

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1990

ÅRGANG 19



ENVOI NON CLOS  
Peut être contrôlé  
par le service postal  
Soullever l'étiquette  
et la remplacer.

Hovedtema: Mat

*Hvordan kan jeg ta bladet fra munnen  
som har munnen full av dameblader?*

*Hvem har sagt at livet skal være lett?  
Jeg har alltid lagt vekt på det.*

*Når tarmene mine skriker,  
kommer de beinløse fuglene flaksende.*

*Mat er en måte å bli stor på.  
Likevel blir jeg stadig mindre synlig.*

*Jeg har hatt mye å tygge på,  
men svelget alt i meg.*

*Jeg har så stor appetitt på livet  
at jeg spiser det opp.*

*I det siste har jeg lagt meg ut  
med damebladene.*

### **Karin Sveen**

(Fra Kroppens sug, hjertets savn. PAX 1985)

Redaksjonen er avsluttet 15.10.90 Framsidefoto: Kari Gorwitz

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

Gunn Aadland Lundvågen 20 4085 HUNDVÅG	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 04 535619 P: 04 861236	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 085 51761 P: 085 51443	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal 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

*leder*



# Vi er det vi spiser

Mat er ernæring. Kroppens byggesteiner og energiforråd. Karbohydrater, fett, proteiner. Vitaminer, sporstoffer. Å spise er et helt fundamentalt menneskelig behov: Uten mat kan vi ikke vokse opp - vi sulter i hjel.

Mat er risiko. Tomme kalorier gir overvekt, mettet fett gir hjertekarsykdom, lakris gir hypertensjon. Tilsetningsstoffene gir holdbarhet - men også forurensning og allergi.

Mat er glede. Et godt måltid - alene eller sammen med andre - gir stimulans til samværs- og smakssansen. Friske råstoffer og spenstig krydder gir vellyst for både kokk og gjester. Bordets farger gir liv til øyne og mage. Nyttelse gir vitalitet til hverdags.

Mat er medisin. Et balansert kosthold kan erstatte medikamenter for diabetikeren og hyperlipemikeren. Fiberrik og fettfattig mat kan fore-

bygge kreft. Et fristende måltid kan gi trivsel for den terminalt syke eller den som er deprimert.

Mat er byrde. Ukebladene viser oss hvordan vi burde ha sett ut. Kjøleskapet frister den som trenger ekstra tyngde eller beskyttelse. Problematiske matvaner gjør livet tungt å leve for mange. Den dårlige samvittigheten legger seg sammen med fettet rundt livlinjen.

Mat er kultur. Fårikål og riskrem - chopsuey og bakte bananer - pasta og gorgonzola. Lokale ressurser og ritualer gir smaksmangfold og sær preg. Sauerkjøtt kan tilberedes på tusenvis av måter, og det er ikke noen av dem som er Den Rette. Rasende pepperkrydder, hissig hvitløksaroma eller milde smørkremskaker forteller hva som regnes som godt der og da.

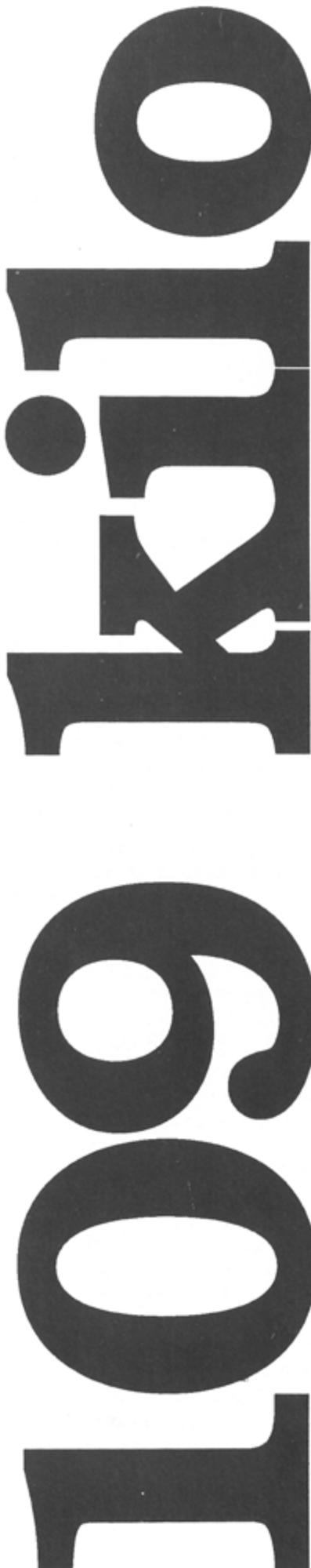
I dette nummeret av Utposten var hensikten å få fram sammenhenger mellom dette fargerike mangfoldet, og helse og sykdom. Likevel er det blitt mer om matproblemer enn om matglede. La dette være en utfordring og oppfordring til større medisinsk fordypning i matens helsebringende potensialer!

*Kirsti Malterud*

**Kirsti Malterud**  
ansvarlig redaktør for dette nummer



Foto: Kari Gorwitz



# TEMA:

## Mat



*Magne Nylenna (f. 1952) er redaktør for Tidsskrift for Den norske lægeforening. Han er en velkjent faglig og menneskelig tungvekter i det medisinske landskap. Blant venner er han også kjent for sine gjentatte vellykkete slankekurer og sin sans for livets goder. Denne novellen - skrevet på innstendig oppfordring fra Utpostens redaktør - er hans skjønnlitterære debut.*

**Av Magne Nylenna**

### I

To ting skilte seg ut i bunken av dagens post. Det var fristende å kalle dem dagens gode og dårlige nyhet. Årets hilsen fra Statens lånekasse måtte for en gangs skyld kalles en god nyhet fordi den forkynte at "dersom du betaler innen forfall, vil lånet ditt være innfridd". Den andre nyheten var en minst like sterk påminnelse om at den første ungdom var over; nemlig innkalling til 40-års undersøkelse ved helsestasjonen. Et prisverdig tiltak for folkehelsen og for alle andre, men for meg? Det gikk selv sagt an å takke nei. Leger er jo på en måte fritatt for all denne verdens sykdom, og derved også medisinske kontroller, men noe sa meg at det ville være både for feigt og dumt.

De neste dagene lå den forestående helseundersøkelsen som en taus, tung stein bak i hodet. Møtet med dagens pasienter, ikke minst med jevnaldrende "unge, friske menn", fikk et litt annet innhold ved tanken. Hvordan hadde de det egentlig før møtet med meg? Hva tenkte de på, hva var de engstelige for, hva håpte de jeg skulle si - og hva håpet de jeg skulle holde meg unna? Jeg visste meget godt hva jeg fryktet og ventet neste torsdag.

### II

Knapt noe kan være så forskjellig som å være *doktor* på hjemmebane, på eget kontor, omgitt av egne rutiner og venner, og å være *pasient* på bortebane, utsynlig, engstelig og ensom. Jeg hadde bestemt meg for å skjule min medisinske bakgrunn mest mulig. I en by som denne kunne det kanskje være mulig. 40-års undersøkelsene i bydelen ble drevet av helsesøster, og at det måtte være en myndig dame var synlig allerede før jeg kom inn på venterommet. Stump røyken- og "pass hjertet" - plakater i pene clipsrammer (ikke med tape på veggen), et visst husflidspreg over

filleryen og gardinene, og brosjyrer og venteromslektyre i sirlig orden på stativet fortalte sitt. Fire andre førtiåringer nikket avmålt vennlig da jeg kom inn. De så uforskammet veltrimmet og avslappet ut alle sammen, og ingen av dem så ut til å dele mine bekymringer for det som foresto. Bare tausheten minte om mitt eget venterom. De fleste finske fjernsynsteaterforestillinger ville fremsstå som overdrevet pratsomme i forhold til samtalens som utspant seg her.

Hvordan forventes det at man skal oppføre seg som profesjonell som vil skjule sin profesjon, sittende på et fremmed venterom engstelig for det som skal komme, og omgitt av tilsynelatende rolige amatører? Slik tenkte jeg inntil det gikk opp for meg at mine fire medbrødre antakeligvis var langt mer profesjonelle asientrollen enn jeg selv var.

### III

Det var i virkeligheten to sykepleiere som sto for undersøkelsene. Brosjyren vi hadde fått tilsendt på forhånd forkynnte at legehenvisning kun ville bli aktuelt om sykepleierne fant grunn til det. Sykepleiernes kvalifikasjoner for å gjennomføre en slik helsekontroll alene ble beskrevet på en måte som ville fått Lægeforeningens etiske råd til å reagere.

Egenmeldingen om tidligere sykdommer og skader, legemiddelbruk og familieforhold inneholdt heldigvis ingen rubrikk for yrke, så jeg følte meg fortsatt rimelig anonym da jeg ble kalt inn. Det var den yngste av de to sykepleierne

m ropte meg opp. Hun var omrent på min egen alder, var slank, hadde mange, hvite tenner i et avmålt smil og var sommerbrun som om hun nylig hadde returnert fra Middelhavet. Sannsynligvis løp hun både Grete Waitz-løpet og Sentrumjoggen. En lett trøndersk aksent ga henne den ekstra sjarmen som ville ha gjort et møte under andre omstendigheter til en spennende opplevelse. Nå økte det bare svettingen.

Hun stusset litt ved navnet mitt og lurte på om vi hadde møtt hverandre før. Men heldigvis satt hun med ryggen mot bokhyllen der det samme navnet lyste fra et par bokrygger som inneholdt kloke ord om helseopplysning og helsekontroller. Jeg lurte på om jeg virket like sikker og effektiv overfor mine pasienter. Venepunksjonen utførte hun nesten smerte-

fritt, samtidig som hun forklarte hvor viktig kolesterolinnholdet i kosten var. At blodtrykket lå i øvre normalområde syntes hun også å akseptere når svaret på spørsmålet om røykevaner var helt korrekt og det ikke var spor av hjerte-sykdom i familien.

Blikket mitt flakket engstelig i retning av den moderne vekten med digitalavlesning i håp om at hun kanskje skulle bli så fornøyd med de andre tingene at hun rett og slett skulle glemme denne delen av programmet. Med tanke på det synet min T-skjortekledde kropp representerte var nok det vel naivt.

- Så var kanskje den minst behagelige delen av undersøkelsen igjen, sa hun i et vennlig forsøk på å løse opp stemningen, i det hun pekte mot vekten.

### IV

Oj, oj, oj, sa hun, og ropte *109 kilo* så høyt at det ganske sikkert kunne høres helt ut på venterommet. Ubehaget jeg hadde følt var nå blitt en bør av skam som sank ned i magen og fløt sammen med fettet som hang over beltet.

- Det er i hvertfall ikke tvil om hva som er ditt hovedproblem, sa hun, og forsøkte sikkert å være hyggelig. Men nå var det ingen tvil om maktfordelingen oss to imellom, og jeg følte meg så truet at jeg nesten var fristet til å avsløre min yrkesbakgrunn for å gjenopprette balansen.

- Overvekt er den største helsetrussel for menn i din alder, sa hun. Har du alltid vært så, hun lette litt etter formuleringen,  
... så stor?

Jeg tenkte tilbake på barndommens mange mareritt. Gymnastikktimene der kampen mot bommen og høydehoppstavet var like ille som dusjingene etterpå. All ertingen fra kameratene, og velment råd fra tanter og onkler som selv var levende bevis for at underemåring ikke var noe problem i vår familie. Ja, sa jeg ettertenksomt. Jeg har nok det.

- Hvordan har egentlig det vært, spurte hun, og hørtes nesten litt medlidende ut.

- Vel, sa jeg, og var litt i tvil om jeg skulle bagatellisere det hele litt resignert, eller male det ut med store, og ærlige, bokstaver. Det har sant å si ikke alltid vært så hyggelig. Jeg husket sommerferier og badestrender der jeg helst ville beholde både olabukse og skjorte på. Og jeg husket trange, klamme prø-

verom i klesforretninger der alt bestandig var for lite, og der de fristende mote-klærne som alle andre brukte dessverre ikke fantes i store nok størrelser.

- Men har du noen gang virkelig forsøkt å gå ned i vekt, spurte hun.

- Ja, sa jeg, og så henne inn i øynene. Det skal gudene vite at jeg har. Og jeg har greid det. Problemet er bare at jeg ikke har greid det en gang, men mange ganger. Jeg husket ananaskurer og potekurer, trimopplegg og kaloritabeller. Jeg husket problemene med å forklare barna at far dessverre ikke skulle ha dessert, og jeg husket gleden ved å gå på vekten og se at det nyttet. Jeg husket feiringen av den siste slankekuren med innkjøp av ny dress og skåling i lettøl.

Men det var heller ikke vanskelig å huske periodene da det ble lengre og lengre mellom hvert besøk på badevekten, - det sikreste bevis på stigende vektkurve. Følelsen av depresjon og fortvilelse når et nyt hull på beltet måtte tas i bruk, og trøstespisingen hver gang speilbildet ble en fiende.

### V

Hun satte seg på baksiden av skrivebordet og fikk plutselig en annen glød i øynene.

- Det er helt og holdent ditt eget ansvar og din egen beslutning, sa hun. Dersom du er motivert for det og virkelig ønsker å holde deg slankere, kan du greie det uten problemer. Hemmeligheten er bare å spise mindre enn du forbrenner. Dersom du sørger for å holde energiinntaket lavere enn energiforbruket vil vekten synke enten du liker det eller ei. Kutt ut fettholdig mat og søte saker, og øk den fysiske aktivitet for eksempel med en rask spasertur hver kveld. Vips, så har du klart det du har lengtet etter hele livet, fortsatte hun.

Det var tydelig at hun var på hjemmebane nå. Det var fristende å spørre om hun hadde prøvd denne oppskriften selv, eller om hun kunne vise til andre som hadde klart den nye vekten utover noen få måneder, men jeg lot være.

- Overvekt er den største trusselen mot helsen din, gjentok hun. Blodtrykket ditt er allerede på grensen av det normale. Hjertet har et unødvendig arbeid med å pumpe blod rundt i den store kroppen, og hofter og knær vil før eller senere lide under vekten.



Nå minnet hun om folkeskolelæreren min når jeg for over et quart hundre år siden fikk høre hvor skammelig det var at en elev med så gode evner som jeg ikke arbeidet hardere og oppførte meg bedre. Jeg var oppriktig enig i hvert ord hun sa. Enda mer skamfull ble jeg når tankene mine helt ukontrollerbart rotet seg inn i drømmer om frisk asparges med bernaisesaus, saftig entrecote med fløtegratinerte poteter og en fyldig burgunder - samtidig som hun doserte lettmargarin, skummet melk og gulrøtter som mellommat.

- Det er først og fremst mangel på kunnskap som er problemet, sa hun. Dersom du visste nok om hvor enkelt det i virkeligheten er å redusere vekten og hvor farlig det er å gå rundt med dine 109 kilo ville du nok raskt endret kurs. Hun var kommet over i skremmestadiet nå, og jeg var glad over å kunne sitte stille og bare lytte når konsulasjonen åpenbart gikk mot slutten.  
 - For din egen, din cones og dine barns skyld bør du ta rev i seilene nå. Du bør sette deg inn i hva som må endres i kostholdet først, og så bør du gjøre noe med spise- og legevanene dine, jo før jo heller.

- Her har du en enkel brosjyre over noen leveregler du bør følge, og her er et hefte som forklarer noe mer detaljert hvordan du skal klare å leve et mer helsekiktig liv. Les dette og følg det som står her, så vil du bli både tynnere og lykkeligere som 50-åring, smilet hun idet hun fulgte meg til døren.

## VI

Jeg var merkelig rolig og lett til sinns da jeg passerte gjennom venterommet og kom ut i solen igjen. Tankene gikk allerede til den vakre sommervelden. Skulle det bli grillaften, eller var reker og hvitvin et bedre valg?

Heldigvis for meg hadde jeg klart å skjule mitt yrke og min faglige bakgrunn. Og heldigvis for oss begge var ikke forfatternavnet trykket på utsiden av den fargerike brosjyren jeg hadde puttet i lommen. Måtte hun aldri få vite hvem forfatteren egentlig var.

### Redaktør

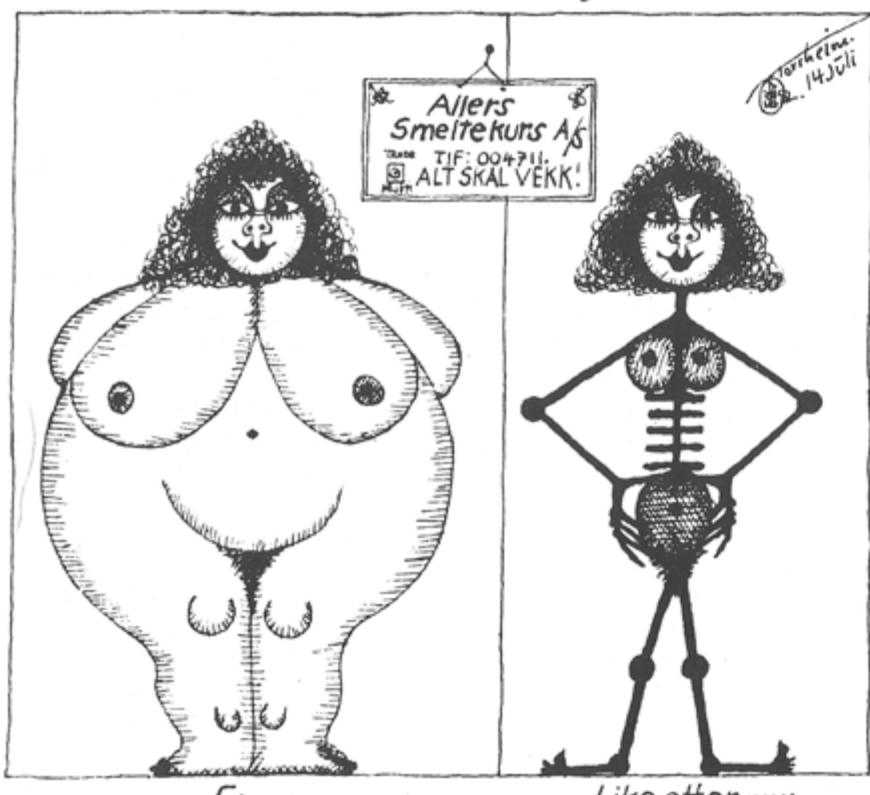
Magne Nylenna

Tidsskrift for Den norske lægeforening  
Lagåsen, Fjellvn. 5

1324 Lysaker



## „Kvar vart det av Frøydis?“



Tegning: O. Torsheim



# Vinner- oppeskrif- ten 1990.

I Utposten nr. 4-5/90 utlyste vi en oppskriftskonkurranse (se konkurransereglene).

Ved fristens utløp var det innkommet ett bidrag, og juryen fant etter gjennomlesing dette bidraget utvilsomt verdig vurdering og bedømming: ⇒

### Konkurransereglene:

Premieoppskriften skal oppfylle følgende krav:

- Den skal beskrive en fristende og velsmakende aftensrett til fire personer - sunn i betydningen mat som skaper trivsel og velvære
- Den skal lages av rene råvarer (ikke ferdig-blanding) som kan kjøpes overalt i landet
- Den må kunne lages på 30 minutter eller mindre
- Den skal være i minst fire farger
- Den skal foreskrive konteksten omkring måltidet, ikke bare ingredienser og tilberedningsmåte

De innsendte bidrag vurderes av en jury bestående av:

Synnøve Grønn (matglad),  
Stein Kolstad (matglad) og  
Kirsti Malterud (matglad)



Tegning: Ragnhild Gjerstad

## Forførerens fantastiske fristelser:

(Spar meg for flere kokebøker!!  
Jeg mangler vin og velduftende olier.)

### Ingredienser:

3-4 dl langkornet ris  
4 svinekoteletter fra fryseren  
2 små agurker  
4 små gulerøtter  
1-2 gule paprika  
1-2 dl soyasauce  
4-5 skjeer soyaolje  
litt vann og maizenamel

### Kontext og medvirkende:

2 elskende par  
1 godt kjøkken  
3-4 flasker vin  
musikanlegg  
plater og CD-kassetter  
1 stort baderom  
1-2 soverom  
Kama Sutraolier i utvalg

### ♥ Overture:

Fellesbadning til tonene av liflig musikk - heretter innsmøring i velduftende olier og iklædning i lette hvite gevandter.

### ♥ 1 akt:

Par A dekker bord, åpner vin, ordner musikk og serverer aperitif.  
Par B lager mat, serverer drinker ved komfuren og bistås av par A.  
Risen settes over (3-4 dl ris og 4-6 dl vann). Husk salt.  
Koker 12 min. og står 13 min. med lokk.

Svinekjøtt renses og skjæres i tynne strimler mens kotelettene er frosne.  
Kjøttstrimlene legges i maizenajevning.  
Smak på aperitiffen.

Agurker og gulerøtter snittes i tynne skiver. Paprikaen skjærer i ringer.

I en stor wok eller kopergryte svitses agurke- og gulerøttskiver 3-4 minutter i noen skjeer soyaolje.  
Heretter tilsettes kjøttstrimlene og svitses 5-6 minutter til de skifter farge. Så tilsettes en liten skvett vann for å ta overskuddsvarmen og først da tilsettes rikelig med soyasauce og koker ca. 1 minut.

### ♥ 2 akt:

Mat serveres med paprika-ringer og ris. Vin og musikk etter smak. Konversasjon etter evne.

### ♥ 3 akt:

Etter tid og lyst.

Etter at juryen hadde gjennomgått den nødvendige utvidelse i henhold til oppskriften (par A og par B), ble den endelige vurdering og bedømming gjennomført på et godt kjøkken på Vestlandet medio august 1990. Med dette som grunnlag uttaler den utvidete jury følgende:

Oppskriften oppfyller alle konkurransereglene. Spesielt vil man gi honnør til oppskriftsforfatterens kreative kobling mellom mat og andre gode stemninger her i livet, slik det framkommer i kontekstbeskrivelsen. Måltidet er en vinneroppskrift verdig, og oppskriftsforfatteren fortjener en 1. premie, selv om det ikke foreligger konkurrenter.

Tross denne konklusjon har juryen følgende kommentarer til forbedring av oppskriften, som forhåpentligvis kan komme matglade leser til gode:

- 3-4 flasker vin ble for mye for par A + par B
- grønnsakene avgir mye væske, og vi foreslår derfor at kjøttet freses før grønnsakene
- lette hvite gevanter er ikke lett å skaffe hvis man ikke har det fra før
- det går an å redusere mengden av soyasaus noe
- kjøtbein fra kotelettene kan bli et festmåltid for par C (to matglade hunder)

Etter 2. akt og fortæringer av måltidet åpnet juryen konvolutten med vinnerens navn.

Vi kan gratulere  
**NILS CARL LÖNBERG**  
kommunelege i Svarstad  
med 1. premie i Utpostens  
oppskriftskonkurranse 1990.

Ettersom vinneren synes å ha kokebøker nok, har vi som 1. premie sendt ham en velfortjent gavepakning med velduftende oljer fra Cupidos postordreutsalg.

Vi ønsker våre leserer velbekomme og anbefaler oppskriften!

*Forfatteren, som er kollega og mor, vil av hensyn til sønnen sin ikke framstå med fullt navn.*

## TEMA: Mat

# Finnes det mat man kan bli sint av ?

Når jeg forteller kolleger at mitt barn står på Feingold-diett, så spør de: "Hva er teorien bak?" - Og jeg må svare: "Mange har erfart at det virker, det ble funnet nærmest ved en tilfeldighet, akkurat som penicillinet".

Av Marit H.N.

Dietten består av mat som ikke inneholder en rekke kunstige tilsetningsstoffer, bl.a. konserveringsmidler, fargestoffer og aromastoffer. Den skal også ha lavt innhold av salisylat, som er i en rekke frukter og noen grønnsaker. Det vil si, all mat må lages fra grunnen i ditt eget kjøkken.

### Hvorfor tror jeg på det?

Det er vondt å merke at noe er galt med barnet ditt, noe galt som ingen kan sette navn på, og som har med atferd og sosialt liv å gjøre - det er ingen sykdom, men et problem. Det arter seg slik at ungen er klønnete, ikke riktig vet hvor jeg slutter og du begynner, slik at lagsspill, som som fotball er umulig uten slåsskamp. Når noen er borti en, er det vanskelig å vite om det er godt eller vondt ment.

Vi startet vår gang gjennom behandlingsapparatet i PP-tjenesten, og flere var hintene jeg fikk om forholdet til barnet mitt - hadde jeg lest nok for det? Hadde jeg kanskje egentlig gitt for innviklete svar på spørsmålene barnet stilte? Var det min skyld? Ungen forsto lite selv, da, bare at de voksne ofte var sinte, at ingen av gutta kom og spurte etter ham, og at han var annerledes.

Vi startet skoletiden med friskt mot. Etter råd fra PP-kontoret skulle vi ikke ta spesielle hensyn, bare se hvordan det gikk. Det fikk vi fort se, men læreren var klok og mente at det burde være hjelp å få. Vi fortsatte vår gang i behandlingsapparatet. På spesialskolen der vi gikk til undersøkelse satt barna i gangene med sine rullestoler, i merkelige stillinger og laget vonde lyder.

"Mamma, blir jeg sånn, hvorfor skal vi hit?"

Han begynte å få innsikt nå, men likte lite dette begynnende sykestemplet. Likevel pustet vi liksom lettet da de sa han hadde MBD. Da var i hvertfall skyldsspørsmålet uinteressant, han var ingen slem gutt, og jeg var ingen dårlig mor. Vi hadde bare fått en vanskelighet vi måtte jobbe med, en erkjennelse av at det krevdes mere arbeid av ham enn av andre for å klare å sitte stille på stolen og holde munnen lukket i timene.

Men så begynte terapien, flere ulike psykologer med ulik tilnærningsmåte, - og medikamenter, i vårt tilfelle amfetamin, fra den involverte lege.

Før første møte med den siste psykologen var kommentaren fra barnet: "Enda et møte hvor jeg må sitte stille og dere voksne prater!" Han forsto ikke riktig vitsets med det hele. Jeg hadde da hørt om dietten, og spurte en spesialistkollega - hun anbefalte det ikke - det manglet dokumentasjon. Jeg bøyde meg naturligvis for det.

Etter måneder og år med gleder og sorger på skolen begynte det å skjære seg - det ble uholdbart, de begynte å snakke om spesialskole. I tillegg fikk han arytmier av medikamentene; "mor, hopper hjertet ditt sånn rart?"

Intet av det vi hadde investert av tid og krefter i undersøkelser, terapier og medikamentbruk synes å ha vært til særlig nytte. Ungen hadde det vondt og var fortvilet, vi likeså. Det å være doktor hadde i hvertfall ikke vært til noe nytte for vårt eget barn!

Illustrasjon: Oddvar Torsheim



### *„Fårikål er no snart like farleg som krig!“*

Bestemor kommer på nytt med ukebladet der det står om dietten. Vi griper halmstrået. Men det er ungen som må satse, det er ham det kreves noe ekstra av, igjen. Og igjen viser han sin styrke, han vil være med på det, slutte å spise ferdigmat, godterier, brus og syltetøy, være annerledes. Han tåler å sitte med de andre og spise skolemat med leverpostei som lukter fjøs, tåler å gå i bursdagsselskap med matpakke, eller uten e i det hele tatt, han kan jo få et glass vann. Han synes det er spennende å lese varedeklarasjoner og se hvor mye "gift" andre folk får i seg, som spiser ferdigmat.

Og best av alt - det virket. Langsamt ble han hel, fant ro og ble glad i seg selv, fikk venner og slapp å være så redd. Plutselig var han med i fotballen, var en av gutta uten at det ble mer slåssing av den grunn! Og det var ved egen innsats han hadde klart det! Aldri sprekker han, aldri maser han om å få bare litt godteri, han satser fullt og helt, hele tiden.

Han har fått det til, med egne krefter.

De spør oss; lærere, venner, slektinger: "hva har skjedd med ungen deres?" Så spørsmålet om teori er blitt helt uinteressant for oss, kontrollerte kliniske for-

søk som dokumenterer effekten er uinteressante, hva det *egentlig* er som virker er uinteressant, vi har funnet noe som virker. Gjennom dette har vi lært at også som leger har vi mye mer å spille på i praksis enn det som er dokumentert, og som det står om i lærebøkene, livet er heldigvis mer innviklet enn som så.

Ja, siden så mye av vår kliniske praksis faktisk er udokumentert, hvorfor blir det da så truende at noen går inn for en omlegging av kostholdet i sunn retning, mens ressurskrevende psykoterapi og daglig medikalisering med sentralstimulerende medikamenter til barn svært sjeldent blir stilt spørsmålstege ved?

En klok person har sagt "du blir det du spiser".

Vi har også lært noe om barns evner og muligheter til å gjøre noe selv, og hvilken vekst som kommer ut av det.

Så når voksne hjemme hos oss bråker og er sinte, kommer ofte den avvæpnede og irriterende kommentar: "hva har du spist i det siste, var det en ide å begynne med diett?" □

# Matvareintoleranse og atferdsproblemer

*Stein Schage er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, cand. med. 1977. Arbeider som skolelege og i privatpraksis. Opptatt av forebyggende og pedagogiske aspekt ved barne- og ungdomspsykiatri.*

**Forståelsen av en del sykdomsbilder innen barnepsykiatrien har endret seg sterkt i løpet av de siste 10-15 årene. Så sent som rundt 1980 da familiepsykiatrien var på virkelig fremmarsj, ble barnepsykoser oppfattet som resultat av sviktende nærhet og kontakt fra morens side.**

**Av Stein Schage**

Barnets kroppslige utvikling, og barnets egen evne til å ta opp i seg stimuli fra nærmiljøet er fortsatt bare i liten grad inkorporert i barnepsykiatriens forståelsesrammer. I møtet med barn med grov- og finmotoriske vansker, konsentrasjonsvansker, uro og hyperaktivitet, støter vi imidlertid på "nye" tilstander der fagfolk ofte blir rådløse, fordi ingen av de tradisjonelt fornuftige råd vi gir synes å ha ønsket virkning. 7-åringen blir hverken roligere eller mer koncentreret selv om foreldrene gjør sitt ytterste for å være både tolerante, grensesettende og omsorgsfulle.

Ritalin (et amfetaminderivat) har blitt eneste utvei når en ikke har klart å dempe hyperaktivitet med andre midler. Noen barn har også nytte av denne behandlingen, som også brukes i diagnostisk hensikt. Pga. stoffets sentralstimulerende virkning og bivirkninger som arytmier og vekstretardasjon, ønsker en å begrense bruken av stoffet til det strengt nødvendige.

Når en står overfor et hyperaktivt barn og opplever hvor formuftig, liketil og følsomt barnet kan fortone seg - kanskje fornemmer man også en deprimert undertone i følelseslivet - kan en som behandler undre seg over at det samme barnet både læringsmessig og sosialt kan ha store problemer. Barnets intellektuelle og emosjonelle ressurser står så å si ikke i samsvar med den urolige, ofte destruktive adferden.

Mange har spurta seg hvordan uro og konsentrasjonsvansker kan dominere såpass sterkt når barnet ellers er

velutrustet, og det har dukket opp forklaringer som knytter an til allergi eller intoleranse overfor ernæringen. Matvareintoleranse som "forklaring" på hyperaktivitetsproblemer hos barn blir gitt etter empirisk prøving. Vitenskapelige forsøk for å fastslå årsak - virkningssammenhenger, er helt i sin begynnelse.

Mest kjent så langt er Feingold-dietten, som utelukker matvarer med salicyl, samt tilsetningsstoffer i 100-serien (aroma og fargestoffer). Det finnes mer og mindre spesifikke former for intoleranse, en er mot benzosyre (E-210-279), en annen mot kumelk, en tredje tilsynelatende mot søtt generelt.

Jeg har arbeidet halv tid som skolelege og halv tid som privatpraktiserende barnepsykiater. I praksisen har det kommet mange henvisninger på barn med lære- og adferdsvansker, ofte med hyperaktivitet. En del av disse barna har prøvd diett etter grundig samtale med foreldrene, og resultatet kan deles inn i 3 grupper:

1. ingen effekt

2. noe bedring

3. klar bedring

Hovedskillet går etter min erfaring mellom gruppe 1 og 2 på den ene siden og gruppe 3 på den andre. Når det først er klar bedring, er både skole, foreldre, miljø og ikke minst barnet selv så overbevist om virkningen at det er små vanskjer med å gjennomføre dietten videre. Barnet får fortalt at det dreier seg om en allergi, og passer selv ofte på at dietten holdes.

**TEMA:**  
Mat

Et eksempel som illustrerer litt ulike sider av problemet skal gjengis:

(Tillatelse til gjengivelse er gitt av foreldrene, og sykehistorien er forandret noe av anonymitetshensyn.)

Familie med tre barn, 3, 5 og 9 år gamle. Ressurssterke foreldre, mor hjemmeværende student. Kom til meg som skolelege med eldstemann, Arne, noen måneder ut i 3. klasse. Grunnen var motorisk uro som førte til sosiale vansker både hjemme og på skolen.

På nærmere spørsmål kunne mor fortelle at gutten alltid hadde hatt slimete avføring og hadde vært urolig helt fra han begynte å få annen føde enn morsmelk. Han hadde hatt skriketokter som kunne vare i flere timer. Aktivitetsnivået hadde alltid vært svært høyt. I tillegg hadde han mange luftveisinfeksjoner, inklusive pneumoni, inntil 4-årsalderen. Han ble henvist til allergolog pga. luftveisinfeksjonene da han var 3 år, uten at det kom noe ut av det. Omrent samtidig fikk mor høre fra helsestasjonen at barnet hadde

"kraftig temperament". Foreldrene bekymret seg mye på grunn av guttens vansker.

Det skjedde en forandring i familien først da søsteren, pga. langvarig diare og mage-plager, i 2 1/2 årsalderen ble anbefalt å slutte å drikke melk. Hun hadde også hatt lignende problem som broren med skriketokter og unormalt høyt aktivitetsnivå. Begge barna kom seg på melkefri diett, (for søsterens del bekreftet gjennom flere provokasjonsforsøk). Arne fikk mindre diare og var mindre følelesmessig labil.

I midlertid utviklet han etter hvert hodepine flere dager i uken. Under disse anfallene var han sint, oppkavet og rastlös. Etter 6-8 mnd, på våren i 2. klasse, begynte han på nytt å bli mer følelesmessig labil generelt og fikk konsentrasjonsvansker. Selv om søsteren ble bedre

på melkefri diett, ble hennes motoriske uro først betraktelig bedret etter at mor i samarbeid med lege hadde identifisert intoleranse overfor benzosyreforbindelser. Disse brukes som konserveringsmidler og fins naturlig bl.a. i molter og tyttebær.

Den minste av barna hadde som spebarn lignende symptom som søsknene, men hans skriketokter og slimete avføring kom seg da moren i denne ammeperioden sluttet å drikke melk.

Moren viste seg også å være allergisk overfor melk. Hun hadde hatt fordøyelsesproblem så lenge hun kunne huske, med obstopasjon og luftsmarter. Hun hadde jevnlig "forferdelige" anfall med hodepine som varte hele dagen og satte henne "helt ut av spill" som student. Hun ble helt bra da hun sluttet å drikke melk og reagerte positivt

på provokasjonsforsøk.

Det eneste positive funn ved allergitesting av Arne var på hvete. Hans diaretendens og magesmerter førte til at jeg anbefalte glutenfri diett i en periode. Under denne ble han verre enn noensinne den første uken, både med mage/tarmsymptomer, hodepine og uro. 2. uken var svingende, mens han i 3. uke var helt bra inntil et fødselsdags-selskap. I løpet av de neste fire ukene var adferdsproblemene stort sett helt borte, men fortsatt hadde han hodepine, ca. en dag i uken.

Arne begynte selv å bli interessert i å holde dietten, og hele Arnes situasjon stabiliserte seg. Etter dette ble det foretatt to provokasjons-prøver, det siste av vanvare, med sterkt forverring.

Denne familieanamnesen er mer kompleks enn det en vanligvis finner hos urolige og mistilpassete barn. Spesielt synes jeg at kombinasjonen somatiske symptom og adferdsproblem er verdt å merke seg. Ofte er motorisk uro hovedsymptomet som er årsaken til lærevanskerne og sosiale vansker.

Diagnostisk byr urotilstandene på vanskeligheter. Positiv reaksjon på Ritalin indikerer at metabolske faktorer spiller en rolle. Når det gjelder identifikasjon av de enkelte næringsstoffer som framkaller intoleransreaksjon, står imidlertid forskningen helt i sin begynnelse.

Dr. Reichelt ved Barneavdelingens forskningsavdeling ved Rikshospitalet har undersøkt peptidprofilen i urinprøver hos autistiske barn og funnet avvik sammenlignet med normalgrupper. Tilsvarende forskning pågår også når det gjelder schizofreni og hyperaktivitet.

I praksis er en henvist til å samarbeide med foreldrene når det gjelder å identi-

fisere næringsmidler som barnet reagerer på. Ofte kan foreldrene fortelle at godterier med mange tilsetningsstoffer framkaller uro, og Feingold-dieten kan da være et nærliggende alternativ. Dersom denne dietten "treffer" vil en ofte se reaksjoner som ligner den som er beskrevet ovenfor, nemlig en initial forverring, - en "abstinensfase". Etter 4-6 uker vil en oftest ha oppnådd en eventuell virkning.

Dersom uroen er assosiert med GI-symptomer og hodepine eller andre mer organisk definerte symptomer, er melkefri eller glutenfri diett et nærliggende førstevælg. I noen tilfelle bruker en kombinasjon av Ritalin og diett.

Diagnoseproblematikken overfor hyperaktive barn vil ofte omfatte hele familien fordi disse barna dominerer sterkt overfor søsknen, og fordi foreldrene blir rådløse og får skyldfølelse når ingen vanlige hjelpemidler i oppdragelsen ser ut til å virke. Spesielt i de tilfellene der en ikke klarer å dempe uroen er det vik-

tig at familien kan få støtte og rådgiving og at barnet skjermes sosialt og på skolen. Barna får ofte depressive trekk fordi de ikke behersker sin egen situasjon, og dersom en klarer å redusere nederlagene og styrke følelsen av mestring i tiden fram til puberteten, (da uroen ofte avtar), kan dette være avgjørende for mulighetene videre.

### Anbefalt litteratur:

- Gilber C, Temeius L, Lönnerholm G. Endorphin activity in childhood psychosis. *Arch Gen Psychiat* 1985; 42: 780-3.
- Hallert C, Åström J, Sedvall G. Psychic disturbances in adult coeliac disease III. Reduced central monoamine metabolism and sign of depression. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 25-8.
- Hole K, Lingjærde O, Mørkrid L, Bøler JB, Saellid G, Didrichsen J, Ruud E, Reichelt KL. Attention deficit disorder: A study of peptidecontaining urinary complexes. *J Dev Behav Pediatrics* 1988; 9: 205-12.

**Spes. i barne- og ungdomspsykiatri**  
**Stein Schage**  
**Jon Smestadsv. 8**  
**0377 Oslo 3**

# FARLIG

## å spise og drikke

**Sakset med velvillig tillatelse  
fra "Nye allergiboken";**

Bedriftsøkonomens Forlag, Oslo 1989



Arve Bryhn Frostad er allergolog med egen spesialistpraksis. Pollen er hans største interesse, og han var med på å starte pollenvarslingen i Norge. Forstad er fortsatt medisinsk ansvarlig og leder for denne.

Tande-P er moromann og journalist, dessuten har han en kraftig multiallergisk sykdom og er pasient hos Frostad.

**TEMA:**  
Mat

Matvareallergi kan føre til elveblest, eksem og astma. Og fordøyelsesbesvær.

Særlig fisk kan gi astma. Pasienter med matvareallergi kan reagere med magesmerter, diare, kløe i munn og hals, hovne lepper og øyne, leddsmørter, migræne og psykisk depresjon. Og etter alt dette negative så kan vi i det minste trøste oss med at det er sjeldent matvareallergi gir neseplager.

### Kryssreaksjoner

Bjørk kryssreagerer med or og hassel. Og pasienter med bjørkeallergi reagerer derfor ofte med kløe og hevelse i munnen, i ganen og i halsen, og kvelningsformennelser, når de spiser hasselnøtter, mandler og mandelprodukter som marsipan og kransekake.

Og videre reagerer de ofte på epler - særlig grønne, på stenfrukter som kirsebær, moreller, plommer og fersken, og på pærer, paprika - som kryssreagerer både med bjørk og burøt - druer, banan, erter, bønner, kardemomme, muskat, sesamfrø, rå gulrøtter og poteter (nevnt i rekkefølgen: hyppigst årsak til reaksjon). Bjørkeallergikere kan også reagere på sjokolade - fordi det finnes spor av nøtter i nesten all sjokolade. Og de kan reagere på erter. Og potetskrelling kan utløse høysnueanfall på grunn av saftsprut fra skallet.

### Salisylsyre og histamin

Citrusfrukter fører ikke direkte til allergi - men de inneholder spesielle syrer - for eksempel salisylsyre og histamin - som

forsterker allergi, særlig eksem. Og de fleste bærsorter inneholder også salisylsyre og histamin, og følgelig kan bær forverre en allergi. Elvebletpasienter har for eksempel lett for å reagere på jordbær. De vanlige bærsortene er ikke egentlig allergifremkallende, det vil si at de fører ikke til dannelse av spesielle antistoffer - men de kan forverre allergier på grunn av innholdet av salisylsyre og histamin.

### Mange slags farlig mat

En del allergikere reagerer på "farlig mat" også med elveblest - eller som lidelsen egentlig heter: Urticaria. Og med eksem. Det finnes allergikere som er så overømfintlige, at de reagerer på alt spiselig som vokser på trær.

Erter kan fremkalte allergiske reaksjoner, og det er verdt å ha i mente at nesten all ferdigmat til spebabar er tilsatt erter.

Barn blir også servert tran med appelsinsmak, i håp om at den skal bli lettere ned. Men tran med appelsinsmak kan forsterke allergi. Men også vanlig tran kan skape problemer - for fiskeallergikeren. I likhet med fiskeprodukter flest.

Fiskeallergikeren skal være klar over at fisk tilsettes som fremmedprotein i en rekke matvarer - eksempelvis brød.

Bjørkeallergikere som reagerer på rå gulrøtter, tåler dem gjerne når de er kokt.

### Pollenallergi og melprodukter

Timotei representerer alle gressarter i Norge, og kan kryssreagere med korn, særlig hvete. Gressallergikere kan

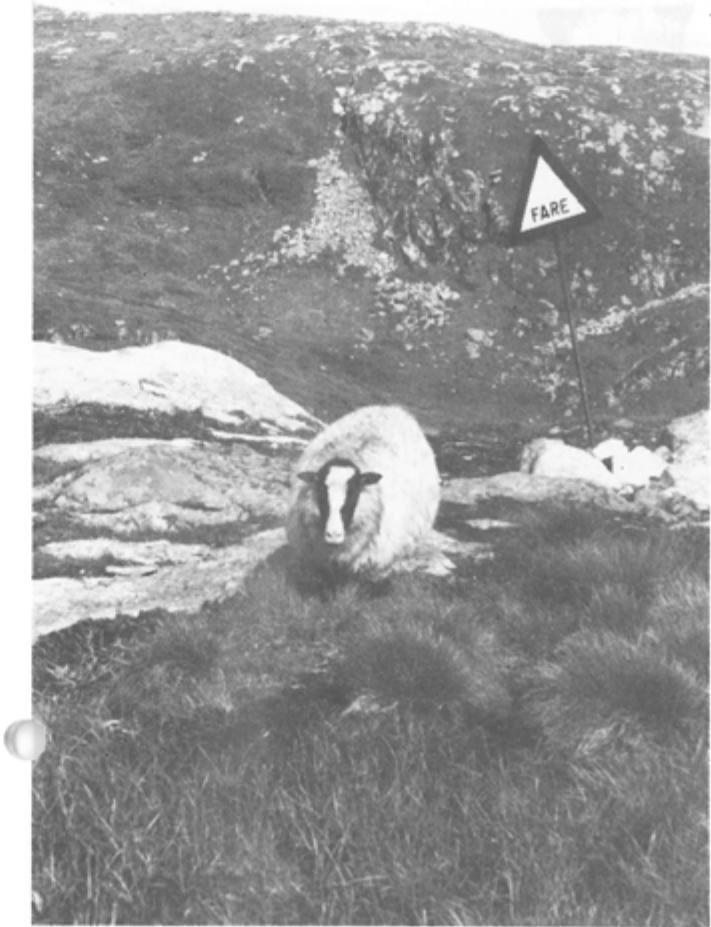


Foto: Kirsti Malterud

derfor reagere kraftig i nærtiden av en kornåker i full blomst. Det er imidlertid sjeldent at gressallergikere reagerer på melprodukter, som for eksempel brød. Og det er også sjeldent med allergisk reaksjon på hvete.

Men det forekommer. Fordi gress og korn har allergi-lektskap, eller kryssreagerer - som vi sier, så kan en allergitest på hvete slå positivt ut hos en gressallergiker. Gluten i hvete, kan forårsake Coeliaki - som er en meget spesiell intoleranse-reaksjon og ikke egentlig allergi.

Coeliaki - eller som det nå også er lov å skrive: Søliaki - kommer som regel av at pasienten mangler et spesielt enzym i tarmsystemet. Det har vist seg at det ofte er vanskelig å få stilt diagnosen søliaki. Mange voksne som har fått sykdommen, har gått dramatisk ned i vekt før man harfunnet årsaken. De vanligste symptomene ved søliaki, er diare og magesmerter.

### Malurt og andre urter i begeret

Burot er en plante som tilhører urtfamilien, og den er nært beslektet med malurt. Burotallergikere kan derfor reagere på matvarer som inneholder urter, og de reagerer som regel med elveblest. Urtene kan være løk, hvitløk, selleri, purre, paprika - som også kryssreagerer med bjørk - og alt som finnes av blandingskrydder, for eksempel grillkrydder og salatdressing. En pizza kan derfor være skjebnesvanger å spise for en burotallergiker.

En mengde homøopatmidler og naturmedisin er fremstilt av urter, eller med urter som vesentlig tilsetning. I det hele tatt er piller og midler laget av urter populære, men burotallergikere bør holde seg langt unna slike. Et middel som for eksempel Preglandin, som er populært blant kvinner med menstruasjonssmerter, er fremstilt av urter som kryssreagerer med burot.

### Allergiske variasjoner

Allergitoleransen varierer fra pasient til pasient, og fra dag til dag. Det en allergiker tåler å spise en dag, kan pasienten reagere kraftig på ved en annen anledning. Ofte skyldes dette at vi inntar kombinasjoner av allergifremkallende matvarer.

For mange vedkommende er også mengden av stor betydning. Litt går bra, men blir det for mye, går det galt.

I samme store grad som antallet pollennallergikere øker fra år til år, blir det flere som reagerer på matvarer. Ikke bare matvarer som kryssreagerer med pollen, men man får også kraftige allergiske reaksjoner av "rene" matvarer som melk, fisk, egg og skalldyr.

Ja, så innfløkt er det blitt, at fiskeallergikere kan få allergiske reaksjoner når de spiser høns, kylling og svinekjøtt. Fordi hønene, kyllingene og grisene har vært foret med fiskemel. Det fins også brød som er tilsett fiskemel. Og i leverposten skjuler det seg ansjos. Mer forståelig er det at eggallergikere kan reagere på kylling. Men denne reaksjonen er likevel ekstremt sjeldent.

### Allergi og intoleranse overfor melk

Melkeallergi er hyppigst i spebarsårene, men det blir også stadig flere voksne som reagerer på melk. I slike tilfeller er det sjeldent snakk om allergi, det er mer en intoleranse. Man tåler ganske enkelt ikke fremmedproteinene som finnes i melk. Generelt kan vi si at hos barn forekommer melkeallergi, hos voksne melke-intoleranse.

I følge norske meierier vil vi ikke overleve uten melk. Ta bare en titt på hva de skriver på kartongene. For mange allergikere er det imidlertid snakk om det motsatte: Melk kan være livstruende.

Og med fare for å bli beskyldt for melkekjetters virksomhet - våger vi påstanden:

Kumelk er for kalver!

Stort sett får vi i oss de næringsstoffene som er i melk gjennom et vanlig, godt norsk kosthold. Det er da også stort sett bare i Norden og Sovjet, og i visse deler av USA, at man jevnlig drikker melk i voksen alder.

Det kan være formuflig for allergikere å holde seg borte fra melk i en periode på tre-fire uker, for å få svar på om melken forverrer plagene. Det kan den gjøre, særlig ved eksem og fordøyelsesproblemer.

Ved melkeallergi foreligger ofte en lactose-intoleranse. Lactose finnes også i en rekke allergimedisiner. Det er lactose-intoleranse som hyppigst er årsak til at ikke innvandrere tåler melk. De mangler et enzym som bryter ned lactose. Allergikere med melkeintoleranse blir ofte anbefalt melkeerstatning, for eksempel soya.

### Soya

Men det kan bli å gå fra asken til ilden. Det er nemlig noe som heter soyaallergi, og den blir stadig mer utbredt - i takt med økende bruk av soya som fremmedprotein i matvarer. Men soya opptrer ikke bare som tilsettingsstoff. Den opptrer også i ren form, for eksempel i soyasmør og soyaolje. Særlig i USA er soyaallergi utbredt - og der har man da også brukt soya som tilsetning i matvarer i lengre tid enn her hjemme.

Men vi er godt i gang. Hvorfor tror du at den såkalte wiener-pølsa du kjøper på bensinstasjonen er så blass i smaken? Svaret er soya. Soya smaker ikke. Og fordi soya er billig, kan du gå ut i fra at det meste av kjøtprodukter som selges på tilbud, inneholder soya. Du kan også gå ut fra - når du ser



ei fristende, rød pålse, for eksempel - at det er brukt paprika som tilsetningsstoff, for å gi farge. Det er nå forbudt å kalle en soyawiener for wiener, men stadig leser vi i avisene at kontroll - myndighetene har oppdaget brudd på varedeklarasjonsbestemmelsene. Med mer utbredt soyaallergi, kan slike juks få tildels store helsemessige følger.

## Varedeklarasjonen og E-stoffene

I det hele tatt bør allergikere se nøyne på varedeklarasjoner på matvarer. Ikke bare soya, men også andre tilsetningsstoffer fører i økende grad til allergi- og intoleranse-reaksjoner. Særlig tilsetningsstoffer av typen "E". Det er særlig konserveringsstoffene, fargestoffene og søtningsstoffene - av type "E" - som kan føre til kraftige allergi- og intoleranse-reaksjoner. Og da først og fremst elveblest og fordøyelsesproblemer.

Men også en rekke andre E-stoffer kan være farlige, og etterhvert som vi får bedre kjennskap til de forskjellige tilsetningsstoffene, og etterhvert som flere pasienter melder seg med nye plager, så vil nok lista over uheldige tilsetningsstoffer øke.

Og egentlig er det ikke det minste rart at vi reagerer. Innholdet i enkelte billige, såkalte "barnetimeposer", er for eksempel i sin helhet produsert i et kjemilaboratorium.

De E-stoffene som hyppigst fremkaller allergi, er E 200, E 201, E 202, E 210 og E 211. E 210 - eller benzoesyre - finnes også i bær.

## Andre skjulte tilsetningsstoffer

Problemet med tilsetningsstoffer viser seg også hos personer med fiskeallergi. Mange med slik allergi pleier å kunne spise rød fisk - altså fiskeslag som laks og ørret. Men i dag er det

stort sett rød oppdretts-fisk på markedet, og denne fisken er foret blant annet med antibiotika og fargestoffer, for å få kjøttet rødt. Disse tilsetningsstoffene øggjør at allergikere også reagerer på rød fisk. Eller man har brukt rekeskall i foret - for å få fin farge, og det betyr problemer for skalldyr-allergikerne.

Det kan være svært vanskelig å påvise matvareallergi - selv for en spesialist. Dette fordi det ofte ikke er snakk om allergi i vanlig forstand, men en intoleranse-reaksjon.

Og intoleranse-reaksjoner lar seg ikke testavsløre som vanlig allergi. Særlig gjelder dette reaksjoner på E-stoffer.

I de vanskeligste tilfellene, må pasienten være detektiv i eget matfat - i samarbeid med spesialisten. I og med at matvare-intoleranse er sterkt økende, så blir stadig flere spesialister flinkere i å tolke reaksjonene. Og man får stadig bedre kjennskap til hvilke matvarer som hyppigst utløser intoleranse-reaksjoner.

Men fortsatt er matvare-intoleranse den vanskeligste liden til å finne ut av for allergispesialistene.

## Alkohol

Alkohol sløver - og det finnes vel de allergikerne som har lurt seg selv til å tro at alkohol dermed kan være åreit mot allergi.

**FEIL!**

Ja, det er tvert imot. Alkohol kan forsterke allergireaksjoner. Særlig gjelder dette matvare-allergier. Mange allergikere reagerer dessuten på rødvin - nå ja, det gjør jo alle, for så vidt - men allergikere blant annet med utslett. I tillegg blir de generelt syke, føler seg dårlige - uten at dette har noe med alkoholinntaket å gjøre. Forklaringen er at enkelte rødvinstyper - særlig de billigste og de med kortest lagringstid - inneholder direkte allergifrem-

kallende stoffer, som for eksempel histamin.

Rødvinsallergikere tåler imidlertid ofte bedre hvitvin og dyrere årgangsviner. Men som med alt innen allergi: Dette gjelder ikke alle. Ingen regel uten unntak.

Også øl kan være allergifremkallende. Fordi øl inneholder svoveldioksyd - som er en viktig årsak til astma. - Apropos alkohol og allergi: Det er godt mulig at Marve Fleksnes er allergisk. Men neppe mot lær, som han selv hevder. Han tror han er allergisk mot lær, fordi hver gang han sovner med sko på - så våkner han med dundrende hodepine. Årsaken kan være allergisk reaksjon på rødvin.

Eller på peanøtter. Peanøtter er ikke i slekt med for eksempel hasselnøtter. Peanøtter er en jordnøtt. Og følgelig er den ikke "automatisk" allergifremkallende. Men likevel er det en del allergikere som reagerer på peanøtter.

**Spesiallege**  
Arve Bryhni Frostad  
Allergologisk poliklinikk  
Holmenvn. 1  
0374 Oslo 3

**Journalist**  
Alf Tande-Pedersen  
Dagbladet  
Akersgt. 49  
0180 Oslo 1 □



## ANMELDELSE

**Henrik Wulff,  
Stig Andur Pedersen,  
Ruben Rosenberg:  
Medisinsk filosofi.  
København: Munksgaard,  
1990. 247 s. ISBN 87-16-  
10525-7**

Henrik Wulff er indremedisiner og overlege i København. Han var nylig en av hovedinlederne ved kurset "Kvalitative forskningsmetoder - anvendelse av humanistiske forskningsredskaper på medisinske problemfelter", arrangert av Det Danske Forskerakademiet. Han snakket om menneskesyn og medisinsk forskning. Han tok for seg den naturvitenskapelige tradisjonen i medisinsk forskning som har resultert i store diagnostiske og terapeutiske landevinninger, men viste også at denne tradisjonen har klare begrensninger.

Bak de ulike forskningsmetodene ligger ulike syn på mennesket. I den naturvitenskapelige tradisjonen blir mennesket sammenlignet med en maskin, og sykdom blir maskinfel. Diagnostikk og terapi blir å finne fram til den nødvendige årsaksfaktoren for å bryte årsakskjeden. Dette kan kalles "apparatefeilmodellen" av mennesket. Ved studiet av mennesket vil man ut fra denne modellen studere de enkelte delene for seg, ført til en metodologisk reduksjonisme. Denne modellen kan bl.a. dårlig forklare homeostasebegrepet.

Hvis man nettopp tar utgangspunkt i homeostasen, må man erstatte apparatefeilmodellen med en termo-

# Et møte med Henrik Wulff og en bokanmeldelse

statmodell. Mennesket blir ut fra denne modellen et selvre-gulerende psykososialt system, og sykdom og sunnhet blir definert ut fra likevekten i systemet. Denne modellen gir ikke rom for at mennesket har fri vilje, da atferd blir forklaart som refleks. Selv om fri vilje er et filosofisk vanskelig begrep, mener Wulff at man intuitivt må forutsette at mennesket har fri vilje.

Den siste modellen for forståelse av mennesket sier at formålet for menneskelig funksjon har sammenheng med målet for livet. Mennesket sees som et autonoomt individ som handler ut fra motiver. Dette gir et helhetsbilde av mennesket.

Wulff sier at man alltid må ha et helhetsbilde selv om man velger et lavere forklaningsnivå, f.eks. en reduksjonistisk modell for å løse et praktisk problem. Da det subjektive ikke kan fanges naturvitenskapelig, utelukkes følelser og opplevelser fra forlaring av somatisk sykdom hvis man ikke går ut over dette forklaningsnivået. I tillegg til de naturvitenskapelige forskningsmetodene vil det derfor være behov for metoder til forskning i menneskelige intensjoner og subjektive opplevelser, d.v.s. humanistiske eller hermeneutiske metoder.

Karakteristisk for Wulffs humor er en kommentar han hadde under diskusjonen: "Har dere nå alle av denne diskusjonen funnet at foreleseren ikke i det hele tatt aner

hva det dreier seg om." En erfaren og lerd mann med kritisk distanse til sitt fagfelt på stadig leting etter et vitenskapsteoretisk ståsted, kan trygt si slikt.

På vei til kantina, gjennom parken i skrå septembersol, fortalte han om boka *Medisinsk Filosofi* som kom for første gang i engelsk utgave i 1986. Den er et resultat av en studiegruppe som han, filosofen Stig Andur Pedersen og psykiateren Ruben Rosenberg hadde. De leste utvalgte filosofiske artikler og diskuterte relevansen disse hadde for medisin. Han fortalte hvordan denne type tanker lenge var lavt verdsatt i medisinske kretser, men: "Jeg har alltid blitt møtt med vennlighet, leger er smille med tosser." Nå opplever han en spennende utvikling med stor vitenskapsteoretisk interesse. "Det lukkete vitenskapssyn er på vei til å åpnes opp."

Kurset hadde en bred gjennomgang av vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. I evalueringssrunden på slutten var det noe ulik oppfatning av verdien av slik allmenn orienterende kunnskap som er lite direkte praktisk anvendelig. En representant for administrasjonen av forskerutdanningen mente man med dagens resultatsorienterte forskerutdanning ikke har råd til å la forskerne være bredt orientert. Vi får håpe og tro den økende interessen for vitenskapsteori som Wulff har registrert, også vil påvirke de som styrer forskerutdanningen. Ellers

vil det lukkete vitenskapssyn fortsatt ráde grunnen innen den organiserte forskerutdanningen, mens den mer sjanserepregete utprøvingen av nye veier mot medisinsk vitenskapelig erkjennelse vil foregå i nisjer der einstøringene kloster seg fast.

Alle som er interessert i et åpnere vitenskapssyn i medisinsk forskning og praksis bør lese Wulffs bok som i år er kommet i dansk oversettelse. Med et Wulff-sitat fra hans gjennomgang av Habermas vil jeg si at: "Jeg er ikke god nok filosof til å si at jeg fullt har forstått, men jeg kan si jeg har lært viktige ting."

**Kommunelege  
Marit Hafting  
5700 Voss**



# Hvorfor slanker vi oss?

En undersøkelse av reklamens kropps bilde



*Liv Opstvedt er cand.mag. og mangedårig leder av Anorexia/Bulemia-Foreningen. Hun er initiativtaker til 1. nordiske kongress om spiseforstyrrelser, og har deltatt i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet angående forebygging og behandling av spiseforstyrrelser.*

## TEMA: Mat

Det er et paradoks at mens folk over store deler av verden sultter av mangel på mat, bruker millionvis av mennesker i vår del av verden tid og penger for å kvitte seg med overflødige kilo.

Av Liv Opstvedt

Vi synes å være rammet av noe som kan se ut som en kroppskulturell massebevegelse, der en både kan finne islett av avansert narsissisme og primitivt rentselsesrituale. Narsistisk i sin overdrevne selvdyrkelse, rentselsesrituale fordi slankingen og trimmingen i hovedsak går ut på å fjerne overflødig (ekkelt, urent) kroppssett.

### Hjem står bak slankehysteriet?

Markedet flommer over av nye og stadig mer effektive slankeprodukter. I kjølevannet følger gjerne en opphetet debatt om hvorvidt produktet holder hva det lover og om eventuelle skadefaktorer advarer mot overdrevet slanking og har bl.a. pekt på at det kan utløse alvorlige spiseforstyrrelser. Tvisomme resultater og advarsler til tross, slankingen fortsetter. Markedet synest å være umettelig og tilsvarende lukrativt.

Derimot hersker det stor usikkerhet om hva eller hvem som "står bak" det som ved flere anledninger er blitt betegnet som "slankehysteri". Både idretten, moteindustrien og mediene har fra tid til annen kommet i søkelyset som "skyldige". Det hevdes at disse "skaper" et kropps bilde som kan være helsefarlig.

Påstanden er at det kropps bilde som vi bl.a. kan se i aviser og blader, har direkte innflytelse på hvordan det enkelte menneske oppfatter sin egen kropp, og at de normer og verdier ukoppen legger opp til med hensyn til akseptabel kroppsvekt, danner grunnlaget for samfunnets vektnormer.

Denne debatten har en klar parallel i debatten om hvorvidt vold i massemidia skaper vold i samfunnet. I begge tilfeller baserer en seg på antakelsen om at massemedia har stor innflytelse og gjennomslagskraft, og at vi mennesker er passive og aksepterende mottakere av mediebudskapet. En rekke studier over massemidiene påvirkningsmulighet har vist at det er grunn til å tvile på denne antagelsen. Mediene påvirker oss, men hvordan og på hvilken måte de influerer på vårt liv avhenger av en rekke faktorer av individuell og sosial karakter. Mediene reflekterer likevel viktige strømninger i det samfunnet de er en del av (1). Det kropps bilde som de formidler, og hvordan dette har endret seg over tid, er derfor en viktig kilde til informasjon dersom vi ønsker å komme på sporet av de underliggende motiver for den kroppskulturelle massebevegelsen som behersker vår tid.

### Samfunnsformer og kropps bilder i endring

I en undersøkelse over reklame og kropps bilde (2) såkte jeg å belyse hvordan ulike samfunnsformer avspeiles i det rådende kropps bilde, og hvordan det mediumet det er blitt formidlet gjennom har endret seg over tid - fra antikkens marmorstatuer via middelalderens oljemalerier til våre dagers elektroniske bildemedier.

Bakgrunnen for min undersøkelse var en hypotese om at et samfunns kropps bilde er et symbol for rådende normer og verdier. (Med kropps bilde er her ment det rådende skjønnhetsideal slik det fremstår gjennom avbildninger og i virkeligheten).

## Striper virkar slankande



Tegning: Oddvar Torsheim

Som grunnlag for undersøkelsen valgte jeg et av våre mest solgte ukeblader og for å få et bilde av utviklingen over tid, ble årgangene 1965, -75 og -85, undersøkt. Med bakgrunn i at jeg ønsket å finne frem til det kroppsbygningen i ukebladet, var det nødvendig å definere visse kriterier som gjorde det mulig å identifisere dette.

### Selvbilde og kroppsbygning

Vårt kroppsbygning henger nøy sammen med vårt selvbilde. Selvbildet kan deles opp i tre kategorier - det fysiske, det åndelige og det sosiale selv. Det *fysiske* selv omfatter alder, kjønn, lengde og vekt - kort sagt vårt ytre jeg. Det *åndelige* selv er vår psykiske tilstand, basert på bevisste og ubevisste erfaringer, uttrykt gjennom reaksjoner, holdninger og verdier. Det *sosiale* selv er knyttet til faktorer som opprinnelse, utdannelse og yrke. Til sammen danner disse tre kategoriene et tankeskjema, eller et organiserende prinsipp, for vår samhandling med omverdenen. I undersøkelsen var det på denne bakgrunn nødvendig å skille ut følgende faktorer:

1. personenes ytre, dvs. alder, kjønn og vekt
2. indre egenskaper slik de kommer til uttrykk gjennom ansiktsuttrykk og kroppsholdninger
3. personenes sosiale situasjon, samt hvordan de samhandlet og kommuniserte med andre

Disse trekkene ble så scoret ved hjelp av et skjema med skalå fra 1-7. Undersøkelsen avdekket et kroppsbygning som i henhold til de ovenfor nevnte kriterier kan beskrives slik:

1. *Ytre egenskaper:*  
Ungdommelig, under middels vekt, med en klar overvekt av kvinner.
2. *Holdninger:*  
Innadvendt, selvsentert med en kontrollert (poserende) kroppsholdning.
3. *Sosial situasjon:*  
Ensom, avgrenset og i liten grad i kommunikasjon eller samhandling med andre.

Det ble ikke registrert særlig endring over tid når det gjaldt de rent ytre egenskaper. Reklamens kroppsbygning var like ungdommelig magert i 1965 som i 1985. I den forbindelse er det verdt å nevne at den såkalte "Twiggy-moten" kom før 1965. Twiggy var som kjent et radmagert fenomen av en fotomodell, som nettopp brukte vekten som image. Reklamen er i stor grad rettet mot kvinner, samtidig som unge kvinner har stor salgsappell, uansett hvilken varegruppe det reklameres for (1,3). Dette forklarer hvorfor det er flere kvinner enn menn i reklamebildet.

### Selvopptattethet eller samhandling?

Skal en dømme etter reklamebildet, går en stadig økende andel av vår til til pleie av egne, framfor andres behov. En slik selvopptattethet gir liten plass til kommunikasjon og samhandling med andre - men kanskje er det nettopp å holde andre på avstand som ligger under en slik utvikling?

Undersøkelsen viste videre at argumentene som brukes for å selge produktene, har endret seg over tid. I 1965 brukte reklamen argumenter som gikk på produktets ytre egenskaper, som lukt, smak og utsende ("mild mot hendene" eller "en fryd for øye og gane"). I 1985 går argumentene mer i retning av produktene skjulte egenskaper ("sunt", "helsebringende", "inneholder livsviktige vitaminer og mineraler"). Denne utviklingen har uten tvil bare forsterket seg ytterligere fram mot 1990. Samtidig som det argumenteres for sunnhet og helse, formidles det et kroppsbygning som må betegnes som så undervektig at det for mange mennesker representerer en helsefare å prøve å leve opp til det.

Vekten alene kan ikke brukes som indikator på normer og verdier. Først når vi setter vekten inn i en sammenheng, vil den kunne fortelle oss noe om den sosialkulturelle virkelighet og hvordan den har utviklet seg over tid. Det er derfor nødvendig å se på hvordan vekt vurderes som statusfaktor i samfunnet. Etter å ha avdekket et tidstypisk kroppsbygning som kommuniserer innadvendt, selvopptatt avgrensethet, er det naturlig å stille følgende spørsmål:

Hvordan og hvorfor i den endringsprosessen som kalles utvikling, har menne-



skelig atferd, følelser og tanker, kontrollert ved ytre og internaliserte begrensninger, endret seg i en spesiell retning?

## Sivilisasjon og driftskontroll

I et forsøk på å antyde et svar vil jeg ta utgangspunkt i Norbert Elias's verk "The History of Manners" (4). I "The Civilizing Process", beskriver Elias sivilisasjonsprosessen som en spesifikk transformasjon av personlighetsstrukturen mot et stadig høyere nivå av driftskontroll.

Elias setter dette i sammenheng med en tilsvarende endring i den sosiale struktur, som går mot økt differensiering og integrasjon. I boken gir Elias en grundig veldokumentert gjennomgang av menneskelige manerer, eller takt og tone, slik disse har utviklet seg opp gjennom tidene. Ved hjelp av eksempler viser han på en fascinerende måte hvordan kulturen har overtatt på bekostning av naturen, ved et stadig sterkere krav til individet om å "legge bånd på seg" - spesielt i andre menneskers nærvær.

I følge Elias ble påbud og manerer tidligere kun forbundet med det øvre sosiale lag eller den offentlige sfære. Det eksisterte slik tidlig regler for hvordan en skulle se seg i nærvær av kongelige og geistelige personer. Opprinnelig utgjorde disse en klart avgrenset og relativt liten del av befolkningen, og de ulike lag møttes bare ved spesielle anledninger. Det var m.a.o. begrenset hvor mye tid vanlige mennesker tilbrakte i situasjoner der etikette var påkrevd. Størstedelen av sin tid tilbrakte det enkelte individ under forhold der naturlig "fri" utfoldelse snarere enn etikett var vanlig.

Fra sen middelalder, eller tidlig renessanse, og frem til vår tid, har dette endret seg dramatisk i vår del av verden. Med borgerskapets fremvekst på slutten av 18-århundretallet, ble det en stadig større del av befolkningen som ønsket å bli godtatt i det øvre sosiale lag.

Samtidig hadde utviklingen ført til at følesesytringer ikke lenger ble oppfattet som "dannet" i dette lag av befolkningen. For å bli tatt opp i "det gode selskap" krevdes det derfor at en tillegnet seg en viss porsjon selvkontroll. Det ble nødvendig å skille mellom "indre" spontane emosjoner og impulser, og

"ytre" adferd. Ytre institusjonelle påbud (etikette) om å holde de to sider adskilt ble så etterhvert internalisert i det enkelte individ som en indre ubevisst samvitighet. Elias vil slik vise oss at den menneskelige sivilisasjonsprosessen over tid, er en parallell til menneskets utviklingsprosess fra barn til voksen.



**Slanking er et utslag av våre vestlige normer for selvkontroll og individuelle behov for avgrensning. Vi slanker oss for å unngå sosial deklassering og forakt**



Parallelt med endringen på det individuelle plan har det skjedd en endring i den sosiale strukturen mot et mindre lagdelt samfunn. Tidligere sosiale skiller er i ferd med å bli vasket ut. Enhver står fritt til å skape sitt eget livsrom, uavhengig av sosial tilhørighet. Klassen skillet er så og si rykket ned på individplan. Samtidig har geografiske avstander fått mindre betydning. I stedet for klart avgrensete befolkningsgrupper som møttes ved spesielle anledninger (segresjon), omgås vi nå daglig mennesker av alle kategorier og med ulik sosial bakgrunn (integrasjon). I stedet for å være avgrenset til spesielle anledninger slik Elias beskriver det, omfatter den offentlige sfære nå en stadig større del av vårt liv og vår tid.

## Grenser og tilbaketrekning

Mennesket av i dag er m.a.o. utsatt for et konstant krav om individuell selvkontroll. Dette skaper et behov for tilbaketrekning - et behov for oppret-

telse av grenser. På denne bakgrunn oppstår den vestlige kulturs kropps bilde i form av et klart avgrenset individ, hvis samme natur er innelukket og som bare kommuniserer fra overflaten - et slags homo clausus (4). Overflaten skiller ikke bare det ene individ fra det andre, den skiller også det indre vegetative system og det ytre sosiale system med en usynlig grense (5). Det som er innekapslet, er bl.a. de farlige usynlige instinkter og emosjoner som må undekastes streng selvkontroll.

Form signaliserer altså sosial avstand og veldefinerte roller, mens formløshet signaliserer imøtekommehet, intimitet og rollesammenblanding (udefinerte roller). I et slikt perspektiv blir ukontrollerte former symboler på anarki og sosialet kaos. Det kontrollerte innadvendte kropps bilde reflekterer altså ikke bare individets behov for avgrensning, det reflekterer også samfunnets behov for lov og orden.

Brist på "grensekontrollen" blir tolket som manglende vilje eller evne til å tilpasse seg samfunnets krav. Reaksjonen varierer etter hvordan slik mangel på tilpasning kommer til uttrykk. Rettsapparatet, fengselsvesenet og ulike andre institusjoner tar seg av de mest alvorlige former for manglende tilpasning. Mindre provoserende former slik de kommer til uttrykk i viltvoksende hår og skjegg, utflytende kroppsformer eller urenslighet og svettelukt, blir "bare" møtt med forakt og sosial deklassering. Våre vestlige normer og verdier gir seg utslag i et kropps bilde som for de aller fleste ikke er naturgitt, men som pålegger den enkelte en nøktern disciplinert livsstil.

## Død, forfall og helse

Et annet typisk trekk ved vår kultur er vår angst for død og forfall - en angst som reformuleres gjennom metaforen "helse". Ulike eksperter innenfor helsevesenet kommer med veiledninger, råd og påbud som skal sikre oss helse og et lykkelig liv. Vår kulturs kropps bilde er altså til overmål gitt en medisinsk og hygienisk begrunnelse. Dette er et trekk vi gjenkjenner fra tidligere kulturer. I det gamle testamentet finner vi slik en rekke påbud og regler som opprinnelig er laget ut fra hygieniske hensyn.

## Reklame og behov

Utgangspunktet for min undersøkelse om reklamens kropps bilde var at ethvert samfunn og enhver tidsalder har sin spesielle uttrykksform. Videre at reklame er en indikator på sosiale og kulturelle former. Vi lever i et samfunn der et ettertraktet ytre blir tillagt stor betydning. I bestrebelsen for å oppnå dette hender det at noen går for langt slik at det går på helsen løs. Dette har ført til en debatt om skyld og ansvar. Det er bl.a. hevdet at det kropps bildet som spesielt massemediene formidler danner grunnlaget for den enkeltes vektnormer. Når massemediene er full av reklame for ulike hjelpe midler som lover oss et ettertraktet ytre og dermed et lykkelige re liv, er nok dette et bevisst forsøk på å skape et behov.

Dette ville likevel knapt være mulig dersom ikke forutsetningene for behovet var latent tilstede i individ/samfunn. På denne bakgrunn kan en altså slutte at slanking er et utslag av underliggende kulturelle og sosiale faktorer. Disse faktorene skaper det individuelle behov for avgrensning, og summen av slike individuelle behov skaper de kollektive normer for selvkontroll. De som ikke fyller disse normene blir tildels møtt med fiendtlighet, dvs. sosial deklassering og forakt. For å unngå dette kjemper millionvis av mennesker i vår del av verden en daglig kamp med dietter og ulike trim- og mosjonsopplegg. En kamp de taper hver eneste dag. En hjelpende hånd i form av nye og mer effektive slankemetoder blir møtt med nye håp og nye mislykkede forsøk. Den skadelige slankingen kan ikke bekjempes med formuftigere opplegg og mer effektive dietter. Bare ved større innsikt i de underliggende motiver for våre handlinger vil vi komme frem til en bedre og mer adekvat løsning på våre eksistensielle problemer.

## Litteratur:

1. Nowak K, Andren G. Reklame og samhällsforändring. Lund, 1981.
2. Opstvedt L. Reklame og kropps bilde. Bergen, 1986.
3. NOU, 1981: 16. Reklame og kjønn.
4. Elias N. Civilization as a Specific Transformation of Human Behavior. Bind 1: The Civilizing Process. New York, 1978.
5. Bateson G. Steps to an Ecology of Mind. New York, 1972.

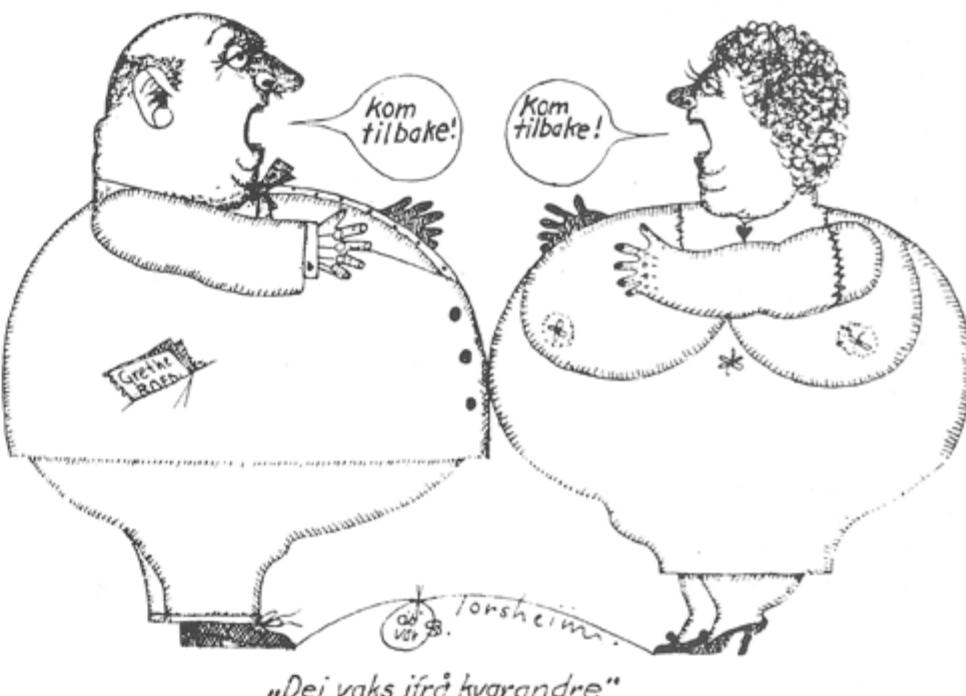
Liv Opstvedt  
Kvernabekkvn. 54a  
5047 Fana



**På gymnaset la jeg på meg femten kilo og ble preseterist.  
Skolelegen spurte om jeg ikke hadde gjort annet enn å spise de tre åra.  
Jeg har lagt meg ut på alle felter,  
svarte jeg og gav ham et fett, sultent blikk.**

KARIN SVEEN

(Fra Kroppens sug, hjertets savn. PAX 1985)



Tegning: Oddvar Torsheim



## ANMELDELSE

*Olav Spigset er cand.med. fra Bergen 1988. Etter turnusjeneste på Lillehammer og Otta har han vært militærlege i indre Troms, og er nylig ansatt som kommunelege II i Verran.*

**De siste fem årene har det utkommet et variert utvalg bøker om spiseforstyrrelse-ne anorexia nervosa og bulimia nervosa/ bulimi. I denne artikkelen omtales samtlige nye norske bøker, i tillegg nevnes også utvalgte bøker på andre skandinaviske språk.**

Neppe på noe annet område innen medisinen har det vært lansert så mange ulike årsaksteorier og behandlings-metoder. Dette gjenspeiles også i bokutvalget, idet knapt noen av bøkene kan sies å gi et komplett og fullstendig oppdatert bilde av det mangfold av teorier og behandlingsformer som finnes.

# BØKER om spise-forstyrrelser

**Opstvedt J, Bassøe HH (red). Anorexia nervosa og bulimia nervosa. Teori og behandling. 154 s. Oslo: Universitetsforlaget, 1985. Pris NOK 170.**

Boken er en samling foredrag fra et symposium i Bergen i 1984. I alt ni norske, britiske og amerikanske forskere har bidratt med kapitler som spenner fra fysiologiske og biokjemiske teorier og modeller til psykologiske og ernæringsmessige behandlingsprinsipper. De mange forfatterne medfører at boken ikke kan sies å ha et helhetlig preg. Enkelte temaer omtales svært detaljert, mens andre sentrale forhold knapt nevnes.

Forfatterne presenterer hovedsaklig sine egne etiologiske synspunkter og behandlingsopplegg. Noen av kaplene er meget teoretiske og tildels vanskelig tilgjengelig uten gode forkunnskaper. For spesielt interesserte kan utvalgte kapitler være leseverdige. Som en oversiktlig innføring egner boken seg dårlig. Selv om en del faguttrykk er definert i en egen ordliste vil nok de fleste kapitlene være så spesielle at boken neppe egner seg for pasienter og pårørende.

**Buhl C. Kampen om kroppen. Anoreksi, bulimi og andre spiseforstyrrelser. 98 sider. Oslo: Universitetsforlaget, 1985. Pris NOK 55.**

Boken omtaler spiseforstyrrelser ut fra en psykologisk tilnærningsmåte og bygger på forfatterens egne erfaringer med pasientgruppen. Den tar for seg karakteristiske forhold ved anoreksi, bulimi og overspising med overvekt, beskrevet ved hjelp av konkrete pasienteksempler. Psykologiske aspekter beskrives detaljert. Psykologiske behandlingsformer nevnes, delvis ved hjelp av kasuistikker. Det diskuteres kort hvor patientene bør behandles, samt kriterier for bedring og helbredelse, hele tiden illustrert med pasienteksempler.

Bokens psykologiske referanseramme medfører at den utfyller andre norske bøker. Den er skrevet på en lettfatelig måte. Boken oppfyller forfatterens intensjon, som er å formidle kunnskap til pasienter, pårørende, venner, lærere og trenere. Som informasjon til profesjoner innenfor helsevesenet er den mindre egnet, siden den i liten grad tar opp problematikken sett fra behandlerens side.

**Tolstrup K, Brinch M.** Spisevægning og vægtangst. Om anorexia nervosa og bulimi. 152 s. København: Munksgaard, 1986. Pris NOK 189.

Denne danske boken er skrevet av to erfarte behandlere ved Rigshospitalet i København. Den henvender seg til en bred leserkrets som omfatter både terapeuter, pasienter, pårørende og andre interesserter.

Etter en innledning som omtaler sult, metthet og appetitt generelt, hovedsakelig i psykososial sammenheng, presenteres anorexia nervosa over 87 sider. Årsaksforhold, diagnose, forekomst, forløp, behandling og prognose er beskrevet ut fra nyere forskningsresultater og oppdatert kunnskap. Kapitlet om bulimi på 22 sider er noe mer kortfattet, men inneholder all vesentlig informasjon om tilstanden. Boken avsluttes med et kort kapittel om profylakse.

Dette er den mest komplette av de skandinaviskspråklige bøkene på markedet idag. Den er grundig, systematisk og objektiv samtidig som den er oversiktlig og lettles. Forfatterenes bakgrunn som barnepsykiatere preger riktig nok boken, men også andre årsaksteorier og behandlingsprinsipper er presentert, med litteraturhenvisninger for spesielt interesserte. Boken kan leses med utbytte av alle med eller uten forkunnskaper. For den som vil sette seg grundig inn i alle sider ved spiseforstyrrelser kan boken anbefales på det varmeste.

**Bassoe HH.** Anorexia/bulimia nervosa. En kort orientering. 61 sider. Trondheim: Tapir, 1986. Pris NOK 40.

Dette hendige heftet gir en kortfattet og oversiktlig fremstilling av symptomer, diagnose, forløp og prognose ved anorexi/bulimi. Årsaksteoriene som presenteres og behandlingsopplegget som beskrives gjenspeiler forfatterens egne teorier om spiseforstyrrelser som somatopsikiske lidelser, dvs. somatiske sykdommer med psykiske symptomer. Langtidsoppfølging etter behandlingen, som er utviklet ved Haukeland sykehus, viser imidlertid meget gode resultater. Bl.a. ut fra forskning som presenteres i heftet er det nå generelt akseptert at somatiske forhold har større betydning enn det er hevdet tidligere.

En mangel med heftet er at det først og fremst omtaler anorexi og i mindre grad bulimi, som er mye vanligere og som krever et noe annet behandlingsopplegg. Psykologiske teorier og behandlingsprinsipper nevnes heller ikke.

Heftet er skrevet på en grei og lettstående måte og egner seg godt for pasienter og pårørende. Som en kort og oversiktlig innføring til helsetjenesten kan heftet sterkt anbefales, spesielt hvis man i første rekke er interessert i de somatiske sidene ved spiseforstyrrelser. Det gir god, spennende og tankevekkende informasjon for en billig penge.

**Buhl C.** Følelser og kropp. Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. 143 sider. Oslo: Universitetsforlaget 1990. Pris NOK 150.

Boken omtaler i første rekke behandlingen av anorexi/bulimi sett fra forfatterens standpunkt som klinisk psykolog/psykoterapeut. Det tas også sikte på å gi leseren innsikt i psykopatologien bak spiseforstyrrelsene. Behandlingsformene presenteres detaljert og bygger på psykoterapeutiske prinsipper med en tredelt behandlingsmodell. Det diskuteres videre grundig kriterier for behandling i allmennhelsetjenesten, for poliklinisk spesialistbehandling og for sykehusinnleggelse, samt kriterier for bedring og helbredelse. Boken beskriver sykdomsbildene godt og er omfattende og meget informativ.

Siden boken i første rekke er skrevet for behandlere med noe forkunnskaper inneholder den mange faguttrykk. Store deler av stoffet er svært detaljert og vil være vanskelig tilgjengelig for pasienter og pårørende.

Selv om somatiske forhold og diettbehandling nevnes, er vekten i høy grad lagt på psykologiske forhold. Av den grunn vil nok mye av innholdet være for spesielt for dem som ikke har psykodynamikk og psykoterapeutiske behandlingsprinsipper som særinteresse.



**Christensen K, Storhaug H.**  
Når følelser blir mat. Kvinner og spiseforstyrrelser.  
167 sider. Oslo: Aschehoug  
1990. Pris NOK 179.

Dette er en populært bok om spiseforstyrrelser skrevet av to av dem som startet Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) i 1987. Forfatterne tar utgangspunkt i intervjuer med 15 kvinner med spiseproblemer. Syv av disse gjengis i forkortet versjon, de åtte andre danner bakgrunn for synspunkter og påstander i boken.

Det beskrives ulike former for spiseforstyrrelser og det nevnes kort bakgrunnen for dannelsen og formålet med IKS. Spiseforstyrrelser innen idretten og fysiske skadenvirkninger omtales i egne kapitler. Boken inneholder også et overflatisk og ufullstendig kapittel om behandling.

Forfatternes subjektive syn preger boken og den vitenskapelige dokumentasjonen for mange av påstandene savnes. Boken er skrevet ut fra et feministperspektiv med psykodynamiske islett. Betydningen av kvinnerollen, familiekonflikter, alkoholmisbruk og seksuelle problemer med incest overdrives, mens betydningen av viljestyrt slanking og vekttap skyves i bakgrunnen. Somatiske årsaksteorier og medisinske behandlingsmetoder tas ikke opp.

Boken omtaler spiseforstyrrelser på en ensidig og ufullstendig måte og kan derfor ikke anbefales som en innføring til helsepersonell.

**Opstvedt L, Skjelbred B (red).** Hvordan hjelpe og forstå mennesker med anorexi/bulimi. Faglige råd og personlige erfaringer. 86 sider. Bergen:  
*Anorexia/Bulimia Foreningen* 1988. Pris NOK 80.

Heftet er en artikkelsamling der bidragsyterne er fagpersonell med ulike teoretiske synsvinkler (leger, psykologer, ernæringsfysiologer) og pårørende. Det kan bestilles fra ABF, Kong Oscarsgt. 66-68, 5017 Bergen.

Fra faglig hold informeres det om årsakene til spiseforstyrrelser og det gis et innblikk i adferdsterapeutisk behandling ved bulimi. Videre er det korte kapitler som omhandler kosthold og kostveiledning. I avsnittet om pårørendes erfaringer gis et innblikk i hvor vanskelig sykdommen kan være både for den som rammes og familien. I tre korte kapitler informeres det om ABF's funksjon og arbeidsmåte, og det nevnes litt om erfaringer fra støtte- og samtalegrupper.

Heftet gir ingen helhetlig oversikt over behandlingen av spiseforstyrrelser, men det gir et innblikk i noen av de mest aktuelle behandlingsformene. Boken egner seg derfor ikke som en første innføring, men gir supplerende opplysninger på utvalgte felter. Siden det stort sett er unngått bruk av faguttrykk vil boken også kunne leses av pasienter og pårørende,

**Aarskog D.** Overvekt og slanking hos barn og unge. 137 sider. Oslo: Tano 1986. Pris NOK 138.

Forfatteren vektlegger at boken skal være en motvekt til alle uheldige slankeopplegg som presenteres bl.a. i ukepressen. Boken formidler saklig kunnskap om vekt og slanking i høyrisikoalderen for spiseforstyrrelser på en grei og lettattelig måte. Første halvdel er trykt på grå bakgrunn og henvender seg direkte til den som vil slanke seg, med enkle ernæringsfysiologiske prinsipper og gode praktiske råd. Annen halvdel er beregnet på helsepersonell og foreldre og er noe mer teoretisk anlagt.

*Anorexia/bulimi nervosa* omtales kort.

Boken er lettest og særlig velskrevet. Både ungdom som trenger å gå ned i vekt (med veiledning fra helsepersonell!), foreldre og helsearbeidere vil finne nyttig informasjon i boken. Den bør finnes på enhver helsestasjon.

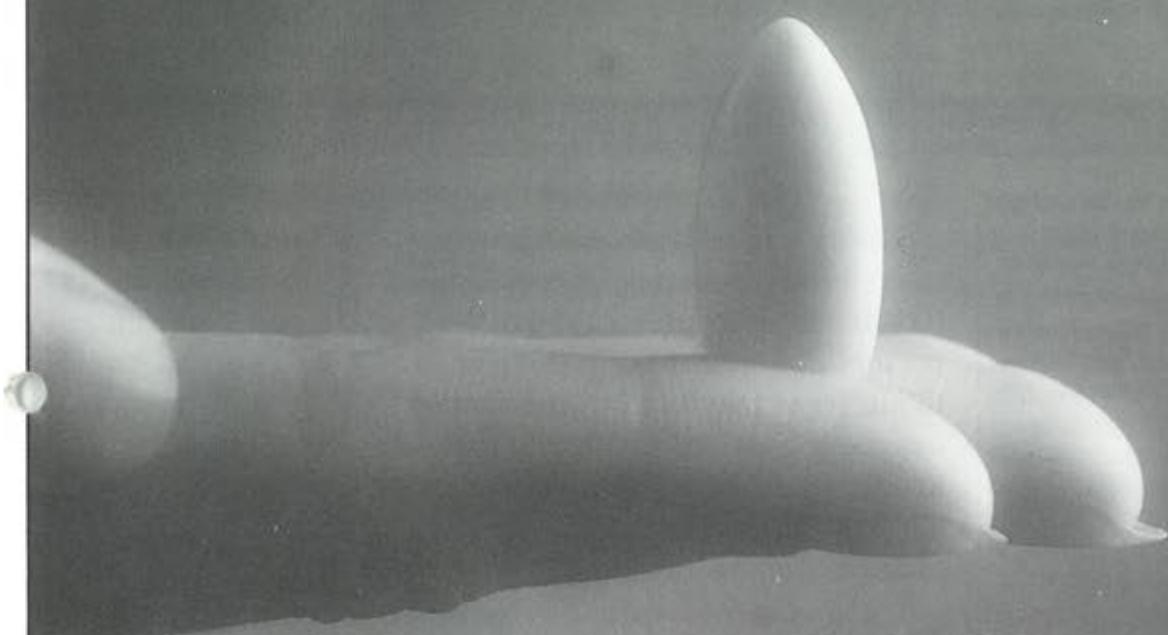
En ny norsk bok om spiseforstyrrelser planlegges utgitt våren 1991. Bokens tittel blir *Anorexia nervosa, bulimia nervosa og overvekt*.

*Forståelsesmetoder og behandlingsprinsipper*, av JH Rosenvinge og IJ Støylen (Tano forlag).

Kommunelege  
Olav Spigset  
7720 Malm



# CANDIDA VAGINIT?



## Pevaryl Depot 150 mg (econazolnitrat)

En gangs behandling for candida vaginit.

Smelter ved kroppstemperatur  
uavhengig av fuktighetsgrad.

- ★ Smelter uten fuktighet
- ★ Et mykt vagitorium
- ★ Behagelig/Smertefri  
applisering
- ★ Effekt 3–5 dager.

JA TAKK, send meg mer informasjon om Pevaryl.  
NAVN \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_

FOR NÆRMERE OPPLYSNINGER  
SE FELLESKATALOG-TEKST.



Hamang terrasse 55,  
Boks 248, 1301 Sandvika.

# Hva feiler det helsevesenet?

**Stadsfysikus Fredrik Mellbye intervjuet av Ebba Wergeland**

Ebba Wergeland (f. 1946) er spesialist i yrkesmedisin. Arbeidsplass som forsker ved Inst. for forebyggende medisin i Oslo, bistilling ved Arbeidstilsynets 2. distriktskontor. I perioder har hun vært helsearbeider i Libanon og Palestina for Den palestinske Røde Halvmåne.

**Hva feiler det helsevesenet?** Fredrik Mellbye kjenner pasienten bedre enn de fleste. Han har hatt sentrale posisjoner i norsk helsevesen i hele etterkrigstida. I boka "Slit med helsa" (Gyldendal 1989), forteller han fra disse årene, og gir sine personlige kommentarer. Boka er en skikkelig oppmuntring til alle leger som fortsatt tror mer på allmennmedisin, forebyggende medisin og offentlig helsevesen, enn på markeds-krefter og medisinske kjøpesentre. Denne samtalen fortsetter der boka slutter: Hva med dagens situasjon - hva feiler det helsevesenet, og hva slags behandling må til?

Da Fredrik Mellbye gikk av som Oslos stadsfysikus i 1983, hadde han vært 13 år i Oslo Helseråd, og før dette 22 år i Helsedirektoratet, foruten stadslege i Tromsø, og distriktslegeassistent på Vestlandet. Han har vært vitne til historiske gjennombrudd som innføringen av vaksiner og antibiotika. Han opplevde den entusiastiske utbyggingsperioden etter krigen, og gullalderen da helsevesenet seilte i politisk medvind, før "krisa" satte inn.

## Kunnskap uten erfaring

For Mellbye er ikke krisen noe særegent for helsevesenet. Han mener den rammer all samfunnsmessig virksomhet bygget på kunnskaper.

- I løpet av de siste 150 årene har vi fått sånn veldig mengde med viten som vi ikke har vært i stand til å fordøye. Vi har ikke fått den erfaring som er nødvendig for å bruke denne viten på en skikkelig måte. I denne fasen har vi gitt på båten endel ting som skulle vært med oss. I helsevesenet har vi for det første gitt på båten sykepleien, *omsorgen*. Vi har nedvurdert lønnsmessig de yrkesgruppene som utøver disse funksjonene. Medmenneskeligheten har vi ikke lengre tid til, ordet tid har fått sånn merkelig valør.

Det andre vi har glemt er at menneskene, som alle andre arter, lever under et "forplantningsimperativ", menneskene skal formere seg. Mennesket blir født hjelpeøst, og innfrir ikke sitt forplantningsimperativ før det har ført det nyfødte barnet opp i ungdomsårene. Hele arbeidet for de gravide, barselkvinnen, småbarnet og skolebarnet som opprinnelig var noe av det første helsevesenet tok seg av, det holder vi på å gi på båten.

Det tredje vi oppgir er ideen om *rettsstaten*, grunnleggende rettsprinsipper om at menneskene er like, og skal ha de samme rettigheter. At selv om rettighetene er begrenset, så skal de fordeles på solidarisk vis og uten diskriminering. Gir vi alt dette på båten, da raser helsevesenet sammen i en tid hvor det strømmer på så meget nytt.

## Hvem går det utover?

- Alle strakstiltakene er vel og bra, men vi må ta oss tid til å tenke igjennom hva som er det grunnleggende, og gi det prioritet. I det ligger omsorgen for - ikke de gamle, men de gamle syke (det er en viktig forskjell, og han er omhyggelig med å presisere den) - og for barn og ungdom som mistrives, med de kon-

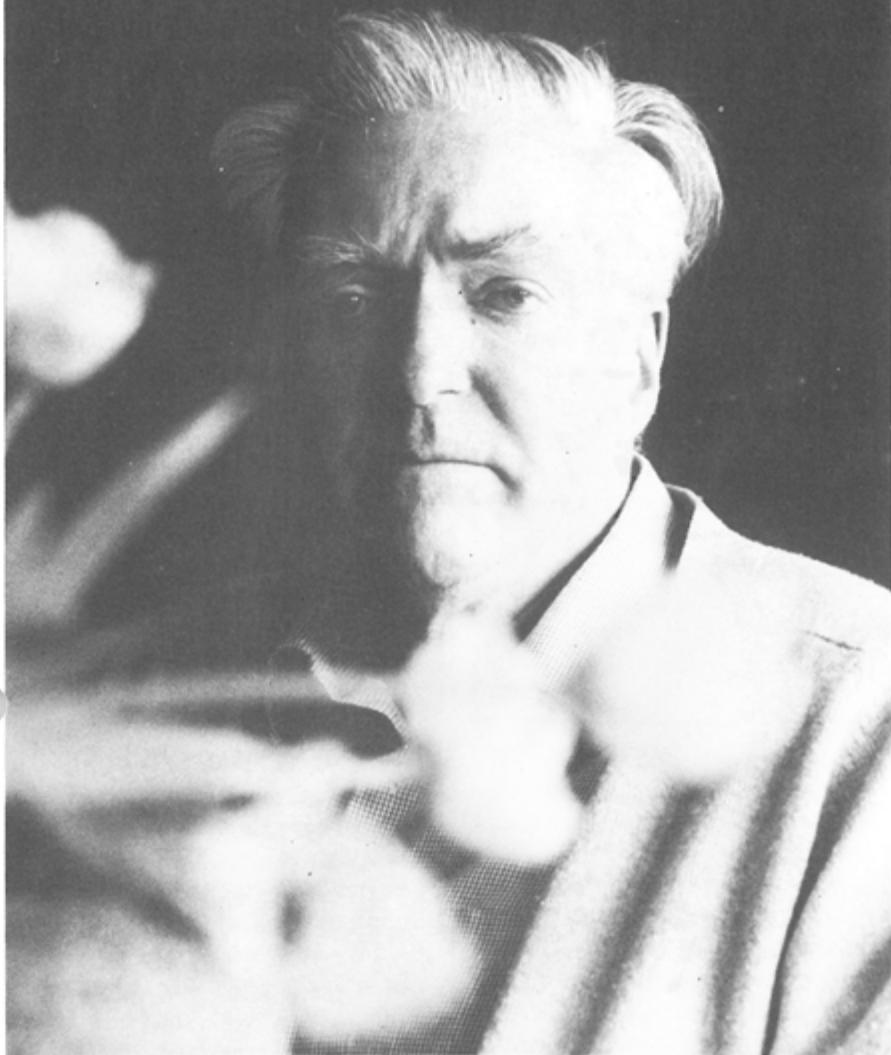


Foto lånt fra Klassekampen

sekvenser det har. Når vi har gjort det, så har vi stadig vakkre oppgaver til å ta oss av alle de andre oppgavene som helsevesenet skal ta seg av, og der må man gjerne sloss om prioriteringen.

Mellbye snakker om gullalderen i 70-årene, da han ble stadsfysikus i Oslo. Man behøvde ikke å planlegge. Hvis man hadde en god ide, fikk man pengene. Nå må man overbevise om at forslaget er økonomisk nødvendig. Nå får man ikke pengene.

- Men at man da ikke sier det: vi har ikke penger, vi er nødt til å foreta en reduksjon av tjenestene. Det må gå utover noe. Men ingen sier dette, ingen spør hvem det går utover og planlegger "utovergangen". Resultatet er, som vi alle ser, at det går utover dem vi kaller for "de ressurssvake", mens det jo først og fremst er dem som har behov for tjenestene.

### Tiden har egenverdi

- Nedskjæringene gjelder ikke bare penger og utstyr, vi er også gått løs på tiden. Vi har glemt den rollen tiden spiller når vi skal anvende all den nye kunnskapen, både overfor den enkelte pasient og overfor vårt samfunn: de medisinske begrunnede samfunnsmessige tiltak. Pasienten skal ha tid til selv å ta imot og fordøye. De skal også ha tid til å ta imot pleie, man skal ikke bare ha tid til å yte den. Nå skal alt effektiviseres, det vil si at det skal brukes kortere og kortere tid. De glemmer at tiden har en egenverdi, ikke minst innenfor medisin. Tiden var ett av legenes viktigste medikamenter, og et av deres viktigste diagnostiske hjelpebidrifter også. "Vi får se hvordan det går..." siterer Mellbye, og lurer på hvordan det skal gå når legene ikke lenger har tid til å vente og se...

### Gode ledere

De senere årene ser det ut som om bedriftsledere som kan vise til vekst og aksjeutbytte, er blitt politikernes forbilder og rådgivere i alt fra olympiade til sosialpolitikk. Kan krisen i helsevesenet løses med bedre (bedrifts)ledere?

- Man roper på ledere, folk som kan administrere. Man bedømmer en leder etter evnen til å unngå konflikter, det er gærent. Tvert imot så skal han skape konflikter, ved å stadig vakkre reise spørsmål, spørre hvorfor. En leder skal skape intellektuelt bråk, med en viss humor og ertelyst. Og når du blir kritisert for det, skal du ta det med godt humør selv også. Jeg brukte dette bevisst på slutten av min tid i Helserådet, da jeg skjønte dette var riktig. Ikke fortelle hva folk skulle gjøre, men heller spørre hvorfor gjør dere dette, og ikke dette? Slik at de hele tiden stilte seg de samme spørsmålene. Det skapte den dynamikk som det med respekt å melde var i dette helserådet. Folk trivdes der.

Og det skjedde ting, innskyter intervjueren.

- Ja, og det skjedde ikke ved hjelp av stadsfysikus, men ved at det sprang opp initiativer histen og pisten, også initiativer hvor jeg ergret meg gul og grønn over at det ikke var jeg selv som tok dem. Fordi det var åpenbart at de skulle vært tatt for lang tid siden. Men det var konsekvensen av denne stemningen av at man kunne spørre, og at man kunne spørre: "Hvorfor gjør vi ikke dette?".

Hvorfor er det ikke flere av denne ledertypen i helsevesenet, tror du?

- Den er jo veldig utfordrende. Og da er det klart at det kommer konflikter. For du avdekker ting. Men det er slik du skaper framdrift.

### Muligheten til å si ja

Hva mener Oslos tidligere stadsfysikus om det som skjer i hans egen by? Hvordan svarer dette til det han sier om å prioritere det grunnleggende?

- I Oslo har man laget bydelsadministrasjonene og desentralisert de "bløte" oppgavene. Så sier man sentralt at dere får X antall millioner, og hvis dette ikke er tilstrekkelig, så er det deres skyld. Man har delegert plikten til å si nei, men man har ikke delegert muligheten





Lånt fra Bergens Tidende

til å si ja. For da måtte man også la disse lokale enhetene få rett til å ilette folk skatt. Hvis man både hadde delegert disse myke oppgavene, og samtidig retten til imøtekommne behovet for penger, da ville dette kunne vært originalt, positivt og veldig morsomt.

### **Distriktslege-ordningen**

Det man opprinnelig forsøkte i Oslo, forklarer han, var å få til noe som tilsvarte distriktslegeordningen.

- Der distriktslegeordningen fungerte, fungerte den veldig bra. De hadde en begrenset befolkning som de kjente veldig godt, de hadde denne rare myndigheten det ga å være helserådsordfører, og sitte midt i det politiske liv. Man kunne løse forferdelig mange oppgaver uten at det kom fram at man løste oppgaver. Det var en slik ordning Mellbye tenkte seg i Oslo også. Med langt mindre enheter enn det som er kommet. Men planene ble forandret:

- De tok med seg andre ting: barnevernet, hele sosialomsorgen, barnehagene, alt det der, og de tenkte ikke igjennom hva de gjorde, sier Mellbye kort.

Samtidig er distriktslegeordningen rådert bort for hele landet, istedetfor å fungere som et mønster for byene.

Mange års systematisk oppbygging raseres i raske og nærsynte vedtak. Veldig synd, sier Mellbye. Det lyder mildt sagt som et "understatement".

### **Maktens vaskefat**

Noen vil vel si at forholdene i Oslo ble lagt til rette slik at sentralmyndighetene kunne kutte helse- og sosialbudsjettet og samtidig gå klar av folks reaksjoner. Mellbye fastholder at det ikke var ment slik opprinnelig. Men at det brukes sånn nå, er han enig i.

- Se hva de sier til avisene: " - det der er jo delegert". Det er blitt et eneste stort vaskefat hvor man kan toe sine hender, det største vaskefat av en slik karakter som er laget i Norge!

- Det er en ting som har opptatt meg i det siste, fortsetter Mellbye. Og det er at dyktige, kunnskapsrike mennesker forsvarer avgjørelser med at de tjener saken, til tross for at det åpenbart er galt. De forsvarer at man reduserer bevilningene, med å si at man kan effektivisere, at nedskjæringen virker stimulerende. Til tross for at de godt vet at her er det spart slik at det ikke er noe mer å ta. Det er et uttrykk for forståelse - i dette tilfellet av vårt helsevesen. Det kulturelle ferniss forsvinner. Det er råttent å se på. De vet at en lang rekke

mennesker ikke får den behandlingen som de kunne gi dem. De ville tjent *saken* langt bedre ved å si dette:

- at mange mennesker får ikke den behandlingen de skal, men vi har ikke flere penger, - gjør noe med det - skatt for eksempel!

- Og så alt som skal være hemmelig. Da jeg ble stadsfysikus så fikk jeg endel brev som var stemplet hemmelig. Jeg sendte dem alltid tilbake, forteller han med en glad latter.

- Jeg ville ikke ha dem. Jeg vil ikke vite ting som jeg ikke kan snakke om. Denne åpenhetene er helt nødvendig. Men det forutsetter også at man ikke tar kritikk som noe så uhøyre negativt. For du er nødt til å gjøre noe galt. Man kan lære, man kan finne ut hvorfor gikk det galt - kanskje målet i seg selv var galt?

### **Lokalsykehus og fødestuer**

Gikk noe galt i sykehusenes? Over flere tiår har sentralisering vært et nøkkelord. To saker har særlig satt folks gemytter i kok og utløst både masse-demonstrasjoner og generalstreik - kampen for lokalsykehusene og kampen mot nedlegging av lokale fødesteder. Medisinske fagfolks argumenter har ofte stått mot folkemeningen.

- Man skal ta folks argumenter for lokalsykehusene meget alvorlig, sier Mellbye. Interessen for lokalsykehusene er positiv. De har en svær terapeutisk virkning for de pasientene som legges inn der. Vi må holde fordelene ved det opp mot ulempene, og gjøre det ordentlig. Hvis vi mener at fordelene er større enn ulempene, så skal vi akseptere ulempene. Jeg tror vi har lagt for liten vekt på de verdier som springer ut av lokalsykehuset. Noen oppgaver bør sentraliseres - men da skal det sentraliseres til *ett* sted, ikke regionaliseres. Det kan for eksempel gjelde svært spesialisert kreftbehandling. Vi er for små til regionalisering av slikt. Det vil også være ting som vi er nødt til å sende pasienter utenlands med. Selv sentralisering av svært spesialisert kreftbehandling, har ulepper. Vi må stille det klart overfor publikum, slik at de kan velge. Kanskje de heller vil behandles på et lokalsykehus der de riktig nok har mindre sjanse til helbredelse, men får en langt bedre behandling så lenge det varer.

- Når det gjelder fødsler har jeg vært tilhenger av at man skal desentralisere nesten så langt som mulig. Da er jeg vel vitende om at det kan skje ting som kunne vært forhindret om fødselen var foregått et annet sted. På den annen side har også sentraliseringen medisinske skadevirkninger. Det er en hel del emosjonelle sperringer her som gjør at man ikke tenker ordentlig igjennom spørsmålene. Det er også en tilbøyelighet til å ikke spørre de kvinner som har født, og som er de eneste som kan uttale seg med den spesielle kompetansen. Det er noe av det samme som du har for eldreomsorgen, hvor de ikke spør de eldre, men mener å vite hva de eldre mener - gudene må vite hva "de eldre" mener. Det kan du glede deg til når du blir gammel - denne rare formen for diskriminering, sier han med et oppuntrende smil.

### **Et usolidarisk sykehusvesen**

Utviklingen av sykehusvesenet er for ham et eksempel problemet med å håndtere kunnskapsmengden riktig, og holde fast ved de grunnleggende verdiene:

- Vi burde forstått at hvis vi lar medisinsens tekniske utvikling løpe ukontrollert, så får vi et helsevesen som er usolidarisk. Hvis vi tillater å sette i verk behandlingsmetoder som ganske åpenbart ikke kan bli et tilbud for alle de som har behov for det, men tvertimot for ganske få. Vi skulle tenkt nøyere på hvordan vi kunne brukt all denne kunnskapen slik at sykehusvesenet kunne komme fram på *bred front*, og ikke med disse "kilespissene". Og vi skulle brukt mye mere tid på å forklare befolkningen i Norge hva som kom til å skje.

Ved å fortelle folk hva som skjer - det er også slik han mener man kunne møte raseringen av tjenestene, som for eksempel nå av helsesøsterordningen.

- Man kunne spørre folk som bor utover i kommunene hva de mener om helsesøstrene, og fortelle dem at det ser ut som om standen vil bli utryddet. Men det gjør man ikke. For da ville vi få en reaksjon. Utover bygdene vet de hva helsesøsters arbeid betyr.

### **Sykepleie som medisinsk spesialitet?**

Mellbye har i mange sammenhenger trukket fram hvor avhengige legene og

helsevesenet er av de andre faggruppene kvalifikasjoner. Spesielt har han vært opptatt av sykepleiernes utdanning og faglig basis.

- Sykepleierne er med det som kalles sykepleievitenskap ute etter en vitenskapelig basis for faget sitt. Som pasient og som lege vet man hvilken sykepleie som er god sykepleie - fysisk eller mentalt. Vi vet, men vi kan ikke forklare hvorfor. Sykepleierne er på jakt etter sin selvstendige plattform. De ser etter en annen enn legenes. En annen vitenskapsfilosofi, andre metoder. Jeg har hele tiden støttet dette. Men jeg er begynt å spekulere på om vi ikke er på avveie, om ikke det som er galt er at vi har tatt sykepleien ut av medisinens. For sykepleien var jo det grunnleggende terapeutiske hjelpemiddel vi hadde.

Vi må kanskje heller fjerne skillet mellom dem som utøver det vi idag kaller sykepleie, og det vi idag kaller medisin. Vi kan samle det i en profesjon, ved bevisst å gi dem så meget felles utdannelse at de skjønner at dette henger sammen. Så velger man sykepleie, eller en annen form for terapi ut fra sin interesse. Det kommer mange slags hindringer inn, ikke minst at sykepleie har vært et slikt utpreget kvinneyrke og legeyrket et mannsyrke. Det skal bli interessant hvorledes legeyrket endrer seg i Norge når flertallet blir kvinner. Jeg tror ikke vi erkjenner hvilket enormt framskritt det kan være for vårt generelle medisinske nivå, for medisinens yteevne overfor menneskene, hvis alle menneskelige egenskaper, uansett kjønn, kan bli trukket inn.

Sier mannen som nylig avsluttet et innlegg i Tidsskriftet med å kunngjøre at han vil bli kvinne i sitt neste liv. Ham om det, bare han holder seg til medisinens. For han representerer en "kulturarv" som helsevesenet ikke kan klare seg uten, hvis vi har andre mål med det vi gjør enn billigst mulig reparasjon av arbeidskraft, kontroll av avvikere og oppbevaring av uproduktive.

**Ebba Wergeland**  
**Inst. for forebyggende medisin**  
**Universitetet i Oslo,**  
**Gydas vei 8**  
**0363 Oslo 3**



# Gode vekstvilkår for

**Allmennmedisinsk  
forskningsseminar  
utenfor allfarvei  
- innerst i Ryfylke  
- for lokale leger  
- hva i all verden?**

**Det handler om en  
multifaktoriell  
tildragelse også her**

## Fra ide til prosjekt i Hjelmeland 11/5 1990

**Av Eivind Vestbø**

Faktorene er erklært forskningspolitikk fra Institutt for allmennmedisin i Bergen, et spirende fagutviklingsmiljø i regionen, et par entusiaster (Kirsti Malterud og John Nessa), og en velvillig kraftkommune (Hjelmeland).

### Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke

Det er ikke bare begivenheten som fortjener omtale og refleksjon. Rammen omkring er like avvikende dristig. Arrangør var Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke, AFR - en nyetablert forskningsstasjon i et samarbeid mellom Hjelmeland kommune og Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

For legene i regionen handler dette om en godt gjørende anerkjennelse og en lett angstskapende utfordring. Anerkjennelse - fordi stedets primærmedisinske jordsmonn er funnet verdig for organisert kultivering. Utfordring - fordi erkjente, gode rammebetegnelser er en mektig og krevende herre.

### Forskningsseminaret

11. mai var en av de gode dagene. Den startet med tur til Hjelmeland over speilblank forsommelduftende fjord i planende jolle. Det ble likevel ikke noe antiklimaks da vi stengte solen ute i Hjelmelands nye, flotte helse- og sosialsenter. Den gode følelsen av tilhørighet - ikke bare til Ryfylkes natur, men nå også til det faglige fellesskap - vedvarte dagen ut.

### Iniativtagernes entusiasme

Den perceptive konklusjon var det ingen tvil om, men hva låg bak? Ettertanken gir meg nå rimelig klare svar. Initia-

tivtagernes entusiasme er selvfølgelig. Les bare et lite avsnitt fra Kirsti Malteruds invitasjonsskriv:

*"Medisinsk forskning behøver nødvendigvis ikke finne sted i de store byene. Klinisk forskning har gode vekstvilkår der legen og pasienten møtes, og et vanlig legekontor kan være et førsteklasses hverdagsmedisinsk forskningslaboratorium såfremt forskningen gis kvalitetssikring og tilføres vitenskapelig kompetanse".*

### Kommunens velvilje

Vi ble ønsket velkommen av ordfører Håkon Helgøy og helse- og sosialsjef Oliver Hausberg. Og vi var plutselig i en kommune som gjennom organisering og ressursbruk interesserte seg for det medisinske personellets fag og fagutvikling! Selv om det "bare" dreidde seg om en velkomsttale, gled mange frustrasjonsminner fra dueller mellom profesjon og etat behagelig bort.

### Programmet

Første foredrag sto Kirsti Malterud for. Det hadde tittelen "Fra ide til prosjekt - en veiledning for den uerfarne". Deretter presenterte Aslak Bråtvit, kommunalege i Finnøy, sin "Ide om ett prosjekt - luftveisinfeksjoner hos gamle". Så gikk vi i grupper som drøftet hver sine ideer om prosjekter. Etter dette kom det en plenumssamtale om hvordan ideene kunne bli til prosjekter. Samtalen ble ledet og utdypet av Egil H. Lehmann. Siste post på programmet hadde tittelen "Framtiden skaper vi sammen", igjen en plenumssamtale om hvordan vi sammen kan skape et fagutviklings- og forskningsmiljø i regionen.

# allmennmedisinsk forskning

## Den bærende ide

Allerede titlene og rekkefølgen vitner om gjennomtenkt opplegg, men det store utbyttet lå likevel i den bærende ide som kunne fornemmes bak opplegget. Allmennpraktikeren selv, hans verksted, opplevelser, refleksjoner og tanker sto i sentrum. Forskningen ble alminneliggjort og avmystifisert til et redskap. Bruken må lærest som alt annet, men det kvalitativt verdifulle tilfanget står vi selv for. Det går en glidende skala fra ettertanke til fagutvikling, evaluering og forskning. Det er viktig å jobbe over hele skalaen og trinnene vil kunne berike hverandre gjensidig.

Det slo meg etterhvert som dagen skred fram at seminaret var lagt opp etter modell av en god konsultasjon i allmennpraksis. Start der pasienten (her - allmennpraktikeren) er. Forlat aldri pasientens (allmennpraktikerens) plattform, men prøv å ta ham med på små utflukter i terrenget omkring for å vise ham nyttig kunnskap til bruk i egne omgivelser. Kunnskapen må ikke være blåøyd. Den må være forståelig, avgrenset, anvendelig og motiverende.

## Gode foredragsholdere

Med vedvarende respekt for ideen tok Kirsti Malterud oss med på den lange reisen fra den interessante tanke til den vitenskapelige artikkelen. Hun klargjorde reise-ruten, kjørerøyet, fremkommeligheten og reisemålets verdi med en fin balanse mellom ufarliggjøring og realisme.

Aslak Bråteit fikk godt fram sine gryende forskningstanker og de mange spørsmål som straks reiser seg.

Det ble også en lærerik oversetteroppgave Egil Lehmann tok på seg da han satte problemstillingene inn i en vitenskapelig ramme.

En likende diskusjon fikk vi i gruppene der den enkelte på en avstressende måte fikk konfrontert tanker med forskningens formelle krav.

## Høsten er kommet, hva nå?

Innføringsseminaret holdt mål - gjør lege i Ryfylke? Vi har fått fast veilingstjeneste ved Hjelmeland helse- og sosialsenter, litteratursøkingsservice, sekretærhjelp og statistikk/EDB hjelp.

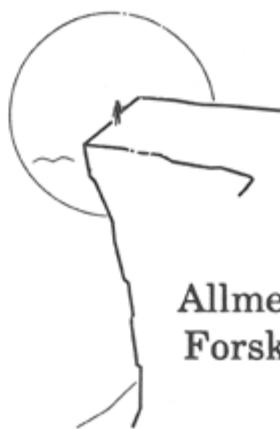
I tillegg er vi forespeilet nye samlinger i forskningsstasjonens regi. Kan vi svare på alt dette med prisverdig innsats? Jeg tror at miljøet som er i ferd med å skapes, vil gjøre det lettere for oss. John Nessa, kommunelege i Hjelmeland, er i gang med et større forskningsprosjekt. 3-4 av oss sysler med mindre ting. Rammen er passelig forpliktende, trygg, bred og upretensiøs. Det burde kunne gå!

Vi takker Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og Kirsti Malterud som sammen med John Nessa og Hjelmeland kommune har inspirert det medisinskfaglige Ryfylke til ettertanke og innsats.

Kommunelege

Eivind Vestbø

4160 Judaberg



# AFR

Allmennmedisinsk  
Forskning Ryfylke  
4130 Hjelmeland

# Legevakt-konsultasjonar

Egil H. Lehmann er allmennpraktiker i Haugesund. Han ber pent om å få slippe bilde av seg selv i Utposten - "Eg er komen i den alder at eg er penast i radio".

## Eigenkontroll ved hjelp av anonymt spørjeskjema

Slik legevakt-arbeidet er organisert i dei fleste norske byar ser vi oftast pasienten berre ein gong, tilbakemelding er det lite av. Tanken med denne studien var å prøva om spørjeskjema tilsendt i posten kunne gi tilbakemeldings-data nyttege for eigenkontroll og målstyring. Kan vi på denne måten få vita meir om kva som går bra og kva som går dårlig under legevakt-arbeidet? Og eventuelt, gjera noko med det?

**Av Egil H. Lehmann**

Lykkast eg rimelig bra med arbeidet som lækar, eller er der sider ved arbeidsvanane mine som bør leggjast om? Det kan vera vrient å svara på eit slikt spørsmål i vanleg allmennpraksis, men ved legevakt-arbeid er det endå vanskelagare.

### Pasientar

Legevakt-ordninga for Haugesund og Nord-Karmøy dekker 35.000 personar, og det var tidligare ei rein telefon- og besøksvakt. Hausten 1988 var det, for å auka kapasiteten, opna eit legevakt-kontor bemanna av sjukepleiar og av den legen som også har besøksvakt. Kontoret er i drift klokka 16-24 på yrtedagar og 10-24 på fridagar. Pasientar som ringer legevakt-telefonen og ønskjer heimebesøk, blir oppmoda om å koma til kontoret så sant dei kan.

I denne retrospektive studien tok eg med dei elleve vaktene som eg hadde i juni 1989 - mars 1990 (saman med skiftande sjukepleiarar). Ved desse vaktene vart (innanfor dei oppgjevne klokkeslett) registrert ialt 362 "episodar" (telefonkonsultasjonar, ønske om medikament, konsultasjon med råd og behandling, henvisning, heimebesøk, innleggningar).

Det var svært få gjentatte episodar, dvs. så å seia alle pasientar tok kontakt berre på ei vakt, slik at talet på pasientar og talet på "episodar" kan reknast for likt.

I denne studien vart teke med berre tilfelle av konsultasjon ved Legevakt-kontoret med råd og behandling. Dette vart 132 konsultasjonar, 36 % av dei registrerte episodar.

### Metode

Viktige underforståtte arbeidsmål i studieperioden var at pasientane skulle bli tilfreds med dei tenester som vart ytt på legevakt-kontoret. Vidare å halda ventetidene nede, at der ikkje skulle vera mykje av bivirkningar eller komplikasjonar, at den utførte behandling så ofte som råd skulle vera fullnøyande og fullstendig.

Desse arbeidsmål vart grunnlag for eit spørjeskjema oppdelt etter dei ulike fasen av episoden:

1. Telefonsamtale
2. Tida på venterommet
3. Mottaking ved sjukepleiar og lege
4. Legens undersøking, råd og behandling
5. Eventuelle bivirkningar/komplikasjonar
6. Om der måtte søkjast ny legehjelp for å få ny medisin eller annan behandling, dei første sju dagar etter konsultasjonen.

**Artikkelen utgår fra Allmennmedisinsk Forsking Ryfylke (se side 312) og er prisbelønnet av Rogaland Legeforenings forskningsfond for allmennmedisin, 1990**

For kvart punkt vart sett opp eit spørsmål med tre svar-alternativ for å uttrykka mål-oppfylling eller mangel på dette. Første alternativ representerer målsetjinga, andre og tredje ulike grader av "svikt".

Svar-alternativa var desse:

- **Telefonkontakten:** Fornøgd/litt misnøgd/svært misnøgd
- **Ventetida:** Rimeleg lang/noko for lang/alt for lenge å venta
- **Mottaking (hyggeleg og høfleg):** Fornøgd/kunne vore betre/kjende meg uhøfleg motteken
- **Legens undersøking, råd og behandling:** Fornøgd/kunne vore betre/heilt feil
- **Bivirkningar/komplikasjonar:** Ingen/ja, men ikkje alvorleg/ja, alvorlege bivirkningar eller komplikasjonar
- **Fullnøyande og fullstendig behandling:** Ja/måtte ha tilleggshjelp hos annan lege/alt var bortkasta
- **Koma til kontoret versus heimebesök:** I orden som det var/betre eller langt meir praktisk med heimebesök/heilt uforsvarleg med frammøte på Legevakten

Det vart oppmoda om kommentar og sett av plass til dette. Det vart også spurt etter alder og kjønn og etter kor lang tid pasienten måtte vera på ventemøtet. For born under 15 år vart foresette oppmoda om å svara. Skjemaet var anonymt og dette vart understreka i følgjeskrivet. Skjemaet kom til å fylla to A4-sider og følgjeskrivet ei A4-side. (Vil bli tilsendt på oppmoding.)

**Tabell 1**

Innkommne svar-skjema fordelt etter kjønn og alder, gitt som antal og som prosent av utsendte skjema (svarprosent).

Kjønn	Alder		Sum
	0-14 år	15 år og eldre	
Masculinum	21 (60 %)	15 (42 %)	36 (51 %)
Femininum	11 (35 %)	15 (50 %)	26 (43 %)
	32 (48 %)	30 (46 %)	62 (47 %)

Eit skjema mangla opplysning om kjønn.

Utsending skjedde i mars 1990. Av dei postlagde 132 skjema kom det att 63 i utfylt stand innan fire veker, ein svarprosent på 48 %. Fem brev kom i retur pga. mangelfull adresse.

Antal utfylte svarskjema og svarprosent for born og vaksne er gitt i tabell 1.

## Resultat

Av dei 63 skjema som kom inn var det 28 der det gjekk fram at alle dei oppsette arbeidsmål var nådd. Dei andre 35 hadde ei eller fleire avkryssingar som peika på manglande måloppfylling. Resultatet er oppsummert i tabell 2. Det var mest svikt når det gjeld *ventetid*, som ni pasientar meinte var "noko for lang", medan åtte kryssa av "alt for lenge å venta".

Dernest kom målsetjinga om *fullnøyande behandling*. Ni måtte ha tilleggs-hjelp, tre meinte besøket på Legevakten var heilt bortkasta.

På tredjeplass med omsyn til manglande måloppfylling kom spørsmålet om *kontor-konsultasjon versus heimebesök*. Elleve meinte det hadde vore betre eller langt meir praktisk med heimebesök. Likevel var det ingen som såg det heilt uforsvarleg å koma til Legevakten. Det var ti pasientar som meinte legens arbeid kunne ha vore betre, men ingen kryssa av for at det var "heilt feil".

Berre fem hadde bivirkningar/komplikasjonar, ingen alvorleg. Fire var misnøgde med telefonsamtalen og to med mottakinga.

Krysstabulering av desse data med kjønn og alder gav indikasjoner på at der var overvekt av barns foreldre som klaga på ventetid, og kanhende noko overvekt av vaksne når det gjeld uferdig behandling. Men ingen klare tendenser kom fram ved denne tabuleringa, det var vel heller ikkje å venta med så lite materiale.

**Tabell 2**  
Måloppfylling for dei ulike fasen av episoden.

Fase av episoden	MÅLOPPFYLLING				
	Bra (1)	Moderat svikt (2)	Sterk svikt (3)	Data mangler	Måloppfylling i prosent (4)
Telefon samtal	50	4	0	9	92 %
Venting 44	9		8	2	72 %
Mottaking	61	2	0	0	97 %
Legens arbeid	53	10	0	0	84 %
Biverknad/komplikasjon	56	5	0	2	92 %
Fullnøyande behandling	48	9	3	3	80 %
Kontor-konsultasjon/versus heimebesök	49	11	0	3	82 %

Total antal utfylte skjema var 63.

Kolonne (4) = Kolonne (1) x 100/summen av kolonne (1), (2) og (3).





**Tabell 3**  
Samandrag av kommentarar frå pasientar/foreldre

Fase av konsultasjon	Kommentar (der same kommentar går igjen er antal gonger gitt i parantes)
Telefonsamtalen	Uhøfleg "sentralbord" (2). Vanskeleg å koma gjennom - kven har vakt?
Tida på venterommet	For lenge/vanskeleg å venta med sjuke born (5). For lenge å venta når ein kjenner seg därleg (2). Saknar leiker/lesestoff (2). Betre effektivitet for å korta ventetida. Ønskjer penare venterom. Ønskjer informasjon om ventetid.
Mottaking	Måtte venta 15 minutt på gangen utanfor. Vanskeleg å sleppa inn på venterommet. Kom ikkje inn straks endå det var lovt.
Legens innsats	Foreldres uro og opplysningar ikkje tatt alvorleg nok (2). For rask undersøking. Burde tatt fleire prøver. Annan diagnose i journalen enn opplyst til foreldre. Lege burde gitt fleire gode råd. Sur og stressa lege som tok for lite tid og oversåg pneumoni hos pasientens mor.
Biverknad/komplikasjon	Tålte ikkje penicillin.
Ferdig behandling	Måtte til legevakt igjen/spesialist etter kort tid (2). Medisinien virka ikkje på fleire dagar, så det må ha vore eit virus.
Konsultasjon vs. heimebesök	Heimebesök hadde vore betre/sjuke barn bør få lege heim/legane burde gå meir heim (9).

Der var kommentar i fri tekst på 35 skjema, desse er resymert i tabell 3.

Den negative kommentar som går mest igjen gjeld å venta på venterommet med eit sjukt barn. I samanheng med dette, merknad om at legen bør gå meir i heimebesök.

Kor lang ventetid kan pasientane godta uten irritasjon? I tabell 4 er misnøye med ventetid sett opp mot angitt ventetid. Ein ser at ventetider opp til 15 minutt blir godteke, medan nesten alle som måtte venta ein halv time eller mer var misnøgde med dette.

**Tabell 4**  
Måloppfylling for ventetid tabulert mot oppgitt ventetid.

Ventetid oppgett (minutt)	MÅLOPPFYLLING			
	Bra	Moderat svikt	Sterk svikt	Sum
0-15	25	0	0	25
16-30	15	3	1	19
31-60	1	5	1	7
61 og over	1	1	6	8
	42	9	8	59

Merknad: Der var åtte skjema med positiv/rosande kommentar.

Fire skjema mangla opplysning.



Der var åtte pasientar som venta over ein time. Dersom ein ser bort frå avkryssing for ventetid, så hadde desse åtte til saman 13 avkryssingar av svikt i måloppfylling. Dette kan ein samanlikna med dei resterande 27 pasientar som hadde kryssa av for ein eller annan vikt. Dei hadde 27 slike avkryssingar. Dette kan tyda på at dei åtte som måtte venta så lenge hadde jamnt over noko fleire klager også på andre deler av konsultasjonen.

Ein del skjema hadde, som rimeleg var, avkryssing for meir enn eit slag svikt. Er her kombinasjonar som går igjen oftere enn ein skulle venta og som dermed indiserer at visse typer svikt opptrer saman?

Vi kan anslå slik "forventing" ut frå tabell 2 og ein hypotese om uavhengig avkryssing.

Det viste seg å vera ni skjema med to avkryssingar, seks med tre og eit med fire. Dette er færre enn forventa med to og fleire enn forventa med tre avkryssingar.

Den einaste kombinasjonen av to svikt som går igjen oftere enn forventa, er svikt vedrørande legens arbeid saman med svikt vedrørande fullnøyande behandling (Fem tilfelle, forventing to til tre).

### Diskusjon

Studien vart til i den tru at avgrensa kunnskap frå ein liten, men overkomleg studie er betre enn ingen kunnskap. Dette er sjølv sagt eit synspunkt som er ope for kritikk.

Det kan tenkjast fleire forklaringar på den relativt låge svarprosenten, t.d. utsending for lang tid etter konsultasjonen, utsending like før vinterferien, at skjemaet var i største laget. Korleis nå dette er så bør ein ved liknande studier i framtida leggja vekt på å oppnå høgare svarprosent.

Det ligg nær først å sjå på vurderinga av legens (forsattaren) arbeid. Når 10 av 63 gav uttrykk for at dette "kunne vere betre", så er dette utan tvil ei nyttig opplysning. Kommentarane i tabell 3

kan tyda på at rask arbeidsstil eller beint fram hastverk kan vera noko av årsaka til denne kritikken.

Det er tydeleg at ventetid som strekker seg ut over ein halv time er eit stort irritasjonsmoment. I tabell 3 er der framlegg om visse boteråder.

Misnøyen når det gjeld kontor-konsultasjonar i staden for heimebesøk viser at store deler av publikum ikkje har godtatt dette. Det er ikkje grunnlag her for å seia om det er av praktiske eller medisinske årsaker at mange foreldre heller ville ha heimebesøk.

Når såpass mange ønsker både betre legearbeid, kortare ventetid og fleire heimebesøk, så er desse målsetjingane i konflikt. Ein konflikt som neppe kan løysast utan å auka kapasiteten. Noko kunne ein kanhende oppnå ved å informera betre, både overfor pasientane og utover mot publikum.

Når tolv pasientar måtte til lege på ny, så er dette kanhende eit rimeleg tal, legevakten skal trass i alt vera ei første-





hjelp og det er ikkje underleg om ein del tilfelle utviklar seg annerleis enn venta.

Der var få bivirkningar/komplikasjonar, og dette kjennest hyggeleg i ein bransje der ein lett kunne falla for liberal bruk av reseptblokka.

Med omsyn til telefonsamtale og mottaking av pasientar, så er dette funksjonar som sjukepleieren for det meste tek seg av. Her var det liten misnøye å spora, det store fleirtal er tilfreds.

Når det gjeld kombinasjonar av svikt, kan det virka som om to avkryssingar har lett for å dra den tredje med seg. Med andre ord, ein interaksjon mellom fleire typer misnøye dersom misnøyen kjem over eit visst nivå. Resultata for dei åtte som venta over ein time kan også tolkast på denne måten.

Dei som måtte søkja lege på nytt - vart dette gjort i endel tilfelle på grunn av eit inntrykk av overflatisk legearbeid første gong? Eller er det omvendt, at behovet for ny legesøking førde til ein konklu-

sjon om overflatisk legearbeid første gong? Dette er uråd å svara på her, men spørsmålet bør få ein plass ved ein eventuell ny studie.

Ved denne framgangsmåten vart notert måloppfylling frå 72 % (venting) opp til 97 % (mottaking). Desse data ville vera lettare å vurdera dersom vi hadde eit samanlikningsgrunnlag. 90% måloppfylling (til dømes) kan vera svært bra, men også svært ille. Såvidt eg veit finst der ikkje data for samanlikning her frå landet, men det vil vel koma etter kvart.

### Konklusjonar og tilrådingar

Den framkomne kritikk gjekk først og fremst på sider ved arbeidet som har å gjera med organiseringa og med legens innsats. Sjukepleiarane kom vel frå det.

Ventetider over 1/2 time kan tolkast som varsel om funksjons- og kapasitetssvikt som kan føra til meir generell kritikk.

Det bør setjast igang enkle tiltak for å gjera ventetida lettare for foreldre med barn.

Det er tydeleg at der periodevis har vore for liten legekapasitet. Ei ordning med to legar på vakt ville truleg langt på veg løysa problemet.

I mellomtida ligg det nær å satsa på betre utføring av konsultasjonane framfor å halda ventetida nede. Pasient-arbeidet er trass i alt lækjaren sitt fremste ansvar, medan ventetid er eit organisatorisk og kommunalt ansvar.

Studien har gitt nyttig informasjon både for å justera eigne arbeidsvanar og for planlegging av legevakt-arbeidet.

Eigenkontroll av den typen som her er gitt eit døme på, kunne bli ein nyttig reidskap for planlegging og målstyring i allmennpraksis.

**Lege Egil H. Lehmann  
Kirkegt. 188  
5500 Haugesund**



## ANMELDELSE

**Inga Marie Lunde:**  
**Patienters egenvurdering - et medisinsk perspektivskift.** København: FADL's Forlag, 1990. 206 s.

McWhinney og Pendleton har fått allmennpraktikere verden over til å rette økkenhet mot det som foregår mellom legen og pasienten. Konfliktsjonsanalyse er blitt et høyaktuelt tema for fagutvikling og forskning. Den internasjonale forskningslitteraturen på dette feltet bygger i all hovedsak på naturvitenskapelige metoder.

Det er mange elementer av det allmennmedisinske møtet som vi nå har viktig kunnskap om fordi noen har tellet og målt viktige parametere som f.eks. diagnoser, reseptforskrivning og prøvetaking. Vi kan imidlertid sannsynligvis være enige om at dette er nødvendig, men ikke tilstrekkelig kunnskap til å beskrive det som foregår i konsultasjonen.

Konsultsjonsanalysene må i hovedsak rette seg mot samhandlingen mellom lege og pasient - et møte mellom to autonome individer med mening og følelser og som handler ut fra tildels bevisste intensjoner. Det som ofte kalles legekunst - altså de subtile profesjonelle aspektene av lege-pasient-forholdet - kan beskrives og analyseres vitenskapelig, men dette krever andre tilnæringer enn de naturvitenskapelige. Her har nordiske allmennmedisiner vært pionerer når det gjelder å lage og omforme

metodologi fra andre akademiske fagområder.

Inga Lundes doktoravhandling "Patienters egenvurdering - et medisinsk perspektivskift" er et viktig bidrag til å kaste lys over nye sider av konsultasjonsprosessen. Hun har benyttet en kvalitativ tilnærming, eller som hun selv ville sagt det: humanistisk medisinsk forskning. Hun forsvarte avhandlingen 20.9.90 for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Århus. Den er nå kommet ut som bok i form av en danskpråklig monografi. Perspektivskiftet består i at arbeidet tar utgangspunkt i et medisinsk og vitenskapelig grunnsyn der pasientens egenvurdering av sin sykdom og sin livssituasjon tillegges sentral vekt. Pasientens kunnskap om sykdommen er av en annen natur og art enn legens, men ikke av den grunn mindre betydningsfull. Lunde mener at dette patientperspektivet krever en grunnleggende omstilling innen medisinsk teori og praksis, og leverer med sin avhandling et viktig bidrag til et slikt kunnskapsgrunnlag.

Avhandlingen beskriver en forløpsundersøkelse som bygger på intervjuer med 35 pasienter og deres 13 allmennpraktikere. Forfatteren gjennomførte semistrukturerte intervjuer (i alt 175) med partene før og etter en konsultasjon. I analysen har hun satt pasientenes egenvurdering i fokus. Dokumentasjonen viser hvordan pasien-

ter og leger kan bevege seg i forskjellige begrepsverdener uten å vite i hvilken utstrekning deres oppfatninger divergerer, og hvorfor. Lunde utvikler en egenvurderingsmodell, som rommer de sammensatte kulturelle og psykososiale forhold som farger pasientens opplevelse. Egenvurderingen omfatter pasientens oppfatning av sykdommens art, dens årsak og alvor, samt tanker om mulige behandlingsmåter. Sine funn setter hun inn i en etiske diskusjon, der en økt innsikt i pasientens oppfatning sees som et grunnlag for å vise respekt for pasientens autonomi.

Lunde har samlet sine data ved hjelp av kvalitative intervjuer, og gjør grundig rede for sine prosedyrer og sine analyser. Boka er lettlest. Intersubjektiviteten - som innebærer at forståelse kan forflyttes fra forfatter til leser - er det ikke noe å si på. Men forfatteren bruker sin avhandling ikke bare til å presentere materiale, metode, funn og konklusjoner. Denne boka er også et gullkantet stykke vitenskapelig grunnlagslitteratur. Den gir en grundig gjennomgang av det vitenskapsteoretiske grunnlaget, og går i tillegg gjennom teori og praksis i litteratur som tar utgangspunkt i pasient- eller legmannsperspektivet innen fag som medisin, psykologi, pedagogikk, antropologi og sosiologi.

Lundes presentasjon og diskusjon av metoden rommer et formidabelt oppgjør med det medisinske etablissementet. Vi kan nok følge henne langt på vei, men mener at hun styrkevis bruker større bokstaver enn det vi ville gjort for å si fra om at søkerlyset må rettes nye veier.

Boka anbefales på det varmeste. Den vil være av interesse både for klinikere som vil vite mer om hvorfor og hvordan vi snakker forbi hverandre, og for forskere som vil gå nye veier og lurer på hvordan dette kan gjøres.

Vi gratulerer!

**Kirsti Malterud  
Marit Hafting**



**2. prisvinner av  
Utposten's  
essaykonkurranse  
1990**



# Spiraler.

**Jeg er ikke helt  
sikker på hvordan det begynte....  
- men jeg forestiller meg et blakket hav med  
kuldsatt vann, sterke strømmer og hvirvler, og  
millioner av tafatte ansatser til den første  
dobbelt-spiral.**



Pål Gulbrandsen er cand.med. fra Bergen 1979. Bedriftslege i buss 1981-82. Distriktslege/kommunelege Aurland 1983-86. Helsesjef i Kongsberg 1986-88. Driver nå allmennpraksis sammen med to andre i etablert drabantby i Drammen. Ser på medisinens som et godt og ikke alt for kjedelig levebrød.

**Av Pål Gulbrandsen**

Så underet, den går i lås, begynner å svinge, gjentar seg og gjentar seg, skifter ham, begynner å likne noe, driver fritt, svømmer formålsløst, målrettet, krabber, vokser, kjemper, føler, tenker.... og endelig og kanskje uheldigvis - reiser seg opp på to bein og begynner undringen. Denne eneste egenskap enestående for mennesket. Og spiralene er mangfoldige, men også uendelig mange like, bærende den enkelte kropp, og sjel? Til syvende og sist manifesterer de seg i form av et lass identiske spiraler av fasong tjuesju år gammel mann med milde, litt tomme øyne i min pasientstol. Klokka er 13.00, 7. juli anno Domini 2009:

*"Doktor, Kari og jeg ønsker oss et friskt barn. Et uten mitt anlegg for fedme - og så vet du at faren til Kari har hatt hjerteinfarkt allerede. Og du vet sikkert at søsteren min har fått en med Downs syndrom. Kan du hjelpe oss?"*

Det er ikke et spørsmål om jeg kan, tenker jeg, men om jeg vil.

Jeg føler at de etiske diskusjoner som følger av ny medisinsk kunnskap og muligheter innen geneteknologi, in vitro fertilisering og antenatal diagnostikk truer med å anta en dobbeltspirals form. Til forskjell fra DNA synes denne endeløs og disharmonisk. Langs den ene helix de stedhaftige, til dels unyanserte synspunkter som har sin base i kristen filosofi, langs den andre de fremtidsoptimistiske vitenskapsbaserte argumenter som - vil jeg hevde - bagatelliserer konsekvensene av den forskning som bedrives.

Det var med ærefrykt for det ufattelige livet jeg valgte å innlede med en historisk skisse, men det ville sprengje de allmennmedisinske rammer å drøfte generen av syntetiske mikrober, kimærer og hybrider. Like umulig blir det å behandle masseproduksjon av soldat-, funksjonær- og fabrikkmennesker. Respekt for jus-sens irrganger holder meg fra å debattere rettsforholdene omkring et syntetisk barn.

Det hele blir enklere å håndtere hvis vi holder in mente at det er som mennesker vi er opptatt av hvor det bærer med forskningen. Interessen skyldes at det gjelder våre liv. I galaktisk perspektiv er våre styringsforsøk neppe tungtveiende, men som allmennleger kan det bli vanskelig nok å gi råd i samsvar med vår samvittighet når vi stilles overfor enkle spørsmål som ovennevnte pasients.

*"Ja, Petter, det er vel rimelig å ønske seg et friskt barn. Mye kan vi gjøre alt før unnsfansen, vet du, men hvilken holdning har dere til abort - jeg mener - hvis noe skulle vise seg ikke å gå etter planen?"*

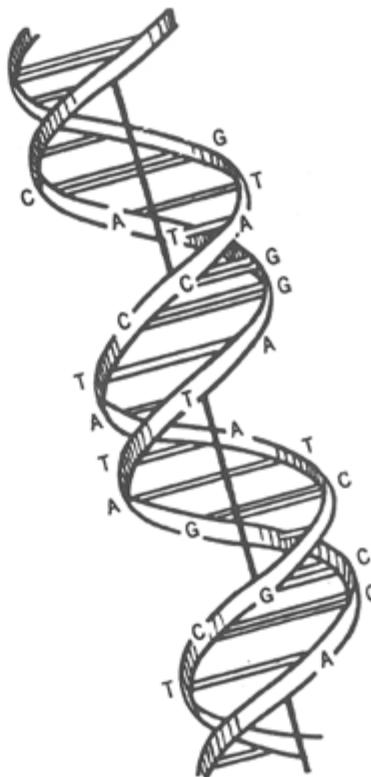
Et stort flertall av befolkningen i Norge støtter i dag loven om selvbestemt abort. Som kjent er det opp til kvinnen om bærer fosteret alene å avgjøre om hun ønsker svangerskapet avbrutt eller ikke. Et tungtveiende hovedargument for denne loven var at ingen bedre enn kvinnen kan vite om hun er i stand til å gi det fremtidige barnet den nødvendige omsorg for å kunne utvikle et harmonisk liv. Konsekvensen er at i Norge årlig termineres ca. 16.000 begynnende menneskeliv under hygienisk betryggende forhold. Er dette riktig selv om et flertall av befolkningen mener det?

Debatten omkring denne loven ga egentlig ingen avklaring omkring det springende punkt: Når blir fosteret et menneske? (1). Spørsmålet er utførlig drøftet av Austin (2). Han tar intet endelig standpunkt, men mener det ligger i logikk i å velge tidspunktet da man først kan registrere elektriske potensialer i hjernen (ca. 12 uker). Han sammenlikner tidspunktet med døds-kriteriene ved livets slutt. De fleste vestlige industriland bruker i dag hjeredødkriteriet, ikke hjertets aktivitet. Det er kanskje logisk, men et annet argument er for meg viktigere: Tanken om ikke å påføre andre lidelse eller smerte. Min fatteevne strekker ikke lenger enn at jeg tror fosteret først kan kjenne smerte når disse signaler kan registreres. Derfor tillater jeg meg å si til kvinner som begjærer abort: "Du skal ikke tenke på om fosteret kan kjenne smerte. Etter det vi vet i dag, kan det ikke det. Det er et foster, ikke et barn".

Dette kan nok synes å være en utilbørlig forenkling, men forenklingen er tilskikt. Utmerkede fremstillinger om

spørsmålet (3) gir ikke svar. Argumentet om livets hellighet (4) møter liten forståelse i det sekulariserte samfunn og holder ikke fordi abortlovgivningen i de fleste vestlige land allerede har brutt dette premiss.

På den annen side er den britiske lovgivningen, som bl.a. tillater provosert abort på fostere etter 24. uke ved mistanke om funksjonshemmning, for mange av oss urimelig liberal og åpner for meget vanskelig grensesetting. Jordmødre over hele Norge har ropt varsiko på grunn av den liberale praksis for innvilgelse av senaborter på medisinsk grunnlag. Fremragende intrauterindiagnostikk med ultralyd ved 18-ukers screening avslører f. eks. Downs syndrom. Jeg kjenner ikke så mange foreldre med slike barn, selv de jeg kjenner har jeg ikke åpent nok diskutert med, og slett ikke ville jeg ta opp diskusjonen om hva de ville ha gjort, hvis..... Men jeg kan forestille meg konflikten om det gjaldt meg: Det kommende barnet ville dramatisk endre mitt liv i forhold til eventuelle planer.



Og samtidig: Det har for lengst hjerne og sanser, det ville merke aborten, det ville kjenne sin død. (For de som nærer håp om at døden er smertefri hvis den bare er rask nok, anbefales (5)). Provoserte senaborter stiller oss overfor det kjente spørsmålet fra individualetikken: Har man rett til å gjøre ondt for å unngå å få det verre? Eller for å oppnå å få det bedre? Og i så fall for hvem? Er det bedre for barnet å bli abortert? Christophersen (1) siterer en svensk skala som er et forsøk på å bringe orden i tankene. Hvorfor vil man velge abort?

1. Skaden er uforenlig med et liv etter fødselen.
2. Barnet fødes sykt og dør formodentlig i løpet av første leveår.
3. Barnet er friskt ved fødselen, men blir deretter sykt og dør før voksen alder.
4. Barnet vil gjennom hele livet ha et handicap eller sykdom og kreve økt omsorg og støtte fra omgivelsene.
5. Barnet vil bli født med en misdannelses eller en skade som kan korrigeres ved operasjon eller medisinsk behandling.
6. Barnet fødes med anlegg for en sykdom som vil bryte ut en eller annen gang i voksen alder og som formodentlig vil forkorte livslengden.
7. Barnet vil antagelig være friskt, men det vil ha anlegg for en sykdom som genetisk vil bli videreført i befolkningen.
8. Barnet er friskt, men har en egenskap som foreldrene ikke ønsker, som f. eks. kvinnelig kjønn.

Forfatteren diskuterer forutsetningene for å lage en slik skala, og de må være minst to. For den første må den være basert på at fosteret har en eller annen form for livsrett, ellers ville abort være uproblematisk på alle nivåer. For det andre må denne livsrett veies mot den belastning som må følge av at det blir født, såvel på barnet selv, som på foreldrene og samfunnet, ellers ville abort være problematisk på alle nivåer. Han viser hvordan det vil være umulig for legene å stille seg nøytrale til disse valg.



Med fare for å provosere de mange som har vært gjennom en provosert senabortion, er jeg tilbøyelig til å konkludere med at abort på dette tidspunktet er å påføre et menneske lidelse, og at det er etisk uforsvarlig. For meg er det nødvendig å velge et ankerpunkt, i det jeg forventer at menneskene skritt for skritt vil flytte sine moralske normer etter skalaen ovenfor, nærmest av bekvemmelighets-hensyn. Konsekvensen av dette valg er naturligvis også at samfunnet stiller opp med annet enn knapper og glansbilder til de som blir født til et liv med varig omsorgsbehov.

Ergo: Hvis liv skal selekteres, må det skje innen 12. svangerskapsuke. Det neste spørsmål er: Hvilket seleksjonsgrunnlag kan aksepteres?

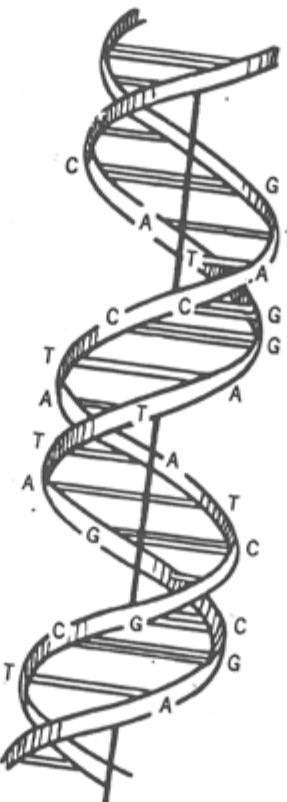
Forutsetningene er allerede lagt i og med loven om selvbestemt abort. Den sosiale kontekst fosteret befinner seg i avgjør om dets DNA skal få utvikle situ potensielle. Etter mitt skjønn må da veien ligge åpen for fjerning av fostre på grunn av "medisinske" indikasjoner, genetiske feil eller erkjente misdannelser. Men hva med disposisjon for senere sykdom?

*"Din svigerfars hjerteinfarkt.....han har kanskje brukt mye tobakk?"*

Vi kjenner nå en brøkdel av våre gener. Allerede kan f. eks. guttefostere med Duchennes muskeldystrofi identifiseres og termineres i tide (6). Det er bare et spørsmål om tid før en lang rekke arvelige sykdommer kan avsløres på et tidlig tidspunkt, og eventuell abort utføres innen 12. uke. Situasjonen er ganske annerledes i år 2009. Da kjenner vi kanskje 20%, kanskje 40% av våre generers betydning, eller delbetydning. De store industrieland samarbeider, og satser milliarder på kartlegging av vårt genom (7). Min pasients spørsmål er sannsynlig.

De etiske problemer før fosteret er 12 uker har andre dimensjoner. Jeg har valgt å se bort fra hensynet til det gryende liv, i det jeg forutsetter at det ikke er i stand til å registrere at det blir manipulert med. Problemene knytter seg til samfunnsøkonomi (cost-benefit!), fordelingssystemer og vår eventuelle rett til å styre artens utvikling.

Det er alltid farlig å la rent økonomiske betrakninger dominere i beslutningsprosessen, men det er noen ganger ubehagelig nødvendig. På skalaen ovenfor er det særlig i tilfellene 3-5 og delvis 6 at økonomi kan bli en avgjørende faktor for valget. Hva vil det koste å luke vekk disse fostre i tide sammenliknet med den nødvendige omsorg og behandling etter fødselen? Så lenge det dreier seg om løsninger før 12. uke ser jeg ikke noe galt i å legge slike mål til grunn. Menneskesamfunnet gjør daglig adskiltlig mer hårdhendte økonomiske prioriteringer.



Dog aner det meg at *det* ikke vil bli hoveddiskusjonen. Tilbuddet vil sannsynligvis bli svært ressurskrevende, og det offentlige apparat derved akter-utseilt. Vi vil få et privat marked. Dine muligheter til å sortere vekk upassende avkom stiger for hver eneste dekorerte papirlapp du klarer å erhverve deg. Spørsmålet blir altså: Er det rimelig at velstående og oftest allerede ganske velutstyrte folk skal kunne bestille fin-slipte perlebarn, mens hånd-til-munnparet i oppgang C fortsatt må ty til tilfeldighetens spill? Skal I-landene lang-somt, men sikkert perfeksjonere sin befolkning mens U-landene må ta hva de får? Vi er tilbake i politikken, der situ-

sjonen nå for tida er at pragmatismen rår grunnen og ideologiene står i skapet. Resultatet er gitt, er jeg redd. Har du råd og lyst, får du lov.

*"Det kommer til å koste dere mye penger, Petter. Har dere det?"*

Så er vi da omsider ved kjernen. Er det noe mindre høyverdig å selektere vekk hans fete sædceller og moras LDL-oxcyter før unnfangelsen, enn å fjerne 8 uker gamle Duchennefostre? Hvordan stiller det seg hvis alle egg- og sædceller bærer de usympatiske gener, slik at vi må justere spiralene litt først?

Vi forutsetter at utvelgelsesteknikken er kommet så langt at langt færre vil bli født med alvorlige handicap, og det må være et fremskritt. Vi tar nå utgangspunkt i tilfellene 7 og 8, delvis 6, på skalaen. Det er klart at om mange nok får anledning til å velge mye nok, vil det medføre en dreining av normalitetsbegrepet. Kanskje stiger gjennomsnittskvaliteten - men hvilken lykke gir det? Halvparten er jo alltid under middels, noen vil alltid være mislykket. Det hjelper lite å beherske tre språk som sjuåring hvis det vanlige er fem. Petters ønske om å selektere vekk anlegget for fedme kan vi kanskje leve med, men hva om ønsket var et mindre fredelig lynne? Det kan nemlig oppleves som et handicap.

Skal vi ha et detaljert lov- og regelverk som skiller mellom hvilke egenskaper man skal kunne velge, og hvilke som er utilattelege? Jeg mener nei. Verken utvelgelse blant naturlige kjønnseller eller syntese av liv med spesielle egenskaper kan godtas så sant individet el-lers må forventes å være friskt. En så steil holdning er nødvendig, tror jeg, fordi moralske normer og vurderinger dypest sett bare er subjektive uttrykk. Objektive orienteringspunkter finnes ikke. Dette skriver moralfilosofen Harald Ofstad i sin bok "Vår forakt for svakhet" (8), og han fortsetter: Derfor er f. eks. folkemord ikke mere - eller mindre - uriktig, enn hva som helst annet. Moral er bare et spørsmål om vilje og makt. Risikoene for på lengre sikt å have i grøfta i vår selekerte kamp for tilværelsen vil bli for stor.

Det er ikke tilfeldig at jeg skriver "gjennomsnittskvaliteten". Det enkelte menneske har en viss, individuelt ulik

kvalitet. Visse egenskaper vurderes som bedre enn andre. Om erklaert overordnet tankegang i vestlig kultukrets er at alle har det samme verd, betyr ikke det den samme verdi. Hvis jeg innbilte meg at vi som gruppe var i stand til å se på alle menneskers verdi som den samme, ville ikke denne diskusjonen være nødvendig. Men spiralene er ikke barmhjertige, noen er vakrere enn andre, og noen mer nyttige. Og noen ser ikke så verst ut, men virker defekte i praksis. Jeg er redd vår forakt for svakhet har sitt eget gen, uløselig knyttet til arten. Vil vi fjerne det, blir ikke et menneske resultatet.

Det er kanskje ikke så rart at det går rundt for forfatteren, tenker du vel, når han er så opptatt av spiraler. Og jeg medgir at det føles slik også, når man alene tumler med disse spørsmål. Men jeg er overbevist om at de vil bli aktualisert, til nå har ingen satt noen varig grense for menneskenes evne til å lære og skape. Disse spørsmål må drøftes. Jeg vil sitere Carlo M. Cipolla (9), som avslutter sin bok om befolkning og økonomi slik:

"Det at teknisk viden innføres i omgivelser som ennå er preget av intoleranse og aggressivitet, er høyst foruroligende. Etiske fremskritt må ledsage teknisk og økonomisk utvikling. Lærer vi bort teknisk viden, må vi også lære at det kreves respekt for menneskets verdighet og verdi og endog hellige ukrenkelighet. Det er på høy tid at noe må gjøres for at det siste stadium i menneskehettens historie ikke skal bli verre enn det første".

*Petter, hør her. Vi kan hjelpe dere med noe. Vi kan avsløre Downs sykdom og en rekke andre medfødte, alvorlige tilstander alt i 6. uke. Men det andre kostar flest, og hvorfor? Jeg synes du er en flott kar, selv med 10 kg for mye. Og hjerteinfarkt? Tror du ikke Kari og du vil makte å legge hindringer i veien for det? Det er jo nesten ingen som bruker dyrefett lenger....., og tobakk er jo ulovlig...."*

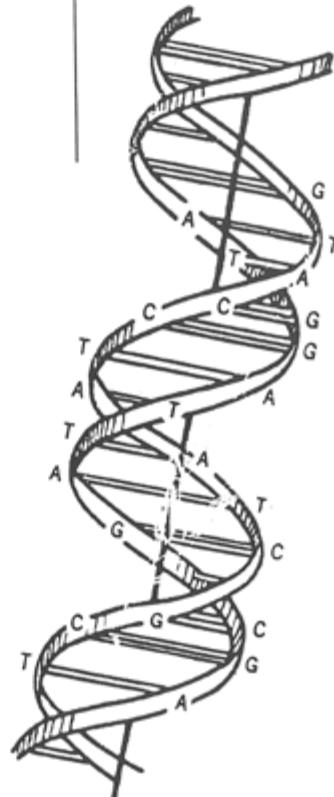
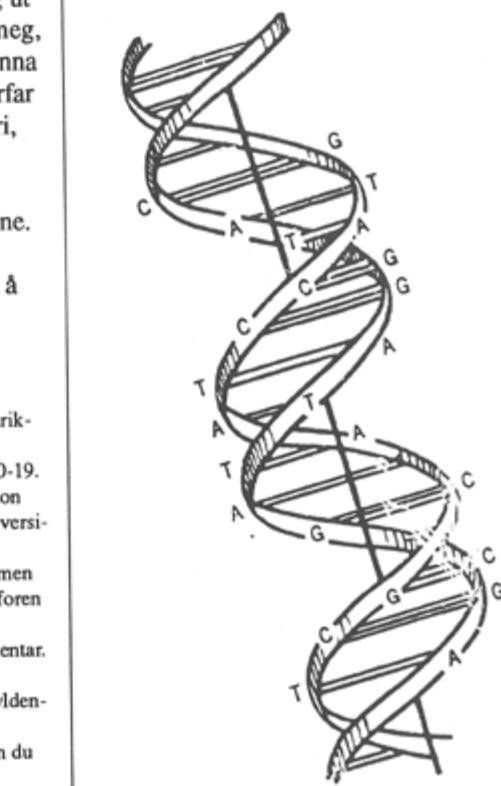
Og dessuten, hva med spenningen? En gang for rundt et decennium siden ble jeg overmannet av en ubendig trang til å kvitte meg med noe DNA. Sannelig var det ikke ei som ville ha det også! Og ut kom en flott gutt, et unikum, så lik meg, ja litt stort mellomrom mellom fortenna har'n kanskje, og like sta som svigerfar for den del! Men aldri kjedelig. Aldri, aldri kjedelig. Og bare skjønn.

Og så er han så utrolig flink til å tegne. Hvor har han det fra, mon tro? Det tror jeg faktisk vi ville ha glemt å bestille.....

## Litteratur

1. Christoffersen SA. Manipulasjon eller restriksjon? Etiske og teologiske synspunkter på bioteknologien. Kirke og Kultur 1986; 2: 100-19.
2. Austin CR. Human Embryos. The Debate on Assisted Reproduction. London: Oxford University Press, 1989.
3. Henriksen JO, Aarre TF. Mer enn gener - men mindre enn et menneske? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 3621-4.
4. Lester J. Ny lov i Storbritannia. En kommentar. Inter Medicos 1990; 2: 7-10.
5. Bjørneboe J. Frihetens øyeblikk. Oslo: Gyldendal, 1966.
6. Børresen AL. Dine gener forteller hvordan du bør leve. Dyade 1989; 6: 20-5.
7. Hunsager KA, Oltedal A. Inn i genalderen. Oslo: Det Norske Samlaget, 1988.
8. Ofstad H. Vår forakt for svakhet. En analyse av nazismens normer og vurderinger. Oslo: Pax, 1971.
9. Cipolla CM. Befolknings og økonomi gjennom 10000 år. Oslo: Aschehoug, 1971.

Pål Gulbrandsen  
Drammen Legesenter  
Vårvn. 22  
3024 Drammen



# Trygdens sykdomsbegrep - legers sykemeldingspraksis



Eli Berg er allmennpraktiserende lege i Kongsvinger fra 1975.

De årlige sykepengeutbetalingene når stadig mer svimlende høyder i Norge. Dette var tema for en dagskonferanse arrangeret av samarbeidsrådet RTV/Dnlf i Oslo 11/6-90, der 70 personer fra trygdeetaten, Dnlf, rådgivende leger, forskere, jurister, personer fra berørte departementer og gjester fra Sverige møttes.

**Av Eli Berg**

*Tor Bjerkedal* fra Institutt for forebyggende medisin var opptatt av at vi mangler epidemiologisk forskning på feltet sykepengeutbetaler. Vi må analysere trygdeforbruk i forhold til samfunnets forståelse av regelverket i Rikstrygdeverket.

*Asbjørn Kjønstad* fra Det juridiske fakultet i Oslo poengterte at lovgiverne hadde forutsatt at det kun er usørhet pga. sykdom som skal gi rett til sykepenger, - og også at sykdommen direkte skal være til hinder for utførelsen av arbeidet. Et problem i avgrensingen av hva som måtte karakteriseres som sykdom og ikke nevnte han at mange personer kommer inn i denne vurderingen: pasienten selv ved egenmelding, legen ved sykemelding, trygdekontoret ved sykepengeutbetaling, arbeidsgiver, ankeinstansen om arbeidsgiver og arbeidstaker ikke er enige om egenmeldingen, Rikstrygdeverket og eventuelt trygderetten.

Hva er så sykdom? Skal man forholde seg til WHO's diagnostilister, DSM III eller ICPC, f. eks? Kjønstad var opptatt av at mange tildragelser i tilværelsen er store påkjenninger for mennesket, men noe må vi forventes å tåle, - og altså ikke nødvendigvis sykemelde oss for det.

Sosiale påkjenninger gir i seg selv ikke rett til sykemelding, men hvis man blir syk av situasjonen. Likeledes kan man ha rett til sykepenger for sykdom eller skade, selvom det er såkalt "selvforkskyldt". Her blir presisert at pasienten er

forpliktet til å følge legens råd under sykemeldingsperioden.

Til nå har man ikke kunnet være sykemeldt for å pleie andre syke familie-medlemmer, - borts fra omsorg for alvorlig syke barn. Antagelig får vi nå en paragraf som sikrer mulighet for inntil 20 dager sykemelding for å kunne stelle nær pårørende i livets sluttfase.

Planene om svangerskapspermisjon før fødsel ble nevnt: I dag sykemeldes nær 50 % av de gravide i opptil 50 % av tiden siste 3 måneder av svangerskapet.

Kjønstad nevnte også sykemelding ved in vitro fertilisering. Barnløshet er ikke automatisk å regne som sykdom. Sykemelding kommer heller ikke på tale under behandling, mente han, - kun hvis det dreier seg om sykdom i tillegg.

Kosmetiske inngrep gir ikke rett til sykemelding hvis inngrepet ikke er medisinsk nødvendig.

Han mente at trygdelovgivningen gir liten informasjon om hva sykdom skal innebære. Samtidig poengterte han at om lovverket hadde vært mer distinkt ville fleksibiliteten lide. Samtidig var han redd for at gråsoner ble utnyttet av ulike grupper.

*Bjørg Dæhli Ystehede* fra Institutt for forebyggende medisin i Oslo tok for seg dilemmaet i legens praktisering av lovens medisinske vilkår for sykepenger. Sykepenger er en ytelse som kun skal omfatte de syke. Men hvem er syk? Det er det opp til legen å vurdere.

<b>FOLKETRYGDEN</b>		Dette eksemplaret skal legen sende til trygdekontoret samme dag
1 PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM PASIENTEN		
Personlig opplysning Personlig opplysning PASIENTENS TILSTÅR		SYKMELDING IA
OLSEN, MARIT STORGATA 100		010150 LILLEBY
<input checked="" type="checkbox"/> Arbeidstaker <input type="checkbox"/> Selvstendig <input type="checkbox"/> Uansett arbeidsgivende <input type="checkbox"/> Arbeidsplassen må ikke være en ordinans		
<input type="checkbox"/> Nok utarbeidet og nøyaktig godkjent <input type="checkbox"/> Jordlæge, skogslæge <input type="checkbox"/> Skolelærlende <input type="checkbox"/> Doktoraspirant <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Anner		
HILLEBY BARNEHAGE		
2 SYKMELDING MV.		
Behandlet av meg første gang 1/1-90      Diagnos: Vondt i hele kroppen      Sted: Høystasjonen		
Tidligere behandling: Ingen tidligere behandlinger har gitt nytte tilhensetning		
SKADE-TILFELLE HELT ARBEIDSUFOR      1/1-90 / 12-90      ANTAKS HELT ARBEIDSUFOR DELVIS ARBEIDSUFOR      %      ANTAKS DELVIS ARBEIDSUFOR Hvis sykdommen skyldes skade, er pasienten heltbrevret uten mva?		
3 UNDERSKRIFT MV. Sted og dato Lilleby 1/1-90      Legens stempel og underskrift Legens adresse og telefonnummer      Doktor Legemnd		
ORIENTERING TIL DEN SYKMELDTE		
1. Sammen med denne orienteringen får du tilsendt en gjærpart av Folketrygden (sykmelding til helse). Du ikke er det, kan du beholde gjærparten selv. 2. Et arbeidstaker har som regel rett til sykepenge fra arbeidsplassen de nærmeste ukene (arbeidsgiverperioden). Sykepenge utbetales fra tredje helte sykepengeperioden. Hvis arbeidsgiveren ønsker å betale sykepenge i arbeidsgiverperioden, kan arbeidstakeren også tiltrygdekontoret i boligkommunen. Ved en arbeidstaker som ikke regjer sykepenge som utgjør 100% av dets givningsmengde arbeidstakkestøtten i de siste fire ukene, kan arbeidstakeren få et tillegg til arbeidsgiverperioden i tillegg til arbeidsgiverperioden i arbeidsgiverperioden i arbeidsgiverperioden. 3. En arbeidstaker med sykepenge har som regel rett til sykepenge fra Folketrygden. De utgjør 65% av inntekten og gir fra et mindre dag til gjelder end en helse-doktorpris. Sykepenge gir på grunnlag av en fast lønnsgrad personligmedisinske inntekter. 4. En oppgittarbeider (arbeider) som har boet i arbeid utenfor fannegjørerhold, har som regel rett til sykepenge fra Folketrygden fra og med 15. dag. De utgjør 100% av inntaket deng Personligmedisinske inntekter. Ettersom en oppgittarbeider ikke har tilgang til arbeidsgiverperioden, kan en særskilt prinsipp knyttet oppgittarbeider legges til. 5. En virksomhet som utfører et yrke av arbeid i mindre enn tre inntekter, kan ha rett til sykepenge fra Folketrygden ved tilsendt uttalelse til virksomheten.		
Oppføringen fortsetter på forsiden		

Det kan lett oppstå en konflikt for legen i slike vurderinger pga. legens ulike roller. De såkalt funksjonelle plager viser dette kanskje mest tydelig. Ulike leger vurderer etiologi, forståelse, tiltak og diagnostikk ulikt for en og samme funksjonelle lidelse.

- legen er skolemedisiner, dvs. diagnostiker, årsaksforklarer, terapeut
- legen er autoritet
- legen er rettighetsforvalter
- legen er også en samfunnsborger
- legen er et menneske

Hun nevnte fibromyalgi som et eksempel på en illness hvor nettopp ovenstående roller vanskelig gjør avgjørelsen sykmelding eller ikke.

Hun spurte også om nedsatt ervervsevne måtte kreve en medisinsk begrunnelse for å få samfunnets høyeste ytelse. Kanskje hele ordningen bør radikalt revurderes? Sykeliggjøring bør ikke belønnes økonomisk.

Trygdefaglig leder i Buskerud, Runar Narvland, tok for seg ulike sider av trygdekontorenes muligheter for å overprøve sykmelding fra lege. Pasienter som vandrer mellom leger, "snille leger" osv, eksempler ble tatt fram. Hans konklusjon var at leger og lokalt trygdekontor må samarbeide, ikke overprøve hverandres avgjørelser.

I debatten som fulgte framkom mange tanker om praktiseringen av gjeldende

lovverk og innen rammen av kjent praksis. Noen forslag til nytenkning framkom også:

*Gunnar Tellnes*, Arbeidsmarkedsinstituttet i Oslo, foreslo at man burde kunne gradere alvorlighetsgraden av sykdommen som førte til sykmelding, - f. eks. fra grad 1-5, hvor 1 var slike tilstander som forkjølelse, mens 5 f. eks. var cancer med metastaser. Derved ville trygdekontoret få tidlig signal om kort eller lang sykmelding.

*Elin Gjerstad*, kommunelege i Lofoten, poengterte at utbetaler foregår lokalt, - dermed må samarbeid og bevisstgjøring av aktørene også foregå lokalt. I Nord-Norge reiser nå en kurs-pakke fra sted til sted nettopp med dette siktemålet å øke samarbeid og bevissthettsnivå både hos leger og trygdefunksjonærer. - Og hun fikk støtte fra flere.

Bl.a. kunne *Hugo Bolling* fra Linköpings försäkringskassa fortelle om store reduksjoner i sykepengeutbetalinger etterat legene hver måned fikk tilsendt fra trygdekontoret datalister over sine egne pasienters sykmeldinger og hva hver av dem fikk utbetalt fra trygden. - Kommunelegen kunne også få lister over kommunens samlede sykmeldinger og dermed følge befolkningens sykelighet til enhver tid.

I Linköping hadde man også vært oppatt av at sykmelding var en sterkt medisin, jo større dose, desto større fare for bivirkninger. Obligatoriske oppmøter på arbeidsplassen under full sykmelding, delvis sykmelding, aktiv rehabilitering under sykmelding var tiltak man diskuterte.

*Tor Bjerkedal* avrundet første halvdel av konferansen ved å poengtere at:

- vi må gjenvinne tilliten til aktørene
- jobbe tverrfaglig
- veien fram til bedre praktisering av sykepengeordningen er lang.

*Arild Bjørndal* fra Statens institutt for folkehelse innledet med å stadfestet at her mangler vi forskning. Sykemeldingspraksis og sykemeldingsadferd er ikke studert i vårt land. Mangel på forskning har ikke lagt demper på synsing, - men den er lite kvalifisert.



Det må undersøkes nærmere

- hvem/hva som gir sykemelding
- hva legers praksis er

og ikke regne med at det vi har med å gjøre er pasienter som ljuger og leger som juksar.

Mange forhold spiller inn på sykemeldingspraksis:

- sykdomsbegrepet endres, grunnet ny erkjennelse, medisinsk praksis endres, stadig nye deltakere i helsevesenet, paramedisinsk personell, konkurser og permitteringer gir kjente lidelser som depresjon og søvnloshet
- arbeidsledighet gir endret spill, men med gamle spilleregler
- nye grupper presser på
- samfunnet trenger noe avskalling i arbeidslivet. Og medisinske besvergelseser er vilkåret for at samfunnet vil hjelpe de "utstøtte"
- legene og RTV har vansker med arbeidsledigheten. Finnes ikke kontrollens mål eller ønsker man kun en økonomisk tilstramming?

Uansett ordninger: Vi aksepterer ikke fattigdom. Samfunnet må ta vare på de som ikke har livsopphold. Men må dette være avhengig av sykdom?

I diskusjonen etter foredraget kom *Per Sundby*, Sosialmedisinsk institutt, Oslo, med endel betraktninger over uklare retningslinjer fra RTV til legene. Han mente videre at hvis det ikke gikk politikk i en sak, så gikk det mugg i den, - og det er gått mugg i sykemeldingsordningen.

Det kom til overflaten en tydelig forskjell i tolkningen av dagens situasjon når *Inger Lund* fra RTV mente at leger sykemeldte på feil grunnlag. Men hun fikk motbør fra flere, bl.a. Per Sundby som mente at vi mangler politiske mål for det vi driver med, - legene kan ikke lastes for at de prøver å avveie pasienters helse mot RTV's lover.

*Thor Hanch-Hansen*, rådgivende lege, mente at sykelønna er for høy. Det må lønne seg å arbeide. Folk sparer bl.a. reisepenger ved å være sykemeldt. Han fikk støtte av Inger Lund, som mente at forrige trygdedirektør gikk av før tiden

fordi han mente at det norske folk ikke hadde ryggrad til å bære 100 % dekning av lønna fra første fraværsdag.

*Jon Haffner*, president i Lægeforeningen, avrundet debatten med å poengtere at legene ikke hever seg over loven, men at de fortolker loven i lovgivers ånd. Og *Kjell Knudsen*, direktør i Rikstrygdeverket, hadde ønsket at Stortinget hadde hørt debatten. Han ønsket seg bl.a. en ordning der lege, pasient og arbeidsgiver kunne samarbeide fra 1. sykefraværsdag.

En konferanse med mange gode tanker, mye erfaring i hver sin del av systemet, med hver sine referanserammer og ditto avstand til øvrige deltakere i spillet. Det mangler betydelig arbeid på forsknings-siden. Mens vi venter på resultatene må samarbeidet på lokalplanet forsterkes, samt at erfaringene fra begge disse fronten må formidles videre til Stortinget som grunnlag for nyttekning innen systemene med ytelsjer til arbeidsuførhet.

Lege Eli Berg  
Vepsvn. 74  
2250 Roverud



Piroxicam®  
**Felden**

**Velegnet ved artrose**

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

**Pfizer**

**PFIZER A/S**

Strandveien 4, 1324 LYSAKER

# **SK&F**

## **Produkter i Norge i dag:**

- Tagamet®**
- Mesasal®**
- Ridaura®**
- Engerix-B®**

## **Forskningsområder:**

- Mage/tarm**
- Hjerte/kar**
- Infeksjonsmedisin**
- Reumatologi**
- Cancer**

**SMITH KLINE & FRENCH**

Solheimvn. 112, Pboks 134, 1473 Skårer  
Tlf. 70 79 01. Telefax 70 49 58.

# Jordmortenesta i ein utkantkommune



Finn Dyngvold nærmer seg 50 år, men er fortsatt oppegående og deltar på kurs. Distriktslege/kommunelege i Austevoll - øykommune sør for Bergen - siden 1968. Har tro på at helse skapes av faktorer godt utenfor fagfolks rekken - en god klem til pasienten kan til tider virke mer stimulerende på immunapparatet enn eksternt tilførte kjemiske produkter. Opptatt av lokalhistorie og er flittig bidragsyter til lokalavisen.

## Rapport etter tre år

Austevoll er ein øykommune i Hordaland sørvest for Bergen og nord for Stord. I dette øysamfunnet har det vore jordmor så langt tilbake som folk kan hugse. I 1986 vart distriktsjordmora førtidspensjonert og spørsmålet melde seg: Skulle kommunen framleis ha eigen jordmortenesta?

Av Finn Dyngvold

I Austevoll bur 4200 menneske spredt på 9 øyer. 3/4 av befolkninga bur på to av øyene som er butte sammen med bru. Reisetid til Bergen eller Stord (Leirvik) er 1 1/2 - 2 timer alt etter klaff med ferjesamband etc. I verste fall kan kommunen vere isolert grunna uvær. Hovednæringsvegar er fiske og havbruk som mes- teparten av annan verksemder er tufta på.

I dei rike barneåra like etter krigen var det 4 jordmødre på ulike stader kringom i kommunen. Til samanlikning fekk Austevoll eigen lege først i 1950. Før den tid hadde kommunen lege saman med Sund kommune på Sotra. 2 år etter Kommunehelselova si innføring - var dette snudd på hodet. Ei jordmor nær pensjonsalder, men 4 legar. Og så vart distriktsjordmora (frå 1955) førtids-pensjonert.

### Jordmortenesta og Kommunehelselova

På det tidspunkt hadde kommunen ei jordmor i teneste som helsesøster (på dispensasjon). Ved eit av legekontorene/helsestasjonane hadde ho allerede i nokre år dreve svangerskapskontroller i samarbeide med legen der. Dersom stillinga som kommunejordmor vart lyst ut var ho innstilt på å søke. Kommunen kunne imidlertid - med Kommunehelselova i hand - la være å gå inn for å oppretthalde dette tilbodet. Lova definerer jordmortenesta som ei "kan"-teneste og ikkje ei "skal"-teneste (§ 1-3).

For å gjøre ei lang historie kort: Etter

mye tautrekking og kommunal "lobbyverksemd" vart jordmortenesta opprettet frå 1.1.87. At det gjekk som det gjekk skuldast ikkje minst kvinnelege kommunalpolitikarar som sjøl hadde erfaring med kva denne tenesta innebar. Dei fungerte som "tunga på vektskåla". Men vegen fram gjennom dei ulike kommunale utval til kommunestyret vart - om eg så må seie - ein heller hard og trøng fødsel.

Årsaka til det er klar: Her var det tale om kommunale utgifter som kommunen ikkje var forplikta til. Og eit anna argument som vart ført fram: Vi har då legane. Dei vert løna med høg beredskapsgodtgjering. Kan ikkje dei gjere jobben?

### Struktur/organisasjon

Korleis lar det seg så gjøre å lage ei teneste basert berre på ein yrkesutøvar? Og til overmål i ei teneste med døgnkontinuerlig service?

Strukturen på stillinga er i grove trekk denne:

- Jordmora har svangerskapskontroll på samtlige (nær opptil 100 %) i kommunen. Dette vert utført på helsestasjonane i samarbeide med legen der. Legen foretar den første kontrollen, ein kontroll midtveis i svangerskapet (ikkje alltid) og ein i den siste månaden. Men kontrollane foregår i nært samarbeide med jordmora, og ho konfererer jamt med legen når det er mistanke om komplikasjoner (vekstretardasjon),

Illustrasjon: Ragnhild Gjerstad



svangerskapsforgiftning, urinvegsinfeksjonar, mistanke om sukkersjuke etc). Ca. 8 kontroller vert utført av jordmor aleine. Jordmora har til eikvar i oversikt over kven som skal føde - fører liste med terminbestemmelse - og veit når det er "fødsels-boom".

- Jordmora har *nattevakt* dei første 5 nettene i veka. Ho har fri kvar torsdag og rett til fri kvar helg (frå laurdag morgen). Men jordmor innrettar seg med fri etter svingningane i fødseltalet til eikvar tid, og står til disposisjon i stor utstrekning også på fritida.

- Jordmora følger dei fødande til sjukhus (Bergen/Stord). Inntektene av slik følgeteneste i hennar strukturerte arbeidstid tilfaller kommunen. Følgje på hennar fritid vert honorert henne etter RTV-takster.

- Det er ikkje fødestove i kommunen lenger. Men jordmor tar enkelte planlagte *heimefødslar*.

### Kva er røynslene etter 3 år?

Den beste måten å undersøke dette på var å gjøre seg opp ein status etter desse åra inklusive ei spørregransking blant brukarane. Samlege kvinner som i tidsrommet 1.1.87 - 31.12.89 hadde født (eller venta nedkomst i løpet av nov/des-89) - ialt 184 - vart tilskreve med eit spørreskjema. Det kom inn svar frå 151, dvs. 82 %. Av dei 151 som svarte var det 120 som nytta seg av muligheten til å komme med meir utfyllande kommentarar til svangerskapsomsorga såvel i kommunen som i sjukehus.

### Kven utførte kontrollane?

- berre lege:	9
- berre jordmor:	13
- kombinasjon jordmor/lege:	129

Her er imidlertid ei feilkjelde. Ingen gjekk *berre til jordmor*, men i skjemaet har kvenn kryssa i denne rubrikken og uttrykker med det eit ønske om å gå

berre til jordmor (gløymt å streke under - jfr. kommentar nedanfor). Dei som *berre har gått til lege* gjeld slike sofn har søkt spesialist i Bergen for kontroll. Mange av desse gjekk på slutten av svangerskapet til jordmor (vart "fanga opp" av kommunehelsestena), men ikkje til kommunelegen.

### Ønske for framtida?

Det vart og spurta kva form for svangerskapskontroll den gravide ville foretrekke ved eit framtidig svangerskap. Skjemaet vart her mistydd av fleire. Men korrigerer ein for dette kjem det fram at svara fordeler seg slik:

- |                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| - Kontroll ved lege og jordmor: | 103 |
| - Kontroll ved jordmor aleine:  | 46  |
| - Kontroll ved lege aleine:     | 2   |

At 30 % av dei gravide ønsker å gå berre til jordmor kan virke oppsiktivekande høgt. Samtlige av desse vil imidlertid ha hatt legekontakt ved ultralydundersøkelse. Men dei meiner at kontakten med jordmor er tilstrekkelig lokalt. Det høge prosenttalet avspeglar vel lokale forhold og det er grunn til å tru at kombinasjonen lege/jordmor andre stader ville oppnå høgere tilslutning. Dei to som ønskte berre legekontakt søkte spesialist i Bergen.

### Ultralydundersøkelse

Av dei 151 som var spurta var det berre ein som ikkje hadde vore til ultralyd. 82 hadde vore ei gong til slik undersøking. 68 hadde vore 2 eller fleire gonger. Undersøkingane fann stad ved Kvinneklinikken i Bergen, ved Fylkessjukehuset på Stord eller ved privatpraktiserande spesialist i Bergens-området. Henvisningane var anten ved primærlegen (når kvenn kom seint til 1. gongs kontroll) eller - som oftast - ved jordmor (som då fekk tilbakemelding).

Frå nokre få kom det fram ønske om at det skulle vore mulighet for ultralydundersøking her i kommunen. Det er urealistisk pr. i dag. Skal ein skaffe seg erfaring med slik undersøking må det gjøra fleire undersøkingar enn det vert mulighet for i ein kommune av Austevoll størrelse. Og det å ta fleire undersøkingar pr. svangerskap berre for å oppnå erfaring kan ikkje forsvarast.



### Kvar fann fødselen stad?

- Kvinneklinikken i Bergen:	128
- Fylkessjukehuset på Stord:	11
- Sjukehus i andre fylker (Florø):	2
- I heimen	7
- Ikke planlagte	2
Transportfødsler:	3
- i ambulansen	2
- på ferja	1

### Kven fulgte til sjukehus?

- Jordmor	73
- lege	5
- far til barnet	116
- andre (mor, søster venninne etc)	11

### Korleis vart fødselen planlagt?

- Reise til byen og vente på nedkomst	29
- Være heime til nedkomst og få jordmorfølge	108
- Planla heimefødsel	5
- Fødselen kom før venta tid	15

Her er tala større enn 151. Det kjem av at nokre hadde planlagt fødselen, men så kom denne før venta tid.

### Komplikasjoner under fødselen

Det var ialt 22 fødsler med komplikasjonar

- tangforløsing	6
- keisersnitt	13
- andre inngrep (epidural pga. preeklampsia/justering av hodestilling etc)	3

### Kven var fødselshjelpar?

- Berre jordmor	101
- Både jordmor og lege	45
- Berre lege (fødsel ved legekontor)	1

Av dei 101 fødslane berre med jordmor var det i 17 tilfelle den jordmora som kvinnen hadde hatt i svangerskapet. Av desse 17 var det 5 planlagte heimefødsler og 2 ikkje planlagte heimefødsler. Vidare 3 transportfødsler. Berre ved 7 fødsler i sjukehus var det kvinnas jordmor gjennom svangerskapet som var hovedhjelpar. Fleire av dei 7 var i Stord sjukehus. Såleis var det berre unntaksvis at kvinnas faste jordmor fekk sleppe til ved Kvinneklinikken i Bergen der dei



alt overveiande av fødslane foregjekk. Til det er det oppgjeve ulike grunnar. At Kvinneklinikken som universitetsklinik har ansvar for opplæring av medisinerstudentar og jordmorelever. Og at jordmødre utanfrå vil skiple rutinene. Dessutan vert det eit spørsmål kven som er ansvarlig ved skade som oppstår: sjukehus - eller kommunehelsenesta?

### Valg av fødestad og fødselshjelpar.

Alle fekk spørsmål kven dei ville ha til fødselshjelpar dersom dei kunne velge - og kvar dei isåfall ville føde. Av dei 151 var det 5 som ikkje svarte. Av dei 146 svar fordelte dei seg slik:

- Få ha den jordmora eg hadde i svangerskapet - og fø på sjukehus	111
- Få ha den jordmora eg hadde i svangerskapet - og fø heime	19
- Få ha ei av sjukehusets jordmødre	9
- Det spelar inga rolle	17

Talet overstig 146. Det kjem av at nokre oppgir at dei kunne tenke seg å fø heime, men og i sjukehus dersom det var det minste teikn til komplikasjoner. Når over 80 % som her ønsker si jordmor som fødselshjelpar viser det ei overveldande tillitserklaering til den stedlige jordmor. Men eg vil tru at det og avspeglar eit generelt ønske som ville komme fram kor i landet ein gjor-

de ei tilsvarende spørreundersøking - kan hende ikkje med så stor prosent som her. Tala ovanfor er eit klart signal til sjukehusa om å åpne dørene for kommunejordmødrane når dei kjem til fødeklinikken med kvinne dei kjerner ut og inn gjennom måneders oppfølging. Eg kan ikkje skjønne anna enn at dette må vere eit organisatorisk spørsmål som må kunne finne si løysing. Ei slik løysing innebærer klare fordeler både for:

- den fødande
- jordmora  
(opprettheldfødselskompetanse/kontakt med faget).

Ulempene for klinikken ville kunne løystast ved å opprette ei eiga *distriktsfødestove* tilknytta sjukehuset. At denne aktiviteten skulle frarøye medisinerstudentar og jordmorelever opplæringsgrunnlaget virker noko søkt. Tross alt vil det langt største antall fødsler vere frå byer og tettstader.

### Ros og ris

120 av dei 151 nytta seg av muligheten til å gje meir utfyllande kommentarar til svangerskapsomsorga slik dei opplevde denne såvel i heimkommunen som i sjukehus.

Eit gjennomgåande trekk ved desse svara er stor tilfredshet ved den jordmorbaserete svangerskapsomsorg slik den no vert praktisert i kommunen. Heile 103 av dei 120 gjev i positive ordlag uttrykk for takksemd på ulikt vis. Resten er nøytrale utsegner medan ikkje ein kommentar er negativ. Stikkord er TID (god tid!), TILLIT, TRYGGHET og TILGJENGELIGHET (dei 4 T'ane!).

Kvinneklinikken i Bergen får både "ros og ris". For store forhold, upersonleg miljø, for mange og ulike hjelparar, føleslen av å vere eit nummer i rekka, vere overlatt til seg sjøl, lite informasjon. Spesielt kom dette fram i kommentarar frå førstegangsfødande. Men mange gir også uttrykk for trygghet over å føde i sjukehus. Ambivalansen gir seg t.d. uttrykk i dette utsegnet:

"Kaldt og upersonlig miljø, men ein sikker plass å føde dersom det kommer til komplikasjoner".

Ein annan karakteriserer sin 1. fødsel som "ein vond opplevelse" og valgte heimefødsel andre gongen.

Mange gir også uttrykk for at dei i stor grad vert overlatt til seg sjøl: "ein einsam og frustrerande opplevelse".

58 gir uttrykk for at dei er tilfreds med den service dei har fått ved Kvinneklinikken i Bergen. Men det er verd å merke seg at heile 46 svar gir eksplisit uttrykk for negative kjensler knytta til sjukehusopp holdet.

## Økonomiske vurderinger

Ein kommunepolitikar ser først og fremst på utgiftspostane. Og i budsjettet er jordmertenesta ein utgiftspost.

For 1990 er netto driftsutgifter

12.500. Kommunen får "inntekter" som skatt frå ein arbeidstakar. Kan så hennar innsats "inntektsførast" på anna vis? Jordmora driv svangerskapskontrollar - i snitt 8 pr. gravid - som før vart refundert legen (kr. 80 pr. konsultasjon og i tillegg kr. 13 for måling av hemoglobin). Dessutan driv ho følgene neste slik at den gravide slepp å bu på sjukehotell siste tida.

Dette kan bereknast:

8 kons. à kr. 93 hos 50 gravide .....	kr. 37.200
Døgnprisen på sjukehotellet er 450 kr.	
Dersom ein rekner eit snitt på 6 oppholds døgn	
32 gravide (halvparten):	
6 x 450 x 32 .....	kr. 86.400
	kr. 123.600

Dersom ein trekker frå utgifter til sjukebil og ferjer for dei kvinnene som pr. i dag er heime til nedkomst vil ein likevel etter all sannsynlighet komme ut med innsparinger for Rikstrygdeverket på i overkant av 100.000 kroner fordi kommunen held ei jordmerteneste. Dette gjør seg ikkje utslag i rammetildelinga frå Staten. Etter mi mening burde alle kommunar som held ei jordmerteneste som dei ikkje er pålagt få eit auka rammetilskot etter kriterier (antall fødande/avstand til sjukehus etc).

## Konklusjon

Jordmertenesta i Austevoll - med omlegging frå ein rein legebasert svangerskapskontroll til ein kombinert jordmor/lege-basert svangerskapsomsorg - har vore ein ubetinga suksess. Tid, tillit, trygghet og tilgjengelighet er stikkorda for denne tenesta.

Men tilgjengelighet kan ikkje i lengda basera utelukkande på eit menneske. Skal ordninga i vår kommune - og i kommunar av tilsvarende storleik - halde fram eller opprettast, må det etablerast ei vaktordning. Det må være minst to jordmødre i kommunen. Men med vårt grisgrindte lands mange småkommunar vil det være ein umulighet å få dette til dersom ein skal basere seg på jordmertenester aleine.

Føresetnaden må utvilsomt være at jordmora må kunne gjøre anna arbeide. Som t.d. helseøster/helsestasjonsarbeide, omsorgsarbeide og/eller delta i tverrfaglig samarbeide som barnevernsaker (slik vår jordmor har gjort). Profesjonsgrensene skulle ikkje vere til hinder her. Jordmødrane er høgt spesialiserte med grunnutdanning som sjukepleiarar.

Undersøkelsen viser at fødsels-/barselsomsorga i sjukehus ikkje fungerer optimalt. Tryggleik vert høgt verdsatt, men det er også ein massiv kritikk for mangel på omset for "mjuke verdier". Sjukehusa bør ta denne kritikken alvorlig. Eit resultat bør være å opprette ei distrikts-fødestove.

Hovedkonklusjonen er at utkant-Norge må beholde jordmora.

Ein bør være ferdig med den diskusjonen om jordmora er kompetent til å drive svangerskapskontroll. Det er vanskelig å tenke seg at alle landets kommuner kan få ei jordmerteneste ("skal"-teneste). Men utkantkommunar som driv ei jordmerteneste bør få auka rammetilskot for å stimulere til å opprette slik service.

Kommunelege  
Finn Dyngvold  
5392 Storebø



Olav Rutle  
Sjøbergvn. 32

1341

**UTPOSTEN nr. 8 1990****Innhold:**

<b>Leder: Vi er det vi spiser</b> Kirsti Malterud	<b>side 287</b>
<b>109 kilo</b> Magne Nylenna	<b>side 288</b>
<b>Oppskriftskonkurransen 1990 - Vinneroppskriften</b>	<b>side 290</b>
<b>Finnes det mat man kan bli sint av?</b> Marit H.N.	<b>side 292</b>
<b>Matvareintoleranse og atferdsproblemer</b> Stein Schage	<b>side 294</b>
<b>Farlig å spise og drikke</b> Arve Bryhni Frostad og Alf Tande-Pedersen	<b>side 296</b>
<b>Et møte med Henrik Wulff og en bokanmeldelse</b> Marit Hafting	<b>side 299</b>
<b>Hvorfor slanker vi oss? En undersøkelse av reklamens kroppsilde</b> Liv Opstvedt	<b>side 300</b>
<b>Børker om spiseforstyrrelser</b> Olav Spigset	<b>side 304</b>
<b>Hva feiler det helsevesenet</b> Stadsfysikus Fredrik Mellbye intervjuet av Ebba Wergeland Ebba Wergeland	<b>side 308</b>
<b>Gode vekstvilkår for allmennmedisinsk forskning</b> Eivind Vestbø	<b>side 310</b>
<b>Legevaktkonsultasjonar - Eigenkontroll ved hjelp av anonymt spørjeskjema</b> Egil H. Lehmann	<b>side 314</b>
<b>Bokmelding: Patienters egenvurdering - et medisinsk perspektivskift</b> (I.M. Lunde) Kirsti Malterud og Marit Hafting	<b>side 319</b>
<b>Spiraler - 2. pris i essaykonkurransen 1990</b> Pål Gulbrandsen	<b>side 320</b>
<b>Trygdens sykdomsbegrep - legers sykemeldingspraksis</b> Eli Berg	<b>side 324</b>
<b>Jordmortenesta i ein utkantkommune</b> Rapport etter 3 år Finn Dyngvold	<b>side 328</b>