

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1991

ÅRGANG 20



Just le service postal
Souscrire l'étiquette
et la répliquer.

Tema: Vest-Telemark

Snø og granskog.

*Tale om heimsleg -
snø og granskog
er heimsleg*

*Frå første stund
er det vårt.
Før nokon har fortalt det,
at det er snø og granskog,
har det plass i oss -
og sidan er det der
heile heile tida.*

*Meterdjup fonn
kring mørke tre
- det er for oss!
Innblanda i vår eigen ande.
Heile heile tida,
om ingen ser det,*

har vi snø og granskog med.

*Ja lia med snøen
og tre ved tre
så langt ein ser,
kvar vi er
vender vi mot det.*

*Og har i oss ein lovnad
om å koma heim.
Koma heim,
gå borti der,
bøye greiner,
- og kjenne så det fer i ein
kva det er å vera der ein
høyrer til.*

*Heile heile tida,
til det er sløkt
i våre innlandshjarte.*

(Tarjei Vesaas)

Norge er et kontrastenes land.

Et land der ulike landsdeler har sine egne sterke særpreg. Særpreg i natur og i menneskesinn.

Tarjei Vesaas formidler i sitt vakre dikt noe av særpreg fra sine hjemtrakter - Vest-Telemark.

Dette nr. av Utposten handler for en del nettopp om Vest-Telemark. For også noe så prosaisk som helsetjenesten har lokale særpreg. Utposten har tidligere omtalt noe av dette gjennom sitt Finnmarks-nummer og et nummer om samisk helsetjeneste.

Og nå altså Vest-Telemark. Her har ildsjel og kommunelege i Vinje, Svein Lie, vært Utpostens lokale kontaktmann.

Resultatet har blitt et innblikk i en fascinerende landsdel og et aktivt fagmiljø.

En idé for flere rundt om på utpostene? Redaksjonen er åpen for innspill!

Mette Brekke

som sammen med Berit Olsen er ansv. red. for dette nr.

Redaksjonen er avsluttet 30.10.90

Framsidede illustrasjon: Hallbjørg Strøm

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
Nyresbarett 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, telefaks 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

leder



Vi er kommuneleger...

En middels stor norsk kommune. Vi er gemyttlige og kanskje noe makelige personer, og lever helst i fred med oss selv og våre omgivelser. Vi synes at såvel selvopprettende glød som pasjonerte motsetninger gjør seg best på film.

Altså er hverdagen preget av at vi i rimelig velbefinnende gjør den jobben vi synes kommuneleger bør gjøre. Mye er såkalt kurativt, dvs. vi tar oss av pasienter. Et variert utvalg "kronikere"

kommer jevnlig på besøk, enten de nå har diabetes, fibromyalgi, angst eller andre plager. De regner oss som sine faste leger. Innimellom kommer gravide damer, forkjølte unger og folk med brannskår eller brukket ankel. Og av og til må vi forlate kontoret og rykke ut til skader og kriser av ymse slag. Samarbeidet oss 5-6 kolleger imellom medfører ikke særlige påkjenninger. Vi fordeler broderlig imellom oss arbeid på helsestasjonen, på kommunens ulike skoler, eldre-

institusjoner osv. En av oss får kalle seg kommunelege I og får møte i hovedutvalget. Han skal snart få tittelen "medisinsk faglig rådgiver" for kommunen (1).

Selv det fører ikke til misunnelse hos oss andre. Særlig ikke da han ved de siste lønnsforhandlingene havnet ett lønnstrinn lavere enn oss andre pga. den tittelen. Ja, det synes vi faktisk er litt vanskelig å forstå.

Men tilbake til arbeidet vårt. Vi får faktisk tid til jevnlig møter med hjemmesykepleierne, trygdekantoret, helseøstrene, fysioterapeutene og sosialkontoret. Da begynner timeplanen å bli nokså full. Så alle de andre får vi bare tid til å treffe av og til - slike som apotekerne, ambulansfolkene, PPT-folkene, lensmannsfolkene, barnevernsarbeiderne, næringmiddelkontrollen, psykiaterne, sanitetsforeningene, husmorlagene osv osv.

Alt i alt har vi følt oss som ganske nyttige medlemmer av lokalsamfunnet. Vi har hatt den viktige funksjonen som medisinske førstehjelpere. Våre brukere har krevd tilgjengelighet, dvs. de vil vite hvor de finner en lege når de trenger en. Og lokalsamfunnet har visst om vår fagkompetanse og har kunnet nyttiggjøre seg den i mange sammenhenger. Sant nok har vi av og til drømt om tid til systematisk forebyggende arbeid. Og vi har hatt våre problemkasser og våre feiltrinn å leve med. Vakanser har slitt på humøret. Men stort sett: vi har drevet en helsetjeneste våre medborgere har uttrykt tilfredshet med, og hvis krav vi selv har hatt følelsen av å mestre.

Så langt, så vel. Der kunne historien har sluttet. Men så har den også en annen side. For saken er den at vi konfronteres med stadig nye krav - krav til kompetanseheving og til

spesialisering. Og disse kravene kommer utenfra, dvs. de kommer ikke fra våre brukere. De kommer f. eks. fra media, hvor man roper høyt om at legers grunnutdanning er mangelfull nesten på ethvert område, og hvor tallrike interessegrupper slipper til med krav om at primærleger må bli dyktigere nettopp på deres felt. Det samme krever de medisinske spesialister. Og de fylkeskommunale og statlige styringsorganer. La oss ta et eksempel: De gravide i vår kommune går som regel til svangerskapskontroll hos sin faste lege. Vil de skjønnere logikken i at denne omsorgen nå skal flyttes til helsestasjonen og at bare en av legene skal få lov til å hjelpe helsesøster med den? (1) Eller vil de spørre seg hvorfor de ikke kan gå til den faste legen med graviditeten når de går til ham med alt det andre? Kanskje de til og med vil synes det er litt leit. Men hvis nå ekspertene sier at legen ikke er flink nok til å drive svang-

⇒

erskapskontroll lenger, så vil de nok akseptere de ekstra ulemper. De vil jo ha det beste for sitt barn.

Flere eksempler kan nevnes: Arbeidet med kommunens nye innbyggere - flyktningene - har bydd på utfordringer for oss alle. Men her bør én av oss tilegne seg kompetanse og bli "flyktningelege" (2). Så kan heller en av oss andre dyktiggjøre seg til skolelege og bl.a. få drive samlivsundervisning. Å fordele dette slik at ikke den samme står der og doserer år etter år - er ikke bra. Én av oss kan bli kommunens "eldrelege". Skal han betjene eldreinstitusjonene, hjemmesykepleien og de "friske" eldre når de blir syke, så får han ikke tid til noe annet. Men han blir nok en dyktig geriater med tiden.

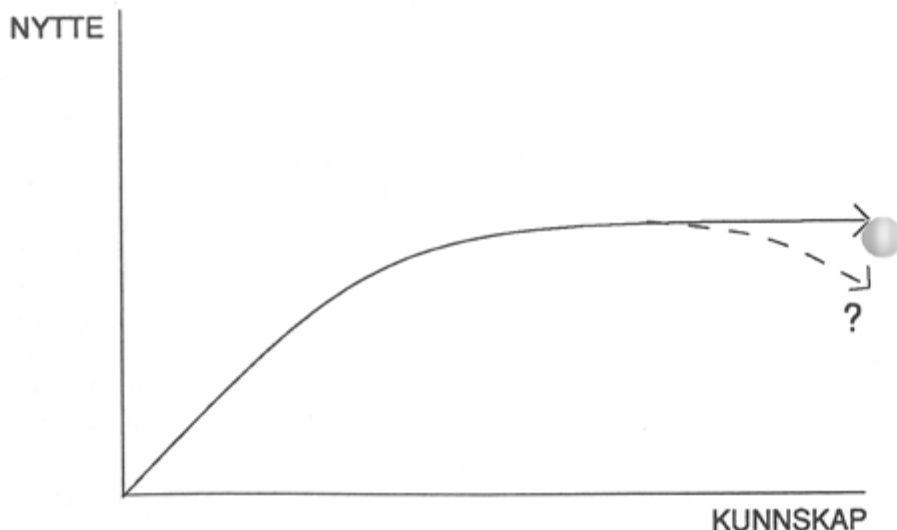
Flere eksempler: Én bør bli flink i smertebehandling og terminal omsorg, én bør lære mer om psykisk utviklingshemning, én bør kunne helsestasjonsarbeid, én bør være kommunens ekspert på seksuelle overgrep og én skal spesialisere seg på smittsomme sykdommer og kalle seg kommunens smittevernlege (3). Og vi alle bør endelig lære oss noe om hypothyreose og folkeskikk (4).

To spørsmål til slutt:

1) Vil det bli kjedeligere å være kommunelege hvis vi med tiden blir spesialiserte? Personlig tror vi det blir det. Det er sikkert utfordrende å være ekspert på smertebehandling eller infeksjoner på Rikshospitalet. Men i en liten kommune som vår vil nivået aldri kunne bli så høyt at nettopp det avanserte blir spennende og dermed kompenserer for det mangfoldet vi taper. Så finner vi kanskje ut at vi vil lære mer om "vårt" spesialfelt og bli ordentlig ekspert - på sykehus.

2) Skal det være slik? Er det riktig at vi jevnt over har for dårlig greie på det vi driver med og at vår kompetanse må økes på de ulike felt? Eller er det slik at vi er eksperter på noe - og at ekspertisen på dette "noe" synker, jo mer "organspesialiserte" vi blir? (Eller er slike påstander bare en unnskyldning for å stikke hodet i sanden og si at alt er bra som det er?).

Vi så en gang en kurve som viste sammenhengen mellom den kunnskapsmengde en allmennpraktiker kunne tilegne seg og den nytten han hadde av kunnskapen. Den så slik ut:



Hvis det er slik det henger sammen, gjelder det å treffe det strategiske punkt! Og hvor det befinner seg, får vi kanskje ta ansvaret for å finne ut av selv?

Referanser:

- 1) Stortingsmelding nr. 36 (1989-90). Røynsler med lover om helse-tenesta i kommunane.
- 2) Helsedirektoratets temahefter: Flyktninger og asylsøkere - helseproblemer og medisinsk behandling.
- 3) NOU 1990: 2. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smitte-loven).
- 4) A-magasinet 37/90.

Mette Brækken

Vest-Telemark

Nord-Norge på 60. breddegrad

Svein Lie er f. 1952. Cand. med. Oslo 1980. Kommunelege i Flakstad 83-84, kommunelege i Vinje fra -84.

Beskrivelse og meningsytring

Overskriften er dristig, ikke minst for de geografisk bevisste og velorienterte leserne av Utposten. I primærhelsesammenheng har likevel Vest-Telemarkregionen flere likhetstegn med utkantkommunene i vest og nord.



Av Svein Lie

Hva er Vest-Telemark?

Vest-Telemark er fellesbetegnelsen for de 6 øvre, vestlige kommunene i Telemark.

Geografisk sett dreier det seg om kommunene Fyresdal, Nissedal, Kviteseid, Seljord, Tokke og Vinje.

I lokal fylkessammenheng utgjør de en region med overvekt av primærnærings, turisme, spredt bosetning og store arealer.

Tokke og Vinje, som utgjør ett legevaktsdistrikt, dekker et areal som er 2 ganger Vestfold fylke, og sjøl om en del av dette er Hardangervidda, kan en se at avstandene er store på kilometertelleren etter ei legevakt. Det er liknende forhold i de andre kommunene, der Seljord og Kviteseid utgjør ett vakttdistrikt og Fyresdal og Nissedal utgjør et tredje, sammen med Åmli.

I motsetning til i Nord-Norge er været her som regel bedre i virkeligheten enn i radioen. Om det er sør-norsk sensasjonslyst som driver mediafolket til de dystre meldingene vet jeg ikke. Stengte veier over fjellet berører dessuten mest de veifarende på vei gjennom området mellom øst- og vestland, og betyr ikke så mye for livet på stedet. Det bringer heller tanken tilbake til de tider da veien over fjellet ikke var vinterbrøya i det hele tatt. Det har og sin sjarm, så lenge en ikke sitter værfast i Haukelitunnelen med tre grinete unger på andre døgnnet. Naturen er ellers storslått på andre vis og, fra trange daler og bortgjemte boplasser i sør-øst til romslighet på Hardangervidda. Møsvatn, den høyest



beliggende av de store innsjøene i området, strekker seg langt inn i fjellet og har faste bosetninger fremdeles. De fleste gårdene er uten vei, og man er avhengig av båt eller snøscooter. Når isen kommer eller går, må en enten holde seg der en er eller bruke helikopter. Ungene bor på internatskole på Øya Hovden, og er bare hjemme i helgene.

Mye av det en forbinder med tradisjonell Telemarkskultur, rosemalere, spellemenn osv. har sitt opphav i dette området, og denne kulturen er fremdeles levende. Du treffer på den på bygdekvalder og lokale utstillinger. Du treffer på den i ei lita stue innreda til handverksbruk et sted i huset eller i buret på tunet, og du treffer på den i samtalen med folk. Det er vel ikke så særegent i forhold til andre tradisjonsrike distrikt, men jeg opplever det svært forskjellig fra de bysamfunn jeg kjenner.

Næring

Inntil begynnelsen av 60-tallet var primærnæringer nesten enerådende som inntektsgrunnlag. Utbygginga av Tokkeverkene og andre vannkraftsressurser fra 60-åra og framover førte til økte inntekter i form av konsesjonsavgifter og skatter. Flere av V. Telemark-kommunene har derfor hatt ganske god økonomi de siste åra, men kraftinntektene har ikke vært like store i alle kommunene. Vinje og Tokke har kommet best ut av det i den sammenheng, mens spesielt Nissedal og Kviteseid har slitt med en langt dårligere kommuneko-nomi. I framtida spøker imidlertid Statkraft sine ønsker om å bli omgjort til aksjeselskap med konsernbetjening. Da vil inntektene kunne avta her som i andre vannkraftskommuner. Primærnæringer, ut over det å utnytte vannfall, er fremdeles en viktig levevei, sjøl om færre og færre har landbruket som eneste inntektskilde. Mange har hatt turistvirksomhet som tilleggsnæring, og i Vinje er det f. eks. mer enn 50 campingplasser i tillegg til hoteller og hytter for langsiktige utleieforhold.

Etter at Tokkeverkene var ferdige var det mange som pendla ut av området for å søke arbeid der de store anlegga fremdeles var under utbygging. Unge familier hadde helt til 86/87 ganske store inntekter basert på anleggsarbeid, før det ganske brått tok slutt. Nå er situasjonen prega av dårlig beskjeftigelse for de som før kunne tjene godt uten mer ut-

dannelse enn grunnskolen. Alternative arbeidsplasser er det lite av, og kommunenes sosialhjelpsutgifter har økt kraftig de siste åra.

Primærhelsetjeneste

Vest-Telemark-kommunene har mange fellestrekk innen primærhelsetjenesta og. Alle kommunene har fastlønna kommuneleger, og de som har arbeidet i kommunehelsetjenesta har hatt mange felles oppfatninger om kommunehelsetjenesta sine oppgaver. Alderssammensetningen er ganske ens. De fleste er i 30-40 års alder. Hvor blir det av de "eldre"? Det ser ut til at de fleste kommer seg over i mer sentrale jobber, spesialiteter eller arbeid der vaktene er mindre belastende. Kan det bety at det burde være lavere pensjonsalder for leger i kommunehelsetjenesta, eller er det et uttrykk for at våre jobber er springbrett i en videre karriere? Avstanden til sjukehus er mellom 45 og 140 km, alt etter hvor du er. Som følge av det har en hatt den samme tendensen som andre steder med relativt stor avstand til sjukehus - at primærhelsetjenesta tar på seg en større del av utredningsarbeidet før videre henvisning, sammenlikna med i bynære strøk. Det samme gjelder enklere skadebehandling, spesielt om vinteren.

Lokalsjukehus

Regionen har forskjellig lokalsjukehus-tilknytning. Nissedal og Fyresdal sokner til Telemark sentralsjukehus i Skien/Porsgrunn. Det samme gjør Kviteseid og deler av Seljord. Seljord bruker og Notodden sjukehus, mens Tokke og Vinje hører til Rjukan. Det har etterhvert blitt tradisjon for at det er strid om lokalsjukehusa i Telemark. Rjukan sjukehus er oftest i fokus, med ulike trusler mot videre eksistens. Det bor bare 14 000 personer i sjukehusets nedslagsfelt, og fylkesadministrasjonen har vondt for å forsone seg med den politiske viljen til å la sjukehuset bestå. Det var forøvrig Norsk Hydro som bygde og drev Rjukan sjukehus fra 1920 til 1971. Etter at fylket overtok har det vært like mye et folkeeie som en fylkeskommunal institusjon. Hver gang innskrenkninger eller nedleggelse har truet har Rjukanfolk løpt på barrikadene, og ridd stormen av, - til nå. De siste åra har kampen for et lokalsjukehus i området fått sterkere oppslutning fra Tokke og Vinje og.

Vest-Telemark legeforum

Som følge av felles arbeidssituasjon, interesser og målsetninger fant vi at det ville være nyttig for oss å møtes for å diskutere våre erfaringer. Vi hadde ikke noe ønske om å ivareta fagforeningsoppgavene, og bestemte oss for at de fremdeles skulle kanaliseres via den eksisterende aktiviteten i Telemark legeforening, med aktivitetsovervekt i Skien/Porsgrunnområdet. Det var forøvrig den store avstanden dit, både geografisk og interessemessig som utløste trangen til vårt eget.

Vi starta opp med en beskjeden kontingent, kr. 100 pr. deltager, og har siden hatt mye glede av å ha funnet sammen. Vi har ikke investert noe i utstyr eller andre kapitalvarer, møtene holder vi på et hotell som ligger sentralt i området, og der får vi låne lokale og audiovisuelt utstyr mot å love å spise litt. Og mat må en jo ha.

Forumet er åpent for alle leger som arbeider i området. Vi har etterhvert oppdagat at den farmasøytiske industrien vet om oss. Det kommer tilbud om felles møtearrangementer når vi først er samlet. Det har vært en blanda suksess. Vår erfaring er at vi saktens vil snakke med farmasiens representanter, men at vi må holde arrangementsdelene fra hverandre, i det minste til ulik tid samme dag, og slik at alle har frihet til å velge hva de er med på.

Nivå

Vi har ikke som mål å være avanserte og vanskelige. De største utfordringene i primærhelsetjenesta på kommuneplan ligger i evnen til å sette ut i livet noen av alle de gode ideene som alt finnes tilgjengelig.

Det ligger en barriere i vår akademiske tradisjon som hemmer ideutfoldelsen. Standen er etter mitt syn for redd for å ta sjansen på å prøve nye måter å løse problemene på. En skal helst ha p-verdi mindre enn 0,05 for å våge. Da er det mange gode ideer som ikke får se dags lys. Det er selvsagt nyttig å evaluere det en gjør, men det behøver jo nødvendigvis ikke være så vitenskapelig at en ikke tør å gjøre noe, i frykt for å være for uvitenskapelig.

Det er en fare i forsøket på å gjøre samfunnsmedisin til et mer akademisk fag enn det foreløpig er erfaringsgrunnlag til. Jeg opplever det mer som praktisk arbeid, kontakt med teknisk etat, miljøavdelinger, sanitetslag, h&s-sjefer,



lokalpolitikere, rådmann, naboleger, folkesleger osv.

En hoveddel av vår virksomhet har der- for vært å arrangere samlinger/kurs som tar opp praktiske emner, valgt ut fra vårt "gode skjønn" over hva vi føler behov for å bli bedre på, f.eks. helsestasjons- arbeide, eldrevold osv.

En annen del har vært å stimulere til videretenkning innen områder der vi føler at skoen trykker. Et seminar med lokale helse- og mediafolk, er eksempel på det. Vi har ikke praktisert noen streng begrensning på hvem som har kunnet få delta på disse kursene. Det har stort sett vært åpent for alle helsear- beidere i området, noe varierende, av- hengig av tema.

Kommunelege Elisabeth Swensen i Seljord har oppsummert våre erfaringer arbeidet med media i egen artikkel.

EDB

Et tredje aktivitetsområde har vært sam- kjøring av arbeidsrutinene blant ellers ganske like kommunchelsetjenester. I forsøk på å oppnå mer på den fronten pågår det i øyeblikket utstrakte anstren- gelser for at vi skal velge samme data- system i de kommunene som vil innføre EDB ved legekantorene.

Jeg mener det ligger store verdier i at et område velger samme programvarer for EDB i allmennhelsetjenesten.

For det første gir det økonomiske gevinster, ved at en kan forhandle seg fram til gunstigere priser ved forvent- ning om større innkjøp innenfor samme tidsperiode. Leverandørene kan gi opp- læringstilbud til flere på samme tid osv. Det andre, og faglig viktige argumentet,

er vår mulighet til å få et felles system som gir grunnlag for sammenlikninger og faglig videreutvikling i felles bruker- gruppe. Kommunene i vårt område bru- ker ganske ulike beløp til helsetjeneste pr. innbygger. Vi vet lite om hvorfor, bortsett fra at enkelte har hatt bedre økonomi enn andre. Er det tilsvarende forskjeller i tilbudet på legekantorene? Er det forskjellige tradisjoner i befolk- ningene for legesøkning? Eller er det avstanden fra bolig til legekantoret som teller?

Dette og mer til kan analyseres med stør- re presisjon, når vi vet at vi registrerer i samme system.

Sosialt nettverk

Det kan være ensomt å være lege, og støtteapparatet rundt gir seg ikke auto- matisk. Det er vår erfaring at samarbei- det i legeforumet har gitt kontakter mel- lom oss, som kan nyttes når det røyner på. Kjennskapet til de andres reaksjons- mønster, styrker og svakheter kan hjel- pe til å holde "burn-out utviklinga" un- der kontroll. En telefon fra en du vet har felles erfaring med deg, når du har vært i en vanskelig situasjon, gjør godt. Slike bivirkninger av et faglig samarbeid kommer selvfølgelig ikke like lett i for- hold til alle, men jo flere som kan tref- fes til ærlig meningsutveksling om den- ne delen av jobben, jo flere er det som kan finne vei ut av uføret.

Vår erfaring er derfor at legeforumet vårt har vært til nytte. Ideen har ingen konfidensintervaller, p-verdier eller sensitivitet. Den har bare faglige og menneskelige verdier, og kanskje overføringsverdi, for dem som har lyst.

Streikebrytere

I mai -88 lanserte legeforeninga streike- aksjoner som reaksjon mot et lovfram- legg som ga mulighet for å dirigere le- ger til områder med dårlig legedekning. Dette ga støtet til en høyere grad av samhold blandt oss. Mange av legene i området reagerte på bruk av streikevå- penet i en slik situasjon. Vi fant snart ut at streikevedtaket ikke hadde omfatten- de oppslutning i utkantene på nordvest- landet og i nordnorge heller. Det alle- rede etablerte fellesskapet ga oss styrke til å stå sammen, og til å gi uttrykk for det ovenfor omverdenen. Dette ble lagt merke til av legeforeninga, både sentralt og på fylkesnivå. Vi måtte tåle hard kri- tikk og fordømmelse for streikebryteri. Erttertidens haltende oppfølging av eks- klusjonstruslene fra legeforeninga har vel vist at streikeaksjonen var lite gjen- nomtenkt på forhånd.

Jeg tror en kan driste seg til den påstand at dette var en protest til lærdom for le- geforeninga og. Det er ikke lett både å være forvalter av tunge medlemsgrup- pers interesser, og være troverdig for ut- kantbefolkningens behov for legehjelp samtidig. Når dette opptrer som kryssende hensyn, er valget vanskelig.

Den daværende formann i Telemark legeforening, Erik Argren, berører for- øvrig dette i en egen artikkel i dette bladet, sett fra hans side, som legeforen- ingens talsmann i den samme kon- flikten.

□

Midt i livet med forhøyet "risikoscore"

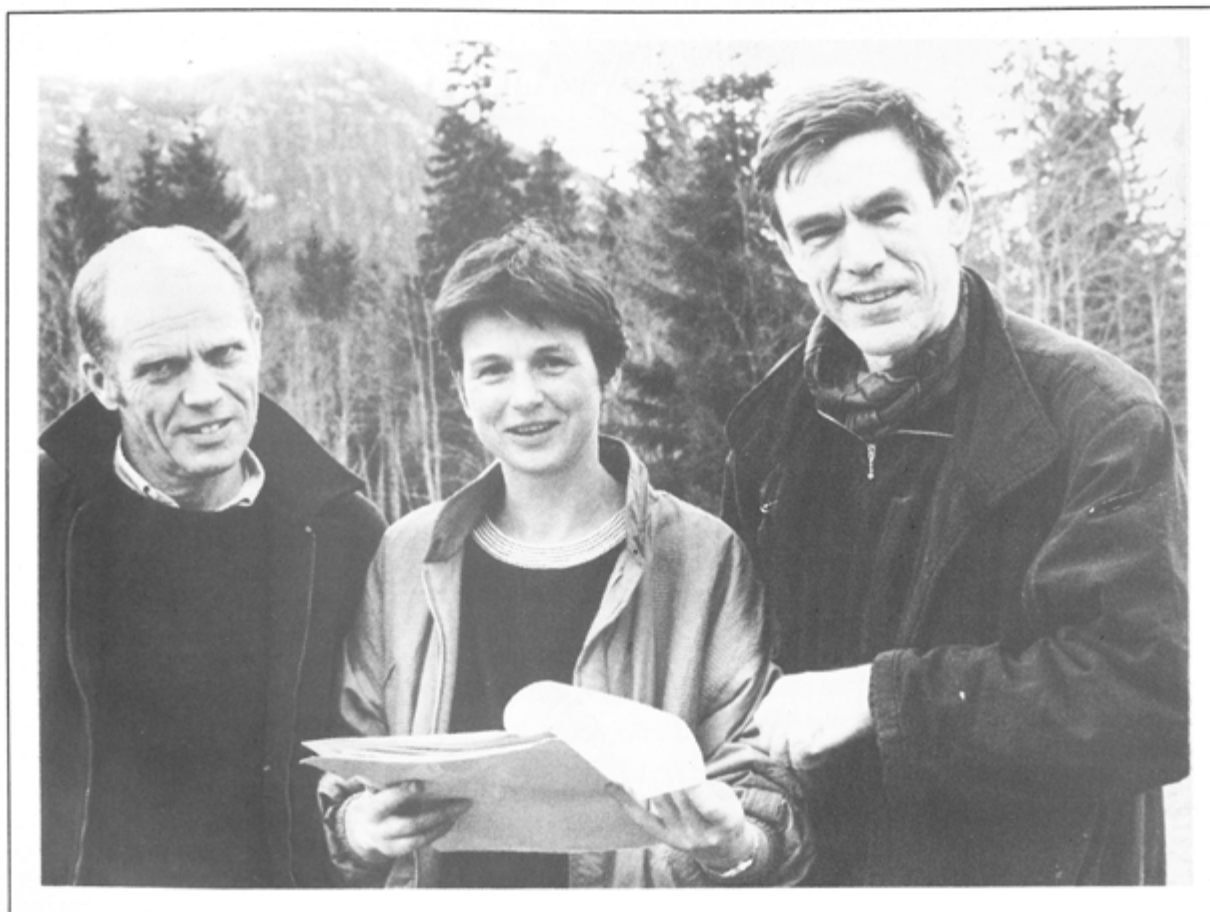


Foto: Tore Skaug, Vest-Telemark Blad

Tor Reitan f. 1939. Født og oppvokst i Seljord. Utdannet fysioterapeut (1963) og senere lege (M.D) fra Wisconsin, USA 1968. Distriktslege, seinere kommunelege i Seljord fra 1970. To år rheumatologi, ett år ved Beitostølen Helseisportsenter. Veileder for spesialiteten i allmennmedisin.

Elisabeth Swensen f. 1951. Utdanningsår 1980, UiO. Turnustjeneste Notodden s.h. og Tokke kommune. Distriktslege, seinere kommunelege, Tokke 1982-86. Bedriftslege Vest-Telemark Felles BHT 1986-88. Kommunelege I i Seljord fra 1988. Tre barn f. 1982, 1984 og 1986.

Olav Eriksen f. 1948. Cand. med. - 74, Newcastle. Distriktslege Kristiansund, siste 10 år kommunelege I i Kviteseid.

Vi er blitt bedt om å fortelle litt fra et hjerte/kar-prosjekt som vi er i startfasen av. Det gjør vi stadig og med glede. Men fordi det er for tidlig å konkludere/oppsummere, og fordi vi også har ambisjoner om publisering andre steder enn i Utposten, tillater vi oss å gi denne presentasjonen et ganske uvitenskapelig preg. Kanskje kan ideen likevel så noen frø hos leserne, evt. bringe oss i kontakt med andre som sikkert holder på med noe av det samme andre steder i landet.

Bakgrunn

Statens Helseundersøkelser (SHUS) hjemsøkte våre respektive kommuner, Seljord og Kviteseid, i august 89 med sin velkjente screeningundersøkelse av personer i alderen 40-42 år med tanke på risiko for hjerte/karsykdom (heretter kalt "40-årsundersøkelsen"). Alle i denne aldersgruppa blir innkalt, SHUS står for den praktiske gjennomføringen (utfylling av enkelt anamneseskjema, veiing, BT-måling og måling av kolesterol/triglyseridverdier, samt utdeling av kampanjemateriell med relevant informasjon). Kommunehelsetjenesten får tilbakemelding i form av en individuell "risikoscore" for hver enkelt. Fra SHUS forutsettes det at denne tallverdien skal danne utgangspunktet for strukturert oppfølging/intervensjon. SHUS anbefaler at personer med risikoscore over/lik en viss verdi mottar et tilbud fra kommunehelsetjenesten (i hovedsak legen) etter "oppskrift" fra SHUS. Oppskriften inneholder de "vanlige" ingrediensene: etterundersøkelse hos lege + individuell omlegging av livsstil med vekt på kosthold, røyking og mosjon. Kommunehelsetjenesten har ansvaret for oppfølgingen. Modellen er m.a.o. *måltrettet intervensjon overfor en gruppe med kjent forhøyet risiko*. Metodene som blir anbefalt er de samme som man kjenner fra "uselektet" intervensjon med vekt på individuelt opplysningsarbeid.

Artikkelforfatterne er altså tre kommuneleger med relativt lang fartstid i distriktet, to av oss "medisinsk-faglig ansvarlig lege" i vår kommune. Og vi opplevde situasjonen ganske likt: "Her kommer enda et tilsynelatende godt tiltak som med stor sannsynlighet vil finne sin plass blant lodottene innerst i samvittigheten". Forsåvidt ingen ny opplevelse for en middels sliten norsk kommunelege (høye stabler med lekke, glansede - og etterhvert støvete - brosjyrer beregnet til utdeling taler sitt tydelige språk der borte i hylla). Men denne gangen var det verre fordi den forventede forsømmelsen ikke bare ville føles ubehagelig for oss. Den hadde også vanskelige etiske konsekvenser i forhold til de 40-åringene som heretter ville gå rundt med en slags påstemplet "holdbarhetsdato" ett eller annet sted i bevisstheten. Heldigvis hadde/har vi et litt ulikt gemytt mht. helseopplysningsver og tro på den gode sak. Vi fant hver-

andre imidlertid i lysten til å gjøre noe "skikkelig" ut av dette - både overfor publikum og i forhold til SHUS - samtidig som vi alle tre ønsket å beholde/utvikle et kritisk perspektiv på selve undersøkelsen.

Prosjektet

Vi definerte følgende målsettinger:

- 1) Kartlegge den aktuelle gruppa (40-åringene) i forhold til vilkår for endring av livsstil:
 - praktiske rammebetingelser (pendling, småunger, økonomi)
 - kunnskap om og tro på sammenheng atferd/helse
 - motivasjon
- 2) Undersøke kontakten mellom "risikopersonene" og helsetjenesten slik den var dokumentert de siste 5 år før 40-årsundersøkelsen. (Visste vi egentlig om våre "risikopersoner" i kraft av den kontakten vi allerede hadde med dem i primærhelsetjenesten?)
- 3) Gjennomføre intervensjon ad modum SHUS etter beste evne og i samarbeid med eksisterende frivillige lag/organisasjoner (idrettslag, sanitetslag o.l.) Føre en løpende registrering over respons (= frammøte) på alle tiltak i hele intervensjonsperioden (3 år).
- 4) Evaluere prosess og metode ved slutten av prosjektperioden:
 - målgruppas erfaringer og synspunkter (både de som tok imot tilbudene våre og de som valgte dem vekk)
 - egne (helsetjenestens) erfaringer
 - erfaringer fra lokale medarbeidere utenfor helsetjenesten
 - SHUS vil foreta ny registrering av "risikoscore" på vår målgruppe etter endt intervensjon (1992).

Lokale forutsetninger

Seljord og Kviteseid er nabokommuner i Vest-Telemark. Innbyggertallene er ganske like, ca. 3000 i hver kommune. Legedekningen er god og rimelig stabil. Kommunene har felles legevakt og utveksler samvittighetsfullt opplysninger om legevaktbesøk. I begge kommunene har det vært drevet aktivt helseopplysningsarbeid i perioder (trim, røykestopp). Seljord har et særdeles rikt organisasjonsliv der idrettslaget står sentralt. I Seljord ligger også en videregående skole med egen kokkelinje og lærere

som er interessert i kostholdsundervisning. Kviteseid har et velvillig sanitetslag. I begge kommuner bor folk spredt. Det er lite industri i området. En del arbeider i skog/landbruk, mange pendler til Oslo eller Vestlandet, arbeidsløsheten er stigende.

Hva har vi gjort så langt?

Vi har søkt og fått penger fra Nasjonalforeningen for Folkehelsen, avd. Telemark. Institutt for Allmennmedisin har bidratt med veileder i tillegg til at vi opprettet en styringsgruppe lokalt.

Nesten 90 % av de innkalte møtte til SHUS's screening i august 89. Vi purret og la til rette for ettermøtere for å komme opp i dette tallet. Umiddelbart etter at resultatene fra 40-årsundersøkelsen forelå hos primærhelsetjenesten i september 89, gikk vi ut med annonse i lokalavisen om at folk kunne ringe oss om resultatet. Deretter registrerte vi hvem som henvendte seg. Vi hadde på forhånd blitt enige om hvordan vi skulle informere om evt. forhøyet risiko.

I februar 90 distribuerte vi et spørreskjema til samtlige undersøkte (ca. 240 i alt). Skjemaene var anonyme, kodet slik at svarene kan ses i sammenheng med SHUS "harde data" i ettertid. Vi var nysgjerrige på følgende områder:

- har disse 40-åringene lyst til å endre atferd for å få bedre helse?
- hvordan ser livet ut for denne gruppa mht. egen opplevelse av "handlingsrom": fritid, omsorg, økonomi?
- hva tenker de om egen helse/risiko?
- har de prøvd å endre atferd i tråd med det "vi" anbefaler i løpet av de siste 3 år? Hvis "nei": hvorfor ikke?
- hvor plasserer de ansvaret for egen helse?
- hvor viktig er "helse" for denne gruppa?
- hvordan tenker de seg de neste 20 år av sitt liv?

(Omtrent her passer det med en digresjon ført i pennen av Tage Danielsson: "Vart än du går hela världen omkring finner du mängder av heliga ting. Vi som vil supa og svära og slåss tycker at detta är heligt för oss").

Vi fikk svar fra over 80 %. Resultatene blir koblet til data fra SHUS og bearbejdet med hjelp fra



Telemarksforskning/Telemark
Distriktshøgskole.

Erfaringene fra utarbeidelsen av spørreskjemaet var spennende. Vi la veldig mye omtanke i språket, og brukte formuleringer som ligger nær den muntlige tradisjonen i området. Psykologisk Institutt ved UiO var en nyttig kontakt i dette arbeidet.

Intervensjonen er i gang i begge kommunene. Vi har laget "trimskole" og "praktisk kokekurs" med instruktører fra lokalmiljøet. Røykestoppgrupper kommer i neste runde. Tanken er at tilbudene kommer igjen med jevne mellomrom. I første runde er tilbudene øremerket for risikopersoner, og alle blir personlig invitert. I neste runde vur-

derer vi å gi tilbudet til alle som vil, men med særlig invitasjon til risikopersonene. Dessuten følger vi SHUS-opplegget mht. innkalling av kontroll hos lege for de med særlig høy risiko.

Hva vil vi med dette?

Etterhvert dryppes det mye vitenskapelig malurt i begeret med "forebyggende helsebrygg" (1). Slike dråper kan misbrukes: sovemedisin for de late og trøtte blant oss, styrkedråper for nihilister. (Noen i prosjektgruppa kan vel ha følt seg fristet...) Vi ser vårt prosjekt som et forsøk på å innta et mer aktivt og spørrende utgangspunkt. Både ut fra etiske og ressursmessige betraktninger er det viktig å få svar på om den typen tilnærming som SHUS står for i 40-

årsundersøkelsen faktisk gir en netto helsemessig gevinst. Vi håper at vår måte å følge opp undersøkelsen på kan bidra til svaret.

Endelig et poetisk hjertesukk fra danske Benny Andersen:

*"...hvordan elske sin næste som sig selv
uden at smitte ham
plage ham
knytte ham til sig med kriser og recepter
gensidigt opspyt og tungetræk
og sluttelig ønske ham bod og bedring".*

Referanser:

1) Lunge I M, Hafting M, Malterud K: Kan forebyggelse blive helbredsskadelig? Nord Med 1990; 10: 275-76.



TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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

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

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

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

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

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

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

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

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

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

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Program for forebyggende helsearbeid i Telemark

Løse problemer - ikke påpeke dem



Prosjektleder Karl Johan Heide, Skien. Foto: Erik Berge/Østlands-posten

Utposten v/ Mette Brekke snakker med Karl Johan Heide:

UP: Karl Johan Heide - du er administrator, du er ansatt av Telemark fylkeskrets av Kommunenes Sentralforbund og du driver forebyggende helsearbeid. Hvordan kan dette henge sammen?

KJH: La meg fortelle forhistorien: Våren -87 ble spørsmålet om forebyggende helsearbeid tatt opp ved en interpellasjon i fylkestinget. Det ble pekt på at det var en lite farbar vei for helse- og sosialsektoren å fortsette utbyggingen av behandlende tiltak i samme takt som i -70 og -80-åra, både ut fra økonomiske og helsemessige aspekter. Dette førte til at fylkeskretsen av KS tok på seg å arbeide med forebygging. Og jeg ble etter hvert ansatt som prosjektkoordinator.

UP: Hva gjorde dere?

KJH: Først ble det oppnevnt en styringsgruppe for et plan- og utredningsprogram. Grappa inviterte til et to-dagers seminar i mai -88. Første dag konsentrerte man seg om årsaker til helseproblemer. Andre dag fikk man høre fra folk som hadde jobbet forebyggende på ulike måter.

UP: Hvem var det som ble invitert til dette seminaret?

KJH: Det var ordførere, rådmenn, helse- og sosialsjef, folk fra fylkeskommunen og fra frivillige organisasjoner.

UP: Hadde det ikke vært naturlig å ta med dem som arbeider i helsevesenet?

KJH: Nei, her var det nettopp beslutningstakerne vi var ute etter. Vårt utgangspunkt var at forebyggende helsearbeid hadde møtt liten respons hos politikere og i administrasjonen. Mange leger og helsesøstre jobber forebyggen- de rundt omkring på sine arbeidsplasser.

Men hva hjelper det, så lenge forebygging ikke får gjennomslag i kommunens budsjetter og planer? Vår hensikt var å sette forebyggende helsearbeid på dagsorden i full bredde i det politiske liv og hos beslutningstakerne. Og dessuten - for å sitere prof. P.F.Hjort: "Hvis vi ønsker bedre helse, må vi interessere oss mindre for helsesektoren og mer for andre deler av samfunnet". Ja, man kan si det så sterkt som at 90 % av tiltak som kan virke helsefremmende ligger utenfor helsesektoren.

UP: Hva skjedde så?

KJH: Resten av prosessen kom ut av dette seminaret. Det ble full oppslutning, folk ble begeistret. Allerede på seminaret ble det oppnevnt 8 arbeidsgrupper som skulle jobbe med hvert sitt av følgende områder:

- 1) Omsorgs- og helsesvikt i forholdet mellom foreldre og barn.
- 2) Ulykkesforebyggende arbeid i nærmiljøet.
- 3) Forebyggende arbeid mot trafikkulykker.
- 4) Forebygging av arbeidsskader og arbeidsbetingede sykdommer.
- 5) Miljørettet helsevern.
- 6) Livsstil.
- 7) Funksjonshemming.
- 8) Friskvern.

I disse arbeidsgruppene var det selvsagt med folk fra helsevesenet. Ja, det var faktisk et problem at det var flere som ville være med enn det var plass til.

Vel - de 8 arbeidsgruppene jobbet i 5 mndr, og på en målkonferanse i mars - 89 la de fram forslag til 42 prosjekter.

UP: Her måtte man vel velge ut noen - hvordan skjedde det?

KJH: Nå gikk vi over fra plan- og utredningsfasen til handlingsfasen. En ny styringsgruppe ble oppnevnt og laget kriterier for valg av prosjekter. Ett kriterium var f. eks. at prosjektet skulle løse problemer, ikke påpeke dem. Dette skulle ikke være forskning. Et annet kriterium var at prosjektene skulle kunne evalueres, - og at de skulle være aktuelle for alle kommunene i fylket. Så kom vi altså ut med følgende 11 prosjekter fordelt på de 8 satsningsområdene:

- 1) Foreldregruppe på helsestasjonen
- 2.1) Aksjonsutvalg mot hjemmeulykker i fylket og i kommunene
- 2.2) "Ikke bare uflaks" - kampanje/standmateriell til bruk i kommunene
- 3) NRK - Telemarkssendinga - "Trafikkprogrammer"
- 4.1) "Fadderordning" mellom små-/mellomstore-/store bedrifter - Forebyggelse av arbeidsskader
- 4.2) Belastningsskader hos ansatte i hjemmebasert omsorg
- 5) "Miljørettet helsevern" - Interkommunalt samarbeid mellom 3 kommuner (Notodden, Bø og Hjartdal)
- 6) "Bedre kosthold" - samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, skole og frivillige organisasjoner
- 7) Øke omfanget av livsløpsboliger
- 8.1) Friskverntjenester/-sentraler i alle kommuner
- 8.2) Friskvernråd i alle kommuner

UP: Hvordan har det gått med prosjektene?

KJH: Vel, det har gått langsomt, men forhåpentligvis skyldes det grundig arbeid. F. eks. legger vi vekt på å gjøre fullstendige prosjektutredninger før vi går i gang med selve prosjektet. Så noen er kommet langt, mens andre nettopp er startet opp.

UP: Kan du fortelle om noen av prosjektene?

KJH: Ja, ta f. eks. prosjekt nr. 3 om forebygging av trafikkulykker. Her hadde Telemarkssendinga trafikkprogrammer 3 ganger i uka i 7 måneder. En lytterundersøkelse viste da en formidabel respons og man valgte å sende programmene i nye 7 måneder. Kanskje blir det et permanent program. Men så kan man spørre seg om trafikkulykkene har blitt færre. Her gjør Statens Veivesen opp statistikk for 4 år om gangen. Men det er så mange variable: føreforhold, vei-standard osv. Så akkurat effekten av radioprogrammene er ikke lett å måle. Så kan vi se på prosjekt 6 "bedre kosthold". Her er det meningen å lage en ny fagplan for 7. og 9. klasse og prøve den ut i to skoler. Hvis den viser seg bra, vil målet være å få den innført i hele fylket. En ernæringsfysiolog har hittil utredet den faglige siden og laget et forprosjekt. Vi samarbeider med HEMIL-senteret i Bergen om det videre arbeidet.

Jeg har også lyst til å si litt om et prosjekt som så vidt har kommet i gang, nemlig nr. 4.2 "Belastningsskader hos ansatte i hjemmebasert omsorg". Her viser det seg at det finnes en mengde data om belastningsskader i institusjon - sykehus, sykehjem osv. Men - så vidt vi vet - er ikke én undersøkelse gjort i hjemmebasert omsorg. Likevel regner vi med at dette må være et kjempeproblem. Ta f. eks. hjemmehjelper-yrket, et lavtlønnet yrke med 100 % kvinnelige arbeidstakere og stor gjennomtrekk. Kvinnene jobber alene under høyst variable fysiske forhold med små muligheter for stasjonære hjelpemidler. De har ofte liten utdanning, liten faglig kontakt med andre profesjoner i omsorgstjenesten, ensidige, rutinepregede oppgaver og lav status. Og nettopp denne hjemmebaserte omsorgen er ett av kommunenes satsningsområder i 90-åra. Det vi foreløpig har gjort er å engasjere en fysioterapeut til å gjøre prosjektutredningen, men vi mangler ennå penger til prosjektet.

UP: Ja, hva med finansieringen?

KJH: Det er min jobb å forsøke å skaffe penger. Kommunene må regne med å finansiere noe selv. På den måten blir også prosjektene behandlet i de rette politiske organer. Så spiller vi på fylke, stat og frivillige organisasjoner. F. eks. har vi søkt Nasjonalforeningen for Folkehelsen om 292.000 kr til kostholdsprosjektet i ungdomsskolen.

UP: Hvordan vil dere gjøre evalueringen?

KJH: Det varierer fra prosjekt til prosjekt. Noen vil være vanskelig å evaluere, som f. eks. trafikkprogrammene jeg nevnte tidligere. Noen er enklere - ta f. eks. prosjekt 4.1 om "fadderordning" mellom små/mellomstore/store bedrifter. Her er målet å redusere antall arbeidsulykker med 50 %. Dette vil kunne evalueres, nokså lett. Men nå vil jeg igjen si at dette er ikke forskning! Vi bruker forskning som underlagsmateriale for å iverksette noe i tiltaks form. Og ett av våre hovedmål er å øke kunnskapen hos politikere og ansatte i forvaltningen om hva forebygging innebærer. Klarer vi det, må vi om 5 år kunne se av kommunenes budsjetter og planer at forebyggende helsearbeid er tatt alvorlig. Og da har dette hatt en hensikt.

Forebyggende tiltak med positive ringvirkninger



Kommunefysioterapeut Vidar Vindal.

I den artikkelen som følger blir friskvernprosjektet i Vinje kommune i Telemark presentert. Artikkelen er skrevet av fysioterapeut og journalist Nina Husom i Norske Fysioterapeuters Forbund og den sto skrevet i "Fysioterapeuten" nr. 14/89.

- Færre gjengangere og kortere ventelister til fysioterapi.
- Populært tilbud for friske og behandlingstrengende.
- Utfordrende for fysioterapeutens fantasi og kreativitet.
- Effektivt middel mot faglig utbrenthet.

Dette er ringvirkninger av friskvernprosjektet i Vinje kommune i Telemark. I fjor ble friskvern fast post på kommunebudsjettet; et bevis på at hjertegruppe, nakke-rygg-gruppe, revmatikerbading og selvtrening under veiledning av helsepersonell er forebyggende tiltak som er kommet for å bli.

Fysioterapeut Vidar Vindal koordinerer friskvernet i kommunen. Han har erfart at det nytter med forebyggende helsearbeid når helsepersonell, kommunepolitikere og innbyggere går sammen om å omsette prat til handling.

Friskvern er forebyggende helsearbeid i videste forstand. Det inspirerer folk til å verne om den helsa de har og aller helst forbedre den, sier Vidar Vindal. Friskvern er ingen ny oppfinnelse; bare ulike aktiviteter, planlagt og satt i system av en koordinator og ledet av engasjerte, skolerte hjelpere.

Friskvern har tilbud for friske folk som vil holde seg friske og for de som har hatt plager og ønsker å bli bedre. Felles innsats av interesserte leger og fysioterapeuter, en velvillig helsesjef og kommunepolitikere som har skjönt at både innbyggere, helsepersonell og kommuneøkonomien er tjent med forebyggende helsearbeid, har gitt friskvern en naturlig plass blant helseutbudene i Telemark-kommunen.



Det er blitt tradisjon for hjertegruppa å avslutte semesteret med en fjelltur på Haukelifjell.

Hjertegruppa til fjells

"Vi er da vel vasstette", sier en sprek deltaker i hjertegruppa med blikket vendt mot regntunge skyer over Haukelifjell. Nei, regn stopper ikke de elleve tidligere hjertepasientene som avslutter semesteret med en fjelltur på Haukeli med kaffe på bål og pølser på spidd. 110 onsdagskvelder siden starten for tre år siden har hjertegruppa hatt trening med Vidar Vindal som leder. At tilbudet dekker et behov viser et gjennomsnittlig oppmøte på nesten 90 prosent.

Som ledd i friskvernarbeidet kontaktet kommunelege Svein Lie og Vidar Vindal alle i kommunen som hadde en kjent hjertehistorie, og tilbød testing og trening i gruppe. Den gang var det et dusin ansente hjertepasienter som var redde for å bevege seg utenfor huset, som møtte til testing ved utføringssenteret i Rauland. I dag møter vi en gjeng friske mennesker som har byttet ut tøflene med joggesko, og er opptatt av å holde hjertesykdommen i sjakk.

Hjertetreningen er et viktig sosialt tilbud for deltakerne. Å snakke med andre i samme situasjon er en god støtte for mange, og med kyndig veiledning er de blitt kvitt angsten for å røre seg. "Vidar har lært oss at hjertet ikke stopper selv om vi er aktive. Vi har testet oss på sykkel og vet når vi må stoppe og ta pauser", forteller en av deltakerne.

For sikkerhets skyld er legeturnuskandidaten pålagt å være til stede på treningen, og en defibrillator står alltid klar. Heldigvis har den fått stå i fred, og legen har vært en trygg bakgrunnsfigur som får satt sin egen kondisjon på prøve under treningen. Turnuskandidat Elisabeth Haug er imponert over opplegget,

og vil gjerne bruke erfaringene fra Vinje til senere legepraksis. Hun betror oss at det er beinhardt å henge med når hjertegjengen svinger landhockeykølla. Da formen til deltakerne ble testet i juni, hadde alle enten forbedret kondisjonen eller var like gode som året før - helt i tråd med intensjonen for friskvernet - å ta vare på helsa og aller helst forbedre den, bemerker Vidar.

Prøvekommuner

I 1983 ble fjellkommunen Vinje og bykommunen Skien valgt til prøvekommuner for friskvernprosjektet av Telemark Idrettskrets. Idrettskretsen satser sterkt på forebyggende helsearbeid i fylket, og friskvern er et viktig ledd i dette arbeidet, forteller Hans John Grini i Telemark Idrettskrets. Han er en av foregangsmennene bak prosjektet og henviser til ideen om "friskvård" fra Sverige for å skreddersy modellen og navnet til norske forhold. Med hjelp fra Norsk Språkråd ble "friskvård" til "friskvern", et navn som er patentbeskyttet for Telemarkmodellen. Målet er å få en friskvernkonsulent i hver Telemarkskommune i løpet av 1989, og friskvernsentraler over hele fylket i løpet av 1990.

Telemark fylkeskommune bevilget midler til oppstart av friskvernprosjektet, og Vinje kommune har gitt tilskudd til utstyr og instruktørlønn. Etter et par år med bevilgninger fra ulike kommunale budsjettposter, fikk friskvern i fjor en fast post på kommunebudsjettet med 50 000 kroner; en sum som Vindal er godt fornøyd med.

Må få skikkelig lønn

Vindal anbefaler fysioterapeuter som vil starte med friskvern å samarbeide om planene med politikere og helseetaten i kommunen fra første stund. Det er en stor fordel å ha en egen post på kommunens budsjett, som kan disponeres til kurs, reiser, utstyr, instruktørlønn og opplæring. Det må finnes midler til kurs i for eksempel hjerterehabilitering og aktuell skolering for å gi et faglig godt og forsvarlig tilbud til befolkningen. I Vinje stiller kommunen gratis lokaler til disposisjon, og alle aktivitetene er gratis.

Men friskvernet driver ikke seg selv, selv om økonomien er sikret. Friskvernets framtid er avhengig av administrativ og politisk vilje, og av at innbyggerne benytter seg av tilbudene.

Å få igang friskverntilbud krever en ildsjel eller fler med overskudd og ideer, og ikke minst at både privatpraktiserende og offentlig ansatte er med å trekke lasset, slik de gjør i Vinje.

Hvis kommunepolitikere virkelig vil satse på forebyggende helsearbeid, må de også tilby fysioterapeuter en skikkelig lønn for innsatsen, som er mer enn en ni til fire jobb, mener Vindal. Han har personlig oppnådd lønnstrinn 27 i forhandlinger med kommunen, og mener at dette kompenserer for spesielle kvalifikasjoner, ubekvem arbeidstid, og en serie uforutsette oppgaver.

Selvtrening og veiledning

I det nye Vinjehuset som er kulturhus og idrettshus i kommunesenteret Åmot, har friskvernsentralen fått gratis lokaler av kommunen og har kjøpt inn sekvens treningsutstyr. Hit kommer bygdas innbyggere uten rekvisisjon og timebestilling. Hver onsdagskveld er en fysioterapeut til stede og gir råd og tester kondisjonen til de som ønsker å legge opp et langsiktig treningsprogram. Kommunens to andre sentra, Edland og Rauland har også friskvernsentraler med treningsmuligheter. Mange av de som benytter tilbudet om egentrening, har vært til individuell behandling hos fysioterapeut, og er blitt anbefalt å trene på friskvernsentralen. Folk som er i ferd med å få plager, får tidlig hjelp ved å oppsøke friskvernsentralen, og leger og fysioterapeuter unngår unødige konsultasjoner.

Holder plagene i sjakk

Fysioterapeut Elisabeth Harstads nakke-rygg-gruppe samler femti vinjeværing til trening i Vinjehuset en gang i uka. Gruppen er stor, og Elisabeth har planer om å dele den i to. Treningen er lystbetont, og deltakerne føler seg godt ivarettatt av en fagperson som forklarer hvordan øvelsene skal gjøres eller ikke gjøres. Noen av deltakerne har vært pasienter på instituttet til Elisabeth, men de fleste er folk som vil gjøre noe for å forebygge muskel- og skjelettlidelser. Ventelistene på instituttet er blitt kortere etter at vi begynte med friskverntiltakene, og vi har ikke lenger så mange gjengangere på instituttet. Etter få ganger med individuell behandling, oppfordrer jeg pasientene til å gå over til gruppetrening, og det ser ut til at den ukentlige treningen er det som skal til for at pasientene skal holde plagene sine i sjakk, sier Elisabeth Harstad. Som fy-

sioterapeut får hun mer effekt ut av arbeidskapasiteten sin når hun kan vurdere pasientene på instituttet, og ha gruppetilbud eller anbefale friskvernsentralen for de som ikke har behov for individuell behandling.

Positivt for fysioterapeuten

I dag omfatter friskvernet i Vinje hjertegruppe, nakke-rygg-gruppe, revmatikerbading i samarbeid med Sanitetsforeningen og selvtrening i friskvernsentralen. Planene er klare for en pensjonistgruppe til høsten, og behovet for leddverngruppe, hoftegruppe og astmagruppe har vært diskutert. Det er viktig at det er helsepersonell eller skolerte instruktører som leder gruppene, ellers er det bare fantasien som begrenser hva slags grupper som kan startes.

Friskvern er bra for pasienten, men også for fysioterapeuten. Det er artigere å samle folk i gruppe enn å si det samme ti ganger til ti forskjellige mennesker. Dessuten er det fint å oppleve at folk får øynene opp for å ta vare på helsa si, og fortsetter å trene etter at de har sluttet hos fysioterapeut. Det finnes så mange alternative terapiretninger som er individrettet, og som pasientene foretrekker fremfor individuell fysioterapi på benk. Det er en god grunn til at fysioterapeuter må tenke nytt og annerledes, og bruke sin faglighet kreativt og utradisjonelt, sier Vidar Vindal.

□



Elisabeth Harstad er privatpraktiserende fysioterapeut og leder den populære nakke-rygg-gruppen.

Ord om ord



Svein Lie f. 1952. Cand. med. Oslo 1980. Kommunelege i Flakstad 83-84. Kommunelege i Vinje fra -84.

Av Svein Lie

Det er ikke noe moro, hvis det ikke er litt moro

Livet på en allmennpraktikers legekonsultasjon kan bli ensformig om en ikke passer på å ha det litt moro. Jeg mener ikke at en bare skal skratte og le, men for min del finner jeg glede i å være opptatt av et tema "for tida".

I et par perioder har jeg registrert den subjektive smerteopplevelsen ved sprøytestikk. Pasienter som starter opp Myocrisinbehandling egner seg for eksempel godt til det. De skal ha relativt mange injeksjoner innenfor overskuelig tid. Ideen med den registreringen har vært å etterprøve om smertene skyldes tilfeldighet, og bare skyldes avstanden til sentrum i nærmeste følesone.

Alternativet, dersom det ikke stemmer, er at pasientene har rett i at det er gode og dårlige "stikkere" blandt oss.

En annen aktivitet har vært å notere lokale dialektuttrykk for benevnelser på kropp og helse. Det er det denne artikkelen skal handle om.

Kredda

Det hele begynte med at jeg oppdaget at flere av 6-klassingene ikke kjente det lokale dialektordet for meslinger, "kredda". Min første tanke var at det var en rein vaksinebivirkning. Meslinger forekommer jo svært sjelden nå i forhold til tidligere, og dermed forsvinner også behovet for å bruke ordet. Dermed har en samme fenomen i Vinje som ellers i landet, at dialektene utvannes og ord går i glemmeboka. Med legekonsultasjonen som utsiktspunkt kommer en i kontakt med mange av de gamle, som fremdeles kjenner og bruker dialekt-orda. Jeg bestemte meg derfor for å notere ned det jeg hørte, slik som mange andre har gjort før. I starten var jeg ikke særlig systematisk, men etter hvert er noteringene forbedret en smule, og jeg har innhentet gode råd, som beskrevet lenger ut i artikkelen.

Bivirkninger

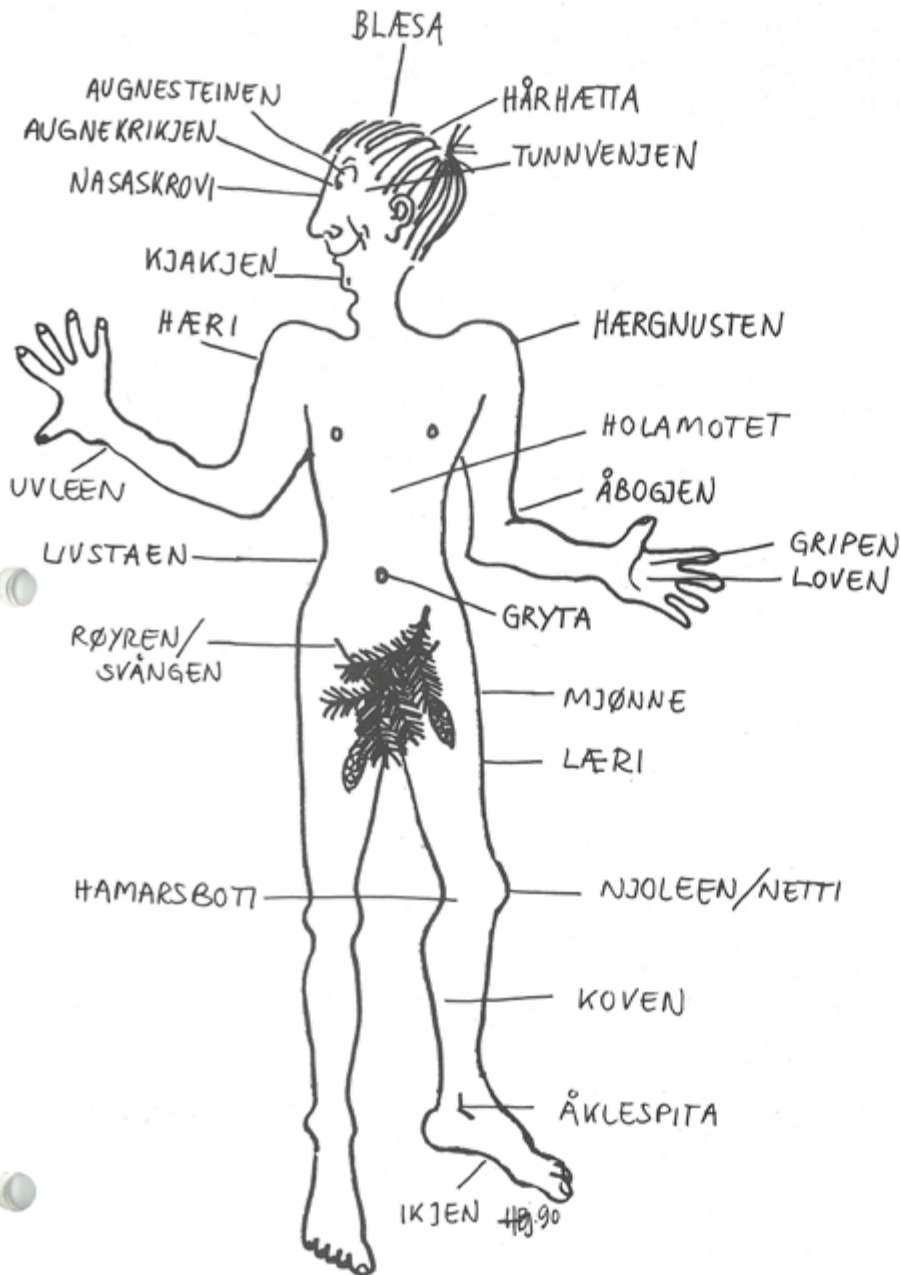
I tillegg til min egen glede over å lære den lokale dialekt-fauna har aktiviteten hatt positive bivirkninger. Den ene er at lege-pasientforholdet mykes opp, og at den som for tilfellet har fått pasientrollen har kunnet bidra med noe sjøl, gjerne i innledningen av samtalen. Et annet poeng er at folk synes det er positivt at noen vil være med på å bevare egenarten i området. Bidragsyterne har i alle fall vært mange og flittige. En av de eldre kom med to sider, skrevet tett på maskin, og ellers har jeg opplevd flere som kommer med ord på en lapp til konsultasjonen. Da er det selvfølgelig også viktig å notere kilden. Ved et par anledninger har jeg skrevet oppfordringer i vår faste spalte i lokalavisa. Det har og gitt resultat, men siden den dekker et større område enn bare den kommunen jeg ellers arbeider i, innebærer det at en må legge enkelte av svarene til side, i forhold til en lokal ordliste.

Hva skal en få med?

Når en skal lage en ordsamling på denne måten, er det nyttig å gjøre de opp-tegnelsene som er vanlige for at det skal kunne være til nytte for andre. Med utgangspunkt i det ordet en noterer bør en få med opplysninger om:

- hvilken betydning ordet har, dersom det ikke går klart fram av ordet
- lydbildet eller uttalen av ordet i daglig tale, spesielt der det avviker fra det forventede, for eksempel lokale vokaler - lyder som ligger mellom de ordinære i alfabetet
- om det er substantiv, verb, adjektiv, adverb osv.
- dersom substantiv: kjønn, flertalls- ending
- i hvilken sammenheng ordet er brukt, gjerne med et eksempel der ordet er brukt i en setning
- kilden, navn og gjerne alder på den som har kommet med ordet.

Noen dialektord for kroppsdeler, fra Vinje



Nedtegning

Den tradisjonelle måten er vel å notere på kartotekkort. Det kan være praktisk fordi behovet for å notere ned et nytt ord dukker opp i alle slags situasjoner. Med et standard kartotek kort i lomma kan en alltid få fylt ut de opplysningene en trenger med én gang. Forutsetningen er at en er så strukturert at en alltid går med "tomme" kort i lomma. Jeg er ikke så strukturert. Min variant har vært å gripe en papirbit og rable ned ord, forståelse og kildens navn så snart som råd, oftest på en tom reseptblokk. Etter hvert som det ble en uoversiktlig bunke i ringpermen og på forskjellige

lagersteder, har jeg skrevet det inn på en pc. Jeg har ikke gjort det mer avansert enn at det er lagret som et dokument i WP. Den avanserte databrukeren ville vel heller lagt det inn i et database-program, for å kunne sortere på forskjellige ord-egenskaper. Min ordsamling rommer nå ca. 280 ord. Jeg har skrevet dem ut på ei liste, som jeg bruker som kladd for å notere nye på. Med uker eller måneders mellomrom skriver jeg dette inn på pc'en, og har dermed gradvis en mer og mer "fullstendig" liste.

Om kilden

Kilden er viktig. For det første fordi den skal æres, som æres bør, men og for å være sikker på at ordet kan regnes inn i den lokale dialekten. Mange som har flyttet rundt i landet har vel merket kravet til "ansiennitet", for å oppnå stedtilhørighet. Fenomenet er kanskje sterkere på landsbygda enn i bynære strøk med stor utvikling. På disse kanter fortelles om ei gammel kjerring fra Seljord som ble spurt om hun var fra bygda. "Nei, eg kan vel ikkje seie det", sa ho, "far min kaupte garden i 1870!!"

En må være like våken med ord en hører. Når en blir kjent på en plass, vet en og hvor de forskjellige har sitt opphav, og om de har flytta inn i bygda i yngre år. Her i denne del av Vinje, hvor vi bor, har det f. eks. vært et betydelig innslag av inngifte fra vestlandet, og da må en selvfølgelig passe på å plassere de orda en måtte høre fra dem på ei anna liste, enn den som dekker den lokale dialekten.

Alder hos kilden bør og noteres. Min erfaring er at enkelte familier er flinkere enn andre til å holde på de lokale særprege, også på de gode. I de tilfellene merker jeg ofte at de yngre bruker et rikere lokalt språk. Forøvrig er det selvfølgelig flest eldre som har vært mine kilder.

Er den lokale dialekten særprege nok?

Ja, helt sikkert. Ordtapet merkes først når ordet er på vei ut eller helt borte. I det eksemplet jeg nevnte innledningsvis med kredda (meslinger), gikk det bare 4-5 år før skolebarn ikke kjente det lenger. Nå er det selvsagt spesielt med et ord som betegner en sykdom det startes vaksineringsfor, men den språklige påvirkningen øker stadig. Noen av de orda jeg har notert dekker uttrykk eller anatomiske steder jeg ikke har hatt eget navn på fra min egen dialekt. Et eksempel er "ikjen". Jeg kan i alle fall ikke huske noe bokmålsord som dekker det, annet enn det sammensatte uttrykket: "fothvelvningen". Det demrer for meg at noen sa "gelenken" om det samme da jeg var i skobutikken som liten, men det er jo et tysk ord. Kanskje et eksempel på at mitt barns bokmålspråk allerede var i ferd med å fylle seg med utenlandske låneord. Det mest sannsynlige er vel



forklaringen om at det er hentet fra skomakerfaget og dets internasjonale fagspråk. Det illustrerer i alle fall at det finnes ord og uttrykk som forsvinner og viker plassen for andre.

Gamle ord?

Må orda være gamle, eller må det være gamle mennesker som kommer med dem, for at det skal være interessant? Nei. Om en vil finne fram til fortidas språk må en heller gå til andre kilder. Målet med denne nedtegninga er å finne det som ennå finnes blandt folk på stedet, i dagligtalen eller på vei til å gli ut av den. På den annen side kan det være interessant å undersøke om orda er registrert tidligere. Det kan en ofte få svar på ved å slå opp i tidligere ordlister. Her i Vinje finnes det en slik helt tilbake fra perioden 1812-21, nedtegnet av lærer og koppevaccinateur Niels Sveinungsen. Denne ordsamlinga,

"det norske fjeldsprog", er gitt ut i bokform, etter initiativ fra et av Niels Sveinungsens tipp.tipp.....oldebarn, Odd Monge, lege ved DNR. Dette er ei ordsamling som omfatter alle typer ord fra dagligtale i Vinje i perioden de er nedtegnet. Ivar Åsen brukte denne ordsamlinga som et av grunnlagene for arbeidet med ny-norsk ordboka si.

Det Norske Samlaget har forøvrig gitt ut ei bok som heter "Norsk medisinsk ordbok". Denne er redigert av Audun Øyri, lege i Stavanger. Boka inneholder 30.000 oppslagsord fra vanlig medisinsk arbeid med definisjoner og forklaringer. Boka inneholder imidlertid ikke dialekt-betegnelser på helsetilstander eller kroppsdeler. Den har til mål å fornorske det medisinske fagspråket, og kan absolutt anbefales til dem som vil slippe av seg språklige unoter eller unødvendige forvanskinger.

Når lista er full

Etter noen års nedtegnelser går jeg vel lei, kanskje. Så lenge en holder seg til et snevert felt, som uttrykk på kropp og helse, vil tilfanget av nye ord i alle fall bli stadig mindre. Da er det i det minste nyttig at en lar andre få kjennskap til resultatet. En måte å gjøre det på er kanskje å lage et lokalt anatomisk atlas. En kan overlate det til det lokale historielaget eller liknende, og en bør dessuten sende det til noen som kan samle det til nytte for andre i større sammenheng. Redaksjonen for "Norsk ordbok", tar mer enn gjerne imot slike bidrag fra lokale samlere. Der kan en og få råd om framgangsmåten, om en har spørsmål til den. Adressen er:

Norsk ordbok,
Postboks 1021, Blindern,
0315 Oslo 3.

□

Norsk Forening for internasjonale helsespørsmål
arrangerer

Kurs for helsearbeidere til u-land

Kurset holdes på NORAD's kurssenter, Kringsjø
i tiden 8 - 19 april 1991

Tema:

Primærhelsetjeneste
Tropemedisin
AIDS
Forebyggende helsearbeid
TBC/ Lepra/ Vaksinerings
Obstetrikk/gynekologi
Mor/barn
Ernæring
Laboratorie demonstrasjon
Antropologi
massemedia kommunikasjon

Kursavgift:

For deltakere som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive lost og losji. Andre deltakere må betale kost og losji selv (kr 635,- pr. døgn). Utover dette er det ingen kursavgift. Kurset er godkjent med 80 timer i henhold til allmennpraktikerreglene. Deler av kurset kan søkes godkjent for spesialiteten i Samfunnsmedisin.

Søknadsfrist:

15. februar 1991.
Søknaden skal inneholde:
- opplysninger om utdanning
- planer/avtale om utreise
- organisasjon

Alle interesserte kan søke.

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



Prosedyreperm

Et arbeidsverktøy for primærleger i Telemark

Telemark legeforening har tatt initiativet til å gjøre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten i Telemark bedre. 4 primærleger fikk i oppdrag å utarbeide forslag til standardiserte, lokale henvisningsrutiner.

Resultatet har blitt en perm som inneholder nyttig informasjon om hva et henvisningsskriv bør inneholde av opplysninger. De fire kollegene har samarbeidet med alle spesialavdelingene ved Telemark Sentralsjukehus, og kommet fram til forslag om hva som bør gjøres og kan gjøres i allmennpraksis før henvisning til sykehus. For hver sykehusavdeling er det listet opp noen av de mest vanlige diagnosene som det er aktuelt å behandle i sykehus. For hver diagnose finnes en oversikt over hva anamnesen bør inneholde, hva slags undersøkelser som bør gjøres, terapivalg i allmennpraksis, alternative løsninger til henvisning, henvisningskriterier og rutiner, og eventuelt supplerende opplysninger av betydning for henvisningen.

Denne oversikten er ment som en rettesnor og et forslag i utredningsarbeidet i allmennpraksis. Den er ikke bare et godt hjelpemiddel når en skal skrive henvisninger, men og et nyttig hjelpemiddel i selve utredningen av pasienten. Jeg har allerede hatt nytte av å bruke permen til å sjekke at jeg har gjort en adekvat undersøkelse før henvisning. Prosedyrepermen har blitt et nyttig hjelpemiddel som står lett tilgjengelig i bokhylla på

kontoret. Denne permen kan bidra til at utredningsarbeidet i allmennpraksis blir enda bedre, samtidig som at samarbeidet med 2. linjetjenesten også kan bli enda bedre. Det vil styrke den gjensidige respekten mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det vil til syvende og sist komme pasienten til gode.

De fire forfatterne jobber alle innenfor nedslagsfeltet til Telemark Sentralsjukehus, avd. Skien og Porsgrunn. Denne permen vil være et hjelpemiddel først og fremst for kollegene i nedslagsfeltet til Telemark Sentralsjukehus. Kollegene som bruker Notodden sykehus eller Rjukan sykehus vil ikke ha den samme nytten av permen. Denne permen er så nyttig at den bør utvides med egne kapitler for Notodden sykehus og Rjukan sykehus, slik at alle primærleger i Telemark kan nytte den fullt ut.

Jeg savner også et kapittel om Telelab, fylkets mikrobiologiske laboratorium, med en beskrivelse av hvordan ulike prøver bør tas og sendes etc. Det samme gjelder også Telemark Sentralsjukehus' Sentrallaboratorium. Både Telelab og Sentrallaboratoriet har tidligere sendt ut orienteringer om prøvetaking og forsendelse, men det hadde vært ønskelig at forfatterne hadde samarbeidet med disse laboratoriene og fått det med i permen.

Jeg savner et index-register i permen med en alfabetisk oversikt over de ulike diagnosene som er omhandlet i permen med henvisning til

kapittel og sidetall. Det hadde gjort det lettere å finne fram i permen.

Til slutt vil jeg takke styret i Telemark legeforening som initiativtaker til denne permen, og en stor takk til de fire forfatterne:

Øystein Line,
Heistad legesenter,
3940 Heistad,

Gisle Roksund,
Skien helseråd,
3700 Skien,

Svein Solli,
Bergsland legesenter,
3700 Skien

Øystein Vik,
Brotorvet legesenter,
3960 Stathelle.

Anmeldt av:
Olav Eriksen
kommunelege I
Kviteseid

□



Helsemessig beredskap i eit utkantdistrikt



Arne Johannesen, født 1952, eksamensår 1980. Kommunelege i Tokke fra 1984, før dette turnustjeneste og distriktslegetjeneste i Tokke/Vinje. Spes. i allmennmed. 1990.



Kåre Øygarden f. 1952. Eksamen fra Tromsø -80. Distr. lege/komm. lege, Tranøy 82-85. Kommunelege, Sirdal 85-86. Kommunelege i Vinje fra -86.

Av Arne Johannesen,
Bjørn Pettersen og Kåre Øygarden

Kommunane Tokke og Vinje er felles vakt-distrikt tilknytt ein døgnbemanna vakt-sentral. Distriktet er nær dobbelt så stort i areal (4100 km²) som Vestfold fylke. Busetnaden er spreidd, om lag 7000 fastbuande, medan dette i vinter-sesongen er fleirdobla på grunn av turisme.

Vegtrafikken ber preg av stor gjennomgangstrafikk på E-76 med stor andel tungtrafikk. I tillegg har vi stor utfart vinterstid. Vi har omlag 400 km med riks- og fylkesveg med vinterføre halve året og fleire høgfjellstrekningar 800-1000 meter over havet. Avstanden til lokalsjukehuset på Rjukan er 50-110 km medan det er 110-200 km til sentralsjukehuset i Skien.

Plangrunnlag for og samarbeidspartnarar i den helsemessige beredskapen

Kommunehelselova stadfester ansvaret for å yte naudsynt helsehjelp til dei som bur eller midlertidig opphalder seg i kommunen. Den nye brannlova fra 1987 legg ansvaret for redningstenesta til brannvesenet, medan den lokale politimyndigheita har ansvar for å leie arbeidet med større ulykker og redningsaksjonar.

Med utgangspunkt i desse lovane har Tokke og Vinje kommunar utarbeida beredskapsplanar for større ulykker og katastrofar. Det har vært naturleg å ha eit nært samarbeid med teknisk etat som har ansvaret for brannvernet og redningstenesta. Dessutan har ressursane som finst i dei lokale Røde Kors hjelpekorpsa vore til stor nytte. Ambulansetenesta er organisert som private verksemdar med fylkeskommunal avtale, og er heilt sentral i beredskapen. Politiet, eller lensmannsetaten, har vært med i beredskapsarbeidet og vakt-sentra-

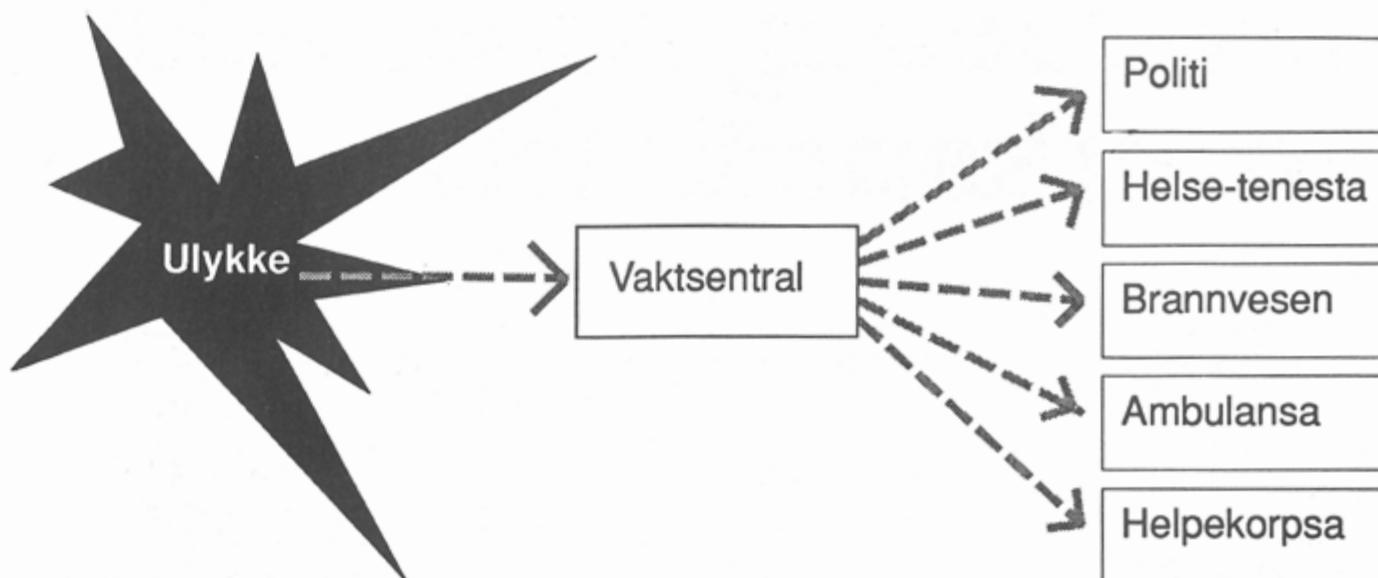
len er krumtappen i alt varslingsarbeid i distriktet.

Kommunane er små og har relativt få ressursar når det gjeld fast vaktbemanning. Politiet har ikkje fast døgnavakt anna enn i helger og redningstenesta er ulikt organisert i dei to kommunane. Det har difor vært heilt nødvendig med eit utstrakt samarbeide med frivillige mannskaper i Røde Kors hjelpekorps og brannvesen for å få til ein tilfredsstillande beredskap. I Tokke er det til dømes ei gruppe innafor hjelpekorpsset som har beredskap som hjelper i ambulansa. Dette får dei ei fast godtgjersle for (omlag 12500 kr. pr. år) samt godtgjersle for kvar tur. Denne ordninga er kommet istand av di fylkeskommunen ikkje har sett seg i stand til å ta på seg det økonomiske ansvaret for fast hjelpeteneste i ambulansa.

Dei gjer dette heilt frivillig og inntekta går til arbeidet i laget. I Vinje er det hjelpekorpsset som frivillig tar på seg beredskap på redningsbil då brannvesenet ikkje har kapasitet til det, medan i Tokke er det brannvesenet sjøl som gjer dette arbeidet.

Varslingsteneste

For å få til ei effektiv varslingssteneste har kommunane ein felles døgnbemannad vakt-sentral. Den er bemanna av tidlegare arbeidarar på dei manuelle telefonsentralane og dei er godt kjende i distriktet. Alle meldingar om ulykker går inn til sentralen som sitter med varslingsplanane for helsetaten, brannvesenet, hjelpekorps og politi. Dei har dessutan sin eigen varslingsplan for å tilkalle ekstrarhjelp om dette blir naudsynt.



I helseetatane er det laga egne varslingsplanar for legar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar og hjelpepersonellet på legekantora. Vaktsentralen har ansvaret for effektivisering av planane. Dessutan har sentralen egne helsepersonell og politi dersom dei vanlege linene er blokkerte. Vaktsentralen kan på denne måten formidle kontakt til den lokale redningssentralen, til sjukehus og til andre redningsinstansar. Dette er særskilt viktig den første tida etter at ulykke eller katastrofe er skjedd, før politiet får etablert sambandet sitt.

Personell og materiell-ressursar

Legedekninga i vaktområdet er svært god med til saman 12 legar, (9 kommunale legar + 3 andre). Ved ulykker har vi erfaring for at minst 2-3 legar er tilgjengelege i løpet av kort tid.

I tillegg er det god tilgang på pleiepersonell som inngår i varslingsplanane.

Katastrofeplanen for Vinje har øymerke personell til å ta seg av krisepsykiatri, 1 lege og 2 psykiatriske sjukepleiarar.

Den viktigaste personellkategorien utover helsepersonell er dei frivillige medlemmane i Røde Kors Hjelpekorps. I kommunane er det 3 aktive

hjelpekorps, i tillegg til personell har dei også utstyr for samband, søk og transport.

Vinje Røde Kors Hjelpekorps har bygd opp redningsbil med frigjeringsutstyr og har døgnberedskap på denne. Brannvesenet og redningsbilen blir varsle parallelt ved ulykker. Tokke Kommune har anskaffa frigjeringsutstyr som brannvesenet brukar.

Utover 4 godkjente ambulansar har hjelpekorpsa ambulansar og mannskapsbil som også brukast ved behov. I katastrofeplanen har ein også iberegna bruk av ambulansane frå omkringliggjande kommunar for å avhjelpe transportbehov.

For transport av personell og materiell vinterstid inngår både den lokale snøscooter-klubb og alpinsentra med løypeprepareringsmaskiner i planen.

For å ha medisinsk hjelpeutstyr tilgjengeleg 24 timer i døgnet har ein i Vinje utplassert depot av nødhjelpsutstyr 3 stader i tilknytning til legekantora. Dette er lett transportabelt utstyr som kjem i tillegg til det reinte medisinske utstyret som er på legesentera. Utstyret er eit såkalla EMERGO-system, som består av ein ryggsekk med ca. 5 liter infusjonsvæske og utstyr + hovudlykt og hjelm. Dessuten 4 vesker på belte der det hennholdsvis er: Ventilasjons- og intubasjonsutstyr, forbindings- og

spjelkemateriell. Ein person kan lett bera dette med seg.

Hjelpekorpsa har i tillegg bandasjer og spjelkemateriell og lager av ulltepper.

Øvingsrutiner

For å kunne vera førebudd på ein katastrofe må ein kjenne best mogeleg til organisering, ansvarsfordeling, samarbeid og delegering av oppgåver når ein slik situasjon oppstår - dette skjer gjennom øving.

I katastrofeplanen for Vinje er det fatta vedtak om at det skal vera regelmessige øvingar. Anna kvart år blir det halde praktiske øvingar, i mellomåret blir varslingsplanen testa og revidert.

Øvingane skal ha ei klar målsetting. Dei blir derfor nøye planlagde.

Det blir avsett midlar på budsjettet for gjennomføring av praktiske øvingar. I tillegg er det mogeleg å søkje Beredskapsavdelinga i Helsedirektoratet om midlar. Søknad sendast via Fylkeslegen.

Realistiske øvingar tilstrebast, herav bruk av aktive, godt sminka markørar i tillegg til ytre effektar.

Den lokale presse blir informert om øvinga, og inviterer til å vera til stades under gjennomføringa. Observatørar frå





Fylkeslegen, lokal redningssentral og nabokommunar blir inviterte.

"Debriefing" er like så nødvendig ved øvingar som ved katastrofar, men då med ulik hensikt. "Debriefing" umiddelbart etter øvinga er ei kort gjennomgåing av øvinga og ein konklusjon inntil vidare. Her har vi alltid sørga for varm mat (suppe) til eit ofte noko vått og frostent hjelpepersonell og markørar.

Øvinga blir teke opp på video.

Ei tid etter øvinga er det ei evaluering og katastrofeplanen blir revidert.

Erfaringar

Planarbeidet og katastrofeøvingar har gitt nyttige erfaringar på 2 plan.

1 a) Prosessen har vekt interesse for og auka bevissthetsnivået kring temaet medisinsk katastrofearbeid ved at:

- helsepersonell blir minna om at dei faktisk inngår i katastrofeplanar.
- Regelmessige øvingar og revisjon/utsending av varslingsplan gjev naudsynt repetisjon av dette

- hjelpekorpsa får vita at dei er medrekna

- teknisk etat har måtta prioritere opp redningsberedskapen som dei faktisk har ansvar for etter den nye brannvernloven

- alle delar av beredskapsstyrken ser behovet for førstehjelpsskolering.

b) Samarbeid mellom helsevesen/ politi/ brannvesen/ ambulansetjenesta/ frivillige kan berre utviklast gjennom praktisk øving.

2)

- Døgnbemanna vaktssentral i nærmiljøet med stor lokalkunnskap er ein stor ressurs. Iverksetjing av varslingsplan etter oppsett plan kan gjerne delegerast til annan døgnbemanna instans, f. eks. vakthavande sjukepleiar ved sjukeheim, dette avlastar vaktssentralen.

- Sambandet mellom skadestad - samle-plass - lokal redningssentral er avdekt som eit uløyst problem. Det har utløyst arbeid på dette feltet.

- Varslingsplanar inneheld feil og manglar som kun let seg avsløre ved testing i praksis.

- Planar bør innehalde katastrofepsykiatrisk 1. lineteneste.

- Frivillige (hjelpekorps) har i Vinje tatt på seg redningsberedskapen som hittil ikkje har vore prioritert av brannvesenet.

- Det løner seg å leggje mykje arbeid i realistiske øvingar, dette inneber:

- god planlegging
- gjerne bruk av markørar
- bruk av observatørar
- videoopptak på skadestad og samle-plass
- pressedekning
- oppfølging/evaluering i nær ettertid.

□



Krisereaksjoner, helsepsykologi og psykoterapi

Lisbeth F. Brudal: Psykiske kriser i et nytt perspektiv. TANO A/S 1989. Ca. 130 sider.

Når en i det kinesiske tegnspråk skal skrive ordet "krise", kombineres to andre tegn: tegnet for fare og tegnet for ny mulighet eller ny sjanse. Det er med utgangspunkt i denne urgamle kinesiske folkevisdom at Lisbeth F. Brudal har skrevet enda en bok - "Psykiske kriser i et nytt perspektiv" (Tano A/S, Oslo 1989). Hun har med denne boken levert nok et interessant og innsiktsfullt bidrag til psykologisk litteratur. En hovedtese i boken er: Krise er en farefull sjanse.

Lisbeth F. Brudal er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Hun har doktorgrad fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. I mange år har hun arbeidet som psykoterapeut og forsker. Hun er leder for "Institutt for tokologi og familiepsykologi". Det går frem av boken at forfatteren er grundig teoretisk skolert, med bred klinisk erfaring.

Dette er en velskrevet og komprimert bok på ca. 130 sider. Den konsise formen gjør boken lettlest. Kapitlene er korte og overskriftene gjør stoffet oversiktlig. Dette er viktig fordi boka spenner så vidt. Med sin eklektiske holdning til faget, skaper Brudal synteser av det mange vil oppleve som motstridende teoretiske retninger. Hun viser hvordan psykologisk teori og kunnskap kan anvendes i en klinisk hverdag, i møte

med mennesker i forskjellige kriser. Det kan dreie seg om kriser i forbindelse med fødsler, dødsfall, sykdom, skilsmisse, arbeidsløshet og ulykker.

Hennes faglige tenkning er tuftet på solide hjørnesteiner som læringsteori, kognitiv psykologi, psykoanalytisk teori, klinisk hypnose eller bevissthetsforskning. Moderne humanistisk psykologi står sentralt, så vel som relasjonstenkningen i et mer familierapeutisk perspektiv. F. eks. mener forfatteren at sykdom ikke alltid bare er sykdom, men kommunikasjon! Psykiske og psykosomatiske symptomer er noe vi skal ta på alvor og lære av, erverve ny innsikt fra og utvide forståelse av sammenhengen symptomet oppstår i. Kanskje kan kvinners underlivsplager i noen tilfeller være en tilbaketrekning fra mannen og samtidig en måte å bli synlig på, gjennom lidelse.

En psykoterapeut må kunne alternere mellom forskjellige teoretiske tilnærminger og teknikker, sier Brudal. Psykoterapeutens profesjonalitet ligger i evnen til å avgjøre hvilke teknikker som er effektive, overfor hvilket problem, i forhold til hvilken pasient, på det aktuelle tidspunkt. Det blir viktig å ha evne til empati og intuisjon. En bør kunne møte kriserammede med en medreflekterende holdning, engasjement og tilstedeværelse. En for rask anvendelse av psykofarmaka kan medføre at sjansen til å formidle vekst hos våre

pasienter går fra oss. Men pasienter er ofte skremt av egne reaksjoner og trygler om hjelp. Brudal sier "også vi som skal hjelpe, kan bli skremt av fantasilivets merkevordigheter og irrganger". Det er dessuten vondt å se andre lide. Vi vil så gjerne hjelpe og lindre smerte. Men krisereaksjoner er ikke et tegn på begynnende galskap, men normale menneskelige reaksjoner på ekstreme livssituasjoner, et midlertidig tap av mestring. Pasienten har mistet kontrollen over sine følelser, tanker og fantasier. "Å kjempe for livet er ingen sykdom. Å utvikle strategier (puerperalpsykose) for å overleve psykisk, er ingen arvelig sykdom", hevder Lisbeth Fanny Brudal.

Som behandler bør man forsøke å vanliggjøre og normalisere en krisereaksjon. Dette betyr ikke å bagatellisere, men avpatologisere og avpsykiatrisere. Ved systematisk rekonstruksjon - ved å gå igjennom det krisebeholdet (ikke rundt), kan vi hjelpe til med å bryte persevererende mønstre i pasientens reaksjoner. F. eks. kan dødsangst hos enkelte førstegangs fødende, ifølge Brudal, transformeres til dødsbevissthet, det vil si noe en kan leve med, noe som kan mestres. Kriseintervensjon og psykoterapi er å befordre en kreativ mental prosess, som går gjennom bestemte faser og som gjør pasienten i stand til å se nye meningsfylte sammenhenger og derved organisere seg mentalt på nye måter. Følelse av mestring

gjenvinnes og smerten lindres kanskje best slik.

Forfatteren argumenterer mot "sykdomsmodellen" og mener vi er mer tjent med en "autonomimodell". Det vil si det er i pasienten selv vekstpotensialene ligger. Pasienten er selv den egentlige spesialist på sitt eget liv. Som terapeuter er vi konsulenter på hvordan den nødvendige ekspertise kan hjelpes frem hos den enkelte pasient. Brudal ønsker derfor å bytte ut en "hierarkisk modell" med det hun kaller "samspillmodellen".

Boken gir en spennende oversikt over sentrale deler av psykologisk teori. Men først og fremst er den blitt en god lærebok i psykoterapi og befinner seg som sådan på høyt akademisk nivå. De konkrete kasusbeskrivelser i kapittel 5 illustrerer på en utmerket måte hva forfatteren har ment. "Det er et faktum at en tredjedel av de mennesker som søker vanlig praktiserende lege, har psykiske lidelser som sitt hovedproblem", sier Lisbeth F. Brudal. Allmennpraktikere vil ha både glede og utbytte av å lese denne boken.

Anmeldt av:
Psykolog
Herman Kvarving,
 spes. klinisk psykologi
 Lillehammer
 psykologsenter
 Storgata 86,
 2600 Lillehammer



Norvasc "Pfizer"

Kalsiumantagonist.

ATC-nr.: C02 DE.

Tabletter: 5 mg og 10 mg. Hver tablett innh.: Amlodipin, besylat, æqv. amlodipin, 5 mg, resp. 10 mg, const. q.s. **Egenskaper:**

Klassifisering: Kalsiumblokker, dihydropyridinderivat med lang halveringstid. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Ingen effekt på supraventrikulære arytmier. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskulatur og glatt muskulatur i blodkar. Vasodilatasjon med reduksjon av perifer karmotstand gir nedsatt "afterload" og senking av forhøyet blodtrykk. Siden reflektorisk takykardi vanligvis uteblir, vil hjertets energiforbruk og oksygenbehov minke. Sammen med dilatasjon av koronarkarene forklarer dette amlodipins effekt ved angina pectoris. På grunn av langsamt innsettende virkning er det liten fare for akutt hypotensjon. Amlodipin har ikke vist metabolske bivirkninger eller forandringer i plasmalipider. Det kan anvendes av pasienter med astma, diabetes og urinsyregikt. **Absorpsjon:** Maksimal plasmakonsentrasjon etter 6-12 timer. Biotilgjengelighet 60-65%. **Proteinbinding:** Ca. 97,5% in vitro. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 20 l/kg. **Halveringstid:** 35-50 timer. Effektive plasmakonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med én dose daglig. Steady state etter 7-8 dager. **Metabolisme:** I stor grad til inaktive metabolitter. **Utskillelse:** 10% uforandret og 60% av metabolittene i urin. **Overgang i placenta:** Passerer. **Overgang i morsmelk:** Ukjent.

Indikasjoner: Mild til moderat hypertensjon. Angina pectoris. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor dihydropyridiner (amlodipin, nifedipin). Graviditet (se Forsiktighetsregler). Alvorlig hypotensjon.

Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst er hodepine, muskeltretthet, kvalme, ansiktsrødme, svimmelhet og perifert ødem (hovedsakelig ankelhevelse). Sjeldnere er palpitasjoner, dyspnoe og utslett.

Forsiktighetsregler: Eldre og pasienter med nyresykdom kan gis normal dose. Imidlertid anbefales inntil videre forsiktighet ved høyere dose til eldre pasienter, spesielt kvinner, og pasienter med nedsatt nyrefunksjon, da de farmakologiske forhold hos disse pasientgrupper er sparsomt dokumentert og de synes å få høyere plasmakonsentrasjoner. Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt leverfunksjon, og preparatet må derfor gis med forsiktighet til disse. Dokumentasjon foreligger ikke for bruk under graviditet og amming eller for bruk til barn.

Dosering: Vanlig startdose er 5 mg én gang daglig. Kan ved behov økes til 10 mg én gang daglig. Det er ikke nødvendig å justere dosen av amlodipin ved samtidig bruk av tiazider, betablokkere eller ACE-hemmere.

Overdosering/forgiftning:

Ingen veldokumentert erfaring med overdosering. På grunn av amlodipins langsomme absorpsjon kan mageskylling være virksomt i visse tilfeller. Pasienter med klinisk signifikant hypotensjon bør overvåkes og evt. gis en vaso-konstriktor. Siden amlodipin har høy grad av proteinbinding, er ikke dialyse indisert.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: 30 stk. kr. 262,40.
100 stk. kr. 814,60.

10 mg: 100 stk. kr. 1220,60.

T:12



Endelig en kalsiumblokker som virker i 24 timer.

Alle kan vi komme i situasjoner som ikke er planlagt og som forstyrrer dagens små og store gjøremål.

Godt da at én tablett Norvasc rekker fra frokost til frokost.

Nå er det kommet en ny kalsiumblokker til behandling av hypertensjon og angina pectoris.

Norvasc har en unik farmakokinetisk profil med jevn virkning hele døgnet og uten påvirkning av hjerteraktiviteten (1).

Norvasc doseres én gang daglig, gjerne om morgenen og til et måltid.

Det er nytt for en kalsiumblokker!

Rask vasodilatasjon unngås på grunn av langsom absorpsjon, lang tid til «steady state» (7 dager) og langsom binding til reseptorene (2). Dette harmonerer med erfaringene for at initiale bivirkninger forekommer sjelden (3).

Ved hypertensjon eller angina pectoris.



NORVASC
(amlodipin)

(1) Lund-Johansen, P. et al. Long-term hemodynamic effects of amlodipine at rest and during exercise in essential hypertension. J Hypertension (in press). (2) Burges, R.A. et al. Calcium Channel Blocking Properties of Amlodipine in Vascular Smooth Muscle and Cardiac Muscle In Vitro: Evidence for Voltage Modulation of Vascular Dihydropyridine Receptors. J Cardiovasc Pharmacol (1987) 9:110-119. (3) Osterloh, I. The Safety of amlodipine. Am Heart J (1989) 118, 5 (2) 1114-20.

Et tilbakeblikk på den politiske streiken 15. juni 88



Erik Agren, Brotorvet Legesenter, 3960 Stathelle. Artikkelforfatteren var formann i Telemark lægeforening i perioden 1984-89. Han understreker at dette er egne betraktninger - forfattet over 2 år etter hendelsene.

Samt "rollespill" utført av leger i Vest-Telemark, Tlf og Dnlf

Av Erik Argren

Utgangspunktet for streiken var forsåvidt greit. Stortinget ville løse landets legefordelingsproblem med tvangslover om bl.a. beordring av leger. Landsstyret i Dnlf fattet 13. mai 88 et flertallsvedtak om bl.a. politisk streik 15. juni 88 fra kl. 0700 til 1200. Dette som en klar markering av protest mot beordringsloven.

Tlf's styre kom raskt igang med forbedelsene til de ulike aktiviteter og aksjoner som skulle finne sted. Høydepunktet i Telemark skulle være et stormøte i aulaen ved Telemark Sentralsykehus i Skien 15. juni fra kl. 0900 til 1100.

Det var selvsagt ulikt syn blant medlemmene i Telemark på nødvendigheten og hensiktsmessigheten av denne streiken; styret i Tlf hadde imidlertid god tro på at vedtaket ville bli fulgt lojalt opp i Telemark.

Men Telemarkingene er historisk sett kjent for å være et stridbart folkeferd!

Fredag 10. juni sprang bomben. En pressemelding fra 15 kolleger i vestfylket ble referert i NRK-Telemarksendingen. Disse medlemmene avsto å delta i aksjonen. Begrunnelsen var i korthet at "de 15" valgte å la legedekningen i utkantdistrikt veie tyngre enn den frie yrkesutøvelse samt beordring av leger.

Sjelden var jeg vel i min formannstid i Tlf så forbannet. Dnlf hadde i brev av 8. juni tilskrevet avdelingene om at § 21 i Dnlf's lover (eksklusjonsparagrafen) ville bli vurdert overfor medlemmer som aktivt motarbeidet Dnlf's lovlig fattede vedtak. Her anså styret i Tlf, for-

sterket med representanter fra YLF, at saken var klar. I brev til Dnlf ble styret bedt om å aktivt benytte § 21 enten til eksklusjon eller til en passende økonomisk straff.

Min frustrasjon og forbauselse over "de 15's" aksjon ble ytterligere forsterket ut fra det faktum at jeg først fikk kjennskap til det hele fra NRK og at styret i Tlf ikke var informert på forhånd.

Lokalpressen og NRK grep jo denne saken begjærlig - ja faktisk så begjærlig at alt ble fokusert på splittelsen innen legestanden og ikke på selve aksjonen mot beordringsloven. Alt var således temmelig kaotisk noen dager.

Stormøtet under streiken 15. juni forløp forøvrig greit - og "de 15" sendte også representanter til møtet for å begrunne sitt syn. Det var livlig diskusjon, men meget liten forståelse for "de 15" fra møtets øvrige deltagere.

Etterspillet

Dette var vel egentlig bedrøvelig og tjente etter min mening Dnlf til liten ære. Nå må det først nevnes at landsstyrevedtaket gikk ut på et pålegg til medlemmene om deltagelse i en politisk streik. Ikke en gang våre skarpskodde og godt lønnete jurister i sekretariatet - som var til stede 13. mai - fattet egentlig at vi påla medlemmene å delta i en politisk streik - noe som ikke er særlig "comme il faut" i landets fagforeningsliv. Men gjort var gjort og Dnlf la selv opp til aktiv bruk av § 21 overfor illojale medlemmer.

Tlf rapporterte, på oppfordring fra Dnlf, til Lagåsen om resultatet av aksjonen i Telemark og om "de 15", samt om andre kolleger som ikke deltok i streiken. Tlf's ønske var at Dnlf skulle aktivt gjøre pålegg om ekstrakontingent og at



tillitsvalgte som var utbrytere skulle fratas/miste sine verv innen Dnlf/Tlf. Dette siste skulle i så fall gjelde for en viss periode.

Så begynte nedturen

Reaksjonen fra Dnlf kom i brev av 12. sept. til alle medlemmer i foreningen. Medlemmer som ikke deltok i streiken ble oppfordret til å vise sin lojalitet til Dnlf ved å betale kr. 500,- i ekstrakontingent til foreningen. Tillitsvalgte som motarbeidet streiken ble anmodet om å trekke seg fra sine verv. Alle ble tilslutt anmodet om å sette seg ned og lese litt i Blåboken om Dnlf's regelverk og instruksjer.

I brev til sentralstyret i oktober av slo "de 15" såvel innbetaling som villighet til å trekke seg fra valgte tillitsverv.

Komikken blir total

"De 15" sto på sitt. Blandt annet fordi styret i Tlf fant kr. 750,- å være en passende straff i stedet for kr. 500,- som ble foreslått fra Dnlf. Styret i Tlf stod like hardt på sitt standpunkt. Nå måtte Dnlf finne en løsning på problemet - "ro det hele i land". Et landsstyremedlem i Østfold forlangte ekstraordinært landsstyremøte på saken og sekretariatet sendte brev til samtlige 105 landsstyremedlemmer inneholdende stemmesed-

del om ekstra landsstyremøte, samt med følgende egne vurderinger:

"Beklagelse over at det var blitt pålagt medlemmene å delta i politisk streik - og ikke oppfordret"

"Vanskeligheter med å reagere overfor illojale medlemmer, da man ikke hadde full oversikt over hvilke medlemmer som aktivt motarbeidet landsstyrevedtaket"

"Ønske om å "skape ro" om saken for heller å forene kreftene om nye oppgaver".

Løpet var kjørt

Det ble en del skriverier frem og tilbake rundt årsskiftet. Det var imidlertid klart at det gikk mot en avsluttende debatt og avslutning på det hele - hvilket skulle skje på landsstyremøtet på Røros i juni 89.

Ønsket om ekstraordinært landsstyremøte var på forhånd blitt avvist av landsstyredeltagerne selv.

Det var nå gått en viss tid - et forso- ningens skjær la seg over det som skjedde juni 88 - og det ble mer og mer et allmennt ønske om å få denne hete poteten fortest mulig vekk fra

tallerkenen.

Hvilket også skjedde på Røros. Vedta- ket bestod fortsatt av ord som "oppfordring" og "bør", men vi visste vel alle at dette var et passende ordvalg for å få en etterhvert pinlig sak over fra sakskartet og inn i arkivet. For egen del gadd jeg aldri å undersøke om noen av "de 15" innbetalte oppfordret ekstra- kontingent.

Konklusjoner

Dårlig juridisk rådgivning fra Dnlf's ju- rister på landsstyremøtet 13. mai 88.

God og helhjertet oppslutning fra stor- parten av Tlf's medlemmer. Godt arbeid, om enn noe fånyttet, fra styret i Tlf.

I tillegg til "de 15" fra Vest-Telemark var det 4 andre medlemmer som reser- verte seg fra streiken.

Ingen konsekvenser for de medlemmene, deriblandt Dnlf-tillits- valgte, som først trosset landsstyreved- taket og som deretter av slo å følge de oppfordringer de fikk fra landsstyremø- tet på Røros året etter.

En tvers igjennom dårlig håndtert ak- sjon fra Dnlf's side, hvor jeg sitter igjen med følgende synspunkt eller erfaringer:

a) Streiken ble oppfattet som en streik for primærlegene. Selvsagt kunne ifølge loven også spesialister beordres, men det var primærlegene som var mest ut- satt for beordring. Sykehuslegene i Tele- mark reagerte på at de deltok til 100 % i en aksjon hvor primærlegene kranget seg imellom. Hva er våre kolleger ved sykehusene villige til ved neste korsvei?

b) I Telemark fungerte "den lokale streikekomiteen", altså styret i Tlf utmerket. Ingen dum ide å legge slikt arbeid til avdelingsstyrene også i fremtiden.

c) Neste tilsvarende aksjon - hvis den kommer - må være bedre planlagt og gjennomført fra Dnlf's side.

d) Man går ikke ut til massemedia og informerer om fagforeningsmessig ue- nighet før avdelingsstyret/formannen er informert.

□

Samarbeid mellom journalister og helsefagfolk i lokalt perspektiv

Referat fra samlinger av helse- og mediafagfolk i Vest-Telemark høsten 88/våren 89

Målet med denne artikkelen er å dele med Utpostens lesere erfaringer fra et lokalt "verksted", der samarbeid mellom lokale helsearbeidere og ditto journalister var tema. Seminaret ble gjennomført i to etapper: En ideologisk/teoretisk del over to dager i november 88, etterfulgt av en praktisk "treningssamling" våren 89. Synspunkter og kommentarer fra deltakerne ble notert umiddelbart etter hver del. I tillegg har vi bedt samtlige deltakere besvare et evalueringsskjema i ettertid. Vi var særlig interessert i å få vite om en slik felles tilnærming til stoffet faktisk førte til et lettere samarbeid, og om det har ført med seg mer kontakt i praksis.

Av Elisabeth Swensen

Bakgrunn for seminaret.

To svært ulike erfaringer i forholdet mellom helsearbeidere og media (aviser/radio) på lokalplan ga oss lyst til å utforske muligheter og begrensninger i dette samarbeidet nærmere:

1) Siden slutten av 70-tallet har lokala-visa for Vest-Telemark, "Vest-Telemark Blad" (alias "Veslebladet", utkommer tirsdag, torsdag og lørdag, leses av > 90 % av alle husstander i nedslagsfeltet) hatt et formalisert samarbeid med primærhelsetjenesten i form av en fast ukentlig helsespalte (side 3 hver lørdag: "Helsa Vår"). Den har vært administrert og forfattet av primærlegene på omgang - etterhvert også andre faggrupper i helsebransjen (helsesøstre, fysioterapeuter, det lokale apotek, tannrøkta m.f.) - med overraskende stabil deltakelse (metode: "frivillig tvang"). En leserundersøkelse høsten 1988 ga holdepunkter for at spalta ble lest "ofte" eller "av og til" av et stort flertall av de spurte. Til tross for denne relativt positive erfaringen, var min opplevelse som selvoppnevnt ansvarlig for spalta de siste par år, at mange av bidragsyterne slet tungt med

oppgaven. Det var dessuten åpenbart at en del av epistlene våre manglet mye med hensyn til pedagogikk og evne til popularisering. Avisas redaksjon hadde lenge hatt et litt frustert forhold til spalta på journalistfaglig grunnlag, og ville gjerne være med på å gjøre den mer proff ut fra egeninteresse (helse = godt stoff).

2) Vinteren før seminaret vårt opplevde distriktet en meningitt-"epidemi" som satte samarbeidet mellom en av kommunelegene og journalisten fra lokalradioen på prøve. Konflikten var på mange måter "klassisk": Legen følte at han ikke fikk arbeidsro, at hans prioriteringer ikke ble respektert og at oppslagene om saken ikke sto i forhold til den faktiske situasjonen. Journalisten opplevde at hun ikke fikk tilstrekkelig informasjon, at hun ble forsøkt hindret i å gjøre jobben sin i forhold til publikum, og at legen dekket seg bak sin taushetsplikt utover det som var nødvendig/korrekt.

Slik var i hovedsak den lokale stoda i samarbeidet mellom helsetjeneste og media da tanken om et felles seminar ble unnfanget. I tillegg kom at den ge-



Kommunelege Elisabeth Swensen, kommunelege I i Seljord.

nerelle debatten omkring medias rolle i forhold til ulykker og katastrofer akkurat da var skjerpet etter bussulykken i Måbødalen. Det var m.a.o. et gunstig klima for å sette samarbeidet på dagsordenen.

Målsetting

Vi formulerte oss ganske pompøst i den innledende prosjektbeskrivelsen (som også gikk som søknad til instanser som vi prøvde å få økonomisk støtte fra): "Det overordnede målet er å nå publikum med et budskap som tilfredsstiller både helsefaglige kriterier for god helseinformasjon og journalistiske kriterier for godt helsestoff. Forutsetningen for et fruktbart samarbeid er gjensidig tillit mellom fagfolk i hhv. helse og media. Tillit forutsetter at man kjenner hverandres egenart, premisser for arbeidet og problemer. Seminaret vil legge størst vekt på dette punktet".

Om målsettingen kan lyde ambisiøs, var vi likevel opptatt av å legge hovedvekten på lokalt samarbeid og lokale resultater. Vi vet at folk i distriktet leser lokalavisene og hører på Telemarkssendinga. For oss som helsearbeidere med informasjon som lovpålagt oppgave, burde spalteplass og sendetid i disse mediene friste. Erfaring hadde likevel vist både oss og journalistene at i møtet med media var helsearbeiderne ofte mer peget av angst og hjelpeløshet enn av entusiasme, særlig foran mikrofonen.

Parolen var altså noe spissformulert: "Fra konflikt og prestasjonsangst til til- og samarbeid....."

Praktisk gjennomføring

Artikkelforfatteren, en kollega fra en av de andre Vest-Telemarkskommunene og redaktøren for Vest- Telemark Blad gikk sammen om initiativet til seminaret utad. Vi følte at det var viktig at personer i begge faggrupper sto bak invitasjonen som gikk til de "leirene" for å sikre størst mulig interesse og deltakelse.

Vi søkte og fikk penger fra Helsedirektoratet og fra enkelte av kommunene i distriktet.

Dessuten sørget vi for at kurset ble godt kjent med tellende kurstimer for leger.

I tråd med målsettinga inviterte vi helsearbeidere i primærhelsetjenesten (leger/helsesøstre/helse- og sosialsjef)

i Vest-Telemark, samt journalister fra de to fylkesavisene ("Varden" og "Telemark Arbeiderblad") i tillegg til lokalavisene for Vest-Telemark, "Vest-Telemark Blad" og NRK/Telemark. Vi forsøkte også å holde en lokal profil på innleiderne supplert med gode krefter innfor en litt større radius.

Den første delen av seminaret samlet 19 deltakere. Helsearbeidere (8 kommunaleger, 2 helsesøstre, 2 helse- og sosialsjef, 1 ass. fylkeslege og 1 overlege) fra alle 6 kommunene (pluss noen fra nært omland) og journalister fra samtlige inviterte medier møtte.

Programmet i denne første seansen (onsdag ettermiddag + torsdag) inneholdt følgende poster:

- "Har vi felles målsetting?":
Innledning fra en journalist og en primærlege.

- "Presentasjon av lokale erfaringer":
"Meningittepandemien" i Vest-Telemark: et kritisk tilbakeblikk ved de to "partene" i konflikten. "Helsa vår" - spalta i Vest-Telemark Blad: evaluering/kritikk og nye ideer.

- "Rammebetingelser for samarbeidet media/helse":
Stikkord: Legers taushetsplikt, Offentlighetsloven, etiske regler for hhv. leger/journalister.

- "Erfaringer fra helsejournalistikken":
Innledning fra journalist med "helse" som særrområde.

- "Hva vet vi pr. i dag om resultater av indivirettet forebyggende helsearbeid":
Innledning fra primærlege.

- "Er samarbeid helse/media ønskelig? Mulig?":
Oppsummering ved en journalist og en primærlege.

Vi hadde lagt seminaret til et hotell i området og subsidiert prisen for losji/mat slik at deltakerne skulle fristes til overnatting. Tanken bak dette var det selvsagte i at uformelt samvær i tilknytning til programmet multipliserer effekten - særlig når samarbeid er et overordnet mål.

Vi fulgte opp med en "verksteddag" i

etterkant. To av journalistene sa seg villige til å stå for regien. Vi ble færre enn ved første samling, trolig fordi avstanden i tid ble for stor mellom de to seminar-delene. Tilsammen 8 deltakere svettet seg igjennom tøffe intervjuer og relativt konstant kritikk. Dessuten trente vi på kortfattede pressemeldinger og popularisering av vanskelig fagstoff, f. eks. om drikkevannshygiene og smitteproblematikk. En av oppgavene hadde konflikten mellom taushetsplikt og informasjonsplikt som hovedtema, konkretisert ved et eksempel med en HIV-smittet førskolelærer som ungenes foreldre krevde oppsagt.

Evaluerings

Kommentarene umiddelbart etter disse to samlingene var entydige: Deltakerne ga uttrykk for at de hadde fått ny kunnskap om hverandres arbeidsområde/ metoder/ rammebetingelser. Noen hadde knyttet nye personlige kontakter over faggrensene. Konkret ble det produsert ett radioprogram i løpet av seminaret (et lengre intervju med en av kommunelegene som stilte seg kritisk til den pågående "Kolesterolkampanjen"; det ble senere sendt i NRK/Telemark og deretter i P2). Etter den første samlinga kom det ønske -særlig fra legenes side - om oppfølging av seminaret med vekt på praktisk trening i møte med media, noe vi altså valgte å gjennomføre.

I september i år, nesten to år etter første samling, sendte vi et enkelt evaluerings-skjema til deltakerne, 16 av 19 svarte. Vi ba ikke om navn på svarene, men ba folk kryse av hvilken yrkesgruppe de tilhørte (journalist eller helse/sos. arbeider).

Spørsmål og svar så slik ut:

1) Har du erfart at det som ble tatt opp under seminaret har vært nyttig for arbeidet siden?

Ja: 15 Nei: 0 I tvil: 1

2) Fikk du vite noe nytt om arbeidsområdet for den yrkesgruppa du sjøl ikke tilhører (hhv. helsefagfolk og journalister)?

Ja: 13 Nei: 2 I tvil: 1

3) Har seminaret (ene) gjort det lettere for deg å ta kontakt med "de andre" (for helsefagfolk: journalister; for journalister: helsefagfolk)?

Ja: 11 Nei: 5

(2 av "nei" begrunner svaret med at kontakten allerede var god)



4) Har du hatt slik kontakt etter seminaret?

Ja: 14 Nei: 2

5) Vi la opp til et begrenset deltakerantall med klar lokal profil. Synes det du dette var en:

Styrke: 15 Svakhets: 0 Vet ikke: 1

6) Har erfaringene siden gitt deg tanker om andre sider ved forholdet mellom helse og media som burde vært tatt opp ved en slik samling? Hvilke:

2 (helsearbeidere) angir større vekt på praktisk trening.

1 (journalist): "Krisepsykiatri og informasjonssplikt ved ulykker burde kanskje vore sterkere prioritert".

1 (helsearbeider): "Erfaringene siden har styrket oppfatningene av at vi har forskjellige mål, og at "samarbeidet" nødvendigvis må preges av det. Vi må ikke sette *reelt* samarbeid som mål, men kan ha *gjensidig nytte* av hverandre i en del situasjoner".

7) Vil du anbefale denne typen samlinger for andre regioner?

Ja: 16 (alle)

8) Andre merknader:

Flere presiserer at seminaret var kontaktskapende på et mer uformelt plan. En helsearbeider legger særlig vekt på tverrfagligheten innafor helsefaggruppa. En journalist har en merknad som jeg tar meg friheten ("author's privilege") til å utheve:

"Det som var mest positivt, var at me som journalistar fekk opna våre sinn for at allmennmedisin har journalistisk svært interessante sider".

Epilog

Mye er undersøkt og beskrevet når det gjelder medias rolle i helseopplysningen (1). Konklusjonen er at effekten er diskutabel og tvetydig, men at massemedia kan ha en viktig positiv betydning under spesielle vilkår. Jeg har ikke tatt mål av meg til å utdype dette her. Ser man på helsestoffet i media mer generelt, er tendensen at det som anses interessant er det som på en eller annen måte kan presenteres som "drama" (2). Nærbilder fra ulykker og katastrofer faller naturlig inn i denne rammen, men også enkelt-skjebner, feilbehandling, intriger og

overleger som "slår alarm".

På Oll's årsmøte i Kirkenes september 90 var en sesjon viet nettopp forholdet mellom media og helse. I debatten var mange i salen relativt ivrige etter å styrke samarbeidet gjennom bedret kontakt. Primærhelsetjenesten er nesten usynlig i mediabildet; det er vanskelig å "selge" hverdagsmedisinen som drama. Fordi massemedia i stor grad setter den helsepolitiske dagsorden, oppleves dette som et problem - kanskje særlig for en del engasjerte kommuneleger. I vår iver etter å bli synlige kan vi lett falle for eget grep.

Tillater meg å avslutte på egne vegne med følgende to konklusjoner som uttrykker min nåværende holdning til samarbeidet med media:

- Vi kan bli lurt til å glemme at media i dagens samfunn er en vare som skal selge. Dette er pressas første og viktigste bud. Og verre skal det bli.....Det er derfor ingen grunn til å nærme seg de største haiene med sine velmente agn. De sluker det de vil ha - inkludert fiskeren. I klartekst: Parolen "tillitsfullt samarbeid" i forhold til de store løssalg-savisene (og etterhvert store TV-selskaper) er trolig feilslått og direkte farlig. Hovedparole: Vær varsom!

- På den andre side kan vi lett overse/bagatellisere den kontaktflaten mange av oss (her: kommuneleger) alt har/må ha med media. Som del av den offentlige forvaltning blir vi i stigende grad nødt til å møte journalister - enten ansikt til ansikt eller ved at de kommenterer arbeidet vårt slik det kommer til syne i praksis. For de aller fleste vil denne kontakten være innenfor lokale rammer (fylkesaviser/ lokalaviser/ lokalsendinger). Og i dette perspektivet synes jeg vår erfaring fra seminaret er gyldig: Kontakt og kunnskapsutveksling mellom journalister og helsefagfolk på lokalt nivå kan bidra til mindre konflikter og mer samarbeid om helsestoffet i lokale media. Hovedparole: Vær åpen og oppfinnsom!

Helt til slutt et uimotståelig innlegg til spørsmålet: Hvordan takle pågående journalister? (Historien er sakset fra de to ravnene Hugin og Munin i avisa "Vårt land"):

"Det dreier seg om sosialminister Sven Andersson som ble møtt på flyplassen av en TV-reporter en gang han kom til Kiruna.

Journalisten gikk rett på sak:

- Vet Sosialministeren egentlig hva en tannprotese koster?

- Nei, faktisk ikke, svarte Andersson og ga dermed reporteren anledning til å fortsette i samme harde tonefall:

- 1500 kroner! Synes Sosialministeren det er rimelig?

Andersson gjorde et forsøk på å svare, men ble fullstendig overdøvet av et fly som kom inn for landing. Intervjuet ble avbrutt, og da stillheten igjen senket seg over flyplassen, begynte journalisten på ny, i samme krasse tonefall:

- Vet Sosialministeren egentlig hva en tannprotese koster?

Da smilte Andersson bredt:

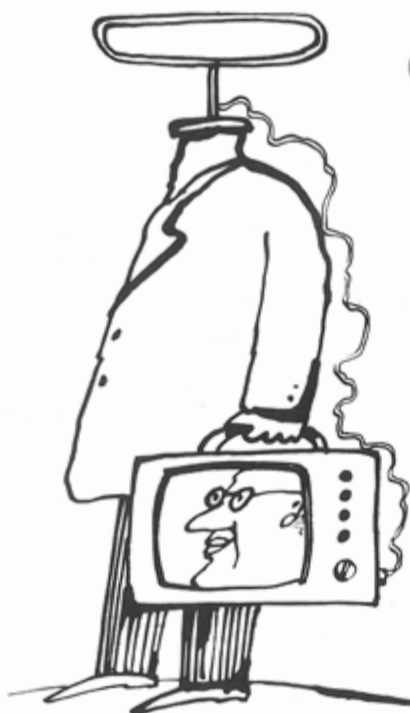
- Ja, selvfølgelig. Den koster 1500 kroner.

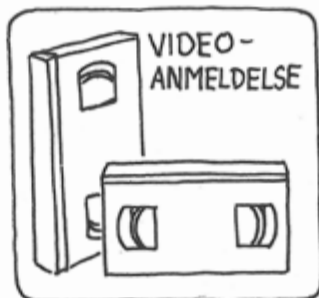
Intervjuet ble aldri sendt".

Referanser:

1) Søgaard AJ. Massemediakampanjer. Effektiv helseopplysning eller politisk avlat. Utposten 1990: 6.

2) Eide M, Hernes G. Massemedia og helseprioriteringer. I: NOU 1987: 23. Oslo: Sosialdepartementet, 1987.





"NORSKE SAMLIV - ved 3 av dem".

Produsert av Kirkens Familierådgivning, Otta.

Kan lidelse forebygges? Ja, vil mange svare. Spørsmålet er hvordan? Jo, uten røyk, med et godt kosthold og sunt levesett..

Men slike helsemessige forholdsregler holder ikke når det gjelder forebygging av psykiske lidelser og mellom-menneskelige problemer.

Kirkens Familierådgivning, Otta har prøvd å fokusere på 3 ulike typer mellommenneskelige problemer i en videofilm med tilhørende studieopplegg. Slik inviteres folk til debatt omkring løsning av slike problemer på et tidlig stadium. Kanskje kan man komme inn i et sunnere spor?

Videofilmen "NORSKE SAMLIV - ved 3 av dem" har 3 studieopplegg beregnet på:

- 1) voksne (i foreninger og lag av ymse slag)
- 2) ungdom (i ungdomsskole/videregående skole)
- 3) helse- og sosialarbeidere.

Filmen består av 3 sketsjer à 10 minutter. Den er tatt opp i Gudbrandsdalen med lokale skuespillere. Filmen er humoristisk, blandet med en del ironi og er tydelig i sine poenger.

Handlingen anskueliggjør bl.a. vanskene ved at flere generasjoner bor tett sammen

på et gårdsbruk. En svigerdatter kommer inn i et allerede etablert familiemønster. Filmen fokuserer på spørsmålet om hvor odelsguttene har sin sterkeste lojalitet, og peker dermed på behovet for løsrivning fra foreldre før man kan danne egen familie. Mange psykiske lidelser har i tidenes løp blitt utviklet pga. slike livssituasjoner, i vår tid også skilsmisser og påfølgende "gårds konkurser".

Filmen fokuserer så den kjente erfaring at barns adferdsvansker kan settes i sammenheng med problemer i foreldrenes ekteskap. Oppstyret rundt barnets problemer hjelper foreldrene til å holde sammen, idet barnet blir fokus for deres oppmerksomhet. Få vil jo reise fra et felles problem. Undertittelen på denne sketsjen - "Lurblåseren" - angir at adferdsvansker hos barn kan være et nyttig signal til foreldre og nærmiljø om å undersøke situasjonen nærmere.

Forskjellen mellom mannlig og kvinnelig seksualitet (i vid betydning) kommer til uttrykk i filmens siste del. Hvordan kan kjønnene møtes hvis forskjellen er såvidt stor, spør en seg. I alle fall gir filmen kvinnen rett til å være

sann mot sine egne følelser med hensyn til hvordan hun vil inviteres til seksuell kontakt. En selvsagt ting kanskje, men nyttig å vite for å skape grunnlag for seksuell kontakt mellom likeverdige partnere. Mange seksuelle problemer kan spores tilbake til mangel på dette prinsipp.

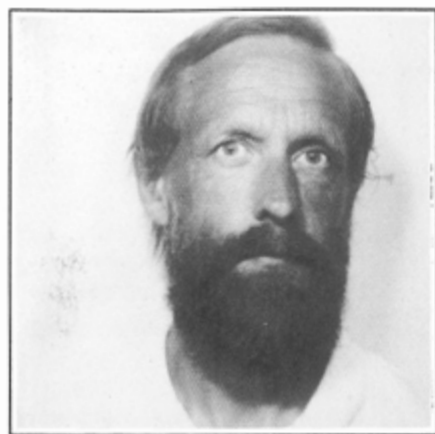
Filmen og studieoppleggene kan danne utgangspunkt for diskusjon av de nevnte problemer ved at opplegget brukes i grupper og på møter som innledning til debatt. Også i undervisning vil disse 3 visualiserte kasus være nyttige pedagogiske hjelpemidler.

En versjon av studieopplegget er beregnet på helse- og sosialarbeidere som vil øve seg opp til å "se en sak fra flere sider". Ved hjemmebruk vil filmen kunne sette igang nyttige familie/pardebatter hvor egen problemmatikk kan trekkes inn.

Anmeldt av:
Sosionom Geir Vik
Otta



En faglig respons på miljøkrisen?



Hans Magnus Solli, f. 1948. Cand. med. 1973 Oslo. Allmennlege i Skien fra 1977. Lengre opphold med ulik beskjeftigelse i Tyskland, Frankrike, Det indiske subkontinent og Angola har gitt grobunn for tverrfaglige og tverrkulturelle interesser.



Emblemet til Nordisk forening for humanøkologi

Sett fra Telemark

Av Hans Magnus Solli

Lifjell, Bø i Telemark, er et praktfullt landskap i oktober måned. Høstens strålende fargeprakt badet i en lav sol.... Oppe i lia ligger hotellet hvor allmennlegene i Telemark har hatt stevne hver høst siden 1978 for å friske opp kunnskap og innsikt. I høst var temaet barns helse.

I grell kontrast til det vakre høstværet ble utviklingen i barnas helsetilstand rullet opp for oss: Økende antall premature, mer AIDS, et økende antall barn med astma og allergiplager, et barnevern som kjemper på defensiven mot media og "folkets røst" og et økende antall unge som begår selvmord.

Like før jeg dro opp på Lifjell ble jeg oppmerksom på at furutrær i hagen vår har tegnene som er beskrevet som typiske for miljøskadete trær. Miljøkrisen rykker oss nærmere inn på livet: Den har taket på trærne våre og den angriper barna våre!

Hva gjør vi med denne innsikten, smertefull som den er? Stuer den bort i vårt eget hjerte? Skjuler oss bak profesjonell uvitenhet: "Vi vet ikke nok om årsakene." Skylder på røykingen?

Jeg mener vi nå trenger intellektuelle redskaper for en faglig tilnærming til miljøkrisens helsekonsekvenser ut fra følgende tese:

Vårt industrielle vekstsamfunn er på kollisjonskurs med det naturlige og menneskelige miljø. Vårt øko-system er i krise.

En grunnleggende erkjennelse er at problemene er globale (1), og at det dreier seg om å forstå levende organismers og populasjoners samspill med sine

omgivelser, også i medisinsk sammenheng (2). Men det dreier seg om enda mer: Om å delta i den tverrfaglige og tverrkulturelle debatten som pågår for å finne ut av den historiske dynamikken vi er inne i, og hvordan økonomisk aktivitet kan skje på lag med naturen i framtida.

Human økologi

Det oppryddingsverktøyet som ligger oss leger nærmest, tør være fagfeltet human (eller sosial) økologi. Her i Telemark er det god anledning til å gå inn i det. Vi har Telemark Distriktshøgskole, også i Bø, med studietilbud i økologi, human økologi, økologisk økonomi og planlegging, og tverrfaglig prosjektarbeid med fokus på miljørettet helsevern. Videre har vi en liten, men aktiv, "Nordisk forening for human økologi", som nå flytter sitt hovedsete fra Lund i Sverige til Bø i Telemark, med amanuensis Tor Næss ved Telemark Distriktshøgskole som nyvalgt formann. Foreningens upretensiøse tidsskrift inneholder alltid meget lesverdige artikler. Medlemskap kan varmt anbefales! Adressen er Telemark Distriktshøgskole, 3800 Bø.

Hva er så human økologi? Den nordiske forening presenterer faget på den ene side som en biologisk/naturvitenskapelig forskningsgren, introdusert av Ernst Haeckel på midten av 1800-tallet. Denne forskning omfatter også mennesket som biologisk vesen. Kunnskap om mennesket har, på den annen side, alltid vært de humanistiske fags vesentligste anliggende. Human økologi forsøker å skape en ramme for dialog mellom en naturvitenskapelig og en humanistisk menneskeforståelse i et miljøperspektiv.

For humanøkologien er den historiske sammenheng viktig. I faget studeres

Tidlig preget av miljøet - en Telemarking ser dagens lys.



hvordan samfunnene fungerte tidligere og på hvilken måte (når, hvor og hvordan) vårt eget samfunn kom ut av kurs. Foreningen oppsummerer slik:

"Human økologi er den vitenskap som på grunnlag av kunnskap både om menneske og miljø, undersøker hvordan de påvirker hverandre i tid og rom. Videre undersøker den hvordan vi bruker ressursene, i første rekke luft, vann og mat, hvordan vi lever alene eller sammen i helse eller sykdom og hvordan vi

planlegger, utnytter og tar vare på vårt miljø. Det viktigste er at humanøkologene ikke bare nøyer seg med detaljkunnskap, men hele tiden strever etter helhet og sammenheng, perspektiver som andre disipliners spesialister ikke tør anlegge. Den alminnelige vitenskapen har i stor grad sett bort fra at det menneskelige samfunn er avhengig av det biofysiske miljø for å overleve. Dette har to årsaker: Den ene årsaken er vår vestlige tradisjon som ikke bare setter mennesket i sentrum, men også tar det

vekk fra eller setter det i motsetning til den øvrige naturen. Den andre årsaken er rovdriften på ikke fornybare ressurser som vi har trodd har vært ubegrensede".

På svensk foreligger det en større lærebok i human økologi (3). På norsk har Mysterud og Mysterud (4) nylig søkt å formulere en meget bred analyse av evolusjonen av menneskesamfunn basert både på økonomisk og økologisk forståelse.

Jeg synes human økologi er viktig fordi den gjør det mulig for oss å skape en faglig distanse til vår egen tid og vårt eget samfunn. Vi kan studere oss selv og vår egen virksomhet i et bredt historisk, sosialt og miljømessig perspektiv. Detaljkunnskapene kan settes inn i store sammenhenger. Det viktige blir å kunne male med bred pensel!

Så vidt jeg har kunnet bringe på det rene, er det enda få leger som har begitt seg ut i dette spennende feltet, også internasjonalt. I Tyskland finnes det gode tilløp, bl.a. i Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur e.V. (adr. Braunschweiger Str. 53b, D-2800 Bremen) og det finnes litt litteratur, f. eks. (5) (6). Fra Øst-Europa er organisasjonen "Physicians and nature" under oppbygging i "Ecoforum for peace" (adr. 18 Vitoshka blv, 1000 Sofia, Bulgaria).

Økologi, psykosomatikk og kvinneterapi

Psykosomatisk forskning og terapi er nødt til å integrere menneskets ulike dimensjoner i en helhet, og det er derfor ikke tilfeldig at det fra dette fagmiljøet kommer enkelte rapporter hvor det økologiske perspektiv står helt sentralt. En av psykosomatikkens "grand old men" i Tyskland, Thure von Uexküll, har i sitt 81. år formulert perspektivene for en ny økologisk vitenskap (7). Ved Wicker-Klinik (adr. D-3590 Bad Wildungen) er avdelingsoverlege Ingrid Olbricht opptatt av å forstå kvinners psykosomatiske lidelser i lys av relasjonskrisen mellom menneske og miljø (8). Hun mener at miljø-ødeleggelsen skaper en frykt for framtida som hovedsakelig rammer kvinnene fordi de føler mer ansvar for sine barn enn det menn gjør. Kvinnelig identitet blir dypt rammet når brystmelken ikke lenger kan gis til barnet uten



bekymring for om den kan virke skadelig. Dette fører til ubevisst benekting av kvinnelige funksjoner. Olbricht argumenterer for at kvinners underordnede rolle har en vesentlig likhet med naturens rolle: begge tjener til å tilfredsstille mannlige behov. Gjennom menstruasjonssyklusen er kvinnen vedværende i naturens krets. Erfaringer om svangerskap og fødsel inneholder helt andre begreper om vekst enn det økonomien gjør. Å skade naturen betyr å skade det kvinnelige. Olbricht mener at psykoterapien må finne et språk for dette og den må også forstå kvinners reale frykt og aggresjon som konstruktive krefter. I tillegg til sine naturvitenskapelige/somatiske, psykologiske og sosiologiske røtter, trenger psykosomatikken nå en rot i økologien.

Handlingsforskning for forandring

En annen tilnærming til våre aktuelle utfordringer, er et prosjekt ved Telemark Distriktshøgskole (TDH) som kalles "Tverrfaglig og handlingsrettet metodikk og arbeidsprosedyre". Ved TDH har amanuensis Tor Næss de siste årene arbeidet med tverrfaglig metodeutvikling med grunnlag i generell system- og erkjennelsesteori. To internasjonalt kjente "systempraktikere", Checkland (9) og Bawden (10) har gitt viktige idéer til utviklingen av prosjektet ved TDH. Hensikten er å lære studentene en måte å forstå og arbeide med sammensatte problemer. Det arbeides med "selve grunnlaget for samspill mellom ulike personer som representerer forskjellige sektorer og fagfelt, og som har ulike perspektiver og interesser. I tillegg til sine sektorkunnskaper skal de som deltar i prosessen utvikle en felles plattform der de får en bedre forståelse av miljøproblemer og utviklingsprosessen. Dette vil kunne gi et bedre grunnlag for samarbeid om felles strategi og handling" (T.Næss: Foreløpig notat 24.8.1990).

I det forebyggende helsearbeid er det et stort behov for å finne løsninger som går på tvers av fag og etater. Det gjelder å utvikle nye strategier som kan løse opp fastlåste tankemønstre. Næss sitt arbeid går ut på å finne fruktbare systemmodeller som kan testes på virkeligheten, f. eks. i en kommune. Dette blir samtidig en læringsprosess for alle involverte parter, og metoden

kalles derfor en handlingsforskning for forandring og utvikling.

Bakgrunnen for dette prosjektet ved TDH er bl.a. Stortingsmelding nr. 46 (1988-89) om Norges oppfølging av Bruntlandkommisjonens rapport hvor det står at "regjeringen legger avgjørende vekt på at hensynet til en bærekraftig utvikling innarbeides i all samfunnsplanlegging og sektorpolitikk" (11).

Selv har jeg hatt gleden av å delta litt i dette prosjektarbeidet anvendt på Skiens miljø- og helseproblemer høsten 1990, og jeg synes metodene må være høyaktuelle også for samfunnsmedisinere.

Fra mikroskop til makroskop

Jeg har inntrykk av at det ikke er så enkelt for leger å gå inn i det økologiske fagfeltet. Kanskje har det noe med at vi er vant til å tilegne oss mikroskopets detaljkunnskaper først og fremst. I økologien dreier det seg om å se sammenhenger og ofte de store linjene. Her må vi kikke i "makroskopet" (1) i stedet! Det dreier seg mye om å tilegne seg en annen måte å tenke på enn den vi lærte på doktorskolen.

Selve tenkemåten er imidlertid ikke ny. Den er vel heller den opprinnelige som ligger til grunn for visdom og kulturutvikling. Den preger også viktige internasjonale helsedokumenter, som f. eks. Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid (12). Her heter det at "omsorg, holisme og økologi er nøkkelord i utviklingen av strategier for det helsefremmende arbeid". Videre at "de

grunnleggende forutsetninger for god helse er: fred, bolig, undervisning, mat, inntekt, et stabilt øko-system, tilstrekkelig materielle ressurser, sosial rettferdighet og likestilling".

Sykdomsutviklingen blant våre barn og våre trær viser at økosystemet vårt er inne i en negativ utvikling. Er ikke det en faglig utfordring både for Helsedirektoratet og oss på grasrotnivå i helsevesenet?

Litteratur:

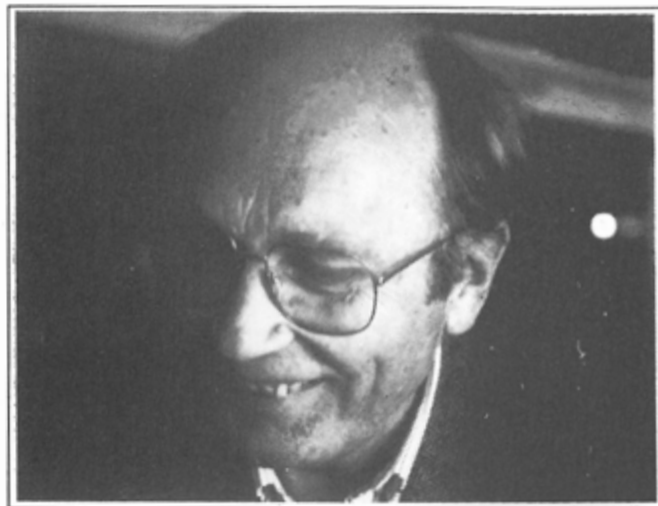
1. Solli HM. På vei mot en global medisinsk praksis. *Inter medicos* 1, 1989: 11-20.
2. Solli HM. Økologiens utfordring til medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 3137-40.
3. Hubendick B. Människoökologi. Hedemora: Gidlunds, 1986.
4. Myserud I, Myserud I. Evolusjon av menneskesamfunn I og II. Befolkningsvekst, typologi og atferd. *Fauna* 1990; 43: 7-18 og *Økonomi, utvikling og fremtidsperspektiver. Fauna* 1990; 43: 7-87.
5. Schipperges H. Medizin und Umwelt. Analyse. Modelle. Strategien. Heidelberg, Hüthig, 1978.
6. Blohmke M, Schipperges H, Wagner G. Medizinische ökologie. Aspekte und Perspektiven. Heidelberg, Hüthig, 1979.
7. Uexküll T von. Organismus und Umgebung: Perspektiven einer neuen Ökologischen Wissenschaft, I: Altner G, red. ökologische Theologie. Perspektiven zur Orientierung. Stuttgart: Kreuz Verlag 1989.
8. Olbricht I. ökologie - die vierte Wurzel der Psychosomatik. *Natur- und GanzheitsMedizin* 1990; 3: 155-9.
9. Checkland PB. Systems Thinking. Systems Practice. New York: John Wiley, 1981.
10. Bawden RJ. Systems Agriculture: Learning to Deal with Complexity. Kentucky: Kentucky University Press, 1990.
11. St. meld. nr. 46 (1988-89): Miljø og utvikling - Norges oppfølging av Verdenskommisjonens rapport. Miljøverndepartementet.
12. Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Helsedirektoratet 1987.



Cartoon from 'Where the health dollar goes' Health Issues Centre, Melbourne, Australia.

Årets Løvetannpris- vinner Svein Tjåland

intervjuet av Åsa Rytter Evensen



Nyheten om at Svein Tjåland er årets Løvetannprisvinner ble mottatt med varm applaus av et feststemt publikum i Arendals gamle rådhus, der NSAM's årsfest ble avholdt den 12. oktober. Prisvinneren selv sto med bøyd hode og virket litt sjenert, mens Ola Lilleholt leste forslagsstillernes begrunnelse for at topp Svein Tjåland måtte bli årets prisvinner. I forslaget het det blant annet: "For det allmennmedisinske miljø i Møre og Romsdal- og jeg tør si i Norge- har han gjennom 25 år vært en bærende kraft, inspirator, idegiver, trøster og oppmuntrer, læremester og strateg. Hans ukuelige optimisme har blomstret og lyst opp for alle oss som har forsøkt å klore oss fast i allmennmedisinen gjennom 70 og 80 årenes turbulens."

Svein er traust jærbu, født på Time i 1929 og sønn av en gårdbruker. Som eldstemann var det meningen at han skulle overta gården, men han hadde tidlig trang til bøker. Da han var 17-18 år deltok Svein i hjemmepleien av sin dødssyke onkel. Da ble tanken om å studere medisin født. Han var 23 år, en av de eldste på kullet den gangen. Svein var tillitsmann på et kull med 13 studenter, hvorav to kvinner.

Etter turnus i Kristiansund og Førde var Svein konstituert distriktlege noen måneder før han dro til London og tok kurs i tropesykdommer. Han hadde et kall, ville bli misjonslege, men måtte dyktiggjøre seg først. Etter kandidatid på kirurgisk avdeling i Stavanger dro han til Etio-

pia i 1962 med familien. Han bestyrte et sykehus med 60 senger, opererte og behandlet tuberkulose og lepra. I 1965 rammet tragedien. Han hustru ble myrdet. Først isolerte han seg fra kontakt med medmennesker for å kunne overleve. Så møtte han et ektepar som selv hadde mistet et barn. De ble til stor hjelp. Når Svein nå møter mennesker i krise, spør han dem alltid om hvem de kan ha lyst til å snakke med. Han vet at det er livsviktig å komme seg ut av isolasjonen, og at det gjelder å bruke mennesker i nærmiljøet.

Hensynet til barna førte Svein hjem til Norge og Fræna, der hustruens familie bodde. Svein hadde en drøm om å bli kirurg, men orket ikke tanken på sykehustjeneste da han kom fra Etiopia. I Fræna var det ledig distriktsegestilling, og han ble konstituert i 1965. Senere har han vært der.

I Fræna begynte han straks å planlegge et helsesenter, som ble innflyttingsklart i 1974. Praktisk erfaring fra primitive forhold var gull verdt i norsk distriktshelsetjeneste. Ideen om et helsesenter, der flere funksjoner var samlet under ett tak, hadde han med seg fra Etiopia. Der hadde han 60 sykehussenger, i Fræna fikk han 60 sykehjemsenger. Lege, tannlege og sosialkontor fikk også plass i helsesentret. Svein var en av de første i landet som tok i bruk mobiltelefon. Han holdt på å sette helsa til under lange legevakter med mye kjøring, og skjønnte at han måtte ta i bruk moderne kommunikasjonsmidler for å

spare seg selv. I Etiopia hadde han vært med på å planlegge radiosamband til helsesentret sitt. En fraktur i høyre arm ga en uventet fridag, som ble benyttet til å undersøke mulighetene for å opprette radiosamband i Fræna. Televerket hadde allerede systemet. Mobiltelefonen ble innført i Fræna i

67-68. Det reddet situasjonen for en distriktlege som holdt på å gi opp på grunn av søvnangel. Samtidig fikk han diktafon fordi armbruddet hindret han i å skrive. Svein synes livet har gitt han mye, men ikke alltid det han hadde tenkt seg. Han opplevde en dyp tragedie, og måtte forsøke å få familien på fote etter tapet. Han fikk senere gleden av å finne en ny livsledsager, som kunne hjelpe han og barna til å fungere igjen. Og han fikk tre barn i sitt nye ekteskap. Han fikk ikke fulgt sitt kall. Men han har brukt kreftene til beste for befolkningen i Fræna, som distriktlege og lokalpolitiker.

I 71 skulle Kr. F ha et navn for å fylle listen til kommunevalget. Svein sto nederst, men ble valgt inn i kommunestyret. Politiske hjertesaker har vært barnehageutbygging, eldreomsorg og HVPU reformen. Tillitsverv i Lægeforeningen og kollegiale forhold har vært viktig for Svein. Han har vært styremedlem i OLL

og medlem av Lægeforeningens råd for allmennpraksis og utvalget for samfunnsmedisin. Til tross for sitt samfunnsmedisinske engasjement, anser han allmennmedisinen som selve fundamentet. Han ser med glede på utviklingen i faget, som han synes er preget av levende, våken nysgjerrighet. I NSAM er det både tro, håp og kjærlighet, en helt uslåelig kombinasjon.

Svein har kommet til et stadium i livet hvor han har bygget opp så mye at han på en positiv måte kjenner seg overflødig. Det har grodd fram dyktige krefter som vil ta ansvar, og det anser han som en gave. Han synes det er viktig at gode medarbeidere får vekst- og utfoldelsesmuligheter.

Han ser mangel på mestring av livet som dagens viktigste helseproblem. En hovedsak for helsevesenet er balansegangen mellom å gi tilstrekkelig hjelp, og å gjøre folk hjelpeløse og avhengige. Menneskenes egne ressurser må hentes fram.

Svein er selv et eksempel på et menneske som har brukt sine ressurser til hjelp for sine pasienter og til inspirasjon og eksempel for kolleger. Utposten gratulerer hjerteligst årets Løvetannprisvinner.

□



Depresjonsskala - et nyttig hjelpemiddel



Frøydis Skjelbred Nilsen f. 1954. Cand. med. Trondheim 1980. Fra 1983 bydelslege i Arna, Bergen. Spesialist i allmennmedisin.

Hva er en behandlingstrengende depresjon? Hvordan presenterer pasientene sine problemer? Får vi som allmennpraktikere "tak i" depresjonspasientene?

Dette er spørsmål jeg har stilt meg. Det er godt å stoppe opp av og til i vår travle hverdag og reflektere over det vi gjør. Behovet for å tenke over egne rutiner i diagnostikk og behandling kommer etter hvert.

I løpet av 1 års sideutdanning i psykiatri kom jeg over et nyttig redskap når det gjelder å diagnostisere depresjoner, nemlig Montgomery-Åsbergs depresjonsskala.

Dette vil jeg nå forsøke å formidle videre. Endel pasienter kommer og forteller rett på sak: "Jeg er så deprimeret, hjelp meg".

Men hva med pasienter som kommer og klager over angst, søvnløshet, "utbrenthet", eller som forteller at de er slitne, og har tusen gode forklaringer på dette? Han/hun ber kanskje om en sykemelding og noe å sove på eller roe seg på.

Har noen av disse pasientene en behandlingstrengende depresjon? Montgomery-Åsbergs depresjonsskala består av 10 spørsmål/beskrivelser, se figuren. Her inngår de forskjellige symptomene som i varierende grad forekommer under en depresjon.

Skjemaet brukes på 2 måter:

1. Det kan ganske enkelt brukes som en huskeliste under konsultasjonen for å systematisere samtalen.

2. Symptomene kan og graderes mellom 0 og 6, for å få en totalsum, se fig. Som en tommelfingerregel kan en bruke følgende inndeling: 0-9 er upåfallende, 10-19 en lett depresjon, 20-35 en behandlingstrengende depresjon, og over 35 er en svært alvorlig depresjon.

Ved score over 20 bør en prøve medikamentell behandling med antidepressiva. Graderingen kan gjentas etter f. eks. 1 mnd, for å vurdere behandlingseffekten.

Jeg har skjemaet liggende lett tilgjengelig. Det tar 15-30 min. å gjøre et slikt intervju. Jeg har brukt skjemaet systematisk nå i ca. et halvt år, og har funnet det svært nyttig. Jeg tror jeg kommer raskere frem til rett diagnose, og der ved rett behandling.

Det er lett å gi pasientene behandling for det de klager over, f. eks. angstdempende medisin eller sovetabletter - kanskje noen heller trenger antidepressiv behandling?

Jeg vil ta med 2 sykehistorier, for å belyse bruken av skjemaet.

Sykehistorie 1:

Kvinne 45 år. Noen få konsultasjoner fra -86 og utover pga. underlivsundersøkelser. Tok kontakt i april 90 pga. det samme. Fikk tatt Hb "på vei ut" - den var 10,0. Hun fikk derfor ny time etter 2 uker.

Hun virket lettet - hun hadde da fått en forklaring (lav blodprosent) på hvorfor hun følte seg fullstendig utslitt. Hun var tydelig brydd over å virke klagende. Hun unnskyldte seg hele tiden og ba under sterk tvil om en ukes sykemelding - det var sikkert nok. Hun nevnte samtidig økende innsøvningsproblemer. Hun hadde aldri tidligere vært sykemeldt.

Hun ble intervjuet etter Montgomery-Åsberg-skjemaet, og det ble raskt avdekket flere symptomer på en alvorlig depresjon. Hun hadde bl.a. en score på 4 på tristhet, konsentrasjonsvansker, initiativløshet og suicidal-tanker. Total score var 29.

Jeg føler at dette er et godt eksempel på hvordan skjemaet hjalp meg til en rask og systematisk gjennomgang og avdekking av en alvorlig depresjon, hos en pasient som gjerne ville ha andre forklaringer på sine plager.

Det hører med til historien at hun ble behandlet med antidepressiva som hun tolererte godt. Hun møtte regelmessig til samtaler, og var sykemeldt i bortimot 3 mndr. Det kom etterhvert fram at hun hadde hatt økende plager med depresjon i mer enn et halvt år. Under behandlingen med antidepressiva kom

hun seg gradvis, og livsgnisten vendte tilbake.

Sykehistorie 2:

Mann, 30 år gammel. "Brøt sammen" på jobb etter flere uker med stort arbeidspress. Problemer over lengre tid i forholdet til samboeren. Under første konsultasjonen fortalte han med tårer i øynene at han ikke forsto hva som gikk av ham. Han var vanligvis verdsatt av omgivelsene som en glad humørspreder, både hjemme og ute. De siste 2 ukene hadde han hatt store innsøvningsvansker. Han ba om sykemelding og hjelp til å sove.

Han ble intervjuet etter skjemaet. Han scoret 2 på synlig tristhet og indre spenninger, og 4 på søvnproblemer. Ellers scoret han 0 og 1. Totalt score var 12. Han fikk innsøvningsstabletter til 3 ukers bruk, med gradvis minkende dose. Han møtte til regelmessige samtaler, og kunne fortelle at han fikk tilbake normal søvn. Han viste selv stort initiativ til å ordne opp i forhold som hadde både med jobb og privatliv å gjøre. Han var sykemeldt 100 % i 2 uker og 50 % i 2 uker.

Her var skjemaet nyttig for å utelukke en alvorlig depresjon, som jeg etter første samtale hadde mistanke om.

□

Det kan opplyses at Organon A/S har utarbeidet en reklamefilm om depresjoner og bruk av skjemaet. Videoen er laget i samarbeid med prof. Ulrik Malt, psyko-somatisk avd. Rikshospitalet. Interesserte kan henvende seg til firmaet.

Red.

"Det finnes ingen standard svar"



Av Bente Aschim, født 1953. Med. embedseksamen Oslo 1979. Turnus i Drammen og Bygland i Setesdalen. Spes. i allmennmed. 1988. Bedriftslege kortere periode 1981/1982. Allmennpraktiker i sentral Oslo praksis med to kvinnelige kolleger fra 1981. Et år på Psykiatrisk Poliklinikk i Oslo Helseråd 1987. Gift, 2 barn.

Om kreftpasienters rett til å velge sin egen vei og skolemedisinens møte med nye informanter

Av Bente Aschim

En 60 år gammel kvinne mottar diagnosen cancer ovari. Prognosen er dårlig, og sykehuslegen anbefaler cytostatika. Kvinnen protesterer. Hun er overbevist om at sykdommen springer ut fra depresjon i forbindelse med skilsmisse, videre fester hun lit til "nyere amerikansk forskning om kostholdsending som kreftbehandling."

Som kvinnens faste lege gjennom flere år, blir jeg orientert om hennes beslutning. Hun ber meg ikke direkte om støtte på medisinsk grunnlag, men det er liten tvil om at hun venter respekt for sitt valg. Ingen tradisjonell behandlingsform kan hamle opp med kreftcellene, men hun vil likevel ha tilslutning til håpet om at det finnes andre løsninger.

Hun er ingen uvanlig kreftpasient. Jeg tror mange av oss møter henne stadig oftere. Hun har to grunnleggende karakteristika:

- Pasienten har innhentet omfattende informasjon om sin egen sykdom, fra mange ulike, ofte motstridende kilder.
- Pasienten krever respekt for sin egen vurdering av sykdommen og sine egne teorier om årsak, prognose og behandlingsform.

De "nye" kreftpasientene gjør oss ikke mindre maktesløse i møte med langtkomne kasus. Jeg leter ofte forgjeves etter svar. Men kanskje det ikke alltid er galt å være rådløs, slik Christine rakk å vise meg.

Christine døde av kreft i en alder av 32 år. Hun hadde et budskap til oss som pleier og behandler: "Det finnes ingen standard svar".

"Vitenskap" eller "litteratur"?

Vi strever fælt i allmennpraksis med å holde oss faglig oppdatert. Vi leser vitenskapelige artikler med kompliserte skjemaer og vanskelige resonnementer. Og gjør vi det ikke, får vi dårlig samvittighet. Men glemmer vi at vi som allmennpraktikere hele tiden forholder oss til mennesker og deres livsskjebne? At å lytte til pasientene og forsøke å lære av dem, kan være like nyttig som å pløye artikler og å studere tabeller?

På et kurs la en kollega ut i detalj om en bestemt pasient, vi formelig så den aktuelle personen for oss. Tilhøreren ved siden av bøyde seg over: "Jeg sitter her og tenker: er dette litteratur eller vitenskap? Jeg er kommet til at det er litteratur". Sagt med forakt. Selvfølgelig hadde min sidekvinne rett: det var ikke "vitenskapelig" det vi hørte. Men vi lærte noe av det. Slik jeg lærte noe av Christine, som jeg bare fikk kjenne i et års tid.

Christines historie

Christines historie er trist. Fordi hun fikk kreft og døde ung. Samtidig klarte hun å åpne hjerter for ny innsikt, slik bare et menneske nær døden kan gjøre det. Fordi vi måtte ta henne på alvor. Hun var etter mange års slit endelig blitt ferdig med sin utdanning og hadde fått en spennende arbeidsplass. Hun hadde flyttet til et sted hun ønsket å bo og ville etablere familie sammen med ektefellen. Jeg vet at hun hadde strevd mye tidligere i livet, men endelig skulle forholdene ligge til rette for et godt liv. Hun var ikke min pasient. Men fordi jeg ble kjent med henne etter at hun var blitt syk, klarte jeg aldri helt å frigjøre meg fra å se henne som pasient. Det var

min største feil, men jeg skjønnte det først da det var for sent. Hun ville nemlig ikke være syk. Hun ville være et friskt menneske med et sykt organ. Hun ville leve alt det friske, glemme det syke. Selv om smertene var der, trettheten, den manglende appetitten.

Retten til å håpe

Hun var som et siv. Tynt, svakt, men likevel ubøyelig. Hun var Christine, ikke pasient. Sett utenfra virket det meningsløst. Hvorfor benektet hun sin egen situasjon? Hvorfor ville hun ikke snakke ut om den? Hvorfor ikke "erkjenne" situasjonen?

Jeg vet at man på sykehuset hvor hun ble behandlet også var fortvilet. Det de kom med av opplysninger, - trengte det inn? Skjønnte hun hvordan situasjonen var?

Senere gikk det opp for meg at hun oppratt ordene, men hun gikk sin egen vei. I et brev hun etterlot seg skriver hun:

Velmente råd

Er det ikke nettopp "velmente råd" jeg er opplært til å bedrive, skoleflinkt og skjemamessig? Og det til tross for, eller nettopp fordi, jeg tilhører en generasjon leger for hvem døden og den døende pasient har vært tatt opp som tema både i studiet og i den generelle samfunnsdebatten.

Hva slags råd er vi opplært til å gi? At vi skal være åpne overfor pasienten. At vi skal si sannheten om sykdommens alvorlighetsgrad. At vi samtidig ikke skal ta fra pasienten håpet. Det er svært generelle utsagn og hvordan vi legger det fram, hvilke ord vi bruker overfor den enkelte, det er noe hver lege har lært seg på egenhånd.

Men på hvilket grunnlag møter jeg pasienten? Hva vet jeg egentlig om alvorlig syke kreftpasienter og hvordan de best kan møtes? Hvem har formet mine holdninger?

"Før livet ebber ut"

For meg som for mange andre unge i 70-årene, begynte lærdommen med Elisabeth Kübler-Ross. "Før livet ebber ut" (1). For meg var dette nytt, oppvokst som jeg var i et samfunn uten ritualer rundt døden. Selv hadde jeg heller aldri fått delta når noen som sto meg nær døde.

Besteforeldre ble bare borte, vi barn fikk ikke delta. Som medisinerstudent og senere som ferdig lege skulle jeg ut i hverdagen og hjelpe alvorlig syke mennesker, men uten noen som helst personlig erfaring med døden. Jeg tror det gjelder mange i min generasjon. Men hvordan skal vi formidle åpenhet og ro overfor en livssituasjon vi selv er opplært til å fortie?

Kübler-Ross' åpenhet omkring dødsprosessen var derfor for meg en helt ny tilnæringsmåte overfor døende mennesker. De hadde en utvikling å gå igjennom. Fra sjokket over en dødelig diagnose skulle pasienten følge prosessen gjennom bestemte stadier, opp stadig nye trinn på veien mot den endelige innsikt. Døden skulle komme som en siste akt, som en ventet og ønsket avslutning. Slik oppfattet jeg budskapet. Jeg fikk et kart å orientere meg etter, men i det virkelige livet stemmer ikke alltid kartet med terrenget.

Som allmennpraktikere opplever vi angsten for å overse kreftsymptomer og stille diagnosen for sent. Men hva skjer når diagnosen er stilt? Hvor ofte "mister vi taket"? Pasienten sendes til sykehuset, vi mottar sjelden annet enn epikriser. Og når så pasienten dukker opp hos oss igjen: Hvordan tar vi imot henne under mellomlandingene på allmennpraktikerkontoret? Og når og hvis vi trekkes inn i den terminale fasen, hvordan skal vi lære å bli pasientens medarbeider? Dette er vår virkelighet: I løpet av perioden på 15 minutter forventes vi å vise omsorg og ansvar for pasientens totale livssituasjon.

Kreftlitteraturen

Kreftpasienter er i mindretall i våre konsultasjoner. Men i samfunnet blir kreftsykdommer stadig hyppigere omtalt. Bøker om kreft, romaner, biografier og selvbiografier har strømmet over Norge de siste 10-20 årene. En av de første som gjorde et sterkt inntrykk var Per Hanssons bok om en ung mann med testikkelkreft. "Den siste

"Det vil være ulike oppfatninger blant fagfolk og pasienten selv, hvorledes en skal forholde seg til sin egen sykdom. En slik meningsforskjell kan lett bli en "moraldebatt". Er det moralsk riktig og viktig å være realistisk til enhver tid? Å se "døden i øynene" - forsone seg med sin skjebne? Eller bør en alvorlig syk få ha retten til å tro, håpe, kjempe for sitt liv, og bli respektert for dette? Jeg føler at det ikke finnes standard-svar på spørsmålet. Pasienten har rett til å bruke den strategi han/hun ønsker og bli respektert for det. Velmente råd kan man regne med å få med seg på veien, uansett.....?"

veien" (2). Samtidig kom Berit Eriksens: "Rød søndag, blå mandag - Å leve med kreft" (3), en usentimental beskrivelse av hennes lymfekreft. Knut Hougens roman: "Ein roman om kjærleiken og døden" (4) var et av de første skjønnlitterære bidragene, om en voksen mann og hans kamp for å akseptere sin skjebne. Disse bøkene kom alle på 70-tallet.

Men likevel er det først de siste årene "kreftlitteraturen" virkelig har floreret. Det er vel ingen andre sykdommer som i samme grad appellerer til vår dødsangst, fordi den virker lumsk, fordi vi mister kontrollen over egen kropp. Likevel trekkes vi mot det som skremmer. Kreftlitteraturen er blitt populær lesning. Det kan selvfølgelig sies at både multipel sklerose og leddgikt er skumle og snikende sykdommer på sin måte, men kanskje er det for håndgripelig at nervesystemet settes ut av funksjon hos en MS-pasient, mens leddene smerter og blir krokete hos henne som er rammet av reumatoid artritt? Det virker ikke som det har ført til et tilsvarende betroelses-behov hos pasientene. Kanskje er det det ubestemmelige tidsperspektivet som gjør kreft til en fascinerende sykdom? Både for forfatteren og for leseren.

Ikke gi opp - kreften er din!

Av de bøkene som er kommet her i Norge de siste årene husker vi Mona Røkkens bok: "Ingen tid for tårer" (5). Som tittelen antyder, velger hun å fokusere kampen framfor sorgen (selv om hennes liv ble sterkt forandret da hun måtte gå som justisminister pga. sykdommen):

"Det er min faste overbevisning at motgang gjør sterk. Uansett hvor svart og håpløs situasjonen er: Ikke gi opp. Du kan klare det".

Ellen Francke er forfatter og hun formidler sin dypeste angst og fortvilelse i diktsamlingen: "Det dobbelte kyss" (6).

Heidi Tuft har utgitt to bøker etter at hun fikk brystkreft: "Min kreft - mitt ansvar?" (7) og "Kreftceller finnes også i sjelen" (8). Som psykolog er hun opptatt av de psykiske krisenes innvirkning på sykdomsutviklingen og refser legestanden fordi den ikke legger tilstrekkelig vekt på bearbeidelsen av følelser. Hun er opptatt av kriser som etiologisk faktor i utviklingen av kreft, og at kreftpasientens egne psykiske ressurser må mobiliseres for å bekjempe sykdommen. Med god grunn kritiserer hun legevitenskapen for ensidig fokusering på kroppen, men vi vil naturlig slå tilbake med at hun vektlegger psyken for mye. (Hun skriver blant annet om Peter Noll, som valgte å ikke kjempe mot sykdommen: "Var kreftutviklingen "løsningen" på hans livsproblemer? Var han en person som langsomt tok livet av seg selv gjennom sin kreftsykdom?") Både i kraft av sitt fag, sine personlige erfaringer og sin legeskepsis, har Tuft fått autoritativt kraft blant mange pasienter som søker nye svar.

Kreftkjendisene

Bøkene jeg har nevnt gir innblikk i hvordan enkelte mer eller mindre kjente mennesker takler denne sykdommen. Men i større grad enn bøkene, er det de siste årene ukeblader og dagspresse som har bidratt til offentliggjøring og popularisering av kreftsykdommen. Vi har fått en betroelses-journalistikk av sterkt varierende kvalitet: Kjente og ukjente mennesker som forteller om sin egen kreft.

Også i disse intervjuene og reportasjene er det noe å lære. Vi har høyprist åpenhet omkring kreftdiagnosen og beundret en pioner som Wenche Foss som var blant de første som våget å dele av sine erfaringer. Og vi har gremmet oss over overtrapene, der alvorlig syke stiller sin egen livsløgn åpent til skue: "Jeg er syk, men skal bli frisk".

Et ferskt eksempel er Se og Hørs reportasje om Carsten Byhring (9). Bildene

av en utmagret og tydelig syk revystjerne følges av teksten:

"Jeg ble brått kvitt fobien for døden. Det er mulig jeg forsto at døden går det an å kjempe mot - og overvinne".

og:

"Jeg tror ikke det vil ta så veldig mange månedene før jeg er tilbake i gammelt slag igjen".

Kort tid etter at dette sto på trykk var Byhring død.

Skulle han ikke ha lov til å ha slike tanker? Jo, men både han og andre kreftpasienter burde spares fra å offentliggjøres under slike omstendigheter. Dette er ikke åpenhet, men sykdomspornografi. Skjønt for mennesker som selv lever i en mediaverden i sine yrker kan kanskje slike oppslag være som en magisk besvergelse: På førstesiden står det man håper og tenker, og dermed blir det forhåpentligvis sannere?

Det viktigste er likevel: Hvordan skal en vanlig, ukjent kreftpasient som Christine orientere seg mellom våre forsøk på "nøktern informasjon", et voksende tilbud om alternativ behandling og hele havet av intime betroelser i media?

Nye metoder og glansbilder

Fra å være tabu er kreft blitt kommersielt og salgbart. TV-kjendiser, skuespillere, sportsstjerner og stortingsrepresentanter står fram, men også enkelte helt "vanlige" mennesker med "uvanlige" kreft-historier. De har alle funnet sin spesielle løsning på kreftsykdommen (Den riktige?)

"Hvitløk og aiger jaget kreften ut av kroppen", forkynner f. eks. en 6-barnspappa fra Asker (10). Han hadde leverkreft og brukte hundretusener på sin reise jorden rundt etter helbredende naturmedisiner.

Ikke nok med frodigheten i nye behandlingsmetoder, i tillegg skapes det glansbilder, idealer for hvordan sykdommen bør takles. Brita, 15 år, ble kjent gjennom et portrettintervju i TV. Da hun døde skrev Se og Hør (11):

"Den åpenhjertige tenåringsen hadde ingen problemer med å vise fram sitt hårløse hode som var en følge av cellegift og strålebehandlinger. Og helt til hun sovnet inn, smilte Brita Kathrine til livet".

"Og de kledde meg naken
og hengte meg opp
og gned meg inn med stinkende væsker
og skar et bryst i stykker

mitt bryst
mitt sjenerte, troskyldige, uvitende bryst
de skar det i stykker
og vinduene snudde seg bort
og veggene trakk seg sammen
og ingen var der
da de skar i stykker....."

Som profesjonelle er vi glade for mediaoppmerksomheten. Den kan skape muligheter for økt ressurstilgang. Men all fokuseringen rundt enkeltstående og deres valg har også virkning på pasientene. Glansbilder og idealer kan være vonde å måle seg med for den som lykkes dårligere. Alle som "står fram" får ros for det. Men hvis åpenhet blir en dyd og den smilende gå-på-pasienten blir et ideal, da vil den tilknappte eller gråtende få en ekstra byrde å bære. Ikke bare lever hun med en vond og vanskelig sykdom: Måten hun takler kreften på er også "feilaktig".

Pasientens egne svar

Krefthistoriene i litteratur og media møter både legen og pasienten. Pasientens sykdomsoppfatning kan ofte i stor grad være preget av disse paramedisinske kildene. Pasientens samlede informasjonstilfang består av ulike mengder som delvis overlapper hverandre (se ill.). Hvordan opplysningene blir bearbeidet og vektlagt vil variere i forhold til bakgrunn og personlighet, men vær sikker på at disse spørsmålene blir stilt og besvart utifra skiftende forutsetninger:

Hvilke framtidsutsikter har jeg på kort og lang sikt? Finnes det håp om helbredelse? Hvilke bivirkninger gir behandlingen? Hvordan vil sykdommen forandre livet mitt?

Den tiden er forbi da den tradisjonelle skolemedisinens representanter hadde monopol på å gi svarene. Vi kan like eller mislike det, men vi må ganske enkelt leve med stadig mer konkurranse fra paramedisinsk informasjon. For pasienten kan det oppleves både styrkende og forvirrende. Men vi må ikke vanskeliggjøre pasientens situasjon ved, til enhver tid og under enhver omstendighet, å tviholde på vår måte å se sykdommen, prognosen og utviklingen på.

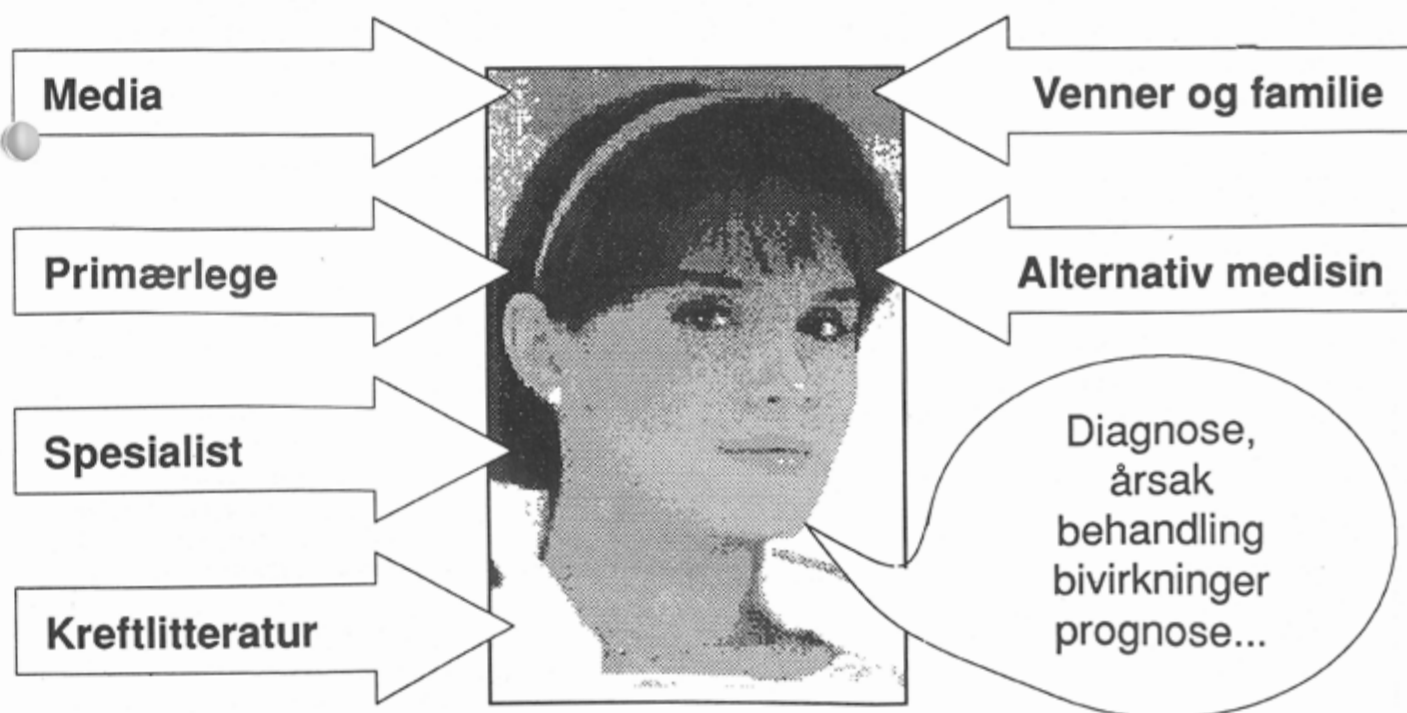
"Leger beskytter seg selv"

I "Den tilmålte tid" (12) beskriver den sveitsiske juristen Peter Noll sin reaksjon da han fikk diagnosen blærecancer og forklarer hvorfor han etter dette valgte å avstå fra medisinsk behandling. Han forvirret mange leger med sin holdning og konfliktene uteble ikke. I sin bok fyrer Noll av denne salven:

"Leger i det hele tatt! (...) når det gjelder de viktige punktene er de like alle sammen..... De beskytter seg selv, ikke pasienten, på samme måten som juristen beskytter seg selv og ikke den anklagede ved å holde seg nøyaktig til reglene for prosedyren. Personlig behandling av pasienten eller klienten blir på den måten umuliggjort".

Jeg tror at vi allmennpraktikere burde ha muligheter til å avvike fra Peter Nolls beskrivelse. I vår praksis møter vi pasientene i mellomlandinger mellom sykehusbehandling. Vi kan tillate oss å holde oss på avstand fra den spesifikke cancerbehandlingen og i nærheten av pasienten. Gode sykehusspesialister er selvfølgelig også pasientnære, men tiden er knapp, legene skifter ofte og de kjente ikke pasienten som frisk, slik vi har gjort. Vi har en eksklusiv rolle som vi må ta vare på. Vi trenger ikke være sykehusets advokater, de fører sin sak godt nok selv.

Vi kan gi pasienten tid og tillate henne å lete fram sin egen strategi. Vi vet at det å godta, blindt og uten motforestillinger



- det være seg enten tradisjonell eller alternativ medisin, kan være uheldig. Pasienten lar sine egne ressurser ligge brakk, når hun bare godtar betingelsesløst. Som vanlig doktor har vi ingen prestisje å ivareta direkte i behandlingen. Vi må tillate pasienten å kjenne på tvilen, også overfor behandlingsapparatet, uten å bebreide henne.

"Sin egen strategi"

At pasienten skal få velge sin egen strategi synes banalt, samtidig kan det oppfattes som om likegyldighet opphøyes til et ideal. Som om vi skulle si til pasienten: "Gjør som du vil, valget er ditt. Vi er bare nøytrale konsulenter i et system som kalles Helsevesenet".

Slik er det ikke, slik må det aldri bli. Vi må selvfølgelig gjøre alt vi kan, bruke våre kunnskaper, vårt engasjement, vår tid og våre krefter hvis vi virkelig har behandlingsmetoder som vil være til det beste for pasienten.

Men vi må tåle et nei. Vi må tåle at pasienten ikke velger vår vei, verken medisinsk eller i sin måte å takle krisen på. Vi må være ydmyke overfor menneskers valg. Vi må respektere pasienten selv om hun velger en annen vei. Vi må aldri stenge døren for henne.

Hovedpersonen i "Kreftavdelingen" av Alexander Solsjenitsyn (13), Kostoglov, kommer i en kraftig diskusjon med en av legene, Ludmila Afanasjevna:

K: "Ja, det er sant at jeg kom hit som et lik og tryglet om å få komme da jeg lå på gulvet ved trappa - og så kommer De til den logiske konklusjonen at jeg kom for å bli frelst til enhver pris. Men jeg vil ikke frelses til enhver pris. Det er ikke noe på jorden som jeg er villig til å betale med en hvilken som helst pris...."

"Jeg kom hit til Dem for å få lindret mine lidelser. Jeg sa: hjelp meg! Jeg har det så vondt. Og dere hjalp meg! Nå har jeg det ikke vondt mer. Takk! Takk! Jeg er Deres takknemlige skyldner, men slipp meg fri nå. La meg kravle hjem til hundehuset mitt og ligge der og slikke sårene som en annen hund".

A: "Og når sykdommen på ny får bukt med Dem, så kommer De hit til oss igjen?"

K: "Kanskje det, kanskje kommer jeg krypende hit igjen".

A: "Og vi tar imot Dem?!"

K: "Ja! Og nettopp i dette ser jeg Deres barmhjertighet. Hva er det som bekymrer Dem? Helbredelsesprosenten? Regnskapet? Hvordan De skal forklare at De utskrev meg etter femten behandlinger når Det medisinske vitenskaps-akademi anbefaler ikke mindre enn seksti?"

Ja, jeg tror vi er redde slik Kostoglov sier. Redde for ikke å gjøre det riktige, redde for ikke å være "flinke".

Respekt for avvikerne

Jeg er glad for det Elisabeth Kübler-Ross og andre foregangskvinner og -menn har lært meg. Vi trenger maller å ha som veiledere i vår kliniske praksis. Men når mallen ikke stemmer, er pasientene våre viktigste læremestere. Kübler-Ross understreker da også nettopp pasientens egenart: den står ikke i konflikt med læren om dødsprosessens stadier.

I en tid hvor det skapes stadig flere "tilbud" og riktige behandlingsmåter både innen helse- og sosialomsorgen, tror jeg at vi som allmennpraktikere har en spesiell oppgave i å ivareta "avvikere" fra fastlagte behandlingsmønstre. Det er ikke alle som ønsker å gå til incestsenteret selv om de er

incestoffer, eller ta i mot tilbud fra katastrofepsykiatere når de er utsatt for ulykker. Og det er ikke alle kreftpasienter som takker ja til tradisjonell kreftbehandling. Kanskje er det et motiveringsspørsmål, men i mellomtiden får vi godta at pasienten er der hun er og følge henne på den veien hun selv har valgt.

Christines brev fikk meg til å tenke over på nytt min egen måte å møte kreftpasientene på. Kanskje vi skal la allmennpraktikerkontoret få bli et hvilested, der verken doktoren eller pasienten skal være flinke eller moteriktige eller ha alle svarene? Jeg tror vi som allmennpraktikere skal være mindre redde for å miste vår legeautoritet. Brevet fra Christine har satt lys på gamle, viktige og sentrale tanker om respekten for enkeltmennesket og dets valg.

Litteratur

- (1) Kübler-Ross, E: Før livet ebber ut. Gyldendal, Oslo 1973.
- (2) Hansson, P: Den siste veien. Gyldendal, Oslo 1978.
- (3) Eriksen, B: Blå søndag, rød mandag. Å leve med kreft. Aschehoug, Oslo 1977.
- (4) Houge, K: Ein Roman om Kjerleiken og Døden. Aschehoug, Oslo 1976.
- (5) Røkke, M: Ingen tid for tårer. Gyldendal, Oslo 1986.
- (6) Francke, E: Det dobbelte kyss. Tiden, Oslo 1985.
- (7) Tuft, H: Min kreft - mitt ansvar? Gyldendal, Oslo 1986.
- (8) Tuft, H: Kreftceller finnes også i sjelen. Forlaget Liv, Oslo 1987.
- (9) Se og Hør nr. 13/90.
- (10) Se og Hør nr. 36/89.
- (11) Se og Hør nr. 36/89.
- (12) Noll, P: Den tilmålte tid. Aschehoug, Oslo 1986.
- (13) Solzjenitsyn, A: Kreftavdelingen I og II, Tiden, Oslo 1969 og 1970.

Sitatet fra brevet til Christine er gjengitt med tillatelse fra hennes familie.



Lei av å dosere sunt samliv?

- La folk selv oppdage hvordan vi virker på hverandre:
Bruk videofilmen: **"Norske samliv - ved 3 av dem"**

Stimulerer til samtale og diskusjon om

- generasjonsproblemer og nødvendig løsriving.
- adferdsvansker hos barn - sammenheng med foreldrenes forhold.
- mannlig og kvinnelig seksualitet og problematiske kontaktformer.

Gruppesamtaleopplegg for:

- a) voksne
- b) ungdom i videregående skole

Til fagdager om samspillsproblematikk og systemforståelse:

Studieopplegg for grupper tilknyttet kasus i filmen for helse- og sosialarbeidere.

Forebygg behandlerskapte problemer ved å forstå individuelle vansker som en del av et samspill.

Pris: Videofilm, 3 ulike studieopplegg og hørespill om ungdom og press kr 1200,- inkl. mva.

Bestilling: Kirkens Familierådgiving Otta,
2670 Otta. Tlf. (062) 30536



Psykiater/overlege
Pål Abrahamsen:
"Noe av det mest
forfriskende jeg har sett
på lenge."

DUMOZOLAM (triazolam)

HYPNOTIKUM

Resorbletter 0,2 mg: Hver resorblett inneholder Triazolam 0,2 mg. Resorbletten har delestrek.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering ved gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelaxerende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende.

Absorpsjon: God, minst 80 %. Hurtig absorpsjon fra munnens slimhinne. **Proteinbinding:** 89 % bindes løst til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer med en variasjon på 1,7-3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene α -hydroksytriazolam og 4-hydroksytriazolam finnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90 % i urin og 10 % i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarig insomnia. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomnia.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger: Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåket, svimmelhet, øret og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi. Ved seponering kan tilfeldige innsøvningsproblemer forekomme de første to nettene.

Forsiktighetsregler: Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom pga. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka pga. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet og i begrenset mengde til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke preparatet gis til potensielle misbrukere pga. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt lever- eller lungefunksjon.

Interaksjoner: Interaksjon kan sees med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidin eller makrolidantibiotika. Ved samtidig inntak av slike legemidler kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. Reduksjon av dosen bør overveies. (1:63e benzodiazepiner).

Anbefalt dosering: Legges under tungen. Dosen tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Tas ved behov når pasienten ikke får sove. Anbefalt dosering hos voksne: 1 resorblett; kan økes til 2 resorbletter om pasienten ikke responderer tilfredsstillende. P.g.a. større følsomhet hos geriatriske/svekkede pasienter gis initialt 1/2 resorblett (0,1 mg) som kan økes til 1 resorblett (0,2 mg) om nødvendig. Resorbletten kan tas liggende i sengen. Unngå å svelge mens resorbletten henfaller.

Pakninger og priser: 0,2 mg 100 stk. kr 109,70. Enpac: 30 stk. kr 41,40. 10 stk. kr 21,00.



Ikke for å få sove. Bare når du ikke får sove.

Dumozolam står for et helt nytt behandlingsprinsipp mot søvnløshet. Fordi Dumozolam er en resoriblett, skjer absorpsjonen hovedsakelig direkte fra de sublinguale kapillærene via vena jugularis og vena cava superior til hjertet og den systemiske sirkulasjon.

- Dermed sikres en hurtig effekt*.
- Dosen kan være 20 % mindre, men gir samme effekt som tilsvarende tabletter*.
- Absorpsjonen blir mer ensartet fra pasient til pasient*, og fødeinntaket har minimal innvirkning på opptak av virkestoff**.

Med Dumozolam kan dine pasienter virkelig prøve å sovne på egen hånd først - uten hjelp av medisin. Skulle søvnen likevel ikke komme, kan resoribletten tas liggende i sengen. Uten vann. Uten tanke på hva man har spist tidligere på kvelden. Og uten frykt for å bli liggende lenge våken før man sovner.

Med andre ord ligger alt til rette for å gi den naturlige søvnen en sjanse. Er det ikke dette du alltid har sett på som ideelt for dine pasienter?

Denne sovemedisinen kan du ikke lukke øynene for!

Dumozolam® har delestrek.
10-, 30- og 100-pakning.

Rekvisisjonskort på gratisprøve kan bestilles fra DUMEX. Telefon: 02/84 63 63.

*Ynddal, L., «Bioequivalence of two different formulations of triazolam.» In press 1990. **Garzone, P. D., Kroboth, P. D., «Pharmacokinetics of the newer benzodiazepines», Clin pharmacokinet 1989; 16: 337 - 364. Disse kan rekvireres fra Dumex.



Give nature a chance!

Brev fra leserne:

"Militærstøvle"- del III

Svar på Tore Midtvedts
innlegg i UP 7/90.

Nye lesere henvises også til
UP 7/89 og 3/90.



Eller antibiose fremfor antibiotika

Det finnes intet nytt under solen. Jeg viser til mine tidligere artikler om antibiose og surmelksbakterier. Det foreligger et tilsvarende fra Tore Midtvedt (UP 7/90) som jeg ønsker å kommentere. Først vil jeg si at jeg er svært glad og takknemlig for hans engasjement. Jeg gir her stort sett uttrykk for mine egne tanker og erfaringer, og jeg kommer ikke med referanser.

Den hvite flekk på det medisinske kart som jeg her viser til, gjelder behandling av overflatiske infeksjoner med bakteriekulturer. Jeg har ikke støtt på denne behandlingsform i min tid i faget. Jeg har gått gjennom tidene på et par hundre referanser som gjelder surmelksbakterier, hvor heller ikke denne problemstilling er formulert. At behandlingen er kjent fra folkemedisinen i inn- og utland har jeg fått nye bevis på etter den senere tids mediaoppslag i radio, dags- og ukepresse.

At jeg ikke skulle være oppmerksom på at antibiotika er en del av "antibiose"-begrepet er vel noe drøyt å påstå. Men jeg er på langt nær villig til å sette likhetstegn mellom disse to begrep - at bakteriologisk krigføring til syvende og sist skulle være en form for kjemisk krigføring i forbindelse med hva han benevner bakteriell, antibakteriell behandling (BAB), et begrep som er langt snevrere enn hva jeg vil innbefatte i begrepet "antibiose". Jeg vil minne om at virus kan drepe elefanter, selv om det motsatte er vanskelig. Man har vel funnet ut en god del om virulens og immunologiske faktorer - naturlige eller aktiviserte - som innbefattes i begrepet. I virusforskningen snakker man også om transaktivering og transeliminering som nær beslektede begreper. (Tenk om man kunne finne fram til et godartet virus som eliminerte HIV!). Jeg har moret meg med - i selvforsøk -

å etablere overflatiske infeksjoner på slimhinner med de forskjellige surmelktyper etter forbehandling med cortison-salve. Dette lykkes best med "Cultura-melken", men aldri uten den forutgående svekkelse av den lokale vevsimmunitet som cortisonsalven medfører. Jeg tror vi i klinisk medisin er for lite oppmerksomme på at denne mekanisme kan ligge bak f. eks. recidiv av magesår og de nylig erkjente tynntarmsinfeksjoner i forbindelse med bruk av antiflogistica og cortison. Det er vel erkjent at *Campylobacter* kan være årsak til visse typer magesår. Den lokale vevsimmunitet kan også beskytte en parasitt mot et therapeuticum, f. eks. virker et antimycoticum bedre om man kombinerer det med en cortisonsalve (Kfr. Daktacort).

Jeg vil gi honnør til våre forgjengere som dømte faget til "mikrobiologi og immunologi", noe jeg synes Midtvedt er for lite opptatt av. I min behandling med surmelksbakterier har jeg en viktig medspiller i det aktiverte immunapparat.

Jeg er klar over at man for tiden står overfor alvorlige streptokokkinfeksjoner. "Cultura"-melken er den eneste av våre surmelktyper som ikke inneholder streptokokker.

Nå kommer man vel ikke langt i å kartlegge de avgjørende virulensfaktorer med å gjøre en gram-farging. Jeg synes det er grunn til å minne om at f. eks. kefir-melk, som inneholder praktisk talt samtlige surmelksbakterier som også finnes i de andre melketyper i tillegg til flere andre, er eldre enn vår sivilisasjon. Dette er stabile blandingskulturer - økologiske systemer som i prinsippet har holdt seg uforandret gjennom generasjoner. Meierinæringen gir et eksempel på hvordan man tar vare på de "gode" bakterier, mens helsevesenet vi-

ser - økologisk sett - hvordan man tar vare på de farligste bakterier. I praksis en genteknologi som går på å fremstille resistente bakterier. Det foreligger ingen subjektiv skyld, men vi burde vel ha et objektivt ansvar for denne utviklingen.

Jeg bruker surmelk temmelig kritikk-løst, men som en Reodor Felgen må jeg forholde meg både til Solan Gundersen og Ludvig. Det er imidlertid ikke alltid Ludvigs engstelse er sprunget ut av et dyptgående resonnement. Jeg tenker som så: Ved russiske meierier ble det i - 84 produsert 12 mill. tonn kefir. Hver dråpe inneholder fler enn jordens befolkning av 12-20 forskjellige mikrober. Det foregår en utstrakt hjemmeproduksjon av surmelk i Øst-Europa. Det vil si at vår "senior-økolog" har lagt ut store kliniske forsøk hvor uttallige tilfeller av immunsviktilstander, herunder AIDS, eksponeres for surmelksbakteriene som også konfronteres med alle tenkelige infeksjoner. Man drikker surmelk uten å blunke om man har tonsillitt, magesår eller tarminfeksjon etc. I dagliglivet skjer det en stadig kontaminering av alle mulige overflatiske infeksjoner ved søling med surmelk. Meieriarbeidere synes ikke å ha problem med forskjellige infeksjoner.

Det er riktig at man har sporadiske meldinger om alvorlige infeksjoner fremkalt av lactobaciller ved immunsvikt. Men man må ikke fremstille det som om virkeligheten er problemfri. Jeg me-

ner å huske at ca. 10 % av alle pasienter i sykehus får infeksjoner. Det ser ikke ut til at vi skal mestre dette problem ved hjelp av konvensjonelle hygieniske tiltak. Ikke så å forstå at jeg ønsker å fire på de hygieniske krav, f. eks. i næringsmiddelhygiene, men det må være tillatt å tenke litt anderledes. Det skulle ikke by på all verdens problem for en sykehus-hygieniker å teste ut gule stafylokokker fra et lokale mot f. eks. surmelksbakterier, som forøvrig leveres som frysetørrede granula, for deretter å gjøre et forsøk på å sanere lokalet etter "resistens-skjemaet". Søk assistanse fra meieriet! Jeg har selv sådd ut gule stafylokokker på "Uricult", og oppnådd en eliminering av disse bakteriekolonier, spes. med Yoghurt som gir en bred oppklaringszone rundt.

A propos behandling av leggsår med surmelk, er entusiasmen blitt noe dempet når det gjelder visse sterkt smertefulle kroniske sår, sannsynligvis arterielle sår eller blandingssår. Virkningen synes å kunne være relatert til grad av antibiotose, noe jeg nokså amatørmessig har testet ut på "Uricult". Surmelken kan imidlertid forårsake sterke lokale smerter i såret etter applikasjonen slik at behandlingen har måttet avbrytes. Man kan imidlertid hjelpe seg ved å lokalbedøve med Xylocain krem eller liniment på forhånd. Ellers har jeg fått rapportert tallrike tilfeller av sårtilheling fra det ganske land med daglige henvendelser fra pasienter og hjemmesykepleiere,

mens kollegiale reaksjoner lar vente på seg. (Bortsett fra at jeg har fått temmelig negative reaksjoner fra 2-3 hudleger). Det er synd, da prosjektet skulle egne seg utmerket for forskning i allmennpraksis i kraft av at "vi er mange". Dette desto mer som forskningsmidlene nå synes å bli ørmerket for sykehusleger.

Jeg minner om at Norske meierier tilbyr økonomisk støtte til forskning på dette området. Spesielt kunne man innen veterinærmedisin ha mindre betenkeligheter med å sette i gang. Det er ikke slik, som enkelte synes å tro, at man ved lokalbehandling av f. eks. mastitter med surmelk risikerer at surmelksbakteriene trenger inn i melkekjertlene og starter produksjon av surmelk. Det ville kanskje vært fint. Da kunne man fått hele assortimentet så og si direkte "vom Fass". Kefir fra fremre høyre, Yoghurt fra fremre venstre osv. Dette kan kanskje være en oppgave for genteknologien.

Jeg håper at mine innlegg vil åpne for litt "Glasnost" i vårt forhold til bakteriene og avføde en strid blandt leg og lærd, hvor de "nådeløse spørsmål" blir tatt opp til diskusjon i en åpen debatt.

Lodvar Bleken,
privatpraktiserende indremedisiner,
2600 Lillehammer.

□

Brev nr. 1

En dame på over 70 skrev til meg fra Bergen omtrent følgende: (dessverre har jeg skuslet bort brevet, som var anonymt):

"I oppveksten var jeg svært plaget av betente sår og blodforgiftning. Jeg vokste opp i en avsides bygd i en fjord på Vestlandet. Det var langt til lege og vi hadde heller ikke råd. Derfor var midlet å legge på omslag med surmelk blandet med sukker, og det hjalp! Og det rådet har jeg brukt hele livet. Og her lever jeg ennå!"

Underskrevet
dame på over 70

Brev nr. 2

Se og Hør.
Surmilk mot sår.

Til artikkelen om SURMELK MOT SÅR, skrevet i SE OG HØR nr. 37 vil jeg komme med følgende tillegg. Mine første leveår tilbrakte jeg fra 1920 til 1926 i Brasil i urskogen, nærmere bestemt i Bella Allianca (Rio da Sul).

Det var meget lang vei for å komme til en lege, og da kun på hesteryggen som transportmiddel. Disse omstendighetene tvang folk selv å finne en utvei i et nødstilfelle, det kunne være slangebidt eller andre betente sår som furunkulose.

Vidundermidealet var surmelk som var tykk som grøt, og ble lagt i en bandasje på såret. Denne tykke grøten hadde den egenskap å suge all materie ut av såret eller trekke det sammen, slik at en med et lite nålestik åpnet såret for at materien kunne suges ut.

Det måtte skiftes nesten hver time til nytt omslag fordi da var den tørr.

Effekten var alltid 100 %.

Etter at vi seinere returnerte til Europa var dette vidundermidealet hold i live hos oss.

Som oftest får jo mange unge i pubertetsalderen byll, furunkulose i nakken, som kann være temmelig smertefull. Her er tykk surmelk pålegg den rene balsam, det kjøler, lindrer og kurerer uten å etterlate sig stygge arr.

I løpet av en til to dager er en helbredet.

Man bruker ikke dette enkle midealet fordi det er ukjent, og kanskje alt for billig og enkelt vil jeg tro.

Mange mennesker som var blitt bitt av giftige slanger takker sitt liv denne surmelken.

Var en blitt bitt av en slange laget en et lite kutt med kniven på bitstedet og så ble den tykke surmelken lagt på og trakk så ut all giften. Dermed kan en fastslå at denne surmelken er i grunnen å betraktes som en sugeinnretning.

Derfor bruk tykk surmelk ved betennelse og sår, du sparer dig for lidelser og unødige utgifter.

H. Hendel, Bergen 14.9.90

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

RMR-kursarrangør
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 1 1991

| | |
|---|---------|
| Vi er kommuneleger... Mette Brekke | side 3 |
| Vest-Telemark Svein Lie | side 5 |
| Midt i livet med forhøyet "risikoscore" Tor Reitan, Elisabeth Swensen og Olav Eriksen | side 8 |
| Løse problemer - ikke påpeke dem Program for forebyggende helsearbeid i Telemark Utposten v/Mette Brekke snakker med Karl Johan Heide | side 12 |
| Forebyggende tiltak med positive ringvirkninger Nina Husom | side 14 |
| Ord om ord Svein Lie | side 16 |
| Bokmelding: Prosedyreperm Olav Eriksen | side 19 |
| Helsemessig beredskap i eit utkantdistrikt Arve Johannesen, Bjørn Pettersen og Kåre Øygarden | side 20 |
| Bokmelding: Krisereaksjoner, helsepsykologi og psykoterapi Herman Kvarving | side 23 |
| Et tilbakeblikk på den politiske streiken 15. juni 88 Erik Agren | side 26 |
| Samarbeid mellom journalister og helsefagfolk i lokalt perspektiv Elisabeth Swensen | side 28 |
| Videoomtale: "Norske samliv - ved 3 av dem." Geir Vik | side 31 |
| En faglig respons på miljøkrisen Hans Magnus Solli | side 32 |
| Årets Løvetannprisvinner Svein Tjøland Intervjuet av Åsa Rytter Evensen | side 35 |
| Hverdagsklinikk: Depresjonsskala - et nyttig hjelpemiddel Frøydis Skjelbred Nilsen | side 36 |
| Det finnes ingen standardsvar" Bidrag til Utposten's essaykonkurranse Bente Aschim | side 38 |
| Militærstøvlene"- del III Brev fra leserne Lodvar Bleken | side 46 |