UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6 1990 ÅRGANG 19

Omslag på cirkusprogram, ca 1864. Anonym.

Sammendrag fra Nidaroskongressen som vedlegg

Helse For Hvem i 90-åra ?

Hvordan vil utviklinga i folkehelsa bli i 90-åras Norge ?
Det heter seg at det er vanskelig å spå,- særlig om framtida.
Men det skal ikke stor fantasi til for å spå at 90-åra blir markedets tiår og at dette vil føre til økte ulikheter både i helsetilstand og helsetilbud.
Særlig vil avstanden øke til de som befinner seg i samfunnets "ytterkanter".

Ved inngangen til 90-åra har vi skaffet oss en økonomi som ikke tåler full sysselsetting. I en artikkel i samtiden nr 3 1990 peker Ottar Brox på at de underpriviligerte i dagens Norge atskiller seg fra de fattige fra 100 år tilbake på ett vesentlig punkt. Mens de fattige tidligere var usorterte , og skaffet seg medbestemmelse og høye posisjoner i samfunnet ved hjelp av organisering og ideologi ,- er dagens elendige frasorterte.
De er gjerne misbrukere, innvandrere, prega av ustabile familieforhold, dårlig utdannelse etc. dvs trekk som gjør det mulig for oss "velberga" å utvikle forakt for dem, og få bekreftet at de har egenskaper som gjør at de har så lite av det vi tar for gitt.

Samtidig er de politiske strømningene i landet - ved inngangen til dette 10-året slik, at det er rimelig å tro at de endringene som foregår nå er irreversible.

Ifølge Brox er vi i ferd med å skaffe oss en økonomi som sikrer et stabilt flertall en noenlunde trygg, komfortabel tilværelse, mén som bygger på at 10 - 20 % av befolkningen enten skal være arbeidsløse eller ha helt marginal, underbetalt sysselsetting. Disse vil naturligvis ikke være jevnt fordelt utover landet. I enkelte næringssvake utkantstrøk må en kanskje realistisk forvente å finne 80 % frasorterte og bare 10 - 20 % som mestrere tilværelsens nye og skjerpede krav.

To av konsekvensene av folketallsutviklinga i utkantene har stor betydning også i helsemessig sammenheng:

1) Forgubbinga
Det vil alltid være slik at det er de gamle og de syke som blir igjen når steder fraflyttes. Derfor er eldreomsorgen i utkant-Norge ikke et spørsmål om kvantitet, men om geografi.

Alt idag er det problemer med å opprettholde offentlige servicetilbud mange steder.
At helsetjenestetilbudet må variere avhengig av hvor ut-tynnet området er sier seg selv,- mer problematisk er uviljen mot å planlegge for realitetene ut fra en ikke ugrunna frykt for å eskalere tempoet i flyttespiralen.

Det andre hovedproblem med forgubbing har Else Michelet treffende uttrykt: "Gubber er folk som har tenkt de tankene de har tenkt å tenke". Med det mener jeg å si at lokalsamfunn med sterk forgubbing har lite potensiale for omstillinger.
Endringsviljen er liten, og dermed muligheten for å skape ny virksomhet. (Og med skallede gubber kan det knapt nytte med aksjoner av typen "Dra-deg-etter-håret"..)

Også dette angår den desentraliserte helsetjenesten direkte.
Mange små kommuner har problemer med å fremskaffe de nødvendige menneskelige ressurssene til å drive lokal-demokratiet og administrere tjenestene.
Det behøves ikke stor spådomskunst til for å se at vi kan risikere å få både en forvaltning og et lokaldemokrati som er sin egen verste fiende.

2) For-råinga
Kvinneunderskuddet medfører ikke bare tap av omsorgsreseve.
Overskuddet av menn medfører høyere alkoholforbruk, økte tendens til alle typer voldsanvendelser og generelt økt aggressivitet.
Og kvinneunderskuddet gir i seg selv økt utflytting.

Og i dette perspektivet må vi kan hende prise oss lykkelige om vi makter å bevare helsemessig status quo ved år 2000 ?

Berit Olsen/Mette Brekke
(ansvarlige redaktører for dette nr.)

Redaksjonen er avsluttet 15. 08. 90

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

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG
K: 04 535619
P: 04 861236

Mette Brekke
2640 VINSTRA
K: 062 90100
P: 062 91010

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS
K: 05 512410
P: 05 513685

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

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL
K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22
Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98
ISSN 0800-5680

Forandringsagenter eller medløpere?

Leder:

Dette nummeret av Utposten spenner tematisk over et svært område, noe som kan tjene til å illustrere mangfoldet i norsk primærmedisin for tida. Vi i redaksjonen er ganske stolte over å kunne presentere et så rikholdig stofftilfang. Ikke minst er vi glad for å kunne bringe de av leserne som ikke hadde anledning til å delta på Nidaroskongressen et sammendrag av innleggene. Vi gjør også oppmerksom på at UTPOSTEN oppretter en egen pris for forskningsformidling. (Se omtale s 199)

Det er verdt å notere seg at allmennmedisinen seiler i atskillig sterkere medvind enn samfunnsmedisinen. Det er mange og gode grunner til det. Både med hensyn til rekruttering og fagutvikling er samfunnsmedisinen, som andre samfunnsfag, sterkt konjunkturømfindtlig.

-åra blir markedets tiår. Det har - tror jeg - en rekke fordelingspolitisk negative konsekvenser for helsa : det gjelder både ulikheter i fordelinga av helsepersonell og i levekår og livsmiljø. Men det kan kanskje også vise seg å ha enkelte positive virkninger. Ett er at helsetjenesten tvinges til å bli mer resultatorientert, det er neppe av det onde. Skal vi kanskje også få se en avbyråkratisering og en ende på profesjonsstriden i helsevesenet snart ?

Kanskje vil 90-åra bli et dekade for avsløring av keiserens mange nye garderober anskaffet i 70- og ikke minst i 80-åra ? Et par bekledninger jeg kan tenke meg vil bli kritisk synfart er

sykepleievitenskap og samfunnsmedisin. Og av den grunn kunne det kanskje være betimelig med en smule sjølgransking.

Når vi betrakter de raske samfunnsendringene som nå finner sted, som medfører økte krav til mestring og derved skaper flere tapere, og som fører til oppløsning av en rekke lokalsamfunn som har vært gode å leve i for menneskene der, - hvilket bidrag har vi som samfunnsmedisinere å komme med ? Hva har vi å svare for oss i storm på Bæskades ?

Teoretisk kunne man i alle fall tenke seg tre mulige bidrag :

1) Ingenting
Kanskje bør vi erkjenne at vi ikke har stort mer å bidra med enn den kurative medisin. Om alt det andre; samfunnsforhold, økologi, miljø, adferd er det så mange andre fag-grupper som kan mye mer enn oss.

Så er det kan hende Sunnhetslovens, Kommunehelsetjenestelovens og Helse For Alle -strategiens ambisjoner om helsetjenesten som premissleverandør for politiske organer som det er noe iveien med ? Må vi justere ambisjonsnivået - rett og slett fordi det ikke er tilstrekkelig faglig kunnskap til at vi på anstendig vis kan uttale oss som samfunnsmedisinere om tidas mest brennbare spørsmål ?

Kanskje vi snarest burde glemme at vi noengang har kalt oss SAMFUNNSmedisinere, og fortsette med det vi pusler med hver på vår kant, én som administrasjonsmedisiner og én som risikofaktormedisiner ?

2) Å si noe om hva som er et godt liv for menneskene
Kommunelegen i Loppa, Eystein Straume, hevder at hvis medisinen ikke kan si noe om hvordan det er godt for menneskene å leve, hvilke livsbetingelser og levekår som er gode for mennesket; - ja, så er det noe i veien med medisinen som vitenskap.

Og kanskje er det nettopp her det ligger: samfunnsmedisinen idag er plagsomt opptatt med organisering og administrering av helsetjenesten og med sin egen profesjonelle plass og rolle. Det kan se ut som om samfunnsmedisinen er iferd med å bli like reduksjonistisk og partikularistisk som tidligere tiders kliniske medisin. Hvor er de som spør hva samfunnsmedisinen har å bidra med i samfunnsplanlegginga, til forståelse av de helsemessige konsekvensene av raske samfunnsmessige endringer og politiske vedtak ? Som kombinerer epidemiologiske metoder med samfunnsvitenskapelig gransking av politiske beslutninger og administrative vedtak ?

3) Å si noe om årsakssammenhenger
Men da må vi styrke faglighetens ellers taper vi all troverdighet. Et godt eksempel er det åpne brevet fra de 53 kommuneleger I på kysten, offentliggjort i forrige nummer av Utposten. Et godt, nyttig og høyst betimelig initiativ. "Samfunnsmedisin på sitt beste", sa Torbjørn Mork. Jeg er enig i at det representerer noe av "det beste" i norsk medisinsk tradisjon, noe av det vi har grunn til å være stolte av.
Men er det samfunnsmedisin ?? Hva var egentlig det spesifikt faglige samfunnsmedisinske bidrag utover hva en hvilken som helst oppvakt journalist eller fiskarlagsformann kunne sagt ? Våre kollektive erfaringer fra pasientarbeidet er naturligvis et ikke uvesentlig bidrag. Men som grunnlag for en akademisk disiplin synes det meg noe utilstrekkelig.

Vi lever i et informasjonssamfunn med stadig økende gjennomsnittlig utdanningslengde. Folk vil etterhvert kreve mer dokumentasjon og mindre hvitfrakket autoritet bak våre uttalelser.

I *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* (St.m. nr 36 1989/90) bebuder Sosialdepartemenetet at man vil ta opp med Utdannings- og forskningsdepartementet behovet for å styrke samfunnsmedisin som akademisk fag. Det er ikke et øyeblikk for tidlig.
Det finnes en helsepolitisk utfordring, en sosialpolitisk arv og et vitenskapelige objekt som krever en sterk og konsistent samfunnsmedisin (1).

Berit Olsen ❑

(1) Diderichsen F et al. Socialmedicinska utmaningar: Förbättrad folkhälsa och effektiv hälsopolitik kräver stark och sammanhållen socialmedicin. Läkartidningen 1990 (87) nr 1-2:48-49.

Vi må gjenreise medansvaret for hverandre!

- Noen ganger får jeg lyst til å bli allmennpraktiker igjen, **sier sosialminister Wenche Frogn Sellæg i en eksklusiv tirsdagsmorgensamtale med Utposten.**

Jeg lengter tilbake til den basale, ukompliserte tilliten i lege - pasientforholdet. Politiker-rollen er den ekstreme motsetning til dette. Slik jeg sitter nå - fjernt fra all pasientkontakt på toppen i Sosialdepartementet, blir jeg slått av kontrasten mellom pasientenes tillit til legen og den holdningen jeg blir møtt med som politiker: forventning eller mistro.

Det er all grunn til bekymring for rekruttering til offentlige tillitshverv og for demokratiets framtid i en situasjon hvor politikerforakt og mediaslakt hører til dagens naturlige orden.

UP: - Stortingsmeldingen om evalueringen av kommunehelsetjenesten er nylig lagt fram. Har reformen vært den suksessen du hadde ventet?

Den gjennomgang av lovens virkninger som er foretatt viser at nasjonale målsettinger blir fulgt opp på lokalplan, og understreker at det ikke er behov for sterkere statlig styring. Men den kommunale frihet har som sentral forutsetning det statlige tilsynet som fylkeslegene og Helsedirektoratet skal utøve. Skal dette kunne fungere etter hensikten må den medisinsk-faglig ansvarlige lege i kommunen kunne underrette

fylkeslegen ved gjenpart av henvendelser til kommunens styrende organer om forhold i kommunens helsetjeneste som han eller hun vurderer som mangelfulle.

Vi ønsker også å styrke svangerskapskontrollen i helsestasjonene, og vi vil derfor foreslå at det skal ytes refusjon fra folketrygden på linje med den refusjon leger får for dette arbeidet. Spørsmålet om å gjøre jordmortjenesten til en skal-tjeneste i kommunene har vært vurdert, men personellmangelen tilsier at vi ikke vil foreslå det som en pålagt tjeneste.

Alt ialt tror jeg vi må kunne si at reformen har virket etter hensikten. Og hovedkonklusjonen i den meldingen regjeringen har lagt fram for Stortinget er at pr. idag ser regjeringen ingen grunn til å foreslå vesentlige endringer. Men det var jo unektelig en overraskelse at brukerne har merket så lite til endringene. Det som imidlertid skuffer meg mest er den mangelfulle satsningen på forebyggende helsearbeid. Her ligger hovedutfordringen i årene som kommer.

UP: - Hvordan skal vi få til en styrking av det forebyggende arbeidet?

Det at ansvaret for det miljøretta helsevern er lagt til kommunene gir oss et verktøy til å konsentrere interessen om sammenhengen mellom miljø og helse. Pr idag pågår det ulike forsøk i 70 kommuner. Ellers forventer vi oss resultater av oppfølgingen av Helsedirektoratets Samla plan for miljøretta helsevern. I Sosialdepartementet er vi nå i ferd med å lage en landsplan for det forebyggende arbeidet. Her tror jeg det vil være av stor betydning å trekke inn de frivillige organisasjonene i et samarbeid med det offentlige. Deres kontaktnett i lokalmiljøet vil kunne være avgjørende for hvilket gjennomslag vi kan få for forebyggingstanken.

Jeg har også tro på oppbyggingen av yrkesmedisin, og på en bedriftshelsetjeneste som konsentrerer seg om årsakene til belastningslidelser, ulykkesforebyggende arbeid og hvordan man kan unngå sykmeldinger, heller enn å yte individuelle helsetjenester som burde være allmennlegenes arbeidsområde.

UP: - Tror du at vi i prinsippet vil ha den samme organiseringen av helsevesenet om 10 år som vi har idag?

I prinsippet: ja. I kommunehelsetjenesten tror jeg ikke på radikale endringer, men jeg håper på en annen prioritering av arbeidsoppgavene i tråd med det jeg har sagt om det forebyggende arbeidet.

UP: - Hva mener du vil være de største utfordringene for helsevesenet de kommende 10 år?

Det var et omfattende spørsmål, - men jeg tror jeg vil peke på de veldige perspektivene som ligger i på den ene side enkeltmenneskets mulighet til selv å forebygge sykdom, og på den annen side genforskningens muligheter til å avsløre sykdom så tidlig at en kan forhindre sykdomsutbrudd.

Men det er mye som skulle vært gjort i norsk helsevesen. I Sosialdepartementet har vi nå prioritert forebyggende helsearbeid og psykisk helsevern. Det psykiske helsevernet skal bygges ut slik at pasientene kan få et tilbud nær der de bor og når de trenger det. Hovedproblemet her er jo mangelen på kvalifisert personell, og vi er derfor innstilt på et krafttak for å styrke utdannelsen innen psykisk helsevern.

UP: -Er det et helsepolitisk problem at den norske befolkning tilsynelatende blir stadig sykere,- i den forstand at etterspørselen etter helsetjenester ikke synes å ha noe naturlig grense?

Menneskene har mindre rotfeste i vår tid enn tidligere. Samfunnsendringene medfører ikke bare rent fysisk mer flytting, men verdiene ved tradisjoner, tilhørighet og familiebånd svekkes. Dette medfører at når omveltninger skjer blir enkeltmennesket skrekkelig alene. Og det å mestre en normal sorgreaksjon eller tilpasse seg en vanskelig sykdomsperiode er en naturlig del av den menneskelige tilværelse som vi er blitt fremmedgjort fra. Problemet er at dette kan ikke helsevesenet løse. Ingen krisepsykiater kan ta fra oss sorgen.

Jeg savner mer medmenneskelig omsorg og ansvar. Her i byen går vi forbi folk som ligger på gata: Det er ikke vårt ansvar! Jeg vil nødig bli misforstått dithen at jeg ønsker overføre oppgaver fra det offentlige til familiene, men jeg tror at én av mange mulige årsaker til denne situasjonen er at vi alle har vennet oss til at det offentlige tar ansvar der hvor det før var naturlig at familie, venner og naboer støttet opp. På mange måter er nettverk i lokalsamfunnet revet opp. Vi må gjeninnføre medansvar for hverandre.

UP: - Har helsevesenet selv noen skyld i dette ?

Helsevesenet har nok bidratt til å skape for store forventninger med hensyn til hva som kan løses. Teknologiske gjennombrudd medfører lett en entusiastisk "alt-er-mulig"- holdning. Dette øker kravene til helsevesenet. Samtidig tror jeg nok at helsevesenet har tatt problemene fra folk. Vi har ikke hatt tilstrekkelig forståelse for at mye bare kan løses ved at det enkelte menneske selv blir istand til å bære kroniske lidelser og psykiske vansker. Det er ikke engang sikkert at det er helsevesenet som best kan bistå her. Vi trenger et oppfølgingsapparat som spenner over et stort spekter; fra selvhjelpsgrupper til kirken og de frivillige organisasjonene.

UP: - Egenbetaling for sykehusopphold ,
- er ikke det på grensen til det usømmelige ?

Det er ingen konsekvens i vår holdning til dette spørsmålet. Mange betaler betydelige beløp for polikliniske tjenester som tidligere var gratis. Dagkirurgi og poliklinikk som erstatning for innleggelser fører til økte kostnader forbundet med reiser og overnattinger for befolkningen i distrikts-Norge. Gamle pasienter må i dag betale for korttidsopphold i sykehjem, mens tilsvarende behandling på sykehus er gratis. Sverige og Finland har hatt ordninger med egenbetaling i sykehus i en årrekke uten at det har avstedkommet den typen reaksjoner som vi har fått her i landet. Også vi kommer nok etter om noen år.

⇒

UP: - Er private helsetjenester et viktig prinsipp for deg ?

Overhode ikke. Jeg ser ingen hensikt i å privatisere tjenester som idag er offentlige. Men private helsetjenester som et tillegg til de offentlige ville øke tilbudet og valgfriheten. Private helsetjenester måtte naturligvis basere seg på lønnsomhetsprinsippet, og kunne kanskje ha noe å lære det offentlige helsevesen både om effektivitet og service. Og en slik form for konkurranse mellom privat og offentlig drift tror jeg ville være direkte samfunnsgagnlig. ❑

Sosialantropologisk samfunnsforståelse

Tittel: Sosialantropologisk samfunnsforståelse, 187 sider.
Forfatter: Jan Brøgger.
Forlag: Trondheim occasional papers in social anthropology.
Pris kr. 100. Bestilles fra Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Trondheim, 7055 Dragevolden.

Mye tyder på at vi står foran en tid hvor legen i sterkere grad bør tilegne seg kunnskaper innen andre fagområder. For allmennmedisineren kan innsikt i sosialantropologi være nyttig. Denne boka er oversiktlig og lettlest, nærmest som et essay. Forfatteren holder fast på noen sentrale tankerekker som utredes på en logisk måte og gir leseren gjenkjennelser og assosiasjoner.

I studiet av en gruppe eller en kultur skilles mellom begrepet gemeinschaft og gesell-schaft. Det første kan være et lokalsamfunn som karakteriseres ved at kontakten mellom menneskene representeres ved transaksjoner som aktiverer en stor del av personligheten. Dette har sammenheng med at enhver transaksjon i sin natur har et økonomisk innhold. Det er bytte, gi og ta, hukommelsens bokholderi. "Det finnes ingen gratis lunch i noe samfunn". Man kan forstå alle menneskelige aktiviteter som et forsøk på verdimaksimering. I et gesellschaft har transaksjonene et tidsbegrenset, forretningsmessig preg som involverer kun et smalt spekter av personligheten. Anonym ensomhet kan bli resultatet. På den andre siden åpnes muligheten for å spille ut ulike roller for et skiftende publikum som ikke utveksler informasjon, og en opplevelse av større grad av frihet kan oppnås. Utviklingen av det fortrolige vennskap er også et typisk gesellschaftfenomen. Dette fordi den mellommenneskelige kontakt kan skje uten å bli forstyrret av utenforliggende taktiske hensyn. Familiens krise i vårt samfunn opptar forfatteren og han bruker tid på å drøfte ulike samfunn sin måte å organisere familien, samt familiens plassering i forhold til slekt og produksjonssystem.

Menneskene forandres kollektivt og som enkeltpersoner når samfunnssystemet endres. Livsbetingelsene i vårt moderne samfunn er vidt forskjellig fra tidligere tider. Ved lesing av boka går det opp for en at omfattende forandringer har skjedd bare på en til to generasjoner. Boka gjør oss kjent med grunnleggende elementer som påvirker prosesser i det menneskelige samfunn. Det at forfatteren også er utdannet psykolog bidrar til en betoning av individet sin rolle.

Jeg oppfatter innholdet slik at man faktisk tilbys en alternativ virkelighetsforståelse. Alternativ i forhold til ideologier som på grunn av politiske hendelser ute i Europa kan ha fått svekket noe av sin autoritet.

Hans Atle Djup

❑

Utpostens formidlingspris

Kunnskap er makt - og skal deles!
Kunnskap er død hvis den ikke kommer ut

Medisinsk forskning presenteres gjerne som engelskspråklige artikler i internasjonale tidsskrifter. Man kan til tider få inntrykk av at meriteringsverdien for forfatteren øker proporsjonalt med avstanden til brukeren/ leverandøren (den jevne allmennpraktiker og den alminnelige pasient).

Vitenskapelige artikler har sin egen rituelle form. Det kan være gode og dårlige grunner for dette - men lesbarheten og tilgjengeligheten fremmes ikke alltid av denne formen.

Selv om Utposten regelmessig trykker kvalitetsstoff fra forskning og fagutvikling, er vi ikke et vitenskapelig tidsskrift. Vi er mer opptatt av substansen og nytteverdien i den kunnskapen som forskningen frambringer, enn av de meritter som forskningen tilfører forfatteren.

Vi mener at et undervurdert element ved medisinsk forskning er formidlingsaspektet. For å sette det helt på spissen:

Kunnskap er død hvis den ikke kommer ut
Utposten vil derfor invitere allmennmedisinske forskere på alle nivåer til å konkurrere om

Utposten formidlingspris

Følgende konkurranseregler gjelder:

1. Det konkurreres om beste populærvitenskapelige artikkel basert på materiale innhentet og bearbeidet av forfatteren. Arbeidets vitenskapelige troverdighet må ikke kunne betviles. Konkurransen omfatter imidlertid artikkelens faglitterære kvaliteter.

2. Artikkelens publikum er Utpostens lesere - altså et fagkyndig, kritisk og erfaringsrikt publikum.

3. Hvis artikkelen er ledsaget av relevante illustrasjoner, vil dette kunne vurderes positivt.

4. Artikkelen må ikke være publisert andre steder i den form den her presenteres i.
Dette er ikke til hinder for at artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter kan omarbeides for formålet og innsendes.

5. Artikkelen skrives uten forfatterangivelse. Forfatterens navn og adresse vedlegges artikkelen i separat konvolutt som merkes med artikkelens tittel. Bruk fortrinnsvis anonym konvolutt, som merkes "Formidlingskonkurransen".

6. Artikkelen sendes til

Utposten, 5890 Lærdal innen 31/12-1990.

7. De innkomne artikler bedømmes av en jury bestående av Utpostens redaksjon. Beste artikkel belønnes med Utpostens Formidlingspris i form av kr. 5.000.-

Institutter og amatører over hele landet - sett igang **nå!**

Nidaros-Kongressen '90 - en oppsummering

350 allmennpraktikere og medarbeidere var samlet til Nidaros-Kongressen '90 i Trondheim fra 30. april til 4. mai. I tillegg deltok et trettitalls utstillere og nærmere seksti undervisere. Arrangementet foregikk i kongresslokalene på Royal Garden Hotel og Olavskvartalet - Trondheims nye kulturhus.

Nidaros-Kongressen '90 ble det allmennmedisinske riksstevne vi hadde planlagt med deltakere fra hele landet og med et stort utvalg av fagmøter. Kongressbenevnelsen markerte at deltakerne kunne vandre mellom parallelle sesjoner og plukke med seg det man hadde mest interesse for.

Det faglige målet var å få fram det allmennmedisinske i medisinen. Hovedtyngden av underviserne var allmennmedisinere og i workshops og seminarer var det deltakernes egenerfaring og kunnskaper som ble formidlet og foredlet.
Hensikten var å markere at allmennmedisinen er en egen spesialitet og at allmennpraktikeren innehar en særegen kompetanse innenfor sitt fagfelt.

Flere sesjoner ga deltakerne anledning til ferdighetstrening: Skulderinjeksjoner, ankeltaping, ophtalmoskopi, tyding av blodutstryk, småkirurgi og bruk av insulinpenn. Dessuten ble det eksperimentert med nye pedagogiske metoder som bruk av mentometer til avstemninger om utrednings- og behandlingsprosedyrer, samt kunnskapstester etterfulgt av undervisningsprogram som skulle fylle hullene som var avdekket.

Noen tema ble viet større oppmerksomhet enn andre: I hvilken grad er vi som leger med på å gjøre folk syke? Overbehandler vi våre pasienter? Er servicen på legekontorene tilfredsstillende og er vår tilgjengelighet slik den bør være? Et par av temaene var så sentrale at de gikk som egne plenumsmøter: Samarbeide sykehus/-allmennpraksis og Kolesterol - hva gjør vi?

Størst oppslutning hadde et folkemøte om arbeidsløshet og helsemessige konsekvenser. Her fikk vi til fulle demonstrert både allmennpraktikernes frustrasjon og innsikt i problemene. Selv om de fleste i salen var helsearbeidere var ideen om et åpent folkemøte en suksess og ga stor mediadekning.

Et sentralt innslag var Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress med 27 aksepterte innlegg med mange sentrale og spennende tema. Det ble dokumentert at norsk allmennmedisin i likhet med andre spesialiteter trenger et slikt forum hvor man årlig får presentert aktuell forskning innenfor faget. Vi mener det er viktig å integrere en slik forskningskongress i det mere tradisjonelle videre- og etterutdannelsestilbudet. Både fordi forskeren har et informasjonsansvar overfor sine kolleger - som ofte bidrar med data - men også fordi brukerne av forskningsresultatene skal få tidlig kjennskap til det nye og blir gitt anledning til å diskutere resultatene med forskerne. Et slikt samspill er nødvendig for utviklingen av faget. Nidaros-Kongressen har tatt initiativet til å etablere et slikt forum, men vi ser det som naturlig at NSAM overtar ansvaret for framtidige nasjonale forskningskongresser.

Nidarosprisen '90 ble delt mellom spesialist i allmennmedisin Bjørn Tansem fra Alta og professor Anders Forsdahl ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Hver på sin måte har disse to vært framtredende ambassadører for norsk allmennmedisin og de har særlig nedlagt et stort arbeide innenfor undervisning i allmennmedisin.

Nidarosgjesten '90 var en av engelsk allmennmedisins fremste ideologer, Julian Tudor Hart, som var hentet til Norge for å gi oss inspirasjon og entusiasme i vår allmennmedisinske hverdag. Hans hovedbudskap om at vi må gjøre pasienten til en aktiv medspiller i beslutningene som fattes under konsultasjonen, var en viktig påminnelse.

Nidaros-Kongressen '90 bød også på et stort antall utstillinger av farmasøytiske firma og utstyrsleverandører. Å dømme etter interessen på datautstillingene er det nok mange kolleger som overveier å anskaffe EDB i sin praksis. Et nytt innslag var at vi lot industrien investere i faglige møter uten tellende kurstimer. Som arrangører må vi erkjenne at en kongress av dette omfang vanskelig kan avholdes uten den økonomiske sikkerhet som bidragene fra industrien gir. Det er også åpenbart at industrien har mye ny og nyttig informasjon å komme med.

Nidaros-Kongressen ble behørig dekket med daglige innslag i P2's program "Her og nå", samt i lokale radiostasjoner og aviser. Vi oppnådde å markedsføre at vi som allmennmedisinere har kunnskaper om mye av interesse for folk flest. Dette skiller seg fra sykehuslegens spisskompetanse som tradisjonelt får de store nyhetsoppslag. Allmennpraktikeren er tross alt doktoren som de fleste kontakter når de har behov for lege. Radio og presse hadde fri adgang til hele kongressen og ble gitt anledning til å "titte bak fasaden" - et bidrag til å alminneliggjøre allmennpraktikeren og faget.

Det sosiale tilbudet har stor betydning ved et slikt arrangement. Kongresslokalene på Royal Garden Hotel og i Olavskvartalet var meget velegnet i så måte. Utmerkede lokaler, god mat og service, komfortable hotellrom i det samme bygget og med en beliggenhet midt i hjertet av Trondheim med masse tilbud i gangavstand. I tillegg bød kongressen på sightseeing, teater, swingkurs m.m. og innslag med sang og musikk under åp-

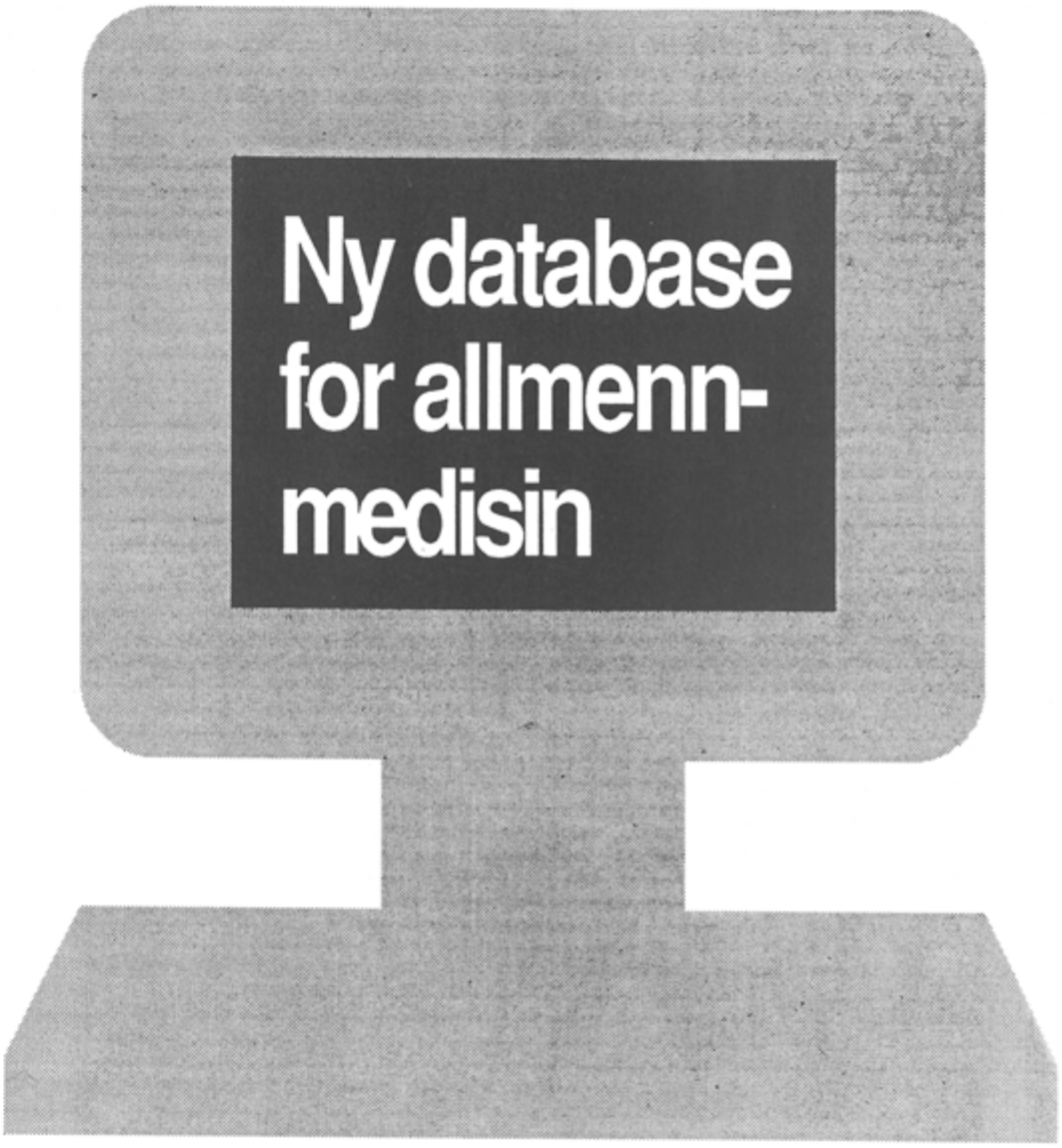
ningen og festmiddagen. Utposten er det naturlige forum å spre erfaringene og kunnskapene fra Nidaros-Kongressen '90 på. Sammendragene fra forskningskongressen publiseres derfor i dette nummer av bladet, andre inserat vil følge i senere utgaver. Hensikten med denne publiseringen er dels å gi et kortfattet innsyn i norsk allmennmedisinsk forskning, men også å melde til arrangører av kurs og fagmøter at vi har en ekspertise i våre rekker som vi bør bruke.

Betegnelsen Nidaros-Kongressen '90 varsler nye kongresser. Vi kan allerede nå love en ny kongress i 1991. Selv om Nordisk Kongress i Allmennmedisin går i Oslo neste år, mener vi dette er vesensforskjellige arrangement. Allmennmedisinen i Norge er moden for denne typen riksstevne nå, men det er ikke marked for mere enn en slik kongress årlig. Forberedelsene og gjennomføringen krever en betydelig arbeidsinnsats.
I tråd med Olav Rutles kommentar etter Primærmedisinsk Uke (1) mener vi at slike arrangement bør veksle mellom flere steder. Foreløpig har vi Primærmedisinsk Uke og Nidaros-Kongressen. Skulle andre arrangører seg vil slitasjen på de lokale komiteene bli mindre og den faglige og sosiale rammen bli mere variert. NSAM bør ta på seg koordineringen av dette.

Vel møtt til Nidaros-Kongressen '91 i oktober neste år.

På vegne av kongresskomiteen

Terje Johannessen
og Pål Kristensen ❑



Fra 1985 har det engelske Royal College of General Practitioners (RCGP) arbeidet med å bygge opp GP-LIT, en allmennmedisinsk litteraturdatabase. Databasen inneholder bl.a. sitater fra 140 tidsskrifter som ikke dekkes av Medline, samt mye av det som kalles "grå" publikasjoner. Foreløpig er det ikke mulig å søke i denne databasen fra egen PD. RCGP har i forbindelse med oppbyggingen av databasen også utarbeidet en ordliste ("thesaurus") for klassifikasjon av allmennmedisinsk litteratur. I et brev til NSAM skriver RCGP at basen nå også tilbyr sine tjenester for utenlandske. Nærmere opplysninger hos :

Information Resources
Centre, The Royal College of general Practitioners, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU.

Ola Lilleholt ❑

Holmgang med islandsk psykiatri

Brith Louise Øen. Fylkeslegekontoret i Finnmark, 9800 Vadsø.
Sosialkonsulent hos Fylkeslegen i Finnmark fra 1973, hvor hun i hovedsak har vært beskjeftiget med planarbeid for svake grupper: sterkt funksjonshemmede og psykiatriske pasienter.

Av Britt Louise Øen

Et Europarådsstipend førte meg til Island, sagaøya i Vest i juni 1989. Oppholdet varte i tre uker og hensikten med det var å sette seg inn i organiseringen av den psykiatriske service på Island. Jeg besøkte et utall institusjoner og hadde samtaler med fagfolk i og utenfor den psykiatriske spesialisttjeneste.

Spesialisert psykiatrisk service på Island startet med åpningen av Kleppspitalinn 1907. Tidligere ble pasientene ført til Danmark. Kleppur viste seg raskt å være for lite og andre hospital ble tatt i bruk for pasientene. Avsidesliggende hospitaler ute på landet ble tatt i bruk for langtidspasienter.

Ca. 1960 ble det opprettet et eget professorat og psykiatriens prestisje økte. Psykiatrien ble integrert i den øvrige medisin med psykiatriske avdelinger på to sykehus i Reykjavik, Borgarspitalinn i 1968, og Landspitalinn i 1979.
En liten psykiatrisk avdeling ble åpnet på sykehuset i Akureyri i 1986. Senere er det kommet varierte behandlingstilbud underlagt de to sykehusene Borgarspitalinn og Landspitalinn. Det dreier seg om daghospital, poliklinikker, "halfwayhouses" og "wards-in-houses". Det er etablert behandlingstilbud til barn og unge og rehabiliteringstilbud. Innenfor institusjonene er tilbudet blitt mer og mer spesialisert med utgangspunkt i de behov pasientene har. Landspitalinn har en spesialavdeling for schizofrene og en for manisk depressive. Det drives en utstrakt ambulant virksomhet.

I tillegg til dette driver psykiaterne en omfattende privat virksomhet. Dette tilbud kommer i tillegg til det offentlige. Island har ca. 1 psykiater pr. 6000 innbyggere.

Psykiatrien på Island er ikke sektorisert. Begge de store hospital tar pasienter fra hele landet. Det kan virke som om begge hospital utvikler seg autonomt. Begge har utviklet varierte tilbud, mest omfattende ved Landspitalinn. Hvilke tilbud pasientene skal få etter først å ha vært innlagt i et av sykehusene bestemmes av fagpersonalet der.

Organisering av pasientstrømmen skjer i hovedsak ved de to store hospital i Reykjavik. Sykehuset i Akureyri betjener sitt omland noe uavhengig av disse.

På Island eksisterer ikke egen lov om psykisk helsevern slik som i Norge. Den psykiatriske service er en intergrert del av den øvrige medisinske service. Spesielt for Island er også at alkoholistomsorgen er en del av den spesialiserte psykiatri.
Psykiatrien på Island har etter min mening utviklet seg noenlunde etter samme mønster som i de øvrige nordiske land. Sengekapasiteten ved de psykiatriske sykehus er nedbygget. I 1953 var der 1,87 senger pr. 1000 mot 0,63 i 1986. Med andre ord en reduksjon til en tredjedel. Denne dehospitaliseringsprosess foregår i hele Norden. De fysiske forhold for hospitalpasientene er det lagt vekt på å bedre. Parallellt med denne nedbyggingsprosess virker det som om man på Island bygger opp alternative behandlingstilbud. Prosessen virker mere "styrt" sammenliknet med norske forhold.

I perioden 1961 til 1985 er det blitt iverksatt en stor ambulant virksomhet. I tillegg er personalnormeringen godt tredoblet og innleggelsestallet er seksdoblet i perioden. Dette tiltross har psykiatriens andel av Rikshospitalets totale budsjett sunket fra 19 % til 14 % i samme periode. Samme tendens viser seg i vårt land.

Hjelpeapparatets tilgjengelighet

Det er spesielt for de islandske psykiatriske avdelinger at de ikke opererer med ventelister. Dette er sannsyligvis gjort mulig ved å legge vekt på øyeblikkelig hjelp og utviklingen av differensierte tilbud etter akuttinnleggelser og etterbehandlingstilbud. For egen regning vil jeg legge til at en faktor her som også bevirker en forskjell mellom våre to land er at Island så å si har full sysselsetting. Pasienter kan med letthet (dersom de er i stand til det, få arbeid. Mangel på arbeidstilbud er ofte den store bøygen å komme forbi i rehabiliteringsarbeidet i Norge. Pasienter forblir pasienter fordi mangel på eget sysselsetting forsterker situasjonen.

Den spesialiserte psykiatri på Island driver i større grad enn i Norge ettervern etter innleggelser. Området er forsømt i Norge. Dette gjelder spesielt i distriktene. Jeg hadde inntrykk av at pasienter fra distriktene på Island også ble fulgt opp med ettervern, men det er ikke sannsynlig at oppfølgingen er så tett som for pasienter fra Reykjavikområdet.

Opplysninger fra allmennlegene tilsier at tilgjengeligheten til behandlingssystemet er god. Behandlingstilbudet for barn og unge er ikke utbygget i så stor grad som for voksne. Ved besøk på institusjonene viste det seg at pasientene stort sett kom fra Reykjavik-området. Som i Norge viste det seg derfor at barn fra distriktet har vanskeligere for å få tilbud når tilbudet er for svakt utbygget. Her så jeg ingen forskjell på de to land. Karakteristisk, - som i Norge, var hovedvekten av barnepasientene gutter.

Liggetid

Gjennomstrømningen av pasientene i mottagelsesavdelingen var rask i forhold til i Norge. Jeg vil anta at fordi pasienter så hurtig kan tilbyes plass er ikke forholdet for pasientene over tid krisemaksimert på en slik måte at det er nødvendig for pasientene å være over lang tid. Med andre ord, pasienten har ikke ventet så lenge at situasjonen er helt fastlåst før han får plass, som i deler av utkant-Norge. Det lave antall tvangsinnlagte tyder også på dette. Videre har fagfolkene som også leder akuttavdelingene differensierte tilbud å spille på ut fra pasientens behov.

Rettssikkerhet klageordninger

I Island finnes ingen spesiallov for psykiatriske pasienter som i Norge. Island har derfor ikke tvangsparagrafer, men det er mulig å holde pasientene i institusjon i 48 timer. Dersom personalet eller pårørende krever at pasienten holdes i institusjonen mot deres vilje kan man med hjemmel i myndighetsloven få dette ordnet for 15 dager. Er det nødvendig med fortsatt vern avgjøres dette av en domstol. Dette "vergemålet" løper på ubestemt tid og pasienten selv må kreve det opphevet. Opphevelsen skjer ved samme domstol. Dette er svært forskjellig fra forholdene i Norge. Tvangsinnleggelse foregår ytterst sjelden i motsetning til i Norge. Kun 4 % av pasientene ved Landspitalinn var der mot sin vilje. Prosenttallet for Borgarspitalinn var lavere.

På Island eksisterer ikke kontrollkommisjoner ved sykehusene som hos oss. Generelle klager på behandling kan rettes til landslegen, som hos oss tilsvarer fylkeslegen.

Tvangsmidler

Fastspenning av pasienter i remmer eller andre mekaniske tvangsmidler er ikke blitt anvendt på de psykiatriske institusjoner siden 1932. Dette er oppsiktsvekkende sammenlignet med Norge. Innelåsing av urolige pasienter foregår ikke. I urolige faser fotfølges pasientene av personalet. Avdelingsdørene blir låst bare i helt spesielle tilfelle.

Turnoveren av personale i psykiatrien på Island er relativt lav sammenliknet med Norge. Som hos oss har de problemer med å få skaffet kvalifisert personale til institusjoner som er avsidesliggende og som arbeider med kronikere.

I vesentlig grad er det sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider i avdelingene, som hos oss. I tilknytning til avdelingene arbeider psykiatere, psykologer og sosionomer. Endel av disse hadde sitt hovedarbeid ved sykehuset. Dette gjaldt spesielt de som hadde ansvar for inn- og utskriving av pasienter.

Tilgangen på de nevnte yrkesgrupper er bedre enn i Norge, da spesiellt i utkant-Norge. Hospitalet i Akkureyri strever med samme problemer som Finnmark. Spesialisert fagpersonale er det vanskelig å rekruttere dit og personalet er mer ustabilt enn i Reykjavik.

For - og ettervern

Sett med norske øyne var det slående hvor omfattende for- og ettervernsarbeide den spesialiserte psykiatri utførte. I bare liten grad ble det samarbeidet med primærhelse/sosialtjenesten. De pasienter som hadde vært innlagt ble "fulgt" av psykiatrien. Flere jeg snakket med ga uttrykk for at det ville være en fordel om samarbeidet med primærlegene hadde blitt intensivert. I Norge blir dette gjort i utstrakt grad. Jeg må imidlertid legge til at hos oss kan dette i hovedsak skyldes at det er stor knapphet på faglige ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Forebyggende arbeid

Systematisk målrettet forebyggende arbeid ble ikke drevet fra de institusjoner jeg besøkte. Personalet ved ungdomspsykiatrisk klinikk mente dette var et viktig felt å ta fatt på.
Uten at de hadde drevet forskning av noe slag mente de at de så en tendens til overbelastning av enkelte ungdommer som resulterte i innleggelser. Det ble da tenkt på kombinasjonen skole/arbeid som de fleste ungdommer på Island gjennomfører. Innen den forskning som foregår er heller ikke forebyggende arbeid gitt høy prioritet.

Konklusjon:

Jeg ble imponert over hva jeg så på Island. Spesielt imponert ble jeg over den faglige standard blant personalet, personaltettheten og stabiliteten i personalet. Og over hvor lett tilgjengelig behandlingstilbudet var. Jeg er imidlertid fortsatt noe usikker på om denne tilgjengelighet er like god for pasienter fra distriktet.

Jeg la spesielt merke til den spesialisering som foregår ved å lage diagnostiske avdelinger etter behovsgrupper. Dette virket svært hensiktsmessig.

Island har som mål - som Norge å "tømme" eller ikke pånytt fylle opp store institusjoner. Det gjør de ved å bygge opp varierte tilbud hva gjelder

⇒

bolig med tilsyn. Utviklingen har gått i rivende tempo. Tilbudene som er bygget opp er underlagt administrasjonen og den faglige ledelse enten ved Landspitalinn eller Borgerspitalinn. De to sykehus har delt inntaksdagene mellom seg. En viss justering foretas for tidligere pasienter. Landet er ikke sektorisert, noe endel fagfolk mener det bør være for å utvikle et bedre ettervern.

Når en pasient først er tatt inn ved ett av de to sykehusene er det fagfolkene i dette sykehus som har hånd om "sine" behandlingstilbud og avgjør hvilket tilbud pasienten skal få. Det vil bli et av de tilbud vedkommende sykehus administrerer. Et visst samarbeid foregår imidlertid mellom sykehusene.
Det som er spesielt for Island sammenliknet med Norge er at de tilbud som finnes til pasientene henger sammen i en kjede. Kjeden er underlagt samme administrasjon og samme faglige ledelse. Det finnes to kjeder som betjener hele landet. I hvilken kjede pasientene kommer inn avhenger av hvilken dag innleggelsen skjer. Jeg holder da tilbudet i Akureyri utenom, og jeg snakker i vesentlig grad om voksne pasienter. Hovedtilbudet til barn og unge gies ved Landspitallinn. Ansvaret er klarlagt for denne gruppen også.

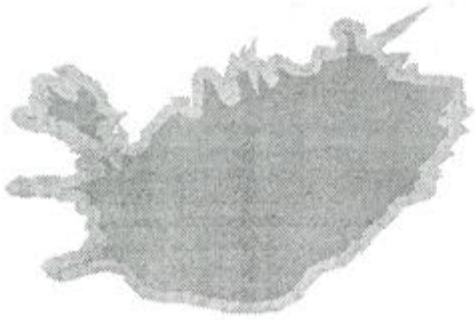
Det som er vesensforskjellig fra Norge er at en pasient blir tatt hånd om av et "system" som har varierte tilbud å spille på ut fra deres behov. I Norge, eller i hvertfall det system jeg kjenner best i nord kommer pasientene til en institusjon med lite varierte tilbud. Institusjonene i regionen har egne administrasjoner og egne fagfolk som avgjør f. eks inntak. Institusjonene er mer autonome.
Hos oss resulterer dette svært ofte i at pasienten ikke får det tilbud han bør ha, og blir kasteball mellom institusjoner og forvaltningsnivå. Dette skjer ikke på Island, hvor tilbudene er underlagt én faglig ledelse. Ansvarsforholdene er klare.

Det som imponerte meg aller mest var måten rehabiliteringsarbeidet forgikk på, og at tilbudet på dette felt også ble gitt sammen med pasienter med helt andre diagnoser.

Overalt hvor jeg var på institusjonsbesøk hersket det *ro*. Selv på akuttavdelingene hørte jeg ikke rop og skrik som vi alltid gjør på institusjoner i Norge. Dette forhold var påtagelig, og det virket positivt både for pasienter å oppholde seg der og for personalet å arbeide der.
Institusjonsbyggene holdt høy standard. Ved gamle bygg foregikk et omfattende renoveringsarbeid.
Det ble lagt vekt på kvalitet og estetikk. Liknende er kankje ikke tilfelle i Norge.

Kolleger anbefales å reise til Island for å se på hva de får til i helsevesenet.

❑



NORLAB
= svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten

- **Klinisk kjemi**
- **Hematologi**
- **Medikamenter**
- **Hormoner**

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.

Prøver mottatt om morgenen analyseres og besvares samme dag.

Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.

I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

Ansvarlige leger:
Spes. klinisk kjemi, Ole Børmer, Kaare R.Norum og Kjell Nustad

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

På rekordtid har Clarityn nådd ut til brukere over hele landet, og sannsynligvis gjort sommeren litt bedre. Vi hos Schering-Plough har det ikke så verst vi heller, takket være alle som har vært villige til å prøve noe nytt.
Clarityn er det eneste registrerte anti-histaminet med dokumentert 24-timers effekt etter én dose.*

Takk, takk, takk . . .

* Ref.: Banov C.H. Comparative efficacy of once daily Loratadine versus Terfenadine in the treatment of allergic rhinitis. The Journal of International Medical Research 1989.

CLARITYN®
«Schering-Plough»
Antihistamin
ATC-nr.: R06A X

Tabletter 10 mg:
Hver tablett inneholder: Loratadin. 10 mg, lactose 71 mg, constit. q. s.

Egenskaper: Klassifisering: Histamin$_1$-reseptorantagonist med langtidseffekt. Har i kliniske studier ikke gitt sederende virkning. Gir ikke antikolinerge, adrenerge eller serotonin effekter i kliniske doser. Den hemmende effekten på histaminutløste kvaddler inntrer etter ca. 1 time med maksimal effekt etter ca. 8 timer. Potenserer ikke effekten av diazepam eller alkohol. Virkningsmekanisme: Selektiv blokker av perifere H_1-reseptorer. Hovedmetabolitten, dekarboethoksy-loratadin, er farmakologisk aktiv og står for en stor del av den kliniske effekten. Absorbsjon: Rask, med etterfølgende uttalt first pass metabolisme. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter 1 til 1,5 time. Likevektskonsentrasjoner i plasma oppnås etter ca. 5 dager. Proteinbinding: 97 - 99%. Halveringstid: 14 timer for loratadin, 19 timer for hovedmetabolitten med store individuelle variasjoner. Nedsatt nyrefunksjon påvirker ikke farmakokinetikken. For pasienter med redusert leverfunksjon kan halveringstiden forlenges vesentlig. Metabolisme: Hovedsaklig i lever. Utskillelse: 40% via nyrene, 42% via faeces over ca. 10 dager. Ca. 27% av dosen elimineres i urinen i løpet av de første 24 timer. Mindre enn 1% utskilles som loratadin eller hovedmetabolitt. Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk i samme konsentrasjoner som i plasma.
Indikasjoner: Allergisk rhinitt og histaminutløst hudbesvær.
Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene.
Bivirkninger: Svimmelhet, tretthet, hodepine og munntørrhet kan forekomme.
Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt hos barn er enda ikke etablert. Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor kun brukes hvis potensielle fordeler rettferdiggjør potensiell risiko hos foster eller spebarn.
Interaksjoner: Se interaksjonstabellen i Felleskatalog 1989 (I: 31e antihistaminer).
Dosering: Voksne og barn over 12 år: 1 tablett daglig.
Overdosering/forgiftning: Har enda ikke satt tilfeller av overdosering, men hvis dette skjer bør brekning fremkalles f.eks. med Brekkmiddel til barn, «Hydro Pharma».
Pakninger og priser: Tabletter: Enpac 30 stk. kr.: 119,10
100 stk. kr.: 370,80

Schering-Plough Norge
Ankerveien 209, 1343 Eiksmarka
Tlf.: 02-24 65 00. Telefax: 02-24 57 00

Ring vår grønne linje 050/33050
og be om prøverekvisisjon

Foto: NTB SUPPORT RRA 51

Massemediakampanjer

Anne Johanne Søgaard, Inst. for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Cand.odont 1971, samfunnsodontologi. NAVF-stipendiat 81-83. Postdoctoral study, Health Education and Behavioral Sciences, University of California 83/84.

Effektiv helseopplysning eller politisk avlat?

Av Anne Johanne Søgaard

I januar 1981 viste vest-tysk fjernsyn en serie i 6 deler med tittelen - En skolegutts død. Utgangspunktet for serien var en foruroligende økning i selvmord blant ungdom i Vest-Tyskland i slutten av 70-årene. Serien var laget for å øke omverdenens forståelse for ungdoms problemer, for derved å minke risikoen for selvmord i denne gruppen. Hovedpersonen i serien var en 19-åring som begikk selvmord ved å kaste seg foran et tog. Hver episode ble innledet med et bilde av jernbanesporet - med guttens døde kropp. Dette opplysningsprogrammet som altså var laget for å forhindre selvmord, viste seg imidlertid å ha stikk motsatt effekt. Fra Deutsche Bundesbahn fikk man oversikt over hvor mange som hadde begått selvmord ved å kaste seg foran tog i de ukene serien varte og de følgende 5 uker. Forskerne sammenlignet så med tall fra samme periode på året - i årene før og etter 1981. De fant en økning i denne typen selvmord på 85 % i aldersgruppen 15 til 29 år. Forskerne konkluderte med at TV-serien hadde fremkalt en signifikant økning av selvmord blant yngre personer (1).

Dette eksemplet viser klart hvor viktig det er for alle som driver med helseopplysning i massemedia å kjenne massemedias påvirkningspotensiale og teorier om massekommunikasjon. Vi må kjenne massemedias muligheter, begrensninger og bivirkninger. Hvilke prinsipper og teorier ligger f. eks. bak utformingen av større helseopplysningskampanjer? Finnes det klare regler for hvordan en skal gå frem for å påvirke mottakerne av et massemediebudskap? Hva kan forskning innen generell massekommunikasjon lære helsepersonell som skal planlegge fremtidig helseopplysning i massemedia?

Massemedia er mer enn TV

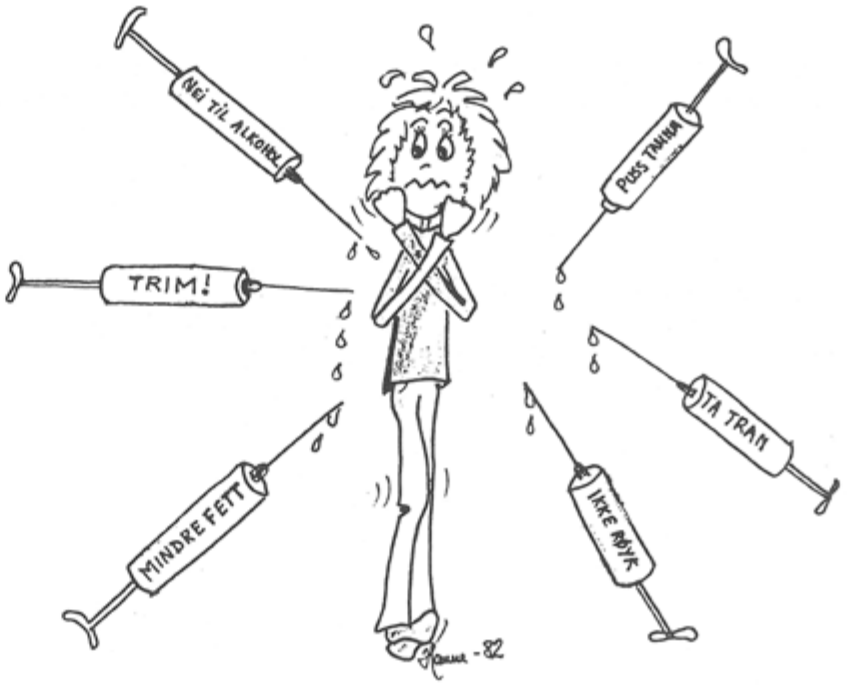
Helseopplysning i massemedia er ikke bare holdningskampanjer i TV. Det er også bruk av brosjyrer og plakater, artikler og "postkasser" i ukeblader og helseopplysningsspalter i avisene. Helseopplysning omfatter også mange ting og er definert på ulike måter opp gjennom årene (2). I denne artikkelen forstås helseopplysning som *alle tiltak som gjør de helsegunstige valgene til de lette valgene.*
Dette er i tråd med definisjonen av helsefremming: "Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health" (3).

Helseopplysning vil i henhold til denne definisjonen ikke bare bli rettet mot enkeltindivider, men også mot grupper, organisasjoner og samfunnet generelt. Slike fremgangsmåter innebærer i tillegg til individrettet opplysning, også å bevisstgjøre folk om miljømessige -, økonomiske- og sosiale årsaker til helse og sykdom.

Det er også nødvendig å definere massekommunikasjon: Massekommunikasjon betegnes som det vitenskapelige studium av massemedia, det budskapet de genererer, de mottakerne de forsøker å nå og den effekten de har på mottakerne (4).

Hvordan virker massemedia?

Det finnes mange undersøkelser som beskriver massemedias effekt, men de er sjelden samstemte i sine konklusjoner. Årsaken til en slik mangel på entydig kunnskap om mediens virkning, finner vi først og fremst i kommunikasjonsprosessen selv og i dens samspill med andre samfunnsprosesser. De faktiske påvirkningspro-



Figur 1.
Helseopplysning via "kanylemetoden".
"The powerful effects model".

sessene er meget kompliserte, og de bestemmes av en rekke egenskaper knyttet til mediet og dets organisering, til innholdet, til mottakerne og til deres forutsetninger. Mediepåvirkningen er i det hele tatt betinget av så mange faktorer at det sjelden er mulig å spesifisere entydige årsakssammenhenger mellom bestemte påvirkninger og reaksjoner. Likevel finnes det teori og empiri som kan hjelpe oss til å få et bilde av medias påvirkningspotensiale. Vi kan forenklet si at media virker på 3 ulike måter (5):

1. Gjennom sosial belønning og straff.
2. Gjennom identifikasjon og tillit til senderen.
3. Gjennom samsvar med eget verdisystem.

1. Når det gjelder det første punktet kan vi si at mediepåvirkning sjelden inneholder elementer av makt eller tvang i tradisjonell forstand. Men det ligger aspekter av straff og belønning - i sosial forstand - bak medienes virkninger. F. eks. er det en form for *sosial straff* når personer som ikke følger med i populære TV-serier, blir stående utenfor etterfølgende diskusjoner og dermed ikke kan ta del i viktige sider ved nærmiljøets sosiale samhandling. Motsatt kan mediene gi *sosial belønning* når budskapet bidrar til å oppfylle behov hos mottakeren.

2. Innflytelse kan også finne sted når senderen oppfattes som *attraktiv* av mottakeren. Det skjer gjerne når behov for likhet og nærhet ligger til grunn. Påvirkningen aksepteres fordi mottakeren føler at hun eller han derved får et ønsket identifikasjonsforhold til attraktive eller prestisjefulle personer. Mediene og deres medarbeidere fremstår i mange sammenhenger som meget godt informerte og kunnskapsrike, og de influerer i kraft av sin ekspertise. Påvirkning av denne art bygger på et *tillitsforhold* mellom sender og mottaker.

3. Den siste hovedformen for innflytelse refererer til situasjoner hvor mottakeren aksepterer påvirkningen fordi atferden eller holdningen som følger av den, er i *samsvar med mottakerens eget verdisystem*. I slike tilfeller er det i større grad enn for de øvrige innflytelsesformene selve *innholdet* som ligger til grunn for påvirkningen. Folk gir f. eks. ikke penger til en TV-innsamling fordi de frykter *sosiale sanksjoner* i nærmiljøet dersom det blir kjent at de ikke har gitt, eller fordi de *stoler* på eksperten som forteller hvor viktig formålet for innsamlingen er. De *gir* fordi det er i samsvar med deres eget verdigrunnlag å støtte et slikt formål. Motivet er med andre ord normtilslutning.

Har massemedia stor effekt?

I den første tiden etter at massemediene ble allment utbredt, var all oppmerksomhet rettet mot mediene selv. Influert av den dominerende retning i datidens psykologi - "stimulus-respons" - teorien, antok man at medienes påvirkning av publikum var karakterisert av tre forhold:

- Mediene virket direkte på den enkelte mottaker
- Mottakerne fungerte sosialt isolert i en masse av individer
- Mediene virket på samme måte over for samtlige mottakere.

Disse tankene presenterte et samlet bilde av massemediene som meget virkningsfulle påvirkningskanaler, med betydelig makt til dem som kontrollerte deres innhold. Denne tilnærmingsmåten blir gjerne presentert som "the powerful effects model" (4) - eller det man i helsesammenheng ville kalle helseopplysning via "kanyle-metoden" (Fig. 1).

Den kjente amerikanske forsker Carl Hovland (6) bidro gjennom laboratoriestudier på 1940-tallet til å styrke denne oppfatningen av massemedienes virkninger. Hans studier - som senere går under betegnelsen Yale-studiene - ble bl.a. satt igang for å finne ut hvordan man kunne påvirke allierte soldater slik at *de ikke* skulle bli påvirket av Hitlers propagandamaskin. Studiene så spesielt på hvilke forhold ved sender, medium, kanal og mottaker som påvirket individenes holdninger. Gjennom disse studiene fant man blant annet ut at påvirkningspotensialet øker når:

- senderen har høy troverdighet
- senderen er attraktiv
- mottakeren kjenner senderen
- senderen drar slutninger *eksplisitt* istedenfor å la det ligge *implisitt* i budskapet

⇒

- senderen legger frem de positive argumenter før de negative
- mottakerne presses til selv å gjøre noe aktivt - f. eks. presentere noe, sende inn en kupong eller ringe inn til TV for å få tilsendt mer informasjon.

Det er også funnet at trykte medier har størst evne til å gi sine lesere kunnskaper, mens elektroniske medier har større innflytelse på folks følelser.

Dette var *noen* av de mange resultatene som kom ut av Hovland-gruppens studier - som altså støttet synet på mediene som svært virkningsfulle.

Selv om denne modellen er forlatt i dag, er det mye som tyder på at den fortsatt har gyldighet under helt *spesielle betingelser*, overfor spesielle målgrupper som er i en *spesiell situasjon* - slik det innledende eksemplet med selvmord viste.

Massemedia virker gjennom opinionsledere

Det ble imidlertid snart reist innvendinger mot denne enkle "stimulus» respons" modellen. For det første hadde bl.a. Hovland vist at individuelle egenskaper hos mottakerne førte til ulike reaksjoner på samme mediebudskap. Dernest ble det påvist at kontakten mellom massemediene og publikum ikke bare gikk direkte, men også i betydelig grad *indirekte* via personlig formidling av mediebudskapet. Og endelig viste det seg at publikum ikke fungerte isolert fra hverandre i sosiale tomrom. Folk flest var tvert imot deltakere i ulike sosiale grupper, hvor man diskuterte og ble påvirket av mediene og deres innhold. På dette grunnlag ble den etter hvert klassiske "to-stegs-hypotesen" formulert. Ifølge den finner spredningsprosessen sted i to steg; først fra massemediene til opinionsledere i samfunnet, og deretter fra dem til det store flertall av "menige" mottakere.

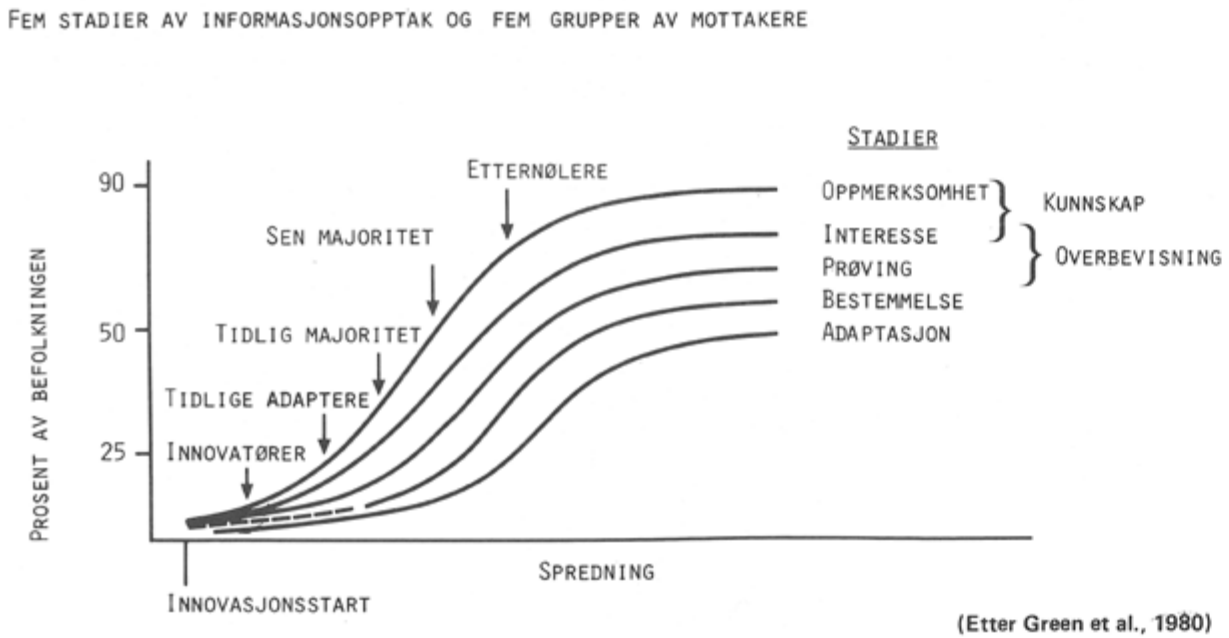
Opinionsledere er karakterisert ved at de gjennomgående er mer interesserte og kompetente innenfor et emne enn andre. De er ofte innovatører, de er sosialt aktive og de vet som oftest at de er opinionsledere. De er også svært informasjonssøkende - og får sin informasjon ikke bare fra massemedia, men også fra mennesker i sitt nærmiljø (7, 8). Senere er det foretatt en del modifikasjoner av "to-stegs-hypotesen", -bl.a. er det vist at informasjon sannsynligvis foregår i mer enn to steg.

Det tegnet seg etterhvert et stadig mer komplisert og innfløkt bilde av samfunnets opinionsdannede prosesser. Oppfatningen av massemediene som nærmest enerådene påvirkningskanaler i samfunnet ble således avløst av et mer nyansert syn - med stor vekt på formidling og videreføring av mediebudskapet gjennom personlig kommunikasjon. Det kom en 20-års periode hvor den såkalte "limited effects model" var rådende (4).

Hvordan spres budskapet?

Diffusjonsforskningen (8) har særlig videreført tankene bak "to-stegshypotesen" gjennom sin vektlegging av *tidsfaktoren*. For det første har den påvist at folks forhold til nye tanker og ting i omgivelsene som regel gjennomgår en utvikling i flere stadier (Fig. 2).

Vi blir først gjort *oppmerksom* på tanken eller tingen - og får *interesse* for den. Så *prøver* vi den - før vi *bestemmer* oss og handler i forhold til den. Tanken eller tingen blir *adaptert*. Denne prosessen inneholder en rekke mentale og sosiale avgjørelser, og ulike kommunikasjonsformer fungerer forskjellig på hvert av stadiene. Således er massemediene svært viktige tidlig i prosessen, mens det først og fremst er snakk om å tilegne seg *kunnskaper*. Personlig kommunikasjon blir viktigere når det senere kommer til personlige vurderinger og atferdsendring. Diffusjonsforskningen påpekte videre at folk får kjennskap til tanker og ny-



Figur 2.
Diffusjonsmodellen viser hvordan et budskap spres til ulike grupper i befolkningen og oppnår ulik effekt over tid.

vinninger på ulike tidspunkter etter at de er introdusert i samfunnet. Det er derfor nyttig å skille mottakerne etter når de tar i bruk en nyvinning: Er de blant dem som introduserer det nye i samfunnet - innovatørene, er de blant de første som kommer i berøring med det nye - tidlig adaptere og tidlig majoritet - eller får de kjennskap til det nye på et senere stadium - sen majoritet og etternølere? Mens massemediene spiller største rolle for dem som kommer tidlig inn i prosessen, betyr personlig kommunikasjon, ferdighetstrening og annen aktiv involvering mer for dem som kommer til senere (9).

Mens "kanylemodellen" gav et godt bilde av de første tankene om medienes påvirkning på mottakerne, er "sprayflaska" som sprer sitt innhold vidt og uberegnelig i omgivelsene, et mer passende bilde på diffusjonsmodellen (5).

Er det mediene eller mottakerne som bestemmer?

Felles for de tanker og teorier om mediepåvirkning som er skissert så langt, er at mottakerne oppfattes som den *reagerende* part i prosessen. Dernest kommer at årsaken til publikums reaksjoner ligger i medieinnholdet, og at effekten skjer direkte eller i nær tilknytning til bruken av mediet. *Effektforskning* er derfor en treffende fellesbetegnelse, og stikkordet "Hva gjør mediene med mottakerne?" gir i et nøtteskall hovedperspektivet i denne forskningstradisjonen.

Mange års forskning viser imidlertid at det er vanskelig å påvise entydige og klare effekter av mediebruk. Fra begynnelsen på 60-tallet vokste det derfor fram en forskningsretning som under stikkordet "Hva gjør mottakerne med mediet?" flyttet tyngdepunktet *fra* mediet *til* mottakeren.

Selv om denne retningen - som kalles "Uses and gratification" - innebærer en klar perspektivendring, representerer den en naturlig videreføring av forskningen om mediebudskapets spredning i befolkningen.

En av de mest aktuelle teoriene i dag er teorien om medias dagsorden-funksjon - eller "aganda setting".

Mc Combs og Shaw (10) var de første som studerte dagsorden-funksjonen i 1972. De fant i en amerikansk velgerstudie fra 1968 at medias fokusering på en sak, førte til at folk anså den som viktig. Senere studier har støttet denne hypotesen.

Ved dagsorden-begrepet antas altså mottakerne å lære av mediene hvilken oppmerksomhet ulike saker er verdt. Medienes dagsorden-funksjon er til en viss grad et journalistisk biprodukt, men den er viktigere enn det innholdsmessige budskap, hevder "dagsordenforskere".

Med denne dagsorden-teorien - og bruksteorien - har man svingt noe tilbake i synet på media - til et syn på media som relativt virkningsfullt. Ikke virkningsfullt slik den enkle "kanylemodellen" beskrev den - men virkningsfull ved at den også inkluderer andre deler av den menneskelige erfaring, menneskets verdier, adferdsmønster, sosiale systemer, institusjoner - og interaksjoner mellom flere av disse (5).

Hvordan dette skiftet i syn på massemedias virkninger har oppstått, kan ha to forklaringer (4):
Det kan hende at massemedia virkelig fungerer forskjellig - avhengig av den tid og de omgivelser de virker i. Med andre ord at massemedia's effekt bare kan forstås ved å analysere det samfunn og det politiske klima det virker i.

En annen forklaring kan være at vi teknisk og metodologisk er blitt flinkere - at vi forskningsmessig nå kan analysere og finne effekter vi tidligere ikke var istand til.

Hvilken rolle spiller massemedia i helseopplysning?

Det er helt klart at massemedia spiller en viktig rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid (11). Spørsmålet er imidlertid om man har utnyttet media riktig - eller om manglende kunnskap om massemedias virkning og funksjon har ført til feil satsing i offentlig informasjon. Offentlige informasjonsarbeidere har trolig vært altfor opptatt av å spre sitt budskap gjennom massemedia, mens de har vært altfor lite oppmerksom på at det er fra venner, kolleger og familie at folk flest henter de opplysninger som de reagerer på i form av handling. Det kan virke som om mange av dem som legger opp offentlig helseopplysning fortsatt tror at "kanyle-metoden" virker. For at massemedia skal ha effekt må man sørge for et nært samspill mellom massemedier og det sosiale nettverket (12).

Mc Cron og Budd (13) har i en oversiktsartikkel forsøkt å beskrive hvilke virkninger massekommunikasjon primært kan ha i helseopplysningssammenheng. En viktig effekt hevder de, er at massemedia skaper et *meningsklima* - dvs. at det utvikles fellesmeninger eller meninger som er populære i radio, TV og aviser - meninger som individet gjør til sine egne. Når tilstrekkelig mange personer i et miljø utvikler felles syn på et spørsmål, oppstår det *meningsnormer*. Denne funksjonen ligner på den virkningsmekanismen som tidligere er omtalt som dagsordenfunksjon.

Ved at temaer innen helseopplysningen blir massekommunisert åpnes også muligheten for *økt kommunikasjon* omkring disse problemene i mottakermiljøene, som dermed får økte kunnskaper, endrede holdninger og i siste omgang kanskje endringer i adferd. Som før nevnt er det mye som tyder på at det å skape diskusjon om et tema er et viktig ledd i endringsprosessen. De fleste oppsummeringer av litteraturen omkring massekommunikasjon og endring av helserelaterte adferdsmønstre konkluderer med at den *direkte* virkningen av enkeltstående kampanjer på adferd er ganske beskjeden. De små endringer man har observert etter massemediapåvirkning er slik som å sende inn en kupong, ringe et telefonnummer, møte opp for å få målt kolesterolnivå, tatt blodtrykk eller lignende.

Aarø (14) hevder imidlertid at korte kampanjer som stadig gjentas - over tid vil kunne føre til endringer i folks adferd gjennom påvirkning av sosiale normer i befolkningen. Regler for sunn livsstil blir på denne måten et slags *meta-budskap*. Et meta-budskap er et budskap om budskapet. Det viktige er da at budskapet stadig tas opp og problematiseres, ikke så mye *hva* innholdet er. At et helsetema stadig gjentas i media - at det stadig kommer på dagsorden - vil føre til at folk oppfatter det som viktig, de vil snakke om det slik at det etterhvert oppstår et meningsklima

⇒

- som igjen fører til at flere endrer adferd i henhold til den norm de mener er rådende.

Mange vil hevde at metabudskap er noe av det mest sentrale når det gjelder påvirkning i massemedia. Fordi et slikt budskap på en måte ligger skjult for mottakerne, er det mye vanskeligere å beskytte seg mot enn et vanlig budskap. Da Johan Olav Koss ble verdensmester på skøyter var begivenheten *første* innslag i Dagsrevyen den 19.02.1990. informasjonen, men plasseringen sa indirekte at det å bli verdensmester på skøyter er meget viktig og betydningsfullt.

Et lignende begrep - supermeddelandet - er lansert av den svenske mediaforskeren Rolf Sandell (15). Han hevder at massemedia har enorm effekt i form av forandringer av våre vurderinger og verdioppfatninger. Når det gjelder store overgripende forhold som f. eks. hva som er lykke, hva som er viktig i livet, hvordan verden ser ut osv. vil massemedias budskap over 10-20 år ha stor innflytelse. Er det mulig at temaet sunn livsstil er et slikt "supermeddelande"?
Erfaringene fra USA, der TV-reklame i stor grad har vært brukt til å lansere sunne produkter, kan tyde på det. Amerikanerne har i større grad enn nordmenn redusert forbruket av tobakk og fett i kosten.

Selv om massemedia som nevnt har liten effekt på folks adferd direkte, kan *andre* virkninger oppnås. Massekommunikasjonsmidler synes f. eks. å være effektive i å påkalle folks oppmerksomhet. I *startfasen* av en helseopplysningskampanje vil derfor massemedia være meget effektive. Dette er i tråd med den såkalte diffusjonsteorien (8) som ble omtalt tidligere. Senere i kampanjen - når man forsøker å nå "sen majoritet" og "etternølere" (Fig. 2) må andre virkemidler tas i bruk - slik som personlig informasjon, gruppediskusjoner, lokalsamfunnsaksjoner og praktisk opplæring i den aktuelle adferd.

Et norsk eksempel

Et eksempel på en massemediakampanje som trolig hadde effekt *utover* nivået oppmerksomhet og kunnskap, er innsamlingsaksjonen "Hjerte for livet".

Både før og etter innsamlingsdagen 18. oktober 1987 var det en massiv informasjonsaktivitet utover hele landet. Alle husstander fikk tilsendt et spesialnummer av "Helsenytt for alle", alle leger fikk eget informasjonsmateriell, alle skoler og barnehager fikk informasjonshefter og arbeidsbøker, 110 000 plakater ble satt opp på gater, trikker og busser, aviser og ukeblader hadde sidevis med "hjertestoff" og TV sendte 3 informasjonsprogrammer i tillegg til påminnelser ved hver nyhetssending i flere uker før innsamlingsdagen. Nasjonalforeningens 1500 helselag arrangerte informasjonsmøter og de store hovedstadsavisene satte opp kolesterolmålestasjoner på fortauet -og publiserte en "Hjerte-risiko" test slik at leserne kunne regne ut sin egen risiko profil.
På selve innsamlingsdagen var 150 000 mennesker engasjert på ulike måter med innsamlingen. Innringingstelefoner med eksperter som svarte på spørsmål fra publikum, var opprettet i de større byene.

Denne aksjonen - som også kan betraktes som en intens helseopplysningskampanje - ble evaluert ca. 4 uker etter innsamlingsdagen ved å intervjue et representativt utvalg på 976 personer av den voksne norske befolkning (16, 17). Det viste seg at 96 % av de spurte, var oppmerksom på aksjonen og 75 % hadde fulgt med på TV innsamlingsdagen -utover nyhetssendingene.
40 % hadde diskutert emner relatert til kampanjen - f. eks. kosthold, røyking, fysisk aktivitet, mens 54 % hadde lest om emner relatert til kampanjen - i aviser, ukeblader eller andre steder. 60 % mente de hadde fått ny informasjon i forbindelse med aksjonen og 26 % rapporterte at de hadde endret en eller flere vaner i tilslutning til "Hjerte for livet"-aksjonen. Mer mosjon, reduksjon i sigarettkonsumet og mindre smør/margarin på brødet var de vaneendringene som ble nevnt av flest.

Det som betydde mest for endring i adferd - var om noen i familie eller vennekrets hadde endret noen vaner, om de hadde fått ny kunnskap og om de var engstelige for hjerte-kar sykdom. Det må legges til at endringene ble målt *etter* kampanjen - ved å spørre om hvilke vaner den enkelte hadde endret.

Prosentene er derfor trolig noe høye på enkelte av spørsmålene. Det er likevel interessant å se at kvinner med den laveste utdanningsbakgrunn rapporterte størst vaneendring, og kvinner i spredtbygd strøk rapporterte mest ny kunnskap. Kampanjen ser ut til å ha nådd frem til grupper som tidligere er kalt "sen majoritet" eller "etternølere". Ut fra det som tidligere er referert om massemedias påvirkningspotensiale kan disse funn trolig forklares med:

1) massiv og intens påvirkning i ulike media
2) at man fikk satt "Hjerte for livet" på dagsorden
3) at man skapte diskusjon om "Hjertesaken" i lokalmiljøet
4) at man aktiviserte befolkningen på ulike måter
5) at man i TV-showet brukte *attraktive* kjendiser som sang og underholdt og kjente eksperter med *høy troverdighet* som informerte om hjerte/karsykdom
6) at man bevisst spilte på folks følelser - f. eks. ved å intervjue personer som hadde gjennomgått "by-pass"-operasjon - "og fått livet tilbake!"

Alt dette er faktorer vi vet bidrar til å øke sjansen for å få effekt på ulike nivåer. At endringene i *adferd* ble rapportert etter denne massemediakampanjen skyldes trolig at den til en viss grad var bygget opp slik massemediaforskeren Brian Flay (18) mener er nødvendig hvis man skal få effekt utover de øverste nivåene - eksponering, oppmerksomhet og kunnskap.
Faly foreslår i en oversiktsartikkel fra 1981 (18) at en massemedia-kampanje bør bygges opp i *to trinn*. Det første trinnet bør bestå av enkle budskap som repeteres for å skape *oppmerksomhet* omkring korttidskonsekvenser av ugunstig helseadferd. Økt oppmerksomhet kan så i neste omgang lede til sterkere involvering og aktiv informasjonsøkning knyttet til det aktuelle temaet.
Det andre trinnet bør, i følge Flay, bestå av faktorer som inntil nylig ikke har vært særlig benyttet i massemedia kampanjer, faktorer som går på mottakernes sosiale miljø og persepsjoner, f. eks. *sosial støtte* slik at adferdsforsterkende faktorer aktiveres og mellommenneskelig *kommunikasjon* stimuleres. Mottakerne må videre ha

muligheter til trening av ferdigheter for å kunne utføre adferden, eller trening i å motstå sosialt press. Dette kan f. eks. demonstreres på TV ved hjelp av sosiale modeller.
I følge Flay's modell blir det derfor ikke meningsfullt eller rettferdig å evaluere kampanjer mhp. adferdsendring - hvis de ikke legger vekt på personlig kommunikasjon eller strukturelle endringer i nærmiljøet. Mange av de rene massemedia-kampanjene som har vært kjørt i offentlig regi i de senere år har trolig hatt helt urealistiske mål. Man har ikke fulgt opp med Flay's trinn nummer to, men har likevel forventet seg endringer i folks helsevaner.

Helseopplysning i massemedia har med andre ord begrenset direkte effekt hvis man ser på kampanjer enkeltvis - og hvis man ikke bruker andre kanaler og metoder samtidig.

Det som trolig har større betydning for folks adferd, er hva *andre* mener og hva *andre* gjør. Det ser ut til å være lettere å handle i konflikt med seg selv enn å handle i konflikt med andre. Påvirkning fra massemedia vil derfor bare ha effekt i den grad budskapet samsvarer med prosesser som foregår i folks sosiale nettverk. Rent praktisk bør man derfor starte med å tilrettelegge kommunikasjon i nærmiljøet *før* man setter igang en massemediakampanje. Før man sender helseopplysning gjennom lokalaviser, nærradio eller lokal-TV, bør man ha forberedt og eventuelt oppsøkt viktige samarbeidspartnere i lokalsamfunnet - som foreninger, idrettslag, kommunepolitikere, helsepersonell, lærere osv. - og informert dem om hva som vil komme i massemedia. Blir man oppmerksom på en sentralt initiert kampanje, bør man snarest planlegge og få igang lokal aktivitet, hvis man ønsker at budskapet skal skape handling.

I alt helseopplysningsarbeid er det helt vesentlig at vi legger opp til et samspill mellom fjernkommunikasjon og nærkommunikasjon (12). Det er sagt at det å spille på massemedia uten å ta hensyn til mellommenneskelig kontakt er som å spille på et strengeinstrument uten klangbund (19).

I tillegg trengs en massiv påvirkning over et bredt spektrum og over et langt tidsrom. Det betyr at helseopplysningen må være ganske omfattende både gjennom massemediene fra anerkjente avsendere, gjennom personlig kontakt og påvirkning fra våre nærmeste - og fra andre vi omgås i det daglige liv.
Det er også viktig å få folk med på handlinger som gjør at de kan forandre sine holdninger (12). Folk har lettere for å forandre holdninger når de først har vært med på en handling eller en aktivitet. Dette ble f. eks. vist i "Trimglad"-aksjonen i Sogn og Fjordane (20), der man fant en økning i andelen som drev fysisk aktivitet, etter en kombinert massemedia og nærmiljøkampanje.
Som nevnt innledningsvis er det viktig å kjenne massemedienes påvirkningspotensiale - både for å oppnå større effekt og for å hindre negative utslag - slik eksemplet med selvmord viste. Stein Bråten (21) hevder at en kortsiktig holdningskampanje som settes inn isolert gjennom massemedia på et kontroversielt saksområde, under visse betingelser har stor mulighet for å få motsatt virkning av forventet.
En av forutsetningene han nevner for slike negative utslag, er at kampanjen aktiviserer smågrupper og nettverk i nærmiljøer som opplever eller kommer til å oppleve dette saksområdet som viktig for seg - og som trekker i *motsatt* retning (motkultur). En annen forutsetning er at kampanjen gir rom for *alternative* virkelighetstolkninger i forhold til dem som ligger bak holdningskampanjen - tolkninger som kan utvikles og forfektes av lokale "symboleliter" med tilbud til kultur/aldersgrupper som er under sosialisering (19). Dette kan være noe av forklaringen på den dramatiske motsatte effekt man fikk på TV-programserien om selvmord som ble nevnt innledningsvis.

Til tross for at vi har kommet frem til at enkeltstående massemediakampanjer har liten eller ingen effekt på folks adferd, vil man trolig under helt *spesielle* betingelser, overfor *spesielle* målgrupper som er i en *spesiell* situasjon kunne få effekt på adferd - og endog dramatisk negativ effekt.

Litteratur

1. Schmidtke A, Häfner H.
2. Søgaard AJ. Health education and self-care in dentistry - suveys and interventions. Thesis submitted to partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor Philosophiae. University of Tromsø. Tromsø 1989. ISM's skriftserie nr. 13. Tromsø: Institute of Community Medicine. University of Tromsø, 1989.
3. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion 1986; 1: 113-27.
4. Tan, AS: Mass communication theories and research. Columbus: Grid Publishing, 1981.
5. Waldahl R. Kommunikasjon og påvirkning. I: Alme B, Andenæs I, Høst S, Høyer S, Mathisen KO, Olden A, Waldahl R, red. Mediemakt. Oslo: Folkets brevskole, 1987: 143-82.
6. Hovland CI, Janis IL, Kelley HH. Communication and persuasion. New Haven: Yale University Press, 1953.
7. Katz E. The two-step flow of communication: an up-to-date report on an hypothesis. Public Opinion Q, 1957; 21: 61-78.
8. Rogers EM. Diffusion of innovations, 3rd end. New York: The Free Press, 1983.
9. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: A diagnostic approach. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1980.
10. Mc Combs ME, Shaw D. The agenda setting function of mass media. Public Opinion Q 1972; 36: 176-87.
11. Flora JA, Maibach EW, Maccoby N. The role of media across four levels of health promotion intervention. Ann Rev Public Health 1989; 10: 181-201.
12. Simonsen A. Deltaker i samfunnet. Håndbok i kommunal informasjon. Oslo: Kommunalforlaget, 1985.
13. Mc Cron R, Budd J. Mass communication and health education. In: Sutherland I, ed. Health education. Perspectives and choices. London: Georg Allan and Unvin, 1979: 199-216.
14. Aarø LE. Research on health promotion and lifestyles. A report to the Public Health Research Priority Comittee, The Academy of Finland. Paper presented 12.5.1988 at he University of Helsinki, Department of Public Health, Division of Health Care Administration. Helsinki: University of Helsinki, 1988.
15. Sandell R. Information och beteendepåverkan. In: Arvidsson O, ed. Att fÖrändra levnadssätt. Rapport från et symposium om metoder att fÖrbättra folkhälsan, 1. - 2. oktober 1981. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond, nr. 3, 1982: 21-41.
16. Fønnebø V, Søgaard AJ. The penetrating educational effect of a mass media-based fundraising campaign "Heart for life". Scand J Soc Med 1990; (Apccepted).
17. Søgaard AJ, Fønnebø V. Self-reported change in health-related behaviour after a mass media-based health aducation campaign (In manuscript).
18. Flay BR. On improving the chances of mass media health promotion programs causing meaningful changes in behaviour. In: Meyer M, ed. Health education by television and radio: Contributions to an international conference with a selected bibliography. New York: Saur, 1981: 56-91.
19. Bråten S. Må statens holdningskampanjer slå feil? Foredrag ved Forum for offentlige informasjonsmedarbeidere, Oslo 23.10.1980. Oslo: Universitetet i Oslo, 1980.
20. Eriksen R, Henriksen G, Hjulstad L. Evaluering av aksjon "Trim-glad" - en aksjon for økt aktivitet i Sogn og Fjordane høsten 1983. Bergen: Universitetet i Bergen, 1984.

❑

Inntrykk fra Archangelsk

Alle foto: John Grøtta

Av Tove og Anders Forsdahl

Archangelsk er en by beliggende ved elven Dvinas utløp. Den har ca 400.000 innbyggere. Den er regionshovedstad for de nordlige russiske områder som tilsammen omfatter en befolkning på 4 millioner mennesker. Byen ble i sin tid grunnlagt av Peter den store og er fremdeles en sjøfartsby med eksport av trevirke og treprodukter. Byen ble i mindre grad enn f.eks Murmansk ødelagt under siste krig, og store områder med gammel trebegyggelse var bevart, men mye i dårlig forfatning. På flere måter fikk vi inntrykk av at Archangelsk var kommet noe i bakgrunnen i forhold til Murmansk som de siste årene synes å ha ekspandert langt hurtigere. I Archangelsk har det blitt utdannet sykepleiere siden 1876, og leger siden begynnelsen av 1930-årene. Det ble hvert år tatt opp 480 medisinerstudenter, og ca 400 gjennomførte studiet som var på 6 år. Etter endt studium måtte medisinerstudentene avtjene 4 år i perifere strøk (Lærerne hadde 3 år slik plikttjeneste). Der er en lang rekke utdanningsinstitusjoner i byen. Foruten medisinske institusjoner var der også tekniske høyskoler og lærerhøyskoler, men ingen var samlet i et universitet. Slik vi oppfattet det, satt den overordnede ledelse tildels i Moskva.

Den medisinske skole, medisinerutdanningen

Vi ble her mottatt av rektor, viserektor og enkelte seksjonsledere ved skolen. Medisinerutdanningen tar 6 år. Den teoretiske undervisning foregikk på Den medisinske skole og hvor den praktiske undervisningen foregikk ved flere av byens sykehus. Ca. 75 % av studentene var kvinner, men man håper å få en mere jevn fordeling. Jeg mener tidligere å ha hørt at etter det fjerde undervisningsåret foregikk det en spesialisering i studie-tiden. Jeg fikk her inntrykk av at medisinerutdannelsen var en 6-årig generell utdannelse. Det fantes og en 4-årig medisinerutdannelse, men de som tok denne arbeidet i det vesentlige som sykepleiere eller i spesielle stillinger i det militære. Det ble tatt opp 480 studenter hvert år og ca. 400 fullførte studiene. Det ble også utdannet ca. 100 tannleger i året. De ferdige tannlegene var i øyeblikket i en heldig økonomisk situasjon, da de privat etter

arbeidstid hadde betydelige inntekter av å lage tannproteser.

Vi fikk se flere forskjellige undervisningslokaler og hva utstyr og plass angikk virket dette å være på høyde med hva vi har å by studentene. I øyeblikket var det ingen studenter tilstede da alle studenter hvert år i september måned er ute på et pliktmessig jordbruksarbeid i 4 uker.

Den medisinske skole, sykepleierutdannelsen.

Sykepleieutdannelse har lange tradisjoner i Archangelsk. Utdannelsen var 2 eller 4-årig, avhengig av om de som begynte hadde 8-årig eller 10-årig grunnskole. De med 4-årig utdannelse hadde først en 2-årig generell utdannelse, senere var utdannelsen for begge grupper delt opp i spesialiteter. I alt tolv forskjellige typer. Dersom sykepleiere senere skulle flytte fra en spesialavdeling til en annen, måtte de "omspesialiseres". Ca. 60 % av undervisningen var praktisk undervisning og 40 % teori. Yrket var ikke spesielt populært da betalingen var dårlig. Vi ble mottatt og vist rundt av rektor og viserektor ved skolen, og var innom en del klasserom hvor det ble drevet undervisning. Undervisningsmaterialet viste seg å være av eldre årgang. Det hele minte om undervisningen i Norge flere tiår tilbake.

Avdeling for økologisk endokrinologi

Avdelingens leder, professor Tkachev var innbyder og vert. Instituttet lå i en eldre bygning og var en del av Det fysiologiske institutt. Det hele var igjen en del av den urale gren av Det russiske vitenskapsakademi. Tilknytning til den administrative sentrale ledelse var vanskelig å få satt seg inn i.

Avdelingen var ikke tilsluttet den medisinske skole, men ansatte ved avdelingen underviste medisinerstudenter. Økologisk endokrinologi forsto jeg som en sammenlignende endokrinologisk forskning, hvor man da ikke bare sammenlignet forskjellige befolkningsgrupper, men at man også i en viss utstrekning gikk ut over det humane og forsøkte å foreta sammenligninger med enkelte arktiske dyr. De befolkningsgrupper som ble sammenlignet var ofte mere isolerte etniske grupper i nordområdene, russere som hadde bodd lenge - over 10 år - i området, etniske grupper som var flyttet sentralt og russere med kortere opphold i nordområdene. Av prosjekter som instituttet for øyeblikket arbeidet med kan nevnes:

- Hjertekar-undersøkelser blant de overnevnte etniske grupper hvor det foruten de vanlige risikofaktorer også ble analysert en lang rekke hormoner (materialet var på ca. 1300 personer).

- Kartleggelse av endemisk struma i de nordlige områdene, hvor det var befolkningsgrupper med meget høy prevalens av struma (20-30 % av den voksne befolkning). Man hadde vanskeligheter med å forklare årsakene til dette, jodmangel alene var det neppe.

- Studier av økende incidens av diabetes mellitus blant yngre individer.

- Fertilitets-undersøkelser i forskjellige befolkningsgrupper som viste store forskjeller.

- Undersøkelser av forskjellige fysiologiske variabler i befolkningen.

Lite har vært publisert, da det hittil har vært meget vanskelig å få publisert arbeider i Russland, og det var uhyre vanskelig å få tillatelse til å sende arbeider utenlands. Instituttet var utstyrt men en lang rekke analyseapparater, autoanalyser med tilkoblet automatisk registrering på data, apparatur for undersøkelse med radioimmunassay. Apparatene var av russisk, østtysk samt enkelte av vesteuropeisk/amerikansk opprinnelse. Jeg har imidlertid ingen forutsetninger for å uttale meg nærmere om dette.

Russiske innbyggere er pålagt å la seg undersøke en gang i året, eventuelt også å avgi blodprøver, så det bød på få problemer med hensyn til fremmøte.

Sykehuset for sjømenn

Det var mange sykehus i Archangelsk, også en rekke forskjellige spesialsykehus både for Archangelsk by og for regionen. Vi besøkte sykehuset for sjømenn og deres familier. Sykehuset var på 500 senger og hadde så vidt vi forsto de fleste spesialavdelinger. Vi ble mottatt av avdelingsoverlegene på kirurgisk, gynekologisk og anestesiavdelingen. Sykehuset var bygd i 1972 og var noe enklere utstyrt enn Regionsykehuset i Tromsø. På mange måter lignet forholdene et og annet engelsk sykehus slik vi husker det ca. 10 år tilbake. Liggetiden for flere sykdommer og etter operasjoner var lengre enn vanlig ved Regionsykehuset i Tromsø. Dette syntes å ha tre årsaker. Medisinsk sett fant man det riktig med en lengre ligge- og observasjonstid enn hos oss. De hadde tilsvarende problemer som hos oss når det gjaldt utskriving av fer-

Medisinsk institutt

⇛

digbehandlede pasienter. Det var av mange årsaker vanskelig for familien å ta imot sine slektninger. Tredje årsak var at det i primærhelsetjenesten var mangel på en rekke nødvendige medikamenter, slik at pasientene ikke kunne få den nødvendige oppfølging i primærhelsetjenesten, og de kunne komme hurtigere tilbake på grunn av manglende medisinering.
En del av de pasienter som de hadde fått overført fra vesteuropeiske sykehus, også norske, hadde de inntrykk av ikke hadde blitt behandlet lenge nok før de ble overført til Sjømannssykehuset i Archangelsk. Det hendte ofte at de ved overføringen var i svært dårlig forfatning.

Kurbad, rekonvalesentinstitusjoner

Vi besøkte en av flere slike institusjoner som man hadde i Archangelsk-området. Den vi besøkte var tilsluttet en større organisasjon og hørte inn under "Workers Union". Vi oppfattet dette som både et rekreasjonssted og et aktivt behandlingssted etter kontinentalt europeisk mønster. Ved dette kurbadet tok man særlig sikte på opphold og behandling for pasienter med gastrointestinale lidelser. Etter grundig klinisk undersøkelse ble de behandlet med mineralvann fra naturlige kilder i nærheten, gytje- og solbad, vekselbad, fysioterapi, mosjon og opptrening. Behandlingstiden varte 3-4 uker og ble gitt etter anbefaling fra lege, men pasientene kunne selv i stor utstrekning velge hvilket kurbad de ønsket å komme på, enten det var i Archangelsk eller ved Svartehavet. I alt var det i nordområdet med ca. 4 mill. innbyggere ca. 2400 plasser på slike kurbad.

Det felles språk under besøket var engelsk, hvilket nok kan ha resultert i enkelte misforståelser. Ellers ble det i det medisinske miljø benyttet noe tysk, som vi forsto som følge av tilgang til utenlands litteratur og benyttelse av tysk apparatur (Øst-tysk).

Ved alle våre besøk ble vi gjestfritt og åpent ønsket velkommen. Man svarte villig på alle våre spørsmål og viste oss alt det vi måtte ønske, både på godt og vondt.

Ellers var det gjennomgående for alle de kolleger vi møtte, at de de følte et enormt behov for faglig kontakt med kolleger i vesten, og at det først og fremst var Universitetet i Tromsø som de så som en naturlig partner. Den åpenhet og den frihet til slik kontakt som de synes å ha blitt innrømmet i løpet av de siste par år, har utvilsomt betydd uhyre meget. Det ble også gitt uttrykk for klar engstelse for at det skulle komme tilbakeslag på dette området. Man fikk bekreftet på mange måter de opplysninger man har fra media om en økende knapphet på forbruksvarer, og der var alvorlige diskusjoner om det ikke var nødvendig å innføre rasjoneringskort på en lang rekke forbruksvarer i Archangelsk. På vodka var der innført rasjonering, 3 flasker pr. mnd, hvilket den jevne mann fant var altfor lite.

Tove og Anders Forsdahl ❑

NIDAROS-KONGRESSEN 90

30. april til 4. mai 1990

Sammendrag

Vedlegg til UTPOSTEN 1990;(19)6

Sesjon 1.

1. "Er plagede kvinner misbrukte barn?"

(Kirkengen A.L, Behrensgt. 8, 0257 Oslo 2)

På bakgrunn av en kasuistikk utviklet det seg et prosjekt, som befinner seg i datainnsamlingsfasen. Kasuistikken handler om en kvinnelig pasient's refleksjoner over hvordan hennes liv, helse og forhold til andre mennesker var blitt påvirket av seksuelt misbruk i barndommen.
Ut ifra dette formulerte jeg mitt spørsmål: "er plagede kvinner misbrukte barn?" Protokollen ble utformet under veiledning av Berit Schei ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Berit Heløe ved NAVF's kvinneforskningssekretariat i Oslo. Til gjennomføringen fikk jeg tildelt midler fra NSAM's forskningsfond og et allmennpraktikerstipend på tre måneder. Undersøkelsen finner sted i min praksis og foregår i form av intervjuer av kvinnelige pasienter mellom 20 og 49 år med en gynekologisk bestilling. Intervjuet er to-delt, del I er strukturert, del II er åpen. Studien skal gjennomføres som en case-controll studie med en kontrollgruppe fra Trondheim. Blant de avsluttede intervjuer befinner seg stoff for noen korte kasuistikker som jeg kunne tenke meg å legge frem.

2. Voldelig partner - en risikofaktor for underlivsbetennelse?

(Schei B, Institutt for samfunnsmedisinske fag/ Kvinneklinikken, Trondheim)

Søking etter årsaken til underlivsbetennelse (PID) hos kvinner har tradisjonelt vært rettet mot mulig forekomst av visse mikrober i cervix, PID har vært betraktet som en gonorrhoisk infeksjon, mens det nå er andre mikrober, f. eks. Chlamydia trachomatis som er i fokus. Det at de samme mikrobene også opptrer hos friske individer, reiser spørsmål om andre risikofaktorer i utviklingen av PID. Betydningen av den mannlige partners seksualpraksis er lite belyst. Menn som fysisk og seksuelt mishandler sine partnere er ofte beskrevet som utro. Er det da slik at kvinner som lever i slike forhold hyppigere enn andre kvinner får episoder med PID?
66 kvinner som levde i et mishandlingsforhold (eksponert for den studerte faktor) ble sammenlignet med 114 ikke-eksponerte kvinner fra et tilfeldig utvalg. Sykehistorien ble registrert gjennom personlige intervjuer. 38 (58 %) av de eksponerte hadde en eller flere ganger fått behandling for PID sammenlignet med 14 (12 %) blant de ikke-eksponerte ($p < 0,001$). Flesteparten hadde fått behandling hos primærlege, henholdsvis 20 og 8 kvinner. Forskjeller i kvinnenes seksualadferd kunne ikke forklare forskjellen i forekomsten av PID. Resultatene understreker betydningen av å kartlegge partneravhengige risikofaktorer for PID, både klinisk og forskningsmessig.

3. Neglisjerer allmennpraktikere mageplager hos kvinner?

(Johnsen, R, Bernersen B, Rana sykehus, Mo i Rana og Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø)

Med utgangspunkt i 2 populasjonsbaserte spørreskjemaundersøkelser i Tromsø og Sørreisa, har vi sammenlignet prevalensen av rapporterte mageplager, hyppigheten av undersøkelser for og prevalensen av magesår blant menn og kvinner. Bortsett fra halsbrann rapporterer kvinner like hyppig eller hyppigere mageplager enn menn. I Tromsø ble røntgen colon tatt hyppigst hos menn, og både i Tromsø og i Sørreisa fikk flere menn enn kvinner diagnostisert magesår. En endoskopiundersøkelse av alle med dyspepsi og matchede friske kontroller i Sørreisa viste derimot at magesår forekom like hyppig hos kvinner. Vi vet at cancer coli er hyppigst hos kvinner, og kvinner søker oftere allmennlege for mageplager. Hvorfor håndterer vi da menn og kvinner med mageplager ulikt?

4. Er kvinnelige allmennpraktikere mer belastet enn mannlige kollegaer?

(Buxrud, E.G, Avd. for helsetjenesteforskning, SIFF, Oslo)

Bakgrunn og problemstilling:
Undersøkelser fra Norden, England og USA har vist at kvinnelige leger opplever arbeidet mer belastende enn menn og at de oftere er plaget av ulike helseproblemer. Hvordan er situasjonen for norske leger?

Materiale og metode:
Høsten 1987 foretok Avdeling for helsetjeneste-forskning ved Statens Institutt for Folkehelse en spørreundersøkelse blant personalet ved alle de kommunale helse- og sosialsentrene (inkludert helsesentre) i Oslo. Svarprosent blant legene var 74 %. Materialet består av 81 bydelsleger, 38 kvinner og 43 menn. Nesten alle var under 50 år. 3/4 arbeidet i hel stilling.

Resultater:
74 % svarte. De kvinnelige legene opplevde dårligere muligheter til å regulere arbeidet på flere områder. M.h.t. psykososiale belastninger i arbeidet opplevde kvinnene oftere faglig utilstrekkelighet og at arbeidet var for krevende.
Både kvinner og menn trivdes godt med arbeid og kolleger, men kvinnene hadde oftere problemer med å koble ut jobben i fritida. De hadde også oftere ulike helseplager, og hadde flere sykefravær siste halvår før undersøkelsen ble gjennomført.

Diskusjon:
Hensikten med undersøkelsen var å belyse personalets opplevelse av og reaksjoner på sine arbeidsforhold. Undersøkelsen er basert på en modell hvor opplevelser av både belastninger og muligheter i arbeidsmiljøet blir vurdert. Disse dimensjonene vil i samspill med den enkeltes forutsetninger kunne føre til reaksjoner som f. eks. helseproblemer og sykefravær. Med basis i de forventninger som bidrar til å forme legerollen, diskuteres hvorvidt kvinner og menn utformer rollen forskjellig. Stikkord er: sosialisering knyttet til kjønn, dobbeltarbeid, pasientutvalg og spesielle egenskaper ved kvinnen.

5. Abortkonsultasjonen hjå allmennpraktikaren - eit naudsynt onde for lege og pasient?

(Skjeldestad F.E, Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim)

Endringa i abortlova frå juni 1975 gav den abortsøkande rett til å venda seg direkte til sjukehuset for å få utført inngrepet. I løpet av det første halvåret 1983 var det berre 5 % av dei abortasøkande kvinnene som vende seg direkte til Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, for å få inngrepet utført. Nær 85 % (340:404) av dei abortsøkande fremja søknaden gjennom kon-sultasjon hjå allmennpraktikar (distriktslege). Blant dei 168 abortsøkande som gav opplysningar om å ha fast lege, nytta 90 % (152:168) denne legen ved framsetting av søknad om abort. Det tyder på at dei abortsøkande ikkje oppfattar krav om svangerskapsavbrot som forskjellig frå andre årsaker til legekontakt.
7 % av dei abortsøkande hadde diskutert svangerskapsutfallet med legen under abortkonsultasjonen. Berre 2 av desse 29 kvinnene hadde tatt avgjerdsla om abort saman med legen sin. Dette har samanheng med at dei fleste abortsøkande kvinnene har tatt avgjerdsla om svangerskapsavbrot før dei set fram kravet om svangerskapsavbrot gjennom legen. Abortlova set krav til den legen som fremmar søknaden om å gi informasjon om inngrepet og mogelege komplikasjoner. Av dei 382 kvinnene som hadde fremja søknad gjennom lege utanfor Kvinneklinikken, var det 44 % (168:382) som svara stadfestande på at dei hadde fått opplysningar om korleis inngrepet blir utført.
Berre 26 % av dei abortsøkan-

de svara at dei hadde fått informasjon om mogelege komplikasjonar, til tross for at samtlege legar hadde skreve under på at slik informasjon vart gjeven under konsultasjonen. Det var godt samsvar mellom mangel på behov for ytterlegare informasjon blant kvinner som hadde fått informasjon og behov for meir informasjon blant kvinner som ikkje hadde fått slik informasjon under abortkonsultasjonen. Ein skal vera varsam med å trekka for bastante konklusjonar av desse funna. Men informasjonen til abortsøkande kvinner kan bli bedre og meir i tråd med intensjonane i abortlova.

6. Cervixcytologi og histologi etter laserkonisering.

(Lie AK, Isaksen C, Avdeling for Patologi, Regionsykehuset i Trondheim)

I en retrospektiv undersøkelse for perioden 1983-86 hvor 345 kvinner ble laserkonisert ved Kvinneklinikken, RiT, for premaligne celleforandringer i cervix uteri, er cervixcytologi og histologi evaluert. Av totalmaterialet fikk 72 % stilt diagnosen grov dysplasi/-carcinoma in situ (CIN III) på cytologi, 85 % på portiobiopsier/ cervicalt utskrap og 79 % på reseksjonspreparat. Biopsi og reseksjonspreparat viste høy grad av overensstemmelse i histologiske diagnoser: fullt samsvar hos 80 %, mens 14 % ble nedgradert og 6 % oppgradert på konisatio. De preparater som ikke viste samsvar i histologi, ble revidert blindt og overensstemmelsen ble da noe større. I tillegg fant man flere tilfeller av condylom (humant papilloma virus-infeksjon) som fører til ytterligere nedgradering av diagnosen.

7. Konisering med laserteknikk - kliniske resultat.

(Skjeldestad F.E, Hagen B, Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim)

Frå 1983 har Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, nytta laserteknikk i behandlingen av grovere intraepiteliale neoplasier på livmorhalsen (CIN II og CIN III). Etter at cytologiske prøver frå cervix uteri har vist celleforandringar og når desse forandringane er stadfesta i histologiske prøver frå portiobiopsier eller cervixutskrap, kjem pasienten til konisering. Ved hjelp av laserstrålen skjer operatøren ut ein konus frå livmorhalsen som omfattar dei områda der det er påvist cytologiske/histologiske forandringar. Frå 1. januar 1983 til 31. desember 1985 vart 345 pasientar koniserte ved Kvinneklinikken. Inngrepet blir i hovedsak utført poliklinisk. Komplikasjonsfrekvensen til inngrepet er låg. 6,4 % (22:345) opplevde postoperative blødningar, dei fleste av desse vart berre observert. 1,7% 6:345) av kvinnene fekk seinare cervixstenose. Perforasjon til periotoneum skjedde berre hjå ei kvinne. I løpet av 4 års observasjonstid er det påvist residiv i cytologiske prøver frå cervix uteri hjå 11 av 325 (3,4 %) kvinner som har vore behandla med laserkonisering. 52 av dei laserkoniserte kvinnene har fødd barn etter inngrepet. Svangerskapsutfalla blant desse kvinnene er samanlikna med svangerskapsutfall blant ikkje-koniserte kvinner. Prematur fødsel førekom 8,7 ganger så ofte i koniseringsgruppa som i kontrollgruppa då det var tatt omsyn til alder og paritet (oddsratio 8,7; CI: 5,8 - 13,0). Vidare cytologisk kontroll av koniserte kvinner kan føregå i allmennpraksis, medan svangerskapskontroll av tidlegare koniserte kvinner bør føregå på ein spesialistpoliklinikk som har røynsler med cervix insufficiens.

8. Bruk av fosterlydsdetektor i allmennpraksis.

(Salvesen K.Å, Eik-Nes S.H, Institutt for samfunnsmedisinske fag og Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim)

Det er aldri påvist skadelige effekter av ultralyd i svangerskapet, men det er gjort få epidemiologiske studier, og vi kan ikke erklære ultralyd for å være risikofritt for fosteret. Fosterlydsdetektorer er en viktig årsak til ultralydeksponering av fosteret. Detektorene avgir *kontinuerlig* ultralyd (relativt mye energi pr. tidsenhet), og de brukes tidlig i svangerskapet. Formålet med studien var å se på bruken av fosterlydsdetektorer i allmennpraksis i Midt-Norge i 1979-80 og 1989.
50 leger i Ålesunds- og Trondheimsregionen besvarte et spørreskjema som ble utsendt i januar 1989. Studien viste at flere allmennpraktikere hadde fosterlydsdetektor i 1989 enn i 1979-80 (73 % mot 42 %). Bruk av detektor synes å ha endret seg lite. ca 85 % av leger som har fosterlydsdetektor, bruker den på alle eller de fleste gravide. Ca 70 % lytter på fosterhjertet i 10-30 sek. hver gang, og vel 1/3 av legene bruker detektoren mer enn 8 ganger i hvert svangerskap. Det var signifikant samvariasjon mellom legers formening om energimengde avgitt fra detektoren og bruken av denne. Leger som tror detektoren avgir relativt mye energi, bruker den færre ganger i hvert svangerskap og kortere tid hver gang enn leger som tror detektoren avgir relativt lav energimengde.

9. Prenatal oppdagelse av føtale utviklingsavvik med ultralyd.

(En prospektiv uselektert populasjonsstudie)
(Swiggum O, Eik-Nes S.H, Nasjonalt senter for fosterdiagnostikk og terapi. Regionsykehuset i Trondheim)

Studien fra Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal (Ålesund) omfatter 7069 fødsler fra 1982-1987. Målet med studien er å se hvilke føtale utviklingsavvik som kan oppdages prenatalt med ultralyd ved et nivå II sykehus, når i svangerskapet disse oppdages og hvilke konsekvenser dette har. Ca 97 % av den gravide populasjon var til rutineultralyd i 17-19 svangerskapsuke. Alle prenatale utviklingsavvik funnet med ultralyd og alle oppdagede utviklingsavvik på barnet inntil en uke etter fødsel ble registrert. Av de 108 (1,5 %) registrerte foster/barn med utviklingsavvik, ble 43 (40 %) oppdaget med ultralyd prenatalt. Av disse ble 31 (29 %) oppdaget ved rutineultralyd, 5 (5 %) hos pasienter henvist på klinisk grunnlag (stort symfyse-fundusmål, lite symfyse-fundusmål, bradycardi og arytmi) og 7 (6 %) tilfeldig oppdaget. 22 kvinner ønsket å avbryte svangerskapet pga. prenatale funn. En kvinne (bilateral nyreagenesi hos foster) som ikke ønsket å avslutte svangerskapet, fødte i uke 33, og barnet døde innen en time. 8 (19 %) kvinner ble forløst med electiv sectio caesarea (SC), og 5 (12 %) barn ble operert som direkte årsak av de prenatale funn. 7 (16 %) kvinner ble overført til et universitetssykehus til electiv SC slik at barnet kunne bli tatt hånd om umiddelbart etter fødsel. Ett av disse barna hadde diaphragmahernie. Prenatal karyotyping ble dengang ikke utført. Barnet døde umiddelbart etter SC, og kromosomanalyse viste trisomi 18. I denne studien ble to større hjertefeil (15 totalt) oppdaget prenatalt. Begge som resultat av klinisk henvisning pga. hjertearytmi og bradycardi. Begge ble operert, men døde. Bedret ultralydteknologi og utviklingen innen perinatalmedisin har bedret intrauterin diagnostikk og perinatal terapi. En systematisk undersøkelse av føtal anatomi ved rutineultralyd er viktig, og behovet for karyotyping når utviklingsavvik hos fosteret foreligger understrekes. I mange tilfeller bør den gravide kvinne overføres til et større sykehus med mer erfaring og et team bestående av gynekolog, barnelege, barnekirurg og genetiker. Andre spesialiteter blir også konsultert.

Sesjon 2.

10. Bør legen bruke hvit frakk? Hva mener pasientene - og hva gjør legene?

(Anvik T, Storgata Legesenter/Bodø og Institutt for Samfunnsmedisin/ Universitetet i Tromsø)

I Norge er det tradisjon for at allmennpraktiserende leger bruker hvit frakk. Frakken var et hensiktsmessig arbeidsantrekk den gang legene utførte mange kirurgiske inngrep og da infeksjoner var farlige for pasienten. I våre dager, da de alvorligste smittsomme sykdommer er eliminert og vi har fått effektive antibiotika til disposisjon, kan den hvite legefrakken mer betraktes som en del av konsultasjonens rituelle innhold.
6 200 pasienter i Nord-Norge ble våren 1987 spurt om deres syn på primærlegetjenesten. Ett av spørsmålene gjaldt om legene bør bruke hvit frakk. Samtidig ble pasientenes leger intervjuet om bruken av hvit frakk. Forfatteren presenterer pasientenes meninger om dette spørsmålet og redegjør for bruken av hvit frakk blant de deltakende legene.

11. Multisenter-undersøkelser; en pest for klinikeren og en plage for forskeren?

(Rokstad K, Institutt for allmennmedisin, Bergen)

Ved et økende antall multisenter-undersøkelser de siste årene, har lav deltakerprosent og stort frafall vært havarigrunnen. Påstander som faglig uinteresserte kollegaer, økende egotenkning etc. har vært lansert som årsaker til dette. Med basis i egne erfaringer fra Resept-Undersøkelsen i Møre og Romsdal i 1988 og 1989, hvor deltakerprosenten henholdsvis var 95 og 97 %, vil jeg komme med betraktninger rundt dette.
Jeg ønsker å fokusere på mulige veier å gå for å øke interessen blant allmennpraktiserende leger til å delta i multisenter-undersøkelser.

12. Sammenligning av alpha-adrenergisk reseptorblokade med Doxazosin på haemodynamiske og metabolske effekter hos røykende og ikke-røykende hypertonikere.

(Syvertsen, J.O, Øreåsen legekontor, Moss)

Dette er en multicenterstudie med 22 norske allmennpraktikere som til sammen inkluderte 133 pasienter med mild til moderat hypertensjon. Haemodynamiske og metabolske effekter ble studert i en 16 ukers åpen parallellstudie, hvor vi sammenlignet effektene av Doxazosin på 69 ikke-røykere og 64 storrøykere etter 4 uker med placebo. Storrøykerne røykte minst 15 sigaretter daglig til tross for råd om å slutte. Studien viste signifikant reduksjon av blodtrykk i begge gruppene uten påvirkning av puls. Videre reduserte Doxazosin triglycerider, totalkolesterol og LDL-kolesterol, samt ga en økning av HDL-kolesterol og HDL/totalkolesterol-ratio. D.V.S. at vår studie bekreftet tidligere undersøkelser som har vist gunstige effekter på atherogene risikofaktorer. I tillegg viste denne studien en signifikant senkning av plasmafibrinogen og plasminogen aktivatorhemmer (PAI-1) hos ikke-røykere, mens det ikke var noen slik signifikans hos røykerne. Dette er interessant fordi økt fibrinogen er en risikofaktor for coronar hjertesykdom (CHD). PAI-1 hemmer fibrinolyse og kan øke risikoen for trombose. Denne norske multicenterundersøkelsen i allmennpraksis har for første gang vist disse effektene på koagulasjonsfaktorene og derved ytterligere bekreftet Doxazosins gunstige antiatherogene profil. Det er interessant at effekten på koagulasjonsfaktorene ikke oppnås hos røykerne.

Studiens styringsgruppe:
Arne Westheim, Ludvig N.W. Daae, Peter Kierulf, Berit Brusletto, Ingar Holme og Jan Otto Syvertsen.

13. Prediktiv verdi av symptomer i allmennpraksis.

(Holtedahl K, ISM, Universitetet i Tromsø)

Konsultasjoner i allmennpraksis starter ofte med presentasjon av symptomer. Allmennpraktikere vil vanligvis intuitivt teste slike symptomer i forhold til et fåtall diagnostiske hypoteser. I praksis fungerer dette ofte bra, men iblant kan feilaktige forutsetninger gi opphav til gale konklusjoner med kjedelige konsekvenser for pasienten. Kvantifisering av sannsynligheter i forhold til enkeltsykdommer kan antas å bedre vurderingen av alminnelige symptomer. På kurset "Diagnostiske beslutninger" 2. mai blir det framlagt endel diagnostiske indekser - *positiv prediktiv verdi og likelihood ratio* - for enkelte vanlige symptomer i forhold til noen viktige kreftformer. På forskningsdagen vil det teoretiske grunnlaget for disse indeksene bli presentert. Basis for utregningene er Bayes formel og data om tre viktige parametre:
P<D<: Prevalensen av diagnostiserbar sykdom i allmennpraktikerpopulasjonen på konsultasjonstidspunktet.
P<S<: Prevalensen på symptomet i allmennpraktikerpopulasjonen.
P<S/D<: Andelen konsultasjoner med sykdom hvor symptomet presenteres.

14. Handlingsprogram for urininkontinens i allmennpraksis.

(Seim A, Hermstad R, Kommunelegen i Rissa. Hunskår S, Institutt for allmennmedisin, Bergen. Eriksen B, Regionsykehuset i Trondheim)

En gruppe allmennmedisinere ved kommunelegekontoret i Rissa har i samarbeid med spesialister utarbeidet et forslag til handlingsprogam for utredning og behandling av urininkontinens (UI) hos kvinner i allmennpraksis. Handlingsprogrammet er nå under utprøving i kommunehelsetjenesten i Rissa. Prosjektet innledes med en informasjonskampanje til publikum om UI og behandlingstilbud. Kvinner som søker hjelp for UI blir inkludert i prosjektet. Handlingsprosjektet gir retningslinjer for anamneseopptak og hvilke kliniske undersøkelser (f. eks. miksjonsliste, bleieveiingstest, GU, stresstest, urinundersøkelser osv) som skal lede fram til diagnosen (type UI). Programmet gir videre retningslinjer for hvilken behandling de ulike grupper skal få (f. eks. bekkenbunnstrening, elektrostimulering, medikamenter), dessuten hvilke pasienter som bør henvises til spesialist. Programmet beskriver videre kontroll og evaluering av behandlingsresultatet i løpet av det første året. Målsettingen er å få inkludert 100 kvinner i prosjektet i løpet av en tidsramme på 2 år. Etter denne "prøvekjøringen" av handlingspgrogrammet skal selve programmet evalueres. Er programmet gjennomførbart i en vanlig norsk allmennpraksis med de ressurser som er tilgjengelige i dag? Hvilke kliniske undersøkelser og hvilken behandling er gjennomførbar i allmennpraksis? Hvor stor del av pasientene med UI kan vi hjelpe i allmennpraksis, hvilke bør henvises til spesialist?
På bakgrunn av evaluering av det utprøvde handlingsprogrammet vil de deltakende allmennmedisinere og spesialister utarbeide et revidert handlingsprogram for UI i allmennpraksis som kan publiseres og benyttes av andre norske allmennmedisinere.

15. Elektrostimulering ved dysfunksjon i de nedre urinveier hos kvinner.

(Eriksen B.C, Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim).

Elektrisk stimulering av bekkenbunnen har vært benyttet i behandlingen av urininkontinens siden midten av 60-tallet. Det finnes to forskjellige behandlingsprinsipper.
A. Langtidsstimulering.
Ved langtidsstimulering appliserer man en pluggelektrode analt eller vaginalt 6-8 timer

per døgn i 3-6 måneder for å bedre den anale og urethrale lukkemekanisme. Stimulatoren starter automatisk når den kommer i kontakt med fuktige slimhinner og sender ut elektriske impulser med en frekvens på 25 Hz. Via spinale reflexmekanismer får man også en inhibisjon av detrusor og derved terapeutisk effekt på motorisk urge inkontinens. Både elektronikk og batteri ligger inne i pluggen. Pasienten skifter selv batteri ved behov. Indikasjonene for denne type stimulering er insuffisient bekkenbunn, stress-inkontinens, analsfinkterinsuffisiens og analprolaps. Behandlingen gir ingen alvorlige bivirkninger. Ved adekvat gjennomført behandling kan man forvente god effekt hos ca. 50 % av pasientene. Behandlingen er enkel, billig og lite ressurskrevende, men krever nøye oppfølging av sykepleier/lege i behandlingsperioden.

B. Maksimalstimulering.
Ved maksimalstimulering anvendes pluggelektroder analt og vaginalt samtidig. Man benytter lavfrekvent stimulering (5-10 Hz) og øker intensiteten gradvis opp mot smerteterskel i seanser a 20 minutter. Behandlingen gjentas 5-10 ganger og kan derved gjenopprette nervefunksjonsforstyrrelser og reflexmekanismer i de nedre urinveier. Metoden har ingen bivirkninger. Indikasjonene for denne behandling er motorisk og sensorisk urge inkontinens, overaktiv detrusor ved enkelte nevrologiske sykdommer (f. eks. tidlig MS), coital urge inkontinens, "painful bladder" eller tidlig stadium av interstitiell cystitt, enkelte tilfeller av detrusorparese og imperiøs defekasjonstrang med avføringsinkontinens. Begge metodene bør inngår i primærlegens terapeutiske armamentarium og bør anvendes som primærbehandling før pasienten henvises til spesialist i institusjon.

16. Dødelighet av hjerteinfarkt blant menn i norske fylker 1966-1987.

(Krüger Ø, Nymoen E. Institutt for samfunnsmedisinske fag og Geografisk institutt, Universitetet i Trondheim)

Vi har analysert dødelighetsutviklingen for hjerteinfarkt, inkludert plutselig, uventet død, blant norske menn i alderen 30-69 år for perioden 1966-87. Den aldersjusterte dødelighetsraten for aldersgruppen 30-69 år var høyest i 1966-70 og gikk ned med 14,7 % fra 1966-70 til 1986-87. Nedgangen for Norge var prosentvis størst i aldersgruppen 40-49 år, men det var også tydelig nedgang i gruppene 50-59 år og 60-69 år. Elleve av fylkene hadde statistisk signifikant ($p<0,05$) nedgang i dødeligheten fra 1966-70 til 1986-87. I ett fylke, Oppland, gikk dødeligheten statistisk signifikant opp med 25,7 % ($p<0,01$). Økningen i dette fylket var kraftigst i aldersgruppen 50-59 år (35,5 %). Mest positiv utvikling hadde Rogaland, der infarkt-dødeligheten gikk ned med 29,6 % fra 1966-70 til 1986-87. I siste to-årsperiode hadde dette fylket den nest laveste fylkesdødeligheten av hjerteinfarkt blant menn, etter Akershus. Det er positive trekk i utviklingen i Finnmark, der dødeligheten i aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år er kraftig redusert. Studien ble ikke laget med tanke på å forklare de fylkesvise forskjeller i dødelighetsutviklingen, men mulige prinsippielle forklaringer er diskutert. De regionale dødelighetsforskjeller kan berettige en geografisk differensiert strategi i det forebyggende helsearbeid.

17. Helseopplysning om tobakkskader og forskning på ungdomsskoleelevenes røykevaner.

(Syvertsen, J.O, Øreåsen legekontor, Moss)

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Helseopplysningskomiteen i Rygge kommune og elevrådene ved bygdas ungdomsskoler som startet i forbindelse med Verdens røykfrie dag i mai 1989, 523 av totalt 560 ungdomsskoleelever besvarte spørreskjema med 51 spørsmål til røykerne og 33 til ikke-røykerne. Spørsmålene gikk på bl.a. elevenes og foreldrenes røykevaner, holdninger til røyking, hvem som har påvirket eleven til å røyke eller ikke røyke, hvorfor røykerne røyker og ikke-røykerne lar være, hvorfor det er vanskelig å slutte å røyke, hva som må til for å slutte og elevenes reaksjoner på passiv røyking. Etter denne kartleggingen ble det utlyst en premiekonkurranse hvor elevene i løpet av en uke i små grupper skulle skriftlig besvare 34 spørsmål. Disse spørsmålene gikk på forskjellige uheldige effekter av røyking, samt takling av passiv røyking i arbeidsmiljøet, hjemmemiljøet og på restauranter. Videre var det også lagt inn noen tippespørsmål om ungdomsskoleelevenes røykevaner i Rygge. I løpet av den aktuelle uken leverte en helsesøster, to bedriftssykepleiere, en legesekretær, en lærer, samt 5 leger tilsammen 12 aktuelle artikler til lokalavisene som belyste spørsmålene. Det var også tre innlegg i lokalradioen. Elevene ble oppfordret til å følge med i avisene og radioen for å ha best mulig sjanse til å vinne i premiekonkurransen, 16 % av jentene og 15,5 % av guttene røykte regelmessig. Det var tydelig forskjell mellom skolene. Det var også store variasjoner mellom gutter og jenter ved hver enkelt skole samt i forskjellige klasser. Det tyder på at det finnes større og mindre gjenger av røykere og ikke-røykere som er under betydelig innflytelse av ledende elever. Den skolen med det desidert beste kunnskapsnivået om tobakkens forskjellige effekter var også den skolen hvor det ble røykt minst og hvor flest røykere ønsket å slutte. Skolen med det dårligste kunnskapsnivået hadde flest røykere og færrest som ønsket å slutte å røyke. Prosjektet er ikke avsluttet. Evaluering skal foretas etter intervensjonen.

18. Røyke- og alkoholvaner blant ungdomsskoleelever i Levanger.

(Krüger Ø, Kommunehelsetjenesten i Levanger og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Trondheim)

Røykevaner og alkoholvaner blant elever ved tre ungdomsskoler i Levanger kommune ble kartlagt gjennom en spørreskjemaundersøkelse som ble avviklet om våren. I alt 641 (92 %) av elevene i 7-9 klasse deltok i undersøkelsen. 17 % av elevene var dagligrøykere, økende fra 1 % i 7. klasse til 31 % i 9. klasse. Røyking var noe mer utbredt blant jentene. Elevenes røykevaner samvarierte med røykevanene til foreldre, søsken og venner, men også i betydelig grad med foreldrenes *holdning* til barnets røyking. 76 % av elevene (gutter: 83 %, jenter: 70 %) hadde drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder forut for undersøkelsen, økende fra 53 % i 7. klasse til 90 % i 9. klasse. 43 % av elevene svarte at de hadde vært beruset i denne perioden. En betydelig positiv samvariasjon ble funnet mellom hyppighet av alkoholbruk og mengde alkohol drukket hver gang. De mest brukte alkoholtyper blant ungdomsskoleelevene var øl, vin og hjemmebrent. Mer enn halvparten av elevene hadde drukket hjemmebrent. En femtedel av elevene hadde fått alkohol av foreldrene. Det ble funnet en klar sammenheng mellom røykevaner og alkoholvaner: I subgrupper med spesielt høyt alkoholforbruk, var nesten samtlige dagligrøykere. Nesten en femtedel av 9. klassingene oppgav at de både røykte daglig og at de drakk alkohol hver annen uke eller oftere. Bare en av åtte elever i 9. klasse hverken røykte eller drakk alkohol. Omfanget av alkoholbruk blant ungdomsskoleelevene var spesielt bemerkelsesverdig, og likeledes den tilsynelatende lite restriktive holdning blant foreldrene overfor barnas kontakt med alkohol. Studien illustrerer tidlig rekruttering både til alkohol- og tobakksmisbruk, og understreker behovet for aktive forebyggende tiltak i denne aldersgruppen.

Sesjon 3.

19. Samsvar mellom spirometri og kliniske funn i diagnostikken av bronkial obstruksjon hos voksne pasienter med luftveisinfeksjon.

(Melbye H, ISM, Universitetet i Tromsø)

Spirometri ble utført på 574 voksne som oppsøkte Tromsø legevakt med luftveisinfeksjon. 398 av disse ble auskultert av legen, uten at resultatene fra spirometrien var kjent. Legen noterte om pasienten hadde anstrengt respirasjon, forlenget ekspirium og om knatrelyder eller pipelyder kunne høres. De 31 pasientene som i følge legen hadde forlenget ekspirium, hadde gjennomsnittlig FEV1 på 68,5 % av forventet, mens gjennomsnittet hos de 37 med "anstrengt respirasjon" var 67 %. Gjennomsnittet for de 76 med pipelyder var 76,3 %. Det var 119 pasienter som enten hadde forlenget ekspirium, anstrengt respirasjon eller fremmedlyder. Gjennomsnittlig FEV1 i prosent av forventet var her 78 % mot 91,1 % hos de 279 med normale lungefunn. Gjennomsnittet for de som ikke ble auskultert var 93.4 %. De kliniske funns evne til å skille ut de pasientene med FEV1 under 70 % av forventet blir vurdert ved å beregne sensitivitet, spesifisitet, likelihood ratio og positiv prediktiv verdi. Disse resultatene blir sammenholdt med de tilsvarende diagnostiske verdier for PEF-måling. Det blir bekreftet at PEF-måling kan være et nyttig supplement ved diagnostikk av bronkial obstruksjon, også hos pasienter med luftveisinfeksjon.

20. Bruk av mikrotympanometer i allmennpraksis.

(Steffensrud S, Jensen S, Vik og Skreia legesenter)

I allmennpraksis diagnostiseres lidelser i mellomøret hovedsaklig med håndotoscop, pannespeil med trakt og stemmegaffel. For å bedre diagnostikken er det utprøvd et mikrotympanometer Welch Allyn i et halvt år. Videre er det gjort en sammenlignende us på ørelidelser med et A2 tympanometer, Assens Danmark mot mikrotympanometeret. Med tympanometri måler man lydbølger som returneres fra trommehinnen under positivt, negativt og atmosfærisk trykk. Disse objektive data bekrefter visuelle funn. Man kan i tillegg identifisere asymptomatiske mellomørelidelser. Mest aktuelle lidelser er ak. otitis media med eller uten effusjon, kroniske og serøse typer, forstyrrelser i Eustachis tube, cholesteatom eller annen tumor, otosclerose, tympanosclerose, perforert tympanum, abnormaliteter i tympanum samt ossiculært brudd. Tidligere har tympanometri vært forbeholdt ØNH-praksis. Apparaturen har vært stor, dyr og immobil. I allmennpraksis har det vært mulig å ta med mikrotympanometeret i legekofferten på sykebesøk, skolelege og helsestasjonsvirksomhet. I sammenligningsus. er det utført 42 målinger på 21 pasienter. Det er full overensstemmelse mellom omslagspunktene i kurvene på begge apparater samt god compliance. Videre er det ikke forskjell i evnen til å avdekke patologi. Det foreligger 7 pasienter med en eller tosidig serøs otitt med like grafiske fremstillinger. Videre har 6 pasienter med tubardysfunksjoner 12 like avledninger. De resterende 8 pas. har forskjellige lidelser med like grafiske fremstillinger. Det konkluderes med at mikrotympanometeret er velegnet for diagnose og oppfølging av mellomørelidelser i allmennpraksis.

21. Akutt gastroenterologi - fra allmennpraksis til sykehus.

(Røsstad T, Lundamo legesenter, Lundamo)

Alle sykebesøk formidlet av Legevakten i Trondheim ble registrert i en 8. ukers periode, 9 % av 2259 sykebesøk gjaldt akutte mageplager. Opplysninger om disse pasientene ble innhentet ved hjelp av et spørreskjema utfylt av den allmennpraktiserende legen. 12 % av disse ble luket ut da de representerte gynekologiske og urologiske lidelser. Tilbake var 168 pasienter med akutte gastroenterologiske symptomer. Blant disse utgjorde akutt gastroenteritt 30 %, dyspepsi 18 %, irritabel tarm/obstipasjon 14 %, akutt appendicitt 8 % og galleveislidelser 6 %.
36 % av pasientene med akutte gastroenterologiske symptomer fikk ingen annen behandling enn undersøkelse og råd. 13 % ble bedt om å kontakte egen lege og 21 % fikk medikamentell behandling. 38 % av pasientene ble innlagt på sykehus, derav 14 % til med. avd. og 24 % til kir. avd. Ytterligere 10 % ble vurdert innlagt. Innleggelser ble begrunnet med at pasienten trengte akutt behandling i 65 % av tilfellene, at pasienten trengte observasjon i 32 % av tilfellene og pleie/omsorg i 6 % av tilfellene.
90 % av de innlagte pasientene ble gitt en organspesifikk tentativ diagnose og denne ble bekreftet av sykehuset i 1 av 3 tilfeller. Studien konkluderer med at det synes å være en adekvat bruk av legetjenester ved akutt gastroenterologi, men at det er behov for en observasjonspost enten i tilknytning til sykehuset eller i tilknytning til en stasjonær allmennlegevakt.

22. Pasientopplevelser ved røntgen-undersøkelse av colon.

(Steine, S, Inst. for allmennmedisin, Oslo)

Som del av en større studie omkring bruk og nytte av røntgen colon har vi også spurt pasientene om deres opplevelser omkring denne undersøkelsen. Pasientene besvarer tre spørsmål umiddelbart etter undersøkelsen. Var tømningsregimet ubehagelig? Var undersøkelsen ubehagelig? Var undersøkelsen smertefull? Undersøkelsene er foretatt av Sentrum Røntgeninstitutt i Oslo og utført av radiografer, som også vurderer om pasientene synes å ha smerter under undersøkelsen.
Studien er ennå ikke avsluttet - resultatene som vil bli presentert omhandler de første 1000 pasientene i materialet. Pasientenes opplevelser i forhold til alder, kjønn, symptomer og radiologiske funn diskuteres.

23. Hva gjør allmennpraktikeren med dyspepsipasientene?

(Kristensen, P, Ranheim Legesenter og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim)

I forbindelse med en større multisenterundersøkelse av dyspepsi i allmennpraksis i Sør-Trøndelag registrerte gjennomsnittlig 40 allmennpraktiserende leger alle pasienter med dyspepsi i fire 2-ukersperioder over 1 år. Av totalt 17 453 pasienter hadde 312 (1,8 %) dyspepsi. Det var ingen årstidsvariasjon.
22 % av dyspeptikerne ble henvist til gastroskopi. 78 % ble håntert av allmennpraktikeren alene, hvorav 126 (52 %) hadde dyspepsi som hovedproblem og disse ble nærmere karakterisert. 40 % ble ikke henvist gastroskopi fordi plagene var mindre alvorlige og 40 % fordi det tidligere var gjennomført gastroskopi og diagnosen derfor var kjent. 1 av 3 hadde kjent ulcussykdom og 85 % av disse ble behandlet med H2-blokker. Av de som ikke hadde ulcus i sykehistorien fikk bare 1/5 H2-blokker, mens 1/3 ble behandlet med antacida og 1/3 kun fikk råd og informasjon.
Studien viser at fire av fem pasienter med dyspepsi blir håndtert av allmennpraktikeren alene og at kjennskap til tidligere ulcussykdom er avgjørende for behandlingen. Blant pasienter med dyspepsi som hovedproblem finner vi flere ulcuspasienter hos de som allmennpraktikeren selv takler enn blant de som henvises spesialist.

24. Kontrollerte forsøk av enkeltpasienters nytte av cimetidin ved dyspepsi.

(Johannessen T, Halset Legesenter og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim)

H2-blokkere er den anbefalte terapi ved ulcus pepticum og reflux øsofagitt. Som allmennpraktikere forholder vi oss ofte til dyspeptikere som ikke er endoskopert eller der undersøkelsen har avkreftet organiske funn. Dersom pasienten behøver medisin vil vi ofte "prøve" en H2-blokker. Slik prøvebehandling vil svært ofte gi et positivt utfall selv om medikamentet er uten effekt. Dette bidrar til å opprettholde en feilaktig og kostbar terapi. Kontrollerte forsøk av enkeltpasienter innebærer at hver pasient prøver både den aktive medisinen og placebo -han eller hun er sin egen kontroll. For å oppnå et mest mulig pålitelig resultat må det gjøres gjentatte sammenligninger mellom de to behandlingene - såkalte multi crossovers. Gastrogruppen i Trondheim har arbeidet med flere versjoner av slike modeller. Dette har gitt oss kunnskap om metodens muligheter og begrensninger. Kasuistikker som demonstrerer ulike modeller vil bli vist. En praktisk utgave innebærer at pasienten mottar 12 testdoser, hvorav 6 med Cimetidin 800 mg og 6 med placebo. Både pasient og lege er blindet med hensyn til rekkefølgen. Pasienten angir på et registreringsskjema virkningen av hver testdose. Medikamentkoden blir brutt når pasienten vender tilbake til legen etter avsluttet test. Med bakgrunn i pasientens registreringer kan man nå fram til enighet med ham eller henne om medikamentet har fordelaktige virkninger.

25. Er kvinnene de store smertebærere i vårt samfunn? En prevalensstudie og en analyse av forklaringsvariabler av hodepine og nakkesmerter i Tromsø bys befolkning.

(Hasvold T, Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø)

I Tromsø-3 undersøkelsen besvarte 19761 personer mellom 20 og 56 år spørsmål om hodepine og nakkesmerter i tillegg til en rekke spørsmål om sykdom, livsstil, kosthold og mestringsevne. Prevalens av hodepine ukentlig eller oftere er hos menn 6,3 % og kvinner 12,7 %. Den tilsvarende prevalens for nakkesmerter ukentlig eller oftere er hos menn 16,0 % og hos kvinner 24,4 %. Kjønnsforskjellen for både hodepine og nakkesmerter er høysignifikant med $p<0,01$. For gruppen med nakkesmerter øker prevalens signifikant med økende alder ($t=2,291$; $p<0,05$). Men i gruppen som rapporterer hodepine er det ikke en slik alderstrend. Det er signifikant flere som oppgir at de ikke klarer å utføre vanlig arbeide av de som har hodepine enn av de som har nakkesmerter. Her er det ingen kjønnsforskjell. Ved en regresjonsanalyse av demografiske, biologiske, psykososiale og livsstilsvariabler blir det drøftet forklaringsstyrke for hodepine og nakkesmerter ved grupper av variabler og enkeltvariabler. Det blir vist at kvinner med hodepine og nakkesmerter forbruker signifikant ($p<0,05$) mer enn menn av nervemedisin, sovemedisin, smertestillende og andre medisiner. Kvinnene bruker også i signifikant høyere ($p<0,05$) grad vanlig lege, poliklinikker, sykehussenger, fysioterapi og naturmedisinere. Men det er ikke signifikant forskjell mellom kjønnene når det gjelder bruk av kiropraktor. Til tross for at kvinnene har høysignifikant høyere prevalens av nakkesmerter, blir mennene røntgenundersøkt i betydelig høyere grad ($p<0,01$).

26. Skulderlidelser i allmennpraksis.

(Kaaresen P.I, Stakkevollan Helsesenter, Tromsø)

Ved 3 kommunale helsesentra i Tromsø ble alle pasienter som i perioden mars-juni 1988 konsulterte for skuldersmerter og der legene mente det forelå en skulderlidelse, fortløpende registrert. Ved registreringen fylte legene ut et eget skjema der utvalgte kliniske funn, diagnose, yrke og sannsynlige utløsende årsaker ble registrert. 10 måneder senere ble journalene gjennomgått og behandlingsformene, henvisningspraksis og sykmeldingslengde ble registrert. 1 år etter registreringen mottok pasientene et spørreskjema der de ble bedt om å angi om de fortsatt hadde skuldersmerter, grad av plager, subjektiv vurdering av ulike behandlingsformer og om de hadde skiftet arbeid pga. plagene. Materialet består av 74 pasienter. 64 (87,7 %) besvarte spørreskjemaet. 24 hadde akutte bursitter/tendinitter og 39 tendinoser i rotator-cuffen, 5 hadde bicepstendinitter, 4 adhesive kapsulitter og 2 andre diagnoser. Det var signifikant flere kvinner enn menn ($p=0,01$) med tendinoser. 19 % av de yrkesaktive ble ikke sykmeldt, mens 65 % var sykmeldt < 3 måneder. 12 pasienter ble henvist til spesialist, hvorav 9 til ortoped. Ingen ble operert. Av de 64 som besvarte spørreskjemaet angir 50 (78 %) at de fortsatt har smerter i skulderen. 19 (39 %) angir å ha mye plager, 25 (51 %) endel plager og 5 (10 %) lite plager. 29 (59 %) hadde nattlige smerter, 10 (20 %) hadde kun smerter ved bruk av armen. 14 (28 %) av pasientene med fortsatte smerter hadde kun hatt 1 konsultasjon, mens 16 (32 %) hadde mer enn 3 konsultasjoner. 12 (20 % av de yrkesaktive) hadde skiftet arbeid pga. skuldersmertene, hvorav 2 med attføring. 37 % av pasientene (44 % i tendinosegruppen) angir at de ble helt bra eller betydelig bedre gjennom fysikalsk behandling. Tilsvarende 36 % for slyngebehandling, 29 % for antiflogistika og 19 % for steroid-injeksjoner. 6 pasienter hadde oppsøkt "alternativ" behandling, 4 av dem hadde fortsatt smerter. Det konkluderes med at disse skulderlidelsene svært ofte gir langvarige plager. Fysikalsk behandling kan være til god nytte, men det tradisjonelle behandlingstilbudet som gis i allmennpraksis gir jamnt over lite tilfredsstillende resultater.

27. Peritendinitis crepitans og Heparinbehandling.

(Bjørge K, Kirkegt. 2, Ålesund)

Studiet omhandler tilstanden Peritendinitis crepitans generelt og spesielt behandling av denne tilstanden med Heparin inj. sc. Studiet består av fire deler hvorav første del omhandler patoanatomi, etiologi-lokalisasjon og behandlingsresultat utifra litteraturstudier. Annen del omhandler Heparins farmakokinetikk og redegjør for den sannsynlige virkningsmekanismen bak Heparins effekt ved denne tilstanden. Utifra dette designes en pilotstudie som er utført i egen praksis i perioden 1984-87 og omfatter 32 pt. med PC som behandles med Heparin 15000 IE x 1 sc. inj. dgl. i 3 dg. Den tredje delen av studiet viser en frapperende god effekt av Heparin, og effekten synes like god som ved tidl. iv. adm. Fjerde del av studiet er en dobbel blind-dobbel dummy studie hvor effekten av Heparin inj. sc. v. ac PC sammenlignes mot effekten av Napren tabl. ved denne tilstanden. Statistiske beregninger viser at hvis resultatene fra tidligere studier og spesielt mitt eget pilotstudie kan ettervises, så er disse så gode at vi kun trenger 30 pt. for sikkert statistisk å kunne vise dette. Pr. dato er 9 pt. avsluttet og det gjenstår å rekruttere 21 pt. Jeg regner med at endelig resultat av studien bør kunne foreligge før utgangen av 1990.

Leserbrev

Jeg skriver vedrørende Utpostens lille "spørrelek" i Utposten 1990, 19 (3). I kommentaren til spørsmål 4 står det som følger:

"- steroidspray prøves før teofyllinpreparat. Skal et slikt gis skifter man ranitidin ut med cimetidin pga. interaksjon. Ranitidin øker effekten av teofyllin mer enn cimetidin".

Vi tillater oss å påpeke at denne kommentaren må bero på en misforståelse. All tilgjengelig litteratur og dokumentasjon tilsier at det er cimetidin som øker effekten av teofyllin mer enn ranitidin.

Ranitidin er bygget opp omkring en furanstruktur i stedet for imidazolringen. Dette var bevisst for å unngå en del av de problemene man etterhvert ble klar over at imidazolkomponenten i cimetidin medførte. Resultatet ble en langt mer spesifikk H2-blokker, med et lavere bivirknings- og interaksjonspotensiale. Rent kvalitativt kan man påvise en svak affinitet til Cyt. P450 også med ranitidin (forholdet er ca 1/10 i forhold til cimetidin). Dette betyr at man i terapeutiske doser kan se bort fra interaksjonsproblematikk ved bruk av ranitidin.

Fra tid til annen dukker det opp enkelte kasuistikker med mulige ranitidininteraksjoner. Oppfølging av slike rapporter finner imidlertid oftest andre plausible forklaringer. Vedlagte beskrivelse av teofyllintoxisitet parallelt til bruk av ranitidin ble ved en reevaluering av pasientens journal antatt å skyldes intermitterende bruk av høye doser antacida (5), som er kjent å kunne interferere med teofyllin. I et annet tilfelle ble det etter publikasjon oppdaget at pasienten også ble behandlet med verapamil, som er dokumentert å kunne øke teofyllinserumkonsentrasjon. I tilfelle det skulle være rapporter om interaksjon mellom teofyllin og ranitidin, må disse kunne betraktes som sjeldne ideosynkratiske reaksjoner da alle studier som er gjort etter en anerkjent studie-design (f. eks. kontrollerte, blindede og/eller cross-over studier) påviser signifikant cimetidinpåvirkning, men at ranitidin, selv administrert i doser høyere enn 4g pr dag (14 ggr. den vanlige daglige dose), ikke affiserer teofyllinkinetikken (6).

Tilsvarende argumentasjon gjelder warfarin og ranitidin/cimetidin.

Konklusjonen er at cimetidin har et doseavhengig interaksjonspotensiale av klinisk betydning mht. Cyt. P450. Dersom man ønsker å gi cimetidin til en pasient som bruker et eller flere andre legemidler intermitterende eller kontinuerlig, bør man derfor først kontrollere om interaksjonsmuligheten er tilstede, og i så fall om dosejustering av de aktuelle legemidler er påkrevet.

Alternativt kan man bruke ranitidin uten å tenke på pasientens eventuelle bruk av andre legemidler, da dette ikke har noen praktisk konsekvens.

Håper dette er oppklarende til vår påstand om at kommentaren i Utposten må bero på en misforståelse.

1. Preparatkort fra Statens Legemiddelkontroll.
2. Kopi av felleskatalogens kapittel om legemiddelinteraksjoner.
3. Fernanaez E et al, Ann of Int Med, 1984, 100 (3), 459.
4. Dobbs JH et al, Ann of Int Med, 1984, 100 (5), 769.
5. Kelly HW et al, Clin Pharmacol Ther, 1986, 39 (5).

Arne Grunnar Mikkelsen, konsulentleder, Glaxo A/S.

Selvbestemt død for det isolerte mennesket? (A)

Roald-Einar Ottersen. Cand.theol 1979. Prest i Oslo. Res.kap. i Vadsø fra 1988.

Av Roald-Einar Ottersen

"Alt heng saman" konkluderer vi rett som det er. Av og til er det imidlertid viktig å sette skiller. Når "selvbestemt død" debatteres er det ofte mange forskjellige tema som debatteres på en og samme tid. Noen mener det er så nær sammenheng mellom temaene at de hører sammen og må debatteres sammen. Selv vil jeg skille dem fra hverandre fordi det er prinsipielle forskjeller mellom dem.
"Selvbestemt død" blir brukt i fire forskjellige betydninger:

1. *Passiv eutanasi eller når det er riktig "å la mennesker dø".*
   Her hører bl.a. "Mitt livstestamente" hjemme. Denne betydningen av selvbestemt død skiller seg prinsipielt fra de andre fortolkningene.
2. *Selvmord.*
3. *Assistert selvmord*
4. Aktiv eutanasi eller *barmhjertighets- / medlidenhetsdrap*, slik jeg vil kalle det.

Det er en stigende grad av etiske problemer knyttet til de forskjellige handlingene.

Situasjonen i Norge

Human-etisk Forbund i Norge har innledet en debatt om, "assistert og fremkalt avslutning på livet" (1) slik de vil uttrykke det. Blant human-etikerne finner vi forkjempere for legalisering av både assistert selvmord og barmhjertighetsdrap, selvom organisasjonen ikke har tatt standpunkt. Så langt jeg har oppfattet, har dette i norsk medisinsk miljø blitt avvist. Drøftingen blant leger har derimot mer dreid seg om når det er riktig "å la mennesker dø" uten livsforlengende inngripen.
Selvmord synes å ha ligget mer uberørt av drøfting. Kanskje er det slik fordi den juridiske problemstillingen om legalisering, lett blir meningsløs i forhold til dette tema.

Retten til mitt liv

Jeg vil imidlertid velge meg selvmord som innfallsvinkel til debatten om "selvbestemt død".
Bernt Vestre drøfter i en artikkel i Nytt Norsk Tidsskrift retten til selvmord. Han oppsummerer hovedargumentene mot selvmord slik:

1. Det er Gud (eller gudene) som alene har rett til å ta avgjørelsen om når et menneske skal dø.
2. Selvmord er i strid med naturlige tilbøyeligheter i mennesket og med naturlovene.
3. Selvmord er å svikte sine forpliktelser overfor samfunnet og medmennesker.

Argumentasjonen mot selvmord hviler altså på den overbevisning at mennesket ikke kan betraktes isolert, men alltid må forstås i *relasjon* til andre instanser, som gud , natur, samfunn og sosialt fellesskap. Vestre påviser i artikkelen hvordan det er nødvendig å benekte eller kutte alle disse relasjonene for å kunne gi mennesket den fulle rett til sitt eget liv, og til sin egen død. Graden av avvisning av selvmord som en etisk akseptabel løsning er proporsjonal med hvor mange og hvor sterke de bånd er som man mener mennesket er bundet med. Det fullstendig løsrevne mennesket er fritt til å velge sin egen skjebne etter eget forgodtbefinnende.

Kultur er moral

I tråd med dette er det etter min mening lett å se en sammenheng mellom akseptasjon/legalisering av både assistert selvmord og barmhjertighetsdrap, - og den kultur og det samfunn folk lever i. Dess mer isolert fra gud, natur og samfunn det enkelte mennesket opplevves og forstås, dess mer nærliggende er det å gi han eller henne den fulle råderett over seg og sitt liv, også til å dø, når han eller hun ønsker det.

Spørmålstillingen om selvbestemt død, gir sterke signaler om at vi lever i en

overutviklet del av verden. Den faktiske bakgrunn for problemet, at mennesker må dø med smerter og lidelse, er universell. Men at helsevesenet skal løse dette problemet ved en smertefri avliving, er fullstendig fremmed tanke for folk i andre deler av verden. Selv om det ville være en praksis som ville egne seg utmerket for også fattigere deler av verden. En giftsprøyte vil man alltid kunne fremskaffe penger til. Men der har altså helsevesenet nok med å berge liv.

De land hvor pluralismen og oppløsningen av felles normer og tenkesett, har kommet lengst, og hvor den individuelle liberalisme gis størst rom, er også de land hvor man har de sterkeste kreftene for legalisering av barmhjertighetsdrap. Jeg tenker her på Nederland, USA og Sverige.

Lidelse og smerte

Det er ikke utviklingen av den moderne medisin som har gjort spørsmålet om selvbestemt død mer aktuelt. Tvert imot. Vi kan i dag lindre smerte slik at dette tradisjonelt sterkeste argument for barmhjertighetsdrap langt på vei er eliminert. Smerte er derfor heller ikke det viktigste argumentet for dem som vil legalisere barmhjertighetsdrap. En nederlandsk lege, Pieter Admiraal, tar dette opp i en artikkel hvor han forsvarer barmhjertighetsdrap. Han understreker at det er lidelse og ikke smerte som er det avgjørende. " Is pain suffering? Yes, it may be. But then we can help. Almost all pain we can stop today. The most modern techniques we have to help the patients to stop pain. So pain is not a reason for euthanasia. Don't forget that. Pain as a reason for euthanasia is very, very seldom. It is not the pain what makes the patient suffer. It is all the other things what make them suffer. It is a complexity of less of human dignity. That is what the patient thinks. He is in a state without any human dignity."

Det er ikke den fysiske smerte, det medisinen kan gjøre noe med som er lidelsen, men livsopplevelsen, livsforståelsen. Lidelsen er skapt av spriket mellom det liv en forventet og det liv en erfarer. Livsforståelsen blir ofte knyttet til begrepet verdighet. Mennesket lider når det ikke opplever seg som verdifullt.

Verdighet

Verdighet er et relasjonsord, det sier noe om menneskets forhold til omverdenen. Det beskriver ikke en egenskap eller evne hos mennesket. Verdighet er noe man får eller har i forhold til andre. Det er den verdi man tror andre gir eller bør gi en.
I alle samfunn lever folk i forhold til hverandre. Men måten vi lever sammen på har endret karakter. Fra å leve i forhold som best uttrykkes i skjebnekategorier: slektsbånd, tilhørighet, troskap -(bundet av bånd man ikke kan løpe fra) har forbindelsene mellom oss mer fått karakter av "bytteforhold", "gi og ta" forhold. I et bytteforhold blir det den enkelte kan *yte* av vesentlig betydning. Størst verdi får den som klarer seg selv og som attpåtil kan gi noe til andre. Da har en de største verdier å "bytte" med andre og får følgelig størst verdighet.

Del av hverandres liv

Et slikt menneskesyn tar ikke på alvor det faktum at vi ikke har skapt oss selv, men er skapt i møte med vår omverden, dvs. Gud, natur og medmennesker. Vi er bare i betinget grad produkt av egne bestemmelser og valg. Vårt forhold til våre omgivelser er derfor av "skjebnekarakter".
Like lite som vi har skapt vårt eget liv, eier vi det selv. Og omvendt, vi står heller ikke uten ansvar for andres liv. Der er en gjensidig avhengighet mellom oss mennesker.

Konsekvenser

- Spørsmål om liv og død er det ikke opp til den enkelte å avgjøre. Han og hun bærer ikke bare sitt eget liv, men bærer også deler av andres liv med seg. Et menneskes død får dermed konsekvenser for andres liv. Skal avliving overhodet kunne aksepteres er det ihvertfall en forutsetning at der er konsensus om at det er det riktige. Omstående personer har dermed ikke bare som oppgave å sikre at den enkelte fullt og helt og av fri vilje og etter grundig gjennomtenkning ønsker å ta sitt liv, - de må også være enige om at det er en riktig avgjørelse.

- Jeg kan vanskelig tenke meg en situasjon hvor et fellesskap kan felle en rett "dødsdom" over et menneske. Spesielt hvis man også setter mennesket i forhold til natur og Gud.

- Ønsket om legalisering av barmhjertighetsdrap henger sammen med et menneskesyn og en forståelse av livskvalitet og livsverdier, jeg mener det må være viktig å prøve å gå i rette med. Ikke minst for helsevesenet og helseprofesjonene. *Å gi syke mennesker verdighet,* må være en viktig oppgave for dem som er satt til å hjelpe de syke. Ikke minst i møte med livstruende eller livsbegrensende sykdom. Noe av gjennombruddet for den kristne kultur i Europa kom, med den for samtiden meningsløse pleie og omsorg av svake, syke og døende mennesker. Det er ikke minst en sterk signaleffekt i slike handlinger. Jeg tror vi som lever idag er minst like avhengige av slike tegn om verdisettelse fra samfunnets side, uavhengig av det vi kan yte til fellesskapet.

- Selvbestemmelsesretten blir ofte trukket fram som det avgjørende, derav den programmatiske betegnelsen "selvbestemt død". Legaliseringsforkjemperne setter det avgjørende skillet mellom påtvunget og selvbestemt død. Jeg mener det viktigste spørsmålet er om avliving er riktig eller galt (etikk) og ikke hvem som har lov til å bestemme (jus). En juridisk tilnærming kan gjøre at vi mister det viktigste av syne. I abortsaken ser vi hvordan jussen, fordi det ble en kamp om lovverket, synes å ha fordrevet den etisk-moralske drøftelse av abort. At abort er tillatt har for mange feilaktig gjort spørsmålet moralsk indifferent.

Referanser

1. Levi Fragell: Et human-etisk syn. s.51. Seminar-rapport fra Human-etisk Forbunds seminar om Selvbestemt død.
2. Inge Lønning: Kirke og Kultur 3/89. Døden som helsetjenestetilbud. s. 194.
3. Bernt Vestre: Retten til selvmord. Nytt Norsk tidsskrift nr 4 s.13.1988.
4. Peter Admiraal: Fra seminar om selvbestemt død. Oslo 1988.

❑

Selvbestemt død for det isolerte mennesket? (B)

Steinar Nilsen, Korsvika Terasse 96, 6006 Ålesund.
Økonomiutdannet, driver eget regnskapskontor i Ålesund. medlem av Human-Etisk forbund fra 1973. Landsstyremedlem fra 1981, nestleder i 1985, styreleder i forbundet fra 1987. Styreverv i International Humanist and Ethical Union fra 1987.

Av Steinar Nilsen

Jeg vil gjerne understreke at dette er en personlig meningsytring, og ikke en uttalelse som styreleder på vegne av Human-Etisk Forbund. Forbundet debatterer spørsmålet om selvbestemt død, og har foreløpig ikke tatt standpunkt til det.

Døden har vært etterkrigstidas tabuområde. Går vi 100 år tilbake i tiden, til besteforeldrene og oldeforeldrene våre, var det annerledes. De kjente døden. Den var midt iblant dem, med epidemier og folkesjukdommer og barnedødelighet. De døde hjemme, den gangen.

Nå er døden borte. Den skjer på sjukehuset, i et fremmed og skremmende miljø med ledninger, nåler og mystiske apparater. Og barna er der ikke - ofte ser de ikke den døde, bare den lukkede kisten som de voksne hvisker om: Der ligger bestefar.

Så blir sjokket og belastningen desto større, når de som voksne *må* være der, på sjukehuset eller aldersheimen, når det er mor som ligger på det siste.
Nå, i begynnelsen av 90-åra, ser vi spor til at dette endrer seg. Jeg tok med min datter på 8 år inn til hennes grandtante en time etter at hun døde. Mange av slektningene stilte spørsmål ved det - men jeg kunne se at sykesøstrene mente det var rett.

Og nå begynner vi også å snakke om hvordan vi skal dø - og hvem som skal bestemme på dødsleiet. Vi er i ferd med å bryte et tabu som vi, det moderne mennesket har skapt.

Dette bruddet er riktig. Døden kommer til oss alle. Sorg og savn vil møte hver eneste en av oss. Det møtet bør vi være forberedt på. Da er det, tross alt, lettere å gå videre for de som er igjen.

For min egen del har jeg alltid hatt den tanken at dette livet er det eneste jeg har. Det skal jeg klamre meg til så lenge jeg har det, tilkoblet maskiner og full av medisin om det trengs. Så lenge det er liv, er det håp.

Jeg mener det fremdeles. Men har *har* skiftet mening når det gjelder samfunnsetikken i dette spørsmålet. For 10 år siden ville jeg sagt: Livet skal bevares, ubetinget, med alle tilgjengelige midler. "Livet er hellig", ville jeg sagt, i den grad en human-etiker kan snakke om hellighet. Det høres ut som et godt prinsipp. Det er enkelt, det er klart og entydig. Men fungerer det, i møtet med virkelighetens verden? Min erfaring er at det gjør ikke alltid det.

La oss se på en daglig situasjon på et sykehus. Hver dag dør mennesker, mange etter lang tids sykeleie. Døden er ventet i mange tilfeller, det kan bare gå en vei.

Det er alminnelig akseptert - og praktisert - at medisinering og annen behandling kan stoppes på slutten. Det forstås slik at livsforlengende (dødsforlengende?) maskiner kan slås av, at medisinsk behandling kan unnlates når det ikke lenger er håp om bedring.

Det er knapt noen som hevder at dette ikke er rett. Jeg har ikke møtt noen ennå. Dette blir gjerne kalt passiv dødshjelp.

Hva så med aktiv dødshjelp? Det å ta livet av et annet menneske, det er noe ganske annet.

Noen nevner i denne debatten nazistenes utryddelse av de som de kalte mindreverdige raser og mindreverdige mennesker. Andre snakker om å "hjelpe" eldre mennesker fra livet når det egentlige motivet er å spare penger på sosialbudsjettet. Eller at junior skal få arveoppgjøret tidligere. Slikt er avsporing av debatten.

Det er ikke der skillelinjene skal trekkes. Og jeg er ikke villig til å bruke betegnelsen aktiv dødshjelp om noe som jeg går inn for. Men det er noe annet som kan betegnes som selvbestemt død. Under bestemte forhold tror jeg at det kan være en riktig veg å gå.

De har gått den vegen i Nederland. De er blitt kritisert av mange, og rost av minst like mange for sin stilling til eutanasi. Nederlandsk lov gir ikke hjemmel for det, men i praksis kan en pasient få en dødbringende sprøyte dersom bestemte kriterier oppfylles.

I Norge får ofte pasienter i sluttfasen så mye beroligende midler at de er bevisstløse når døden inntrer av det vi velger å kalle "naturlige" årsaker. Og det skjer også, at døden kommer tidligere på grunn av stor bruk av smertestillende midler.

Vi har valgt å si at dette er ikke dødshjelp. Legene forteller oss at hensikten med sprøyten er å lindre smerte, ikke å fremskynde døden. Men vi vet hva som vil skje. Er ikke dette en lek med ord? For meg synes det å være det.

Det forekommer altså tilfeller hvor en står overfor valget: Smertestillende midler i en slik mengde at de forkorter livet - eller en smertefull død.

Hva skal da personalet på et norsk sjukehus velge? Det er ingen faste regler her - pårørende kan ikke på forhånd vite hva som skjer, heller ikke pasienten selv.

Noen leger forteller meg at de gir smertestillende. De ser det som sin oppgave å stille smerter i et slikt tilfelle, og om døden inntrer fortere, er det en bivirkning som de betrakter som passiv dødshjelp, fordi det var ikke det som var hensikten med å sette sprøyten.

Andre gjør det ikke. Fordi de vet at sprøyten fører til en raskere død, og det definerer de som aktiv dødshjelp. Og det er forbudt i Norge. Vi har av og til kunnet lese i avisene om tilfeller der pasienter dør under voldsomme smerter. Og det er ikke alt som kommer i avisene.

Slik kan vi risikere overdose til mennesker som ikke ønsker det, og vi kan oppleve at de som ønsker det, ikke får det, fordi behandlende lege enten ikke ønsker det, eller ikke våger det, fordi dette egentlig ikke er tillatt.

Skal det være slik at den kristne legen, eller en lege med et tilsvarende syn på livet - den legen som tilfeldigvis har behandlingen av denne pasienten - skal han/hun utfra sitt livssyn kunne si: Jeg kan ikke ta liv. Derfor kan jeg ikke gi mer smertestillende midler. Ja - det skal han. Vi kan ikke lage regler som tvinger mennesker til å bryte sin personlige etikk.

Skal vi endre lovverket, må vi ta hensyn til dette. Det betyr i praksis at pasientene må kunne velge å skifte lege.

Og i de tilfeller legen gir mer smertestillende - ja så har vi alt valgt å gi en form for dødshjelp. Et liv er forkortet. Men vi kamuflerer det som smertebehandling og kaller det ikke ved sitt rette navn: Aktiv dødshjelp - for det er det det er. Det tar gjerne litt lenger tid enn en giftsprøyte, det er forskjellen. Hvis det er noen forskjell.

I Nederland kan en dødssyk pasient velge sitt dødsøyeblikk, si farvel til sine kjære i et klart øyeblikk, og så være borte.

Er det bedre for den som er dødssyk å gå ut av livet etter kanskje lang tids bedøvelse og bevisstløshet? For noen vil det være det, og det skal respekteres.

Men norsk lov sier at slik skal det være for alle. Er det riktig? Opplysninger jeg har fått tyder på at aktiv dødshjelp blir gitt, også her i Norge. Men det blir ikke kjent, for det er ulovlig og straffbart.

Dereck Humphry, som ga sin kreftsyke kone gift etter at hun ba om det, forteller at mange mennesker har henvendt seg til ham og fortalt at de har gjort det samme. Han er ikke noe særtilfelle, forteller han, i det han har gjort, men bare fordi han har fortalt om det.

I all den litteratur jeg har lest, blir dette beskrevet som "an act of love", en kjærlighetens gjerning, om dere vil. En siste hjelp til et menneske i nød.

Disse menneskene, som har begått drap etter norsk lov, føler ikke anger etterpå. De som føler anger og bitterhet senere, det er de som har sett lidelsene, og som ikke kunne, ikke ville eller ikke våget å gjøre noe.

Jeg har hørt flere hevde at Humphreys gjerning nok er etisk forsvarlig i en situasjon som han var i, men lovverket bør ikke forandres, fordi det kan føre til utglidning.

Den tankegangen er jeg ikke med på. Dersom norsk lov er i strid med det som er etisk riktig og forsvarlig, ja, så må loven forandres.

Og ikke bare det. Jeg vil påstå at norsk lov slik den er i dag fører til uklare forhold om et vesentlig etisk spørsmål. Vi kan ikke ha en etikk i lovverket, og en annen som praktiseres. Da undergraver vi respekten både for loven og etikken.

Når vi har en reell og fortvilt situasjon med en dødssyk pasient, betyr norsk praksis i dag at det blir vanskelig for legen å konferere åpent med kolleger - og praktisk talt umulig å spørre pasienten.

Vi kan løse noe av problemene jeg har snakket om med en konsekvent endring av praksis - uten noen lovendring. Det betyr at alt helsepersonell i dødsfasen først og fremst satser på smertebehandling, selv om det skulle føre til at livet ble noe forkortet. Det vil nok bli akseptert av en domstol, om det noen gang kom så langt som til rettssalen.

Men det løser ikke alle problemer. Det finnes mennesker som ikke ønsker å avslutte livet i en døs. Hverken for sin egen del eller for sine pårørende ønsker de en langtrukket avslutning av livet, med liten eller ingen kontakt på slutten.

De vil kunne hjelpes av en lovendring i retning av det nederlandske systemet. Det vil være en presisering, ikke en utglidning, når det gjelder et vanskelig etisk spørsmål.

Det vil være en presisering av enkeltmenneskets rett til å bestemme over sin skjebne - også over sin død. I dag kan ikke et døende menneske i Norge bestemme over sin skjebne - det er overlatt til den legen som tilfeldigvis er på vakt.

⇒

Skal vi tillate slik selvbestemt død, må det bare være i situasjoner der sykdom eller skade uten tvil vil føre til døden i løpet av kort tid, og minst to leger må dele den vurderingen.

Videre forutsetter jeg at pasienten er ved sine fulle fem, og har bestemt over tid uttrykt ønske om å avslutte livet.

Det betyr at jeg ikke vil akseptere dødshjelp til sinnslidende, mentalt tilbakestående, kronisk syke eller dypt deprimerte mennesker. Her skal vi gi hjelp, ikke sprøyter.

Jeg misliker tanken på å forkorte livet, selv når det helt klart er bare kort tid igjen. Det kan ha med mitt livssyn å gjøre, det er bare dette livet jeg har. Samtidig, når jeg har møtt litt av virkeligheten i de enkelte sykdomstilfellene, føler jeg at jeg må være meget forsiktig med å overføre mine meninger på andres situasjon.

En lovendring vil kunne gi mer åpne forhold enn vi har i dag. Som jeg har påpekt tidligere, har vi allerede i realiteten former for dødshjelp i Norge, vi vil bare ikke innrømme det.

Utglidning, det får vi når det ikke er pasientens ønske som avgjør behandlingen. Slik utglidning har vi i dag. Den vil bli stoppet med en lovendring som klargjør at det er pasienten som bestemmer.

Jeg vil legge fram for dere til slutt nok et spørsmål til ettertanke:
Hver dag får mennesker beskjed fra sin lege om at de lider av en dødelig sykdom. Som oftest er det kreft. Det skjer at disse menneskene tar sitt eget liv.

I noen tilfeller gjør de dette fordi de vet hva som skjer på slutten av et sykeleie. De vil ikke ta sjansen på en langsom død, med tap av verdighet, kanskje med store smerter. De gjør det slutt mens de selv har krefter til det.

Om de visste at de kunne be om en sprøyte når slutten nærmet seg, ville de da ha tatt sitt liv? Gikk de glipp av verdifulle måneder eller år sammen med sine nærmeste? Kunne noen av dem blitt friske igjen?

En rett til selvbestemt død vil ikke alltid bli benyttet. For noen kan det - paradoksalt nok - føre til et lengre liv.

Steinar Nilsen ❑

Plakater i London i 1890-åra.

Ny behandlingstilnærming for spenningstilstander?

Kirsti Monsen: Psykodynamisk kroppsterapi. Oslo, Tano 1989. Pris kr. 168,-

Boka tar utgangspunkt i den velkjente frustrasjonen over de pasienter som stadig kommer tilbake med plager uansett hva som prøves av terapeutiske tiltak. Som så mange andre viser forfatteren at vår naturvitenskapelige forståelse av sykdom og symptomer ofte ikke strekker til for å forstå og behandle det mangfold av sykdommer vi møter i primærhelsetjenesten.

Forfatteren er fysioterapeut. Hun har lang erfaring både fra vanlig praksis og fra barne- og ungdomspsykiatri, og har spesielt arbeidet med psykomotorisk fysioterapi. Fordi hun har erfart at fysioterapi blir mer virksom når man samtidig bevisstgjør og hjelper pasienten med å få kontakt med egne opplevelser, skisserer hun en metode for dette. Metoden kaller hun psykodynamisk kroppsterapi. Denne terapien er altså to-delt, delvis innebærer den en kroppslig (fysioterapeutisk) behandling, og delvis en psykoterapeutisk intervensjon. Det forutsettes at denne intervensjonen baseres på det som avdekkes i den kroppslige behandlingen, og at dette skal gå hånd i hånd.

Som kroppslig metode er psykomotorisk fysioterapi den mest aktuelle, og boka gir en grei og lettfattelig innføring i hva denne metoden innebærer, videre omtales teorien bak den psykoterapeutiske delen. Denne omhandler fortrengning av følelser og den sykdomsskapende effekt dette kan ha. Omtalen av dette er interessant, men det kan virke noe tilfeldig hva som er tatt med av dette store området innen psykiatrien.

Hun gir en rekke kliniske eksempler på anvendelsen av metoden. Dette er spennende lesning, man stusser likevel over at resultatene er så glimrende. Det kunne vært greit å ha med eksempler på at metoden feiler også - for det gjør den vel? At hun setter mer "funksjonelle" lidelser som stive muskler, hodepine, lumbago i samme bås som leddgikt, morbus Bechterew og hypertensjon, svekker det seriøse inntrykket noe. At psykodynamisk kroppsterapi kan helbrede lidelser som hypertensjon og hypothyreose stiller man seg som medisinsk skolert noe tvilende til.

Psykodynamisk kroppsterapi er altså en integrering av fysioterapi og psykologi. Fysioterapeuten ser pasienten hyppig over en ofte lengre periode, det vil oppstå tillit og derved et terapeutisk potensiale. Selve behandlingen kan føre til at følelsesmessige konflikter avdekkes. Dette gjelder spesielt psykomotorisk behandling. At det da også foreligger mulighet til å bearbeide disse konfliktene er logisk nok. På den annen side spør man seg om det er forsvarlig at fysioterapeuten skal ivareta dette. Forfatteren understreker at det vanligvis vil dreie seg om normalreaksjoner, ikke om psykiatri. Kan hende det, men det er et stort savn at boka ikke tar opp til diskusjon hvem som egentlig skal drive med dette, og hvilke formelle krav som bør stilles.
Tilleggsutdannelse i psykomotorisk behandling er neppe tilstrekkelig. Forfatteren legger vekt på terapeutens personlige egenskaper, det er sikkert riktig, men ikke holdbart dersom man skal utover en rent personlig terapi, og det er vel meningen?

Likevel synes jeg boka er interessant og gir perspektiver for tilnærming til denne pasientgruppa som er vår daglige hodepine. Om den vil kunne fungere som veiviser til en ny terapeutisk metode er jeg altså mer i tvil om, det er nok et lengre lerret å bleke.

Anmeldt av:
Inger Marie Steinsholt
A/S Legekontoret
3600 Kongsberg. ❑

Kanskje vokser blomstene midt iblant oss?

Kjell Nordby er allmennpraktiserende lege i Molde. Opptatt av videre- og etterutdanning og har vært svært aktiv på denne fronten i sitt eget fylke. er også medlem av Fagutvalget i APLF.

Av Kjell Nordby

Noen tanker om vår videre- og etterutdanning.

Det sies at livet består av faser, i hvertfall er det nå slik at mye endrer seg underveis på ferden. Ting og ordninger skifter farge og verdi mens vi selv sanker våre pensjonspoeng, betaler våre lån, - og går på kurs!

For er det noe vi allmennpraktikere gjør, så er det å gå på kurs. Det er liksom noe magisk over ordet "KURS"; det betyr frihet fra daglig tredemølle, det betyr ofte å reise bort, - og så tror vi at vi blir litt klokere av det!

I den seinere tid har jeg begynt å tvile - på min egen klokskap. I hvertfall den jeg skal erverve meg på mine mange kurs. Og denne litt besværlige tvilen er utgangspunkt for dette litt spørrende og litt ettertenksomme skriftstykke.

Mitt utgangspunkt er ca. 12 års allmennpraksis, spesialist på overgangsordning, og veileder i allmennmedisin. Når man har holdt på så lenge, ja da kan man det meste av det som det er nødvendig å kunne, - for å si det litt flåsete. Det vil si at vi klarer nesten bestandig å få pasienten ut døra igjen med en eller annen slags løsning med seg ut. Vi har lært oss våre vaner og uvaner, eller med andre ord teknikker og overlevelsesstrategier for omtrent alle slags problemstillinger. Noe har vi lært av kolleger, mest har vi lært av oss sjøl, og litt har vi lært på kurs.

Problemet mitt er imidlertid at jeg lærer ikke lenger noe særlig på de kursene jeg går på. Og slik har det vært de seinere årene. Det vil si: jeg øker nok min "dannelse", øker bredden på den medisinske plattformen jeg står på. Men når lærte jeg sist noe som medførte praktiske konkrete endringer av min egen praksis?

Det har dessverre ikke skjedd ofte de siste årene.
Det kan skyldes to ting:

1. At jeg er så flink at alt jeg gjør er perfekt. (Et fristende alternativ, men neppe korrekt)

2. De læringssituasjonene jeg har valgt (kurs) er dårlig egnet for meg, og for andre leger i tilsvarende fase, dvs. ferdige spesialister/lang erfaring, med tanke på å lære noe nytt. Kanskje fordi kurs ofte er generelle, og passer best for oss når vi er nye i faget. Etterhvert trenger vi muligens nye læringsformer?

Utviklingen i allmennpraksis har medført at jeg etterhvert har fått oppleve andre læringsformer: Veiledningsgruppene representerer noe nytt og verdifullt. Likeledes har jeg såvidt prøvd meg på "gjensidig praksisbesøk", hatt student utplassert endel ganger, og snust på et gruppebasert henvisningsopplegg som pedagogisk avdeling er i ferd med å sette ut i livet.

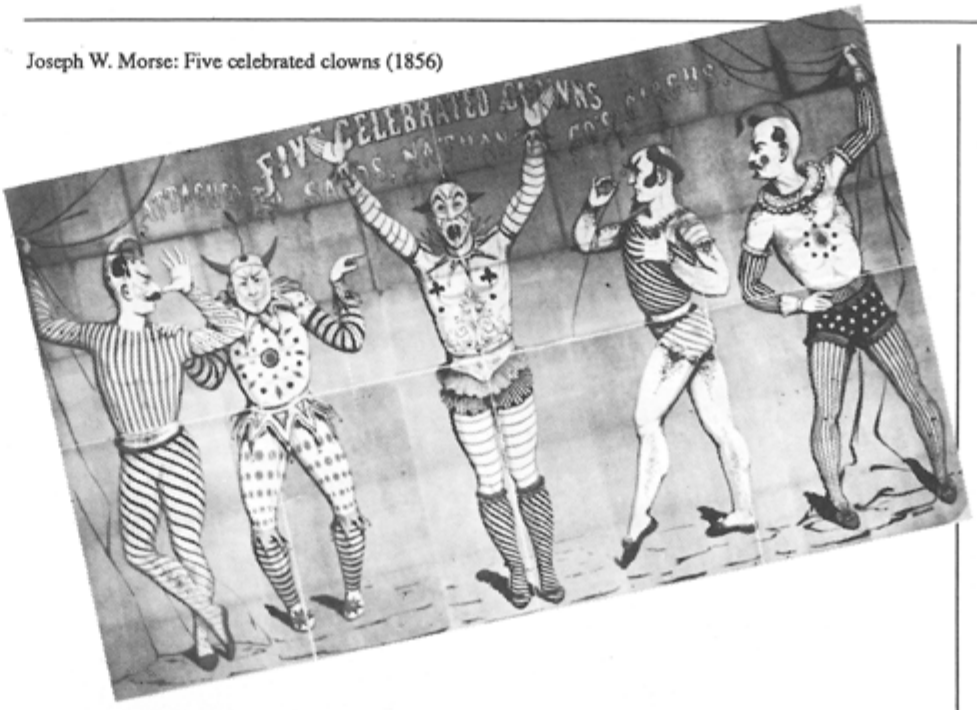
Og det er i slike sammenhenger at jeg har fått impulser til nylæring og endring av egne prosedyrer og ferdigheter de siste årene.

Ensom jobb

Vi har en ensom jobb, det er lett å havne i blindgater. Vi trenger praktiske og teoretiske kunnskaper som treffer oss akkurat der vi er - nemlig ute i allmennpraksis - kanskje ute i vår egen lille private blindgate!

Vi vet at kollegialt samvær ofte er det vi lærer mest av på kurs. Sykehusmedisinens fortrinn er at der kan legene stadig konferere og "kontrollere" hverandre. Konsultasjonen gir oss mye kunnskap om pasienten, men ofte kan et hjemmebesøk få oss til å forstå mer; på samme vis: Kurs kan lære oss mye - men kanskje vil et praksisbesøk fortelle oss det viktigste.

Joseph W. Morse: Five celebrated clowns (1856)



Nærmest a priori virker det som om vi godtar at det aller meste av det vi trenger i vår videre- og etterutdanning, det finner vi på kurs. Tror og mener vi dette utifra tradisjon, eller fins det undersøkelser som virkelig viser at dette er effektiv kunnskapstilegningsmetode? Den obligatoriske kursmengde er formidabel: Ca. ett år på kurs for å bibeholde spesialiteten fra vi er 35 år og til vi går av med pensjon.

Vår målsetting

Vår målsetting bør være å lage våre hverdagssituasjoner om til "kurs", til videre- og etterutdanningstilbud som blir høyt verdsatt, som lar seg evaluere, og som har i seg en viss grad av kontrollmulighet. Hittil har det vært altfor vanskelig å få oppgradert hverdagssituasjonene slik at de teller som "kurs".

Vi må gå nye veier

Det er på tide å finne fram til nye læresituasjoner. Mange av medisinens hverdagssituasjoner har utifra vanetenking og tradisjon ikke fått hevd som læresituasjoner. Videre framover må vi prøve å legge forholdene til rette for nye og litt utradisjonelle løsninger. Kunnskapen, ferdighetene - og lykken! - er midt i blant oss. Det er tøv å tro at man må reise (langt) bort for å lære, oppleve og rekreere. Det fins mange muligheter midt i det daglige kaos. I alt for stor grad har vi i vår videre- og etterutdanning gått over bekken etter vann. Ett nærliggende alternativ vil være:

Praksisbesøk; som vil gi en unik mulighet for formidling av;
- praktiske ferdigheter
- teoretisk kunnskap
- opplevelsen av hvordan en kollega har integrert sine teoretiske kunnskaper og sin personlighet til praktisk klinisk arbeid.

Hva er praksisbesøk?
En variant er den modellen som er annonsert i Utposten. Men hovedprinsippet er rett og slett å utveksle erfaring om her- og nå-situasjoner for å få konkret tilbakemelding på egne rutiner/-adferd, og så la dette danne grunnlag for læring. Ett konkret eksempel: da jeg hadde besøk av en kollega fikk jeg spørsmål om hvorfor jeg ikke målte blodtrykk på en dame som kom til etterkontroll etter fødsel. Jeg forsøkte å ro, men måtte bare erkjenne at jeg hadde en lei tendens til å glemme akkurat det. En slik spørrende påpekning har langt større virkning enn en opplisting av prosedyrer på et kurs hvor man blir sittende anonymt nede i salen.

Praksisbesøk bør inngå både i videre- og etterutdannelsen, og bør være obligatorisk, slik at man allerede fra starten av sin yrkeskarriere skal bli vant med denne form for kunnskapsformidling. Vi må oppmuntre allmennpraktikere til å velge å tilegne seg kunnskap på slike steder og på slike måter at det får effekt på det daglige arbeid.

Kunnskapsformidling ved praksisbesøk innebærer følgende muligheter:
1. Utveksling av kunnskap/ferdigheter mellom "likemenn", dvs. mellom allmennpraktikere.
2. Utveksling av kunnskap/ferdigheter mellom ekspert/spesialist og allmennpraktikere.

Jeg håper at "gjensidig praksisbesøk" er en begynnelse - og at vi i framtida kan besøke hverandre i langt større grad - og få godskrevet timer.Likeledes bør vi kunne avtale med en poliklinikk/spesialist om en eller flere dagers besøk der og få dette godskrevet. For å lære seg nye ferdigheter, både praktiske håndgrep og klinisk skjønn, vil dette være langt mer verdifullt enn å stå i kø på et emnekurs og kikke over skulderen på hverandre.

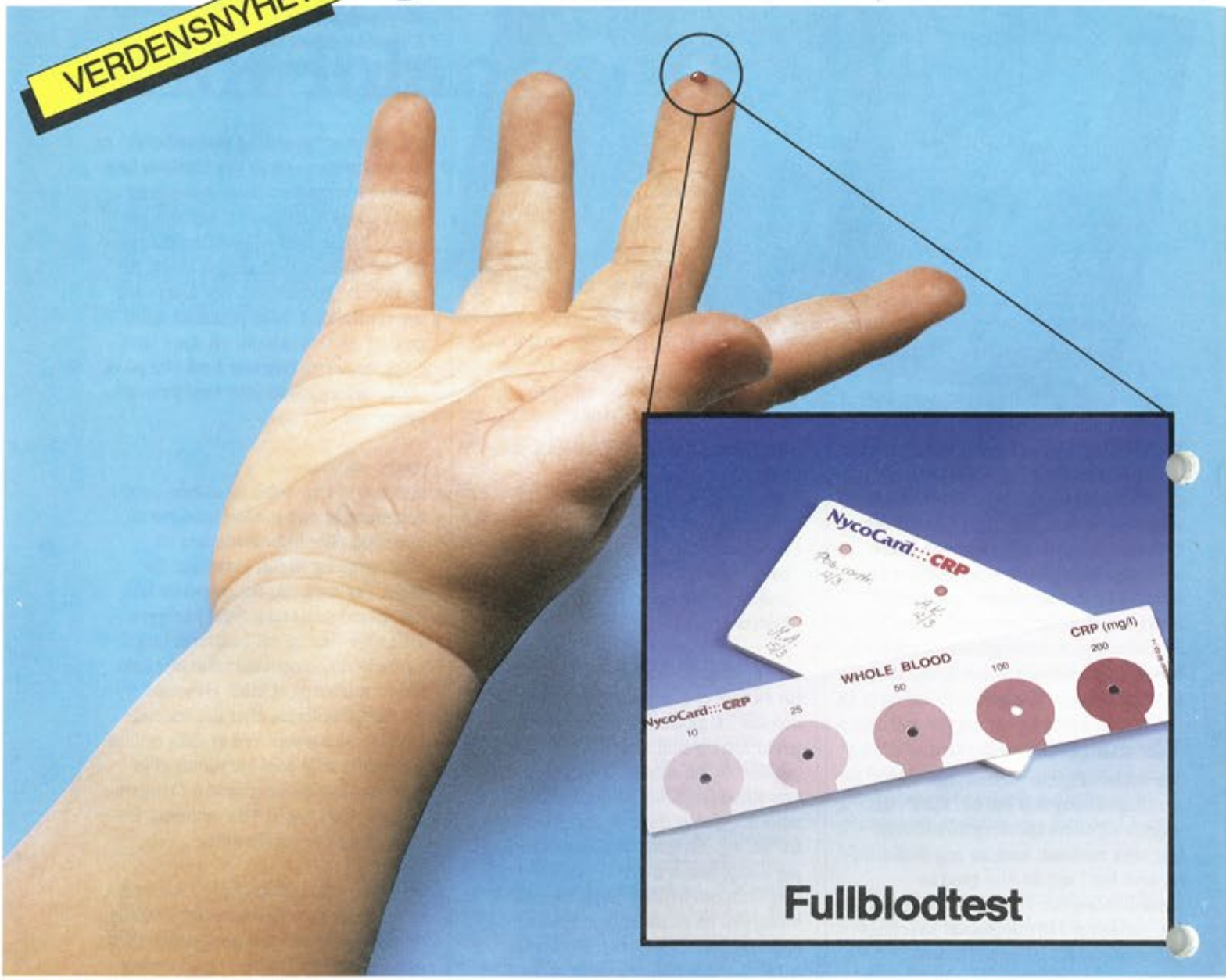
Andre varianter:
Hva om vi i vår jobb på alders- og sjukeheimen kunne invitert med oss en nevrolog eller indremedisiner på visittgang, og så fått kurstimer for dette. For meg står dette som en konkret hverdagssituasjon der læringen ville skje "her og nå", og ha et langt større læringspotensiale enn noe som ble formidlet på et kurs. Hva med områdepediateren, eller det reisende psykiatriske team? Ved at slike ordninger kunne telle som kurstimer ville kanskje flere av oss prøvd å få organisert noe slikt, og vi ville redusere fraværet fra jobb - og familie.

Og ikke minst: få en opplevelse av å oppgradere vår egen hverdag; virkelig oppleve at blomstene gror midt i blant oss. En strategi for her- og nå-læring, og god profylakse mot utbrenning.

Kjell Nordby,
Legesenteret, Storgt. 12-14,
6400 Molde ❑

NycoCard™ ::: CRP

VERDENSNYHET



Mål CRP (C-reaktivt protein) direkte i kapillærblod!

- Svar innen 2 minutter.
- 25 µl fullblod (kapillær-/veneblod).
- Semikvantitativ avlesning uten instrument.
- 48 test pakning.
  NycoCard CRP Whole blood, Prod. nr. 239028.
  NycoCard CRP Serum/Plasma, Prod. nr. 239010.

NYCOMED PHARMA

NYCOMED PHARMA AS
Divisjon Diagnostica
Postboks 4284 Torshov,
0401 Oslo 4.
Telefon: (02) 22 62 60

God bok om helsearbeid blant innvandrere

Berit Austveg: Helsearbeid blant innvandrere. Mangfold, sunnhet og sykdom.
Utgitt av Tano forlag november 1989. Hf. 235 sider. Pris kr. 258.

Dette er en bok på 13 kapitler. I første del omhandler den ulikheter mellom kulturer og helse/sykdomsbegrepet i forskjellige kulturer. Så kommer en mer konkret siste del om selve migrasjonsprosessen, rasisme, om den språklige kommunikasjon og bruk av tolk, om rutine-us. etter ankomst, helseopplysning og helsestasjonsarbeid, samt et eget kapittel om undersøkelse og behandling av torturerte.

Den er skrevet av Berit Austveg som er født i 1948 og tidligere har vært bydelslege i 12 år og leder av helsetjenesten for innvandrere i Oslo kommune. Boken er basert på det kliniske arbeidet som ble utført på helsetjenesten for innvandrere.
Hun har senere arbeidet i Helsedirektoratet og i Utlendingsdirektoratet og arbeider nå i Siri Lanka som rådgiver innen samfunnsmedisin.

Målgruppe for boken er helsearbeidere som i sin jobb kommer i kontakt med innvandrere som pasienter. Det merkes vel at boken er skrevet av en som har møtt problemene selv. Det er lett å kjenne seg igjen i de mange konkrete situasjonsbeskrivelsene hun har med som eksempler gjennom hele boken. Dette gjør boken lettlest og interessant - den er nær allmennpraktikerens hverdag.

På en fin måte får hun leseren til å se at en ubevisst kan ha fordommer og gir råd om hvordan en kan arbeide med seg selv mot disse. Videre fokuserer hun på at det som vi lett tar for gitte sannheter i vårt samfunn, i globalt perspektiv ofte viser seg å være svært så kulturelt betingende svar på livets spørsmål.

I et eget kapittel om religion, helse og sykdom får leseren en kort, grei innføring om spesielle forhold i fremmede religioner som er viktig å kjenne til for helsearbeideren.

Boken tar opp selve migrasjonsprosessen og endel om taps- og kriseteorier i forbindelse med dette. Deretter litt om problemene som møter innvandreren i sitt nye land - om rasisme, fordommer og diskriminering.

I den siste halvdelen av boken er kapitlene lagt opp til vår konkrete hverdag; om språkvanskeligheter og hvordan å benytte seg av tolk, om rutineundersøkelsen like etter ankomst til landet med forslag til liste over hva man bør ha med av undersøkelser, konkrete råd og fallgruber ved helseopplysningsarbeid og ett kapittel om helsestasjonsarbeid omhandlende både barnekontroll, svangerskapskontroll og prevensjonsproblematikk. Boken avsluttes med en fyldig litteraturliste.
Den er blitt en svært god basisbok som egner seg for alle helsearbeidere som kommer i kontakt med innvandrere. Den anbefales!

Anne Solheim
komm. lege II,
Vinstra ❑

Om det postmoderne

Hans Atle Djup f.1952. Cand.med. Bergen1978. Sivilarbeider og distriktslege i Karasjok 1981-85. Kommunelege på Vinstar 1985-89. Har siste året arbeidet som "free-lance-lege". Spesialist i allmennmedisin.

Av Hans Atle Djup

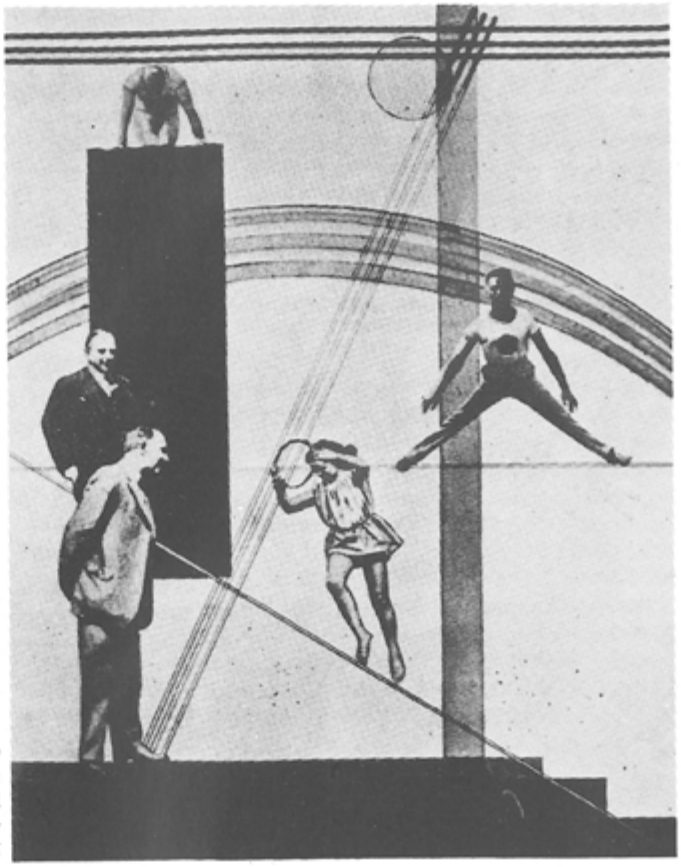
Som primærleger møter vi stadig nye utfordringer i vår hverdag. Det kan være spesialistkolleger som skjerper kravene til kompetanse eller særgrupper blant pasientene som hever forventningene til ytelse. Arbeidsgiver fører gjennom lokale styringsorganer kvalitetskontroll og måler vår produktivitet. Slike spesifikke endringer kan vi identifisere og bearbeide rasjonelt slik at de ikke nødvendigvis må bidra til frustrasjon og utbrenthet.

Her skal vi reise spørsmålet om det skjer en utvikling i vår tid som fører til forandringer som er vanskeligere å forstå, men som likevel innvirker på vår arbeidssituasjon. Jeg tenker på hva sosiale, økonomiske og kulturelle endringer gjør med enkeltmennesket og grupper av mennesker. Ikke bare som årsaker til symptomer og sykdommer vi har lært oss å registrere, men som opphav til bevegelse i folks tenkemåte og begrepsverden, holdninger og atferd, emosjoner og samværsformer.
Hvis det forekommer slike endringer kan vi tenke oss at enkelte yrkesgrupper på et tidligere tidspunkt vil bli konfrontert med fenomenet. Jeg vil tro at den allmennpraktiserende lege tidlig vil møte slike forandringer som vi her tenker oss. I vårt arbeide beveger vi oss tett inn i et tverrsnitt av befolkningen sin private sfære og slik mottar vi daglig et bredt felt av impulser fra andre mennesker som befinner seg i ulike livssituasjoner.

Når disse signalene som vi utsettes for endrer karakter og innhold, er vi da i stand til å oppfange, fortolke og bearbeide dem i sin sammenheng? Kanskje trenger vi nye begreper i vår leting etter virkeligheten, kanskje må vi lufte ut hevdvunne oppfatninger om hva som er de vesentligste utfordringer for menneskene i vår tid.

Med dette som innfallsvinkel tar vi for oss begrepet postmodernisme, allerede i en årrekke brukt om en stilart innen arkitektur og om en retning innen flere kunstarter. Det er ikke uten videre lett å karakterisere begrepet. Forandringer i samfunnet gir oss stikkord som kunnskap og teknologi, kommunikasjon og massemedier. Litteraturen integrerer disse fenomener i framstillinger hvor mangfoldighet i bruk av språk og symboler settes sammen i en ofte forvirrende samling av fragmenter; fiksjon og fakta går over i hverandre, paradoksene florerer. Postmodernismen beveger tyngdepunktet i tilværelsen fra en indre tradisjonsbunden erkjennelse til et ytre plan hvor det sentrale blir nye opplevelser, underholdning, konsumering av stimuli. Tomheten aksepteres og man morer seg til døde. "Du kan spøke med alt fordi alt er en spøk". Framtidsvisjonen blir preget av pessimisme og motløshet.

I motsetning til det postmoderne er den moderne epoke kjennetegnet av utvikling, rasjonalitet, frigjøring og framtidsoptimisme. Det moderne mennesket har klare nevrotiske trekk, med arbeidet som et vesentlig livsinnhold og en forpliktende ansvarsbevissthet i sine medmenneskelige relasjoner.Med dette som utgangspunkt kan vi introdusere begrepet: "det postmoderne mennesket". Jan Brøgger, professor i sosial-antropologi ved Universitetet i Trondheim, har gitt en skisse av hvordan dette mennesket vil framstå: med en mindre puritansk profil, mer ettergivende for impulser, mindre langsiktig i sine livsplaner. Han ser overgangen til borderlinesyndromet som jo beskrives som en stadig hyppigere tilstand. (Til nå har det vært oppfattet som primært et vestlig fenomen, men i likhet med f. eks. forurensingen av naturen kan vi anta at det er minst like utbredt i øst). Med en kronisk følelse av å være sviktet og forlatt mangler det evnen til å holde fast på langsiktige relasjoner, i



Laszlo Moholy-Nagy: Circus and Variety ca 1925

mangel av forpliktelse forbruker det stadig andre mennesker. Videre ser man fravær av innsikt i sammenhengen mellom ytelse og rettigheter og individet ender opp i en parasitterende tilværelse hvor det eksisterer på ressurser som andre bringer til veie.

Årsakssammenhengen i overgangen fra den moderne tid til det postmoderne må nødvendigvis være kompleks. Brøgger ser det som vesentlig å fokusere på *familien* som selve arnestedet for utviklingen av den moderne personlighet. Med dens stabile emosjonelle og mellommenneskelige relasjoner skapes forutsetningen for den fortrolige dialog, en av bevissthetsutvidelsens viktigste forutsetninger. Vi snakker da både om øket innsikt på det personlige plan og forståelse for selve tilværelsens ulike sider og realiteter. Resultatet blir et menneske med egenart, sterk vilje og selvkontroll.
Ved svekkelsen av familien som institusjon og monogamiets oppløsning ser Brøgger det postmoderne mennesket stå fram.

Perspektivet kan utvides ved å trekke fram karakteristiske sider ved det moderne storsamfunnet slik vi kjenner det gjennom vårt eget sosialdemokrati. Begrepet brukes her ikke tilknyttet noe bestemt politisk parti, men som en helhetlig betegnelse av vår samfunnsform. Utviklingen av byråkratiet og oppbyggingen av ulike institusjoner har vært en ønsket og demokratisk vedtatt målsetting. Det moderne samfunnet hadde også vært utenkelig uten slike strukturer. Men man kan tenke seg et stadium i utviklingen der byråkratisk orden er blitt til gjennomregulering og omsorgsfull velferd får karakter av overbeskyttelse. Under slike vilkår kan man tenke seg at mange mennesker reagerer med frustrasjon og initiativløshet, handlingslammelse og kjedsomhet. Gjennom markedets mangfoldige tilbud og i ly av statens altomfattende omsorg kan mennesket aksellerere sin tomhet på den postmodernistiske karusell. Foreløpig fortsetter teknokratene å løse de strukturelle problemene. Psykokratene og sosiokratene tar monopol på de menneskelige vanskeligheter.

Tilbake til vår praksishverdag. Våre erfaringer knyttet til samlivsproblemer og familieoppløsning trenger neppe noen omfattende dokumentasjon. Bare ett eksempel: Manglende menneskelig omsorg og støtte er blitt en vesentlig, målbar risikofaktor for den gravide kvinne. Den tradisjonelle løsningen er at legen må bli særlig oppmerksom på problemet, bruke mer tid og trekke med seg jordmor og helsesøster i svangerskapsomsorgen. Sammen skal vi utgjøre en "stand in" familie som i sosialdemokratiets navn skal fylle et hav av kontaktløshet og emosjonelt underskudd.

Fra vårt møte med storsamfunnet kan vi hente et annet eksempel: Vår *dobbeltrolle* som byråkratiske forvaltere av store samfunnsressurser og rådgivende terapeuter innen plager og sykdom synes for mange leger å bli stadig mer uholdbar. Hver rolle for seg inviterer til frustrasjoner hvis det er slik som her antatt, at forventningene og bestillingene som rettes mot oss forandres og utvides. Problemet blir ikke mindre ved at vi følger med på ferden og uten noen egentlig begrunnelse urettmessig forflytter grunnlaget for våre disposisjoner og tiltak. Her tenker jeg på vår praksis for sykemelding, vårt bidrag i uføresaker, holdning til forskrivning av ulike medikamenter, indikasjonsstilling for utredning og henvisning. Et forsøk på en filosofisk formulering kan være: Det eksisterer et onde som vi etterhvert identifiserer. For å motarbeide dette ondet aktiviserer vi prinsipper og mekanismer for problemløsning som egentlig er nært beslektet med årsakene til ondet. Slik forsterker vi den problemskapende strukturen.

Hensikten med dette innlegget har vært å beskrive et fenomen. Hvis fenomenet er reelt, representerer det en formidabel utfordring. Sammenholdt med anerkjente utfordringer av global karakter som også søker sin løsning, kan man se behovet for en grunnleggende kritisk utrensking av anakronismer i vårt politiske system, vår virkelighetsforståelse og vår verdiprioritering.

Litteratur

1. Brøgger: Den postmoderne tid. Aftenposten 18.11.89.
2. Brostrøm: Intermodernismen og værdierne. Norsk litt. årbok 1988.
3. Gunleiksrud: Kirke og kultur nr. 2 1989.

Kommunelege II,
Hans Atle Djup,
Nord-Fron kommune,
2640 Vinstra.

Noen motiver for å delta på internasjonale allmennpraktiker-kongresser

Når vi her helt kort presenterer en del av våre motiver for å reise på internasjonale allmennpraktiker-kongresser, så er det ikke i håpet om at alle skal følge oss, men vi tror at en del kolleger vil både finne genuin glede og nytte av å dyrke internasjonale kollegiale kontakter. Vi tror også at dette er kontakter som ikke bare er av personlig betydning for hver enkelt deltaker, men at de også er betydningsfulle kommunikasjonskanaler mellom norsk og internasjonal allmennmedisin.

Kontaktforum

Den medisinske vitenskap er internasjonal. I stor grad leser medisinere de samme internasjonale lærebøker og tidsskrifter. Samtidig blir en i kontakt med kolleger fra andre land forbauset over den store spennvidden i medisinsk praksis. Internasjonale allmennmedisinske kongresser er møteplasser som åpner for spennende innsyn til utenlandske kollegers hverdag og faglige praksis.

Utveksle kunnskap

Det meste av videre- og etterutdannelse foregår via tidsskrifter, nasjonale kurs etc. Internasjonale kongresser er en interessant alternativ port til nye kunnskapskilder. Av å se hvordan kolleger i andre land prioriterer helt annerledes, både av pasientgrupper og av faglige problemer, kan en inspireres til å se på egen praksis og egne vaner med nye øyne. Mange hverdagsproblemer oppfattes og forsøkes løst med helt andre metoder enn vi er vant til . Nasjonale medikamentelle og fysikalske terapitradisjoner er utrolig forskjellige fra det ene land til det andre.

Sosialt samvær med kolleger fra andre land

Det er alltid like spennende ikke bare å utveksle faglig erfaring og kunnskap, men også å møte glade kolleger i alvor og fest. Dette er naturligvis også effektivt til å holde språkkunnskaper ved like. Før, under og etter kongressene er det som oftest muligheter for å delta i kulturelle og sosiale arrangementer. Noen ganger kan en oppleve at arrangørene tilbyr unike og helt uforglemmelige opplevelser.

Se nye land og steder

"Å reise er å leve" sa hans Christian Andersen. Mange har vikingblod i årene og kjenner en evig uro etter å utforske nye land og byer. Det er et hederlig element i overveielsene før en melder seg på kongress. Og stort mer er det vel ikke å si om det.

Å glede seg til neste gang

Internasjonale kongresser er fine til å lade opp med inspirasjon til den hjemlige hverdagen. Gode erfaringer ligger også som en liten spenning eller forventning i bakhodet når en plotter neste kongress inn på kalenderen.

Nordisk, Wonca og Simg

For norske allmennpraktikere er det tre spesielle arrangementer: De nordiske kongressene i allmennmedisin, den allmennmedisinske "verdensorganisasjonen" WONCA's kongresser over hele kloden og SIMG's, den "europeiske" allmennpraktikerorganisasjonens vår- og høstkongresser. Neste Nordiske kongress finner sted i Oslo i juni 1991, så da er det en sjanse for å oppleve stemninga også for dem som kvier seg på å reise utenlands. WONCA arrangerer en kongress for Europaregionen i Barcelona i dagene 10.-14. desember 1990. SIMG arrangerer hver høst i midten av september sin høstkongress i den vakre østerrikske byen Klagenfurt. SIMG's neste vårkongress er lagt til Paris.

Nærmere opplysninger om datoer og adresser i NSAM's sekretariat, Institutt for allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2, eller ved May-Brith Mandt i telefon 02-559210. Det går også an å skrive eller ringe til Ola Lilleholt, 6657 Rindal, tlf. 073-65217.

Nils Lønberg
og Ola Lilleholt.

THE WORLD
ORGANIZATION OF
FAMILY DOCTORS

13TH WONCA
WORLD CONFERENCE
ON FAMILY MEDICINE

FAMILY MEDICINE IN THE 21ST CENTURY

MAY 9 TO 14, 1992
VANCOUVER, B.C.
CANADA

Hosted by
THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA AND
THE B.C. CHAPTER

FREE STANDING PAPERS ARE INVITED

For further information:
The College of Family
Physicians of Canada
4000 Leslie Street,
Willowdale, Ontario
Canada M2K 2R9
Telephone: 416.493.7513
Facsimile: 416.493.3224

Piroxicam®
Felden

Velegnet ved artrose

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Pfizer **PFIZER A/S**
Strandveien 4, 1324 LYSAKER

MONTEDISON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA
Postboks 53, 1371 Asker. Tlf. (02) 79 07 60

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 å 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel å 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Etter opptak blir det virksomme stoffet tetracyklin hydrochloride. Lymecyklin har, i motsetning til rent tetracyklin hydrochlorid, fordeler som: hurtigere absorpsjon, mindre G.I.-bivirkninger og bedre lipidløslighet.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1990 (30 pk. eller 14 pk.) AUP

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	155,20
DOXYLIN	100 mg x 2	288,50
DUMOXIN	100 mg x 2	271,80
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	166,00
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	310,20
TETRALYSAL	300 mg x 2	145,80

NB! Anbefalt dose for *alle* produkter:
Morgen og kveld: x 2 (2,6)

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakokinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

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

Fra kr. 79,90 tilsv. $\frac{\textbf{30 pkn.}}{\textbf{2}}$ **til**
kr. 107,60 (20 pkn.) pr. person.

b) Bronkitt 10 dager: kr. 107,60 (20 pkn.) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 145,80 (30 pkn.) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 145,80 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxyxyklin 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. Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxcycyline 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 bör väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*

Trollungen

Det var engang en lege
som var så fæl til å streve
hele dagen måtte han bakse og træle
med trollkjerringer som
hadde satt fast nesene sine
i alle slags trerøtter
i ti lange og ti brede
måtte han kapp-ete
med trollgubber
både østenfor sol og
vestenfor måne
en dag var han så mett
og sjumils-støvlene hans
var så fillete
at han trodde at han måtte sove
i hundre år
akkurat da kom det en liten trollunge
inn på kontoret
han gråt så sårt
og holdt seg på øret
jeg fant - jeg fant - sa legen
du har ørebetennelse -
og det skal vi nok klare av. . .
da sluttet trollungen brått å gråte
han snufset bare litt
og så ga han den trette legen
en lang og god klem
da smilte den slitne legen
og kjente plutselig
at han var ennå mer sulten
takk lille trollunge !!
for deg skal jeg kapp-ete
med mange dumme troll
i ennå en tid

Wenche Sabel

Mosjon - en hjertesak

Tittel:"Mosjon - en hjertesak".
Stein Hval, Marit Hval og Fredrik Bendiksen.
Universitetsforlaget og Norges Idrettsforbund i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen.
Illustrert, 108 s, kr. 165,-.

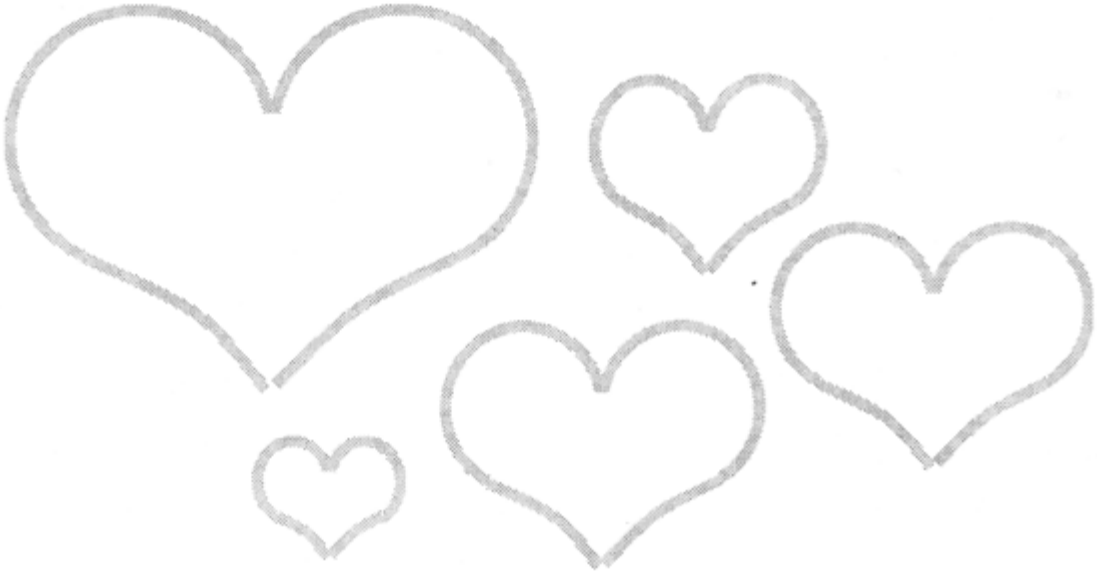
I forordet til boken "Mosjon - en hjertesak" skriver forfatterne at formålet med boken er å dekke behovet for praktisk informasjon og veiledning til tidligere hjertepasienter.
Forfatterne fokuserer innledningsvis hvordan hjertesykdom påvirker psyken, og hvordan angsten i vesentlig grad hemmer fri livsutfoldelse i samliv, arbeid, daglige rutiner, ferier og fritidsaktiviteter.
De avspennings- og stressmestringsteknikkene som er beskrevet i boka, er lette å gjennomføre i det daglige og derfor også anvendelige for leserne.

Boka handler som tittelen sier, mye om mosjon, og de store mulighetene man har til å dempe bevegelsesangst med tilrettelagt idrett.
Her finner en lettfattelig teori fra treningslære og praktiske treningsprogram (illustrert) for oppvarming, styrketrening, utholdenhets-trening og bevegelighets-trening.
Tradisjonelle mosjonsaktiviteter som morgengymnastikk, svømming (med avsluttende badstue!), sykling og tur på beina og ski er viet god plass med praktiske råd for gjennomføring av aktivitetene.
Kosthold og nytelsesmidler er omtalt i boka, kapitlet gir en kort innføring og konkrete kostholdsråd.
Boka avsluttes med sykdomslære, medisinsk behandling av hjertesykdom og en sekvens om førstehjelp.

Forfatterne har på ulike måter arbeidet med mosjon og helse. Stein Hval har i flere år jobbet som prosjektleder for Norges Idrettsforbund's hjerteprosjekt for å utdanne instruktører til hjertegrupper og opprette slike mosjonsgrupper rundt om i landet. Marit Hval er hjertegruppeinstruktør. Fredrik Bendiksen er lege og redaktør for Norsk Tidsskrift for idrettsmedisin.

"Mosjon - en hjertesak" kan anbefales til alle interesserte tidligere hjertepasienter.
Den kan med fordel også leses av andre som ønsker å legge om til et sunnere og mer gjennomtenkt levesett i forkant av problemene, og av oss som skal gi fornuftige råd.

Jo Engum ❑



Roller og rollespill

Tittel: Roller og rollespill. 163 sider.
Forfatter: Jan Brøgger, professor i sosialantropologi ved Universitetet i Trondheim.
Forlag: Cappelen.
Pris kr. 100, bestilles fra Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Trondheim, 55 Dragevolden.

Boka omhandler rolleteorier i sosialantropologisk tradisjon og utreder sammenhengen mellom samfunnsform og enkeltindividets reaksjonsmønster. Den gir en innføring i grunnleggende begreper innen rolleteoretisk analyse, delvis gjennom eksempler fra andre kulturer som forfatteren har førstehåndskjennskap til. Når familiestruktur og kjønnsroller skildres fra et bondesamfunn i Syd-Italia drar vi kjensel på vår egen foreldregenerasjon, og et stammesamfunn i Afrika kan synes å ha flere fellestrekk med bygde-Norge enn de begge har med det upersonlige storbysamfunnet.

En antagelse som er formulert i bokas innledning står sentralt: "Menneskelig atferd kan sees på som taktiske utspill innenfor en strategisk plan med ulike gevinsttyper som mål". Dette kan forstås som en basal og nøktern karakteristikk av mennesket som virker troverdig, nærmest betryggende upretensiøs. Samtidig ivaretas et helhetlig menneskesyn der forfatteren advarer mot en hensynsløs avsløringsstrategi, godt illustrert med eksempler fra klassisk litteratur.
I omtalen av situasjonsstrategier inngår beskrivelsen av ulike somatiseringstilstander forstått utfra bokas tema. Det vil også være en spesiell interesse for leger at boka gir et godt grunnlag for å tenke gjennom egen rolleforvaltning. Særlig i lokalsamfunn kan leger oppleve konflikter og frustrasjoner i en tid da publikum langt fra gir oss entydige signaler om hvilken rolleforventning de har til oss. Byråkratiets inntreden innførte regler for status og rolleforvaltning. Individet ble da frigjort til å leve ut sider ved sin personlighet som tidligere var uforenelig med det å inneha en viss posisjon. På den andre siden kan byråkratiet med sin rigide struktur virke begrensende på nytenkning og engasjement, for ikke å nevne mer karismatiske egenskaper.

Man kan trygt si at boka tilbyr et begrepsapparat og et analyseredskap som kan brukes i den allmennmedisinske hverdag.

Hans Atle Djup ❑

"Unngå sprekk!"

- Hun gjør alt for å unngå å røyke etter maten -

nicorette®

NIKOTINTYGGETABLETTER
- et hjelpemiddel ved røykeavvenning

Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik
Telefon (02) 54 90 95

For ytterligere opplysninger:
se Felleskatalogen

Til dere som SLASS!

... ja, for vi vet at på flere legekontorer og andre kontorer slåss dere om Utposten.

Hvorfor ikke abonnere på fler enn ett eksemplar?

For å hjelpe dere i gang får dere ytterligere abonnementer til samme adresse for kr 50,- pr stk første år. Send bare inn adresselappen bak på bladet, og si hvor mange ekstrablad dere vil ha.

Gjør det i dag!

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

RMR-kursarrangør
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 6 1990

Forandringsagenter eller medløpere ? side 195
Berit Olsen

Vi må gjenreise medansvaret for hverandre ! Intervju med sosialministeren side 196

Bokmelding:Sosialantropologisk samfunnsforståelse side 198
Hans Atle Djup

UTPOSTENs formidlingspris side 199

Nidaros-kongressen '90 side 200
Terje Johannesen og Pål Kristensen

Holmgang med islandsk psykiatri side 202
Brith Louise Øen

Massemediakampanjer - effektiv helseopplysning eller politisk avlat ? side 206
Anne Johanne Søgaard

Inntrykk fra Arkangelsk side 212
Tove og Anders Forsdahl

Selvbestemt død for det isolerte menneske ? side 216
Roald- Einar Ottersen

Selvbestemt død for det isolerte menneske ? side 218
Steinar Nilsen

Bokmelding:Ny behandlingstilnærming for spenningstilstander side 221
Inger Marie Steinsholt

Kanskje vokser blomstene midt iblant oss ? side 222
Kjell Nordby

Bokmeldinger:God bok om helsearbeid blant innvandrere side 225
Anne Solheim

Om det postmoderne side 226
Hans Atle Djup

Noen motiver for å delta på internasjonale allmennpraktikerkongresser. side 228
Nils Lønberg og Ola Lilleholt

Trollungen side 231
Wenche Sabel

Bokmeldinger:Mosjon- en hjertesak side 232
Jo Engum

Roller og rollespill
Hans Atle Djup