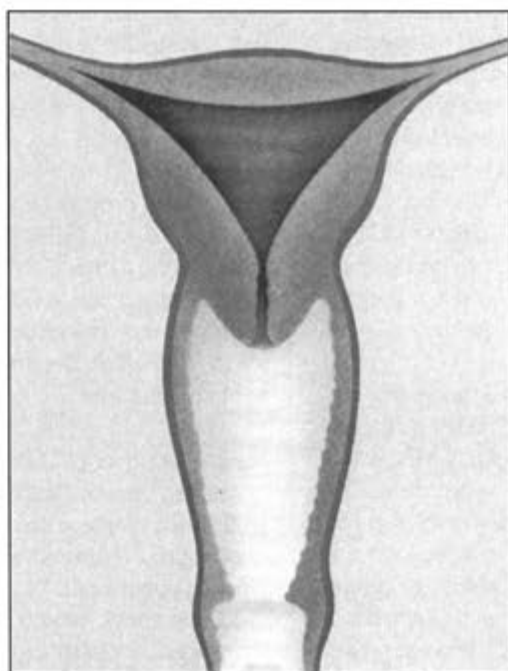
□



K. B. Rasmussen (dansk pensjonert allmennpraktiker fra legatstyret) overrekker forskningsprisen til Dag Bruusgaard.
(foto: Kirsti Malterud)

NYHET

Canesten® 10% VAGINALKREM i ferdig fylt applikator



- ✿ Fordelaktig ved tørr vagina
- ✿ God fordeling i hele vagina
- ✿ Smitter ikke av på klær
- ✿ Enkel å bruke

✿ DEN FØRSTE 1 DOSE KREM

Canesten «Bayer»

Antimykotikum. ATC-nr.: D01AC01 og G01AF02
KREM 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., octododecanol. et alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. D01AC01
LINIMENT 1%: 1 ml inneh.: Clotrimazol, 10 mg, isopropanol., macrogol. 400 et propylenglycol. ad 1 ml. D01AC01

PUDDER 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, amyl. non mucilag. ad 1 g. D01AC01

VAGINALKREM 1%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 10 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., octododecanol. et alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. G01AF02

VAGINALKREM 10%: 1 g inneh.: Clotrimazol, 100 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, cetac., cetostearyl., isopropyl. myrist., alcohol benzylic. q.s., aqua purif. ad 1 g. G01AF02

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clotrimazol, 100 mg, lactos. amyl. mayd., acid. adip., natrii hydrogenocarb., magnesiustear., acid. stear., polysorb. 80 et silic. dioxid. q.s. G01AF02

VAGITORIER 500 mg: Hver vagitorie inneh.: Clotrimazol, 500 mg, lactos., cellulose, microcryst., acid. lact., amyl. mayd., povidon., calc. lact., magn. stear., silic. dioxid. polyhydroxymetylcellulos. q.s. G01AF02

Egenskaper: Klassifisering: Imidazolderivat med et bredt antimykotisk virkningspekter. Virksomt mot dermatofytter, Candida-artene, Pityrosporum spp. samt mot enkelte Gram-positive bakterier. Har også god virkning mot Trichomonas vaginalis. Primær eller sekundær resistens er ikke påvist, heller ikke kryssresistens. Gir hurtig innsettende effekt med rask lindring av symptomer. Da prepa-

ratet senker forhøyde pH-verdier i vagina, gjenoprettes hurtig den fysiologiske balanse hvorved Döderlein-floraen normaliseres. **Virkningsmekanisme:** Virker fungicid ved å øke permeabiliteten av cellens membransystemer. **Absorpsjon:** Krem og liniment penetrerer lett huden, men absorberes i liten grad over i blodbanen ved lokalbehandling.

Indikasjoner: Krem, liniment og pudder: Dermatomykoser forårsaket av dermatofytter (Trichophyton-, Epidermophyton-, Microsporum-arter), gjær-, mygg- og andre sopparter. Dermatoser med sekundærinfeksjon av sopp. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Vagitorier 100 mg og vaginalkrem 1%: Vulvo-vaginale mykoser forårsaket av gjær- og Trichomonas. Vagitorier 500 mg og vaginalkrem 10%: Vaginale candidainfeksjoner.

Bivirkninger: Det er rapportert enkelte tilfeller av lett lokal irritasjon. Toleransen er god selv ved langtidsbehandling. Kun ett tilfelle av sensibilisering er hittil rapportert.

Forsiktighetsregler: Linimentet bør ikke komme i berøring med øyne eller slimhinner.

Dosering: Krem, liniment og pudder: Kremen, ev. linimentet påsmøres tynt 2-3 ganger daglig. Om ønskes kan man deretter drysse på pudder. Behandlingstid normalt 3-4 uker. For å unngå residiv anbefales behandling 2-4 uker etter oppnådd symptomfrihet. Pudderet er egnet til profylaktisk behandling og vedlikeholdsbehandling. Ved føtsopp bør føttene vaskes og tørres grundig før behandling. Ved mykoser på hendene anbefales det å smøre disse inn etter hver håndvask. **Vaginalkrem og vagitorier:** 1 dags- (1 gangs-)behandling: 1 vagitorie 500 mg eller vaginalkrem 10% (1 applikator = 5 g vaginalkrem) dyt i skjeden om kvelden. Hvis nødvendig gjentas

behandlingen. **3-dagers behandling** (ved Candidainfeksjoner): 2 vagitorier à 100 mg i skjeden hver kveld i 3 dager. Hvis nødvendig gjentas behandlingen. **6-dagers behandling:** 1 vagitorie 100 mg dypt i skjeden hver kveld i 6 dager eller en fylt applikator (5 g) meg vaginalkrem 1% hver kveld i 6 dager. Hvis nødvendig gjentas behandlingen. Behandlingen skal fullføres selv om de subjektive plagene er forsvunnet. Samtidig vulvit behandles med krem 2-3 ganger daglig. Partnerbehandling: Etter vask av glans penis og forhud gnis kremen inn 2 ganger daglig i 2 uker. Ved graviditet: Behandlingen bør bare skje ved vagitorier, ettersom disse kan innføres med fingrene.

Andre opplysninger: Vagitoriene og vaginalkremen er fargeløse og smusser ikke til undertøyet.

Utlevering: Krem 20 g, liniment 20 ml og pudder 30 g er unntatt fra reseptplikt til bruk mot føtsopp.

Pakninger og priser: Krem: 20 g kr 42,70, 50 g kr 86,20. Liniment: 20 ml kr 49,10. Pudder: 30 g kr 61,80.

Vaginalkrem: 1%: 50 g med 6 engangsapplikatorer kr 104,90. 10%: 5 g med engangsapplikator kr 75,20.

Vagitorier: 100 mg: 6 stk. med applikator kr 56,60. 500 mg: 1 stk. med applikator kr 56,20. **Kombinasjonspakninger:** 6 vagitorier à 100 mg + 2 g krem kr 80,20. 1 vagitorie à 500 mg + 20 g krem kr 78,40.

8/89

Bayer

Bayer Norge A.s
Postboks 311
1324 Lysaker





Alminnelig utstyrsgalskap

Av alle mulige mennesker som ansvarlig redaktør *kunne* ha valgt til å skrive om alminnelig utstyrsgalskap velger hun - meg!?

Egentlig tar jeg det som en insinuasjon - jeg som har solgt Range Roveren og nekter å kjøpe slålåmutstyr. Jeg som har allergi mot merkeklær og er henrykt over å arve det aller meste. Men det handler kanskje om noe annet?

Egentlig har jeg jo heller ikke tid til dette. Jeg er nemlig nettopp kommet på lufta. Endelig fikk jeg det elendige modemmet mitt til å virke, det innebygde, altså, i PC'en min. Så NÅ, altså. Egentlig skal jeg jo bruke det til noe ganske så fornuftig, jeg har ordnet med Datapak-abonnement og skal kople meg opp mot Medline i Sveits. Men så måtte jeg jo

øve meg litt, da. Det finnes masse BBS'er (elektroniske oppslagstavler) både innenlands og utenlands, og det er litt av en utfordring å komme seg inn på dem og forstå søkespråk og etikette blant den gjengen datafreakere som driver med sånt. Og det er masse muligheter med slikt, tenk bare på overføring av tekstfilene til artiklene i Utposten, vi som bor så langt fra hverandre kunne bli helt uavhengige av det elendige postvesenet. Joda.

Men det må jo prøves ut. Og det tar tid. Så denne skrivingen var vanskelig å få presset innimellom alt det andre. Den egentlige grunnen til at jeg får gjort det nå er at jeg glemte en av de helt nødvendige komponentene hjemme. Jeg hadde laget den selv, kablen mellom

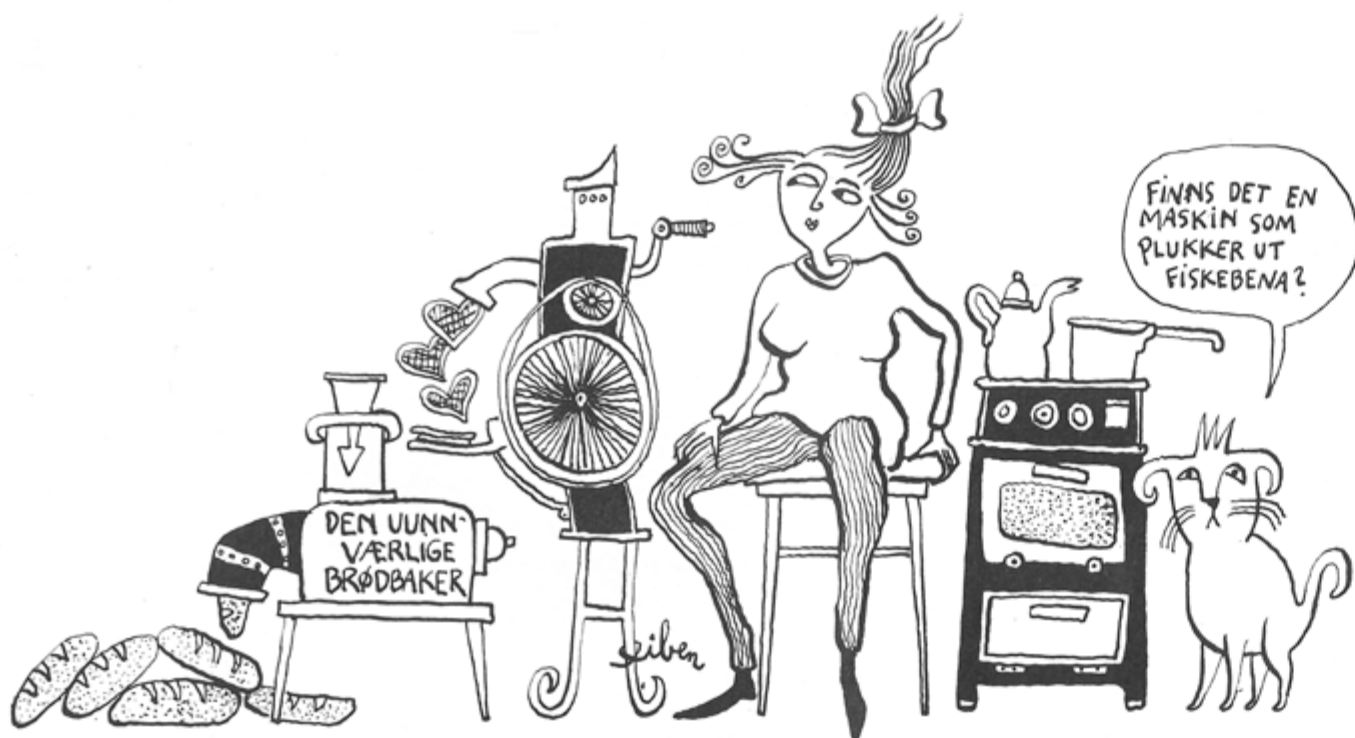
telefonkontakten og PC'en. Det tok noen uker og mange kvelder før jeg skjønnte hvilke ledninger som skulle kobles hvor, men det gikk da til slutt. Gjett om jeg var stolt! Det er jo ikke så mange å spørre, sånn på landet mener jeg. Men nå har jeg altså glemt den. Og da er det jo umulig.

Men så er vi nettopp gjennom en slitsom datainstallasjon på jobben også, og har klart å finne løsninger slik at vi kan kjøre systemet fra utekontoret via telefonlinjene. Det tok også tid. Masse tid.

Jeg har vært nødt til å finne en løsning på hva som skal gjøres med alle de dingsene som viser seg *ikke* å fungere, ellers fyller de opp overalt. Ta kjøkkenet, for eksempel. Et eller annet sted måtte jeg jo

gjøre av den fikse lille ding-sen som deler et eple opp slik at det blir *en* lang remse. Strålende når du skal tørke epler. Men det viser seg at det driver vi ikke noe særlig med. Den amerikanske hamburger-formen, derimot, er gull verdt. Den brukes støtt og stadig, så hamburgerne blir helt like, og ungene ikke sloss om hvem som har fått den største.

Kjøkkenmaskinene er også gode å ha, den til å lage kryddersmør, majones og laksepate, og den som baker brød og presser appelsin. Vi har hatt lange og harde diskusjoner om alt det nye utstyret som er kommet i handelen nå. Foreløpig har vi motstått både mikrobølgeovn og brødbakemaskin. Men jeg følger utviklingen nøye - kanskje det en vakker dag



kommer til nye momenter som gjør at det er *akkurat* noe for meg!

Men tilbake til de dingsene jeg *ikke* begeistres av. En strålende ide er å samle dem alle i en stor plastpose en gang i året, og bære dem ned i kjelleren. Der ligger fjorårets pose. Der-som jeg ikke har vært nede for å hente noe av det som ligger der på det året som er gått, havner det hos ungdommer som skal flytte på hybel eller er mer utstyrsgale enn jeg. Da får jeg ikke fullt så vond samvittighet.

Jeg tror at galskapen min består i at jeg *må* prøve. Jeg husker f. eks. den dekkglassløfteren som for mange år siden var omtalt i Utposten. Ikke var den lett å få tak i, og ikke virket den noe særlig, men jeg *måtte* altså prøve. Eller da jeg hadde fått det for meg at jeg skulle lage den perfekte krydderhylle. Den skulle lages av plastrør, svarte skulle de være, og spesiallim måtte til, og en bestemt gjærkasse for å få riktig vinkel på snittet. Det gikk da omsider det også. Den virket forsåvidt fint, jeg husker ikke hvem jeg prakk den på til slutt, for jeg fant etterhvert en langt enklere løsning.

Men *noe* er jo svært vellykket også. F eks den ØNH-dingsen som jeg fikk laget i samarbeid med Jostein i et av våre medisinske utstyrsfirmaer. Eller juletre foten, helt egenkonstruert og supervellykket. Juletreet er over tre meter høyt, står støtt som fjell og får nok vann uten at jeg må etterfylle hver bidige juledag.

Så jeg synes ansvarlig redaktør er på villspor. Hvis dette er galskap, så må galskap være noe positivt. Kanskje det kunne kalles kreativ galskap? Kanskje andre galskaper også er positive?

Hadde jeg hatt den forbaska modemkabelen kunne jeg sjekket det på en BBS. Bare vent.....

Kommunelege
Janecke Thesen
5890 Lærdal

□



Nytt seminar i medisinsk kvinneforskning

Sanner Turisthotell,
Hadeland
-11. november 1989

Fokus på metode

Det 2. norske seminar i medisinsk kvinneforskning kommer til høsten. Denne gangen har vi valgt å sette søkelyset på metode-spørsmål.

Hvorfor et seminar spesielt for kvinnehelseproblemer? Kjønnsrolleperspektiv i problemstillingene er den viktigste grunnen til at vi satser på kvinneforskningsseminarer. Det er snakk om å se fenomenene fra nye sider: Før ble mishandlede kvinner diagnostisert som nevrotiske, umodne og avvikende. Mannen som slo, var ikke med i

forståelsesmodellen. Kvinnene som ble slått, var ikke med på å lage forståelsesrammer. Nå er det en selvfølge å betrakte kvinnens reaksjoner i lys av hva hun har gjennomgått.

Dette er et resultat bl.a. av kvinneperspektivet som er kommet inn i forskningen på dette feltet. Vi trenger rett og slett en fagkultur som setter oss i stand til å se fenomenene i et lys som er mest mulig tjenlig for bedring og god selvfølelse hos våre kvinnelige pasienter. Selvsagt kan både kvinnelige og mannlige kolleger bidra i denne prosessen.

Kvinneforskningen har ofte handlet om tunge problem-

områder og tragiske livshistorier. I tiden fremover mener vi det er like viktig å fokusere på de områdene hvor kvinner har helsemessige fordeler, personlig vekst og helt utmerket trivsel.

Rekruttering av kjønnsrollebevisste forskere er et viktig aspekt ved Sanner-seminaret. Hittil har representanter for noen få miljøer vært aktive. Ved å velge en metodevinkling på programmet håper vi å vekke interesse hos både gamle og nye deltagergrupper. Kurset er godkjent av spesialitetsnemnda for allmennmedisin, og søkes godkjent som tellende timer for spesialistutdanningen i psykiatri og gynekologi. Programmet

blir avvertet i Tidsskriftet. Påmeldingsfrist er 25.08.89. Kvinner og menn fra alle spesialiteter og grupperinger er velkomne til Sanner-seminaret i november!

Kurskomite er Åsa Rytter Evensen, Sidsel Graff-Iversen og Berit Heløe. Sistnevnte innehar fra november 1988 en nyopprettet stilling som forskningsleder i medisinsk kvinneforskning. Hun er å treffe i NAVF, Sandakerveien 99, 0483 Oslo 4. Ta gjerne kontakt!

Sidsel Graff-Iversen og
Berit Heløe

□

Trenger vi flere kvinner i ledelsen av norsk helsevesen? *

Trine Normann er 54 år, cand.med. (Oslo) 1960. Hun er spesialist i patologi med medisinsk doktorgrad (1977), men hoppet av i 1978 og har siden jobbet med helseadministrasjon og planlegging. Hun var 10 år i Oslos sentrale helseadministrasjon (med ansvar for både kommune-, fylkes- og regionhelsetjenesten). Siden 1988 har hun vært leder for Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren (SME) i Sosialdepartementet. Hun har tre barn, to stebarn og en gammel aleneboende mor, og er ellers interessert i det meste

Er norsk helsetjeneste god nok som den er?

I mange år har vi i Norge skrytt av å ha verdens beste helsetjeneste. Selv om de som har skapt denne myten, ikke har ment dette bokstavelig, har nok utsagnet fungert som et alibi for dem som ikke har ønsket endringer. Hvorfor skulle vi f.eks. ha andre ledere enn dem vi har, når alt i grunnen er såre vel?

Av Trine Normann

Nå er ikke alt lenger såre vel, men de som sitter i ledende stillinger har gjerne en enkel forklaring på det, nemlig den økonomiske situasjonen. Selvsagt skaper den nye økonomiske situasjonen som helsetjenesten - som resten av samfunnet - står overfor problemer, men penger løser ikke alle helsetjenestens problemer.

Mange slags meninger

Lytter man til hva brukerne av helsetjenesten har å si får man et bilde av at mange er rimelig godt fornøyd, få er overbegeistret og altfor mange - og særlig dem som ufrivillig lever et mer eller mindre kronisk samliv med helsetjenesten - er lite fornøyd. Langt fra alle problemene kan tilbakeføres til pengene. Svært mange føler at terskelen som helsetjenesten har forskanset seg bak og høyst uvillig selv trer over, er for høye. Mange - særlig kvinner og innvandrere - føler seg misforstått. En del føler at de får stener for brød - laboratorieprøver for samtaler. Alt for mange føler at helsetjenesten mangler innlevelsesevne og evne til å behandle folk på en likeverdig måte.

Lytter man til de ansatte, er det også alt for mange som er lite fornøyd. På mange arbeidsplasser har det vært høy turn-over på grunn av mistrivsel, og mange steder har det vært rekrutteringsvikt. Særlig har dette vært tilfelle innenfor pleiesektoren, som jo er den mest kvinneledende delen av tjenesten. I dag vil nok flere forsøke å

holde på jobbene sine, men det er ikke ensbetydende med at arbeidsmiljøet og trivselen er blitt bedre.

Lytter man til de som vurderer effektivitet, får man høre at en viktig mangel ved dagens norske helsevesen er at ressursene blir lite fleksibelt utnyttet og at alt for mange inntar "dette er ikke mitt bord"-attityder.

Lederne er menn

Selv om det kan være vanskelig å vite hvem som egentlig styrer helsetjenesten, er det klart at hvordan den fungerer også er en konsekvens av dens ledere.

Som alle vet, er helsetjenesten en sektor der det store flertall arbeidstakere er kvinner, og det helt overveiende antall ledere - i alle fall på toppnivå - er menn. Tallet på kvinnelige helsesjefer, direktører, professorer og avdelingsoverleger er fortsatt merkelig lavt. Selv innen det kvinneledende sykepleieryrket er det en påfallende stor andel av lederne som er menn. Situasjonen på denne samfunnssektoren er altså i 1989 at det overveiende er menn som leder kvinner.

Mange er raskt fremme med å påpeke at man innen helsetjenesten i Norge har mange kvinner på nestledernivå. Av erfaring vil jeg hevde at det er stor forskjell på det å være nestleder og det å være leder. Nestlederjobben betyr ofte stort ansvar, men liten frihet til å utforme virksomheten etter eget hode og hjerte.

* (innlegg ved Lægeforeningens likestillingskonferanse 1988)

Skyldes mannsdominansen i lederstillinger at menn er bedre kvalifisert, og motsatt at kvinner ikke har de kvalifikasjoner som skal til for å lede helse-tjenesten? Skyldes det at kvalifikasjonskravene er lettere å innfri for menn enn for kvinner? Skyldes det at kvinner i mindre grad enn menn vil ta ansvar? Skyldes det at kvinner ikke vil gjøre de ting man i dag må gjøre for å bli toppledere, og at de heller ikke vil gi avkall på alt det de må gi avkall på for å bli ledere?

Forskningen har gitt oss en del svar. De svar jeg vil forsøke å gi, er basert på denne typen kunnskap, men først og fremst på egne erfaringer gjennom et langt liv som kvinne og helsearbeider.

Av egen erfaring vet jeg hva det betyr å være kvinne, datter, mor og hustru. Jeg vet hvordan det er å være ung og middelaldrende kvinne. Av egen erfaring vet jeg noe om karrieresystemet innenfor medisinen. Jeg vet hvilket slit som ligger bak en doktorgrad. Jeg vet hvordan det er å være til stede hjemme rent fysisk etter en lang, travel og innholdsrik arbeidsdag, men være et annet sted mentalt. Jeg vet noe om nødvendigheten av å avgrense sin interessesfære for å gjøre de tingene som er viktige i karrieresammenheng. I de siste ti årene har jeg opplevd hva som er viktig å gjøre/ikke gjøre i karrieresammenheng hvis man vil til topps i en helseadministrasjon, og endelig har jeg erfaring for hvordan det er å være pasient og pårørende.

Hvilken kompetanse bør helsetjenestens ledere ha?

Selvsagt er det ulike oppfatninger om hvilken kompetanse og hvilke egenskaper som er viktige for å være en god leder av eller i helsevesenet i dag. Min oppfatning er preget av

- hva de pasientene som bruker helse-tjenesten mest og deres pårørende har gitt uttrykk for om helsetjenesten
- det syn mange ansatte har gitt uttrykk for i spørreundersøkelser
- mine kunnskaper om hvordan helse-tjenesten utnytter sine ressurser, og spesielt i økonomiske nedgangstider
- mitt møte med ulike ledere av helse-tjenesten
- det faktum at jeg er kvinne

Jeg tilhører dem som hevder at helse-

tjenesten er spesiell. Den er - i motsetning til mange andre "bedrifter" - en "menneskebedrift". Både "produktet" og "produksjonsmiddelet" er mennesker. Hvordan resultatet blir, er i første rekke avhengig av det som skjer mellom den enkelte pasient og den enkelte helsearbeider. Dette betyr ikke at helsetjenesten ikke kan lære mye om ledelse og organisasjon av andre bedrifter, men det er for lett å si at det eneste vi trenger i helsetjenesten er ledere som har gått på lederkurs eller har erfaring fra å lede andre "bedrifter".

Slik jeg ser det trenger helsetjenesten i første rekke ledere på alle nivåer som har stor interesse for, forståelse av og evne til å omgås mennesker. I dette ligger evne til innlevelse og kommunikasjon. Spesielt er det viktig at pasienter, pårørende eller ansatte føler at lederne "ser dem", respekterer dem og gir dem tilbakemelding.

Helsetjenesten er en komplisert og ofte høyspesialisert "bedrift", der et vellykket resultat i de aller fleste tilfeller er avhengig av team-arbeid. Helsetjenesten trenger derfor ledere som ikke primært er opptatt av seg selv og det å være sjef, men ledere som ser seg selv som en del av et ledelsesteam.

Helsetjenesten er spesiell også fordi den befatter seg med mye som er trist. Den har mange oppgaver som tar lang tid og som forbruker store ressurser - ikke minst menneskelige - men som gir liten synlig effekt. Jeg tror derfor at helsetjenestens ledere bør være spesielt tålmodige.

Et trekk ved helsetjenesten er dens blanding av rasjonalitet og tro. Det finnes selvsagt områder der det er rimelig stor enighet om sammenhengen mellom tiltak og effekt, men på svært mange områder er det stor usikkerhet og uenighet om hva som er det "beste". Helsetjenesten trenger ledere som både har hjerne og hjerte, og som innser at konkrete kunnskaper er viktig, men ikke nok for å skape en god helsetjeneste.

Som alle andre "vesener" har også helsevesenet sine tradisjoner. Noen tradisjoner er - slik jeg ser det - meget positive og bevaringsverdige. F.eks. høye faglige idealer, genuin interesse for arbeidet og vilje til bety-

delig arbeidsinnsats. Disse tradisjoner er det viktig at lederne kjenner til og tar vare på.

Helsetjenesten har imidlertid også tradisjoner som den kan være mindre stolt av. En slik tradisjon er det å være "ufeilbar". Kritikkk ble og blir fortsatt mange steder kategorisk avvist som uforstand. Vi trenger ledere i helsetjenesten som både tillater at organisasjonen blir utsatt for kritikk og som maktet å gjennomføre de endringer som er nødvendig for å rette opp kritikkverdige forhold. Det er derfor et poeng at lederne ikke føler at de for enhver pris må forsvare det bestående. Jeg tror også det er viktig at lederne selv kan gå foran med et godt eksempel og vise at de selv er "feilbare".

Helsetjenesten har sterke hierarkiske og patriarkalske tradisjoner, noe som i dagens samfunn ofte fører til åpen eller latent konflikt mellom yrkesgrupper, mellom nivåer, mellom kvinner og menn. Helsetjenesten trenger derfor ledere som har et bevisst forhold til likestilling og konflikt, og erfaring i konfliktløsning.

Selvsagt trenger også helsetjenesten - som alle andre sektorer - ledere som har gode faglige kunnskaper, ryddige hoder og evne til logisk, rasjonell og strategisk tenkning og planlegging. Skal en leder få gjennomført nødvendige endringer må hun eller han nyte respekt i organisasjonen. Vi vet alle hvilke egenskaper som skal til for at vi skal respektere et menneske. Jeg vil presisere at det er stor forskjell på å bli respektert og å bli fryktet. Ledere som skaper usikkerhet og frykt hos de ansatte, pasientene eller de pårørende skaper ingen god helsetjeneste.

Har ett av kjønnene har bedre lederfunksjoner enn det andre?

Etterhvert er det like mange kvinner som menn som har den innsikt i helsetjenesten som er nødvendig for å lede den godt.

På hjemmearenaen og på det jeg vil kalle den "sosiale arena" er det fortsatt imidlertid slik at kvinner og menn har ulike erfaringer. Fortsatt har mange flere utarbeidende kvinner enn menn hovedansvaret for å organisere familievirksomheten og for å ivareta familiens sosiale liv. Flere kvinner enn menn har



vent seg til å lytte til barn og gamle, til å forsøke å forstå deres behov, til å være tålmodig, til å reonsere på egen utfoldelse. Flere kvinner enn menn vet hvordan det føles å ikke bli behandlet som en likeverdig. Jeg tror også at flere kvinner enn menn forstår verden med både hjerte og hjerne. Flere kvinner enn menn har erfaring i å finne løsninger på problemer og konflikter på hjemmebane. Jeg tror alle disse erfaringene er viktige for å bli gode ledere.

Dessuten tror jeg - som Marilyn French - at en vesentlig forskjell mellom kvinner og menn er at mens de fleste menn har et "rom" for jobb, et "rom" for sport, et "rom" for kvinner, et "rom" for barn osv., har kvinner bare ett "rom" hvor de oppbevarer alle sine erfaringer fra alle deler av livet. Jeg tror derfor kvinner har store muligheter for å "befrukte" sitt profesjonelle jeg med sitt private jeg.

Min påstand er at tar man i betraktning kvinners og menns totale kunnskaps- og erfaringsbakgrunn, er det intet som taler for at menn er bedre kvalifisert enn kvinner til å inneha ledende stillinger i helsevesenet. Med den ansvars- og arbeidsfordeling som fortsatt finnes på "hjemmesektoren" og i den "utenomfaglige sektor" vil jeg tro; snarere tvert imot. Med dagens fordeling av lederstillinger mellom kjønnene er det derfor ikke så eiendommelig at mange kvinner - og de menn som har mer eller mindre de samme "hjemmeerfaringer" som kvinner - føler at det er B-laget som styrer.

Hva må til for å endre bildet?

Noen hevder at skjevfordelingen er lite å ta på vei for. Om få år vil alt se annerledes ut. Bl.a. er nå over 50% av studentene på det medisinske studium kvinner. Jeg tror ikke på noen måte at dette automatisk vil endre på noe som helst. Jeg tror at skal vi få flere kvinner - og for den saks skyld flere menn med mer hensiktsmessig lederkompetanse - inn i ledende stillinger, må kvalifikasjonskravene og merittreglene endres.

I dag er det slik at aspirerer man til sjef innenfor det administrative hierarki, er det viktig å være synlig ovenfra - "posisjonere seg". man bør ikke være kontroversiell - sett ovenfra. Man bør

ikke innrømme svakheter, derfor blir det viktig å ikke "avsløre seg". Hvordan man fungerer, sett "nedenfra" betyr mindre.

En viktig forutsetning både innen det medisinske og administrative hierarki er at man er på jobben sent og tidlig. Dette må innebære at man forsømmer andre deler av livet, skjerner seg mot praktiske gjøremål, skjerner seg følelsesmessig slik at andre mennesker ikke har forventninger til at en skal stille opp. Ingen av disse "øvelsene" utvikler de menneskelige egenskaper som er så viktige for ledere.

For å få de rette kvalifikasjoner må man i dag ikke dele sin interesse på for mange områder. Innenfor medisin er det ingenting som teller så mye som at man har superspesialisert seg. Hva man enn måtte mene om dette, betyr det i alle fall at interessen må snevres inn til et meget lite felt. Når det gjelder de stillingene innenfor den medisinske verden som gir størst påvirkingsmulighet både over ressursbruk og de ansattes holdninger og verdisyn, nemlig professorstillingene og avdelingsoverlege-stillingene på sykehus, er det tankevekkende at det som meriterer mest, er vitenskapelig fordypningsarbeid innenfor ett felt. Hvilket felt dette er, er av underordnet

betydning? Basalforskning teller mer enn klinisk forskning som teller mer enn helsetjenesteforskning, for ikke å snakke om samfunnsvitenskapelig forskning.

Jeg tror ikke at kvinner som gjør de samme tingene som menn i dag må gjøre for å komme i overordnede stillinger, og som lar være å gjøre alt det menn må la være å gjøre for å komme i overordnede stillinger, vil bli noen bedre ledere enn dem vi har i dag. Vi må endre kvalifikasjonskravene til lederstillinger. Jeg mener ikke å si at alle ledere vi har innenfor norsk helse-tjeneste i dag er dårlige, eller at i alle fall alle mannlige ledere er det. Det finnes selvsagt gode ledere også her. Det er mennesker som har helt uvanlige evner til både å favne vidt og dypt, både å lede med hjerne og hjerte. Men selv innen helsetjenesten er overmenneskene få og det er selvfølgelig helt urealistisk å satse på at vi bare skal ha overmennesker til ledere. Derfor trenger vi flere kvinner i ledende stillinger.

Prosjektleder Trine Normann
Sekretariatet for modernisering og
effektivisering i helsetjenesten
Sosialdepartementet
Postboks 8011 Dep 0030 Oslo 1



Ill.: Christine Roche

Kliogest®

(ØSTROGEN - GESTAGEN KOMBINASJONSPREPARAT)

Postmenopausal substitusjonsbehandling uten månedlige blødninger



Nøytral lipidprofil¹

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

Kliogest «Novo»

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Østradiol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg.

EGENSKAPER, Klassifisering: Østrogenprogestagenpreparat bestående av det naturlige humane østrogen 17- β -østradiol og progestagenet noretisteronacetat.

Virningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelssymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av en lav dose noretisteronacetat inducerer eller opprettholder et atrofisk endometrium. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Friitt mikronisert østradiol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. **Metabolisme:** Hurtig dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Hovedsaklig via urin.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.

Kontraindikasjoner: Ved kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometriekarsinom eller andre hormonavhengige tumorer skal det ikke gis østrogenbehandling unntatt i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Leverfunksjonsforstyrrelser. Nåværende eller tidligere tromboflebitt, tromboembolisk lidelse, cerebrovaskulær sykdom, koronarforstoppelse og klassisk migrene. Udiagnostisert, unormal genital blødning. Graviditet. Delvis synstap eller diplopi pga. vaskulær øyesykdom. Porfyri.

Bivirkninger: Blødningsuregelmessigheter (spotting og gjennombruddsblødninger) samt brystspenning de første måneder er som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektendring, hodepine, ødem eller kvalme kan forekomme. Blodtrykket har ikke steget under de utførte undersøkelser.

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

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

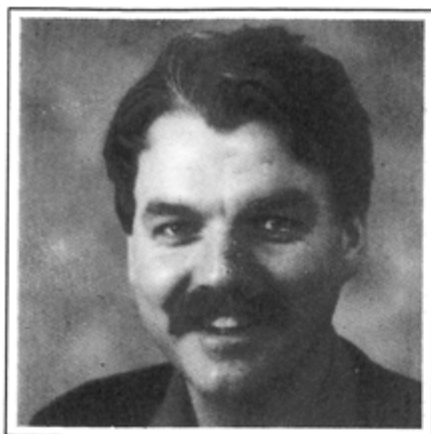
Pakninger: 28 tabletter i dispenser med avmerkede ukedager og 3 x 28 stk. i dispenser.

NOVO

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



Doktor betyr lærer*



Johnny Mjell er bergenser, cand.med. fra Bergen 1981. Etter turnus i Gravdal i Lofoten og Vinje i Telemark har han fra 1985 vært kommunelege II i gruppepraksis i Bodø.

Men norske leger er pedagogiske amatører

Doktor (av latin doctor) betyr lærer. I Norge, som i den engelskspråklige og mye av den vestlige kultur forøvrig, brukes likevel doktor som yrkesbetegnelse synonymt med den norske betegnelse lege. Den norske lege, selv om han i tillegg til medisinsk embets-eksamen skulle ha doktorgraden i medisin, er tilnærmet uskolert i pedagogikk og kommunikasjon.

Av Johnny Mjell

Man kan kanskje spørre seg om det kan ha noen betydning? Jeg vil heller spørre hvorfor så få har bekymret seg for dette. Både i det medisinske studium og i vår gjerning som lege er vi daglig i situasjoner der vi savner (eller burde savne) pedagogisk skoloring hos våre lærere eller hos oss selv. Kanskje det er så enkelt at det er vår manglende pedagogiske utdannelse som gjør at vi heller ikke ser behovet?

Jeg vil framholde følgende arbeidsområder der vi som leger har særlig behov for skoloring i pedagogikk og kommunikasjon:

1. undervisning av medisinske studenter og turnuskandidater
2. videre- og etterutdanningen av leger
3. i vår daglige kommunikasjon med pasientene
4. helseopplysning
5. i forhold til pressen

Undervisning av medisinske studenter/turnuskandidater

Våre egne erfaringer fra studietiden er dårlige

Vi har alle vært studenter, og vi har vel alle (?) opplevd nesten daglig under studiet hvor dårlige pedagoger norske leger er (1).

Ved pedagogisk skoloring kan vi ikke endre på det faktum at noen har en utadvent personlighet, mens andre nødvendig snakker i forsamlinger. Vi er alle

meget forskjellige personligheter i forhold til det å kommunisere med andre eller å formidle kunnskap. Gjennom veiledning, bevisstgjøring og selvstendig utvikling kan vi likevel alle bli dyktige til å undervise (2).

Pedagogisk skoloring av universitetslærere

Det medisinske studium er - og må være - under stadig revisjon. Dette er en naturlig følge av endringer i samfunnet, men kanskje mest på grunn av ny og økt fagkunnskap. Innføring av stadig nye elementer i undervisningen stiller krav til pedagogisk skoloring hos dem som skal formidle kunnskapen.

Det har de siste årene skjedd mye innen pedagogiske fag i Norge. Vi er inne i en tid med mye nytenkning og fremskritt innenfor pedagogikken (3). Vi vet dessuten mye om hvilken effekt pedagogiske virkemidler har på læringsprosessen. Per Fugelli, sier i sitt foredrag "Å lage gode leger" (4) at vi må "...legge om pedagogikken i studiet fra kunnskapstappemetoden til mer stimulerende læremåter som skjerper årvåkenheten, trener den selvstendige bedømmelse og trimmer resonnerings-evnen".

Vi må innføre *obligatoriske* kurs i pedagogikk for lærerne på de medisinske fakultetene (3), og vi må gi slik skoloring bedre merittverdi.

* (Bidrag til Utpostens essaykonkurranse 1988)

Allmennpraktikeren som lærer

En del av landets allmennpraktikere og distriktsleger er i kortere eller lengre tider også praksislærer for medisinske studenter. Noen få deltar også i formelle forelesninger og klinikker i sykehusmiljøet. Instituttene har i noen grad forsøkt å tilrettelegge seminarer om undervisning for disse primærlegene. Det viser seg at behovet for pedagogisk innsikt og erfaring under praksisundervisningen er stort (5).

Turnustjenesten kan bli bedre

Mange av oss fikk tilnærmet ingen veiledning eller undervisning verken under sykehusturnus eller distrikts-turnus. For oss som arbeider i allmenn- og samfunnsmedisin ligger det her en stor pedagogisk utfordring i å gjøre turnustjenesten bedre.

Årbok for Den Norske Lægeforening (6) finner vi målbeskrivelse for turnustjenesten for medisinske kandidater. Her slås det fast at turnuskandidaten skal arbeide "under tilsyn, veiledning og kontroll av overordnede leger". Målbeskrivelsen for turnustjenesten er nå foreslått revidert (7). I Helsedirektoratets forslag til ny målbeskrivelse presiseres at "turnuskandidaten gjennom selvstendig arbeide under supervisjon skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for vanlig allmennmedisinsk virksomhet." Samtidig er det foreslått at en av legene på sykehuset eller i kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for å veilede turnuskandidatene (7,8).

Det er endog i arbeidet med denne veiledning skissert ønske og mulighet for både kurs for disse veilederne og faglig meritering for dette veiledningsarbeidet.

Dersom det som her er skissert som framtidig opplegg for turnustjenesten lar seg realisere, er det håp om en betydelig bedring i veiledningen av turnuskandidatene.

Videre- og etterutdanning av leger

I 1979 ble det beregnet at den totale kursvirksomhet for leger var ca 200.000 timer (9). Timetallet i dag er nok langt høyere. Innen alle spesialiteter gis det årlig tilbud om en lang rekke kurs. Kravene til kursdeltagelse for å oppnå spesialiteter har vist en stigende tendens innen de fleste spesialiteter. Fortsatt "topper" likevel allmennmedisin listen, med krav om 400 kurstimer samt 120 timers strukturert veiledning for å bli spesialist (10).

På disse kursene er det i hovedsak leger som underviser sine kolleger. Som foredragsholdere finner vi leger med spesiell faglig kompetanse eller interesse som forsøker å formidle sine kunnskaper eller meninger til oss andre. Dessverre er det en del av dem som ikke har god nok evne til å formidle sine kunnskaper i muntlig form (1).

En bedre kvalitet på medisinsk utdanning på alle nivåer vil kreve at vi ofrer tid og oppmerksomhet på selve læringsprosessen, på læringsstil, læringsmiljø, veiledning og ulike metoder for formidling av kunnskap, ferdigheter og holdninger (11).

Veiledning

Enkelte av de medisinske spesialitetene har innført krav om veiledning i spesialitetsutdanningen. Veiledere er spesialister innen spesialiteten kandidaten utdanner seg, og har i noen grad tilleggsutdanning for å være veileder.

Veileder skal hjelpe utdanningskandidaten til å bli dyktigere i sitt fag, og er ikke lærer i vanlig forstand. Veilederen skal altså ikke "belære" utdanningskandidaten, men det er utdanningskandidatens egen, bevisste og selvstendige utvikling som er det viktigste (2).

For å oppnå spesialiteten allmennmedisin kreves to års veiledning i veiledningsgrupper. Det gis kurs for veiledere over 3 uker. Uke 2 er i sin helhet viet pedagogikk!

Sett i forhold til en yrkesaktiv karriere på ca. 40 år for leger, er en utdanningstid inkludert turnustjeneste på 8 år kort tid. Et par års veiledning monner lite. Dette gjør det svært viktig at utdanningen og veiledningen rettes inn på at vi utvikler selvstendighet og evne til å reflektere over egen rolle! Utdanningen og veiledningen må gi kompetanse for egenutvikling.

Kommunikasjon med pasienter

Alle praktiserende leger har daglig samtaler med en eller mange pasienter. Samspillet mellom lege og pasient kan sees på som en forhandlings situasjon mellom to parter med delvis ulike interesser (12). Malterud og Vaglums artikkel (12) gir en kortfattet omtale av mange av de ulike konflikter og hindringer som kan hindre et godt forhandlingsresultat.

Psykiatri og allmennmedisin er de spesialiteter som har vært mest opptatt av kommunikasjon mellom lege og pasient. Innen psykiatrien er kommunikasjon kanskje det viktigste instrument legen har til rådighet i behandlingen.

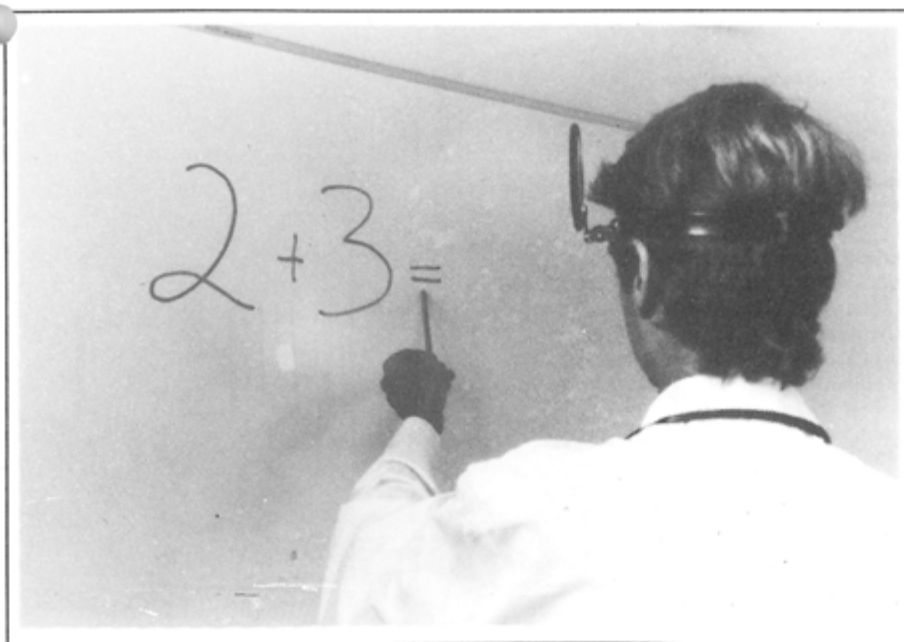


Foto: Kirsti Malterud



I psykiatriutdanningen er derfor lydband- og eventuelt video-opptak av samtaler mellom lege og pasient obligatorisk.

Lægeforeningens pedagogiske avdeling har utarbeidet et videogram om konsultasjonen i allmennmedisin som oppfordrer til video-opptak av konsultasjoner i allmennpraksis. Mange kolleger har prøvd dette, men enda flere våger ikke.

Skal vi kommunisere bedre med pasientene må vi erfare, analysere og diskutere med kolleger vår egen kommunikasjon og konsultasjonsatferd.

Helseopplysning

Helseopplysning er en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeid. Som leger har vi kunnskaper om sammenhenger mellom samfunn og helse og mellom livsstil og helse. Vi kan derfor rette vår opplysning mot enkeltpersoner, grupper av personer, eller mot samfunnets beslutningstagere.

The Cohen Committee on Health Education laget i 1964 detaljerte krav til helseopplysningen, referert av Harlem (13). Kort fortalt krever komiteen at en helseopplysner må ha trening som lærer, en viss kunnskap om medisin, men mye erfaring og opplæring i kommunikasjon. Etter denne definisjonen er norske leger utelukket som helseopplysere! I Norge er det enighet om at leger er viktige helseopplysere, særlig i konsultasjons-situasjonen. Men for å bli gode helseopplysere trenger vi kunnskap og øvelse i hvordan og hvorfor.

Kontakt med pressen

Vi må lære oss å bruke mediene. Mediene og legestanden har gjensidig bruk for hverandre når det gjelder (14):

- nyhetsformidling
- medienes rolle som samfunnsvokter
- debatter i mediene
- opinionsdanning
- folkeopplysning

Vårt forhold til mediene er ofte preget av angst - og med god grunn. Det er store muligheter for å bli feilsikkert eller misforstått når vi får presseomtale. En av grunnene til dette er nettopp at vi har et amatørpreget og angstfylt forhold til pressen. Vi har faglig

kompetanse, men vi har ingen kompetanse i mediebruk og mediekunnskap. Uttrykker vi oss uklart øker risikoen for misforståelser!

Vi må lære oss å samarbeide med pressen, for gjennom mediene kan vi markedsføre våre tjenester - og ikke minst arbeide for vårt overordnede mål: helse for alle (14).

Pedagogikk som del av studiet eller som etterutdanning?

I dag mangler pedagogikk i grunnutdanningen. Mange av spesialitetene har derfor behov for pedagogikk som del av videreutdanningen. I USA er det nylig ved et par medisinske utdanningsinstitusjoner innført program for å utdanne medisinske studenter som undervisere (15) og til å bli dyktigere til å undervise og instruere pasienter (16). Slike erfaringer kan nyttiggjøres når vi i Norge gjør dette til en del av den medisinske grunnutdanning.

Etter mitt skjønn er det hevet over tvil at samtlige leger har behov for pedagogisk skoling. Innen enkelte spesialiteter er behovet større. Jeg vil derfor foreslå en omfattende kombinasjon av pedagogisk skoling både under studiet for alle, og en tilleggsutdanning for enkelte spesialiteter eller stillinger.

Litteratur:

1. Janssen CW jr. På Bergenstoget - tanker etter et seminar. Nord Med 1988; 103: 181-2.
2. Handal G, Lauvås, P. På egne vilkår. En strategi for veiledning med lærere. Oslo: Cappelen, 1983.
3. Nordøy A. Medisinsk grunnutdanning i Norge. I Fugelli P, Nylenna M (ed). Kunnskap er makt - og bør deles med andre. Oslo: Universitetsforlaget/Den Norske Lægeforening, 1987.
4. Fugelli P. Å lage gode leger. I Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K, Å lage gode leger. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
5. Westin S, Forsdahl A, Østensen AI. Studentundervisning i allmennmedisin. I: Fugelli P, Johansen K (red). Langsamt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
6. Årbok for Den Norske Lægeforening. 1986-87.
7. Elle PJ. En mer pedagogisk turnustjeneste. Tidsskr Nor Lægeforen. 1988; 108: 1336.
8. Eriksen MT. Seminar om turnustjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1337.
9. Planlegging av den pedagogiske virksomhet og drift ved Lægeforeningens utdannelsescenter. Innstilling fra en komite oppnevnt av sentralstyret i Den Norske Lægeforening. 1980.

10. Krav om kursbundet undervisning i spesialistutdanningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 6-9.
11. Borchgrevink CF, Holm HA. Legers videre- og etterutdanning. I Fugelli P, Nylenna N (red). Kunnskap er makt - og bør deles med andre. Oslo: Universitetsforlaget/den Norske Lægeforening, 1987.
12. Malterud K, Vaglum P. Kommunikasjon eller kollisjon i lege-pasient-forholdet? I Fugelli P, Nylenna M (red). Kunnskap er makt - og bør deles med andre. Oslo: Universitetsforlaget/Den Norske Lægeforening, 1987.
13. Harlem OK. Communication in medicine. A challenge to the profession. Basel: S.Karger, 1977.
14. Evensen ÅR, Johannessen E. Legestanden og mediene. I Fugelli P, Nylenna M (red). Kunnskap er makt - og bør deles med andre. Oslo: Universitetsforlaget/Den Norske Lægeforening, 1987.
15. Greenberg LW, Jewett, LS. Preparing Medical Students to Teach: an educational program using three approaches. Medical Teacher, 1987; 9: 409-14.
16. Lorenz RA, Pichert JW, Boswell EJ, Jamison RN, Schlundt, DG. Training health profession students to be effective patient teachers. Medical Teacher 1987; 9: 403-8.

**Kommunelege Johnny Mjell
Legegruppen
Torvgt. 1
8000 Bodø** □



"Look - if you have five pocket calculators and I take two away, how many have you got left?"

Brev frå lesarane:

Slik kan det gå....

Utposten har fått tilsendt følgende leserbrev med dikt vedlagt:

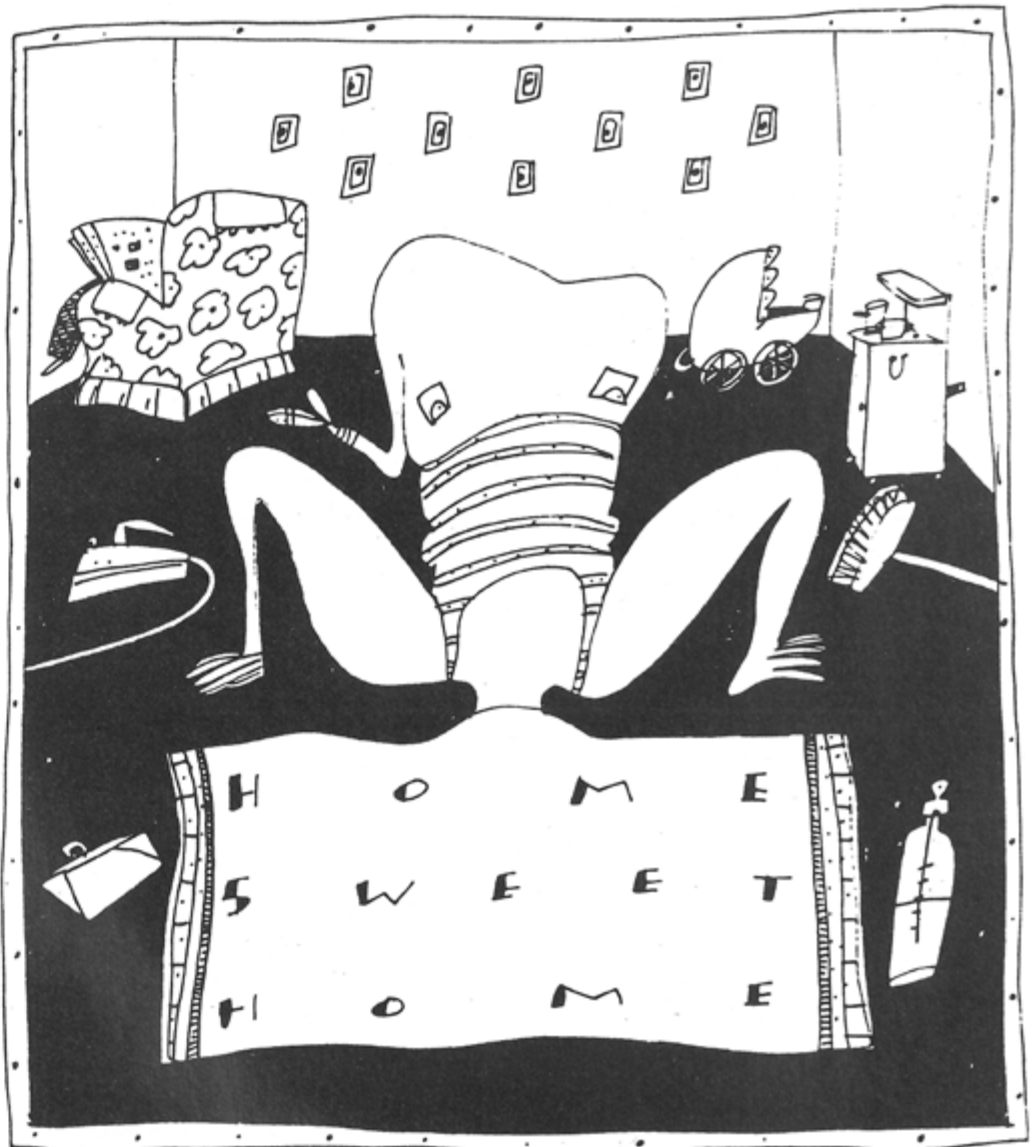
"Tidsskriftet Utposten
5890 Lærdal

Som eit apropos til kollega Synnøve Grønn si skildring av korleis ho midt opp i alt også skaffar huslyden heimebaka brød, legg eg ved ei skildring av korleis det kan gå - og minner om ordtaket om bogen som blir bendt for hardt! (I våre dager brest han ikkje, får vel heller candidose - ver forsiktig med sukker og gjærbakst!)

Beste helsing
Nils Bjelland
Kristiansand "

*Hun var en god mor
en fantastisk hetblodig elskerinne
forståelsesfull hustru
framgangsrik yrkeskvinne
politisk engasjert
med faste tider på helsestudio
vinduene var nypussede
og det duftet godt i hele huset
av nybakt brød og hjemmelaget appelsinmarmelade
- da ambulansen stoppet utenfor.*

(Fra "Kvinna nu" 2/86)



Kommunehelse- tjenestens 5 første år



Toralf Hasvold er født i Bardu 1943, cand.med. Oslo 1943. Primærlege i Balsfjord/Salangen/Bardu i 15 år, herav 2 år i Botswana for NORAD. For tiden NAVF-stipendiat med nakke/skulder-smerter og hodepine som tema. Interessert i EDB som redskap for å bedre kvaliteten av allmenn-medisin, dessuten standardisering av journalsystemer og klassifikasjonssystemer for EDB-journal. Opptatt av den rollen helsetjenesten spiller i samfunnet, og fordelingsproblemet innenfor dette systemet. Tidl. leder av Troms legeförening, nå "bare-så-vidt"-medlem. Gårdbruker med varierende underskudd som avkastning.

Tor Inge Romøren har skrevet en rapport om konsekvensene og erfaringene med Lov om helsetjenesten i kommunene, vurdert etter 5 år. Rapporten er utgitt i Sosialdepartementets utredningsserie, Rapport nr 12/1989. Rapporten er en grundig gjennomgang av denne helsereformen og de konsekvensene man kan se så langt for pasientene, kommunene (det vil si politikerene og administrasjon) og for de ulike helsepersonellgruppene i kommunene.

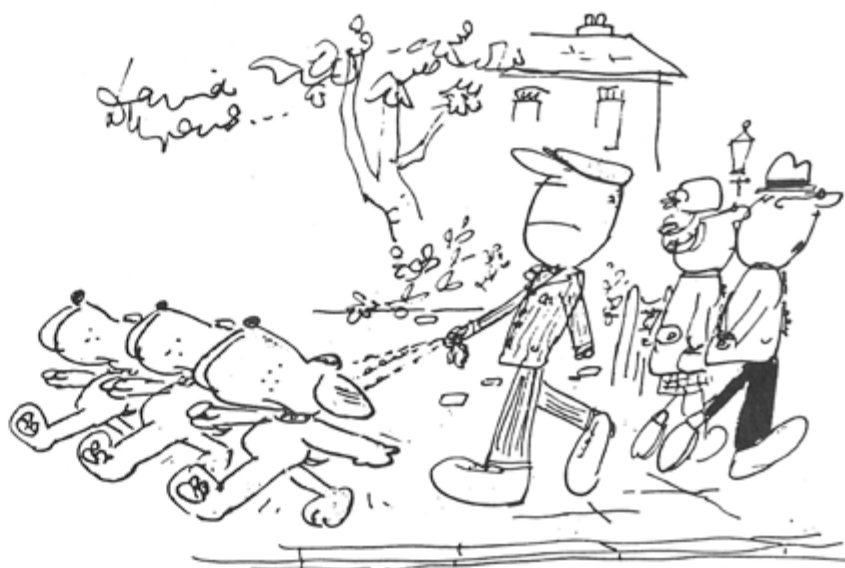
Av Toralf Hasvold

Rapporten er blitt spennende lesning. Tor Inge Romøren (TIR) beskriver, analyserer og trekker konklusjoner, men enda viktigere han gir klare anbefalinger om hvordan dette reformredskapet, som loven er, kan utnyttes av både sentrale myndigheter og kommunene til å bli en bedre tjeneste. Som en av fotfolket i systemet, stemmer mine erfaringer med beskrivelsene i rapporten, og jeg deler udelt TIRs syn på analysene og på anbefalingene. Denne artikkelen blir derfor ingen diskusjon med TIR, men en sammenfatning av de momentene i rapporten som jeg som mangeårig kommunelege og leser av rapporten oppfatter som viktig.

Målsetting

TIR påpeker at helsereformen som prosess hadde startet lenge før Lov om helsetjenesten i kommunene ble innført. Kommunehelseloven var mer en sluttsten i denne prosessen enn et middel til reform av fremtida. Sjøl har jeg disse årene forundret meg over hvor lite som er sagt om de *overordnede mål* for helsereformen, Hva var det man skulle oppnå? Fire delmål er å finne i de proposisjonene som omhandler loven:

1. å skape det nødvendige lovmessige grunnlag for en styrket og enhetlig helse- og sosialtjeneste
2. å sikre en mer rettferdig geografisk fordeling av ressurser og tjenestetilbud



"Frankly, I feel he over-disciplines his animals."

3. å effektivisere ressursutnyttelsen i distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten
4. å skape bedre balanse mellom den lokale helse- og sosialtjenesten og institusjonstjenesten

Strukturreform

Dersom dette var hovedformålene med reformen, ville en sterk *allianse mellom politikere og fagfolkene* være ønskelig for å bygge en tjeneste etter det behov som fagfolkene kunne se i befolkningen og innenfor de økonomiske rammene og hovedprinsippene som politikerne trakk opp. Det man har fått i stedet er en *overadministrert sektor* der politikernes evne eller vilje til engasjement er minimal, og fagfolkene mer eller mindre er satt utenfor prosessen i utviklingen av tjenesten. TIR sier da også i denne rapporten at reformen er blitt en strukturreform mer enn en tjenestereform.

Da de sentrale myndigheter (Sosialdep./ Helsedirektoratet) ikke skaffet seg noen styringsredskaper over reform-prosessen, og de lokale politikere rygget unna de profesjonstridene som kom i forbindelse med diskusjonen om ledelsesstrukturen, lå veien åpen for *de lokale rådmenn og KS*. De bygget opp en helseadministrasjon som først og fremst var skapt til å kommunisere med sentraladministrasjonen. Og gjennom en sterk sektoradministrasjon som var nært knyttet til den sentrale administrasjon fikk rådmennene bedre styring og kontroll over en sektor med høyt kvalifiserte og sterke fagfolk. TIR dokumenterer at kommunene har prioritert ulikt og at det er store ulikheter i evnen til å rekruttere fagfolk i kommunene. Det andre delmålet er derfor ikke oppfylt i løpet av disse 5 årene. Men i kampen om å rekruttere fagfolk til utkanten spiller andre faktorer og forhold langt større rolle enn kommunehelseloven.

Resultater

Til første delmål viser TIR til at det antall klienter som er felles for *helse-tjenesten og sosialetaten* er svært få, og det er vanskelig å påvise noen positiv gevinst visavis enkeltklientene. TIR stiller også spørsmålet om det ikke er strukturelle ulikheter innebygd i helse-tjenesten og sosialtjenesten som gjør en samordning meget vanskelig selv der samarbeidsevnen og viljen er stor. Jeg tror de som lenge før kommunehelselo-

ven forsøkte å etablere et godt samarbeide med sosialkontorene, kan bekrefte at dette ofte ikke lyktes blant annet fordi man ble tvunget til ulike pasientprioriteringer. Det er ikke enkelt for en lege selv om vedkommende er på fast lønn å prioritere bort 3-4 pasienter fra ei timeliste for å sitte i et samarbeidsmøte en time med sosialkontoret om en enkelt klient, når også resultatet av møtet ble magert.

Hvorvidt lovreformen har ført til noen *effektivisering av ressursutnyttelsen* innen denne sektoren er vanskelig å evaluere, og TIR gjør da heller ikke nevneverdig forsøk på det.

Når det gjelder *samordningen mellom primærhelsetjenesten og sykehus-tjenesten*, så slår TIR bare fast at loven ikke har ført til noen økt samordning, han ønsker en egen utredning og analyse av hva som er grunnlaget for en slik samordning og hva gevinsten ville kunne bli. Jeg tror at det er mulig å effektivisere helsekronene og kanskje også få en bedre pasientservice ved å finne et bedre samspill mellom første og andrelinjetjenestene, men er enig med TIR at her ligger det innebygd en rekke ukjente hindre som må avklares og synliggjøres før en foretar lov- endringer som skal fremme en slik samordning.

Konsekvenser for ulike grupper

TIR-rapporten tar videre for seg de ulike gruppene som berøres av reformen og viser hvilke konsekvenser den har hatt for disse gruppene disse 5 første årene.

Forbrukerne

Overfor forbrukerne har TIR sett på hva som har skjedd disse årene med hensyn til tilbud og servicenivå. På tilbudssiden finner man store forskjeller mellom kommunene. Spesielt er ulikheten stor mellom de små kommunene og de store bykommunene når det gjelder *hjemmesykepleien*. De minste kommunene har det klart beste tilbudet, der tjenesten fungerer som "støttefunksjon overfor hjem med omsorgsoppgaver", mens de store bykommunene har en tjeneste som preges av "krisefunksjon i eldreomsorgen." TIR påpeker det noe sørgelige faktum at tendensen i de små kommunene er at de ikke klarer å

oppretholde sitt tilbud og servicenivå og nærmer seg det kriseløsernivået som man ser i de store bykommunene. Riktignok viser han til at det er eldreomsorgen som har fått den største veksten i kommunene etter reformen, men man kan fristes til å tro at det er den generelle debatt og økningen i behovet for eldreomsorg som har vært en større pådriver i dette enn kommunehelseloven. For forbrukerne har *legetjenesten* ikke endret seg vesentlig. Tilgjengeligheten er påfallende lik i alle kommunene, bortsett fra at en del utkantkommuner har hatt store rekrutteringsproblemer. Den personellgruppen som har hatt den sterkeste veksten i denne perioden er *fysioterapeutene*. Og her finner man også den største skjevfordelingen i forbruksmønsteret. Det er vanskeligst å komme til fysioterapeut for de som er ung og de som er gamle. Det har skjedd en utjevning av dette mønsteret i årene etter 1984.

Men TIR viser til at det som betyr noe for folk flest er at helsepersonellet har *tid* for dem, og at *informasjonen* er tilstrekkelig. Dette er sider ved tjenesten som ikke lar seg påvirke av strukturreformer, slik kommunehelseloven er blitt.

TIRs konklusjon er at Loven om helse-tjenesten i kommunene disse 5 første årene i liten grad har betydd noe for brukerne av tjenestene.

Personellets tilpasning

Hvilken konsekvenser har kommunehelseloven hatt for de ansatte i sektoren? Fordi dette er blitt en strukturreform, har den hatt stor betydning for de fleste faggruppene. Antall årsverk i *legetjenesten* hadde en kraftig vekst i årene før Lov om helse-tjenesten i kommunene. De ulike tilknytningsformene som kommunene har til allmennlegetjenesten er noe bestemmende for hvilke oppgaver de utfører. Men hovedtrenden etter 1984 er at det kurative arbeidet blir i økende grad prioritert på bekostning av forebyggende tjeneste og administrativt arbeide utført av leger. De distriktslegene som før 1984 hadde ledende administrative funksjoner, har fått de største tilpasningsvanskene. Ca. 50% uttrykker store problemer, og mange av de mest erfarne og best kvalifiserte legene er gått over til annen legevirk-somhet i løpet av denne perioden. ⇒



For fysioterapeutene har reformen utløst et potensiale av faglig utvikling som ble frigjort gjennom endringen i inntekts- og organisasjonsform.

I og med at det forebyggende arbeidet i kommunene er nedprioritert, oppgir helsesøstrene at de har tapt i kampen om ressursene og kommet i skyggen av omsorgstjenesten.

Den store veksten innen eldreomsorgen har gitt de som arbeider i *hjemmesykepleien* en høyere status og større sjølstendighet. 90 % av sykepleiesjefene, helse- og sosialsjefene og ledende helsesøstre, mens bare 60% av legene og sykehjemsbestyrerne uttrykker at reformen har vært positiv. Dette gjenspeiler reformens styrking eller svekking av yrkesgruppens fag og posisjon.

Kommunene

Hvordan har kommunene tilpasset seg lovreformen med hensyn til organisering og ressursbruk? Staten har gjennom forarbeidene, loven og forskriftene trukket opp en del rammer for kommunene. De pålegges ett felles politisk styre for helse og sosialsakene. Men staten sier intet om den administrative struktur.

Hva er det da som har fått 75% av kommunene i knappe økonomiske tider til å bygge opp et nytt administrativt apparat på toppen av den faglige, daglige ledelse av kommunenes helse og sosialtjenester? TIR peker på at ledelsesstriden mellom de ulike faggruppene har fått kommunene til å velge en *ikkefaglig ledelsesstruktur*. Det er påfallende vanskelig å finne klare faglige og politiske motiver for valg av ledelsesstrukturen.

Mitt personlige inntrykk er at mange kommuner velger ut fra hva de har valgt i nabokommunene, i tillegg til at KS har gitt anbefaling. Kommunepolitikere engasjerte seg ikke i denne strukturdebatten og derfor fikk rådmennene sterk innflytelse på strukturvalget. En av de viktigste egenskapene hos en god leder er faglig dyktighet og evne til å frigjøre kreativitet og ansvarfølelse hos de som skal ledes. Når de fleste helse- og sosialsjefene uten faglig bakgrunn, er satt til å lede to så fagtunge og ulike fagfelt som helse og sosial, og til alt overmål er etablert i systemet mer for å kontrollere enn å inspirere, da må det gå galt.

Og etter mitt syn gjør det det. Hele rapporten er gjennomsyret av at loven ikke er blitt en helsestjenestereform, men en strukturreform uten betydning for helsetjenesten i kommunene. Men lovens intensjoner fra lovmakerens side må ikke forkastes av den grunn. TIR spør: "Er kommunehelsetjenesten blitt en sentral og integrert del av kommunepolitikernes hverdag?" Svaret han gir er et klart nei. TIR har en treffende analyse av hvordan loven kunne ha virket dersom kommunepolitikere hadde tatt utfordringen og brukt den som en tjenestereform. Han sier: "I de organisasjoner som benytter seg av høyt kvalifisert arbeidskraft, vil de ansattes strategi bli organisasjonens strategi. Hvor dette lar seg gjennomføre i kommunene betyr det at kommunen lever lykkelig som "vert" for sine profesjonelle arbeidstakere, som på sin side trives og kan oppnå fremragende resultater. Men der hvor de ansatte ikke får produsere sin strategi, eller hvor spillet mellom kommune og yrkesutøvere går i stå, vil hele kommunehelsetjenesten lett få preg av å være en *"reform på tomgang"*. Dyktige fagfolk og økonomisk handlefrihet er trolig

politikernes viktigste ressurser når det gjelder muligheten til å utforme en god, lokal helsetjeneste."

Forholdet mellom sentralforvaltningen og kommunehelsetjenesten

TIR stiller en del viktige spørsmål omkring forholdet mellom stat og kommune. Er kommunene en forvaltningsenhet som som får delegert ansvar og oppgaver fra staten? Eller er kommunene autonome forvaltningsenheter som handler fritt og på egne vegne?

TIR velger å betrakte kommunene som forvaltere av nasjonale oppgaver som blant annet helsetjenester, og han viser til åpningsordene i kommunehelsesloven: "Landets kommuner skal.."

TIR understreker dette ytterligere ved å si: "Innen velferdstjenestene skal kommunalforvaltningen supplere sentralforvaltningen på områder som er avhengige av lokal innsikt. det er derfor vi har en kommunehelsetjeneste (eller en lokalbasert grunnskole). Det er ikke fordi hver kommune skal kunne gjøre som den vil. Statlig styring er derfor ikke et nødvendig onde. Statlig styring er selve grunnlaget. Men den har behov for å ta lokalt initiativ i bruk for å bli god." Han peker også på det paradoks at det nye inntektssystemet for kommunene ikke har ført til desentralisert makt til lokalpolitikere, men til sentralisert makt til kommuneadministratorene.

Parallelt med helsereformen i kommunene har det foregått en stor omorganisering av *helseforvaltningen sentralt*, men den har gått i motsatt retning i forhold til i kommunene. TIR skriver: "- mens kommunene anbefales samordning, skjer det motsatte i Staten: det blir flere ulike instanser som skal være med å øve et styringsinitiativ." Som en delvis forklaring på de sentrale helsemyndigheters manglende evne og mulighet til styring nevner TIR den interne oppsplittingen mellom Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, Fylkeslegenes etterhvert usikre og svekkede stilling, Kommunenes Sentralforbund som er kommet inn på banen i kraft av å være arbeidsgiverpart, men som mangler helsefaglig kompetanse, og som har som erklært politisk mål å motarbeide statlig styring.

3. Å effektivisere ressursutnyttelsen i distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten
4. Å skape bedre balanse mellom den lokale helse- og sosialtjenesten og institusjonstjenesten

Strukturreform

Dersom dette var hovedformålene med reformen, ville en sterk *allianse mellom politikere og fagfolkene* være ønskelig for å bygge en tjeneste etter det behov som fagfolkene kunne se i befolkningen og innenfor de økonomiske rammene og hovedprinsippene som politikerne trakk opp. Det man har fått i stedet er en *overadministrert sektor* der politikernes evne eller vilje til engasjement er minimal, og fagfolkene mer eller mindre er satt utenfor prosessen i utviklingen av tjenesten. TIR sier da også i denne rapporten at reformen er blitt en strukturreform mer enn en tjenestereform.

Da de sentrale myndigheter (Sosialdep./ Helsedirektoratet) ikke skaffet seg noen styringsredskaper over reform-prosessen, og de lokale politikere rygget unna de profesjonstridene som kom i forbindelse med diskusjonen om ledelsesstrukturen, lå veien åpen for *de lokale rådmenn og KS*. De bygget opp en helseadministrasjon som først og fremst var skapt til å kommunisere med sentraladministrasjonen. Og gjennom en sterk sektoradministrasjon som var nært knyttet til den sentrale administrasjon fikk rådmennene bedre styring og kontroll over en sektor med høyt kvalifiserte og sterke fagfolk. TIR dokumenterer at kommunene har prioritert ulikt og at det er store ulikheter i evnen til å rekruttere fagfolk i kommunene. Det andre delmålet er derfor ikke oppfylt i løpet av disse 5 årene. Men i kampen om å rekruttere fagfolk til utkanten spiller andre faktorer og forhold langt større rolle enn kommunchelse-loven.

Resultater

Til første delmål viser TIR til at det antall klienter som er felles for *helse-tjenesten og sosialetaten* er svært få, og det er vanskelig å påvise noen positiv gevinst visavis enkeltklientene. TIR stiller også spørsmålet om det ikke er strukturelle ulikheter innebygd i helse-tjenesten og sosialtjenesten som gjør en samordning meget vanskelig selv der samarbeidsevnen og viljen er stor. Jeg tror de som lenge før kommunchelse-lo-

ven forsøkte å etablere et godt samarbeide med sosialkontorene, kan bekrefte at dette ofte ikke lyktes blant annet fordi man ble tvunget til ulike pasientprioriteringer. Det er ikke enkelt for en lege selv om vedkommende er på fast lønn å prioritere bort 3-4 pasienter fra ei timeliste for å sitte i et samarbeidsmøte en time med sosialkontoret om en enkelt klient, når også resultatet av møtet ble magert.

Hvorvidt lovreformen har ført til noen *effektivisering av ressursutnyttelsen* innen denne sektoren er vanskelig å evaluere, og TIR gjør da heller ikke nevneverdig forsøk på det.

Når det gjelder *samordningen mellom primærhelsetjenesten og sykehus-tjenesten*, så slår TIR bare fast at loven ikke har ført til noen økt samordning, han ønsker en egen utredning og analyse av hva som er grunnlaget for en slik samordning og hva gevinsten ville kunne bli. Jeg tror at det er mulig å effektivisere helsekronene og kanskje også få en bedre pasientservice ved å finne et bedre samspill mellom første og andrelinjetjenestene, men er enig med TIR at her ligger det innebygd en rekke ukjente hindre som må avklares og synliggjøres før en foretar lov- endringer som skal fremme en slik samordning.

Konsekvenser for ulike grupper

TIR-rapporten tar videre for seg de ulike gruppene som berøres av reformen og viser hvilke konsekvenser den har hatt for disse gruppene disse 5 første årene.

Forbrukerne

Overfor forbrukerne har TIR sett på hva som har skjedd disse årene med hensyn til tilbud og servicenivå. På tilbudssiden finner han store forskjeller mellom kommunene. Spesielt er ulikheten stor mellom de små kommunene og de store bykommunene når det gjelder *hjemmesykepleien*. De minste kommunene har det klart beste tilbudet, der tjenesten fungerer som "støttefunksjon overfor hjem med omsorgsoppgaver", mens de store bykommunene har en tjeneste som preges av "krisefunksjon i eldreomsorgen." TIR påpeker det noe sørgelige faktum at tendensen i de små kommunene er at de ikke klarer å

opprettholde sitt tilbud og servicenivå og nærmer seg det kriseløsernivået som man ser i de store bykommunene. Riktignok viser han til at det er eldreomsorgen som har fått den største veksten i kommunene etter reformen, men man kan fristes til å tro at det er den generelle debatt og økningen i behovet for eldreomsorg som har vært en større pådriver i dette enn kommunchelse-loven. For forbrukerne har *legetjenesten* ikke endret seg vesentlig. Tilgjengeligheten er påfallende lik i alle kommunene, bortsett fra at en del utkantkommuner har hatt store rekrutteringsproblemer. Den personellgruppen som har hatt den sterke veksten i denne perioden er *fysioterapeutene*. Og her finner man også den største skjevfordelingen i forbruksmønsteret. Det er vanskeligst å komme til fysioterapeut for de som er ung og de som er gamle. Det har skjedd en utjevning av dette mønsteret i årene etter 1984.

Men TIR viser til at det som betyr noe for folk flest er at helsepersonellet har *tid* for dem, og at *informasjonen* er tilstrekkelig. Dette er sider ved tjenesten som ikke lar seg påvirke av strukturreformer, slik kommunchelse-loven er blitt.

TIRs konklusjon er at Loven om helsetjenesten i kommunene disse 5 første årene i liten grad har betydd noe for brukerne av tjenestene.

Personellets tilpasning

Hvilken konsekvenser har kommunchelse-loven hatt for de ansatte i sektoren? Fordi dette er blitt en strukturreform, har den hatt stor betydning for de fleste faggruppene. Antall årsverk i *legetjenesten* hadde en kraftig vekst i årene før Lov om helse-tjenesten i kommunene. De ulike tilknytningsformene som kommunene har til allmennlegetjenesten er noe bestemmende for hvilke oppgaver de utfører. Men hovedtrenden etter 1984 er at det kurative arbeidet blir i økende grad prioritert på bekostning av forebyggende tjeneste og administrativt arbeide utført av leger. De distriktslegene som før 1984 hadde ledende administrative funksjoner, har fått de største tilpasningsvanskene. Ca. 50% uttrykker store problemer, og mange av de mest erfarne og best kvalifiserte legene er gått over til annen legevirk-somhet i løpet av denne perioden. ⇒



For *fysioterapeutene* har reformen utløst et potensiale av faglig utvikling som ble frigjort gjennom endringen i inntekts- og organisasjonsform.

I og med at det forebyggende arbeidet i kommunene er nedprioritert, oppgir helsesøstrene at de har tapt i kampen om ressursene og kommet i skyggen av omsorgstjenesten.

Den store veksten innen eldreomsorgen har gitt de som arbeider i *hjemmesykepleien* en høyere status og større sjølstendighet. 90 % av sykepleiesjefene, helse- og sosialsjefene og ledende helsesøstre, mens bare 60% av legene og sykehjemsbestyrerne uttrykker at reformen har vært positiv. Dette gjenspeiler reformens styrking eller svekking av yrkesgruppens fag og posisjon.

Kommunene

Hvordan har kommunene tilpasset seg lovreformen med hensyn til organisering og ressursbruk? Staten har gjennom forarbeidene, loven og forskriftene trukket opp en del rammer for kommunene. De pålegges ett felles politisk styre for helse og sosialsakene. Men staten sier intet om den administrative struktur.

Hva er det da som har fått 75% av kommunene i knappe økonomiske tider til å bygge opp et nytt administrativt apparat på toppen av den faglige, daglige ledelse av kommunenes helse og sosialtjenester? TIR peker på at ledelsesstriden mellom de ulike faggruppene har fått kommunene til å velge en *ikkefaglig ledelsesstruktur*. Det er påfallende vanskelig å finne klare faglige og politiske motiver for valg av ledelsesstrukturen.

Mitt personlige inntrykk er at mange kommuner velger ut fra hva de har valgt i nabokommunene, i tillegg til at KS har gitt anbefaling. Kommunepolitikere engasjerte seg ikke i denne strukturdebatten og derfor fikk rådmennene sterk innflytelse på strukturvalget. En av de viktigste egenskapene hos en god leder er faglig dyktighet og evne til å frigjøre kreativitet og ansvarfølelse hos de som skal ledes. Når de fleste helse- og sosialsjefene uten faglig bakgrunn, er satt til å lede to så fagtunge og ulike fagfelt som helse og sosial, og til alt overmål er etablert i systemet mer for å kontrollere enn å inspirere, da må det gå galt.

Og etter mitt syn gjør det det. Hele rapporten er gjennomsyret av at loven ikke er blitt en helsestjenestereform, men en strukturreform uten betydning for helsetjenesten i kommunene. Men lovens intensjoner fra lovmakerens side må ikke forkastes av den grunn. TIR spør: "Er kommunehelsetjenesten blitt en sentral og integrert del av kommunepolitikernes hverdag?" Svaret han gir er et klart nei. TIR har en treffende analyse av hvordan loven kunne ha virket dersom kommunepolitikere hadde tatt utfordringen og brukt den som en tjenestereform. Han sier: "I de organisasjoner som benytter seg av høyt kvalifisert arbeidskraft, vil de ansattes strategi bli organisasjonens strategi. Hvor dette lar seg gjennomføre i kommunene betyr det at kommunen lever lykkelig som "vert" for sine profesjonelle arbeidstakere, som på sin side trives og kan oppnå fremragende resultater. Men der hvor de ansatte ikke får produsere sin strategi, eller hvor spillet mellom kommune og yrkesutøvere går i stå, vil hele kommunehelsetjenesten lett få preg av å være en "reform på tomgang". Dyktige fagfolk og økonomisk handlefrihet er trolig

politikernes viktigste ressurser når det gjelder muligheten til å utforme en god, lokal helsetjeneste."

Forholdet mellom sentralforvaltningen og kommunehelsetjenesten

TIR stiller en del viktige spørsmål omkring forholdet mellom stat og kommune. Er kommunene en forvaltningsenhet som som får delegert ansvar og oppgaver fra staten? Eller er kommunene autonome forvaltningsenheter som handler fritt og på egne vegne?

TIR velger å betrakte kommunene som forvaltere av nasjonale oppgaver som blant annet helsetjenester, og han viser til åpningsordene i kommunehelsesloven: "Landets kommuner skal.."

TIR understreker dette ytterligere ved å si: "Innen velferdstjenestene skal kommunalforvaltningen supplere sentralforvaltningen på områder som er avhengige av lokal innsikt. det er derfor vi har en kommunehelsetjeneste (eller en lokalbasert grunnskole). Det er ikke fordi hver kommune skal kunne gjøre som den vil. Statlig styring er derfor ikke et nødvendig onde. Statlig styring er selve grunnlaget. Men den har behov for å ta lokalt initiativ i bruk for å bli god." Han peker også på det paradoks at det nye inntektssystemet for kommunene ikke har ført til desentralisert makt til lokalpolitikere, men til sentralisert makt til kommuneadministratorene.

Parallelt med helsereformen i kommunene har det foregått en stor omorganisering av *helseforvaltningen sentralt*, men den har gått i motsatt retning i forhold til i kommunene. TIR skriver: "- mens kommunene anbefales samordning, skjer det motsatte i Staten: det blir flere ulike instanser som skal være med å øve et styringsinitiativ." Som en delvis forklaring på de sentrale helsemyndigheters manglende evne og mulighet til styring nevner TIR den interne oppsplittingen mellom Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, Fylkeslegenes etterhvert usikre og svekkede stilling, Kommunenes Sentralforbund som er kommet inn på banen i kraft av å være arbeidsgiverpart, men som mangler helsefaglig kompetanse, og som har som erklært politisk mål å motarbeide statlig styring.

I tillegg kommer andre departement inn i bildet, dels som motparter, dels som konkurrenter til Sosialdepartementet. (Finans-, Kommunal og arbeids-, Miljøverndepartementet).

Hvordan utnytte lovgrunnlaget?

I et eget kapittel tar TIR for seg hva han ut fra dette grundige studium av kommunehelsetjenesten, mener må til for å utnytte lovgrunnlaget til en nyttig helsetjenestereform.

Stikkordene er statlig styring gjennom : overvåking, veiledning og påvirkning.

Det bør utvikles et redskap for *årsstatistikk* fra kommunehelsetjenesten som blir bearbejdet sentralt og i samarbeide med etablerte forskningsmiljøer. Kommunene vil kunne nytte slike rapporter som kunnskapsbanker for å utvikle og justere sine tjenester. Statens *veiledningstjeneste* må utbygges regionalt. Fylkene er naturlige enheter for kurs og opplæring, og for gjensidig kontakt mellom kommunene. Men *fylkeslegekontorene* må opprustes både økonomisk og faglig for å bli de veiledere av helsetjenester i kommunene som kommunene sansynligvis ønsker og har behov for.

Økt statlig innsats

TIR tar tilslutt for seg 6 områder hvor rapporten dokumenterer behov for økt statlig innsats:

- rekrutteringsspørsmålet
- kommunelegenes situasjon
- forholdet kommunehelsetjeneste/fylkeshelsetjeneste/trygdevesen
- virksomhetsområdene forebygging og attføring
- de store byenes primærhelsetjeneste
- forholdet mellom fagfolk, administrasjon og politikere i kommunene

Kommunelegenes situasjon

Alle disse områdene er viktige, men jeg velger her bare å gå nærmere inn på kommunelegenes situasjon fordi det angår så mange av Utpostens lesere. Rapporten viser at de fleste kommunene velger en ledelsesstruktur som setter kommunelegene i en meget vanskelig situasjon. De skal være medisinsk faglig ansvarlig, men ikke ha administrativ innflytelse. Dette fører til store rekrutteringsproblemer og TIR sier at her er mye godt talent allerede

gått tapt og mer følger etter. Han mener vi nå står overfor et veivalg, enten må man tilpasse loven slik at kommunelegene ikke har et lovpålagt faglig ansvar og dermed tilpasse seg den utvikling som kommunene har hatt, eller så må man få en juridisk avklaring om kommunelegens retter og plikter.

Samfunnsmedisinsk kompetanse og myndighet

Dersom myndighetene ønsker å satse på samfunnsmedisinsk kompetanse og myndighet, noe TIR anbefaler, så krever det en styrking og omorganisering av samfunnsmedisinsk forskning og undervisning. TIR sier: "Faget og yrkesrollen må forankres i vitenskaplig og pedagogisk aktivitet ved universitetene. Samfunnsmedisinen må få samme akademiske basis som allmenmedisin i sin tid fikk. En samfunnsmedisin som er basert på faglige fritidbeskjeftigelser har ingen framtid."

Hva var suksess og hva var fiasko?

Svaret er ikke enkelt og krystallklart. *Brukerne* av den kommunale helsetjenesten har neppe opplevd noen endring, til tross for samordning og en styrket administrasjon. Eldreomsorgen er blitt styrket i denne perioden, men om loven har hatt noen vesentlig betydning for dette er for meg noe usikkert. For *personellet* er det liten forskjell i det daglige arbeidet. Legene ser ut til å trekke seg mer og mer ut av det samfunnsmedisinske engasjement, som hadde så gode tradisjoner i dette landet, til fordel for kurativ virksomhet. Offentlige og kommunale fastlønnede stillinger rekrutterer dårlig. Dette har gått utover Utkant-Norge og det forebyggende arbeidet. Faggruppene i omsorgsarbeidet har fått økt status og en faglig vekst. *Kommunepolitikere* sitter fortsatt på gjerdet og tør ikke skjære gjennom profesjonsstrid som svekker fagfolkernes innflytelse på utviklingen av tjenestene, slik at administratorene får større kontrollende og faglig hemmende makt.

Denne rapporten er ikke bare en viktig utredning og interessant dokument, den bør studeres og debatteres. Den er en kilde til nytt håp om at Loven om helsetjenesten i kommunene fortsatt

kan bli et redskap til utvikling av kommunenes største sektor, til beste både for tjenesteytere og -mottakere. Mitt råd til Sosialdepartementet er at det arrangeres tverrfaglige seminarer rundt om i landet for å diskutere rapportens anbefalinger.

Rapporten kan og bør bli starten til en kommunehelsepolitisk vekkelse, der politikerne hopper ned fra gjerdet, tar styringen og får med seg fagfolkene i en konstruktiv diskusjon om premissene for en fremtidsrettet tjenestereform. Det er bare å håpe at ikke KS og administratorenes klamme hånd har fått festet grepet for godt.

Stipendiat Toralf Hasvold
 Institutt for samfunnsmedisin
 Universitetet i Tromsø
 9000 Tromsø

□

TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneholder lymecyclin, æqv. 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 1989 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 152,20
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 284,40
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 275,70
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 167,70
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 314,90
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 141,40

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecycline and doxycycline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) A. Pines et al.: *Antiviot. Regimes in Severe and 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 bør väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*



Nyttig oversikt over hudsykdommer

Hugh Zachariae og Kristian Thestrup-Pedersen: LÆREBOG I HUDSYKDOMMER

6. utgave.

Munksgard forlag
København 1988, 231 sider.
Pris DKK 315.

Mange av oss husker denne boken fra studietida. Den anvender seg til medisinerstudenter, men forfatterne ønsker at den og skal være nyttig for allmennleger, og det er den. Boken gir en kortfattet og praktisk oversikt over de fleste hudsykdommer

og symptomer. Språket er dansk, men det glemmer man fort, og boken er lett å lese og å finne fram i.

Der er 40 kapitler. I tillegg til omtale av de ulike hudlidelser er der egne kapitler om undersøkelse av pasienter med hudlidelser, om lokalbehandling, og om systemisk behandling, slik at man får beskrevet prinsippene for undersøkelse og behandling også. Omtalen av de enkelte hudlidelser omfatter beskrivelse av sykdomsmanifestasjoner, etiologi, kort om

histologisk bilde, differensialdiagnoser og behandling.

Boken er 10 år gammel, men den er ajourført annethvert år p.g.a. utviklingen innen dermatologien. Nytt i 6. utgave er hudsymptomer ved AIDS, mye nytt om inflammasjon og allergi og nyvinninger som nonsedierende antihistaminer og antivirale midler.

Det som er beskrevet av behandling er kortfattet, men gjenspeiler den behandling som brukes av norske all-

mennleger og dermatologer. Bildene er gode, men fargene savnes. Fargeplansjene til slutt i boka er av god kvalitet, men dekker ikke på langt nær dermatologien. Boken er et nyttig verktøy for dem som ønsker en kortfattet lettest oversikt over dermatologien, og for dem som trenger en oppslagsbok på kontoret er den innholdsrik og oversiktlig nok.

Anmeldt av
Ruth Midtgarden
Kvernevik Legesenter,
Stavanger Kommune □



Legemidler og eldre

er en kampanje i regi av Statens Utvalg for Legemiddelinformasjon som finner sted høsten 1989. Som et ledd i denne kampanjen presenterer vi følgende:

Forskrivningsregler for medisiner av gamle (etter Knut Laake)

1. Ta hensyn til pasientens samlede sykkelighet når du skal planlegge den medikamentelle behandling.
2. Ikke skriv ut legemidler hvis du er i tvil om effekten av dem.
3. Prioriter hva som er viktigst å behandle - seponer de minst nyttige legemidlene ved multifarmasi.
4. Hold deg til velkjente medikamenter - nye preparater er som regel dårlig utprøvd over for eldre pasienter.
5. Gi pasienten skriftlig informasjon om medisinene i tillegg.
6. Gjør doseringen så enkel som mulig - helst ikke kortere doseintervall enn 12 timer.
7. Ta hensyn til pasientens muligheter til å gjennomføre opplegget når du planlegger doseringen. Anbefal dosett.
8. Sjekk medikasjonen (virkning, bivirkning, compliance) ved hver konsultasjon.
9. Ha en aktiv holdning til seponering av legemidler.

Strategi for seponering av legemidler hos eldre:

- Let etter "forbudte" kombinasjoner (f.eks. levodopa og nevroleptika).
- Let etter tvilsomme kombinasjoner.
- Finn ut hva som er (eller har vært) indikasjonen for de medikamentene som pasienten bruker.
- Vurder om tilstanden er fullt kompensert.
- Motiver i så fall pasienten for kontrollert prøveseponering.
- Gjennomfør nedtrapping og seponering under legekontroll - ta ett medikament av gangen.



Forskning i nordisk allmennmedisin - et tidsdokument fra akademisk allmennmedisins tidlige år

Gert Almind, Dag Bruusgaard, Niels Bentzen, Birgitta Hovelius:
FORSKNING I NORDISK ALLMENNMEDISIN
Universitetsforlaget, 1988,
Allmennpraktikerbiblioteket (186 sider)

Tittelen på denne anmeldelsen er hentet fra bokens innledning, hvor boken presenteres som en rapport, et dokument fra en tidsepoke, nemlig allmennmedisinsk forsknings barndom. De fire hovedforfatterne har, sammen med 21 andre nordiske leger, beskrevet i alt 22 forskningsprosjekter med tilknytning til allmennmedisin.

De forskjellige forskningsemnene som presenteres dekker et vidt spekter, fra praksisanalyse og diagnoseprosedyrer til måling av pasienttilfredshet og metoder for bedre pasientforståelse. Kapitlene er bygget opp omtrent likt, utifra en momentliste med blant annet overskrifter som

- "Hvorfor allmennmedisin?",
- "Fordeler ved valgte metode",
- "Akseptabilitet" (for valgte metode blant medarbeidere og i forskningsmiljø),
- "Ulemper og begrensninger",
- "Tid til forskning",
- "Etterpåklokskap" og
- "Bøker som var gode å lese".

Hvert prosjekt presenteres med sine sterke og svake sider, og i et sammendrag får vi kort skissert de resultatene undersøkelsen ga. For dem som ønsker å fordype seg i enkelte av prosjektene vises det til publikasjoner i forskjellige tidsskrift. Prosjektene er gruppert i seks hovedkapitler etter type problemsstilling eller forskningsmetode, og hvert hovedkapittel har en innledning om emnet.

Det er fristende å sammenligne denne boken med Steinar Westins "Forskning i almenpraksis", som kom ut i Almenpraktikerbiblioteket i 1983. Mens Steinar Westins bok kan sees på som en "kokebok" i allmennmedisinsk forskning, er den nordiske boken ment som en stimulator til de som ennå ikke har bestemt seg for om de skal forsøke seg som "forskere". I så måte kan man si at de to bøkene utfyller hverandre, og at ingen av de to overflødiggjør den andre. Steinar Westins bok er blitt en "klassiker" i Allmennpraktikerbiblioteket, som jeg tror alle som har syslet med forskning i allmennmedisin har brukt flittig og hatt stor glede og nytte av. Den er lettlest og oversiktlig, og fortsatt aktuell. Den nordiske boken er etter min mening ikke fullt så lettlest, noe som dels skyldes variasjonen i prosjektemnene, dels den bundne oppbygging av kapitlene. Endel av prosjektene er glimrende beskrevet og spennende å lese, mens andre er vanskeligere å få oversikt over.

De norske prosjektene som presenteres, er

Magne Nylenna og Dag Bruusgaards "Kreft i allmennpraksis",

Arthur Hertzbergs "Etterundersøkelse av forebyggende helseundersøkelse",

Gunnar Tellnes' "Skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet",

Svein Z. Bratlands "Ultralyd i allmennpraksis",

Dag Bruusgaards "Alkoholproblemer i allmennpraksis" og

Kirsti Malteruds "Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter".

Boken gir en balansert beskrivelse av allmennmedisinsk forsknings muligheter, med utfordringer og oppgaver både til de som liker å telle (kvantitativ forskning) og de som liker å beskrive (kvalitativ forskning). En samnordisk utgivelse som denne lover også godt for Allmennpraktikerbibliotekets fremtid.

Olav Thorsen
Kvernevik Legesenter
Stavanger



Gert Almind
Dag Bruusgaard
Niels Bentzen
Birgitta Hovelius

Forskning
i nordisk
allmennmedisin

Universitetsforlaget

Almen-
praktiker
biblioteket

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)
- Doseres en gang pr. dag – før frokost (4) (5)
- God effekt etter flere års bruk (5)
- Rimelig
- Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)

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

For ytterligere informasjon, kontakt:



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' insulin frisetting ved at øyevetvett 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 initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappevis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om følingsreaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) *Omstilling fra andre preparater til glipizid:* Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende 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 krampes til bevisstløshet. Ved hypoglykemi gis hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløshet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning i.v., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protrauert forløp, og krever da overvåkning i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)



Kan man lese seg til en bedre jobb? Til en triveligere arbeidsdag? Kan bøker gi den jobben du nå har, et mer meningsfylt innhold? Er det mulig at "teorien" kan gjøre "praksisen" bedre?

Vår påstand er at svaret er ja! Behersker du teorien, gjør du en bedre jobb i praksis. Dessuten: Jo mer du kan, desto tryggere blir du på deg selv. Kunnskap øker selvtilliten, inngir respekt... og imponerer overordnede. Jo mer du kan om jobben din, desto bedre får du det med deg selv og dine omgivelser.

Tano forlag spesialiserer seg på litteratur som gjør deg

i stand til å gjøre en bedre jobb – eller få en bedre jobb, for den saks skyld. Våre bøker er beregnet på deg som vil vite mer, på deg som vil holde deg ajour, på deg som vil ha mer ut av jobben.

Tano er ikke Norges største fagbokforlag, men vi satser stort på å bli det beste. Derfor velger vi våre forfattere med omhu. (Rent bortsett fra at mange forfattere velger oss som forlag.)

Finn ut hvilke bøker du kan ha nytte av, kryss av på kupongen og se frem til en mer meningsfylt arbeidsdag!



Det lille fagbokforlaget med de store forfatterne

Hvordan skal du komme deg opp, uten oppdatering?

Berit Austveg:
HELSEARBEID OG INNVANDRERE
Mangfold, sunnhet og sykdom

Forfatteren er almenmedisiner og går grundig inn på kontakten med og behandlingen av innvandrerpasienter i almenpraksis. Boken gir grunnleggende og nødvendig medisinsk og antropologisk kunnskap for møtet med pasienter fra innvandrer kulturer.

HF. CA. 250 SIDER, PRIS KR. 258,-
Kommer primo oktober.

Hanne Sundby/Gro Guttormsen
INFERTILITET

En bok om ufrivillig barnløshet. Hvilken veiledning skal man gi en pasient som ikke blir gravid? Når bør spesialist inn i bildet? Denne boken vil gi svar på noen av de spørsmålene en kan stille seg i møtet med infertile pasienter. Infertilitet tar opp temaer som risikofaktorer, årsaker, utredning, behandling, familieliv og samliv, psykiske reaksjoner, lovgivning, etikk og holdninger hos pasient og lege. Forfatterne er henholdsvis gynekolog og psykiater.

HF. 252 SIDER, PRIS KR. 248,-



Hilchen Sommerschild/Berit Grøholt:
LÆREBOK I BARNEPSYKIATRI

Forfatterne har skrevet denne boken med tanke på almenpraksis og utgangspunktet er at barnets og familiens møte med primærhelsetjenesten er avgjørende for behandling og oppfølgingstiltak. Av bokens innhold kan bl.a. nevnes: kliniske tilstandsbilder, behandling, forskning og arbeidsmodeller. «Lærebok i barnepsykiatri» vil være nyttig for almenmedisineren i det daglige virke.

IB. CA. 480 SIDER, PRIS KR. 348,-

Kirsti Monsen:
PSYKODYNAMISK KROPPSTERAPI
En ressursorientert behandling basert på fysioterapi og psykologi.

Forfatteren, som er fysioterapeut, tar opp funksjonelle og psykosomatiske lidelser og lanserer en behandlingstilnærming. Denne tidskrevende pasientgruppen gis for sjelden reell symptomlette og bedring. Kirsti Monsens bok viser hvordan fysioterapeuten kan bli en viktig samarbeidspart for almenpraktikeren.

HF. CA. 100 SIDER, PRIS KR. 168,-

JA TAKK, jeg bestiller gjerne følgende bøker:

- Lærebok i barnepsykiatri, kr. 348,-
- Helsearbeid og innvandrere, kr. 258,-
- Infertilitet, kr. 248,-
- Psykodynamisk kroppsterapi, kr. 168,-

NAVN _____

SKOLE/FIRMA _____

ADRESSE _____

POSTNR./STED _____

studia
UNIVERSITETSBOKHANDEL
P.B. 2627 5026 Bergen

CReturadresse:
UTPOSTEN
5890 LærdalEli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD**Innhold: UTPOSTEN nr. 6 - 1989**

Leder Kirsti Malterud	side 242
Petra nn	side 243
Legens ubehag ved tvangsinnleggelser Ivar Aaraas	side 245
Varning	side 248
Farlige dager sett innenfra NN	side 249
De psykotiske tilstandene Sidsel Gilbert	side 253
Hva kan vi gjøre for "kronikerne" i kommunehelsetjenesten? Iturla Gjesdal	side 259
Hverdagsklinikk: Nyttig om nevroleptika Gerd-Ragna Bloch Thorsen	side 263
Velfortjent pris til Dag Bruusgaard	side 265
Lure løsninger og fikse finesser: Alminnelig utstyrsgalskap Janecke Thesen	side 267
Nytt fra referansegrupper: Allmennmedisinsk kvinneforskning Sidsel Graff-Iversen og Berit Heløe	side 269
Trenger vi flere kvinner i ledelsen av norsk helsevesen? Trine Normann	side 269
Doktor betyr lærer Johnny Mjell	side 273
Brev frå lesarane	side 276
Kommunehelsetjenestens 5 første år Toralf Hasvold	side 277
Bokomtale Ruth Midtgarden	side 282
Legemidler og eldre	side 282
Bokomtale Olav Thorsen	side 283

Halcion®

(triazolam)

B Hypnotikum

Tabletter: 0,125 mg. og 0,25 mg.

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

Egenskaper:

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

Indikasjoner:

Triazolam er indiset hos pasienter med forbigående og kortvarig insomni. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomni.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsaklig doseavhengighet. Døsighet, om-tåketet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

△ Forsiktighetsregler:

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

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

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidine, men akkumulering forekommer ikke ved gjentatt dosering. Ved samtidig inntak av erytromycin kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. (I:55 e benzodiazepiner).

Dosering:

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


Pakninger og priser:

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

Halcion®

(triazolam)


DOSERINGSANBEFALING


0,125 mg

Geriatriske pasienter


0,25 mg

Voksne
ved behov: Ger. pas.


0,5 mg

Ved behov:
Hospitaliserte pas.
Voksne
Ger. pas.

Astma er ofte underdiagnostisert hos barn

I en undersøkelse av 2.700 7-åringer i England¹, fant man astma hos hele 11% av barna. Bare hos 2% hadde astmadiagnosen blitt stillet før undersøkelsen. 31 barn ble satt på **kontinuerlig forebyggende behandling**. Blant disse falt skolefraværet til en tiendepart.

Det er viktig å **stille diagnosen astma på et tidlig tidspunkt**. Det har betydning for behandling og prognose. Foreldrene er dessuten som oftest lettet over å få en spesifikk diagnose og konkrete retningslinjer for behandling.

En presis diagnose er viktig for å starte en effektiv behandling

Bronkiolitt skyldes nærmest alltid en **virusinfeksjon**² og opptrer hos barn under 2 år og spesielt under 1 år. Det er en viktig diagnose å stille, fordi ca. 50% av disse barna ofte piper senere. Symptomene viser seg bl.a. med hurtig, besværet respirasjon og ekspiratorisk stridor. Ekspertene er enige om at de fleste barn som har hatt bronkiolitt, har **hyperreaktivitet** i nedre luftveier i noen år etterpå.

Barn fra 1—2 år og eldre kan få **akutt, ukomplisert bronkitt**. Bronkitt kjennetegnes av mer moderate og ukarakteristiske symptomer enn akutt bronkiolitt. **Antibiotika** har mindre betydning enn tidligere antatt i behandlingen av disse luftveisinfeksjonene.³ Ved å gi antibiotika, risikerer man at de ikke får annen nødvendig behandling med den fare for økt sykkelighet dette medfører.



Lomudal 5 mg
(dinatriumkromoglikat)
**ny styrke
mer effektiv**

FISONS
Pharmaceuticals
Østerdalen 27
1345 Østerås
Telefon (02) 24 72 50

Lomudal «Fisons»

Antastmatikum

- T INHALASJONSAEROSOL 5 mg/dose:** Hver dose inneholder: Natrii cromoglicas 1 mg, resp. 5 mg, sorbitan, trioleas et propellant (tetrafluordichloroethan, difluordichloromethan) q.s.
- T INHALASJONSPULVER 20 mg:** Hver kapsel inneholder: Natrii cromoglicas 20 mg.
- T INHALASJONSVÆSKE 10 mg/ml:** Hver dose (ampulle) inneholder: Natrii cromoglicas 20 mg, aqua purif q.s.

Egenskaper: Klassifisering/virkningsmekanisme: Natriumkromoglikat hindrer frisettning av mastcellerivede mediatorsubstanser med bronkokonstriktorisk og inflammatorisk effekt som fører til bronkial hyperreaktivitet og astma. En mulig virkningsmekanisme er også en afferent, vagal refleksbuehemming.

Indikasjoner: Astma bronchiale, bronkial hyperreaktivitet.

Bivirkninger: Tilfeldig irritasjon i luftveiene kan forekomme. Dette kan ofte lindres ved at pasienten bruker et bronkodilatorerende middel på forhånd, evt. drikker litt vann i forbindelse med inhalasjonen. Enkelte tilfeller av alvorlig bronkospasme har vært rapportert med natriumkromoglikat gitt som inhalasjonspulver.

Overgangen fra bronkiolitt/bronkitt til astma er ofte flytende. Har barnet hatt 3 eller flere anfall av bronkial pulmonal obstruksjon (BPO), går vi ut i fra at barnet har astma.

Lomudals* plass i behandlingen

Behandlingen av astma er avhengig av pasientens tilstand og alder. Ved akutte symptomer på BPO bør bronkodilatorerende midler forsøkes. Bronkodilatorerende midler har liten effekt på slimhinneødem og slimsekresjon. Kombinasjonsbehandling med **Lomudal** (Kromoglykat) anbefales i behandlingen av **mild til moderat astma hos barn og unge**.⁴ Pasienter med mer alvorlig grad av astma krever inhalasjonssteroider.

Særlig ved **allergisk årsak**⁵, og/eller ved **anstrengelsesutløst astma**, er det aktuelt å gi **Lomudal forebyggende** enten alene, eller i kombinasjon med et bronkodilatorerende middel. Pasienter med mer uttalt besvær bør imidlertid henvises til spesialist og evt. behandles med inhalasjonssteroider.

* Lomudal = dinatriumkromoglikat.

Referanser:

- Speight ANP, et al Prevalence and spectrum of asthma in childhood. Br Med J 1983; 1256-1258.
- Carlson KH, Ørstavik I. Bronchopulmonary obstruction in respiratory virus infections. Eur J Respir Dis 1984; 65:92-98.
- Stewart DA, Moghadam H. Are antibiotic drugs needed for the treatment of upper respiratory tract infections in infants? Canad Med Assoc J 1972; 107:1082-1084.
- H. Eigen, et al. The Journal of Allergy and Clin. Immunology, nr. 4:612-21, 1987.
- Løwhagen O, Rak S. J. Allergy Clin Immunol 1985;75(4):460-67. Patel KR, Kerr JW, Clin allergy 1984;14:87-91.

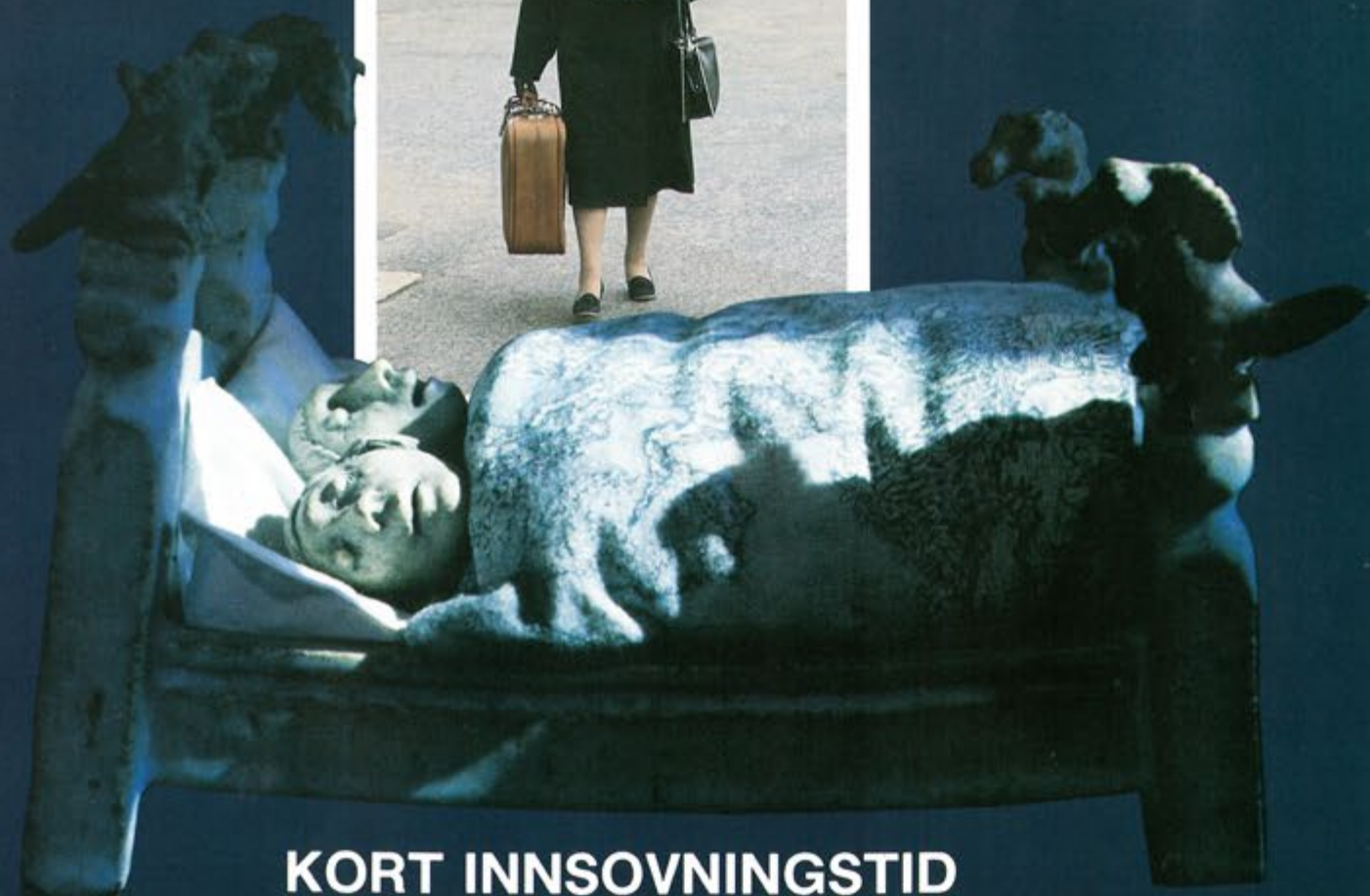
Dosering: Inhalasjonsaerosol 5 mg/dose: **Voksne og barn:** Initialt: 2 inhalasjoner 4 ganger daglig. Når tilstanden er under kontroll, kan dosen forsøksvis reduseres. Ved behov kan det doseres opptil 6—8 ganger daglig. Ved anstrengelsesutløst astma, bør preparatet brukes kort tid (10—15 minutter) før anstrengelsen. Ved langvarig anstrengelse bør det doseres hver annen time. **Inhalasjonspulver 20 mg:** **Voksne og barn:** 1 kapsel 4 ganger daglig. Ved behov kan antallet kapsler økes til 8 pr. dag. Ved anstrengelsesutløst astma bør det gis kort tid (10—15 minutter) før anstrengelsen. Ved langvarig anstrengelse bør det doseres hver annen time. Administrasjonsmåte: Klinisk effekt oppnås bare etter inhalasjon. Kapslene administreres ved hjelp av Spinhaler. **Inhalasjonsvæske 10 mg:** **Voksne og barn:** 1 ampulle 4 ganger daglig. Ved alvorlige tilfeller: 1 ampulle hver 3. time, eller 5—6 ganger pr. døgn. Administrasjonsmåte: Inhalasjonsvæsken administreres ved hjelp av en nebulisator. Andre preparater bør ikke blandes med inhalasjonsvæsken i nebulisatoren.

Andre opplysninger: Fordi natriumkromoglikat virker forebyggende, er det viktig at preparatet brukes kontinuerlig. Hvis preparatet skal seponeres, bør dette skje gradvis, i løpet av en uke. Astmasymptomer kan residivere når behandlingen avbrytes.

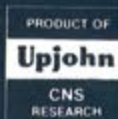
Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol 5 mg/dose: 112 doser kr. 355,20. Inhalasjonspulver: Enpac: 100 stk. kr. 257,60. Med spinhaler: 100 stk. kr. 270,40. Inhalasjonsvæske: Plastikkampuller: 60x2 ml kr. 225,50.

Halcion[®] (triazolam)

OPPLAGT NESTE DAG*



**KORT INNSOVNINGSTID
OG BEDRE SØVNKVALITET***



Registrert varemerke: HALCION

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

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

For nærmere opplysninger
se Felleskatalogen

TEMA • 1



Er det astma eller bronkitt?

Fredag 1. desember

- 09.00 - 09.15: Overlege Ludvig Daae: Urinundersøkelser.
09.15 - 09.40: Overlege Martin Steinbakk (Ullevål sykehus): Påvisning av urinveisinfeksjoner.
09.50 - 10.10: Overlege Sverre Landaas: Ny teknologi for laboratorieanalyser i primærhelsetjenesten.
10.15 - 10.30: Pause.
10.30 - 11.10: Overlege Petter Urdal (Ullevål sykehus) og Harald Torsvik (Bærum sykehus): Diagnostikk og kontroll av hyperlypemier.
11.15 - 12.00: Professor Johan H. Strømme (Ullevål sykehus): Praktisk nytte av enzym/isoenzym-bestemmelser.
12.10 - 13.10: Lunsj-pause.
13.10 - 13.25: Overlege Ludvig Daae: Påvisning av graviditet.
13.30 - 13.40: Overlege Ludvig Daae: Smitterisiko og -forebyggelse ved laboratoriearbeid.
13.50 - 14.30: Professor Jørg Mørland (Rettstoksikologisk institutt): Laboratorieprøver for påvisning av alkoholmisbruk og bruk av narkotika.
14.40 - 14.55: Pause.
14.55 - 15.25: Professor Jørg Mørland: Medikamentanalyser som terapi-veiledning.
15.35 - 15.55: Overlege Sverre Landaas: Kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser i primærhelsetjenesten.
16.00: Oppsummering og avslutning.

LABORATORIEBRUK I ALMENPRAKSIS

30. nov. - 1. des. 1989

Kurset er en revidert gjentakelse av kurs nr. 1610 (1986), som er obligatorisk emnekurs i almenmedisin. Det er primært beregnet på almenpraktiserende leger, men antas å være av interesse også for andre laboratoriebrukere. Hjelpepersonell som utfører laboratoriearbeid ved legekantorene vil også ha glede av kurset.

Sted: Soria Moria, Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningscenter.

Påmelding skriftlig til kursleder innen 1. november 1989. Merk konvolutten "Laboratoriekurs".

Kursavgift kr. 600,-.

Det er reservert et begrenset antall rom på Soria Moria for kursdeltakerne. De som ønsker å overnatte, må selv bestille plass innen 1. oktober.
(Adresse: Soria Moria, Postboks 25 Voksenkollen, 0326 Oslo 3, tlf. 02-14 60 80)

Arbeidsutvalg: Overlege Sverre Landaas (kursleder), Sentrallaboratoriet, Ullevål sykehus (0407 Oslo 4), overlege Ludvig Daae, Sentrallaboratoriet, Ullevål sykehus, overlege Per Wium, NHO, Oslo, spesialist i almenmedisin Haavard Martinsen, Oslo.

Torsdag 30. november

- 09.00 - 09.05: Åpning av kurset (overlege Sverre Landaas).
- 09.05 - 09.50: Overlege Helge Erik Solberg (Rikshospitalet):
Tolkning av laboratorieresultater.
- 10.00 - 10.20: Overlege Ludvig Daae: Taking, behandling og forsendelse av laboratorieprøver.
- 10.20 - 10.35: Pause.
- 10.35 - 10.55: Bioingeniør 1 Annichen Juell (Ullevål sykehus): Innkjøp og vedlikehold av fotometre, sentrifuger, mikroskop m.m.
- 11.05 - 11.30: Professor Inge Romslo (Regionsykehuset i Trondheim):
Senkningsreaksjonen - prinsipp, metoder, feilkilder og tolkning.
- 11.40 - 12.05: Overlege Anne Glennås (Diakonhjemmets sykehus): Diagnostisk utredning av kroniske arthritter.
- 12.15 - 13.15: Lunsj-pause.
- 13.15 - 13.35: Overlege Sverre Landaas: Hemoglobin-måling. Kvalitetskontroll.
- 13.45 - 14.30: Professor Inge Romslo: Diagnostikk og oppfølging hos anemi-pasienter.
- 14.40 - 14.55: Pause.
- 14.55 - 15.15: Overlege Per Kristian Lund (Dr. V. Først med. lab.): Telling av blodlegemer i allmennpraksis. Indikasjoner og valg av metode.
- 15.25 - 15.40: Overlege Ludvig Daae: Påvisning av gastrointestinal blødning.
- 15.50 - 16.30: Spesialist i allmennmedisin Kristian Furuseth:
Laboratorieprøver ved kontroll av diabetikere.

7/