

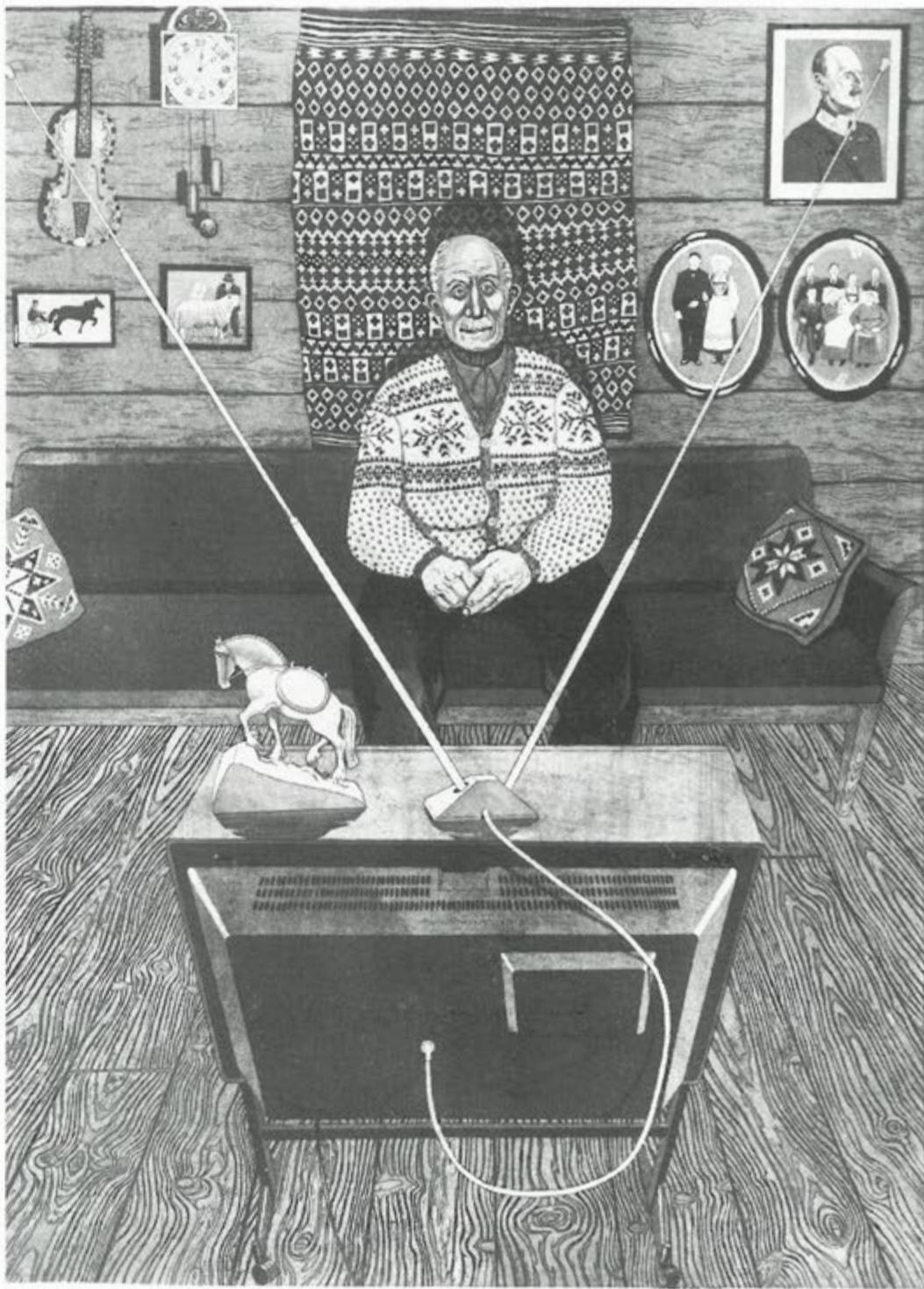
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

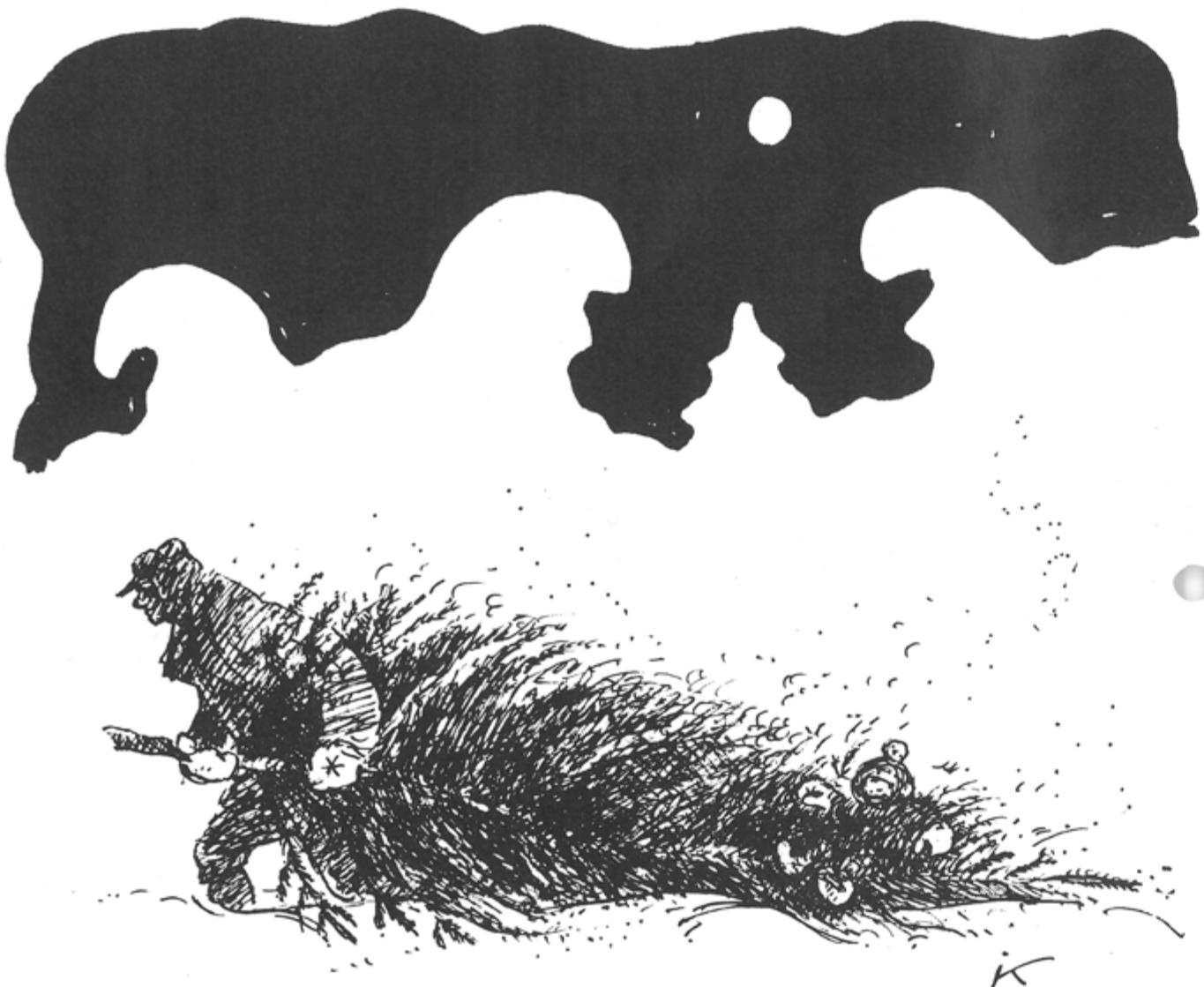
1990

ÅRGANG 19



«KÄRKALL» - SVEINUNG IVERSEN - 1982

Hovedtema: Kultur og helse



# *Utposten ønsker leserne et godt nytt år!*

Redaksjonen er avsluttet 24.10.89

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

Gunn Aadland Lundvågen 20 4085 HUNDVÅG	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL K: 056 66100 P: 056 69333
K: 04 535619 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	

Abonnement: kr 250,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset

Annonser: henvendelse Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98

ISSN 0800-5680

# Hva er kultur?

## Leder:

"Kultur er noe vi ikke har råd til i økonomiske krisetider", sier en nyvalgt stortingsrepresentant fra Rogaland etter valget i 1989.

Hva er kultur?

Ordet kan brukes innholdsrikt og omfattende. Den kan være alt fra en beskrivelse av Mozart under prismekroner til en beskrivelse av leveforhold i en bushmannsleir i Afrika. Ordet kan også beskrive sentrale motsetninger i vårt nære liv og i den vide verden.

Ny kultur - Gammel kultur  
 Finkultur - Hverdagskultur  
 Bykultur - Bondekultur  
 Vestens kultur - Østens kultur  
 Voksen kultur - Barnekultur  
 Mannskultur - Kvinnekultur

Fra Jæren har Arne Garborg beskrevet en pietistisk folkekultur i boka "Fred". Folket her hadde en fot i verdens jammerdal og en fot i himmelsk herligdom. Over hadde de vid himmel, kanskje med rom for frihet? Kanskje det også ga rom for helseberikende krefter?

På Jæren koblet de i 1989 kultur og helse sammen. Dette skjedde på Hå gamle prestegård, nå ombygd til kunstsenter. Målet var å synliggjøre sammenhenger rundt menneskelig skapertrang, samvær mellom mennesker og helse.

Vi har utfordret billedkunstnere fra Vestlandet, Finn Egil Eide fra Nordfjord eid og Ivar Kvåle fra Voss. Hva tenkte/skapte de i møtet/spenningsfeltet mellom helse og kultur? Ivar Kvåle har gitt nummeret en kulturell tilknytning til årstiden.

Sverre Lundevall har vært i Kairo for å lære noe om kulturers uttrykksmåter.

Det ble også en spennende artikkel til Utpostens lesere. Sosialantropologene har gjort kultur til sitt fag.

Kultur er all sosial handling og studien av hvilken mening denne har. Marianne Gullestad skriver om kultur og hverdagsliv. Kultur er brillene vi daglig møter vår virkelighet med. De farger våre tanker om hva som er sykt og hva som er friskt.

Møte med andre fagtradisjoner over en slags kulturgrense er en utfordring. Nye koblinger av kunnskaper kan gi oss spennende og uvante resultater. Kanskje har den medisinske tradisjon og forståelsesmåte i et slikt helse/kulturmøte en mindre fremtredende plass enn vi ønsker å ha. Vårt sjølbilde som forvaltere av en helsekultur til gode for alt folket står kanskje på noe vakkende grunn?

Men mye spennende fagutvikling er også i vente dersom ulike "fagkulturer" evner å ta hverandres perspektiv.

Dette kan gi oss nye enkeltfragmenter i et slags helhetsbilde.

Vi kan lære noe om - Hva gjør folk syke? og kanskje enda viktigere - Hva holder dem friske?

Gunn Aadland, som sammen med Marit Hafting er ansvarlig for dette nummeret av Utposten.



# Tromsø - Kairo - Palestina

Sverre Lundevall, f. 1950. Cand. med. Oslo 1976. Helseteam i Libanon 78-79. Kommunelege Tromsø 83-88.

Fra høsten 88 stipendiat ved allmennmed. seksjon, Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Bydelslege Sandaker helsecenter fra høsten 89. Vinner av essayprisen 1989!

**Refleksjoner om kulturforskjeller utfra opplevelser under et feltarbeid om psykiske problemer blant palestinske flyktninger**

Av Sverre Lundevall

## Et 10 års minne:

Vinteren 1978-79 var jeg på helseteam i Sør-Libanon og arbeidet for Palestinske Røde Halvmåne. Det var en stor opplevelse. Til tross for dramatiske episoder med krig og bombardement var kanskje en av de viktigste erfaringene knyttet til noe mer fredelig: Å være utenfor språket. Jeg kunne sitte, først forventningsfull, men etterhvert med en stigende følelse av å være helt utenfor, og overhøre timelange samtaler mellom palestinere. Samtaler fulle av latter og gode poeng, der alle var så engasjert at de glemte å oversette, og hvem kan vel oversette arabiske ordspill med lag på lag av dobbeltbetydninger?

Også i mitt arbeid som lege var det frustrasjoner: En pasient snakket opphisset og gestikulerte og appellerte i tre minutter, hvoretter tolken oversatte: "Hun har vondt i halsen". Fra meg av nysgjerrighet spurte jeg tolken: "Men hva mer sa hun?" Og tolken svarte: "Ikke noe viktig".

Uten å forstå språket er man avskåret og hjelpløs, både sosialt og profesjonelt.

## Palestinernes situasjon og vårt prosjekt:

Opprettelsen av staten Israel i det engelske mandatområdet Palestina i 1948 førte til at mer enn 700 000 palestinere ble drevet på flukt fra sine byer og landsbyer og sin jord, som ble overtatt av de jødiske immigrantene. Da palestinene etter 15 års nesten total lamslåttethet begynte å ta opp motstandskampen, kom de i konflikt både med vaklende arabiske regimer og med den regionale supermakten Israel, som flere ganger utvidet sine grenser gjennom nye kriger. I dag bor palestinene spredt. De fleste

bor i Israel, på Vestbredden og i Gaza, og i de omkringliggende arabiske land Jordan, Syria, Libanon og Egypt. Siden 1976 har Palestinakomiteen og andre organisasjoner sendt flere hundre norske helsearbeidere til palestinene. De fleste har arbeidet i Libanon, men mange har også arbeidet på Vestbredden og i Egypt. I rapportene fra dette helsearbeidet er det skrevet påfallende lite om emosjonelle og psykiske problemer. I Tromsø var vi en gruppe helsearbeidere med erfaring fra helseteam som ønsket å finne ut mer om holdning til og håndtering av psykiske problemer hos det palestinske folket. Vi tenkte at palestinene kanskje hadde utviklet andre strategier enn bruk av det profesjonelle helsevesen for å mestre psykiske påkjenninger. Kanskje vi kunne lære noe?

Det ble et forskningsprosjekt med psykiater Hans Sande som leder og kommunelege SL som medarbeider, og Kairo som sted for det meste av feltarbeidet. I tillegg til prosjektleder artikkelforfatteren deltok våre ektefeller Brit Steinsvik og Marianne Dahl, begge helsearbeidere med erfaring fra Libanon, i prosjektarbeidet.

Høsten 1986 dro vi til Kairo, der den administrative og faglige ledelse av Palestinske Røde Halvmåne har sine kontorer i tilknytning til et moderne palestinsk sykehus. Presidenten i Palestinske Røde Halvmåne, dr Fathi Arafat, møtte oss med stor velvilje. Denne velviljen var nok skapt av våre forgjengere, de mer enn 200 norske helsearbeidere som har drevet solidaritetsarbeid for palestinene.

Vi tok barna ut av skolen, og begge våre familier bodde i Kairo i 3 måneder. Kairo er en stor og spennende by. Og veldig bråkete. "Kulturen her er ekspressiv", sa folk. "Hvis vi lager litt flere lyder selv og lytter litt mindre

etter de andres lyder, så går det vel bedre", sa vi til hverandre. Og snart var vi tilvent, kunne gå hvor vi ville og føle trygghet i millionbyen.

Og fremfor alt: Byen var som en enorm utstilling av alle stadier av mennesketens historie, fra de gamle kongedømmer, via den koptiske urkristendom, det unge islam, senmiddelalderens skiftende maktforhold og fram til den kulturkampen mellom det vestlige og det tradisjonelle som preger Egypt idag. Reis dit!

### Litt om metoden vår:

Som hovedmetode benyttet vi semistrukturerte intervjuer med palestinsk helsepersonell og med andre palestinere som kunne tenkes å belyse vår problemstilling. Blant den siste gruppen var det også vanlige palestinere som hadde gjennomgått pakjenninger og noen som var under psykiatrisk behandling. I tillegg intervjuet vi norsk og utenlandsk helsepersonell. Tilsammen besto vårt intervjuemateriale

av 47 intervjuer, hvorav 41 ble gjort i Egypt og på Vestbredden. Ingen av oss kunne arabisk, så vi var avhengig av tolk i de fleste av intervjuene. Vi arbeidet i par og tok skriftlige notater under samtalen. Etter hvert intervju hadde vi alle fire gründige oppsummeringssamtaler med diskusjon om det som var kommet fram. I tillegg til intervjuene fortsatte vi systematisk å jakte på litteratur og rapporter, særlig med tanke på en epidemiologisk statistikk over forekomsten av psykiske sykdommer og plager blant palestinene. Det var ikke mulig å finne litteratur om dette, og vi måtte derfor renonsere på vår opprinnelige målsetning om å forankre den kvalitative innsikt intervjuene kunne gi med en kvantitativ oversikt. Mangelen på pålitelig statistikk når det gjelder palestinernes levekår og sykelighet generelt er også kommentert av andre (1). Dette kan delvis forklares med flyktningtilværelsen og de ustabile forhold. Når det gjelder psykiatri, vil de mange diagnostiske fallgruver gjøre

det vanskeligere å få fram pålitelig statistikk på dette felt enn på felter som vaksinasjonsstatus og somatisk sykelighet.

Våre resultater basert på intervjuer og diskusjoner er under skriving med tanke på publikasjon.

I resten av denne artikkelen skal jeg presentere noen refleksjoner utfra opplevelser underveis i prosessen, i møtet med den arabiske kultur.

### A) Forhold til tid og rekkefølge.

I intervjuene prøvde vi å få fram livshistorier, med tidspunkt og rekkefølge for viktige livshendelser. I tillegg til å få tidfestet viktige familiehendelser som ekteskap, barnefødsler og familie-medlemmers død, kunne det dreie seg om krigsopplevelser, varighet av fengselsopphold, ulike voldsomme tapsopplevelser, flytting og flukt. Ofte hadde vi problemer med å få klarhet i kronologien i livshistorien, og vi kunne oppdage selvmotsigelser og tvetydigheter i notatene etterpå.

Delvis kan slike problemer skyldes svakheter i vår metode, som språkproblemer og misforståelser til tross for bruk av tolk, eller mangel på tid til å bli grundigere kjent med intervjuobjektet, men det er interessant at andre har gjort samme erfaring.

I en antropologisk undersøkelse blant ungdommer i en libanesisk landsby på 60-tallet viste det seg at de hadde vanskeligheter med å ordne hendelser i fortiden kronologisk, og plasserte hendelser fra tidlig barndom sammen med nyere opplevelser og omvendt. I den grad opplevelser kunne tidfestes i det hele tatt var det i forhold til ytre markører som et bryllup, en ferie, eller et slagsmål snarere enn i forhold til et kronologisk ordnet bilde av sin egen oppvekst og utvikling (2).

Under vårt feltarbeid i Kairo var det viktig for oss å planlegge intervjuarbeidet fremover. Tidfesting og klare avtaler føltes uomgjengelig nødvendig. I så måte representerte vi det moderne vestlige samfunn der mennesker nesten er slaver under sine egne avtalebøker og der tiden er punkter i rekkefølge på en lang linje. Det var et tilbakevendende problem å få klare avtaler, det ble mye venting, avlyste møter og mislykkede forsøk på intervjuer. På den annen side oppstod ikke sjeldent lykke-



Forfatteren med døtre i Kairo. I bakgrunnen en av Kairos mange moskeer. (Sultan Hassan moskeen)

lige tilfeldigheter, som når et intervjuobjekt uventet brakte oss i kontakt med en tredje person som førte til et nytt spennende intervju.

Psykiateren Philip Rack diskuterer hvordan synet på tid er forskjellig i en bondekultur og en bykultur og refererer fra en undersøkelse av algirske bønders holdning til tid der man skiller mellom "tidens kretsløp" som et bondebegrep og "tidens pil" som bymennesker bruker når de planlegger (3).

"De som legger femårsplaner forestiller seg tiden som en pil. Arbeidet har en begynnelse og en slutt; det er et mål som skal nås. Tingenes tilstand er en helt annen ved slutten enn ved begynnelsen.....Men de som tenker på tiden etter kretsløpsmodellen ser på slike forandringer som produkter av mystiske krefters spill - skjebnen, lykken, trolldom eller Guds verk. Å planlegge slike ting virker derfor meningsløst (4)".

Antropologen Raphael Patai ser en sammenheng mellom tidsoppfatningen i tradisjonell arabisk kultur og det arabiske språk, og fremholder at verbets tider i det arabiske språk er semantisk flertydige og ubestemte. Dette særtrekket ved språket, hevder han, bidrar til en vag og ubestemt tidsoppfatning i den tradisjonelle arabiske kulturen. Arabiske samfunn karakteriseres derfor av en mindre opptatthet av tid og varighet, og et mindre bevisst forhold til varighet og rekkefølge av hendelser i fortiden (5).

Dersom det virkelig er en forskjell mellom den arabiske oppfatningen av tid og vår vestlige lineære tidsoppfatning, kan dette ha flere viktige implikasjoner hvorav jeg nevner to: Innen jus har nettopp tidspunkt og rekkefølge ofte avgjørende betydning. Internasjonale organisasjoner som Amnesty International og Røde Kors har engasjert seg i spørsmål omkring brudd på menneskerettighetene overfor palestinere. Nettopp vaghet omkring tidspunkt, varighet og rekkefølge vil kanskje überettiget kunne svekke troværdigheten av vitneutsagn.

En psykodynamisk psykoterapi basert på kjennskap til individets personlige biografi kan også ha vansker med å finne fotfeste.

Kanskje skal en heller ikke overdrive forskjellene når det gjelder oppfatningen av tid. I min allmennpraksis i



Den Palestinske Røde Halvmånes sykehus ligger i bydelen Heliopolis i Kairo.

Tromsø spør jeg rutinemessig pasientene om hvor lenge de har vært syke. Mer enn halvparten svarer da med noe annet enn en tidsangivelse, for eksempel om en hendelse, om symptomer eller følelser. Det tar ofte tid og tålmodighet å få fram en sykehistorie ordnet langs en lineær tidsakse. Av og til må jeg gi opp.

I Egypt planla jeg å lære døtrene våre på 10 og 12 år den kronologiske tidstabellen i Egypts historie, fra det gamle kongedømmet til Hosni Mubarak. Istedent lærte de seg å balansere kurver på hodet.

### B) Hvordan følelser uttrykkes og bearbeides.

I intervjuene prøvde vi først å få fram en livshistorie og deretter snakke om reaksjoner og følelser i samband med viktige livskriser, som da en kvinne ble enke, en familie ble drevet på flukt, en flyktningeleir ble bombet.

Det vi imidlertid opplevde da vi spurte hva intervjuobjektet følte i forhold til sine livsopplevelser, var at vi pånytt fikk høre hva som hadde skjedd. Dette gjentok seg så regelmessig at vi forsto at vårt klare skille mellom hendelser og handlinger på den ene siden og tanker og følelser på den andre var fremmed for dem. Det kan ha vært flere årsaker til at vi fikk dette inntrykket. Kanskje var det språklige misforståelser, kanskje var det mangel

på tid til å etablere et dypere tillitsforhold.

I tillegg til slike muligheter begynte vi å tenke på om det kanskje er trekk i vår egen kultur og vårt eget språk som fører til at vi oppfatter følelsesplanet som løsrevet fra handlingsplanet. En illustrasjon av et slikt skille kan være når en norsk TV-reporter spør skøyteloperen Geir Karlstad hva han følte da han falt på 10 000 meter under OL i 1988. Hadde han på dette tidspunkt et følelsesliv uavhengig av fallet?

Et svært aktuelt spørsmål i møtet mellom palestinske flyktninger og vestlig helsepersonell er nettopp dette som gjelder følelsesmessig bearbeidelse av kriser og tap. Slik vi er opplært, skjer dette for en stor del gjennom å "snakke om det" i detalj og gjerne flere ganger, utfra den erfaringen at dette kan påvirke fortolkningen av det som har skjedd og lette integreringen av det i personligheten forøvrig. Hos palestinene fikk vi inntrykk av at den følelsesmessige bearbeidelse av for eksempel en nær pårørendes død skjer intensit og åpent i et kollektivt sorgarbeid rett etter tapet. I dette sorgritualet fikk vi inntrykk av at det er viktige forskjeller mellom kvinner og menn idet kvinnene sørger mer åpent og mer organisert.

Når en individuell kriseopplevelse var kommet mer på avstand (for eksempel et langvarig fengselsopphold med

tortur), fikk vi inntrykk av at en vanlig holdning blant palestinerne var: Det som har skjedd har skjedd og ingen samtale kan endre dette, bare rippe opp i noe forferdelig. Derfor virket også mange skeptiske til effekten av samtaleteperi.

Et lignende inntrykk har jeg fra iranerne.

Som flyktninglege i Tromsø har jeg snakket med ca 80 iranske flyktninger med tildels omfattende torturopplevelser bak seg. Alle uten unntak sier at tingene blir verre hvis vi "snakker om det". På den annen side har jeg enda ikke sett at noen har lyktes i en eksilstrategi som går ut på å glemme fortidens traumer.

### C) Betydningen av gjesthet, ære, fasade og det å ikke tape ansikt.

Dette er fundamentale verdier i den arabiske kulturen som er omtalt i mange bøker. Vårt eget inntrykk var også at samværet mellom folk var atskillig mer preget av høflighetsfraser enn i Norge. En hyggelig hilser vi ble møtt med av nesten alle på gaten i Kairo var "Wellcome to Egypt". Upersonlig kanskje, og uforpliktende, men verd å tenke over.

Når egyptere ønsker oss fremmede velkommen er de i tråd med urgammle verdier i beduinsamfunnet, slik denne gamle historien om Bu Zaid illustrerer: Bu Zaid var den mytiske helten i Bani Hillal stammen som, idet han oppfylte sin gjestfrihet, slaktet kamelene sine, etter en, for å servere kjøttet til tilfeldige gjester. Til slutt stod han selv ansikt til ansikt med sultedøden. De andre stammemedlemmene anerkjente det storstående ved hans gjestfrie karakter og ga ham noen få kameler for å berge livet, men han måtte først love å ikke ofre dem på gjestfrihetens alter. Bu Zaid samtykket, men før lang tid var gått hadde hans gjestfrihet redusert antall dyr til en eneste melkekamel. Noen få dager senere mens han satt foran teltet sitt, dukket skikkelsen av en fremmed opp i det fjerne. For å slippe å se ham nærme seg og være nødt til å invitere ham inn som gjest, gjemte Bu Zaid seg dypt inne i teltet. Han kunne likevel ikke la være å spørre konen sin: "Har gjesten blitt invitert inn i noen av de andre teltene ennå?"

Etter tre eller fire benektede svar mens den fremmede kom nærmere og

nærmere teltet, greide ikke Bu Zaid lenger å kontrollere seg selv, men sprang ut mot den fremmede, bød ham velkommen i teltet og skar strupen over på sin siste kamel for å oppfylle den overordnede plikt og det privilegium som beduinsk gjestfrihet er (6). Den norske sosialantropologen Unni Wikan har mange års erfaring fra Midt-Østen. Hun fortalte i et innlegg på et helseteamseminar i Palestinakomiteens regi i 1985 at hun mange ganger under sitt feltarbeid hadde "tråkket i salaten" og gjort seg selv til latter ved å hevde sine norske moralnormer som sannhet og ærlighet. I Egypt er aktsel og respekt langt viktigere moralnormer enn ærlighet og sannferdigheit. Dersom man kritiserer noen eller sier at vedkommende lyver, bryter man regelen om aktsel og respekt så grovt at man selv blir stående igjen som den som har gjort feil (7). Hva så med våre norske idealer om å "være direkte", "snakke rett ut", "kalle en spade for en spade"? Er de bare gode? Lever vi etter dem?

Det er ikke vanskelig å finne eksempler på at det å være "direkte" kan skape store problemer, og at også vi helst viker tilbake for direkte konfrontasjoner både i privatliv og yrkesliv.

Når det gjelder æresbegrepets plass i vår kultur har kriminologen Nils Christie med bekymring registrert at det blir færre anmeldelser av og domfelleser for forbrytelsen ærekrenkelse i Norge.

Han forklarer dette med at æren betyr stadig mindre, slik at den blir mindre verd å krenke eller mindre viktig å forsøre mot mulige krenkelser, og sier at nedgangen i ærekrenkelser kan sees som et tegn på at vi er på vei bort fra hverandre (8).

### D) Den langvarige kampen mellom den vestlige og den tradisjonelle arabiske kultur.

I arabisk historie fra de eldste tider fram til idag representerer framveksten og utbredelsen av Islam i perioden 622 til 1500-tallet en blomstringsepoke. Perioden fra 1517 fram til 1. verdenskrig sees på som en epoke med stagnasjon og forfall, der det arabiske folk var underlagt styret til det ottomaniske tyrkiske imperium. Også langt ut i denne perioden var det ifølge Patai vanlig blant både leg og lerd å se den islamske samfunnsform som overlegen

i forhold til det vanlige Europa. Møtet med Vesten i form av Napoleons ero- bring av Egypt i 1798 kom som et sjokk. Vestens teknologiske, vitenskapelige og organisatoriske overlegenhet ble demonstrert, og senere har tanken om å lære av Vesten stått sterkt, men hele tiden i kamp mot de tradisjonelle verdier (5).

En av våre intervjuobjekter, en egyptisk psykiater, mente at spørsmålet om tradisjon versus modernisme har vært det viktigste kulturspørsmålet i Egypt siste 100 år.

Allmennt kan man kanskje si at dette gjelder alle utviklingsland og kanskje også moderne vestlige industriland på vei inn i postmodernismen. Likevel var det overraskende for oss å oppleve hvor levende og aktuell denne kulturdiskusjonen er i Egypt og andre arabiske land idag.

Psykiateren og antropologen Arthur Kleinman har skrevet om hvorfor nett- opp helsesektoren blir et viktig område for denne diskusjonen i utviklingsland generelt:

"I samfunn under modernisering finner man sosiale realiteter som er en merkelig blanding av moderne og tradisjonell tro, verdier og institusjoner, og som holdes sammen i ulike mønstre av assimilasjon, komplementaritet og motsetninger. Ettersom moderne medisinske ideer og praksis ofte er fremst i den kilen av teknologi som introduseres i moderniseringssprosessen er det ikke overraskende at helseomsorgssystemer rommer noen av de skarpeste uttrykk for de spenninger og problemer som samfunnsutvikling innebærer (8)."

I likhet med mange andre land i den 3. verden har Egypt og araberlandene kopiert vestlig høyteknologisk sykehushusmedisin som er mest tilgjengelig for rike pasienter. Offentlig primær-helse-tjeneste i Egypt er lite utbygd og dekker bare 3 millioner av landets over 50 millioner innbyggere.

Tradisjonell "healing" har fortsatt en sentral plass.

I det palestinske sykehuset i Kairo er det lagt stor vekt på moderne vestlig medisinsk teknologi. Blant de utenlandske helsearbeiderne vi har intervjuet er det ulike syn på dette. Følgende to utsagn illustrerer diskusjonen:

"Det palestinske sykehuset i Kairo er bygget etter en helt vestlig modell. Det har ingen arabiske kjennetegn i



arkitekturen. Her er ikke gjort plass for familiene til de syke, her et intet bønnerom. Både i helsestall og undervisning burde palestinerne velge mer i pakt med arabisk kultur."

"De har gjort et valg. De ønsker å lære av vestlig medisin, ønsker å være moderne. Det ser ut som de må gjenta en del av de feilene vi har gjort med å legge overdreven vekt på de tekniske sidene ved medisinen. De fødende på sykehuset syns det er deilig og moderne at de ikke har de nyfødte babyene sine hos seg. Hvis vi nå utfra vår mer holistiske tilnærming kommer hit og argumenterer mot en del av vestlig teknologisk medisin og ber dem lete i sine egne tradisjoner, vil det være en frekkhet. Det kan oppleves som hvis jeg vil lære å kjøre bil og isteden får høre at "det er altfor mange biler i verden, de er farlige, usosiale og forurensende, bruk heller hest og kjerre som besteforeldrene dine."

### E) Sammenligninger, overflateinntrykk og dypere forståelse.

I større grad enn vi tenkte på forhånd har møtet med den arabiske kultur gjort at vi ser vår egen på en ny måte.

I begynnelsen av feltarbeidet var det lettest å få øye på forskjeller mellom arabisk og norsk væremåte og kultur. I møtet med det palestinske helsevesen, og særlig håndteringen av psykiske plager var det mange trekk vi stilte oss kritisk til utfra en sammenligning med norske forhold.

Ettersom vi trengte litt dypere inn i situasjonen fikk vi øye på stadig flere likhetstrekk med vårt eget helsevesen. Etter at vi kom tilbake til Norge har jeg

blitt ekstra oppmerksom på slike likhetstrekk: Det gjelder den prestisje og politiske betydning som tillegges vårt helsevesen, vektleggingen av teknologi, troen på sterke medikamenter, overdreven jakt på somatiske sykdommer hos pasienter med psykosomatiske plager og lignende.

Hvor godt kan man kjenne en kultur etter noen få måneder?

Vi intervjuet en egyptisk lege som nettopp var kommet tilbake til Kairo etter to måneders opphold i Norge. Han var meget begeistret, og syntes det hadde vært de to beste månedene i hans liv. Spesielt hadde han satt pris på den ærligheten som hersket i omgangen mellom mennesker i Norge, der folk ikke var høflige mot hverandre av plikt eller rutine, men fordi de mente det. På den måten kunne man vite hvor man hadde hverandre, mente han, og det kunne man sjeldent i Egypt.

Vi på vår side var like begeistret over den vennlighet og hjelpsomhet vi var blitt møtt med av palestinere og egyptere, men kjente oss ikke riktig igjen i hans rosenrøde bilde av Norge. En av de viktige likhetene mellom arabisk kultur og norsk kultur er kanskje at den individuelle variasjon mellom menneskene er like stor.

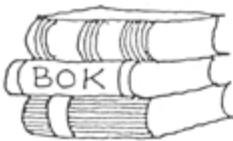
Det er naturlig og nødvendig å gjøre seg tanker om kulturelle forskjeller og likheter. Samtidig gjelder det at vi som helsepersonell ikke går i den grøften som kan kalles kulturell reduksjonisme, men møter et menneske fra en annen kultur med samme innstilling som vi bør ha til norske pasienter, en "nysgjerrig jakt etter akkurat dette mennesket." (10)

### Noter:

1. Flamm, Ch. Review of literature and information available on the mental health situation of Palestinian refugees in all Middle East Camps. (Occupied and Non-Occupied) Upplisert.
2. Williams, Judith R. The youth of Haouch El Harimi, A Lebanese Village, Cambridge, Mass: Harvard Middle Eastern Monograph Series XX, 1968.
3. Bourdieu, P. The attitude of the Algerian Peasant Towards Time. I: J. Pitt-Rivers (red). Mediterranean Countrymen. The Hague: Mouton Co, 1963.
4. Bailey, F.G. The Peasant View of the Bedouin Life. I: T Shanin (red). Peasants an Peasant Societies. Harmondsworth: Penguin, 1966.
5. Patai, R. The Arab Mind. New York: Charles Schribners Sons, 1976.
6. Thomas, B. Arabia Felix. New York: Charles Schribners Sons, 1932.
7. Referat fra Palestinkomiteens Helseteamseminar, 11-12. mai 1985. Upplisert.
8. Christie, N. Hvor tett et samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
10. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1980.
11. Austveig, B. Intervju i Informasjon fra psykososialt team for flyktninger i Norge, nr 1 1988.

Bydelslege Sverre Lundevall  
Sandaker helsecenter  
Oslo





## ANMELDELSER

**Da Kulturen kom til Norge.**  
Brit Berggreen. Aschehougs  
forlag, Oslo 1989. 245 s,  
innb. Rikt ill. Pris kr. 269,-.

Denne boka tar for seg de kulturelle forandringene i forrige århundre, da Norge igjen ble en selvstendig nasjon. Dette var en omvelting av dimensjoner, en kulturkollisjon. Fra skoledagene husker vi litt vakt at frigjøringen i 1814 førte til en gjenoppståelse og en gjenvinning av alt som var ekte norsk. Denne boka gir et spennende bilde av hvor forenklet og tildels gal denne forståelsen er.

Det som skjedde var at et lite, toneangivende embedsmannsskikt med patriotisk begeistring for det norske, gikk inn for å gjenfinne den norske kulturen blant bøndene. Sterkt påvirket av kontinentale ideer om bonderomatikk ventet de å finne noe sterkt, edelt og rent. Det de fant passet ikke helt med dette. De norske bøndene var til dels både usiviliserte, urenslige, uvidende og ukulturelle, sett med embedsstandens øyne.

De måtte derfor oppdras til en mer sivilisert kultur, og boka gir en levende beskrivelse av hvilke konflikter dette innebar.

Boka viser hvor mangfoldig den norske kulturen var i forrige århundre. Den gir interessante beskrivelser av forholdene rundt i landet. Jeg savner kanskje litt mer om Nord-Norge. Man får innblikk i skikker og sosiale forhold. Kvinnenes stilling er viet stor plass.

## Underholdende om Norges kulturelle utvikling

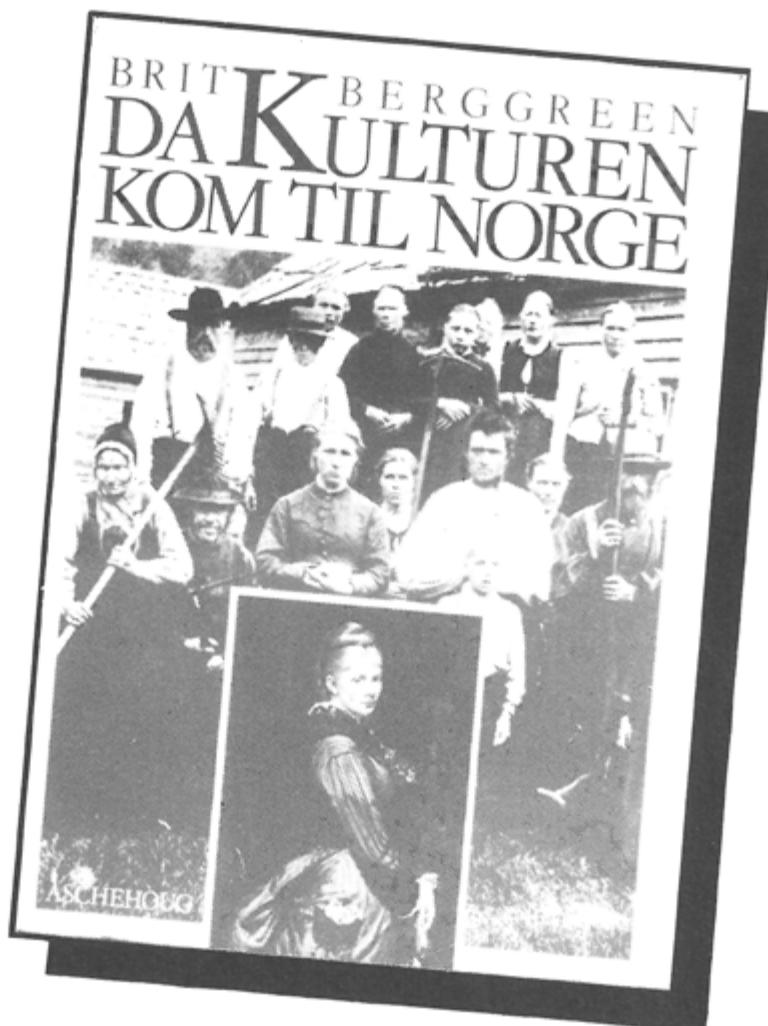
Metodeproblemene i forskning av denne art omtales også. Man får sterkt inntrykk av hvordan kulturell "utvikling" ikke er noen linje mot et stadig høyere nivå, men snarere en prosess som også kan gå i sirkler.

Boka er meget lettles og underholdende. Den gir et spennende og interessant bilde av bakgrunnen for vår norske kultur i dag. Den bevisstgjør i forhold til hvor relative kulturelle verdier egentlig er, hvor sterkt tak den herskende klasse har på

folket, og hvor lett overgrep skjer, spesielt når disse er overbevist om at de forvalter sivilisasjonen og den rette sannhet. Den er rikt illustrert, og lay-outen er nydelig. Alle som er interessert i å forstå mer om kulturell utvikling og kulturelle konflikter, og spesielt bakgrunnen for vår egen kultur, vil ha stor glede av den.

Anmeldt av  
Inger Marie Steinsholt,  
Kongsberg.

□



# Frå Kvænangen til Zimbabwe



*Jan Hana kjem frå Trengereid utanfor Bergen. Tok embeteks. til jul 1980. Turnustida på SSSF, Førde og Gloppe kommune i Nordfjord. Etter distrikts-tur-nus flytta han til Kvænangen i Nord Troms, 1982, der me har budd sidan og vil gjere det enno nokre år framover. Er gift og har 4 barn.*

## Samfunnsmedisinsk oppsummering etter 2 år i Mutoko-distriktet

Av Jan Hana

Etter nærmere 4 1/2 år som kommunelege i Kvænangen, tok familien og eg motet til oss og sökte jobb for SAIH i MUTOKO, Zimbabwe. I slutten av juli 1987 drog me sørover for 2 år.

Me hadde bak oss 5 år i KVÆNANGEN, ein kommune med ca. 1700 innbyggjarar og gode arbeidsforhold saman med kommunelege II og turnuskandidat. Overskotet i jobben vart stadig mindre, rutinane dominerte. For å få til forandring skulle det så mykje til av arbeid, ressursar etc. "Alt var liksom gjort".

ZIMBABWE ligg i det sørlege Afrika, har ca. 9 mill. innbyggjarar, 50 % er under 15 år. Folketilveksten er høg, 3,1 % pr. år. 3/4 av befolkninga bur på landsbygda. Sidan frigjeringa i 1980 har satsinga på helsesektoren fått høg prioritet, særleg primærhelsetenesta. Nye klinikkar kjem jamnleg, og dekninga med personell vert gradvis betre. Mutoko-distriktet ligg i nord-aust, ikkje langt frå grensa til Mozambik. Tørken har herja i fleire år. Distriktet har eit distrikt-hospital med 90 senger, innbyggjar-talet ligg rundt 135 000. Ved sjukehuset arbeider 2 legar som er rekrutterte frå Noreg gjennom SAIH, Studentenes og akademikernes internasjonale hjelpefond. Den eine legen er District medical officer (DMO) og formelt ansvarleg for all helsetenesta i distriktet. Elles er der 13 klinikkar og to misjonssjukehus med til saman 3 legar. Klinikkane får besök ein gong i månaden av lege.

Organiseringa av helsetenesta er ganske strukturert. På landsbynivå (ca. 1000 innb.) fungerer village community workers med hovedoppgåver innan

førebyggjande arbeid pluss enkel førstehjelp. Neste trinn er Ward nivå (ca. 6-10 000 innb.) med klinikksjukepleiar, environmental health technition. Så kjem distriktsnivå med sjukehus, DMO, district nursing officer, community nurse, district health inspector, etc. Over oss i systemet har me provinsnivå, der Mutoko er eitt av 8 distrikt, og så helseministeriet på topp.

Ovanståande informasjon synest eg er viktig for å få inntrykk av kva for grove rammer me fungerte innafor. Som DMO sat eg svært sentralt i systemet. Likevel må nemnast at det kurative arbeidet på sjukehuset tok tid; - visittgang, arbeid på operasjonsstua og poliklinikken. Men også her var det DMO som vart involvert når endelige avgjersler skulle fattast, t.d. om ambulansen (dersom me hadde nokon som fungerte) skulle prioritere slik eller slik. Personalkonfliktar var dessutan ein del av kvardagen på sjukehuset, eg vart involvert og skulle bidra med løysingar til problema.

Det som var særleg viktig ved sjukehuset, var den nære kontakten med dei medisinske problema i distriktet. Når det byrja å verta vel mange meslinge-pasientar på avdelinga, kom det beskjed frå sjukepleiaaren. Då vart ein ansvarleg for å organisere tiltaksplan med dei personane som var aktuelle. Fleire elevar frå ein boarding school i nærleiken kom med diare/oppkast. Matforgifting kunne ikkje utelukkast, og DMO måtte tilkalla Health Inspectorate og diskutere hva som skulle gjerast. Fleire pasientar frå eitt område kom med hundebitt. Rabies kunne ikkje utelukkast, og det var vår plikt å tilkalla veterinær/health inspectorate for å finne ut kva som måtte gjerast. - Dette var nokre få spreidde



eksempel på fordelen med klinisk arbeid parallelt med samfunnsmedisinen. Me kjende helseituasjonen i distriket på pulsen i sjukehuset og klinikke.

I tillegg til alt dette "på sparket-arbeidet", hadde me strukturert møteaktivitet. Kvar veke var det District executive møte for alle head of departments i distriket. Her var DMO chairman. Dette møtet hadde mange funksjonar, men viktigast var utveksling av informasjon. Meldingar kunne formidlast og aksjonsplanar leggjast umiddelbart. Arbeidet i dette teamet var svært verdifullt og lærerikt. Det stod også for årsplanlegging, forslag til budsjett for sjukehuset, søknad om nye stillingar, utstyr etc.

Vidare var DMO chairman for eit møte kvar måned for alle sjukepleiarar,

environmental health technicians, representantar frå distrikt-administrasjonen, "kommunestyret" etc. Viktig var også helseundervisninga på 1/2 time om aktuelle tema som kunne koma opp. Ved auke i malaria-tilfelle i månadsrapporten kunne me t.d. finna det viktig å drilla sjukepleiarane i diagnostiseringa, blodutstryktaking osb.

Der var også møte ute i distriket der DMO skulle representere helseministeriet; i District developing committee, i Ernærings-teamet, når nye sjukepleiarar fekk vitnemåla sine, eller ein eller annan kampanje var på gang. I praksis var det ikke alltid DMO som representerte. Eg såg det som viktig at andre i District health executive roterte i desse funksjonane. For det første var dei svært dyktige, dei kjende sin kultur og sitt folk, og det var dei som repre-

senterter kontinuiteten. Som det har vorte sagt så mange gongar før, eg arbeidde for å overflødiggjere meg sjølv.

Som DMO var eg også den som skulle representere distriket ovafor provinsen. Kvartalsrapporten skulle skrivast på bakgrunn av innsamla epidemiologiske data for dei siste 3 mnd. Denne rapporten skulle presenterast på kvartalsmøte for heile provinsen, som omfatta ein befolkning på ca. 1 mill. Men også her gjekk mykje av det formelle DMO-arbeidet på omgang mellom helsearbeidarane. I denne samanheng må nemnast at Zimbabwe har eit ganske imponerande system for innsamling av helsedata kvar mnd.

### Oppsummering:

Det er ikkje lett å konkludere kort etter 2 år i Zimbabwe. Ein del klare skilnader til ein liten utkantkommune i Noreg er opplagte. Me opererer med heilt andre tal når det er snakk om epidemiologi. Eg erfarte også at det skal relativt lite til av økonomiske ressursar for å oppnå resultat. Betre planlegging, organisering etc. er ofte det einaste som skal til utover god motivering og oppfølging. Erfaringa i administrasjon vil eg dra nytte av heime. Det å kunne kombinere kurativt arbeid og samfunnsmedisin var svært nyttig, sjølv om det var hardt til tider, - slik eg også erfarer her heime.

Atmosfæren eg arbeidde under var så udelt positiv. Alle gode forslag/initiativ fekk grønt lys. Så lenge ein tente folket, var det berre å stå på. Evna til å løyse problem på sparket, finne provisoriske utvegar med svært avgrensa middel fekk eg god erfaring med.

I det heile er ikkje kontrastane til Kvænangen så svært store. Eg trur faktisk det som er likt vil dominere. Den store skilnaden er vel at på Mutoko fekk eg erfaring med så mykje ulikt på kort tid. I alle høve; interessa for Samfunnsmedisin/Public Health har fått ei kraftig oppblomstring. Så når kona og 4 barn tillet det, går turen til Tromsø for folkehelsestudiet der!

Kommunelege  
Jan Hana  
9090 Burfjord



# Helse og kultur - motstandarar eller parhestar?

## Arrangement ved Hå gamle prestegård

I ressursknappe tider som det seiest vi har no, ser vi rett som det er at helsetenestetiltak (legg merke til at det ikkje er skrive helsetiltak) vert sett opp mot kulturtiltak når pengar skal løvast frå offentlege kjelder. For noko over eit år sidan tok arbeidsgruppa for revmatikarar i Rogaland tak i dette dilemmaet og la det fram for mellom andre Hå kommune, som står for drifta av kulturinstitusjonen Hå gamle prestegard på Jæren. Det var noko som ikkje heilt stemde for dei. Kvifor skulle det vera slik at betra kår for funksjonshemma skulle setjast opp mot vesentlege sider ved grunnlaget for det som vi ser på som eit særkjenne for menneskeleg aktivitet og som utan tvil er med på å støtta opp under samvere og tilhøringskjensle? Dei ønskte at ein skulle synleggjera samanhengar mellom menneskeleg skapartrong, samvere mellom menneske og helsa.

Med dette som utgangspunkt, vart det lagt opp til eit omfattande program med både utstillingar og föredrag spreidd ut over omlag ein månad (desember 1988 og januar 1989). Sosialministeren drog det heile i gang ved å delta i ein paneldebatt om offentleg ansvarsfordeling innan helsektoren. Vidare gjekk det slag i slag med tema som "Saman - åleine. Livsglede

og livsproblem i dagens kunst", "Er sport helsefarleg?", "Helse og kultur i nordlys", "Søkjelys på kommunehelsetenesta", "Helse for alle i år 2000" og "Miljø og helse - kva er samfunnet sitt ansvar?" Samstundes med desse temainnslaga var det løpende kunstutstilling over temaet: "Livets runddans - einskildmenneske - fellesskap". Vidare har Hå kommune ein presentasjon av helsetenestetiltak innan kommunehelsetenesta. Rogaland fylkeskommune slo til med ein plakatserie om tilboda innan fylkeshelsetenesta. Fylkeslegen i Rogaland var representert med ei utstilling om pasientrettar og klagesaksbehandling. Ulike pasientorganisasjonar og humanitære organisasjonar fekk også høve til å presentera arbeidet sitt.

For oss som på ein eller annan måte var aktivt med på arrangementet, var det ei interessant oppleving. Ulike ledd i helsetenesta treng øving i å presentera seg sjølv og arbeidet sitt. Vidare er det grunn til å tru at dei mange faste prestegards-tilhengjarane fekk med seg noko lærdom om helsetenesta og ei oppleving av ei brukbar kunstutstilling. Likevel er det inntrykket mitt at målet om å synleggjera samanhengar mellom helse og kultur ikkje vart nådd. Det beste som kan seiast i så måte må vel vera at helse og kultur makta å synleggjera fredeleg sameksistens! Vidare var det i avisene i

Jærregionen ein del oppslag med vinkling inn mot helse og kultur. Arrangementet kan såleis også seiast å ha vore med på å setja temaområdet "på plakaten" - og det er vel viktig nok. Sjølv om nokre nok fekk ei oppleving av at det må vera visse samanhengar, ser vi framleis at temperaturen vert høg når ein får i gang debatten om det er rett å satse på løvingar til Hafstenssamlinga (kunstsamling) i slike tider kor helse- og sosialtenesta må redusera tilbodet sitt.

Alt i alt kom det vel det ut av arrangementet som ein måtte kunna rekna med der som ein hadde basert planlegginga på nøktern jærisk tenking - men hadde ein det gjort hadde det vel ikkje vorte noko arrangement i det heile?

**Ass. fylkeslege  
Geir Sverre Braut, Fylkeslegekontoret i Rogaland,  
4000 Stavanger.**

# Helse og kultur i Rogaland - 1990.

Rogaland fylkeskommune ga i samarbeid med fylkeslegen og vegsjefen i fjor haust ut ein liten lommekalender med tittelen "Helse og trivsel i Rogaland 1989". Den hadde vekeoppslag på høgresidene og ei side med fagleg stoff på venstresidene. Det faglege stoffet omfatta alt frå framlegg til sundagsturar og trimprogram til tips om trafikksikring og helsevennlig mat. Kalenderen vart lagt ut til sal i forretningar og gjennom kommunar, vidare vart restopplaget delt ut til elevar i den vidaregåande skulen. Til taket vart i tillegg til salsinntektene finansiert gjennom

tilskot frå næringslivet og offentlege instansar.

Etter utgjevinga fekk ein røyna at konkurransen på kalendermarknaden var hard. Ein av dei vesentlege innvendingane mot kalenderen var at han var for dårleg innbunden. Andre meinte at fagstoffet var alt for elementært, (men dette får så vera så lenge det er korrekt!) Likevel var responsen så god at fylkeskommunen er så godt som ferdig med neste års kalender. Den skal vera betre innbunden og ha tittelen: "Helse og kultur i Rogaland 1990". Kanskje nokon ser

ein liten samanheng med utstillinga på Hå gamle prestegard?

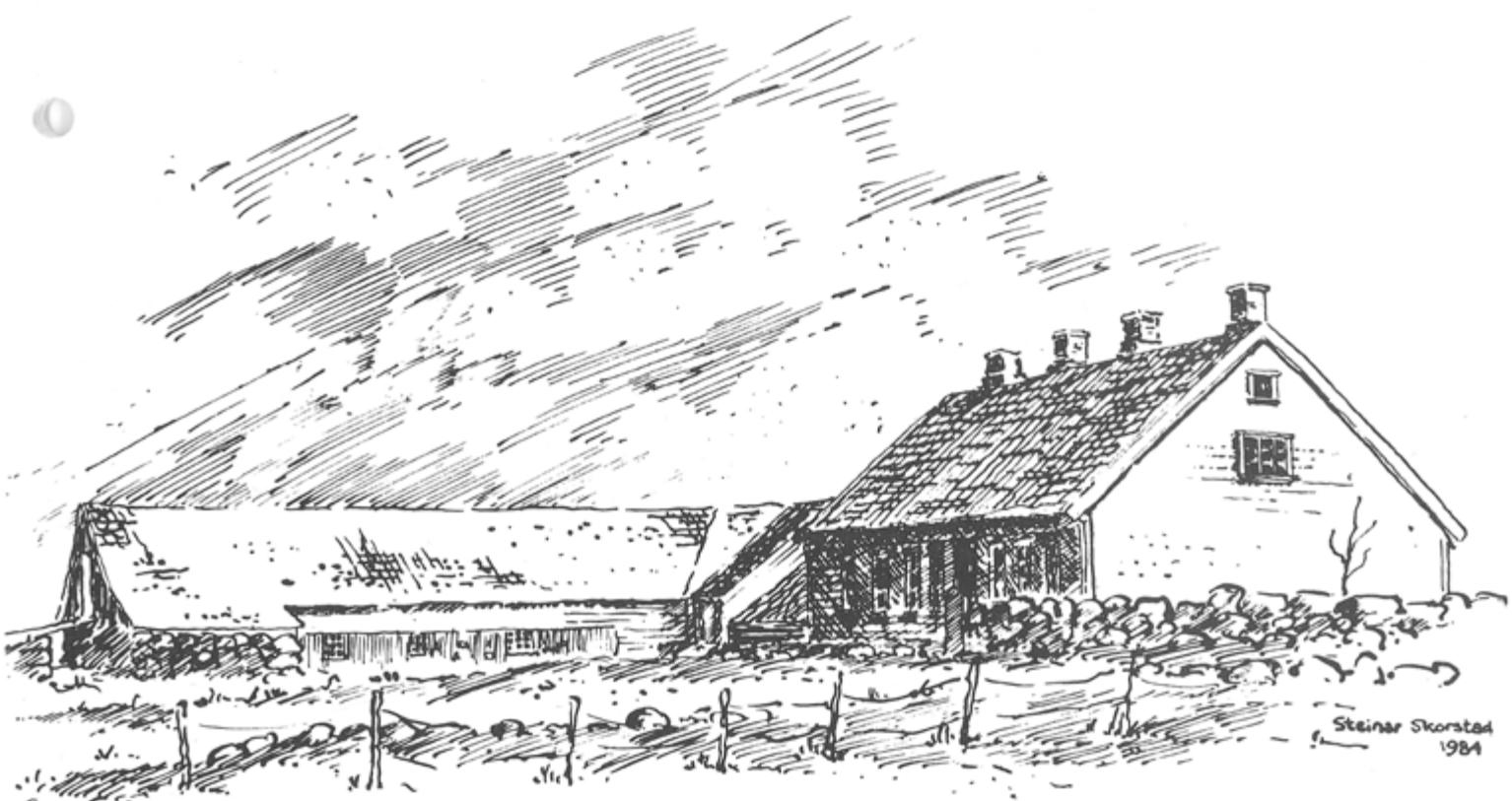
Utan å gå for djupt inn i stoffet, kan det nemnast at vi også i år har med framlegg til turar i nærmiljøet - denne gongen med ein viss "kulturell" profil. Vidare kastar vi oss på oppslag om røykeavvenning, "røykeloven", arbeidsløyse og helse, ulike kulturtiltak i fylket mv. Som i fjor har vi fagoppsлага på venstresidene og kalenderen på høgresidene. I tillegg har vi ein meir prinsipielt prega fagdel i innleiinga.

Kalenderen skal vera ferdig til levering i slutten av november. Prisen er enno ikkje fastsett (kr. 30,-?) og han kan kjøpast frå

Rogaland fylkeskommune,  
Postboks 130,  
4001 Stavanger.  
Tlf. 04 53 35 90.

Ass. fylkeslege  
Geir Sverre Braut,  
Fylkeslegekontoret i  
Rogaland, 4000 Stavanger.

□





## ANMELDELSER

**Kultur og hverdagsliv.**  
Marianne Gullestad. Universitetsforlaget 1989.

En hverdaglig liten hvit bok med blå stripe - nesten som et kjøkkenhåndkle.

Forfatteren Marianne Gullestad er sosialantropolog og til daglig forskningsleder ved Norsk senter for barneforskning i Trondheim. Hun har interessert seg for det norske dagliglivet. Hun har jaktet på mønstre, seder, skikker, symboler og ritualer. Hverdagslivet er samfunnet sett i tverrsnitt, med tyngde-

## Kulturen på hjemmebane

punkt i enkeltmennesket og hjemmet. Det gir oss viktige innfallspor til den norske folkekulturen.

Boka inneholder kapitler om hverdagens innhold, hvordan folk bor og hvordan de organiserer sitt liv innenfor hjemmets vegger. Det er spennende tanker om omsorg og delkultur. Passepikens virksomhet har fått et eget kapittel.

Forfatteren skriver i boka at de viktigste faktorer i livet er det vanskelig å beskrive i vitenskapens språk. Dette er en såkalt

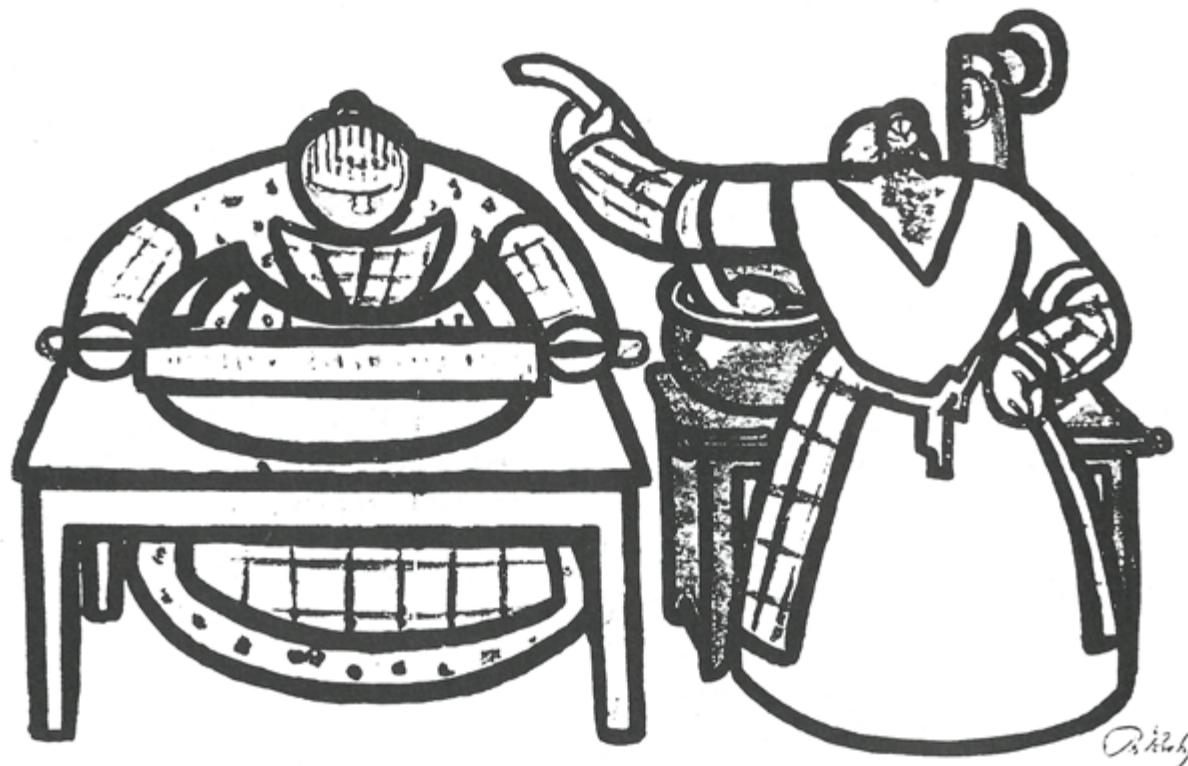
populærvitenskapelig bok som bygger på mange års forskningsarbeider. Jeg får inntrykk av at hun selv har lykkes langt på vei i dette, å gjøre det allminnelige forskbart.

Det er et viktig bidrag til den kvalitative forskningstradisjon, og således svært spennende kunnskaper for oss.

Jeg gleder meg allerede til hennes neste bok!

Anmeldt av:  
Gunn Aadland

*Illustrasjonen er hentet fra boka "Per Krogh som illustratør" av Einar Økland. (Samlaget) Gjengitt med tillatelse fra forlaget.*





## ANMELDELSE

**Belastningssykdommer i allmennpraksis - rapport fra et nordisk seminar.**  
D. Bruusgaard, Chr. F. Borchgrevinch, J. Eskerud (red).  
Inst. for Allmennmedisin. Oslo 1989. 82 sider.  
Boka kan fås ved henvedelse til Inst. for Allmennmedisin,  
Edrik Stangs gt. 11-13.  
0264 Oslo 2.  
Tlf. 02-55 92 10.

I 1987 ble det avholdt en nordisk konferanse i Oslo om belastningssykdommer i allmennpraksis. Ca 100 norske allmennpraktikere deltok. Denne lille boka inneholder foredragene fra konferansen, 14 i tallet. I forordet understrekkes det at det er ingen lærebok. Diagnosikk og undersøkelsesmetodikk er utelatt, da dette under konferansen ble demonstrert i trupper.

Vi vet alle hvor viktig dette emnet er for oss allmennpraktikere - og hvor vanskelig det er. De sparsomme, variable, ofte manglende funn og normale prøvesvar står i sterk kontrast til pasientens subjektive plager. Det er vel i denne sykdomsgruppen framfor noen at vi føler behov for en annen forståelsesmodell enn den rent mekaniske. Akkurat dette aspektet er det lagt vekt på i flere av foredragene. Tre tar for seg smertepasienten fra forskjellige synsvinkler, legger vekt på de eksistensielle sider og en bred forståelse av kompleksiteten i en smertepa-

## Belastningssykdommer - det vanskelige tema

sients hverdag. Ett av innledningsforedragene og to av fysioterapeutbidragene legger også stor vekt på dette. Fysioterapien er gitt forholdsvis bred plass, med 3 foredrag, om hhv psykomotorisk beh, manuell terapi og generell fysioterapi. Boka avsluttes med 3 bidrag om forebygging av belastningslidelser hos barn, voksne og eldre.

Det sier seg selv at en slik rapport må bli av vekslende kvalitet. Mye er gjentakelser av ting jeg vil anta de fleste allmennpraktikere vet fra før. Jeg savner noe om diagnostikk og undersøkelsesmetodikk. Selv om vi gjennom kurs og annen læring etterhvert er blitt flinkere til å undersøke disse pasientene, skorter det nok fortsatt her for mange av oss, og det kunne vært interessant å få innblikk i hva seminaret gav deltakerne vedr. dette. Og selv om mye tyder på at en annen forståelsesmåte må være veien å gå for å yte denne pasientgruppen mer hjelp, er kunnskapssavnet etter konkrete fakta stort, og her bidrar boka lite. Men spesielt kapitlene om smertepasientene er interessante, de setter ting man har hørt før i en større sammenheng. Spørsmålet om hvordan man skal takle dette i praksis synes jeg dog forblir like vanskelig. Det ser ut som om det fysiske aspektet ved belastningssykdommer glir fort i bakgrunnen når man koncentrerer seg om disse tingene, og fortsatt har man vel da bare en del av sannheten.

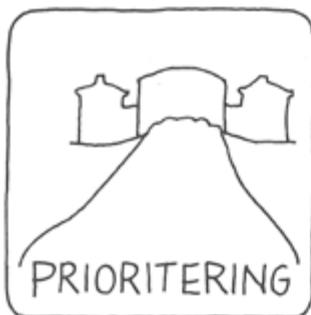
Hovedinntrykket er altså noe variert, interessante synspunkter på smerteproblematikk, men vel mager på det konkrete plan. Men det er ikke tvil om at vi famler mye i blinde når det gjelder å forstå denne pasientgruppen - og mye tyder på at vi må søke nye veier. Boka er et bidrag her - men det er langt fram.

Av allmennpraktiker  
Inger Marie Steinsholt,  
3600 Kongsberg.

□

## Etterlysing av bøker:

Utposten får stadig tilsendt bøker med medisinsk tilknytning direkte fra forlagene for event. melding i bladet. Vi ser det som en viktig oppgave å omtale bøker vi av ulike grunner finner verdifulle. Spørsmålet er imidlertid om vi får tak i de verdifulle bøkene. Det er ikke bare bøker med medisinsk tilknytning som gir oss allmenn- og samfunnsmedisinere faglig innsikt og inspirasjon. Vi vender oss derfor til leserne og ber dere ta kontakt med oss dersom dere har bøker dere mener bør omtales i Utposten, eller bøker dere selv ønsker å melde. Det være seg skjønnlitteratur, barnebøker, diktsamlinger - eller fagbøker fra eget eller andre fag.



**Marit Hafting intervjuer  
kommunefysioterapeut  
Marte F. Ringdal,  
Voss sjukeheim, 5700 Voss.**

Voss kommune har 14000 innbyggere, hvorav ca 2000 er over 70 år. Kommunen har 156 sjukheimsplasser og 43 aldersheimsplasser. På alders- og sjukeheimene var det pr. 1.1.89 4,5 fysioterapeutstillingar, 3 av disse var plassert på den største sjukeheimen der det er en aktiv rehabiliteringsavdeling på 11 senger.

Stillinger som fysioterapeut knyttet til skole- og helsestasjonstjenesten og til åpen eldremørsorg har i flere år vært høyt prioritert, men har hittil ikke blitt opprettet av økonomiske grunner.

**Utposten:** Voss kommune har i sommer opprettet 2 fysioterapeutstillingar - 1 knyttet til skole- og helsestasjonstjenesten og 1 til den åpen eldremørsorga. Disse stillingene var det ikke satt av midler til på inneværende budsjett. Hvordan kan slikt gå til i disse tider med kommunaløkonomisk smalhans?

**M.R:** Vi har omorganisert fysioterapitjenesta, og på den måten vunnet inn 250 000 kr. i statstilskudd.

**Utposten:** Hva slags omorganisering er dette?

**M.R:** Tidligere hadde kommunen 4,5 fysioterapeutstillingar på alders- og sjukeheimene på lønningslista. Disse stillingene ble omgjort til kommunefysioterapeut-

## Omorganisering av den kommunale fysioterapitjenesta gir faglig gevinst og økt statstilskudd.

stillinger der hver fysioterapeut har arbeidsoppgaver både innenfor institusjonen og i den åpne eldremørsorga. For hver stilling får kommunen da et årlig fastlønnstilskudd fra staten på 55000 kr. Dette gav oss mulighet til å opprette 2 nye kommunefysioterapeutstillingar uten særlig kostnad for kommunen (6,5 stilling gir 350000 kr i tilskudd).

**Utposten:** Kan du si noe om betingelsene for å oppnå fastlønnstilskudd?

**M.R:** For det første heter det at ingen kommunefysioterapeutstilling må være tillagt mer enn maximum 1/2 stilling ren administrasjon. Arbeidsoppgavene kan ellers være både kurative og forebyggende. Kommunefysioterapeuter som arbeider i kommunale institusjoner må og ha arbeidsoppgaver i primærhelsetjenesta utenfor institusjonen. Det er ikke sagt noe om hvor stor del av stillingen som skal være lagt utenfor institusjonen.

**Utposten:** Her ligger det altså mulighet for kommunen å hente inn statlige midler, men hva slags fysioterapitjeneste gir denne ordningen egentlig?

**M.R:** Jeg tror dette vil kunne gi mer fleksibilitet slik at man til enhver tid kan sette inn tjeneste der behovet er størst, uavhengig av arbeidsområde og institusjon. Vi vil i tillegg ha mulighet for kontinuitet i fysioterapitjenesten innenfor og utenfor

institusjon. Dette vil være aktuelt innen pleie- og omsorgssektoren der samme fysioterapeut vil kunne følge pasienten både i heimen og under korttids- eller langtidsopphold på institusjon.

**Utposten:** Det har tatt 3/4 år fra du først skisserte ordningen for fagfolkene i helsestasjonstjenesta og helse- og sosialadministrasjonen, til den nå ble satt i verk 1.10. Hvorfor har det tatt så lang tid?

**M.R:** Tatt i betraktning at kommunal saksgang normalt tar tid, og at det har vært en del skepsis underveis, kan man vel si at dette har gått utrolig fort. Den største institusjonen har hatt god fysioterapeutdekning, og har vært redd for å komme dårligere ut etter omorganiseringen. Ut fra det jeg har hørt fra andre kommuner er det typisk at institusjonene har vært redd for å miste tjeneste.

**Utposten:** Hvis jeg forstår deg rett blir "båstenkning" blant de ansatte en hemsko. De identifiserer seg med sin institusjon i stedet for å se primærhelsetjenesten som en helhet. Den totale primærhelsetjenesten i kommunen blir jo tilført 2 nye stillinger på denne måten.

**M.R:** I enkelte kommuner har også fysioterapeutene på institusjonene vært skeptiske, og derved hindret omorganisering. En av grunnene til at det hittil har gått lett her på Voss, er at vi fysioterapeuter har sett nye utfordringer og arbeidsmuligheter i denne

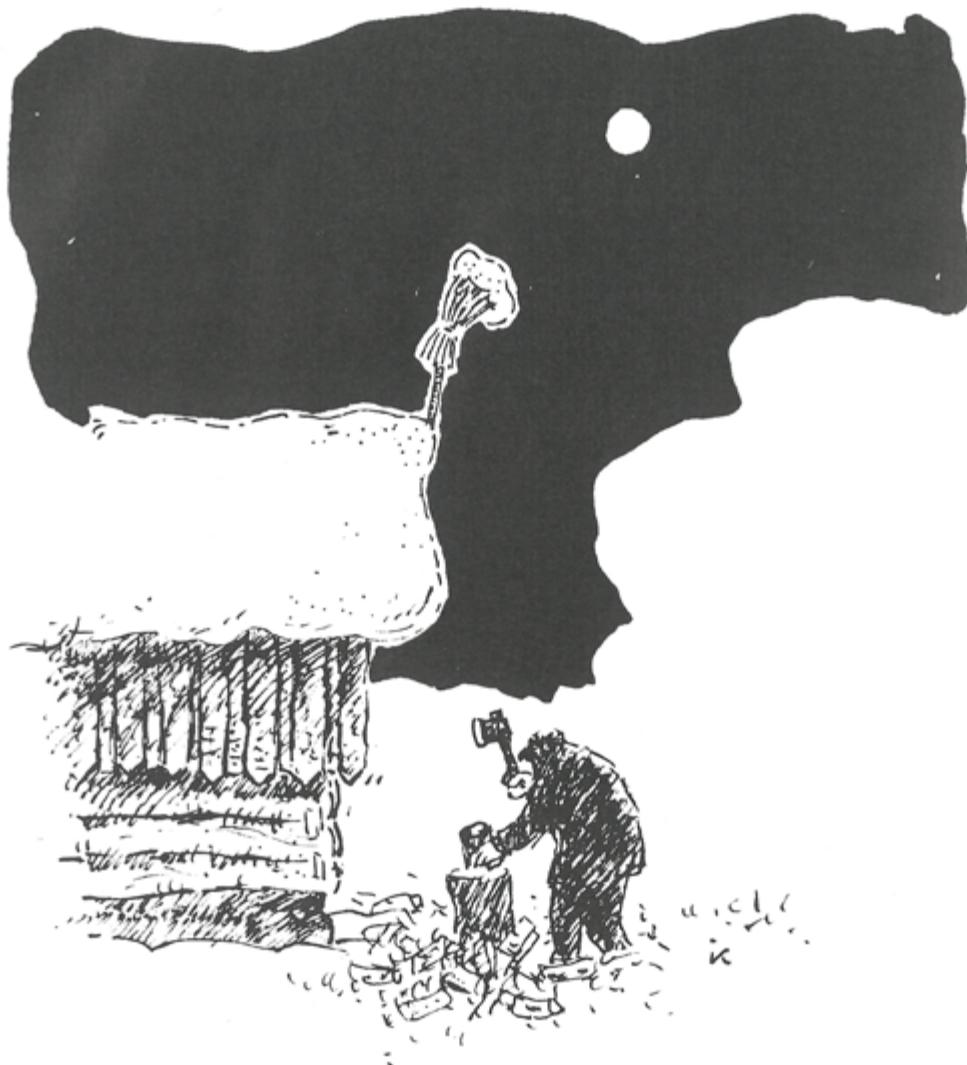
måten å arbeide på. Det har f. eks ofte vært tungt å drive rehabilitering på institusjonen uten mulighet for å følge pasienten opp med fysioterapi etter at de har kommet hjem. I tillegg ble folk av og til lagt inn for å få hjelp med problemer som de vel så godt kunne blitt hjulpet med hjemme, f. eks tilpassing av hjelpeemidler. Det er nedsatt en evaluatingsgruppe som skal følge omorganiseringen framover, og vi er alle innstilt på at vi må prøve oss fram for å finne fram til de mest hensiktmessige arbeids- og samarbeidsformer.

**Utposten:** Spennende tider framover?

**M.R:** Ja - og vi har tro på dette!

Sentrale rundskriv om kommunefysioterapistillingar:

1. IK-31 - 31/88  
Helsedirektoratet
2. I - 27/88  
Sosialdepartementet



## Leserbrev:

### *Et lite hjertesukk:*

Jeg opplever at vi også i allmennmedisinen til en viss grad er i ferd med å få våre "guruer" her hjemme i Norge.

Til en viss grad preger dette også Utposten. Enkelte forfattere går igjen påfallende ofte, og de har sikkert mye å fare med, men det har kanskje andre også?

Jeg ønsker at Utposten kunne "riste fram" hva som virkelig foregår på Utpostene - for når jeg treffer folk rundt omkring har jeg inntrykk av at det foregår ganske mye forskjellig - og ikke bare i de allmennmedisinske instituttene og omgivende miljø. Mange har sikkert ikke frimodighet til å stikke hodet sitt fram i dag, selv om de kanskje har mye å fare med.

Det er forsåvidt vel og bra med guruer - men deres gjøren og laden danner etterhvert mønster for hva som er "akseptert" av aktiviteter som skal til for å lage en "allmennpraktiker for det gode selskap" - og det er kanskje litt dumt...?  
La mangfoldet prege Utposten!

Med frimodig hilsen  
prosjektløs doktor  
Torstein Gjerløw  
6690 Aure

### *Redaksjonens kommentar (og hjertesukk):*

Torstein Gjerløw trekker fram to av de målene redaksjonen stadig arbeider mot: "La mangfoldet prege Utposten" og å "riste fram hva som foregår på Utpostene". I tillegg har redaksjonen et 3. mål for arbeidet: å få allmennpraktikere til å utveksle praktiske kliniske erfaringer: "Så gjør jeg så når jeg behandler..." På dette området er det vanskelig å få selv "guruene" og "det gode selskap" på banen. Vi ser to veier fram mot disse målene: at redaksjonen fortsetter og intensiverer sitt "oppsoekende arbeid" og at leserne oppsøker oss med bidrag og kommentarer.

# Aktuelle synspunkter i behandling av type 2 diabetes

*Michael F. de Vibe er utdannet i Cardiff i 76. De siste 8 år vært allmennpraktiker i Skien, men tok permisjon fra jan. 89 og arbeider nå med familieterapi på familievernkontor i ALTA - kjempesennende. Medlem av NSAM's referansegruppe i diabetes fra 85, og medforfatter av handlingsprogrammet for diabetes. Er nå prosjektleder for planlagt evaluering av handlingsprogrammet.*

**Av Michael F. de Vibe**

Det er i dag ca 100 000 diabetikere i Norge, hvorav 80000 er ikke-insulinavhengige. Ca 20000 er udiagnosert. Disse opplysninger stammer bl.a. fra Nord-Trøndelags-undersøkelsen i 85-86, der man screenet hele befolkningen for diabetes.

Aldersfordelingen viser en sterk stigning med alder og hos de over 70 år har 10 % sykdommen.

Full screening er idag uaktuelt, men selektiv screening er rasjonell bruk av ressurser, og vil gi uttelling i forhold til innsats. Følgende grupper har en økt forekomst av diabetes, og bør være målgrupper for en slik screening:

1. Overvekt
2. HT og hjerte/kar-sykdommer
3. Diabetes i nær familie
4. Hyppige urin- og hudinfeksjoner
5. Polynevritt og leggkramper
6. Nedsett glucosetoleranse
7. Diabetogene medikamenter
8. Endocrine lidelser

Har det noen hensikt å oppdage disse diabetikene?

Det er gode grunner til å svare ja på dette. For det første er diabetes senkomplikasjoner hyppige også hos type 2 diabetikere.

Allerede ved diagnosetidspunkt har 5-15 % øyenbunnsforandringer som

uttrykk for microvasculær komplikasjon. Hvert år blir 400 diabetikere blinde eller mister lesesnet i Norge, og flertallet av disse er eldre. Ikke sjeldent er det øyenlegen som stiller diagnosen. Mens det hos type 1 diabetikere er den proliferative retinopati som forårsaker blindhet, er det hos type 2 pas. særlig maculaaffeksjonen med ødem, exudater og blødninger som er alvorlige. Tidlig diagnose, bedret blodglukosekontroll og bedret øyenkontroll kan gi store helsemessige og samfunnsmessige gevinst.

En annen hyppig forekommende komplikasjon hos type 2 diabetikere er perifer neuropati, med tilhørende fotproblemer i form av sår og amputasjoner. Diabetiske fotproblemer forårsaker flere liggedager på sykehus enn alle andre komplikasjoner av diabetes tilsammen. Amputasjoner hos diabetikere er 50 ganger hyppigere enn hos normalbefolkingen. Undersøkelser har videre vist at tidligere diagnose, bedret blodglukosekontroll og bedret behandling av fotproblemer kan føre til 75 % reduksjon av amputasjonene hos diabetikere.

Til slutt vil jeg nevne at diabetikere i aldersgruppen 45-75 år har over dobbelt så stor risiko for å dø av hjerte/karsykdommer som normalbefolkingen. Den økte risikoen kommer allerede ved svært moderat forhøyede blodglukoseverdier, slik man ser det ved nedsett glucosetoleranse. Mange betrakter idag en dårlig regulert diabetes som en viktig risikofaktor for hjerte/karsykdom på linje med andre risikofaktorer som

røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og arv.

*På hvilken måte bør man så gå frem ved en selektiv screening?*

*Følgende prøver bør tas:*

1. Tilstedig blodglukose.

Svar:

< 4,4 mmol/l = mistanke avkreftet

4,4 - 6,6 = fastende b.g. tas avhengig av mistanke

6,7 - 11 = mulig diabetes; f.bl.g. tas

> eller = 11,1 = d.m. sannsynlig; f.bl.g. tas

2. Fastende blodglukose.

Svar:

> 6,7 = d.m.

4,4 - 6,6 = Ev. glukosebelastning avh. av mistanke/alder

(Handlingsprogrammet anbefaler det hos de < 70 år).

3. Glukosebelastning.

Svar:

2 t. verdi > eller = 11,1 = d.m.

2 t. verdi 7,8 - 11 = nedsatt glukose toleranse

2 t. verdi < 7,8 = mistanke avkreftet.

Det er viktig å huske på at diagnosen må være sikker, og derfor anbefales kontrollmåling med våtkjemisk metode der diagnosen ikke er åpenbar. Dette er spesielt viktig da reflektometrene har feilmargin på +10 %, og denne feilmarginen er størst ved blodglukoseverdier nær diagnosepunktet.

#### *Behandling*

av type 2 diabetes har hittil ofte vært for dårlig, blant annet fordi man ikke har forstått betydningen av å holde blodsukkeret lavt. I behandlingen er det vesentlig å sette opp individuelle mål for behandlingen i samråd med pasienten. Dette gjelder både metabolske mål vurdert ufra blodglukose, HbA1c eller fructosamin, og det gjelder vekt-mål, og livsstilsråd, som kan redusere risiko for hjerte/kar-sykdommer.

#### *Vektmål*

henger sammen med kostbehandling. Det viktigste for 80 % av type 2 diabetikere er slanking. Man må tilstrebe en vektreduksjon som gir normalisering av

blodglukosen, og ofte vil dette kunne oppnås med 5-10 kg nedgang i vekt.

#### *Diabeteskost*

er idag lik den idealkost som anbefales for befolkningen ellers, dvs. et kosthold rikt på karbohydrater og fiber, og lavt på fett og sukker. Det viktigste er å kontrollere energiinnholdet i kosten. Hos godt kontrollerte normalvektige diabetikere vil et blandet måltid med fast energiinnhold gi den samme postprandiale blodglukosestigning selv om inntil 25 % av karbohydratinnholdet erstattes med sucrose. Men hvis sucrosen kommer i tillegg, slik det som oftest gjør, får man økt blodglukose og vekt. Ved overvekt og dårlig diabeteskontroll slår imidlertid sucrose i kosten sterkt ut på det postprandiale blodglukosenivået. Dette faktum kan kanskje brukes som hjelp til å motivere diabetikere til å oppnå normalvekt og god blodglukosekontroll.

#### *Metabolske mål.*

De under 70 år bør ideelt ha en fastende blodglukose på mellom 3 og 7 og en HbA1c under 1 1/2 % over øvre referansegrense. Når man setter mål må man selvfølgelig ta hensyn til forventet leveår, varighet av sykdommen, ledsagende sykdom og evne til kooperasjon.

#### *Reduksjon av risiko for hjerte/karsykdom.*

Fordi diabetikere har en betydelig økt risiko, blir vår viktigste oppgave hos disse pasientene å bidra til reduksjon av risikofaktorene. Særlig bør nevnes røykestopp, også med tanke på diabeteske fotproblemer.

#### *Tablettsbehandling..*

Behandling av type 2 diabetikere med tabletter følger de samme retningslinjer som før. Imidlertid er det viktig å være klar over at behandlingssvikt med SU-preparater er langt vanligere enn

man før var klar over, og oppgis til 50 % etter 3 år. 30 % det første året og 10 % de 2 følgende år. Det er derfor nødvendig å se kritisk på fortsatt bruk der effekten uteblir eller avtar.

#### *Insulinbehandling.*

Pga. hyppig behandlingssvikt med tabletter, og økende forståelse for betydningen av normoglykemi også hos type 2 diabetikere, vil nok insulinbehandling få en økende plass i behandlingen. Det dreier seg her om en partiell insulinsubstitusjon, fordi de fleste type 2 diabetikere fortsatt vil ha en rest av egenprodusert insulin.

#### *Indikasjoner for insulinbehandling av type 2 diabetes:*

1. Når behandlingsmål ikke er nådd ved hjelp av kost, mosjon og tabletter.
2. Alvorlige komplikasjoner som progredierende neuropati, nefropati og retinopati. Ved føtsår og ved recidiverende infeksjoner.
3. Akutte tilleggspsykdommer som f.eks. pneumoni.

Vi skiller mellom basalinsulinsubstitusjon, der vi bruker middels langvirkende insuliner som Insulatard, Protaphan eller Hoechst 36, og måltidsinsulinsubstitusjon, der vi bruker korttidsvirkende insulin som Velosulin, Actrapid eller Hoechst 31. Det anbefales at man velger en av hver type og blir godt kjent med disse.

Jo dårligere pasienten er regulert før start av insulin, jo mer intensivt må man starte behandlingen. Dette er fordi høye glukoseverdier er et celletoxin og nedsetter insulinfølsomheten dvs. øker insulinresistensen. Etter en tids behandling, når blodglukosenivået synker, letter insulinresistensen og egenproduksjonen av insulin kan også øke. Insulindosen må da reduseres.

#### *Tretrinnsmodell.*

	<i>Gjennomsnittsbl.g.</i>	<i>Insulin</i>
A	10-15 mmol/l	En dose middelsl. virk. vesp
B	16-20 mmol/l	-----"----- morgen og kveld
C	> 20 mmol/l	-----"----- vesp og hurtigv. før måltider.



**Praktisk opplegg.**

Bråseponer tabletene, start på en mandag etter at egenmåling av blodglukose er innlært.

Styr kveldsdosen etter det fastende blodsukkeret. Kveldsdosen gis sent, ca kl. 22, fordi leverens glukoseproduksjon øker på ettermiddagen, og da får man en økt fysiologisk insulinresistens og derfor et økt insulinbehov.

A. Start med 6-10 I.E. Øk hver 3. dag. Det tar noen dager å oppnå steady state. Øk med 2 hos små og tynne og 4 hos store og tykke inntil fastende blodsukker er som ønsket. Hvis hypoglykemi forekommer før ønsket fastende blodsukker er nådd, øker man dosen med 25 % og deler den på morgen og kveld.

B. Start med 6-10 I.E morgen og kveld. Øk primært kveldsdosen på samme måte som i A inntil fastende blodsukker er som ønsket. Problem her kan være hypoglykemi før måltider og hyperglykemi etter. Reduser da morgendosen med 2-4 I.E og gi dette som hurtigvirkende før problemmåltidet.

C. Gi 10-12 I.E om kvelden og 4-5 I.E før hvert måltid. C gir de største styringsmulighetene. Vær obs. på følgende:

1. Bedrede blodsukkerverdier fører til bedret insulineffekt og dosen må reduseres.
2. Vektøkning.
3. Nattlig hypoglykemi. Hvis mistanke om dette, måles blodsukker kl. 03, og er verdien under 4 mmol/l, foreligger sannsynligvis hypoglykemi.
4. Insulin og alkohol er farlig, fordi leverens glukoseproduksjon minskes.

**Kombinasjonsbehandling.**

Det har også etter hvert blitt økende interesse for å kombinere insulin og sulfonylureapreparater, spesielt i utlandet. Det man da gjør er å gi en dose middelslangsomtvirkende insulin om kvelden og tabletter om morgen. Dette har gitt bedrede glukoseprofiler i opptil 1 år, men langtidseffekten er usikker.

**Organisering av diabetesomsorgen i allmennpraksis.**

For å kunne ta seg av den økende gruppen type 2 diabetikere som vi får som en følge av aldringen i befolkningen og den bedrede diagnostisering, må vi vie mer oppmerksomhet til hvordan vi organiserer diabetesarbeidet. Nøkkelen til bedret omsorg, slik jeg ser det, er økt bruk av våre medar-

beidere. Arbeidsoppgaver som kan delegeres er f. eks: Opplæring i egenkontroll, injeksjonsteknikk og fotkontroll. Informasjon om kost, mosjon og generelle problemer. Videre kontrolloppgaver i forhold til blodsukker, vekt, føtter og injeksjonsteknikk.

Sykepleierne vil lettest kunne utføre disse oppgavene, men alle interesserte medarbeidere som får den nødvendige opplæring vil kunne greie det. Nødvendig opplæring kan starte ved at leger og medarbeidere sammen går gjennom handlingsprogrammet for diabetes i allmennpraksis og Hoechsts

4 hefter om type 2 diabetes i allmennpraksis, samt deltar på kurs om diabetes. Deretter starter man med en oppgave f. eks. opplæring i egenkontroll av blodsukker. Dette vil ha store positive ringvirkninger for diabetesomsorgen og for arbeidstrivselen, som følger med tilfredsheten ved å gjøre en god jobb.

**Referanser:**

1. NSAM's handlingsprogram for diabetes.
2. Hoechst serie i 4 hefter om type 2 diabetes.

**Michael de Vibe**  
Familievernkontoret,  
Alta



## Utdanningsstipend - helsetjenesteforskning

Statens Institutt for Folkehelse er et sentralinstitutt for helsevesenet med oppgaver innenfor infeksjons-, immun-, miljø-, og samfunnsmedisin som skal bidra til å forebygge og bekjempe helsekader/sykdom.

Ved Avdeling for helsetjenesteforskning er ledig midlertidig stilling som utdanningsstipendiat. Stillingen finansieres over "Program for helsetjenesteforskning" under NAVF og NORAS, og er ledig for 3 år fra tiltredelse.

Prosjektet gjelder årsaker til og konsekvenser av ulikheter i hysterektomifrekvens. Det foreligger en beskrivelse av problemområdet og et prosjektforslag, stipendiaten har også selv anledning til å påvirke prosjektets utforming, eventuelt i retning av doktorgrad.

Det søkes primært etter en lege med interesse for forskning, personer med annen utdanning kan også være aktuelle.

Kvinner oppfordres spesielt til å söke stillingene.

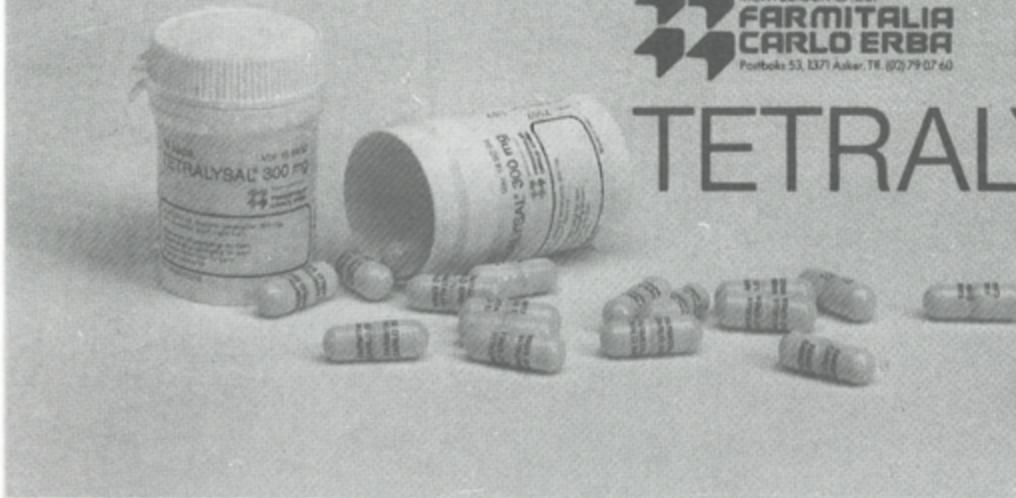
Stillingene lønnes i.h.t. Statens lønnsregulativ, ltr. 21-25 (pt. kr 159 237,- til kr 188 216,- pr. år). Lønnen er kanskje ikke god, men arbeidsmiljøet er meget spennende og trivelig. Prosjektet er også en betydelig utfordring.

Nærmore opplysninger om arbeidsoppgaver og -forhold ved forsker Arild Bjørndal eller professor Peter F. Hjort tlf. (02) 35 60 20.

Søknader bilagt attestert/vitnemål og eventuelle publikasjoner, bes innsendt Statens Institutt for folkehelse, Geitmyrsvn. 75, 0462 Oslo 4, innen 1. februar 1990.



# TETRALYSAL® (lymecyclin)



## Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:  
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

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

barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.  
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilslatt, 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:

I = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakokinetikk:

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

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

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

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

b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)

c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)

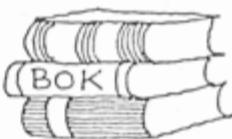
d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxyzyklin 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 doxycyklin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

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



## ANMELDELSE

**Arve Bryhn Frostad og Tande P: Allergiboken.**  
Bedriftsøkonomens Forlag, Oslo 1988. Utgitt i samarbeid med Norges Astma- og Allergiforbund. 147 sider. Pris: kr. 148.

Boken har kommet i stand gjennom et samarbeid mellom allergipesialisten Arve Bryhn Frostad og journalist Alf Tande-Petersen, bedre kjent som Tande P. Arve Bryhn Frostad driver en allergologisk spesialistpraksis i Oslo og regnes som en av de fremste eksperter på området. Han har tidligere utgitt forskningspublikasjoner vedr. aller-

## Allergiboken.

genekstrakter og hyposensibilisering, allergisk rhinit og en rekke populær-medisinske artikler. Tande - P er allergiker og har vært Frostads pasient gjennom flere år. Gjennom ham kommer pasienten til orde, krydret med anekdoter og sidesprang, slik vi kjenner Tande - P som journalist. Han gir en glimrende beskrivelse av hvordan en allergikers hverdag fortører seg.

Boken omhandler de vanligste årsaker til allergi, og tar for seg de etterhvert kjente kryssallergier det er nyttig å kjenne til. Den går også nøyne inn på alle de indre og ytre

faktorer som er med på å modifisere en allergisk reaksjon. Vi lærer om det nyttige begrepet priming, og får gode råd om mat og drikke. Boken kommer også litt inn på utredning og forebyggende tiltak før den går gjennom behandlingsmulighetene vi rår over idag.

Målgruppen for boken er den allergiske pasient som ønsker å vite mer om sin sykdom. Den omhandler derfor ikke den immunologiske basis for allergiske reaksjoner, men helt praktisk nyttig viten. Leger og helsepersonell vil ha god nytte av å lese boken, og skal vi anbefale den til våre

pasienter må vi kjenne til hva den står for. Boken mangler innholdsfortegnelse og register, men er inndelt i mange små kapitler, slik at det er lett å finne fram. Den er illustrert av Jan O. Henriksen og har en samling fotografier og illustrasjoner bakerst. Dette gjør at man leser boken på et par timer.

Personlig har jeg lært mye av å lese boken og vil anbefale den for mine kolleger og pasienter.

Sigurd Grytting  
Kommunelege/spes. ØNH,  
2645 Harpefoss □

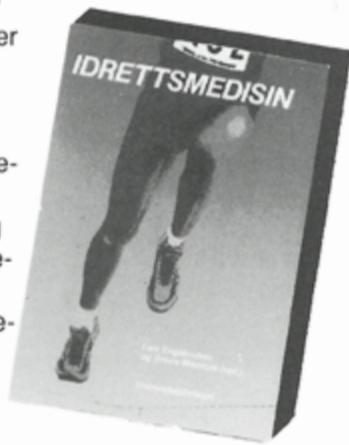
UNIVERSITETSFORLAGET

## MEDISIN

**Lars Engebretsen og Sverre Mæhlum (red.)**

### IDRETTSMEDISIN

En aktuell fagbok som blant annet tar for seg treningsfysiologi, ernæring og trening for spesielle grupper, for eksempel hjertesyke. Forfatterene tar opp symptomer, diagnose, behandling, prognose og dessuten forebygging av forskjellige typer idrettsskader. Boka går på tvers av store medisinske spesialiteter, og henvender seg til leger, fysioterapeuter og idrettshøgskolestudenter. Rikt illustrert av medisinsk illustratør.



264 sider kr 430,00

**NORLAB**  
= svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten

- Klinisk kjemi      • Hematologi
- Medikamenter      • Hormoner

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.

Prøver mottatt om morgenens analyseres og besvares samme dag.

Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.

I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

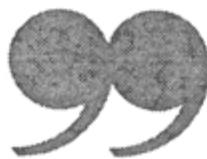
**NORLAB** Tlf.: (02) 55 28 00 Inkognitogaten 16.  
Postboks 7126 Homansbyen. 0307 Oslo 3

# Høyt ærede spesialister

## Tale til deltakerne ved grunnkurs 4 i Molde våren -88 og -89:

Av Tore Bjørnæs

*Tore Bjørnæs, cand.med. fra -69. Spesialist i allmennmedisin på overgangsordninger. Foretatt en rekke useriøse undersøkelser, deriblant flere dobbelt-blind undersøkelser med cross-over innen ulike felter. Til daglig i arbeid innen privat allmennpraksis i Molde.*



### Høyt ærede spesialister, kjære kandidater.

Allerede i min åpningsfloskel kommer den store forskjellen frem mellom den opphøyede og edle spesialist og den alminnelige praktikus fra doktorskolen. Det er denne enorme forskjellen jeg har tenkt å snakke litt til dere om i kveld. Til alle dere kandidater vil jeg likevel si: dere må ikke miste motet selv om veien frem er lang, og selv om mye av det jeg har å si kan virke vanskelig å forstå - så vil jeg be dere om å notere flittig i bøkene deres og senere slå opp i de medisinske verker når dere kommer hjem.

Som dere nok har forstått har vi det godt vi som er spesialister i allmennmedisin. Svært godt. Vi hører med til den gruppe leger som er kommet lengst i verden - ja, vi kan faktisk ikke komme lenger - vi står på toppen.

Her oppe kan vi skue ut over den gemene hop av travle samvittighetsfulle praktiserende kolleger som står og stamper i sin egen lille medisinske verden. Vi hører snakk om så mangt der nede fra: Om den vanskelige pasient, den vanskelige økonomi, om evaluering og realisering - om praksisprofil og engasjement og om den utbrente doktor. Jeg kan med en gang si dere - slikt finnes ikke blandt oss spesialister. Ja, jeg kan til og med røpe at vi snakker ikke en gang om sånt.

Forlengst har vi hevet oss til et nivå der det å praktisere medisinens edle kunst

kun er lutter glede. Den største forskjellen mellom spesialisten og praktikeren er at vi kan takle alle situasjoner, og stille alle diagnoser riktig på kortest mulig tid, eller med andre ord - vi mestrer.

La meg få lov til å illustrere dette med en del eksempler: La oss f. eks. se på den såkalt vanskelige pasient som sier: "Du doktor, i he så läkt i ryggja. I greie ikkje vare på arbei". Da vil praktikeren straks si: "Nei men stakkars Dem, De får ta av Dem på overkroppen så skal vi se på ryggen Deres". Dermed er han straks ute å kjøre. "Gjør det vondt her?" "Ja". "Der også?" "Ja" "Ja men kjære Dem, de kan da ikke ha vondt i hele ryggen?" "Jau då!" "Javel - det kan være en utglidning eller en forskyvning, eller kanskje en løsning eller en overstrekk osv, bla, bla, bla". Resultat: Sykmeldt i 1 mnd. i vente på fysioterapi, 1 mnd. pga. fysioterapi, 1 mnd. i påvente av røntgen og 14 dager i påvente av svar fra røntgen, utfylling av sykemelding 2, resepter på Paraflex comp - Naproxyn - Mogadon og klyster.

Spesialisten har selvsagt en helt annen innfallsvinkel. "I he så läkt i ryggja". - "Ja det kan jeg se. De har fått en utglidning. Slikt pleier å ordne seg i løpet av 2-3 dager. Hva slags arbeid har De?" "I e lærar". "Ja - da skal De få noen sterke tabletter hos meg som heter Pinex - og De med Deres utdannelse skjønner nok hva det betyr, ikke sant. Pin og ex - ja ikke sant. Nå skal De gå hjem og ta det med ro i dag, gjerne drikke litt kokt vann. Men først skal vi ta blodprøve. I morgen kan De nok gå på jobb som vanlig, dersom det ikke er streik da. Ha, ha. De har forresten min datter i 4. time. Betal i skranken, god bedring". Vanskelig? Ånci.

# Takster, kjære kandidater!

Så over til økonomien. Praktikeren sitter med rynket pannespeil og grubler over de store bøkene han har fått fra vårt kjære sekretariat. Der skal føres inn tall - mange tall - han skal ha en pung for kontoret, en pung for seg selv, en for kone og en for barn - noe skal inn, men det meste skal ut. Han blar febrilsk i takstheftet, skriver regningskort og går surr i alfabetet. Var det f eller h, fins det ikke en takst for dobbelt regnskap. Han har lommene fulle av nummererte kvitteringsblokker i ulike farger, noen med tre gjennomslag og med nummer fra 1 til 100. Hvordan skal man holde rede på alt dette, og hvem skal ha det tredje gjennomslaget. Hvilke takster inneholder 50 øre og små desimaler, fra når steg de sist - hvilke sykebesøk gjorde jeg avstig, hvor er stoppeklokka mi, hva heter ligningssjefen?

Spesialisten skriver rolig sine takster - bruker gjerne et stempel der det meste av alfabetet er med i lange serier, smeller på rutinemessig en 612b der konsultasjonen har vart over 6 min, har bare store kirurgiske inngrep, innfløkte sosiale kasus og utredninger, utstrakt preventjonsveiledning til alle aldersgrupper og de tre kjønn som er vanligst for tiden. I det hele tatt - pengene strømmer inn. Hans kjennskap til det sterkt underbemannete trygdekontor, der han også er bedriftslege, gir trygghet om at regningene blir godtatt. De store bøkene ligger og støver ned, med sine balansekonti og sine poster for ut og inn. Ligningssjefen, som ved siste bedriftskontroll fikk innlagt permanent kateter med skruklype, er oftest en nær bekjent som har sans for å få smake de svake franske viner

(Curvoasier og Remy Martin) en gang i blant. Nei økonomi finnes ikke bland spesialistene.

Den faglige standard er som sagt meget høy. For ytterligere finpussing velges kurser og kongresser med utsøkte emner, gjerne innen endokrinologi - kromosomanalyse - biokinettikk og farmakodynamikkens betydning, særlig dobbeltbindingene og deres betydning for benzodiazepinenes angstdempende effekt, hos mus. I samtaler oss spesialister imellom har vi ellers mang en gang måttet humre over historier om membranpotensialene i cerebellum. Ja jeg skal ikke fortelle noen slik historie nå, jeg ser det er kvinner tilstede, og vi har jo våre prinsipper.

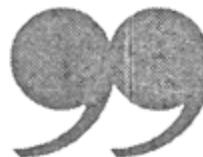
Vel, jeg ser at klokken nu er relativt mange, for å sitere Jyssum ved Farmakologisk institutt den 23. mars 1964 - 14.22., så vil jeg avslutningsvis snakke om den utbrente doktor. Noen utbrente spesialister finnes selvsagt ikke. Nei, han finnes bland de vanlige praktikere, gjerne bland dem som står på etterutdanningens nederste trinn i 40-50 års alderen og stirrer oppover mot spesialistenes Soria Moria på øverste platå der solen alltid skinner på de snøhvite frakker og himmelen er ganske nær.

Han ser på pasienten som en trussel. Den lange kø av sutrende, overvektige pasienter snor seg frem mot kontoret hans som en giftig slange. Hver enkelt av dem kommer for å plage ham, tvile på hans diagnoser, smile håndig av hans konklusjoner, nekte å følge hans råd, tvinge ham til å foreskrive analge-

tica og ataraxica, trekke ut sykemeldinger og trygdeordninger, baksnakke ham, for så å stikke av uten å betale. Han føler kollegenes hånlige blikk i nakken, personalets overbærenhet, sykehuslegenes arroganse og skattefutens tunge sten på brystet. Han er fanget, men finner ingen utvei. Han ønsker å handle, men føler seg lammet. Han drømmer om en palmestrand i Stillehavet, han drømmer om Nirvana.

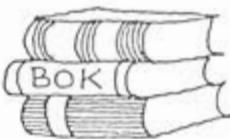
Men vi spesialister, vi drømmer ikke i det hele tatt. Vi har nådd våre drømmers mål - toppen. Og vi har våre metoder for å holde oss der. Stress er et ukjent begrep, telefonen er en venn og tjener, pasienten er verdig trengende. Menneskene lider, og vi kan hjelpe. Vi ser oss selv i speilet, blunker anerkjennende, smiler lurt til vårt indre ego og lar tilfredsheten riktig sige inn over oss. Vi har selvdisciplin og trygghet, takstene øker jo i formidabelt tempo: Nye lover og fullmakter kan ikke ramme oss for vi har jo vår egen forening i ryggen. Presidenten er med oss, og så må vi jo ikke glemme Hodne!

Kjære blivende kolleger. Vær velkommen i blant oss når kandidatiden er over, og løft eders øyne mot stjernene, for husk - våren kommer også til Finnmark!





Finn Egil Eide -89



## ANMELDELSE

**Tittel:** "Schizofreni".  
**Informasjonshefte om schizofreni** for pasienter, pårørende og andre.

**Forfatter:** Psykiater Gerd Ragna Bloch Thorsen, Psykiatrisk opplysningsfond, Sentralsykehuset i Rogaland, 4011 Stavanger.

Schizofrenibegrepet er fortsatt tabubelagt, ikke bare hos folk flest, men også langt inn i helse- og sosialvesenets rekker. Vi opplever stadig at det er med en viss angst det snakkes om schizofreni i motsetning til depresjoner og neuroser. Mange kvier seg for å sette "merkelappen"

## Informasjonshefte om schizofreni.

schizofreni på en pasient, for da er pasienten nesten oppgitt eller i allefall vanskelig å behandle. De som lider mest under dette er pasientene selv og deres pårørende som ikke får den behandling og informasjon de har krav på.

Derfor er det svært prisverdig at det nå er gitt ut et informasjonshefte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre. Dette er utgitt av psykiatrisk opplysningsfond på Sentralsykehuset i Rogaland, og heftet kan forhåpentligvis lettvis skaffes derfra. Det er et pent, ryddig og oversiktlig hefte

som beskriver, synes jeg, både riktig, ærlig og lettfatelig årsaksteorier, symptomer, behandlingsmuligheter og prognose, samt alle rettigheter og de tilbud som er tilgjengelige. Dette er gjort forståelig og direkte ved bruk av bare noen få fremmedord. Heftet er illustrert med vakre bilder og små dikt som beskriver følelser og tanker man ofte finner hos mennesker med schizofreni. Det beste er kanskje at det er skrevet slik at mystikken, angst og tabuene rundt sykdommen nesten forsvinner og uten å bagatellisere eller skjule vesentlige ting.

Jeg tror ikke jeg er alene i psykiatrien om ofte å kve meg for å snakke med pasienter og pårørende om schizofreni når det gjelder diagnose, årsakssammenheng og prognose. Jeg synes dette heftet kan hjelpe med til å gjøre det lettere, og jeg vil derfor anbefale det ikke bare til pasienter og pårørende, men også til alle i helse-, sosial- og fengselsvesen.

Overlege Jørn Nissen-Meyer,  
Psyk. avd, Gjøvik  
Fylkessykehus.

## Angst - krise og stress

**Angst - krise og stress.**  
Rosenberg Nicole,  
Rosenberg Raben.  
Munksgaard forlag,  
København 1989.

Dette er en bok om angst. Både om dens forskjellige ansikter i krise og stress til de forskjellige former for syklig angst basert på det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-III.

På en svært oversiktlig måte tar boken for seg de forskjellige angstforstyrrelser. Både årsaksforhold, diagnostikk og behandling blir omtalt. Boken henvender seg til et bredt publikum innenfor de sosiale og medisinske profesjoner. Enkelte kapitler

forutsetter grundig faglig forkunnskaper mens andre gjør det ikke. Dette er på mange måter en svakhet som forfatterne også har vært inne på i sin innledning.

Er dette noe vi kan ha bruk for i allmennpraksis eller kun for spesielt interesserte? Behandlingspanoramaet som beskrives spenner fra benzodiacepamforskrivning via antidepressiva til de forskjellige psykoterapeutiske tilnærningsmåter som f. eks. støtteterapi eller kognitiv adferdsterapi. Mye av dette brukes også i dag i allmennpraksis. Vi anvender ofte de beskrevne teknikker om ikke alltid like planmessig og konsekvent.

Nettopp her er denne boka en god hjelp - dersom man ønsker å få mer systematisk forståelse for den store gruppen pasienter som presenterer angst og stress som et problem.

I allmennpraksis er det viktig på kort tid å kunne besvare de tre H-er:

**Hva** dreier det seg om her?  
Er dette normalreaksjon på krise eller uttrykk for en patologisk angstutvikling?

**Hvordan** skal problemet møtes? Er terapi nødvendig og hensiktsmessig? Skal man vektlegge støttende samtaler eller antifobisk trening? Indikasjon for medikamentell behandling?

**Hjem** skal være behandler?  
Primærlegen eller er det en pas. for annenlinjetjenesten?

Jeg synes boken som er på ca 140 velskrevne og ganske lettleside sider kan være ett godt hjelpemiddel når disse spørsmålene skal besvares og den kan således trygt anbefales.

Stipendiatur Siri Steine,  
Institutt for  
allmennmedisin,  
Fr. Strangsgt. 11-13  
0264 Oslo 2.



**Tittel:** Tysk medisinsk filosofi.  
**Uexküll T, Wesiack W.**  
**Theorie der Humanmedizin.** 700 s, tab, ill.  
**München:** Urban & Schwarzb erg. 1988.  
**Pris kr. 442,-.**

Medisinens omfatter to mektige idestrømmer som springer ut av hver sin kilde: den naturvitenskapelige og den hermeneutiske.

Teknikker fra anvendt kjemi, fysikk, genetikk, biologi, elektronikk etc. har åpnet for en stadig mer detaljert innsikt i menneskets anatomi og fysiologi både i sunnhet og sykdom. De samme disiplinene har også skaffet oss redskaper til å manipulere patofisiologiske prosesser både på makro- og mikroplan. Utvilsomt er det fremdeles en stor grøde å høste i dette som Kant kalte "empiriens fruktbare lavland".

Parallelt med dette har det i dette århundret vært investert mye flid og fantasi i å gi systematiske beskrivelser av psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner ut fra de behov vi som medisinere har hatt for å "hjelpe" eller "behandle" våre medmennesker.

Etter hvert har det meldt seg noen problemer som blir stadig mer påtregnende:

1. Medisinens naturvitenskapelige kilder ligger i midten av det forrige århundre, og vi må konstatere at dagens fysikk, kjemi og biologi er tuftet på radikalt forskjellige ideer.

## Tysk medisinsk filosofi.

2. Det er blitt åpenbart at en del av helsevesenets viktigste utfordringer ikke egner seg for tradisjonelle naturvitenskapelige analyser og løsningsstrategier, men at vi må ta i bruk arbeidsredskaper fra de hermeneutiske discipliner.

Også i det norske medisinske miljøet har det fra fagfilosofen vært spottet med at medisinen ikke er en selvstendig vitenskap, men en heterogen samling ideer, i det vesentlige rasket sammen fra det forrige århundres naturvitenskap. Medisinen har altså manglet en samlende og grunnleggende teori. Det er fristende å si at mens vi har vært travelt oppatt av å bygge stadig nye etasjer og sidefløyer i vårt medisinske hus, så er viktige deler av grunnmuren smuldret bort.

Nylig er det i det tyskspråklige området kommet et storverk om medisinsk filosofi, forfattet av Thure von Uexküll og Wolfgang Wesiack. Uexküll er født i 1908 og arbeidet tidligere bl.a i Giessen og Ulm som indremedisiner med spesiell bakgrunn og interesse for psykosomatisk medisin. Wolfgang Wesiack er født i 1924 og har de siste åra arbeidet som professor i Ulm og Innsbruck. Han er spesialist i indremedisin og har i tillegg mangeårig utdannelse og praksis som psykoterapeut.

Kort kan det sies at dette er et storverk som det er umulig å yte rettferdighet i en kort omtale som dette.

Dette er ikke ment å være en lærebok i medisinsk filosofi, men en presentasjon av forfatternes eget teoribygging.

På ca. 700 tetteskrevne sider finnes gjennomgang både av den medisinske filosofis historiske og ideologiske røtter, kropp-sjelproblematikken, systemteoretiske problemstillinger, tegnsystemer (semiotikk), lege-/pasient-kommunikasjon, ontologiske, metafysiske og vitenskaps-teoretiske betraktninger. I sluttkapitlene beskrives alternative legeroller og etiske konsekvenser av forfatternes teoribygging.

I stor utstrekning henter de inn eksempler og ideer både fra biologi og klassisk psychoanalytisk litteratur, men her er også referanser til moderne filosofi og psykologi.

Noen eksempler på ideer/bilder:

Helse/sykdom defineres slik: "*Gesundheit ist.....der ungestörte Aufbau der subjektiven Umwelt, wobei die Umgebung Nützlichkeiten und Schädlichkeiten bieten muss, die den kreativen Fähigkeiten des Lebewesens entsprechen. Krankheit tritt ein, wenn dass raffinierte Gleichgewicht zwischen subjektiver Kreativität und objektivem Angebot gestört ist, wenn.....Umgebung sich zu dem Lebewesen verhält wie ein schlecht passender Schuh*". Dette sitatet er tatt med for å illustrere at denne boka fører leseren inn i en fremmedartet verden. Revet

ut av sin sammenheng yter det vel ikke forfatterne rettferdighet. Denne helse/sykdomsdefinisjonen illustrerer også at forfatternes teori bygger på samspillet mellom individ og omgivelser. Sentrale begreper er f. eks. "merken" ("sanse") og "wirken" ("handle").

"Merken" og "wirken" relateres ikke til en tradisjonskennetegn stimulus-respons, men til tegnoretiske (semiotiske) betraktninger som forfatterne kaller "Situationskreise".

Uexküll/Wesiack har også som utgangspunkt at det er en utilateelig forenkling å beskrive mennesket som en simpel hierarkisk organisasjon av celler, vev, organer, organsystemer etc.. "Hier sind zweifellos verzweigte, mehrdimensionale Modelle erforderlich".

Hvert enkelt individ virkelighetsoppfatning er unik og den kan betraktes nærmest som et eget "organ" som individet er innhyllet i. Uexküll/Wesiack sier bl.a at alle/de fleste "sykdommer" affiserer pasientens virkelighetsoppfatning f. eks. analogt til at hudsykdommer affiserer huda. For legen er det like viktig å skaffe seg et bilde av pasientenes forstyrrende virkelighetsoppfatning som av sykdommens øvrige manifestasjoner. For norske kolleger som arbeider med veiledningsprogrammet i allmennmedisin tør dette være kjente tanker.

Medisinens interessefokus skal flyttes fra "diagnoser"



## ANMELDELSER

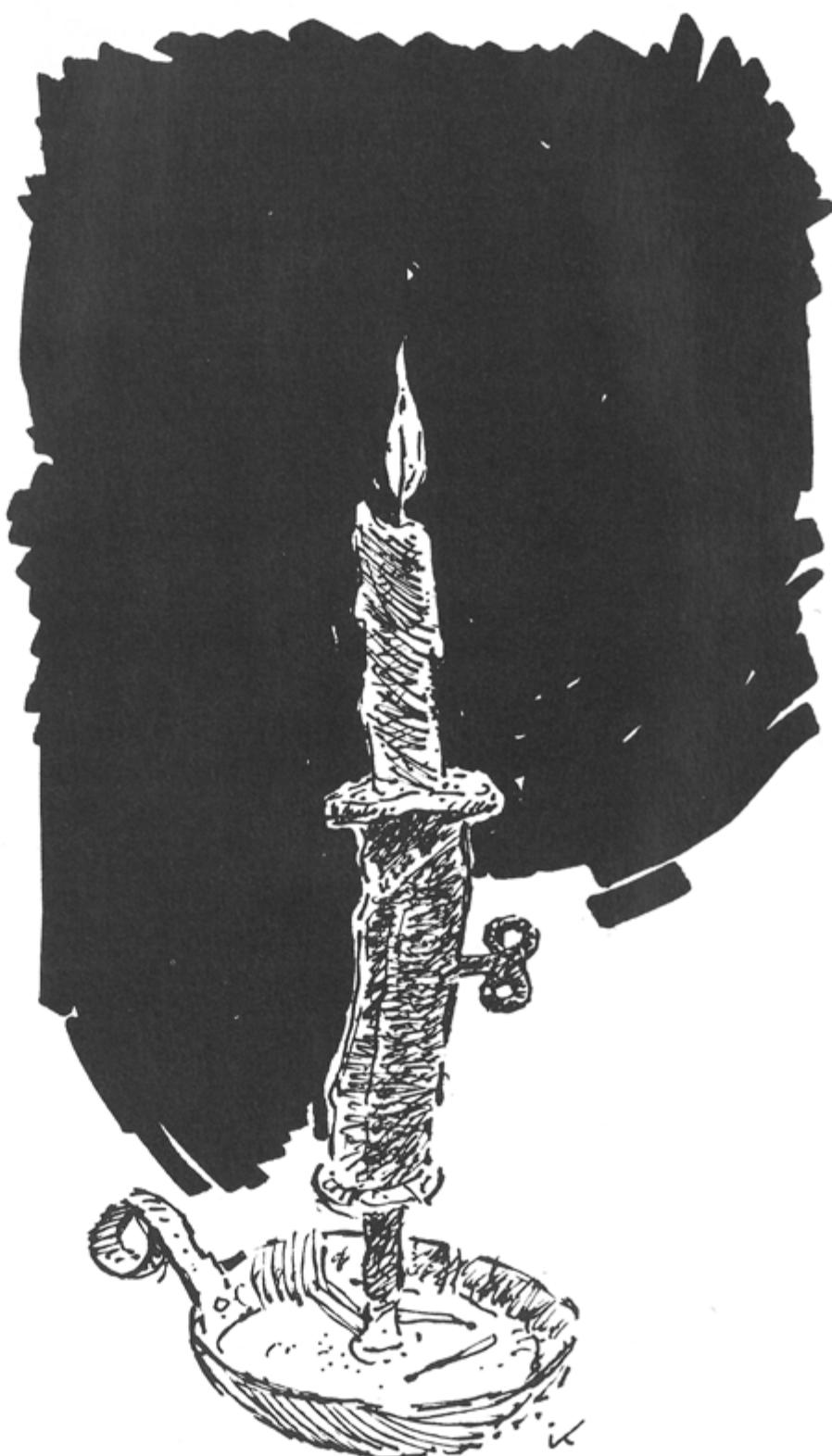
og "sykdommer" til hver enkelt pasients virkelighetsoppfatning og lege-/pasientforholdet.

For en norsk leser er det problematisk at forfatterne trekker vidtgående konklusjoner fra enkeltstående kasustikker. Etter vår målestokk er dette naturligvis utillatelig og uvitenskapelig.

Jeg tror at de fleste vil være enig med meg om at denne boka ikke er lettlest. Både stilten og terminologien er fremmedartede. Men jeg tror også at den kan være en solid veiviser inn i en tysk-/kontinental filosofisk tankeverden. Dette siste er skrevet med litt dårlig samvittighet, både fordi Uexküll har hatt lange studieopphold i USA, og fordi her er rikelig med henvisninger til både engelsk- og franskspråklig litteratur. Et memento: I den mer enn 20 sider lange litteraturlista er det ikke en eneste henvisning til skandinaviske eller nordiske forfattere.

Først og fremst tror jeg dette er en bok for filosofisk interesserte allmennmedisiner, psykiatere og indremedisiner, men også utenfor disse gruppene tør det være mange kolleger som ville finne glede i å friske opp tysken og intellektet med denne utfordrende boka.

Kommunelege  
Ola Lilleholt,  
6657 RINDAL.



# Egenomsorg mot utbrenning



*Av Anne Mathilde Hanstad, cand. med. Bergen 1979. Ass. lege psyk. poliklinikk Haukeland sykehus, -81 -82 -83. Fra -84 kommunelege 2 i Strand kommune i Rogaland.*

## Kan vi som allmennpraktikere bruke KOPF-ideallet på oss selv?

Solstrandprisen -89, utdelt på Solstrandkurset mai -89, ble delt mellom kommunalegene Knut Slinning og Anne Mathilde Hanstad som begge hadde levert inn bidrag om utbrenhet. Anne Mathilde Hanstads foredrag blir her gjen- gitt i litt omarbeidet form.

**Av Anne Mathilde Hanstad**

### Klubben for utbrente leger, finnes den?

Jeg kan like godt si det:

Jeg er kvinne.

Jeg er allmennpraktiker, - kommunelege II.

Jeg er mor.

Jeg er ektefelle.

Da ligger det i sakens natur at jeg er medlem i klubben for utbrente leger, - klubben med mange "tillitsvalgte" og uten medlemsregister?

Nei, men jeg kunne vært det, hvis ikke andre og nye utfordringer hadde møtt meg og fått tankene på nye baner.

Jeg befant meg "på kanten av stupet" (1) da hovedtemaet for dette foredraget fenget min interesse.

### Allmennmedisinsk kunnskap og utbrenhet.

De siste årene har det vokst frem en ny "trend" i allmennmedisin, ikke minst gjennom etableringen av veiledningsgrupper i allmennmedisin (2).

Det handler om mer kunnskap og utdanning i fagene kommunikasjon, konsulasjonsteknikk og pedagogikk (2,3,5,8).

Bedre ferdigheter i kommunikasjon og samtaleteknikk (9), viten om at vi i hvert eneste konsultasjon bør bestrebe oss på å pakke inn en dose "egenomsorg" (10) for pasienten, kan ta pusten fra hvem som helst.

Samtidig settes KOPF-idealene: Kontinuerlig, Omfattende, Personlig,

Forpliktende, under luppen. Er det riktig ideologi?

Har morgendagens leger mulighet til å holde seg ajour faglig, og være den som "samler trådene" for sine pasienter i henhold til disse idealene?

For mange blir det etterhvert komplisert å tenke seg allmennpraktikerens fremtid (11).

Fugelli skriver i sin tale ved APLF's 50-årsjubileum at allmennpraktikeren er den siste "helhetslegen" (5): I fremtiden vil pasientene *kjenne* sykdommen sin, *ha rede på* legemidlene sine, *ta del i* sitt eget helsevedlikehold.

Som lege er det lett å bli oppgitt, stille seg på sidelinja og si at allmennpraktikerens levetid må være begrenset. Det går ikke an å sitte på et hurtigtog hele livet (12).

Adferden vår kan lett bli negativ. Når den blir det, har vi kan hende allerede tapt slaget? (13).

Parallelt med indre og ytre krav om ny kunnskap, kommer det for dagen en tiltagende åpenhet omkring begrepet "utbrenhet":

Lægeforeningen har satt ned en egen gruppe som har arbeidet med emnet (14). Utpostens essaypris 88 gikk til Olav Rutle for artikkelen "På kanten av stupet", en personlig beretning om hvordan arbeidet tærer på arbeidsglede og arbeidslyst (1).

Tidsskriftet starter opp med spalte om "Åpenhet" (15), det er gitt ut bok om "Når legen blir syk" (16), "Den utslitte legen og den forsømte familien" er tema i allmennmedisinsk utdanning (2,17).

Litteraturen tvinger hver enkelt av oss til å se i øynene at jobb og liv påvirker hverandre. I økende grad synes det som de også kan destruere hverandre, om vi ikke selv korrigerer kurset.

## Teori og praksis.

Oversikt over gode råd mot utbrenthet finnes i Medisinsk Årbok 1989 (18):

1. Legen må hente seg trivsel og samvær utenom yrket i beskyttet fritid.
2. Legen må lære seg å si nei.
3. Legen må styre sitt liv med sin egen målestokk.
4. Vi må dele oss selv med andre.

Rådene er teori. Veien frem til at vi som gruppe greier etterleve slike regler, er sannsynligvis lang og kronglete. Fugelli og Malterud er inne på at legene som gruppe er "high achievers". Som gruppe forventes det av oss at vi er ja-mennesker (18).

Tanken "Når andre greier henge med, gjør jeg det også", er kjent for de fleste av oss.

Jeg har ingen formalisert utdanning i grensesetting, antijantelovsprinsipper og aksept av egenverdi.

Den overnevnte artikkelen fra Medisinsk Årbok slår fast at jeg befinner meg i "risikogruppe":

"Kvinnelige leger er særlig utsatt for utbrenning og har høyere forekomst av stresssymtomer og selvmord" (18).

Kan jeg og vi som allmennpraktikere gjøre noe med disse problemene?

Hvordan kan jeg endre risikoprofilen min i riktig retning?

## Forstå andre, forstå seg selv.

Mange av våre pasienter frembyr hjelpeøshet som et slags symptom. De ønsker "en pille for alt som er ille". De har vanskelig for å innse at de færreste problem kan løses med en resept. Vi sukkes og stønner over denne

pasientgruppen.

Det er fristende å nevne Maslows behovspyramide (fig. 1): For å utvikle egenskaper og evner, for kunnskap og viten, er det nødvendighet at primærbehov som hvile, trygghet, sosial tilhørighet er dekket. Tidvis lurer jeg på om vi som leger kjenner vår egne primær-behov. I alle fall går mer enn en allmennpraktiker ofte på akkord med dem. På det viset frembyr vi likhetstrekk med pasientene som ikke har interesse for sin egen helse! "For å forstå andre, må en forstå seg selv", skriver Mc. Whinney (6). Kjenner vi oss selv for dårlig? Vi venner oss til å presentere for pasienten hvor viktig deres egeninnsats er. Hva med min helse, din helse? Hva med vår evne og lyst til egenomsorg? Har vi lett for å sukke og stønne over egne problem på samme måte som våre pasienter?

## Smittsom utbrenthet.

Det er fint at syndrom som angår legen selv vinner aksept. Det er enda bedre at syndromet utbrenthet presenteres prosessorientert, ikke fiksert.

Likevel åpner det for å falle i en grøft der utbrentheten blir epidemisk. Utbrenthetsstadiene er smittsomme (12). I stedet for at kollegiale samtaler virker kreative og hjelpende, kan de bli til samlinger der en støtter hverandres umulige arbeidssituasjon.

Uttrykket "klubben for utbrente leger" høres kynisk ut. Det er virkelig ikke noe forsøk på å ta overhøyde, og definere meg selv ut av sammenhengen. Snarere er det et uttrykk for den ubehagelige følelsen jeg kjenner på når jeg ikke altfor sjeldent hører kolleger som "ikke har fått tid til å utrede", "ikke kan forstå at det er noe å snakke om". Jeg opplever at konflikter med verbal konfrontering ises ned. Hvorfor? Mangler vi kunnskaper om

oss selv og våre interaksjoner? Vil vi helst bevare våre fasader og barrierer? KOPF-ideologien har, slik jeg har oppfattet den, hatt for øye å "få de tusen blomster til å blomstre". Hvis utbrenthetsepidemien får spre seg, er det fare for at de "tusen blomstrende allmennpraktikere" får for lite næring til seg selv og langsomt visner. Jorda armes ut etterhvert som den hovedsaklig tappes for næring.

Til en allmennmedisin med muligheter for nytenkning og spennende fremtid trenger vi leger som har vilje til å ta ansvaret for seg selv før de begynner å blomstre av, leger som høyt tør si: "Jeg er verd noe".

"Jeg liker jobben min".

"Jeg vil gjerne fortsette som allmennpraktiker".

## KOPF, - i legens egenomsorg?

KOPF-ideologien har fenget interesse blant norske allmennpraktikere. Uten ideologi og nye utfordringer blir allmennpraksis kjedelig (2,5). Mål er ikke alltid til for helt å nås, men for at man skal ha noe å strekke seg mot:

*"Lykka skal du skimte,  
men får du den i favn,  
da ser du sårt:  
du favner,  
et blodig, bittert savn".*

H. Børli.

Jeg mener at denne allmennmedisinske ideologien fortsatt kan være målet i defjerne. Den bør være en stjerne vi kontinuerlig strekker oss mot gjennom arbeid og utdanning. Den skal ikke være en stjerne vi ofrer liv og helse for å nå!

La oss prøve å snu på flisa: Hva med legen, utøveren av ideologien, - er jeg i stand til å være Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende i min egenomsorg? Vi må være villige til å anvende ervervede kunnskaper om lege/pasientforholdet og konsultasjons teknikkene på oss selv, våre mellommenneskelige og kollegiale relasjoner (2,3,12,21).

Glinn Bennett skriver i sin bok "The doctor and the wound": "The doctor can be struggling with intractable problems at home, and then, the next morning, advising patients about the very same problems. According to how you look at this, it is a paradox, an =>



aberration, or merely a *sign that we are all human*".

Studiet lærte meg lite om både psykologi, medmenneskelighet og kommunikasjon. Livet forsøker stadig å lære meg at disse forholdene er det nødvendig å kunne noe mer om. Da må jeg ha mer teoretisk ballast. En del av motgiften mot smittsom utbrenhet tror jeg er å søke etter kunnskap som kan sette det "livet" forsøker å lære meg i system. Videre må jeg kontinuerlig anvende denne teorien i praksis. Det er ikke slik at "innsikt" og endring av adferd ikke kan læres!

### Kontinuerlig selvrefleksjon.

Malterud har i flere år arbeidet med å finne frem til rett måte å forstå våre kvinnelige pasienter på (4,22). Hennes nøkkelspørsmål til pasientene: "Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe *deg* med i dag?" var med på å sette igang mine egne tanker om *meg* og kollegene, - vår individuelle og kollektive slitenhet: Kunne jeg anvende mine råd til pasientene på meg selv? Ofte formidler jeg til pasienten at hun er den beste legen, jeg er konsulenten. Slik kan jeg til daglig, i de hverdaglige problem, være min egen konsulent. Det går an å snu på Malteruds nøkkelspørsmål: "Hva tror *jeg* at *jeg* kan hjelpe *meg* med akkurat i dag?" (6).

Kan hende er det mulig med ovennevnte spørsmål å anvende Fugellis og Malteruds råd om å lære seg å si nei, dele seg selv med andre osv. i en prosess der *jeg og du* med våre enkeltstående og samspillende prosesser er hovedingrediensene? Det er nødvendig å øve seg i å hjelpe seg selv, ikke i skippertak, men kontinuerlig. Jeg tror vi på hvert vårt trinn i prosessen må øve oss i å *bruke oss og la oss bruke*, ikke bare *forbrukes!*

### Omfattende rolleforventninger til allmennpraktikeren.

I komplekset Kontinuitet og *meg* som Omfattende kan jeg i det uendelige rive meg selv unødig i biter ved beskrivelse:

Jeg er: lege, kollega, mor, ektefelle, venn, overordnet, underordnet, -verbal og nonverbal, fysisk og psykisk, - sterke

eller svak, glad eller lei, aggressiv eller innesluttet, - aktiv og passiv, projiserende og fortengende osv.

Her svinger jeg rundt en svingstang i et stadig hamskifte intra- og interpersonelt. Jeg er i et kontinuum på en skala uten tall. Rollene skifter med hvem som opplever, vurderer og tolker. De skifter også i tråd med hvordan jeg takler meg selv i ulike situasjoner. Transaksjonsanalytiske prinsipp gir meg muligheten til å forstå hvordan jeg kan ta vare på meg og flere av mine relasjoner mens jeg beveger meg på svingstangen.

Prinsippene "Jeg er OK, du er OK" (21) og teoretisk kunnskap til anvendelse om *når* jeg oppfører meg *hordan*, - og kan hende *hvorfor*, gir muligheter til å starte med "blanke ark". Det går an med rak rygg bevisst å øve seg i annen og ny form for kommunikasjon, ettersom prinsippene i motsetning til de Freudianske, hverken dømmer eller fordømmer i forhold til den fasen av livet vi ikke selv har råderett over (9,21,20).

I en jobb der vi kontinuerlig eksponerer oss for nye personer, er aksept av egenverdi avhengig av positive og nære relasjoner til andre mennesker. Vi har bruk for hverandre som medmennesker, ikke bare som kolleger. Vi har bruk for å være personlige og åpne i forhold til hverandre.

### Personlig engasjement.

Vi har muligheter for å prege det livet vi lever.

Da må vi først slå følge med Inge Lønning og nåværende finansminister Gunnar Berge som symbolisk kastet janteloven i sjøen vinteren 89. Når janteloven er vel over bord, og noe teoretisk kunnskap ervervet, går det kan hende an å være så ublu at jeg aksepterer det faktum at *jeg*, liksom *du* er unik?

Dersom vi skal takle hverdagene, har vi bruk for å *hjelpe* hverandre. Tidvis har vi bruk for å sette ord på problem, tidvis har vi bruk for nonverbale, *trygge* signal som handler om konfliktløsninger og taklinger: Hvordan gjør jeg jobben min? Hvordan kan jeg gjøre den bedre? Hva kan vi sammen gjøre for å dra det beste ut av en eventuell "elendighet"? Kan vi greie å snu utbrenhetsspiralen? For å være personlig, kreves det *vilje*

til kontinuerlig konflikttakling i arbeids-situasjonen. Vi kan alle makte stor arbeidsbyrde. Noe av det som sprer negativisme, er de mellommenneskelige taklingene som ikke blir tatt opp underveis.

Det er defensivt og tapsorientert å spille spill som "var det ikke for deg", "det er selvsagt min skyld" osv. for å bevare fasadene og barrierene vi har bygget i årenes løp (20). Fordi barrierer hindrer kontakt og skaper uthyggighet, er de destruktive og dyrker elendighets-tenkningen.

Igjen handler det om interkollegial anvendelse av viktige prinsipp i lege/pasientforholdet (12,15).

### Forpliktelser overfor andre, og overfor meg selv.

I det daglige arbeidet har vi utfordringer i våre pasienters plager. I blant får vi ta del i deres gleder. Det trygge lege/pasientforholdet innebærer forpliktelser for begge parter. Livet pålegger oss forpliktelser i mange andre forhold. Det er også slik at *jeg* har primæransvaret for livet mitt og det innholdet jeg vil gi det.

Hverdagene er fylte av hjelp, trøst og lindring til og for andre. Vi snakker sjeldent om at vi har forpliktelser i forhold til det å kjenne seg selv, både fysisk og psykisk. Denne kunnskapen må vi lete etter, i teori og praksis.

Det var ikke noe pensum om "å lære seg selv å kjenne" på doktorskolen. Slik lærdom innebærer dynamikk, som sikrer at hverdagene ikke blir kjedelige.

### Ta vare på kroppen, - så tar du vare på deg selv!

Fysisk aktivitet forebygger mange somatiske sykdommer (24). Fysisk aktivitet er kjent som terapi mot utbrenhet (12 s. 206). Gjelder "Helse for alle år 2000" også allmennpraktikerne selv, bør vi kan hende ta konsekvensen av det? Gjennom fysisk aktivitet har vi anledning til å erfare om teoriene har noe for seg.

Lystbetont, regelmessig trening har gitt meg kjennskap til hvordan kroppen min virker i større grad enn før. Jeg tør si at trening har bekreftet teorien for mitt eget vedkommende (12,24).

For å kunne ta vare på andre har *jeg* bruk for *tid til meg*. Siden døgnet fortsett bare har 24 timer, må noe annet velges bort. For de fleste av oss er det



Foto: Kirsti Malterud

fortsatt tale om prioritering. Denne gangen er det prioritering av tid til seg selv.

Hverdager og helger har "lommer" som aktivt kan velges til å holde det personlige maskineriet godt smurt fysisk og psykisk.

Fysisk aktivitet skal ikke være enda en vond samvittighet som driver en mot stupet. Den må være lysbetont. Dertil skal den for å gi "helse", drives regelmessig og være slik at svetten kjennes! Det går an å nyte trening som middel til å bedre livskvaliteten for flere av oss, tror jeg.

### Forebygging som utfordring.

For å drive egen egenomsorg må legen venne seg til å bruke seg, ikke bare forbruke seg.

K-O-P-F-ideologien er allmennpraktikeren lege/pasientmål. Den bør også være vår personlige ideologi i forhold til eget liv! Det må også være et mål ikke å leve opp til Piet Heins beskrivelse av tro, eller mistro på leger:

*"My faith in doctors  
is immense.  
Just one thing spoils it:  
Their pretence  
of authorised omniscience".*

Fagutvikling er inne i spor vi bør nytte aktivt. Å bli spesialist i allmennmedisin er begynnelsen på et aktivt faglig liv. Allmennpraktikeren bør ha gode muligheter til å videreføre seg faglig etter den medvind vi har hatt med spesialitet, veileddningsgrupper og tilskudd fra nye fagområder.

Litteraturen bugner likevel av stoff om slitenhet, utbrenhet. Er det på tide aktivt og personlig å ta dette opp som en utfordring til ansvar for egen helse? Kan vi takle problemene før de oppstår ved en kontinuerlig omtanke og innsats for egen fysisk og psykisk helse?

Ideologien vår om K-O-P-F mister bunnen hvis vi ikke velger å ta vare på oss selv og hverandre. Innholdet faller ut. Det hele blir teori, og vi risikerer at den Kontinuerlige, Omfattende, Personlige og Forpliktende allmenn-

praktikeren støver ned til historien fra "de gylne åttiåra" på grunn av sin egen utslitthet. *Det er neppe veien vi ønsker videre?*

### Litteraturliste:

1. Rutle O: På kanten av stupet. Utposten 1988; 17: 313-7.
2. Westin S: Utdanningshåndbok for allmennpraktikere. Oslo: Gyldendal/Dnlf, 1985.
3. Hjortdahl P: Symptomer i allmennpraksis. Medisinsk Årbok 1986. København: Munksgaard, 1986.
4. Malterud K: Illness and disease in female patients 1&2. Scand J Prim Health Care 1987, 5; 205-16.
5. Fugelli P: Allmennmedisinens fremtid. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 867-9.
6. Mc Whinney I: An introduction to family medicine. New York Oxford, Oxford University Press, 1981.
7. Pendleton D, Shofield T, Tate P, Havelock P: The Consultation. Oxford, Oxford University Press, 1984.
8. Hjortdahl P: Konsultasjonen. Medisinsk Årbok 1989. København: Munksgaard, 1989.
9. Metze E, Nystrup J: Samtaletrening. København: Munksgaard, 1984.
10. Heian F, Lystad N: Egenomsorg. Tingvoll: 1984 (hefte).
11. Bennett G: The wound and the doctor. London: Secker and Warburg, 1987.
12. Arkiv for praktisk lægegjerning 1984. Lægepatientforholder. København, sastrykk av månedsskrift for praktisk lægegjerning, 1984.
13. Rolfsen O: Du et bevisstløst menneske. Oslo: MTI-forlag. Årstall ikke oppgitt.
14. Roness A, Rutle O, Koss K S, Ree A, Koksvik T, Haugli L: Den oppbrukte legen. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 258-9.
15. Nylenna M: Åpenhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 80.
16. Anker H: Når legen blir syk. Oslo: Aschehoug, 1988.
17. Tyssen R: Oppofrende lege, utbrent lege og forsømt familie? Utposten 1988; 17, 343-5.
18. Fugelli P, Malterud K: Den utbrente legen. Medisinsk Årbok 1989. København: Munksgaard 1989.
19. Tenkekomiteen: Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste. Oslo: APLF/OLL, 1978.
20. Berne E: Games people play. New York: New York Grove Press, 1964.
21. Harris T: I'm OK, You're OK. Norsk oversettelse: Jeg er OK, Du er OK. Oslo: Tiden, norsk forlag, 1973.
22. 1. Norske seminar i medisinsk kvindeforskning. Oslo: NAVF's sekretariat for kvindeforskning, 1987.
23. Anstorp T, Axelsen E, Ingebretsen R: Kvinne(p)syke. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
24. Bjørntorp P: Motion som prevention och terapi. Medisinsk Årbok 1985: København, Munksgaard 1985.
25. Fugelli P: Ja og nei. Utposten 1988; 17: 258-9.
26. Brømsberg B, Vestlund N: Brenn deg ikke ut. Oslo: Cappelen, 1987.



# Kroppen min

og  
eg

Vi er ute i lag, kroppen min og eg.  
 Han er komen nærmere gjennom stadig bruk.  
 Eg kjende han visst ikkje så godt før.  
 På doktorskulen lærte eg mest om andre sine kroppar.  
 Eg lærte korleis dei verkar, ikkje så mykje korleis dei kjennest.  
 Eg lærte slett ikkje noko om korleis *eg* kjennest for *meg*.  
 Ulike rørsler sender signal til hovudet.  
 Dei tolkast på ulike vis.  
 Han er ikkje alltid like lett, kroppen min.  
 Dei er ikkje alltid lette, tankane mine heller.  
 Somme tider renn eg av garde i fin fart.  
 Det første målet er å kjenna at eg vert sliten,  
 at eg kan bruka meg.  
 Så kjem varmen, sidan sveitten, som renn på innsida av trøya,  
 perlar nedetter ryggen og på innsida av armane,  
 væter bukselinninga som klistrer til huda.  
 Vinterstid kan det vera vått og kaldt.  
 Medan eg fer bortetter vegen kjenner eg likevel kor dei veks, -  
 krefter, glede, tankane i meg.  
 Samstundes sig vonde opplevelingar, sinne, telefonar, mas, uro,  
 bakover i hovudet, eller dei finn seg plass i "arkivet" mitt.  
 Eg øver meg i korleis *det* kan taklast "neste gong".  
 Eg gler meg over sjøen der nede, øyar og fjell,  
 tåkedottane kring fjelltoppane.  
 Eg tenker at ein slik tåkedott kan tankane mine vera,  
 dei som fer gjennom hovudet,  
 på borttur, eller for å setja seg fast, gøy mast,  
 nyttast i andre høve.  
 Eg kjenner sluddet på kinnet, - kaldt, - samstundes  
 kjenner eg varmen.  
 Eg nyt det.  
 Det svalar, ber bod om at om nokre månader igjen,  
 då skal eg få kjenna lufta på huda mi,  
 kjenna vår- og sommarvind på kortbuksebein og  
 T-skjortearmar.  
 Eg får oppleva "kontinuitet" og "prosess" frå naturen på kroppen  
 og livet, kjenner meg trygg og "nær".  
 Det er godt å kjenna svingningane.  
 Eg gler meg.  
 Eg har bruk for kjelder som fyllest om eg skal hjelpe andre og gje  
 av meg sjølv.  
 Eg lyt finna kvile som ikkje berre gjev svevn,  
 men fysiske krefter og psykisk overskudd,  
 trener meg i kjennskap til *meg*.  
 Når kroppen min og eg er ute i lag, veks vi saman.  
 Litt etter litt kjem kjennskapen til det som sit djupast i meg fram.  
 Det er nyttelaust å sitja fast i myra der kroppen vert  
 gamal utan å vera brukt,  
 hovudet tungt av uferdige tankar,  
 magen vond av uløyste problem,  
 ryggen stiv avdi tida går med attmed skrivepulten, -  
 alt utan at verken dei eg skal hjelpe eller eg sjølv vert  
 lukkelegare.  
 Om eg vert sitjande i ei slik myr,  
 då har eg mista KOPF-idealet, både for pasientane og meg sjølv!

Anne Mathilde Hanstad



**KJÆRE ABONNENT!**

Når dette leses, vil mange av dere allerede ha fått innbetalingskort for et nytt årsabonnement på UTPOSTEN, pålydende kr 250.

Det er med tungt hjerte vi øker prisen. Det skyldes de dårlige tidene og derpå følgende annonsesvikt. Redaksjonen beklager, vi gjør vårt ytterste for å lage mye og godt blad for pengene.

Abonnementsprisen vil bli redusert så snart annonseavtalene igjen strømmer på.

**GODT NYTT LESEÅR!**

De ytterst få bivirkninger du ser med Cardizem® ved behandling av angina pectoris er av mild og forbigående natur.

Virkestoff	Pasient antall	Pasienter m. bivirkninger
Cardizem	7884	3,9%
Verapamil	8344	9,0%
Nifedipin	5008	17,3%

Ref. R. F. Zelis, Hospital Practice, aug. 81. vol. 16, no. 8, pp 49-56

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

Dette trenger du å vite om  
Cardizem og bivirknings-  
frekvens ved behandling  
av angina pectoris!

Cardizem® ved angina pectoris er enkelt og trygt.

**CARDIZEM®**  
diltiazem.  
- SÅVET DU HVA  
DU GJØR!



**CARDIZEM Kalsiumantagonist**  
Tabletter 60 mg: Hver tablet innneh.:  
Diltiazemhydroklorid 60 mg, lactose 260  
mg, const. q.s. Filmdrasjert.  
**Indikasjoner:** Angina pectoris. Vari-  
antangina (Prinzmetal's angina).



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

**Kontraindikasjoner:** Sinusknutedysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet (se Forsiktighetsregler).  
**Forsiktighetsregler:** Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogenet sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablockere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablockere bør betablockerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Diltiazem er embryotokskisk og teratogen i dyre-

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

**Bivirkninger:** Som regel av mild og forbigående natur. Vanlig rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet; AV-blokk I, ankelødem og exantern. Forbigående transaminasestigning kan forekomme en sjeldent gang, og et klinisk bilde som ved hepatit er sett i et fåttall tilfelle.

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

digoksin kan gi økt digoksinkoncentration i blod, kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinasjon med digitalis og betablockere, se Forsiktighetsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykksenkende effekt kan den antihypertensive effekt forsterkes.

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

# Løvetannprisen 1989

**Årets prisvinner Arne Ivar Østensen!**

Norsk Selskap for Allmennmedisin delte i år ut Løvetannprisen for fjerde gang. Dette skjedde under årsfesten på primærmedisinsk uke i Oslo. Ellen Myraker fra NSAM's styre holdt tale for årets vinner. Hun siterte fra begrunnelsen:

Han har spredd seg fra den skrinne utkant til de mest sentrale bed, fra å være primus motor i det lokale allmennpraktikermiljø midt i 1970-årene, til formannsvervet i Aplf og senere formann i Spesialistkomiteen for allmennmedisin. Han har blomstret og frødd seg under de mest umulige forhold, som da et samlet instituttmiljø mente at en allmennmed. spesialitet bare ville la seg realisere under omfattende økonomiske konsekvensanalyser, mens vår prisvinner i typisk

løvetannstil lot som hindringene ikke var der, og fikk spesialiteten igjennom, antagelig flere år før den ellers ville ha passert. Han har blomstret i eget boligområde ved å innrede hustomten sin til zoologisk have. Og innimellom har han faktisk tjent sitt brød som allmennpraktikende lege, så langt tilbake som fra 1971, og etter beste evne drevet en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende praksis.

Som løvetann trivs han til og med høgt til fjells, muligens også rikelig med hestegjødsel, for hver sommer driver han rideleir med islandshester for barn fra 8 til 80 på Hjerkinn fjellstue.

Utposten gratulerer årets prisvinner!

Gunn Aadland



Foto: Magne Nylenna

Norsk Forening for internasjonale helseespørsmål  
arrangerer

## Kurs for helsearbeidere til u-land

Kurset holdes på NORAD's kurssenter, Kringsjå  
i tiden 26. mars - 6. april 1990

### Tema:

- Primærhelsetjeneste
- Tropemedisin/AIDS
- Forebyggende helsearbeid
- TBC/Lepra/Vaksinering
- Kirurgi
- Obstetrikk/gynækologi
- Mor/barn
- Laboratorie demonstrasjon

### Kursavgift:

For deltakere som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive kost og logi. Andre deltakere må betale kost og losji selv (kr 635,- pr. døgn). Utover dette er det ingen kursavgift.

### Søknadsfrist:

10. februar 1990  
Søknaden skal inneholde

- opplysninger om utdannelse
- planer/avtaler om utreise
- organisasjon

Alle interesserte kan søker.

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

# Hva gjør og hva bør allmennmedisinsk forskningsutvalg gjøre?

*Anders Grimsmo er 39 år. Cand. med fra Trondheim -78. Deretter tilknyttet Institutt for allmennmedisin Oslo, tok doktorgrad -83 med avhandlingen "Fra å bli syk - til å bli pasient". Kommunellege i Surnadal fra 1984. Deltidsansatt forskningsveileder (NAV) fra -88 og formann i allmennmedisinsk forskningsutvalg siste 2 år.*

## Av Anders Grimsmo

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) ble startet i 1974. Hensikten var å opprette et organ som kunne veilede allmennpraktikere som ønsket å starte med forskning, koordinere spredte forskningsaktiviteter, gi råd ved forespørsler fra legemiddelindustrien om medikamentutprøvinger i praksis og generelt arbeide for fremme av allmennmedisinsk forskning.

Utvalget er nå organisert som et underutvalg i Norsk Selskap for Allmennmedisin. Det er sammensatt av representanter fra APLF, OLL, NSAM og de fire allmennmedisinske-/samfunnsmedisinske instituttene. Tabell 1 viser hvem som for tiden sitter i utvalget. AFU har hatt to faste møter i året, hvor det ene har vært knyttet til årsmøtet i NSAM, det andre til instituttene fellesmøte på våren.

Utvalget har fast sekretariat ved Institutt for allmennmedisin i Bergen med en kontorfullmektig på deltid 4 timer pr. uke på årsbasis. Tidligere skiftet de allmennmedisinske instituttene mellom å ha sekretariafunksjonen avhengig av hvilket av instituttene lederen var knyttet til. Ordningen med fast sekretariat ble innført for å oppnå bedre kontinuitet og for å kunne velge leder som evt. ikke hadde fast universitetstilknytning. For tiden er utvalgets leder ikke ansatt ved ett av instituttene, men kommunellege II. Hvis dette viser seg å fungere godt, vil det åpne muligheten for at AFU også i ettermiddag vil kunne ledes av allmennpraktikere, og dette vil forhåpentligvis bidra til å redusere skillet mellom allmennpraksis og universitetsforskning.

Tabell 1. Medlemmer i Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

Medlemmer	Personlige varamedlemmer
<b>Norsk Selskap for Allmennmedisin:</b> Anders Grimsmo (leder) Reidun Førde	Signe Flottorp Egil H. Lehmann
<b>Inst. for allmennmedisin, Bergen:</b> Kirsten Rokstad	Geir Thue
<b>Inst. for allmennmedisin, Oslo:</b> Åsa Ryter Evensen	Olav Rutle
<b>Inst. for samfunnsmedisin, Tromsø:</b> Ivar Aaraas	Bjørn Straume
<b>Inst. for samfunnsmedisin, Trondheim:</b> Steinar Westin	Liv Haugen
<b>Allment praktiserende lægers forening:</b> Svein Z. Bratland	Marit Hegde Næss
<b>Offentlige legers landsforening:</b> Dag Brekke	Elisabeth Swensen

## Medikamentutprøvinger i allmennpraksis.

Klinisk utprøving av medikamenter i allmennpraksis har økt betydelig i omfang, og før eller senere blir de fleste allmennpraktikere forespurt om de vil delta i slike utprøvinger. Mange har gitt uttrykk for at de ofte synes det er vanskelig å vurdere verdien av å være med på det enkelte prosjekt; om det er holdbart vitenskapelig, om muligheten for å bli "utnyttet" som datainnsamler uten innflytelse eller kontroll med resultatet eller simpelthen om prosjektet i hovedsak bare er skjult markedsføring.

AFU har etterhvert utviklet et godt samarbeid med de fleste legemiddelfirmaene og får hvert år 10-15 forsøksprotokoller til vurdering. Det AFU legger mest vekt på er at vitenskapelige minstekrav er oppfylt og at prosjektet er tilpasset og relevant for allmennpraksis. Utvalget gir også direkte råd om utformingen av forsøksprotokollene, og med få unntak er dette blitt etterfulgt av legemiddelfirmaene. Som et hjelpemiddel i vurderingen av forsøksprotokollene, har Allmennmedisinsk forskningsutvalg laget en veiledning. Denne ble publisert første gang i 1980 (1), og er nå blitt revidert (2).

AFU's vurderinger av forsøksprotokoller er uavhengige og har vært åpenhjertige. Dette har iblant ført til negative reaksjoner, men samtidig er det ingen tvil om at kvaliteten på forsøksprotokollene har bedret seg betydelig i den tiden AFU har eksistert. Legemiddelfirmaene har også hatt den fordelen at når de har kunnet vise til en anbefaling fra AFU, har dette hjulpet godt i rekrytteringen av allmennpraktikere til prosjektene. Stadig flere allmennpraktikere vil ikke delta i utprøvinger som ikke først er vurdert av AFU.

Allmennpraktikere som blir forespurt om å delta i medikamentutprøvinger, oppfordres til å spørre legemiddelfirmaene om forsøksprotokollen har vært forelagt AFU til vurdering. Godkjennelse fra Statens legemiddelkomite og Regional etisk komite, som er obligatorisk, er ikke dekkende for de vurderingene som AFU foretar, og ingen garanti for at prosjektet er

relevant for allmennpraksis og verdi-full og kvalitativ god forskning. Det er likevel viktig å understreke at AFU formelt sett ikke er et kontrollorgan. De vurderinger som blir gjort, er bare veilede. Vanligvis blir heller ikke vurderingene bekjentgjort av AFU, men det er full anledning for delta-gende leger å be enten AFU eller legemiddelfirmaet selv om en kopi av vurderingene.

## Allmennpraktikerstipend.

Fra 1976 har det årlig vært bevilget midler over Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse (Fond 1) til stipend for allmennpraktikere som har ønsket å drive forskning/fagutvikling eller medvirke/utarbeide et undervisningsopplegg i allmennmedisin. Det kan søkes om stipend fra 1 til 6 måneder enten heltid eller deltid, for tiden i lønnstr. 25.

Det utdeles 18 stipendmåneder hvert halvår. Dette annonseres i Tidsskriftet, og AFU forvalter ordningen.

Det kan søkes om midler på alle stader i et prosjekt, fra idé-unnfangelsen til skrivingen av den endelige artikelen. Det stilles ingen spesielle krav til forskningserfaring/-kvalifikasjoner, bare at en formelt må være tilknyttet et av de allmennmedisinske/ samfunnsmedisinske instituttene med hensyn til veiledning. Hovedidéen med stipendordningen har vært å gi allmennpraktikere anledning til å frigjøre seg fra klinisk arbeid til fordypning i et eller annet emne eller gjennomføre undersøkelser i og om egen praksis. Korte og velavgrensede "grasrotprosjekter" er blitt prioritert. Det er laget en egen veiledning for utfylling av søker som fås ved henvendelse til sekretariatet.

Ordningen med allmennpraktikerstipend synes å ha blitt svært ettertraktet. I 1989 kom det inn i alt 31 søker om stipend på tilsammen 99 måneder. Et gjennomgående trekk er også at kvaliteten på søkerne jevn over stadig blir bedre. Det avspeiler nok en økende interesse for forskning blant allmennpraktikere generelt. Fordelingen av stipendmidlene er derfor etterhvert blitt vanskelig, og forskningsutvalget har måttet avslå mange gode søker.

Søknadene har omhandlet hele spektret av prosjekter. Det er innenfor allmennmedisinsk klinik og terapi, og innenfor samfunnsmedisin om kommunehelsetjenesten, forebyggende helsearbeid og sosialmedisinske spørsmål.

Det synes å være hevet over enhver tvil at stipendordningen har hatt stor betydning for den faglige utviklingen i allmennmedisin/samfunnsmedisin. Det har styrket miljøene ved universitets-instituttene, bidratt til opprettelsen av viktige aktiviteter innenfor NSAM, ført til utvikling av handlingsprogrammer og vært viktig i rekrytteringen av forskere blant allmennpraktikere. Vi har også sett at både Den Norske Lægeforening og våre politiske myndigheter har hatt nytte av mange av de resultatene som etterhvert har fremkommet i fagutviklingen og evalueringen gjennom stipendordningen.

## Fremme av allmennmedisinsk forskning.

Da utvalget første gang ble opprettet (1975) ble utvalgets oppgaver formulert i fem punkter (3). Utvalget skulle "støtte og stimulere forskning i allmennmedisin ved å:

1. Gi eller formidle veiledning under planlegging av slik forskning
2. Registrere og koordinere planlagte, igangværende og gjennomførte prosjekter
3. Registrere og formidle ideer til forskning og ta initiativ til prosjekter utvalget finner aktuelle
4. Arbeide for kanalisering av midler til forskning i allmennmedisin
5. Være behjelplig med å organisere finansiering og konkrete oppgaver."

I dette lå at en viktig oppgave for AFU skulle være å fremme forskning i allmennpraksis på bred basis. Dette ble gjentatt i en evaluering av utvalgets arbeid i 1982 (4). De senere år har imidlertid utvalgets arbeid i hovedsak dreid seg om de 2 oppgavene beskrevet ovenfor - vurdering av forsøksprotokoller og utdeling av allmennpraktikerstipend.

Dette har nok flere årsaker. Mange aktiviteter som er blitt oppstartet eller tatt initiativ til i AFU, er blitt videreført av de allmennmedisinske/ samfunnsmedisinske instituttene som har



utviklet seg betydelig de 15 årene AFU har vært i virksomhet. I de senere årene har vi i tillegg fått Norsk selskap for allmennmedisin som også har som formål å arbeide for fremme av forskning. AFU har også et svært begrenset budsjett som kun dekker en sekretariatsfunksjon på 4 timer ukentlig, og mer enn 2 møter i året har det ikke vært mulig å få dekning for. Omfangen av arbeidet i AFU har derfor hatt sine klare begrensninger av praktiske/økonomiske grunner.

Det er derfor grunn til å på nyt drøfte hva som bør være AFU's oppgaver og hvordan disse kan løses. Dette må sees i lys av NSAM's og instituttene virksomhet, og dessuten hva som bør skje når NAVF's allmennmedisinske forskningsprogram opphører om 1-2 år. NAVF's program for allmennmedisin har løftet forskningsaktivitetene opp flere hakk, og en del av dette vil snart opphøre om ikke andre instanser sørger for å kontinuere disse aktivitetene.

Det er et spørsmål om hvem som bør ta hovedansvaret for å aktivt arbeide for fremme av allmennmedisinsk forskning. Hvem skal f. eks. ta ansvaret for at allmennmedisinen blir bedre representert i de styrer og utvalg som bevilger penger til forskning? Både NAVF og de frivillige organisasjonene har for tiden flere forskningsprogrammer som direkte omhandler primærmedisinske problemstillinger. Hvem bør følge opp de offentlige utredningene slik at de endringer og prioriteringer myndighetene ønsker, skjer på grunnlag av forskning og gode evalueringer? "Helse for alle" (Helsedirektoratet), "Pririteringer i norsk helsevesen" og "Miljørettet helsevern" foreslår alle en satsning på primærhelsetjenesten og forebyggende helsearbeid. Hvem bør følge opp de aktivitetene som er igangsatt av NAVF's allmennmedisinske forskningsprogram, f. eks. kontinuere og koordinere forskeropplæringen?

Det begynner også etterhvert å bli en del allmennpraktikere som har gjennomført større forskningsprosjekter og har samlet seg både kunnskap og erfaring. Det vil ikke være plass for alle disse ved universitetene, en del ønsker seg heller ikke dit og vi trenger dem i primærhelsetjenesten. Det må bli

en viktig oppgave å ta vare på disse ressursene, slik at det ikke blir som vi ofte har sett, at når doktorgraden er i havn så slukker lyset. Bør det derfor f. eks. lages et forum for forskere, stipendiater og andre forskningsinteresserte i primærhelsetjenesten der disse kan komme sammen for å diskutere prosjekter, metoder og forskningsutvikling? Bør det opprettes allmennpraksiser hvor kommunaleger heltid eller deltid kan drive forskning og innsamling av data?

NAVF har erfart at desentralisert forskning er svært sårbar og ressurskrevende og går i sitt langtidsprogram inn for å satse på større og etablerte forskningsmiljøer (5). Allmennmedisinsk forskning som annen klinisk forskning, er imidlertid sterkt knyttet til den praktiske utøvelsen av faget og må derfor i stor grad alltid forblie desentralisert. Det ligger også i fagets natur at forskningen faglig sett spenner vidt over mange fagfelt. Vi vil derfor lett kunne bli tapere i den fremtidige forskningspolitikken og kampen om ressurser. Vi trenger derfor en overbygning eller en koordinering av forskningen i primærhelsetjenesten som gjør at vi kan fremstå som et stort, aktivt og samlende forskningsmiljø.

Det kunne tenkes at AFU kunne være et velegnet organ for å ivareta og koordinere en del av disse oppgavene. Det ville imidlertid kreve at AFU endret og omprioriterte sin virksomhet betydelig. Det ville også kreve at AFU fikk tilgang på adskillig mer ressurser og fikk et helt annet mandat. Dette er for tiden svært sentrale spørsmål som har stor betydning for hele primærhelsetjenesten og bør diskuteres på bred basis. AFU er derfor interessert i synspunkter og at dette blir drøftet i primærhelse-tjenestens organer og ved universitets-instituttene.

## Litteratur.

- Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Medikamentutprøving i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 2061-2.
- Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Medikamentutprøving i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen (under trykking).
- Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 244-5.
- Bentsen BG, Westin S. Rapport fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Utposten 1981; 10: 13-4.
- Norges allmennvitenskapelige forskningsråd. Langtidsplan 1990-94. Rådet for medisinsk forskning. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1989.

Kommunelege Anders Grimsmo,  
6650 Surnadal.



## Solstrandprisen 1990

I forbindelse med Solstrandkurset -90 utlyses det en prisoppgave. Den beste besvarelsen vil bli belønnet med kr. 3000. Besvarelsen vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinneren vil bli invitert til å presentere besvarelsen i form av en forelesning under Solstrandkurset, 28.5 - 2.6.90.

Send inn manuskript til en forelesning om et selvvalgt allmennmedisinsk emne. (Emnet kan være fra allmennmedisinsk klinikk, forskning, etikk, administrasjon, fagpolitikk, etc.) Beste manuskript blir premiert og presentert på Solstrandkurset 1990.

Manuskriptet bes lagt i kodet konvolutt, og navn og adresse på forfatteren bes lagt i en lukket konvolutt merket med samme kode. Svarfrist 10. april -90.

**Minikongress.**  
I tillegg vil det i 1990 bli holdt minikongress/frie foredrag. De som har ideer til prosjektet innen allmennmedisinsk forskning besende inn resyme. Frist til påmelding 10. april 1990.

Manuskripter og resymmer sendes til Solstrandkurset 1990 v/Marit Hafting, Nyresbaret 19, 5700 Voss.

Kuskomiteen. □

2. prisvinner i Utpostens essaykonkurranse 1989

# De lukkede rom



Pål Gulbrandsen cand. med. Bergen 1979. Bedriftslege i buss 81-82. Distriktslegiekommuneloge Aurland 83-86. Helsesjef i Kongsberg 86-88. Driver nå allmennpraksis sammen med to andre i etablert drabantby i Drammen. Ser på medisinene som et godt og ikke alt for kjedelig levebrød.

## Kort pasientkurs

Av Pål Gulbrandsen

Kjære pasient! Venterommet er ganske stort, temmelig grått, dominert av en mor med et sutrende barn og en aktiv storesøster, trass i tilstedevarelsen av ti andre hovedsakelig noe eldre personer, en nokså skarp krydderlukt fra den muslimske familien i hjørnet og en utålmodig herre i luken.

Bak luken, bak døren, der inne, langt der inne? venter det lukkede rom. Det venter du på, tiden er overmoden. Du blar og blar i et blad, men du leser ikke. Du kjenner noe, du har kjent det en stund, du tror noe, du frykter noe, du tenker nok at det er uten grunn, du er svanger med spørsmål, mange spørsmål - men hvilke spørsmål? Hva vil du si i det lukkede rom?

Du registrerer den vennlige, forekommende, ufattelig tålmodige sekretæren i lukevinduet. Du skimter som snarest en av legene inne i ekspedisjonen et øyeblikk, og hører et nytt navn bli ropt inn, hva vil du si i det lukkede rom?

Du kjenner ikke legen, men har hørt at han er hyggelig. Det er alle unge leger i dag. - Du håper han har god tid, men du tror det ikke. Det har ingen unge leger i dag. Det gjelder å få stillet de mest presserende spørsmålene. - Det kommer an på øynene hans.

En lege kommer ut, ditt navn sies høyt. Du reiser deg og går ham i møte, han ser litt travel ut, er visst noe forsiktig. Men han møter deg med blikket, god dag, mumle mumle, det er døren i hjørnet, han går etter deg inn, lukker døren, sier værsågod sitt ned og med en håndbevegelse viser han i hvilken stol, du setter deg og er i det lukkede rom. Han setter seg og ser på deg. Hvorfor er øynene så viktige?

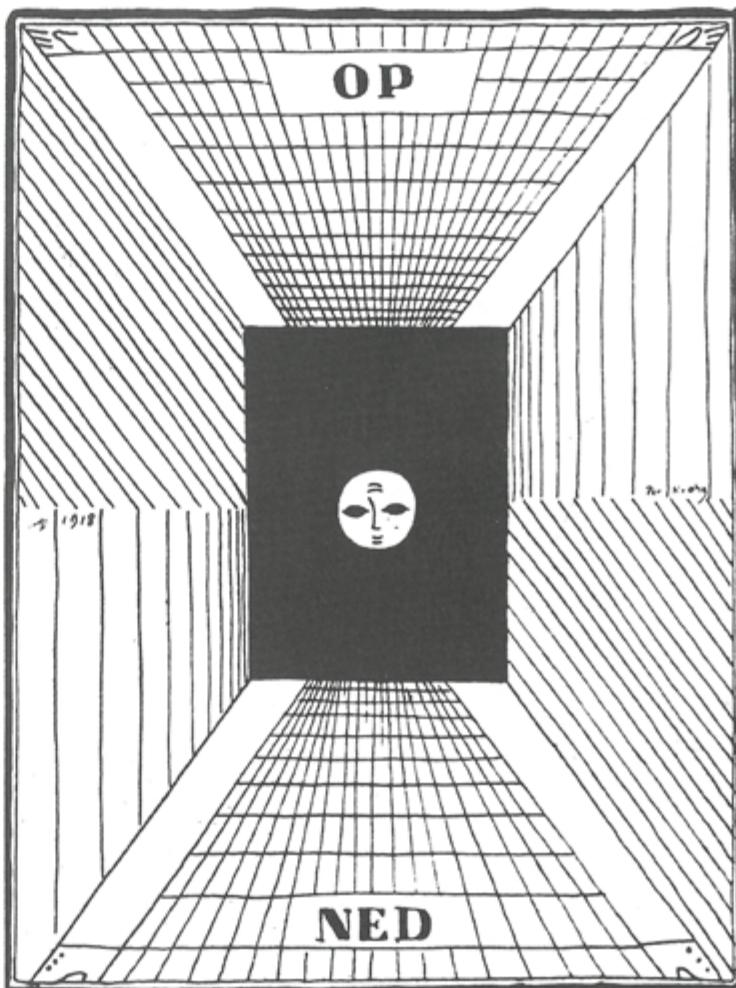
Det er legens femtende konsultasjon i dag, men bare den andre der han ikke kjenner pasienten fra før. Han ser deg inn i øynene og er faktisk spent. Legen vet mye om deg allerede. Han ser at utseendet stemmer med ditt fødselsår. Han ser at du er kvinne, og vet derved før du har sagt et ord hvilken alminnelig risiko du har for å eie åreknuter, brystkreft, slitasjegikt, høyt blodtrykk og sukkersyke. Han har ikke tenkt det, han vet det. - Hva kan jeg hjelpe deg med, sier han.

Det er nå du vinner eller taper. Det er nå ditt valg av ord og tone, din innfallsinkel, avgjør om du får fornuftige svar. Mye er sagt om hvor vanskelig det er å komme til lege. Mange vet godt hvordan de skal skaffe nøkkelen til det lukkede rom. Men det er ikke den viktigste nøkkelen. Den viktigste er nøkkelen til det *egentlige* lukkede rom, rommet bak øynene til legen.

For å åpne den døren, må du skape interesse, assosiasjoner, aktivitet i sentralnervesystemet hans. Og da gjelder noen medisinske, og mange ikke-medisinske regler. De medisinske forbipasjene herved.

Men de ikke-medisinske, de er spennende. Den legen du er hos for eksempel, avskyer smerter. Særlig mange på en gang, eller smerter som flytter seg. Han liker usikkerhet, men ikke mutt fremtreden. Han foretrekker kvinner. Han synes det er morsomt å finne tråder i et diffust sykdomsbilde der mye taler for sykdom i hormonsystemet. Han synes tarmen er kjedelig, mens luftveiene og særlig astma er engasjerende. Samlivsproblemer trives han riktig godt med, likeså alkoholmisbruk. Hvis du kommer for å klage på arbeidsmiljøet mener han adressen er gal.

Han vet at han ikke kan tillate seg å være slik. Hele tiden forsøker han å



Fra boka "Per Grogh som illustratør"  
av Einar Økland (Samlaget)

notarbeide det, for det er han ung nok til. Han viser en viss profesjonell tapperhet. Men han er jo et menneske, han har sitt lukkede rom.

Og i det rommet, som er rundt 13000 dager stort, der finner du oppveksten i et trygt middelklassehjem på Østlandet, du finner en rekke forelskelser, men ikke så mye hengivenhet, mange personlige suksesser, ganske mye arbeid og en ganske velutviklet ungdommelig lettsindighet. Smerte er nesten ukjent i rommet, eksisterer bare som et skrubbssår på veggen. Du finner et rimelig godt ekteskap og tre elskede krevende barn, og denne erfaringen gjør ham interessert i og egnet for å skjønne barns sykdommer og foreldres tanker. Det eldste barnet puster anstrengt. Rommet hans er velordnet, men har et rotete hjørne bak et skjermbrett.

Bokhylla hans domineres av litt sære romaner og det er en del støv på de fleste fagbøkene.

Skal du lykkes i dette rommet, er sjansen din størst om ditt eget rom har følt som minner om hans. Nøkkelen til legens rom er neppe i din hånd om du har rotet mye i livet ditt - men du kan finne den om han får følelsen av at han kan skape litt orden i tilværelsen din. Da er han litt stolt og føler at han har ryddet litt bak sitt eget skjermbrett. Han har sett hva han bør få vekk. Du har lært ham noe.

Det kan jo godt være at lite av dine erfaringer vekker gjenklang hos legen. Er han observant, forstår han likevel hva som feiler deg. Men det er bare halvveis - og knapt nok det til målet. Nå skal han skape gjenklang i ditt luk-

kede rom. Han skal oppnå at du innser hvilken behandling som er best - og hva du må yte til den. Det er kanskje enda vanskeligere. For selv vet han hva han bør bruke i sitt rom, og hva han bør holde inne med. Du har mange hemmeligheter og flere skjermbrett, men er usikker på hvor mange kroker legen har rett til å oppsøke. Tenk om noe går galt fordi du ikke.....?

Kjære pasient! Hvis legen skal hjelpe deg, må han kjenne deg. Har du funnet en lege, så hold på ham. Gi ham tid. Gå gjerne et par ganger for mindre saker, en vond albue, en føflekk. Kanskje hjelper han deg ikke så godt, men det er ikke bortkastede penger. Han har skaffet seg en rask oversikt over rommet ditt. Det er lettere å lete når det gjelder. Gå ikke ofte hvis ikke han mener det er nødvendig. Vis ham ikke de samme krokene hver gang, da risikerer du at han ser dit med et gjesp straks han ser deg, når du virkelig trenger årvåkenhet.

Kjære pasient, jeg er legen din. Jeg har en masse kart over ulike menneskerom, men målestokken er som på en globus, utallige detaljer må læres i terrenget. Du kjenner ditt eget rom best, forvent ikke at jeg skal skjønne hvordan og hvorfor det er innredet akkurat slik. Til en av mine pasienter sa jeg en gang, overrasket over min egen frimodighet:  
"Dette, kjære Jens, vet jeg slett ikke hva er". Han svarte: "Det gleder meg at du sier det, for leger skal alltid finne en forklaring". Da ble jeg både lettet og glad.

Husk det!

Allmennpraktiserende lege  
Pål Gulbrandsen,  
Drammen Legesenter, Vårveien 22,  
3024 Drammen.



## Kuler og klumper vi alle kjenner.

**Av Marit Hafting**

Ut fra Knut Arne Holtedals undersøkelser rundt tidlig kreftdiagnostikk (1) kan det se ut som om pasientene gjennomsnittlig presenterer hudtumores i hver 25. konsultasjon, og det vil si at

vi skal ta stilling til diagnose, utredning og behandling av hudtumores minst hver 2. dag i allmennpraksis. For meg var dette et uoversiktlig område. Jeg benyttet derfor sjansen til å systematisere det noe i forbindelse med at jeg for noen

år siden valgte emnet "Tumores i hud og underhud" som tema for en studentforelesning. Noen av oversiktene jeg lagde den gangen tror jeg kan være av allmenn interesse, og presenterer dem derfor her:

### 1. Hva er de diagnostiske mulighetene når pasientene kommer med kuler i hud og underhud:

Utgått fra spesielle organer i området

normale anatomiske strukture:  
thyroideatumores  
spyttkjerteltumores  
lyskebrokk  
varicøse veneer  
halscyster og andre medfødte misdannelser

Utgått fra underhud og bløtdelsvev

atherom  
absess  
hidrosadenitt  
ganglion  
benigne bløtdelstumores  
fibrom  
lipom  
maligne bløtdelstumores  
fibrosarcom  
liposarcom  
leiomyosarcom

Utgått fra lymfold vev

ved infeksjonssykd.:  
postinfeksjons  
lymfadenitt  
septisk adenitt

HIV  
mononucleose  
tbc

neoplasmer:  
lymfom  
leukemi  
metastaser

2. Hva kjennetegner kuler som går ut fra underhud og bløtdelsvev, og hva gjør vi med dem:

Funn:	Kjennetegn:	Tiltak:
<u>Legen finner normale forhold:</u>		Kontrolltime, og ny time ved forandring
<u>Legen finner patologiske forhold:</u>		
	Tumor er lett å klassifisere:	Ingen beh., ekstirpasjon av kosmetiske grunner, ny time ved forandring
	Tumor virker godartet:	Overfladisk tumor lengste diam. < 5cm.
		Kontrolltime, ny time ved forandring. Fjernes event. av kosmetiske eller diagn. grunner.
		Overfladisk tumor lengste diam. > 5cm.
		Tumor fjernes, som regel på sykehus.
		Overfladisk tumor med infiltrasjon i muskelfascie
		Tumor fjernes i sykehus
	Dyp tumor	Tumor fjernes i sykehus
	Tumor virker malign:	Umiddebar innleggelse

3. Hva kjennetegner kuler som går ut fra lymfoid vev, og hva gjør vi med dem:

	Kjennetegn:	Tiltak, utredning:
Ved infeksjonssykdommer: Postinfeksjons adenit	Infeksjon i området	Kontrolltime om 1 mnd, tilbake før hvis forverring
Septisk adenitt	Høyfebril	Penicillin, insisjon
Mononucleose, tbc AIDS	Feber, asteni nattesvette	Gen. klin. u.s Hb, Hv, Utstry Monospot, Paul-Bunell, dyrkning tbc, HIV-test, RTG-thorax
Neoplasmer: Lymfom Leukemi }	>2cm - flere i antall, elastiske, uømfintlige, bevegelige }	Umiddebar henvisning
Metastaser	Uømfintlige, harde, fiksert til omgivende vev	

4. Diagnostiske kriterier som på basis av klinisk undersøkelse kan være nyttige for å skille postinfeksiøs lymfeknutesvulst fra lymfeknutesvulst som skyldes behandlingstrengende sykdom (spesifikk infeksjon eller malign sykdom):

1. Lymfeknutesvulst over 2 cm i diameter øker sannsynligheten for behandlingstrengende sykdom.
2. Feber mer enn 1 uke og vekttap øker sannsynligheten for behandlingstrengende sykdom.
3. SuprACLAVICULÆRE lymfeknuter øker sannsynligheten for behandlingstrengende sykdom.
4. Sannsynligheten for postinfeksiøs lymfeknutesvulst avtar med årene, særlig etter 40 år.
5. Fiksasjon til hud og underliggende vev øker sannsynligheten for behandlingstrengende sykdom.

#### Kilder:

1. Holtedal K A. Kreftdiagnostikk i allmennpraksis 3. Allmenn-praktikerens registrering av kreftasignaler hos pasienter. Tidsskr Nor. Lægefore 1984; 104: 799-800.
2. Nylenna M, Gundersen S, Johannessen J V. Kreft i allmenn-praksis. Universitetsforlaget, Oslo 1985.

Kommunelege  
Marit Hafting,  
5700 Voss.



Piroxicam®  
**Felden**

**Velegnet ved artrose**

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.



**PFIZER A/S**

Strandveien 4, 1324 LYSAKER



K

## Helsetjenesten for barn mot år 2000

Konferanse på Soria Moria  
24-26 april 1989. Referat

Konferansen samlet rundt 80 deltagere fra hele landet. Norsk pediatrisk selskap i samarbeid med leger fra primærhelsetjenesten (NSAM og APLF) og pedagogisk avdeling i legeforeningen stod som initiativtakere. Måletsetningen var å trekke linjene fra en tilsvarende konferanse på Larkollen for 10 år siden. Hva har skjedd siden da? Hva er hovedoppgavene fram mot år 2000? Konferansen var lagt opp med foredrag, gruppearbeid og avslutningsvis en lengre oppsummende diskusjon.

På Larkollen for 10 år siden var område-pediatri og habilitering av kronisk syke og funksjonshemmde barn sentrale tema. Flere av innlederne ga nå uttrykk for at mye godt arbeid var her gjort, men det var fortsatt

viktige områder å prioritere og videreutvikle.

Sosialminister Tove Strand Gerhardsen oppfordret fagfolk til å spille en større rolle i offentlig debatt og planarbeide. Det er slik viktig å synliggjøre barns behov i Norge. Hun pekte på nyfødtmedisin, helsestasjon, ulykkesforebyggende arbeid (miljørettet helsevern) og psykososiale arbeidsoppgaver som viktige satsningsområder i årene framover. Barneombudet Målfred Grude Flekkøy, fremhevet noe av det samme - betydningen av å få en bred debatt om barns oppvekstmiljø. Flere av innlederne tok opp konsekvensene av endring av sykdomspanoramaet. Sosialpediatriske problemstillinger bør nå få stor oppmerksomhet. Overlege i pediatri Dag Nilsson mente at gårdsdagens situasjon var grunnlag for nåtidens organisering.

Han ønsket satsning på fagutvikling i kommunikasjon og tverrfaglig arbeid. Fra mange hold ble det gitt uttrykk for forventning til kommende nye bøker om helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Det var også innlegg der det ble fokusert på å jobbe med fagutvikling i forhold til ungdomsgruppen. Dette er en forsømt gruppe i dagens helsevesen. Allmennmedisiner Berit Austveg fokuserte på innvandrerbarns spesielle behov.

Det var en spennende konferanse med mange viktige tråder det bør nøstes videre på. Det er viktig å delta i en debatt om en mer målrettet helsepolitikk for barn. Barn konkurrerer om helsekronene. Det er ikke gitt at de kommer heldig ut. Vi må drive fagutvikling i forhold til forebyggende arbeid, psykososiale oppgaver, miljøoppgaver, barn med

kronisk sykdom og funksjonshemmning og nyfødtmedisin.

Jeg savnet mer konkrete utforminger av våre miljøoppgaver. Hva med samfunnsmedisinerne som jobber med miljørettet helsevern? Jeg savnet også helsestrenene som har en historisk tradisjon på å møte alle barn. Men mest av alt savnet jeg flere kolleger fra egne rekker (vi var ca. 10). Vi bør også drive fagutvikling på dette området, i klinisk allmennmedisinsk arbeid, på helsestasjonen, i undervisning og i forskning.

Om 10 år, i 1999, like før den store tidsfrist i all helseplanlegging, da bør vi være der med våre erfaringer og gode ideer.

Bydelslege Gunn Aadland.

□

Olav Rutle  
Sjøbergvn. 32

2050 JESSHEIM

1341

**Innhold: UTPOSTEN nr. 1 1990**

<b>Leder</b> Gunn Aadland	side 3	
<b>Tromsø-Kairo-Palestina</b> Sverre Lundevall	side 4	
<b>Bokanmeldelser: Da kulturen kom til Norge</b> Inger Marie Steinsholt	<b>Kulturen på hjemmebane</b> Gunn Aadland (side 14)	side 9
<b>Frå Kvænangen til Zimbabwe</b> Jan Hana	side 10	
<b>Helse og kultur- motstandarar eller parhestar</b> Geir Sverre Braut	side 12	
<b>Helse og kultur i Rogaland - 1990</b> Geir Sverre Braut	side 13	
<b>Bokanmeldelse: Belastningssykdommer - det vanskelige tema</b> Inger Marie Steinsholt	side 15	
<b>Prioriteringsspalten: Omorganisering av den kommunale fysioterapitjeneste</b> Marit Haftung	side 16	
<b>Aktuelle synspunkter i behandling av type 2 diabetes</b> Michael Fde Vibe	side 18	
<b>"Høyt ærede spesialister, kjære kandidater"</b> Tore Bjørnæs	side 24	
<b>Bokanmeldelser: "Schizofreni". Angst - krise og stress</b> Jørn Nissen-Meyer. Siri Steine.	<b>Allergiboken</b> Sigurd Grytting(side 23)	side 27
<b>Bokanmeldelse: Tysk medisinsk filosofi</b> Ola Lilleholt	side 28	
<b>Egenomsorg mot utbrenning</b> Anne Mathilde Hanstad	side 30	
<b>Allmennmedisinsk forskningsutvalg</b> Anders Grimsmo	side 38	
<b>De lukkede rom</b> Pål Gulbrandsen	side 42	
<b>Hverdagsklinik: Kuler og klumper vi alle kjenner</b> Marit Haftung	side 44	
<b>Helsetjenesten for barn mot år 2000</b> Gunn Aadland	side 47	