

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1991

ÅRGANG 20



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

Tema: ORD

EIT ORD

Eit ord

- ein stein

i ei kald elv.

ein stein til -

Eg må ha fleire steinar

skal eg koma over.

Olav H. Hauge
(Dropar i austavind - 1966)

Redaksjonen er avsluttet 15. 04. 91

Framsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 0809 4 89 92 90

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG

Mette Brekke
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 04 508900
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

ledet



I begynnelsen var Ordet -?

Selv om jeg oppfatter Ordet som en grunnleggende forutsetning for menneskelig eksistens, vil jeg ikke helt være med på en slik tidsregning eller rangering. For meg er det slik at ordene er noe vi lager sammen, fordi vi er mennesker - og de ordene vi lager, er med på å gjøre oss til mennesker.

Disse metafysiske spekulasjonene henger sammen med det som sosiologene kaller "the social construction of reality" (1). Sosialantropologene snakker om "the construction of clinical reality" (2), og sosiologene sier at ord skaper samhandling og samhandling skaper ord (3).

Den medisinske konsekvens av dette blir at vi skal ta oss selv på ordet. Vi skal kjenne nøye etter hva vi sier, for våre ord blir våre bidrag til den kliniske virkelighet og den menneskelige samhandling som vi skaper sammen med våre pasienter.

Om dette kan skjønnlitteraturen lære oss mer allmenntilleggs enn all verdens faglitteratur. Derfor må allmenntilleggs ta seg tid til å møte livets mange former og farger, og ikke nøye seg med sitt eget liv som målestokk i møtet med andres skjebne og helseplager.

Men samtidig skal vi ikke stirre oss blinde på ordene. Kommunikasjon kan ha mange flere slags kanaler enn de skrevne og de sagte ordene. Pauser og utelatelser kan romme det viktigste budskapet - et host eller et skuldertrekk kan fortelle mer enn tusen ord. Den som ikke kan lese, kan like fullt skape ord og samhandling.

Da dette nummer av Utposten fikk sin form, oppstod det en utilsiktet sammensvergelse av ord produsert i samme hus (Institutt for samfunnsmedisinske fag i Bergen). Dette skal ikke forlede leserne til å tro

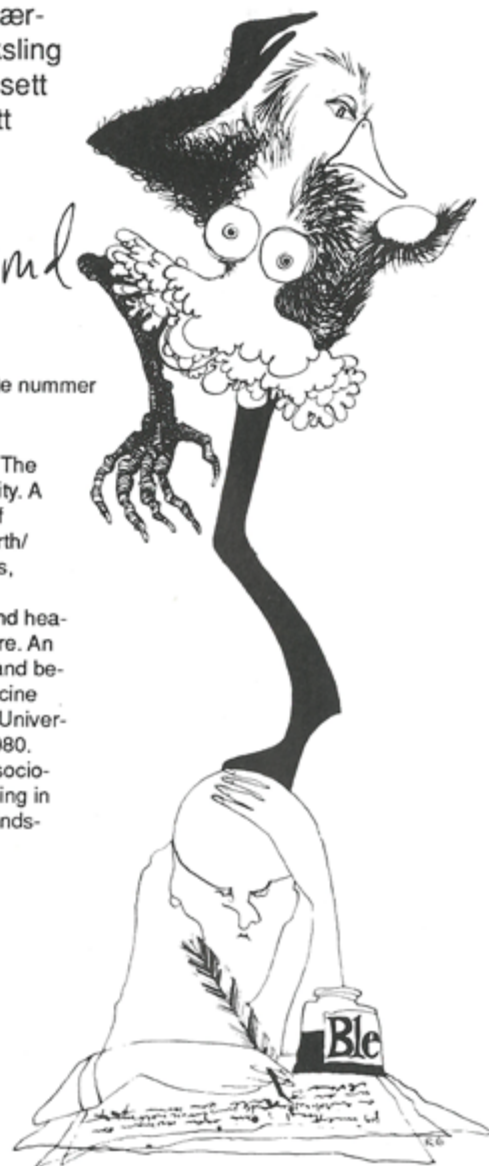
at Utposten nå har skiftet profil og kommer til å endre navn til Innposten. Vi vil fortsatt være en arena for den primærmedisinske ordveksling og refleksjon - uansett hvor ordene har sitt opphav.

Kirsti Malterud

Kirsti Malterud

ansvarlig redaktør for dette nummer av Utposten

1. Berger P, Luckmann T. The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge. Harmondsworth/Middlesex: Penguin Books, 1987.
2. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
3. Cicourel AV. Cognitive sociology. Language and meaning in social interactions. Harmondsworth/Middlesex: Penguin Education, 1973.



Illustrasjon: Ragnhild Gjerstad

De uttrykte ord skaper personen



Tom Andersen er tidligere distriktslege, nå psykiater. Rastløs og tvilende og konstant på leting.

Vi lever fremover og forstår bakover, skrev Søren Kierkegaard. Jeg tenker meg at den forståelsen vi til enhver tid bringer med oss vil være den bakgrunnen vi ser det nye vi møter i forhold til; vi forstår det nye ved å sammenligne det med det gamle. Vår forståelse bakover vil stadig fornyes siden ny forståelse, som unngåelig følger med det å ta del i livet, vil nyansere og kanskje endog forandre den gamle forståelse.

Av Tom Andersen

Det er, slik jeg ser det, to vesentlige typer av forståelse; forståelse av det en står overfor, og; forståelse av hvordan en bør forholde seg til det en står overfor. Det ene henger uløselig sammen med det andre.

Snakke for å forstå

Jeg vil i denne artikkelen fundere litt over *aktiviteten å forstå*, og ta utgangspunkt i en samtale jeg selv tok del i. En lokal profesjonell, Hope, ønsket bistand fra annen kollega i sitt arbeid med en jødisk familie. Familien hadde over mange år møtt mange profesjonelle pga. problemer med to døtre som begge var i trettiårene. Den ene hadde diagnosen schizofreni og gjennom mange år vært ut og inn av psykiatriske sykehus. Den andre hadde diagnosen anorexi og i perioder, da livet var truet, vært på vanlig sykehus.

Jeg møtte først Hope alene og hun sa at familien hadde hatt særlig en dårlig erfaring. Det var møte med et "team", som etter å ha hørt en terapeut som hadde snakket med dem, fant ut at familien led av et holocaust-problem. Familien, særlig moren, protesterte og sa at de hadde tatt farvel med alle de hadde mistet, og at det ikke var noe problem mer med det. Vi diskuterte den formen for dette møte som Hope ville føle seg fortrolig med, og hun likte ideen om at hun og jeg først snakket sammen mens familien hørte på, hvoretter jeg snakket med familien.

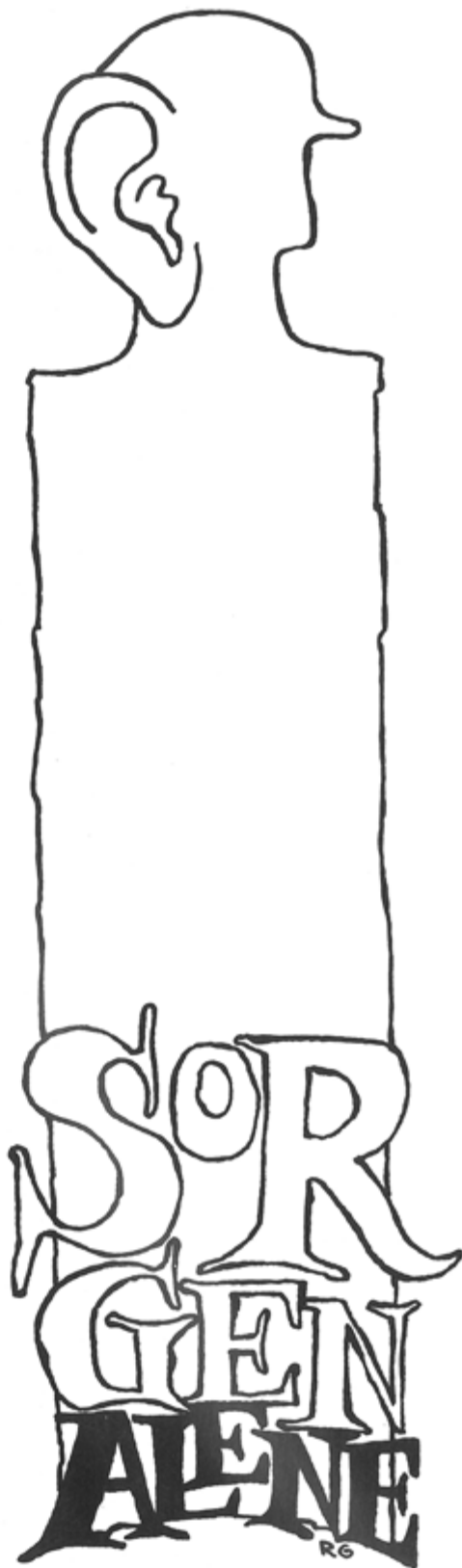
Om det falt seg naturlig kunne Hope og jeg snakke sammen om de ideer vi etter hvert hadde fått, mens familien hørte på det, hvoretter evt. familien kunne si hva de tenkte mens de hørte denne siste samtalen mellom Hope og meg. Moren og faren møtte opp. Ingen av døtrene.

Hope sa at det var hun som først og fremst ønsket dette møtet. Hun ønsket å diskutere sitt dilemma, nemlig om hun skulle gi råd eller ikke. Skulle hun i stedet for å gi råd forsøke å følge familien i deres søken etter deres egne forsøk på å løse vanskene med døtrene? Vanskene det var snakk om var store. Det var et spørsmål om liv eller død for begge døtrene.

Når Hope snakket startet hun litt oppe i toneleiet hvoretter tonehøyden sank når hun nærmet seg avslutning av det hun sa. Det var et jiddisk*) ord, *tsores*, som stadig hadde vendt tilbake i de siste samtalen sa hun. *Tsores* kan bety problem, men det er store følelser i ordet, både sorg og smerte. Smerten var den som ble følt i hjertet, ikke den tanken fatter. Det var den smerten hjertet føler når en strekker seg etter noe for å redde det uten å være i stand til å klare det.

"Og sorgen, er det en stille sorg, eller...?" Hope svarte fort: "En stille sorg." "Er det den sorgen en har alene..(lang pause).. eller den sorgen en har sammen med andre?" Hope løftet stemmen for å nå det høye i sitt toneleie, men det falt langt ned i det hun svarte: "Det er den sorgen en har sammen."

*) jiddisk (yiddish; yiddi pluss deutsch) betegner jodisk slik det snakkes i Øst-Europa



Tegning: Ragnhild Gjerstad

Jeg følte som om jeg ble truffet av et slag i brystet. Like under brystbenet. Samtidig kjente jeg en sterk følelse av alvor som forandret min tilstedeværelse og min deltakelse i resten av samtalen. Mot det mer nærværende og oppmerksomme overfor det triste. Dette ble rammen for resten av samtalen som altså forsøkte å lete etter alternative ideer til både å forstå og forholde seg til Hope's dilemma.

Det førte nok til at jeg hørte særlig etter de sorgfulle og de alvorlige ordene. Det var slike ord jeg senere i samtalen helst tok som utgangspunkt for mine spørsmål når jeg gjorde mine forsøk på å forstå mer. Spørsmålene hadde tendens til å søke etter skygger og lys i de ordene Hope brukte, og spørsmålene kom alltid først etter at Hope hadde snakket seg ferdig og også gjort seg ferdig med den lille tenkepausen som alltid kommer etter at en person har snakket seg ferdig. Spørsmålene mine hadde desuten tendens til å følge samme rytme og hastighet som Hope snakket i. Ved det hun sa formidlet Hope sin forståelse av familiens forståelse av sin livsskjebne.

Snakke er å konstituere og re-konstituere selvet

Ved å snakke slik Hope snakket skjedde langt mer enn å formidle informasjon. Hun søkte hele tiden etter ord som best uttrykte det hun tenkte. Hun fant og sa ordene, fordi ordene når de ble sagt, hjalp henne å forstå hva hun tenkte.

Det er en av de nye ideene i tiden at det er like mye slik at språk former tankene som omvendt (1-3). Og språk består av metaforer (4,5). Vi kan ikke *ikke* snakke i metaforer, og samme metafor har ulik mening for ulike personer. Hope's svar, at det var den sorgen en hadde alene, gjorde at hun mistet tonehøyden og at jeg ble truffet av et slag i brystet. Vi ble begge forandret i vår felles søken gjennom ord mot en annen forståelse av Hope's dilemma.

Martin Heidegger kaller denne søken, "å være i verden". Denne søken blir en aktivitet som konstituerer "selvet" (6). I dagligdagse ord vil dette bety: vi blir de vi er gjennom det vi sier og gjennom den måten vi sier det på. La oss ikke minst legge merke til det siste; "måten vi sier det på." Ordene som uttrykkes bæres frem av respirasjonen. Luftstrøm-



men som respirasjonsbevegelsene lager påvirker strupehodet slik at tonehøyden finnes. Aktivitet i tungens, ganens, leppenes, nesens og kjevens muskler virker inn på og lager vokalene og konsonantene som i sin tur blir til ord.

Når *vokalene* lages, flyter luftstrømmen fritt. Det er formingen av munnhulen og nesehulen som bestemmer om det skal bli en a eller en o. Når *konsonantene* lages, blir luftstrømmen brutt. Skjer bruddet brått, fremkommer "de harde konsonantene" f.eks. k, p, t. Skjer det mindre brått kan det bli en m eller en n eller en l.

Når fysiologien på denne måten er med å forme metaforene gjør den det på svært variert måte. Av og til hurtig med stor kraft slik det skjer når et sinne uttrykkes. Eller langsomt og svakt som når det triste eller håpløse sies. Eller gjennom den rungende latter eller hiktende gråt. Når ordene høres, høres de også av den som uttrykker dem. Hvordan de høres, virker tilbake på hvordan de uttrykkes.

Da Hope hørte de ordene hun selv sa, kunne hun ikke holde tonehøyden mer. Den måtte falle. Når søken etter ordene blir konstituering av en selv, er det altså viktig å tenke på at denne konstitueringen omfatter "det hele", også fysiologien; kjøttet og blodet.

Vi burde være glade og stolte over at denne innsikten om fysiologiens (respirasjonens) plass i konstituteringen av en selv kommer fra nordmenns arbeid, nemlig den forståelse omkring dette som Trygve Braatøy, Aadel Bülow-Hansen og Nils Houge har utviklet. Heldigvis har dette blitt bevart på en måte som de to sistnevnte mener er i overenstemmelse med deres erfaringer (7).

Sluttord

Ved slutten har jeg lyst å snu det hele tilbake til begynnelsen:

Vi forstår det nye ut fra det gamle og det nye vil forandre det gamle. I denne søken etter det nye (ved hjelp av det gamle) blir vi blir dem vi blir, og vi søker hele tiden å bli dem vi ønsker å bli. Språket og ordene har stor kraft i dette, både for den som uttrykker det og den som lytter til det.

Vi som hjelpere kan bli slått hardt av det sagte om vi lytter intenst nok. Og om hjelperen ved siden av å lytte også er i stand til å vente med å snakke til

den andre har gjort seg ferdig både med å snakke og også tenke over det sagte, er kanskje det den beste hjelp den andre kan få til å bli den vedkommende ønsker å bli?

Litteratur:

1. Gergen KJ. Theory of Self: Impasse and Evolution. *Advances in Experimental Psychology*. 1984; 17: 49-115.
2. Gergen K. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist* 1985; 40 (30).
3. Gergen KJ. Warranting voice and the Elaboration. I John Shotter J, Gergen K red. *Texts of identity*. London/Newbury Park/New Delhi: Sage Publ, 1989.
4. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
5. Leary DE. The role of metaphor in science and medicine. Paper presented as part of the Program for Humanities in Medicine Lecture Series at the Yale University School of Medicine, 1984
6. Fløestad G. Heidegger. Oslo: PAX, 1974.
7. Øvreberg G, Andersen T. Aadel Bülow-Hansens Fysioterapi. Tromsø/Oslo i kommisjon med Olaf Norlis bokhandel, 1986.

Professor Tom Andersen
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9000 TROMSØ □

SLIK LESER JEG

Slik leser jeg det brev jeg får:
 Først låser jeg min dør.
 Så tar jeg på det for å kjenne
 at det faktisk er.

Så går jeg innerst i en krok.
 Dit tar jeg brevet med.
 For jeg vil være helt alene
 når jeg åpner det.

Så kaster jeg et vaksomt blikk
 på vegger, gulv og tak.
 For selv den aller minste mus
 skal jages vekk i dag.

Så leser jeg det ord for ord.
 Og da først skjønner jeg
 hvor dypt jeg savner himmelen
 og lengter etter deg.

Emily Dickinson
 (The Way I read - oversatt av Inger Hagerup)



Store ord er lettere å lese

Lettlest-avisen Klar Tale utkom med sitt første nummer i 1990. Avisen er den første i sitt slag her i landet, og retter seg blant annet mot alle som har språk- eller lesevansker.

Klar Tale er en ukeavis som inneholder nyheter fra alle samfunnsområder på linje med ordinære nyhetsaviser. En spesiell målsetting er at nyhetene skal presenteres på en enkel og lettfattelig måte. Avisen utkommer også i blindeskrift-utgave og lydutgave.

Abonnement koster kr. 200 pr. år, og kan bestilles på telefon (09)89 00 44, eller til adresse

Klar Tale
Postboks 25
1851 Mysen

Aktuell adresse:
Norsk dysleksiforbund
Postboks 699 Sentrum
0106 Oslo 1
telf. (02)33.42.75



Hvordan gjøre ordene til bedre medisinske verktøy?



Kirsti Malterud er bydelslege ved Ulriksdal legesenter og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Bergen. Bydelslege Oslo 1977-86. Doktorgrad 1990 med avhandlingen "Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter". Opptatt av å gjøre kvalitative metoder kjent og anerkjent i medisinske forskning, av å sette spørsmålet om kjønn på den medisinske dagsorden, og av å knytte sterkere forbindelseslinjer mellom allmennmedisinsk grasrot og forskning.

Denne artikkelen skal handle om hvordan vi som allmennpraktikere systematisk kan raffinere og videreutvikle våre egne erfaringer fra ulike måter å snakke med pasientene på. Jeg skal presentere en modell som kan være et hjelpemiddel i en slik prosess.

Av Kirsti Malterud

Modellen har jeg utviklet gjennom mitt arbeid med de kvinnelige pasientene med de "ubestemte" plagene (1). I denne artikkelen vil jeg vise hvordan dette er en tilnærming som kan nyttes overfor mange andre ulike kliniske problemstillinger og pasientgrupper.

Som allmennmedisiner oppfatter jeg den medisinske samtale som et diagnostiske og terapeutisk verktøy på linje med andre medisinske virkemidler eller metoder (2-4). En klinisk kommunikativ metode er et medisinsk virkemiddel der legen bruker språket på en spesiell måte i møtet med pasienten. I mitt prosjekt om de kvinnelige pasientene med de "ubestemte" plagene laget jeg en klinisk metode der ordene skulle brukes som verktøy på en spesiell måte.

Hensikten var å utvikle spørremåter som skulle styrke den kvinnelige pasientens posisjon i møtet med legen, og dermed fremme hennes muligheter til å gi legen bredere kunnskap om sine helsetilstander og sin sykdomsoppfatning. Spørremåtene måtte være enkle og lettforståelige, slik at de kunne brukes i en travelt allmennmedisinsk hverdag. Det var også viktig å lage spørremåter som kunne brukes av andre enn meg selv i neste omgang.

Den kliniske metoden ble bygget opp omkring "nøkkelsspørsmål". Hvert nøkkelsspørsmål skulle fungere som en talehandling (5) ved at en språklig ytring skulle sette i gang noe bestemt - en mest mulig åpen respons fra kvinnen. Jeg tenkte meg at jeg kunne få vite mer om

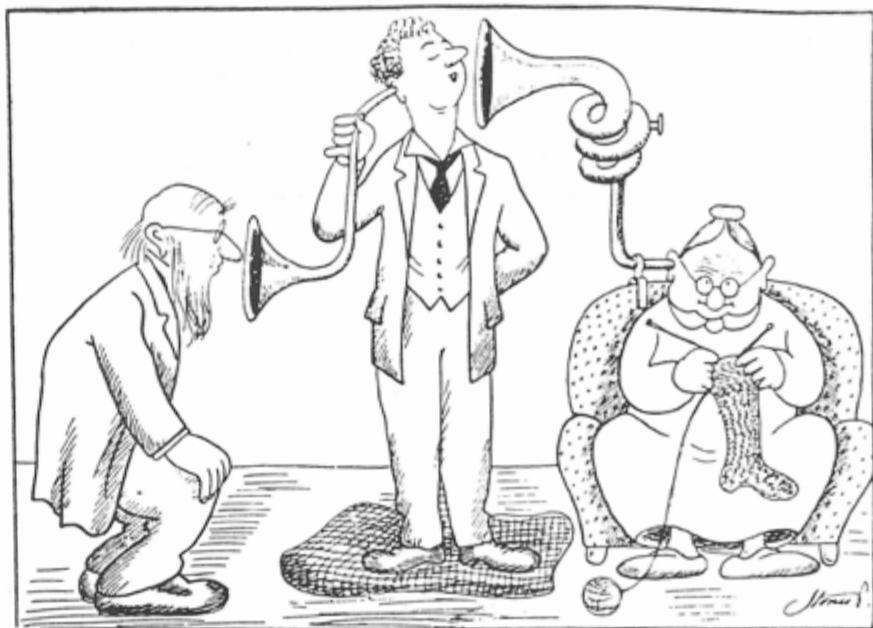
de "ubestemte" plagene ved å lage nøkkelsspørsmål rettet mot følgende kunnskapstemaer:

- 1) problemdefinering,
- 2) årsaksoppfatning,
- 3) tiltaksforventning,
- 4) handlingserfaring.

Disse kunnskapstemaene ble altså valgt i forhold til formålet, og var ikke ment å være dekkende for alle slags problemstillinger.

Hvert av nøkkelspørsmålene ble utviklet gjennom en erfaringsbasert prosess. Spørsmålene ble ikke laget som en logisk konstruksjon om hva som ville være lurt å si innen hvert kunnskapstema. Prosessen tok utgangspunkt i en formulering jeg tidligere med hell hadde brukt i en tilsvarende situasjon - "startstedet" - , og denne ble deretter systematisk raffinert og revidert fram mot et virksomt nøkkelsspørsmål. Startstedet var noe jeg husket at jeg hadde sagt - mer eller mindre tilfeldig - ved en eller annen anledning der denne talemåten hadde gitt meg en fin åpning i forhold til pasienten. Men selv om denne spørremåten hadde vært vellykket i møtet med en enkelt pasient med en bestemt tilstand, har formuleringen sine begrensninger og må gjøres bredere anvendelig. Derfor ble spørsmålet systematisk brukt og endret i møtet med en serie av pasienter, der det stadig fikk en ny og litt bedre form.

Betegnelsen "nøkkelsspørsmål" ble ikke brukt før følgende forutsetninger var oppfylt:



1. Spørremåten skulle være kraftfull og virksom i forhold til mange forskjellige pasienter og situasjoner innenfor det aktuelle kunnskapstemaet.

2. Jeg måtte være i stand til å angi hvilke språklige virkemidler ved spørremåten som gjorde den virksom, slik at mine erfaringer kunne gjøres overførbare og omsettes til andre legers språkform og personlige uttrykksstil.

Forskningsprosjektet besto i å gjøre en kvalitativ prosess- og produkt-evaluering for å beskrive og analysere utviklingen i anvendelsen av nøkkelspørsmålene. Hensikten var å karakterisere a) den kliniske metoden (et redskap for kunnskapsoverføring), og b) kunnskapinnholdet som den kliniske metoden kunne avdekke. I denne artikkelen skal jeg ikke utdype dette nærmere, men henviser interesserte lesere til avhandlingen (1).

Men en gevinst av den vitenskapelige tilnærmingen var bl.a. at jeg måtte sette i system det jeg hadde gjort, slik at det kunne være mulig å forstå hvordan den kliniske metoden var blitt til. Dette har fått form som en modell der erfaringene kan overføres og brukes i møtet med ulike kliniske problemstillinger eller pasientgrupper i allmennpraksis. Modellen er altså en oppskrift for hvordan det går an å lage en klinisk kommunikativ metode - uavhengig av formålet. Modellen

forutsetter ingen forskningsambisjoner - dem kan man eventuelt føye til etterhvert som det dukker opp spennende erfaringer som fortjener systematisk beskrivelse og analyse.

1. EN KLINISK KOMMUNIKATIV METODE - NÅR, OG HVORFOR?

La oss starte med å spørre om når det i det hele tatt er noen vits i å lage en klinisk kommunikativ metode. Når kan vi ha nytte av nøkkelspørsmål? Min erfaring er at nøkkelspørsmål har bred anvendelsesmulighet - spesielt vil jeg hevde at det ikke bare er de bløte psykososiale eller sosiokulturelle sakene som trenger bedre kommunikasjon. Jeg kan tenke meg at såvel kreftdiagnostikk som forebyggende medisin kan være aktuelle felter for systematisk forbedring av den medisinske samtale.

Men utgangspunktet for en slik klinisk metode må nok være en intuitiv visshet - eventuelt erfaring - om at dette er et felt der bedre kommunikasjon kan gi matnyttig medisinsk kunnskap.

Det må også være en problemstilling som forekommer rimelig ofte - det er vanskelig å mobilisere entusiasme for utvikling og anvendelse av nøkkelspørsmål overfor noe du møter en gang i året eller så. Du trenger også et visst tilfang av levende konsultasjoner for å komme noen vei.

Jeg tror det lønner seg å starte med en blanding av hjelpeløshet og nysgjerrighet. Hjelpeløsheten - fordi det er en erkjennelse av at noe kan gjøres bedre, og en mulighet for å ta pasientens ressurser i bruk, - nysgjerrighet - for å drive arbeidet framover og holde entusiasme og optimisme ved lag.

2. RELEVANTE KUNNSKAPSTEMAER

Har du så bestemt deg for en klinisk problemstilling som fortjener en klinisk kommunikativ metode, må du finne fram til hva som kan være relevante kunnskapstemaer. Bruk din egen allmennmedisinske erfaring for å finne fram til relevante kunnskapstemaer. Og regn i hvert fall ikke de fire kunnskapstemaene som jeg har beskrevet i min avhandling som de fire universelle - de er valgt med sikte på de kvinnelige pasientene med de ubestemte plagene. Er problemstillingen yngre mannlige ryggpasienter som ikke kommer seg i jobb igjen, kan f.eks. relevante kunnskapstemaer være arbeidslivstrivsel, rusforhold eller aktivitetsbehov.

3. STARTSTED

Når du har valgt ut ett eller flere kunnskapstemaer - og ett kan gjerne være nok! - er tiden inne for å velge startsted. Du bruker din erindring, du setter deg ned i ro og mak og prøver å huske hva du sa den gangen det virkelig løsnet - i møtet med en pasient innen den kliniske problemstillingen og det kunnskapstemaet der du skal lage dine nøkkelspørsmål. Hvis det er vanskelig å huske, kan du starte med å tenke etter hva du pleier å si hvis du vil vite noe innen dette kunnskapstemaet. Men let videre til du husker en god erfaring. Og fall endelig ikke for fristelsen til å konstruere et fikst spørsmål som du mener er språklig prima og som sikkert rommer alt du vil vite. Dette skal være erfaringsbasert. Gjør det enkelt, og la det være kort.

4. UNDERVEIS - RAFFINERING OG REVIDERING

Du har funnet fram til et startsted, og du er i gang med en spørremåte som sakte men sikkert skal bli bedre. Skriv opp spørremåten og ha den liggende foran deg til hverdags, slik at du kan prøve den ut hver gang du møter en pasient



som kommer med den problemstillingen som nøkkelspørsmålet gjelder.

Da vil du fort finne ut at den slett ikke var så god som du hadde trodd eller håpet. Men hvis du fortsetter og ikke mister motet, vil du se at du kan gjøre bare små forandringer på formuleringen som åpner eller stenger, som snur samtalen i pluss eller minus. Har du fem sekunder etter konsultasjonen, kan du skrive fire ord på et ark som forteller deg hva som var vellykket eller mislykket med den versjonen du brukte. Disse få ordene vil hjelpe deg til å identifisere de virksomme eller de villedende elementene i spørremåten, slik at du kan lage en ny versjon som du kan bruke neste gang du møter en pasient med den aktuelle problemstillingen. Har du tid og lyst, kan du gjerne notere mer - og da kan du skrive noen stikkord til deg selv om hvordan du kunne vite at spørremåten var vellykket eller mislykket. F.eks. "Vondt gir mer enn smerte". Eller "Bruk framtid - ikke fortid, for ellers kommer vi aldri videre".

Du prøver og feiler, litt fram og tilbake. Du må akseptere at det kan være tre skritt fram og ett tilbake av og til. Men dette tar ikke tid, og du står ikke til regnskap for noen. Du skal bare være interessert i å se om du kan finne fram til en brukbar formulering etter hvert.

Som allmennpraktiker vil du vite når du er på sporet, og hvilke spor som er gode eller dårlige. Du er på sporet når du kjenner at kontakten med pasienten er god, og når du får kunnskap som er ny eller overraskende eller nyttig. Prøv å finne fram til de elementene i spørremåten som gjør den god, og se om det er mulig å gjøre ennå mer ut av det, eller variere det litt.

5. UNIVERSALFORMULERING - FOR EGET BRUK

Når du er kommet fram til en formulering som ofte gir deg kunnskap av den typen du er ute etter, og når du ser at det ikke er gevinst ved å forandre den, gir du deg. Denne spørremåten kan vi godt kalle en "universalformulering". Vi kunne kalle den et nøkkelspørsmål - men jeg har foreløpig lyst til å legge dette navnet på venting en liten stund.

6. NØKKELSPØRSMÅL - SOM KAN DELES MED ANDRE

Jeg vil tilby en liten dessert for den som har lyst til å se nærmere på sin egen prosess omkring dette. Og fortsatt snakker jeg ikke om eller til forskere. Desserten består i at du aktivt ser deg selv i kortene mens du bruker universalformuleringen. Du er kommet fram til noe du anser som en god spørremåte, og du bruker denne hver gang den aktuelle problemstillingen dukker opp. Hver gang du bruker den, prøver du å legge merke til hva det er som gjør at det virker. Hvis det virker, da. Hvis det ikke virker når det kommer til stykket, kan du gå noen ekstra runder for å gjøre spørremåten bedre. Men hvis den virker, kan du koste på deg å reflektere over hva de virksomme elementene er. Prøv å få fatt i hva som kjennetegner din universalformulering, slik at andre kan bruke din erfaring til å omforme din universalformulering til sitt eget språk.

Da er det blitt et nøkkelspørsmål - når du kan fortelle hva som kjennetegner denne spesielle måten å snakke på. For slike spørremåter skal ikke brukes som papegøyesnakk. Hvis du ord for ord gjentar mine nøkkelspørsmål, tror jeg det er lite å hente. Slike spørremåter må tilpasses den personlige språkform og stil. Derfor er dette med å lete opp det karakteristiske en viktig forutsetning for å kunne overføre erfaringen til andre.

Den allmennmedisinske samtale kan alltid bli bedre. Vi har alle gode og dårlige erfaringer, og dette er et viktig råstoff for fagutvikling. Kommunikativ fagutvikling kan gjøres systematisk og enkelt på samme tid. Du kan gjøre dette selv, alene, helt privat - og bygge opp dine egne universalformuleringer, og på denne måten gjøre dine samtaler bedre. Eller du kan se nærmere på det du gjør, slik at du kan fortelle andre hva som gjør din universalformulering til et nøkkelspørsmål som andre kan bruke. Eller du kan stupe ennå dypere inn i stoffet og drive forskning på feltet.

Enhver må finne sitt eget nivå. Men det går ikke lenger an å være allmennpraktiker og si at dette med kommunikasjon er noe som passer for enkelte, og ikke for andre. Vi kan ikke snakke slik om blodtrykkmåling - og samtale er noe vi bruker mye mer enn blodtrykksappa-

ratet. Forskning og fagutvikling kan hjelpe oss til å beskrive og analysere det vi faktisk gjør, slik at vi kan gjøre det bedre. Min egen erfaring er at det ikke behøver å være så vanskelig eller digert. Det jeg har prøvd å vise i denne artikkelen, er at du ikke behøver å være forsker for å gjøre dine egne ord til bedre medisinske verktøy.

Så bare sett i gang selv - og lykke til!

Litteratur:

1. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
2. Måseide P. Analytical aspects of clinical reasoning: A discussion of models for medical problem solving. In Fisher S, Todd AD eds. The social organization of doctor-patient communication. Washington: Center for applied linguistics, 1983: 241-65.
3. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? CMAJ 1986; 135: 873-8.
4. Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. Ann Int Med 1985; 103: 606-11.
5. Austin JL. How to do things with words. Oxford: Oxford University Press, 1982 (second edition).

Førsteamanuensis/bydelslege
Kirsti Malterud
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Ulriksdal 8c
5009 Bergen



"We don't seem to communicate anymore."

LIVSKRAFTIG TIDSSKRIFT SØKER ENTUSIASTISKE MEDSPILLERE FRA 1992

Utposten har gjennomlevd barneår og ungdomstid, og er nå blitt et voksent og livskraftig element i norsk primærmedisin.

Hver redaksjon har en redaksjonsperiode på fem år. Den nåværende redaksjon avslutter sin redaksjonsperiode i desember 1992. Av egen erfaring vet vi at det kan være nyttig å ha noe tid til å forberede seg på oppgaven.

Vi spiller derfor allerede nå ballen ut på banen, i håp om at det finnes entusiastiske medspillere som kan tenke seg å ta over redaksjonsstafetten fra 1993. Denne annonsen er et framstøt for å forebygge at falsk eller ekte beskjedenhet hindrer potensielle redaktører i å melde sin interesse.

Tidsskriftarbeid tar tid, men gir store gleder og utfordringer, og kan anbefales på det varmeste. Vår erfaring er at det ikke er noen obligatoriske betingelse at redaksjonen bor på samme sted. Viktigere er lyst og evne til å finne gode samarbeidsformer, kreative ideer angående såvel drift som utforming av tidsskriftet, samt nese for hva som rører seg i norsk primærmedisin. Det er ikke nødvendig å være en habil skribent, men det er en fordel å ha kontakter innen mange primærmedisinske miljøer.

Vi tror det er viktig at den kommende redaksjon selv finner ut hva som vil være en god driftsmodell - samtidig som vi mer enn gjerne tilbyr oss å dele de hemmeligheter vi selv har utviklet for å lage et blad uten å slite oss ut. Vi tror redaksjonen bør bestå av 3-7 personer. Redaksjonsjobben kunne f.eks. være en fin utfordring for en veiledningsgruppe som har lyst til å lage noe spennende sammen.

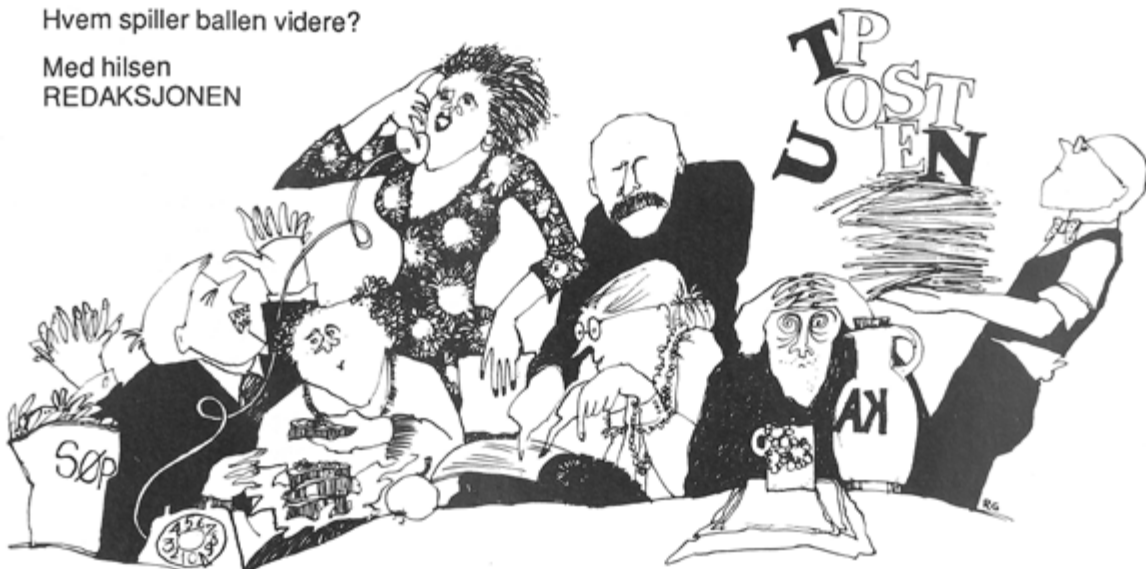
Vi ønsker oss etterfølgere som er interessert i å opprettholde en kritisk og jordnær profil for bladet, som ser på norsk primærmedisin som et fruktbart mangfold, og som tror på betydningen av et ikke-vitenskapelig tidsskrift for norsk primærmedisin. Med dette er altså ballen spilt ut på banen.

Interesserte lag inviteres herved til å meddele den nåværende redaksjonen sin interesse - uforpliktende eller forpliktende. Ta kontakt med en av oss for å få vite mer, hvis det kan være til nytte.

UTPOSTEN TRENGER EN NY REDAKSJON FRA 1992 FOR Å LEVE VIDERE.

Hvem spiller ballen videre?

Med hilsen
REDAKSJONEN



"Tale er sølv -"



Mette Nygård (f. 1935) er psykiater, og arbeider nå som overlege på poliklinikken ved Psykososialt senter for flyktninger. Hun har skrevet flere skjønnlitterære bøker.

Stort sett er det bare *ord* som skiller humanmedisin fra veterinærmedisin, om en ser det fra behandlerens side. Den logiske konsekvens burde være at det er lettere å være lege enn veterinær, men det er en feilslutning. Gjennom ordene kan du få flere opplysninger enn du ønsker å ta ansvaret for.

Av Mette Nygård

Dette dilemmaet fikk jeg øynene opp for da jeg i noen lykkelige måneder arbeidet som lege i bushen i Nigeria. Det lokale stammespråket var *ibibio* som ble oversatt til engelsk av vakthavende sykepleier.

En dag kom en pasient til poliklinikken og viftet tolken *unna*; han skulle klare seg selv.

"When was the last time you had the pain?" skrek jeg, på den måten en roper til folk som ikke forstår hva en sier.

Han sukket tungt, rullet volsomt med øynene og pustet dypt:
"Tomorrow!"

Denne totalt uventede opplysningen satte straks hele legegjerningen i et uventet lys for meg, rent eksistensielt. Vi leger handler jo *idag* forat pasienten skal bli frisk *i morgen*, men hva gjør du hvis symptomet alltid sitter der foran deg - i en evig "tomorrow" som du aldri kan innhente? For mitt indre øye så jeg legekunstens allmektighet rase sammen som et korthus.

Var det noen som nevnte ordets makt?

På sitt lattervekkende vis virket denne lille episoden som en kraftig påmindelse for meg om at i kontakten mellom lege og pasient er det pasienten, kunden, som bør *føre* ordet. Der pasienten leder, følger legen etter.

"Terapeuten skal være der pasienten er" sier vi i psykiatrien. I mitt fag, som fy-

sisk sett er det mest kontaktsvake av alle medisinske disipliner, betyr det at dine ord - og tanker - skal være der pasienten er, enten han oppholder seg ved "igår", "idag" eller "i morgen".

På den annen side, og deri ligger legekunsten, er det ikke bare der pasienten fører ordet at legen følger etter. Om du følger nøye *med* pasienten er stillheten, pausene, alt det usagte, kanskje langt viktigere å merke seg og å forsøke å forstå enn det som blir sagt med ord. Gjennom det usagte slipper legen til orde.

Egentlig er det innlysende: er klienten og legen på samme sted, psykisk sett, er det ikke nødvendig å spørre om annet enn det som er usagt; men hvor mange av oss har tid til å vente på de talende pausene?

I vår verbale og tidseffektive kultur er det ofte fare for at lege-pasientmøtet degenererer til begges kamp for å slippe til orde; i bildet ligger at motparten gjør alt for å sperre tilgangen så han kan bli hørt av den andre.

Stikkordet er "ja, men-". Hører du det komme ut av din egen eller pasientens munn vet du at en maktkamp er i emning. Klienten kjemper for seg selv, legen kjemper mot klokken.

All kunst, også legekunsten, krever tid og refleksjon. Det er det ikke alltid rom for i dagens helsevesen, men "nil nocere" gjelder idag som igår som i morgen. Et vennlig ord hjelper et langt stykke på vei, men ord kan også komme til kort.

Foto: Kirsti Malterud



Kommunikasjonen mellom pasient og lege dreier seg om alt, fra verkefingertil nærighetssorg til livets inngang og utgang. Det våre pasienter, og vi selv som pasienter (overgangen kan være like kjapp som overgangen fra å være bilist til fotgjenger!) ønsker fra legen er kontakt - kontakt til å bli hørt, trøstet, forstått og berørt.

Der ordene ikke strekker til vil hånden nå sjelen. Hånden, ikke ordene, er til syvende og sist legens helbredende redskap.

Min opphissede pasient i bushen som led under eveighetens synsvinkel roet seg ned. Den forviste tolken spratt frem fra bak et skjerm Brett.

"Please, Sistah, he means 'yesterday'", sa hun forklarende til meg og overhalte

pasienten på ibiblio. "He has waist pain and internal heat".

Det var symptomene på malaria.

Jeg sa ikke mer, men la en forsonende hånd på magen hans. Leveren var forstørret, milten var stor som et gresskar. En fingertupp på nedre øyelokk med drag nedover hørte til; det dekket icterus og blodprosent. For pasienten var det viktigste at han var blitt berørt. Han fikk en neve malaritabletter i en pose og vandret lykkelig hjem.

Overlege Mette Nygård
 Psykososialt senter for flyktninger
 Postboks 45
 Kringsjå
 0807 Oslo 8

□

Der er et Ord, som spøger i Blækhuset



Per Fugelli og Alexander L. Kielland er ordkunstnere fra Stavanger. PF er nyutnevnt professor i sosialmedisin i Bergen og høyst nålevende, mens ALK startet sitt litterære virke som journalist og redaktør i Stavanger Avis på slutten av 1880-tallet. Begge er kjente samfunns- og samtidskritikere, og leverer med denne artikkelen sitt første samarbeidsprodukt.



For å holde liv i meg mellom selvangivelse og ischias, ligger jeg på gulvet og leser Kiellands brev (1). Så kommer Kirsti Malterud på besøk, og ber om en artikkel til Utpostens nummer om ord. Og jeg spør Alexander om han vil være medforfatter - bysbarn som vi er.

Av Per Fugelli og
Alexander L. Kielland

En av forklaringene på Kiellands sans for brev ligger nettopp i Stavanger. Han følte seg lukket inne i denne trange byen.

Til Bjørnstjerne Bjørnson skriver han:

"Stavanger er en Perle; men jeg indrømmer, at det ser ud som en Østers."

Og til August Strindberg:

"Jeg lever her i en forhyklet, reaktionær Smaaby, i en fin Familie, hvor vi lide af aristokratiske Opstød, er 32 Aar, veier 216 pund, frisk, stærk, gift. Derfor lever jeg en god Del av mit indre Liv i Korrespondence, og derfor strækker jeg som en Polyp mine Arme ud i Verden, forat omklamre, hvad jeg opdager af "mit"."

Og gjennom hundrer av brev til forfattere og forleggere, ikke minst til Brandesbrødrene i København, får Kielland oppleve:

"Lyden af et Venskab langt borte, Bevidstheden om, at man færdes i hinandens Tanker".

I de fleste brevene finner vi ord om å lage ord. Det er to drivkrefter bak Kiellands diktning: den sosiale harmen og den språklige gleden. Han var stolt av samfunnsrefseren, men skammet seg over elegantieren.

I et brev til søsteren Kitty klager han over at borgerskapet faller for hans stil-kunst og glemmer budskapet:

"Derfor maatte jeg bort, forat styrkes i min Indignation; thi herhjemme (i Norge) taaler de formeget af mig, fordi jeg gjør det saa fint, og istedetfor at stene mig, klappe de og sige: Hvor han er skarp - den søde Satan."

Til broren Jacob betror han en annen motsetning i sitt liv - den sosiale opprøreren kontra den aristokratiske livsnyteren:

"Der er en Indvending, som har fulgt mig fra jeg begyndte; mine Fiender forme den saa; Kielland skriver saaledes, fordi det er moderne; han skjælder og smælder; men selv sidder han som Paven i Hummerskrotten - fed og inderligt fornøiet med denne Verden, han skildrer saa sort."

Og i et brev til Bjørnstjerne kommer han med denne fromme bønn:
"Maatte jeg bare ikke blive for fed og feig."

Gang på gang holder han fram indignasjonen som nødvendighet for sin skriving.

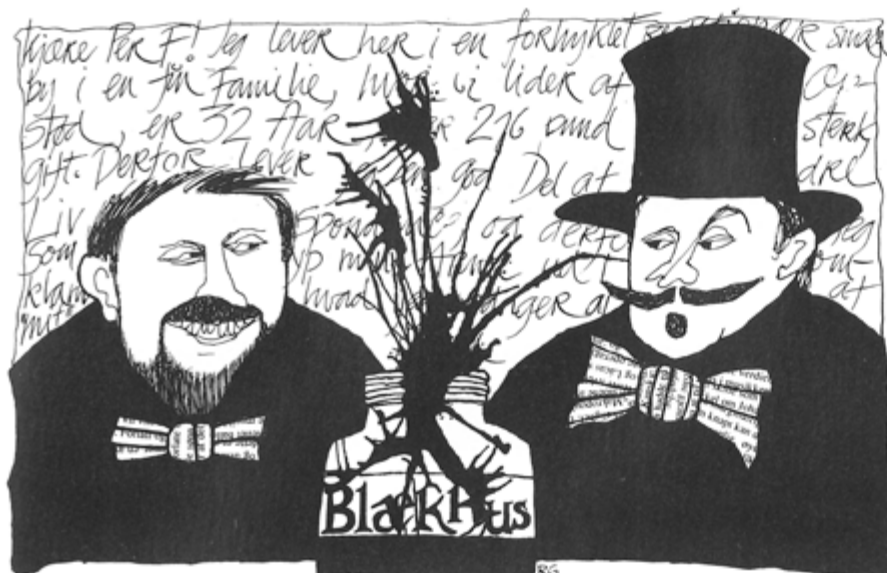
Til Kitty:

"Hvis der er en livskraftig Flamme i mig saa er det jo netop dette stille Raseri."

Til Jacob:

"Bliv mig fra Livet med Eders evindelige Mæglinger, Retfærdighed, Upartiskhed, Seen fra begge Sider - og alt dette Snøvl, der omhyller og afstumper den hellige Indignation. "En Mands Vrede

Tegning: Ragnhild Gjerstad



"udretter ikke det, som er Ret for Gud" - siger du; det var rare Erter det! end Moses! - hvad slog han Tavlerne istykker i? - i sin Vrede, - og Profeterne! tror du Filtmændene udrette det, som er Ret for Gud?"

Og til onkelen Jacob Otto Lange:

"Det er ogsaa en stor Nydelse, naar det hellige Raseri faar ordentlig Tag paa En, saaat man selv føler, at man skriver Ild."

I årene 1883-85 forlot "Ilden" Alexander. I "denne lange døde Tid" skriver han flere brev om utbrenthetens lidelser.

Til Edvard Brandes:

"Jeg er sort af Dovenskab.
Jeg er tom.
Alt er forbi.
Din forhenværende
A.L.K."

Og til Edvard Brandes igjen:

"Hvad mig selv angaar, saa er jeg fremdeles i min tidligere Elendighed - uden en eneste Gnist av Lyst til at gjøre nogetsomhelst." "Der maatte ialfald findes paa noget nyt - frygteligt! - jeg ved ikke hvad; men jeg ved, at min Stil er mig væmmelig som en Luder."

Til Jonas Lie:

"Tak for Deres venlige Hilsen af 30. December 1883. Det er ganske sandt:

jeg har gaaet længe - altfor længe uden at tage fat; og jeg er begyndt uden den rette Lyst; det er første Gang, jeg finder det tungt og besværligt at følge med mine egne Tanker; her har regnet saa altfor vanvittigt og jeg er bleven for fed."

Og endelig kommer kort og kyndig til Kitty:

"Jeg har en ny Bog i Hovedet; men han vil ikke ud - den Satan!"

Disse årene uten lyst og bøker ga ogsaa mangel på penger. Kielland hadde et sorgmuntert syn på sin økonomiske misere.

Til Jonas Lie skriver han:

"Fattigdom passer slet ikke for mig; og da jeg principmæssig og urokkelig betrakter den økonomiske Sans som en medfødt Pukkel, kan det ikke falde mig ind at anstrænge mig, - dog - lader os se til Liljerne paa Marken og tale om noget andet."

Og til Bjørnstjerne forteller han om en Norgesturne som skal rette på pengesnøden:

"Jeg vil holde Oplæsninger i Kostume eller staaende paa et Ben forat trække Folk - noget maa saagu gjøres, forat komme ud af dette Uføre i denne fine Familie."

Formynderen konsul Fredrik Hansen i Stavanger smilte neppe da han åpnet dette Kielland-brevet:

"Kjære Formynder! det er ikke uden Beklagelse, jeg erfarer, at du endnu ikke har naaet det Synspunkt, fra hvilket min Økonomi alene kan og bør ansues nemlig: det humoristiske. Du kan da vel vide, at something must turn up, for Exempel, jeg kan faa en Arv eller vinde i Lotteriet. Jeg spiller vistnok ikke; thi Chancen er saa liden, at det vilde være at kaste Penge bort - noget, jeg aldrig gjør. Men netop fordi Chancen er saa forsvindende liden for de Spillende, er den næsten ligesaator for de Ikke-spillende - en Gevinst kunde saaledes let falde udenfor, og da traf den ganske vist mig. Du ser saaledes, at der ikke er Grund til alvorlig Bekymring."

Kiellands brev gir innsikt i dikteren selv og den tid han og de tre andre store gjorde til norsk litteraturs gullalder. Men først og sist er brevene kunstverk - en vellystens kilde for de som er glade i ord:

"Jeg vilde nødig være uhøflig mod mine Kollegaer; men jeg synes nok, de er svært talrige."

"Jeg hadde længe været bange for mig selv i Retning af Drik; jeg likte det saa forbandet godt; et Glas i Haanden klær mig, og i den gryende Rus fandt jeg stor Plaisir."

"Jeg - som er en gammel og erfaren Lediggænger, kan forsikre Dem om, at Hvilen er sød."

"Du ved, det er saa ofte med Tanker som med Tinsoldater i Æsker: man ser dem først, naar de stilles rigtig op paa Bordet med Officerer og Musiken i Spidsen."

Litteratur:

Kielland A.L. Brev. XII. Samlede verker. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1950.

Professor Per Fugelli
Seksjon for sosialmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Der er et Ord, som spøger i Blækhuset



Per Fugelli og Alexander L. Kielland er ordkunstnere fra Stavanger. PF er nyutnevnt professor i sosialmedisin i Bergen og høyst nålevende, mens ALK startet sitt litterære virke som journalist og redaktør i Stavanger Avis på slutten av 1880-tallet. Begge er kjente samfunns- og samtidskritikere, og leverer med denne artikkelen sitt første samarbeidsprodukt.



For å holde liv i meg mellom selvangivelse og ischias, ligger jeg på gulvet og leser Kiellands brev (1). Så kommer Kirsti Malterud på besøk, og ber om en artikkel til Utpostens nummer om ord. Og jeg spør Alexander om han vil være medforfatter - bysbarn som vi er.

Av Per Fugelli og
Alexander L. Kielland

En av forklaringene på Kiellands sans for brev ligger nettopp i Stavanger. Han følte seg lukket inne i denne trange byen.

Til Bjørnstjerne Bjørnson skriver han:

"Stavanger er en Perle; men jeg indrømmer, at det ser ud som en Østers."

Og til August Strindberg:

"Jeg lever her i en forhykket, reaktionær Smaaby, i en fin Familie, hvor vi lide af aristokratiske Opstød, er 32 Aar, veier 216 pund, frisk, stærk, gift. Derfor lever jeg en god Del av mit indre Liv i Korrespondence, og derfor strækker jeg som en Polyp mine Arme ud i Verden, forat omklamre, hvad jeg opdager af "mit"."

Og gjennom hundrer av brev til forfattere og forleggere, ikke minst til Brandesbrødrene i København, får Kielland oppleve:

"Lyden af et Venskab langt borte, Bevidstheden om, at man færdes i hinandens Tanker".

I de fleste brevene finner vi ord om å lage ord. Det er to drivkrefter bak Kiellands diktning: den sosiale harmen og den språklige gleden. Han var stolt av samfunnsrefseren, men skammet seg over elegantieren.

I et brev til søsteren Kitty klager han over at borgerskapet faller for hans stil-kunst og glemmer budskapet:

"Derfor maatte jeg bort, forat styrkes i min Indignation; thi herhjemme (i Norge) taaler de formeget af mig, fordi jeg gjør det saa fint, og istedetfor at stene mig, klappe de og sige: Hvor han er skarp - den søde Satan."

Til broren Jacob betror han en annen motsetning i sitt liv - den sosiale opprøreren kontra den aristokratiske livsnyteren:

"Der er en Indvending, som har fulgt mig fra jeg begyndte; mine Fiender forme den saa; Kielland skriver saaledes, fordi det er moderne; han skjælder og smælder; men selv sidder han som Paven i Hummerskrotten - fed og inderligt fornøiet med denne Verden, han skildrer saa sort."

Og i et brev til Bjørnstjerne kommer han med denne fromme bønn:
"Maatte jeg bare ikke blive for fed og feig."

Gang på gang holder han fram indignasjonen som nødvendighet for sin skriving.

Til Kitty:

"Hvis der er en livskraftig Flamme i mig saa er det jo netop dette stille Raseri."

Til Jacob:

"Bliv mig fra Livet med Eders evindelige Mæglinger, Retfærdighed, Upartiskhed, Seen fra begge Sider - og alt dette Snøvl, der omhyller og afstumper den hellige Indignation. "En Mands Vrede

Tegning: Ragnhild Gjerstad



udretter ikke det, som er Ret for Gud" - siger du; det var rare Erter det! end Moses! - hvad slog han Tavlerne istykker i? - i sin Vrede, - og Profeterne! tror du Filtmændene udrette det, som er Ret for Gud?"

Og til onkelen Jacob Otto Lange:

"Det er ogsaa en stor Nydelse, naar det hellige Raseri faar ordentlig Tag paa En, saaat man selv føler, at man skriver Ild."

I årene 1883-85 forlot "Ilden" Alexander. I "denne lange døde Tid" skriver han flere brev om utbrenthetens lidelser.

Til Edvard Brandes:

"Jeg er sort af Dovenskab.
Jeg er tom.
Alt er forbi.
Din forhenværende
A.L.K."

Og til Edvard Brandes igjen:

"Hvad mig selv angaar, saa er jeg fremdeles i min tidligere Elendighed - uden en eneste Gnist av Lyst til at gjøre nogetsomhelst." "Der maatte ialfald findes paa noget nyt - frygteligt! - jeg ved ikke hvad; men jeg ved, at min Stil er mig væmmelig som en Luder."

Til Jonas Lie:

"Tak for Deres venlige Hilsen af 30. December 1883. Det er ganske sandt:

jeg har gaaet længe - altfor længe uden at tage fat; og jeg er begyndt uden den rette Lyst; det er første Gang, jeg finder det tungt og besværligt at følge med mine egne Tanker; her har regnet saa altfor vanvittigt og jeg er bleven for fed."

Og endelig kommer kort og kyndig til Kitty:

"Jeg har en ny Bog i Hovedet; men han vil ikke ud - den Satan!"

Disse årene uten lyst og bøker ga ogsaa mangel på penger. Kielland hadde et sorgmuntret syn på sin økonomiske misere.

Til Jonas Lie skriver han:

"Fattigdom passer slet ikke for mig; og da jeg principmæssig og urokkelig betrakter den økonomiske Sans som en medfødt Pukkel, kan det ikke falde mig ind at anstrænge mig, - dog - lader os se til Liljerne paa Marken og tale om noget andet."

Og til Bjørnstjerne forteller han om en Norgesturne som skal rette på pengesnøden:

"Jeg vil holde Oplæsninger i Kostume eller staaende paa et Ben forat trække Folk - noget maa saagu gjøres, forat komme ud af dette Uføre i denne fine Familie."

Formynderen konsul Fredrik Hansen i Stavanger smilte neppe da han åpnet dette Kielland-brevet:

"Kjære Formynder! det er ikke uden Beklagelse, jeg erfarer, at du endnu ikke har naaet det Synspunkt, fra hvilket min Økonomi alene kan og bør anskues nemlig: det humoristiske. Du kan da vel vide, at something must turn up, for Exempel, jeg kan faa en Arv eller vinde i Lotteriet. Jeg spiller vistnok ikke; thi Chancen er saa liden, at det vilde være at kaste Penge bort - noget, jeg aldrig gjør. Men netop fordi Chancen er saa forsvindende liden for de Spillende, er den næsten ligesaator for de Ikke-spillende - en Gevinst kunde saaledes let falde udenfor, og da traf den ganske vist mig. Du ser saaledes, at der ikke er Grund til alvorlig Bekymring."

Kiellands brev gir innsikt i dikteren selv og den tid han og de tre andre store gjorde til norsk litteraturs gullalder. Men først og sist er brevene kunstverk - en vellystens kilde for de som er glade i ord:

"Jeg vilde nødig være uhøflig mod mine Kollegaer; men jeg synes nok, de er svært talrige."

"Jeg havde længe været bange for mig selv i Retning af Drik; jeg likte det saa forbandet godt; et Glas i Haanden klær mig, og i den gryende Rus fandt jeg stor Plaisir."

"Jeg - som er en gammel og erfaren Lediggænger, kan forsikre Dem om, at Hvilen er sød."

"Du ved, det er saa ofte med Tanker som med Tinsoldater i Æsker: man ser dem først, naar de stilles rigtig op paa Bordet med Officerer og Musiken i Spidsen."

Litteratur:

Kielland A.L. Brev. XII. Samlede verker. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1950.

Professor Per Fugelli
Seksjon for sosialmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Hva slags menneske henvender helseopplysningen seg til?



Tove Beate Pedersen er født og oppvokst i Lofoten. Cand.psychol. 1979. Arbeidet 2 år i PPT/Bærum, 7 år som vit.ass. ved Psykologisk Institutt, UiO, og 2 år som 1.konsulent ved Avd. for helseopplysning/Statens Helseundersøkelser. Nå er hun daglig leder i NAVF's Sekretariat for kvinneforskning.

En sosialpsykologs observasjoner og refleksjoner - I

Dette er den første av to artikler om helseopplysningens mål og mening, innhold og form. Neste artikkel kommer i Utposten nr. 6/91.

Av Tove Beate Pedersen.

Hvis vi spør folk om hva de forbinder med helseopplysning vil en stor del sannsynligvis si at det er "brosjyrer om helse og sånt", altså informasjon og gode råd i fire farget trykk. Vi vet at helseopplysning er mye mer; foredrag med lysbilder, stands på "super'n", kampanjer for fysisk aktivitet og helse - o.s.v.

- mye oppfinnsomhet og kreativitet som har følgende fellestrekk:

- Informasjon om sammenheng mellom helse og "et eller annet".
- Råd om å gjøre mer eller mindre av et eller annet, eller slutte eller begynne med et eller annet.
- Beskrivelse av hvordan disse endringene fås i stand.

Helseopplysningstrappen - en dårlig modell for helse-relatert atferd

"Det generaliserte mennesket" fins ikke. Massekommunisert opplysning må nødvendigvis ignorere dette faktum og konstruere en målgruppe som ikke er definert av sosiale variabler som kjønn, alder, sosial status (= den generaliserte norske kvinne og mann). Hvis vi tar utgangspunkt i at helseopplysningsmetodene er produkt av en analyse av målgruppen, altså inneholder et minste felles multiplum av kjennetegn en regner med er "fellesmenneskelige", hva slags mennesker framkommer da?

- Mennesker som ønsker eller er mottakelige for informasjon om helse og hva

som påvirker denne - med forestillinger om at det er sammenheng mellom måten vi lever på - og helse.

- Mennesker som vil ha råd om hvordan de kan påvirke helsa si positivt - med en positiv holdning til å ta vare på egen helse.

- Mennesker som vil gjøre noe for å sikre seg god helse - med atferd som er i tråd med deres holdninger.

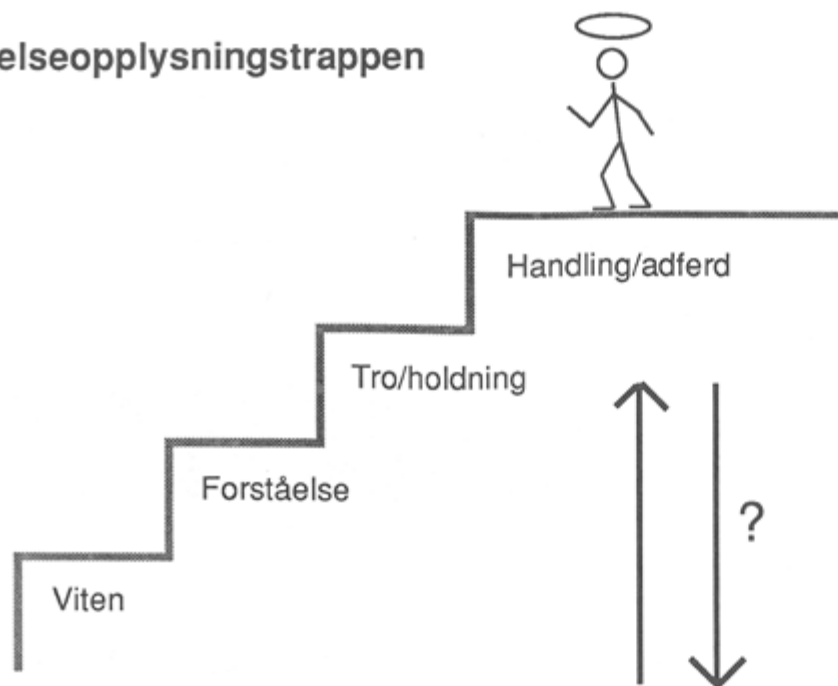
Dette minner svært om den personen som er villig til å bestige "helsetrappen". Helsetrappen er en modell for helseopplysning, som forstår veien til god helse som en prosess som starter med viten, og som så går via forståelse og tro til handling (1).

Personer som arbeider med helseopplysning, selv ofte personer med høy utdannelse og solid forankring i middelklasseverdiene og leveste, oppfatter helseopplysningstrappen som en god beskrivelse av sin egen vei til god helse, og uttrykker forvirring over at "de andre", de som fortsetter å leve usunt, ikke kan beveges til topps på denne trappen.

Vi vet i dag mye om at sunn atferd er ulikt fordelt i befolkningen. Korrelasjonen mellom helsefremmende atferd og sosialklasse er høy, de med høy utdannelse og best inntekt er sunnest. De som har mindre i form av såvel penger som formell utdannelse lever liv som affiserer helsa deres negativt.

Helseopplysningene (med en selvforståelse som sammenfaller med helsetrappen)

Helseopplysningstrappen



lurer svært på hva slags trinn av trappen det er det svikter på når "de andre" ikke også velger å leve sunnere.

"Actor-Observer"-effekten

Når helseopplysere forsøker å forklare "de usunnes" levevis, kommer det som i attribusjonspsykologien omtales som "Actor-Observer"-effekten for en dag. "Actor-Observer"-effekten innebærer at en person som observerer en annen gjøre noe, vil ha en tendens til å forklare den andres atferd ved indre variabler, som f. eks. personlighet: "Han gjør slik, fordi han er så aktiv person". Den observerte, aktøren, derimot, vil ha en tendens til å forklare samme atferd ved hjelp av situasjonsvariabler: "Jeg gjorde det fordi de andre maste på meg".

Der helseopplysere vil forklare usunn atferd med individvariabler; "hun er ikke motivert nok, ikke opplyst nok, ikke viljesterk nok", vil individet ha personlige begrunnelser for sitt liv som ofte i mye større grad involverer ytre påvirkning og situasjonsvariabler. Atferd som er relevant i forhold til helse, kan ikke forklares ved begreper for personlighetstyper. Dette er heller ikke atferd som er å finne pent og ryddig i en egen "skuff" i vårt repertoar av være-

måter, men er mer eller mindre bevisste valg, vaner, prioriteringer integrert i det rotet av mønstre og tilfeldigheter som utgjør et liv.

Maktesløshet

Det snakkes mye om at "vi må endre folks holdninger", altså gjøre folk mer helsebevisste og positive til å ta vare på egen helse - til tross for at selve bøygen er å få folk til å endre atferd, når de jo "vet bedre". Her blir de tradisjonelle helseopplysere, med bakgrunn i medisinske profesjoner, tafatte, for deres fagbakgrunn gir ingen kompetanse til å få dyttet folk opp det siste trinnet, fra forståelse til handling. Ingen liker å oppleve maktesløshet. En adekvat reaksjon er unngåelse og å heller konsentrere seg om noe en får til: Spre mer informasjon (enda flere brosjyrer) på stadig mer appellerende måter (stadig finere layout og bilder) i håp om at dette skal krympe det øverste trinnet.

Jeg tror ikke helseopplysningstrappen er en god modell for å forklare levesettet verken til de sunne eller de usunne! I det videre vil jeg komme med en del faglige begrunnede betraktninger som kan gjøre rede for hvorfor jeg *ikke* tror det og samtidig kan være til hjelp for å

forstå *hvorfor* grupper av befolkningen er så ulikt affisert av helseopplysning. Folkelige forestillinger om helseopplysning er at dette er "brosjyrer om helse og sånt". Spør vi hva folk synes om dette, vil vi ofte avdekke *svært* negative holdninger. Folk som ikke lever spesielt sunne liv, gir ofte uttrykk for sterke negative følelser overfor helseopplysere og deres helseopplysning.

Helseopplysning - en gledesdreper?

Uttrykk som "Alt som er godt er enten usunt eller umoralsk" avspeiler en opplevelse av at helseopplysning er en gledesdrende aktivitet som er ute etter å ta fra folk nytelse. Også den velopplyste middelklassen som etter beste evne prøver den sunne, smale vei, kan oppleve det slik: "Vi lider oss gjennom hver eneste nye sunnhetsdag, og føler oss dårligere og dårligere. Magen virker ikke. Kroppen er slapp. Håret er pistrete. Humøret er borte. Musklene anspente og kjærligheten blomstrer ikke". (2). De mer moderate, de som ikke gir direkte uttrykk for sterke følelsesmessige reaksjoner, sier mer veloppdraget at "det kan lett bli for mye av en god ting". De som selv vet at de ikke lever sunne liv, gir uttrykk for at de føler seg overkjørt og frarøvet livskvalitet. Helseopplysningen kan oppleves som tilslørt sosial kontroll. I den gode hensikt å gjøre folk sunnere, nektes folk nytelse.

Dette henger utvilsomt sammen med det faktum at nytende og utlevende atferd som f. eks. drikking og vellevnet av seksuell og annen art som tidligere ble fordømt av øvrighetspersoner og som kvalifiserte til både nåtidig og hinsidig straff, er den samme atferd folk nå advares mot med henvisning til helsefarer av forskjellig slag. (Det er følgelig forståelig at folk lett får assosiasjoner til frelsing og emissærvirksomhet når de referer til helseopplysning).

Mye tyder på at helseopplysere pr. definisjon er uegnet som helseopplysere i forhold til de gruppene som har mest å vinne i helse på å endre atferd. Mange av de som pr. rolle eller posisjon er satt til å gi informasjon om levevaner og helse, er personer som oppleves som representanter for "det riktige liv" og som er så uutholdelig prektige at de mindre vellykkede av oss ikke vil identifisere



seg med dem, og følgelig heller ikke forholder seg positivt til det de sier. Det er derfor viktig å se etter innebygde barrierer i en del roller - for så å utvikle nye påvirkningsmåter f. eks. med utgangspunkt i analyser av hvem i et miljø eller gruppe som best er egnet til å være modell og så jobbe gjennom disse. Et begrep LIM (Ledere i Miljøet) har dukket opp på området forebygging i forhold til grupper som ikke umiddelbart ser representanter for "det bestående" som troverdige.

Helsebevissthet - en forutsetning for sunn atferd?

Mye moderne helseopplysningsmaterieell bestreber seg på å understreke det positive i en sunn livsstil ved å framstille sunne mennesker som både vakre og spesielt *lykkelige* - i stedet for, i tradisjonell predikantånd, å vise til negative følger av å handle galt. Men heller ikke disse flotte positive budskapene synes å ha synderlig effekt på de som særlig trenger å motta dem. Et avgjørende spørsmål i forebyggende helsearbeid (som jeg savner problematisert) er: Er helsebevissthet en forutsetning for et sunt levesett?

Når det i helseopplysningskretser er mye snakk om "å få endret folks holdninger", er dette uttrykk for at helseopplysningsvirksomheten synes å ta som utgangspunkt at veien til god helse nødvendigvis må gå via en helsebevissthet (kfr. helseopplysningstrappen). En forklaring på dette er sannsynligvis at de sunne helseopplysningene opplever helseopplysningstrappen som en dekkende beskrivelse av deres egen vei til sunn atferd. Når jeg ikke tror at dette er tilfellet, er det fordi svært mye av vår atferd og levesett kommer i stand ved tidlig innlæring av vaner og ved modelllæring. Vi lærer å leve på den måten vårt sosiale miljø sier er riktig - både ved at vi tidlig får automatiserte vaner knyttet til f. eks. personlig hygiene, og kommer til å oppføre oss f. eks. mht. røyk, alkohol, matvaner *likt* de som er modeller i vårt miljø, de det gir status å være lik.

Atferd og holdninger

Noen miljøer gir sine medlemmer sunne vaner og preferanser, - og fra disse miljøene rekrutteres ofte helseopplysningene. Svært ofte kommer atferd *før*



holdninger. Det vil si at vi gjør det vi gjør, fordi vi liker det (enda om bakgrunnen er at det er innlærte vaner) og hvis vi blir bedt om å begrunne vår atferd, vil vi finne forklaringer som er rimelige, som gjør det forståelig for andre og oss selv at vi gjør det vi gjør.

Altså vil vi gi uttrykk for holdninger som er i tråd med vår atferd. Atferd og holdninger som ikke stemmer overens, fører til kognitiv dissonans, er spenningskapende, en tilstand som bare kan løses ved at en enten forandrer atferd eller justerer holdninger til dette stemmer overens.

Min påstand er at den "æren" de sunne enkeltvis håver inn ved å hevde at de lever sunt fordi de innretter seg etter den fornuft og kunnskap de har, sannsynligvis slett ikke alltid er fortjent. De øvre sosiale lagenes sunnhet er kommet i stand via en kultur og ikke fordi denne kulturens medlemmer enkeltvis nødvendigvis er mer fornuftige og selvdisiplinerte enn de andre. De sunne er faktisk helsebevisste fordi de lever sunt, og ikke omvendt.

Denne mekanisme er det grunn til å tro er i funksjon når en sprek hundreåring intervjues på sin store dag og sier at han har nådd sin høye alder og gode helse ved en måteholden og regelmessig livsførsel. Dette kan da oppfattes som en belønning han innkasserer som resultat av et livslangt helsebevisst prosjekt, mens han i virkeligheten kanskje levde sitt liv i et bygdemiljø som aldri tillot andre måter å leve på - og der andre

som levde på samme vis både ble syke og døde i mer "gjennomsnittlig" alder. Mediapåvirkninger som dette bidrar til å befeste inntrykket at helsebevissthet er det som fører til god helse.

På den andre siden kan det argumenteres for at de som av sitt miljø har lært å like et "usunt" levesett, har sine negative holdninger til helseopplysning som en følge av dette. Også de har behov for å oppleve overensstemmelse mellom atferd og holdninger. Dette er ikke hele forklaringen på at de høyere sosialklassene er sunnere enn "de andre". God økonomi og utdanning gir ikke bare muligheter til å kjøpe sunn mat og tilgang til kunnskap. En plausibel forklaring på at de velutdannede og velsituerede i større grad gjør bruk av den tilgjengelige kunnskapen på en måte som er gunstig for helsa deres, er at de *generelt* opplever større kontroll over sine liv. De har erfart at de ved sine valg på avgjørende vis kan styre retningen i sine liv.

Flaks eller uflaks

I motsetning til dette står fiskeren som *ble* fisker fordi det er en naturlig del av det å vokse opp i hans miljø, og som i hele sitt yrkesaktive liv har opplevd at det er tilfeldigheter, flaks eller uflaks, godt eller dårlig vær, som bestemmer fangsten og dermed inntekten. Dette er erfaringer som i liten grad gjør at du opplever dine valg og prioriteringer som utslagsgivende for hvordan det går med deg. Folk som er avhengige av naturens luner utvikler rimeligvis en mer fatalistisk holdning til livet, nydelig il-

lustrert av følgende tekst som ofte pryder broderte bilder over hodegjerdet til gamle folk i fiskersamfunn (3):

*Gårdagen er forbi
I dag hjelper Herren
Morgendagen kjenner ingen*

Den fatalisme som utvikler seg hos folk og i kulturer som ikke kan oppleve særlig kontroll over sine liv, kan også forklare hvorfor ulike personer og grupper forholder seg så ulikt til kunnskap om risiko. Å opplyse røykende og kokekaffedrikkende nordlendinger om risiko for lungekreft og hjerteinfarkt, er å forsøke å nå *personer* som, fordi de lever av å ta risiko på sjøen, må ignorere risiko. Det er personer, fiskere el. ikke, som er oppvokst i en *kultur* som derfor har utviklet "taklingsmekanismer" som gir seg uttrykk i munnhell som: "Det er så mye som er farlig", underforstått det er risiko over alt, og hvis vi vil "leve" må vi la være å forholde oss til dette. Å forsyne folk nordpå med enda mer kunnskap om hvor dårlig de ligger an på helsestatistikken, kan derfor bidra til å sementere inn gruppekulturen som befolkes av ideer om to typer folk: de sunne, kjedelige og ekle søringene, og de frodige, morsomme, øldrikkende og røykende nordlendingene.

Kunnskap om risiko - støtte eller byrde?

Det er vel også et spørsmål om vi som generelt opplever stor kontroll over våre liv, kan forholde oss rasjonelt til all den kunnskap om risiko vi overdynges med. også vi tvinges til å være selektive i forhold til hva vi vil la få innflytelse, og må velge mellom verdier.

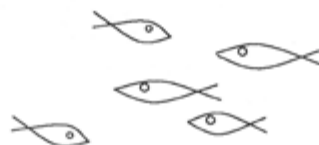
Et eksempel mange vil kjenne seg igjen i er den pinefulle prosessen det er som foreldre å gradvis måtte utsette sine barn for risiko. Hvis vi lar barna leve under helt beskyttede forhold, vil våre sønner og døtre ikke kunne skaffe seg de erfaringer de trenger for å bli flyvedyktige. Å hele tida være redd for trafikk og andre farer er for smertefullt, vi må undertrykke det og utvikle strategier for å leve med risiko.

I forhold til den overveldende mengden av informasjon om risiko knyttet til forskjellige sider ved leveste er det ikke å undres over at mange gir opp å sortere i det hele tatt - og heller lever sine liv som de alltid har gjort, og opp-

gitt sier: "Ja, ja i år er det sunt, neste år er det farlig". Det er neppe å ta for hardt i å si at vi har fått for mye helseopplysning, og det fordi ivrige og velmenende helseopplysere lenge har vært preget av en dose - respons tenkning; hvis opplysningen er riktig dosert og settes på riktig sted vil den virke, og når det ikke skjedde, økte dosen og håpet på effekt. Til vi i dag opplever at store deler av det norske folk har fått en overdose - og ikke vil ha mer.

Kan opplysning skade?

Kan helseopplysning også ha virket mot sin gode hensikt? En framherskende tenkemåte i vårt samfunn er at opplysning ihvertfall ikke kan skade. Men vi har etter hvert grunn til å tro at opplys-



ning *kan* skade: Vi har dramatiske eksempler på at opplysning om selvmord kan føre til øking i selvmord, at opplysning om faren ved rusmiddelbruk, og faren ved å ikke bruke sykkelhjelmer har ført til stikk motsatt effekt enn det opplyserne ønsket.

Mindre dramatisk, men viktig nok, er observasjoner av at velment helseopplysning fører til opplevelser av sårbarhet og frykt som igjen gir seg uttrykk i "strutseatferd", der en stenger av for de inntrykkene som gjorde en så redd. Her illustrert ved en samtale mellom kvinner som går på røykesluttgruppe og er i ferd med å slutte å røyke: A: "Husker dere den fæle engelske filmen med de svarte lungene i de bøttene?" Dette utløser kraftige avskyreaksjoner hos de andre tilstede-værende. B: "Ja, etter det har jeg alltid unngått sånne filmer!"

Informasjon om risiko med skremseffekter løper risikoen for at store grupper vil stenge av for også annen helseinformasjon. Opplysningssamfunnets mer eller mindre uttalte begrunnelser for at mer informasjon er et gode, har vært at det gir oss mer kontroll over vår tilværelse og da kan vi gjøre bedre og mer fornuftige valg. Bare det da, at kunnskap om sammenhenger mellom helse og atferd og risiko *ikke* gir alle økt følelse av kontroll. Og særlig ikke grupper som fra før ikke opplever, og kanskje heller ikke har grunn til å oppleve kontroll over sine liv! Jeg tror at følgende sitat kan dekke den følelsen mange av oss har: "Some people feel that a life that includes good health habits is a life devoted to the fear of illness".

Vi vet ikke nok til å si hvilken livsvei som fører til god helse. Til det trenger vi kvalitative studier. Annick Prieurs undersøkelse av homofile menns sekspraksis (4) er et utmerket eksempel på kunnskap fremkommet ved kvalitative metoder som er viktig for forebyggende arbeid i forhold til AIDS, men også mer generelt. Et spredt forsøk ble presentert av Barbro Renck (5), som dybdeintervjuet en del voksne personer som hadde det til felles at de ikke hadde vært sykemeldt i løpet av de siste fem årene. Disse sunne personene delte seg i to grupper med hvert sitt grunnsyn da de skulle si noe om sitt forhold til helse. Disse to grunnsynene, som altså begge kan ligge bak at vi holder oss friske, kan betegnes



som henholdsvis "Sisyfosmodellen" og "Alt som er godt er sunt".

"Sisyfosmodellen" kjennetegnes ved ideer om at en må slite for helsa og at dette krever selvdisciplin og selvkontroll. De som ga uttrykk for dette synet var personer som hadde tatt innover seg helseopplysnings-budskapene og som bestreber seg på å leve deretter. Livsnytere, de som ser det slik at "alt som er godt er sunt", derimot, understreket spontanitet, utlevelse, avkobling og frihet som sentrale verdier i deres liv. De så det som viktig at vi uttrykker og tilfredsstiller våre behov heller enn å kontrollere dem. De la dessuten vekt på at vi *ikke* må overdrive sunne aktiviteter fordi dette lett kan skape angst og bli en tvang.

Forebyggende arbeid trenger kvalitative studier og studier av "det vellykkede"

Rencks undersøkelse (5) er viktig fordi den forsøker å finne svar på hvorfor? - og hvordan? i forhold til helse. Vi har et uttall av gode kvantitative korrelasjonsstudier, vi vet mye om *hva som er*: f. eks. at de med høy utdannelse har bedre helse enn "de andre". Vi trenger studier som kan lære oss mer om hvorfor og hvordan dette kommer i stand. Da må vi våge oss på kvalitative studier, og f. eks. be folk gjøre rede for hva som er bakgrunnen for at de lever som de lever: hvorfor de røyker eller ikke etc. Da er det avgjørende at forskeren er villig til å ta et "innafra-perspektiv" - og se at samme fenomen fortolkes ulikt og får ulike konsekvenser avhengig av hva slags erfaringsballast en har - og avhengig av hva som er sentrale verdier og behov hos den enkelte (6).

Vi må f.eks. studere "det vellykkede". Finne ut hva det er som skjer når folk lever rimelig sunt helt av seg selv. Vi må både gå inn i personlige begrunnelser for enkeltvaner og vi må gå et nivå opp fra isolert å se på atferd, som hvordan den enkelte drikker, spiser, driver fysisk aktivitet, til å se om det finnes overordnede mønstre som bestemmer enkeltvaner. Vi vet at overordnede forhold ved miljø og referansegrupper er avgjørende for hvor sunt eller usunt vi lever, men vi må finne ut hva slags forhold dette er og på hvilken måte de fører til sunne eller usunne enkeltvaner.

Noen miljøer gir sine medlemmer følelse av kontroll og påvirkningsmuligheter over sine liv, mens andre miljøer ikke gjør dette - og dette kan være en slik overordnet faktor som bestemmer levevaner. Andre har i forebyggende arbeid overfor ungdom tatt som utgangspunkt at ungdom som *ikke* misbruker alkohol er trygge personer som har lært væremåter og har måter å takle verden på, som gjør at de ikke får alkoholproblemer. I stedet for å opplyse de unge om alkoholens forbannelser, lager en så opplegg for å utvikle selvfølelse og kontroll, og bygger opp de unges reper-toar når det gjelder selvhevdelse og fer-digheter (7).

Forebyggende helsearbeid må i større grad konsentrere seg om det overordnede nivået der begreper som livskvalitet og verdier er sentrale, istedenfor å telle frekvensen av enkelthandlinger som er positive eller negative for helse. Hvis det ikke skjer, kan vi risikere å sementere de sosiale ulikhetene vi allerede kjenner til, eller til og med øker ulikhetene ved at de "usunne" forblir akkurat så "usunne" som de alltid har vært, mens de høyere sosiale lagene beveger seg ytterligere i sunn retning ved å nyttiggjøre seg stadig ny kunnskap om helsefrem-mende livsførsel.

For mange mennesker er forholdet til helseopplysning også et spørsmål om å få lov til å oppleve sitt liv som et verdig liv. De færreste ønsker å forholde seg til at deres levesett har vært forfeilet og basert på ufornuft. Dette er sannsynligvis en årsak til at modernitet er en verdi hos de yngre generasjoner, mens konservatisme i form av forsvar av status quo er mer utbredt hos de eldre. I tillegg til denne generasjonsulikheten vet vi også at ulike delkulturer i vårt land tolker forandring, f. eks. det å være moderne, forskjellig. Noen miljøer belønner det å *ikke* forandre seg med honnør, som: "du er sannelig den samme gamle", og tolker forandring som det å ta avstand fra det miljøet står for. Andre delkulturer belønner det å forandre seg, f. eks. legge om livsstil, fordi dette ses på som utvikling.

Hittil har det at færre unge i Norge har begynt å røyke, vært forklart som effekten av helseopplysning og fravær av tobakksreklame. Dette er neppe mer enn en del av forklaringen. Denne utviklin-

gen kan like gjerne være en ureflektert effekt av de unges ønske om å være moderne. Dagens ungdomsideal kommer fra USA og *der* røyker som kjent svært få unge, og ihvertfall ikke "heltene" og idealene.

Litteratur:

1. Pedersen TB. SOHO-posten 1989 (1).
2. Schramm E. Sunnhetens apostler. Kvinner og Klær 1988 (1).
3. Personlig informasjon fra kommunelege Eivind Straume, Loppa.
4. Prieur A. Kjærlighet mellom menn i Aidsens tid. Oslo: Pax, 1988.
5. Renck B. Vigør 1988 (6).
6. Pedersen TB. Kulturelle "tatt-for-gitt-heter". Utposten 1989; 18: 222-6.
7. Dette opplegget, utviklet i Canada, som omtales PLUS ble presentert av K.N. Burden på konferansen til International Council on Alcohol and Addictions i Oslo 31.7 - 6.8 1989.

Tove Beate Pedersen
NAVFs Sekretariat for kvinne-
forskning
Sandakervn. 99
0483 Oslo 4

I artikkelens annen del (UP 6/91) fortsetter forfatteren å stille spørsmål ved en del mer eller mindre uttalte forutsetninger i forebyggende arbeid, med eksempler fra røykeavvenning og mat/vekt/slanking. Hun advarer fagfolk mot å være håndlangere for sosiale myter. Til sist argumenterer hun for at vi trenger færre kampanjer, mer teori og analyse, mindre informasjon og appell til den enkelte, og flere samfunnsmessige tiltak.

c Napren-E «Nycomed»
Antiflogistikum ATC-nr.: M01A E02
T ENTEROTABLETTER 250 mg og 500 mg:
Hver enterotablett inneholder Naproxen 250 mg,
resp. 500 mg, const. q.s. Mavesaftresistent
drasjering.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Et syreresistent drasjelag gjør at naproxen først frigjøres i tarmen. Mindre tendens til ventrikkelslimhinneskader enn med vanlige naproxentabletter. Gir noe kortere varighet av morgenstivhet hos reumatikere enn vanlige tabletter. **Virkningsmekanisme:** Hemmer prostaglandinsyntesen. Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt. Har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus og senker forhøyet basaltonus. **Absorpsjon:** Fullstendig. Starter først etter 2-3 timer. Tiden for maksimal plasmakonsentrasjon nås, varierer mer enn for vanlige naproxentabletter og er gjennomsnittlig ca. 4-6 timer. Plasmakonsentrasjonen om morgenen etter inntak av en kveldsdose vil være høyere enn med vanlige naproxentabletter.

Proteinbinding: Over 99%. **Fordeling:** Opp-tas bare i liten grad i vevene, hoveddelen gjenfinnes i blodet. **Distribusjonsvolumet** er ca. 0,1 liter/kg. **Halveringstid:** 10-17 timer, gjennomsnittlig 13 timer, relativt uavhengig av dosen. **Metabolisme:** Vesentlig ved demetylering og konjugering. **Utskillelse:** 95% i urinen, fortrinnsvis som inaktive metabolitter, ca. 10% som uforandret naproxen. 1-2% utskilles med fæces. **Overgang i morsmelk:** Konsentrasjonen i morsmelk er ca. 1% av serumkonsentrasjonen, slik at risiko for barnet anses usannsynlig med terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Går over, se Kontraindikasjoner.

Indikasjoner: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, artrose, mb. Bekhterev. Akutte anfall av urinsyregikt. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré. Primær og spiralindusert menoragi.

Kontraindikasjoner: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet overfor naproxen. Bør ikke gis om acetylsalisyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller analgetika har forårsaket astma, urticaria og rhinitt. Sikkerhet under graviditet ikke dokumentert. Bruk under graviditet krever nøye avveining av mulige fordeler mot potensielle risiker for mor og barn, spesielt i 3. trimester.

Bivirkninger: Vanligst er dyspeptiske plager. Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. Hodepine, tretthet, søvnløshet, lett uro, øresus og svimmelhet. Allergiske reaksjoner i form av hudreaksjoner og astmaanfall kan forekomme. Mildt perifer ødem. Enkelte tilfeller av forhøyede leverfunksjonsverdier er rapportert. Dermatologiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Pasienter med ulcus pepticum eller alvorlig dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Kan maskere symptomer på ulcus. Kan gi reversibel hemming av plateaggregasjonen med risiko for forlenget blødningstid. Anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Kan maskere tegn på infeksjon. Forsiktighet ved signifikant nedsatt nyrefunksjon. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Sikkerhet ved bruk til barn under 5 år er foreløpig ikke dokumentert. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandlingen over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

Interaksjoner: Hemming av den renale lithiumutskillelse og dermed økt serumkonsentrasjon av lithium er rapportert. Øvrige se 1: 42e naproxen.

Dosering: Bør individualiseres. **Reumatoid artritt, artrose, mb. Bekhterev:** **Voksne:** 250 mg morgen og kveld. Dosen kan ved behov økes til 750 eller 1000 mg daglig fordelt på to doser eller som en kveldsdose. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). **Juvenil reumatoid artritt:** **Barn over 50 kg:** Voksen dose. **Akutte anfall av urinsyregikt:** 750 mg initialt, deretter 500 mg etter 8 timer fulgt av 250 mg hver 8. time til smerten forsvinner. **Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet:** 750-1000 mg daglig fordelt på 2 doser i 3-10 dager. Første dose 500 mg. **Primær dysmenoré:** 500 mg ved begynnelsen av menstruasjonsbesvær. Deretter 250 mg ved behov - maksimum 1250 mg pr. døgn. **Primær og spiralindusert menoragi:** 750-1250 mg fordelt på to doser første blødningsdag, deretter 250-500 mg morgen og kveld etter behov i opp til 5 dager. **Enterotabletter skal svelges hele.**

Andre opplysninger: Kan påvirke laboratorietester av 17-ketogene steroider og 5-HIAA i urin og bør derfor seponeres midlertidig 48 timer før slike tester

Pakninger og priser: 250 mg: 100 stk. kr. 315,20. 10 x 100 stk. kr. 2.742,30. Enpac: 20 stk. kr. 71,40. 500 mg: 50 stk. kr. 302,80. 100 stk. kr. 536,20. Enpac: 10 stk. kr. 68,80. 750 mg: 100 stk. kr. 885,50. T: 3, 17, 35.

ENTERODRASJERTE NAPROXENTABLETTER

FÆRRE BIVIRKNINGER ENN VANLIGE NAPROXENTABLETTER



En gang daglig, med mulighet for individuell dosering.



- Gir mindre tendens til skader i ventrikkelslimhinnen enn vanlige naproxentabletter.
- God effekt.
- Forkortet varighet av morgenstivhet.
- 1 x daglig: 500-1000 mg om kvelden ved reumatoid artritt, mb Bekhterev og artrose.

**NYCOMED
PHARMA**

Omsorgens grenser og rettferdens grunnlag



Eivind Meland er født 1950, spesialist i allmennmedisin 1988. Han arbeider i halv stilling som bydelslege ved Olsvik Legesenter (Bergen kommune), og har stipend fra NAVF til prosjektet "Hjerte-kar-skole hos primærlegen".

Denne artikkelen handler om hva som ligger til grunn for vår velferdsideologi og velferdsstatens helse- og sosialpolitikk. Jeg vil problematisere det vi tilsynelatende er enige om. Det jeg har festet til papiret setter meg i en tilstand hvor skamfølelse er blandet med frydefullhet, som en søndagsskolegutt fra Stavanger irttesatt for å ha bannet i kirka.

Av Eivind Meland

*Vinden blæs synna og vinden blæs norda
Lysen og skuggen er syskjen på jorda
Sommar'n er stutt og vinter'n er lang
Danse mi vise - gråte min sang*

Einar Skjæråsen

For å være mer spesifikk handler denne artikkelen om

- velferdspolitikkenes krise
- vitenskapens og behandlersamfunnets livsløgn
- hvilke rettferdsideal vi tror på
- omsorgens dose-respons-kurve
- til slutt skal jeg kort peke på en alternativ behandlerrolle.

Velferdspolitikkenes krise

Utgiftseksplosjonen i helsetjenesten er illustrert i tabell 1 og 2. Tabell 1 viser utgiftsveksten i 70-årene som fulgte av den sterke vekst i institusjonshelse-tjenesten. Vi ser en fordobling av utgiftene til helsetjeneste hvert 6. år (1). Figur 1 viser utgiftsveksten for folketrygdens refusjon av legemiddelutgifter. Her er det en dobling av utgiftene hvert 5. år. Den vesentlige utgiftsøkning skyldes overgang til stadig dyrere legemidler (2). Tabell 2 viser forventet utgiftsvekst for en del hovedkategorier hva gjelder folketrygdens ytelser, og vi merker oss spesielt en formidabel utgiftsvekst til uførhets- og attføringstrygd fram til århundreskiftet (3).

I 1. Kongebok, kap. 17, finner vi fortellingen om kruken i Sarepta (4). Det norske folk kan ikke som profeten Elias livberge seg på en kilde som aldri tømmes. Folketrygden er av en annen beskaffenhet enn melkruken og oljekruset i Sarepta. Det dobbelt paradoksale er at denne utgiftseksplosjonen foregår samtidig med at folk rapporterer om dårligere helsetilstand, og en viktig hel-separameter som arbeidsførhet vitner om redusert helsetilstand.

Utgiftsveksten og praktiseringen av et stadig mer utvannet sykdomsbegrep fører oss opp i en solidaritetskrise med systembettinget overforbruk. Det fore-ligger et misforhold mellom krav til samfunnsytelser og samfunnsmoral og krav til privat moral og eget ansvar. Den sosialpolitiske reaksjon å la Fremskrittspartiet truer fellesskapsløsningen. Disse synes etterhvert å ha blitt nasjonaløkonomisk ugjennomførbare.

Vitenskapens livsløgn

Den moderne medisins vitenskapssyn kan kalles positivistisk og naturvitenskapelig. Troen på at det finnes en en-veis årsakssammenheng mellom sykdom og lidelse og en eller annen årsaksfaktor er framtreddende. Årsaksfaktorene kan være bakterier eller samfunns-betingelser, eller mest aktuelt i våre dager: dårlige gener. Behandlerens opp-gave blir å gripe inn i denne årsakskjeden med sin medisin eller sine støtte-tiltak. Målsettingen for denne inngripen er formulert i Verdens Helseorganisasjons helsebegrep:

Tabell 1. Offentlige utgifter til helsetjenesten 1972 - 80
Kapitalutgifter (renter og avdrag) er ikke med

	1972	1976	1979	1980	Årlig prosentvis vekst
Drift	5370	10930	16265	18251	16,5
Nybygg og nyanlegg	402	1018	1289	1513	18,0
Sum	5772	11948	17554	19764	16,6

Tabell 2. Folketrygdens ytelser i 1987-priser til noen hovedkategorier utgifter (milliarder kroner)

	1987	2000
Stønad under sykdom	10,7	16,9
Jøfrhet og attføring	17,1	36,0
Helsevern	20,4	35,3

"Ikke bare som en tilstand med fravær av sykdom og lyte men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære."

Helsevesenet blir derved basert på en livsløgn. Omnipotens og overtro på vitenskapen og behandlerne får konsekvenser av kulturell og moralsk karakter. Vi undergraver folks tro på seg selv, vi fjerner det syke og det abnorme fra livet og vi blir etterhvert ute av stand til å akseptere død og smerte. Derved har vi gjort behandlersamfunnet og behandlerteknikken fremmed for livet selv.

Vi kamuflerer arbeidsløshet, usolidariske arbeidskolleger og samlivsvansker som individuelle lidelser med diagnosenummer. Menneskelige vanskeligheter og symptomer som ellers skulle mobilisert egne og nærmiljøets ressurser til samhold og konstruktiv strid, blir utgangspunkt for utstøting og tap av sosialt fellesskap.

Omsorgens dose-respons-kurve

Bæreme av omsorgsideologien har hatt tro på at det finnes et lineært forhold mellom omsorgens dose/ressurser i helse- og sosialvesenet på den ene side,

og helsetilstanden på den andre siden. Matematisk er dette bedrag uttrykt med formelen $Y=a+bX$. Grafisk er bedraget illustrert med figur 2 og den heltrukne linje illustrerer troen på at det går an å vokse seg inn i himmelen.

Imidlertid har omsorgen antagelig en dose-respons-kurve i likhet med digitalis, som en kuppel-formet kurve (stiplet linje på figuren).

Enveis sammenheng mellom årsak og sykdom er en utilstrekkelig måte å se på helseproblemer. Slike problemer er ikke bare endepunkt i en årsaksrekke, men også nødvendige signal på endringer, livets måte å gi oss informasjon på. Helbrede betyr å gjøre hel, og helse må derfor settes inn i et kulturelt og moralsk helhetsspektiv. Helse har noe med det gamle ordtak om "Å arbeide som om vi lever evig men å elske som om denne dagen var vår siste på jorda".

Svært mange symptomer og mange symptomkompleks som kalles sykdom kan oppfattes som kommunikasjon, som positive signaler på at vi må endre på våre liv og på vår erkjennelse av livet. Dette er mitt hovedankepunkt mot det rådende helsebegrepet. "Lyset og skuggen er syskjenn på jorda".

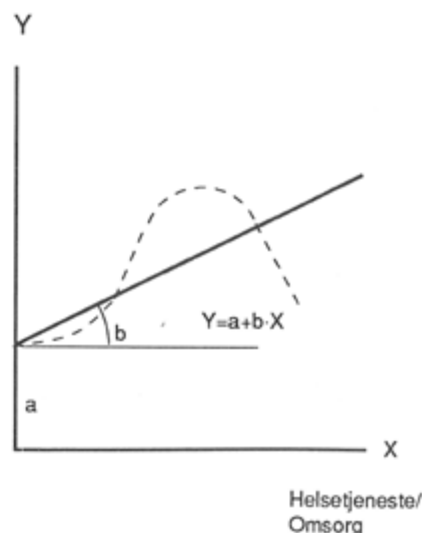


Figur 1. Folketrygdens legemiddelutgifter.
Kilde: Rikstrygdeverkets regnskapstabell



Figur 2 Omsorgens dose-responskurve

Helse/
Fysisk og psykisk
velvære



Vi opplever nå at en del helsearbeid arter seg som offentlig formidling av bjørnetjenester til folk. Jeg har følt meg fristet til å søke biskop Per Lønning om å få ta inn en fotnote i vårt Fadervår. Etter "fri oss fra det onde" ønsker jeg at det skal hete i fotnoten: "herunder helseis-men og sosionomismen".

Hvilke rettferdsideal tror vi på?

Dersom helse har med helhet å gjøre, må helse ha med hvilke rettferdsideal vi tror på. Selv har jeg bakgrunn med en fot i 1. mai-togene og arbeiderbevegelsen i Stavanger og en fot i søndagsskolen og kvekernes avholdslosje. Jeg vil derfor gå til klassikerne for arbeiderbevegelsens og de kristnes kulturarv: "Og til Adam sa han: Fordi du lød din hustru og åt av det treet som jeg forbød deg å ete av, så skal jorden være forbanet for din skyld! Med møyne skal du nære deg av den alle ditt livs dager... I ditt ansikts sved skal du ete ditt brød, inntil du vender tilbake til jorden for av den er du tatt..." , heter det i 1. Mosebok (5).

Med Det nye testamentet kom den nye pakt og med den større plass for nestekjærligheten og nåden. Budskapet og moralen lød: "Å gjøre mot nesten det som en vil at han skal gjøre mot en selv". Paulus uttrykker det slik i Romerbrevet: "Vi som er sterke er skyldige til å bære de svakes skrøpeligheter og ikke være oss selv til behag" (6).

I det postmoderne forbrukersamfunnet er Guds befaling til Adam utlagt til: Du skal ete til du svette. Vi bør også stille oss et spørsmål om nestekjærligheten i velferdssamfunnet er pervertert til en bjørnetjeneste som vi ikke ønsker at nesten skal gjøre mot oss: Et omfordelingssystem som premierer hjelpeløshet, kamouflerer samfunnsproblemer og mellommenneskelige problemer og gir stener for brød.

Karl Marx er den andre klassiker jeg vil henvise til (i dag med risiko for å bli stenet). I Det kommunistiske manifest finner vi kravet om lik arbeidsplikt for alle (7). I Marx' kritikk av det tyske sosialdemokratiets Gotha-program beskriver han det sosialistiske rettferdsidealet med at målestokken skal være lik: Arbeidets kvalitet og mengde skal være bestemmende for hva en skal få tilbake

av fellesskapet (8). Hvis vi studerer påskriftene på arbeiderbevegelsens faner fra begynnelsen av dette århundre, finner vi ofte parolen: "Gjør din plikt - krev din rett" (merk rekkefølgen).

Bæreme av velferdsideologien har etter hvert kamouflert og underslått dette nære og komplementære forhold mellom plikt og rett. Uten å ville det er vi etter hvert blitt ideologiske fanebærere for "sno-seg-samfunnet". Arbeiderbevegelsen har etter sigende vært med å begrave Janteloven, men det spørres om ikke vi samtidig har stått som fødselshjelpere for likhetsmakeriets selvjustis med innføring av den såkalte "lure-lov".

En alternativ vei

Vi trenger en medisinsk og sosialpolitisk omlegging og kurskifte. Medisineren og andre hjelpere i det medisinske og sosiale hjelpeapparat kan ikke lengre se på sin rolle som verken "kelnere" eller autoritære administratører av intervensjon. Pasienten/klienten må bli en aktiv deltager, ikke bare med større rettigheter men også med større moralsk ansvar.

Legene bør gjøre et veivalg ved å arbeide for økt medisinnsyn i den medisinske kultur. Vi bør delta mer aktivt i mediekulturen og også ersatte pressens sensasjonsinteresse i medisinen med opplysning og konstruktiv kritikk.

Den passive mottakerrolle bør erstattes med medvirkning fra brukerne. Selvhelpsgrupper som i noen tilfeller klarer å formulere et alternativt helse- og sykdomssyn er nyttige nyskapninger i helsekulturen. Vi bør støtte oppretting av pasientråd og pasientombud som kan målbare brukernes interesse og sikre demokratisk korrektiv i den medisinske kultur.

Vi bør selv fortsette arbeidet for å utvikle nye konsultasjonsmodeller som flytter vekt fra lege til pasient, fra ordre til råd og fra avmakt til ansvar. Medisinerens møte med pasienter bør i økende omfang ivareta både de biologiske, de psykologiske og de kulturelle aspektene ved folks opplevelse av helse. Vår redsel for å nærme oss de moralske aspektene ved livet bør erstattes med et annet alternativ.

Riktignok finnes det en fare for at understreking av ansvar og forpliktelse kan forveksles med moralisme og fordømmende stigmatisering. Etter min oppfatning foreligger det imidlertid ingen uforenlig motsetning mellom å gjøre oppmerksom på eget ansvar og egne muligheter og det å være støttende og ivaretakende. Vi må kunne skille mellom moral og moralisme. Vi må kunne ivareta rollen som rådgivere i viktige verdivalg for folk uten å hengi oss til rollen som fordømmende moralister.



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

"Å solidarisere oss med de undertrykte og utstøtte grupper", er blitt en frase. Det er for medisineren vanskelig å fylle dette slagord med annet innhold enn leverandørvirksomhet for passiviserende velferdsgoder. Problemet er blant annet at samfunnsproblemer som idag skaper arbeidsløshet og utstøting ikke bare har med politiske prioriteringer å gjøre, men i høyeste grad med moral (økonomisk kriminalitet, skattefuskeri, svart arbeid, mobbing etc) å gjøre. Disse moralproblemer er allmenne i samfunnet, og dem vi skal solidarisere oss med vil ikke vite av solidariteten.

Problemene vi står overfor kan derfor ikke løses med slagord til politikere. Ikke desto mindre er det tvingende nødvendig at helse og helbred settes inn i en helhetlig moralsk og politisk ramme.

Litteratur

1. Grund J. Helseplan for 1980-åra. Omlegging og utvikling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1982.
2. Bjørndal A. Krukken i Sarepta: om legemidler og trygderefusjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2778-81.
3. Norsk økonomi i forandring. Folketrygden i et langsiktig perspektiv. NOU 1988; 21: 166-7.
4. Første Kongebok, kapittel 17. I: Bibelen. Oslo: Det norske bibelselskaps forlag, 1964: 385-6.
5. Første Mosebok, kapittel 3. I: Bibelen. Oslo: Det norske bibelselskaps forlag, 1964: 3-4.
6. Apostelen Paulus' brev til romerne, kapittel 15, vers 1. I: Bibelen. Oslo: Det norske bibelselskaps forlag, 1964: 188.
7. Marx K, Engels F. Det kommunistiske manifest. Oslo: Forlaget Ny Dag, 1969.
8. Marx K. Kritikk av Gotha-programmet. Oslo: Norsk Forlag Ny Dag, 1951.

Leidelse/NAVF-stipendiat
Eivind Meland
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen



"What hurts is that I wasn't replaced by a whole computer - just a transistor."

ORD - DESSE USIKRE TEIKN

Ord - desse usikre teikn
vi helst leier vill med
i blindbukk-leiken,
sjeldan ei bru
frå einsemd til einsemd,
vande å tru,
lagt oss av andre i munnen.
Men brått kan til dømes det ørvesle "du"
få varme og livd
lik ein heim som er funnen.

Ord - desse kapper
vi snur etter vinden
frå aust eller vest,
ord som vi dekker vår rådløyse med
og derfor gjer preglause mest -
Men brått kan dei enklaste blant dei
få meining og tyngd,
brått kan det velbrukte "kjære"
på ny stråle opp i si yngd.

Ord - desse sleipe og glatte
som glett frå vår tunge
utan at noen i grunnen
veit kva dei tyder -
brått er dei klossute,
blyge og unge
vende mot sinnet
som vidopent lyder.

Vi hentar dei varsamt or stilla
som skaper vi språket på ny.
Det er på den sjette dagen
i menneskemedvitets gry.

Arnljot Eggen
(Eit hovud i havet - 1965)



Allmennmedisinsk familiearbeid

McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB.
FAMILY-ORIENTED PRIMARY CARE.
A MANUAL FOR MEDICAL PROVIDERS.
New York: Springer Verlag, 1990.

Gode bøker om familieorientert allmennmedisin er sjeldne. Det finnes tallrike artikler og kapitler om betydningen av familiekunnskap for å forstå pasienter. Men det er få forfattere som har gjort forsøk på å gi praktiske råd om hvordan en kan gå inn i familiearbeid.

Mange bøker på dette feltet har vært preget av familieterapi og teorier som er sprungnet ut fra denne tradisjonen. Dermed har de hatt svak forankring i allmennmedisinsk arbeid og har vært vanskelige å bruke på allmennpraktikereens kontor.

Den foreliggende boka er et forsøk på å komme et steg videre. Den er skrevet av en tverrfaglig gruppe (allmennpraktiker, psykolog, familieterapeut) som er knyttet til den allmennmedisinske enheten ved Universitetet i Rochester. Dette senteret ble besøkt av praksisveilederkursset som Institutt for Allmennmedisin i Bergen arrangerte høsten 1990. Ved selvsyn fikk vi da erfare at utdanning og praksis her virket spenstig.

Boka presenteres som en manual for leger som ønsker å arbeide med pasienter i familiekontekst. Den består av fire deler.

Den første, "Vurdering av familien", gjennomgår kunnskap om sammenhengen mellom helse og familieforhold, presenterer ulike hjelpemiddel for vurdering av familien, samt gir råd om gjennomføring av familieintervju.

Den andre, "Familiehelse og livssyklus", gjennomgår vanlige problem i en vanlig families utvikling.

Den tredje delen gjennomgår "Familieorientert tilnærming ved utvalgte medisinske problemer". Her får du mer praktiske råd knyttet til kliniske tilstander. Familiearbeid ved kronisk sykdom er et viktig og forsømt felt, som i boka blir gjennomgått i et kapittel som er fylt av gode ideer. Likeledes fant jeg mye av interesse i kapitlet om somatiserende pasienter.

Siste delen, om iverksetting av denne arbeidsformen, er mye preget av amerikanske forhold.

Boka gir preg av amerikansk pedagogikk. Her er mye konkrete råd og lister over hva du skal tenke på og gjøre. Dette gir mange nye ideer om innfallsvinkler og vil være en god hjelp til å komme i gang med arbeidet.

Men i et oppsett preget av lister og oversikter, kan også tankene bli skjemamessige. Hvert problem ender opp med sin oppskrift for løsning. Dette kan narre nybegynneren til å tro at det finnes en riktig måte å arbeide på. Ikke minst kan det gi en gal ide

om hvem som skal løse problemene.

Det er vanskelig å gi råd i manuals form på et felt der noe av det faglige poenget er ikke å gi bastante råd. Når familier går seg fast i vansker, har en nytte av et åpnere syn på om noe bør gjøres og eventuelt hvilke valg som kan treffes.

Forfatterne belegger sine råd med mange kildeanvisninger. En får dermed en oppdatert oversikt over det forfatterne synes er relevant litteratur på dette feltet. I tillegg er alle kapitler gjennomsyret av kasusistikker som bidrar til å trekke stoffet ned på jorda.

Alt i alt synes jeg dette er en aktuell og lesverdig bok for primærleger med interesse for familiearbeid. Vi trenger flere slike bøker.

Anmeldt av:
kommunelege
Per Stensland
5800 Sogndal □



De allmektiges avmakt. Ord om makt.

Carling F.
Hva med Hippokrates?
OM LEGEROLLEN OG
DET HELE MENNESKE.
Oslo: Gyldendal, 1991.

Finn Carling er en erfaren refleksjons- og formidler. Hans funksjonshemming og hans gjenstridige kropp har brakt ham i kontakt med helsevesenet gang på gang gjennom et langt liv, men de observasjoner og den kritikk han framfører, kan ikke av den grunn gis begrenset gyldighet og kalles private. Hans forventninger til og erfaringer med legerollens mange uttrykksformer er umiddelbart gjenkjennelige og allment aktuelle.

Vi som er allmennpraktikere, liker å tro at vi har passert det stadiet der leger er uhøflige og ikke lytter til pasientene våre. De siste års interesse for kommunikasjon i lege-pasient-forholdet kan få oss til å kle oss i en avvissende holdning, der kritikk mot legerollen ikke gjelder oss, men våre sykehuskolleger.

Jeg vil på det sterkeste advare mot en slik arroganse. Vi er underveis, fordi vi har satt legerollen på vår egen profesjonelle dagsorden. Men det er fortsatt langt igjen til vi kan slå oss for brystet og si at Finn Carling tar feil.

Likevel er dette en bok som ikke sparker meg ordentlig på skinneleggen. La meg prøve å finne fram til hva det er som mangler her - for vi trenger at bøker om dette emnet rammer oss sterkt og ubehagelig.

Carling skriver om makt og skråsikkerhet og høflighet og samarbeid. Ikke noe av dette er nytt for den medisinske leser som gjerne vil gjøre jobben sin bedre. Som en mangeårig beundrer av Carlings skarpe observasjonsevne og velformete penn blir jeg skuffet - jeg kjeder meg ofte mens jeg leser, og har lyst til å skrive i marginen: "SAGT FØR" - "SAGT FØR". Jeg tror jeg savner sprengstoffet - det som gjør at forfatterens erfaringer og refleksjoner trenger seg inn under huden, slik som når refselsen er blandet med vekkelse.

Kanskje er jeg urettferdig. Det er ikke sikkert Carling har ønsket å ta rollen som emissær. Men han har et budskap - et budskap jeg selv synes fortjener sterkere berøringsevne - og han lar den medisinske leser slippe for lett vint unna.

Hvorfor går det an å holde avstanden - når refleksjonsgrunnlaget som presenteres, er personlige og konkrete hendelser? Svaret ligger kanskje i å identifisere avsnitt som likevel fester seg, og som forteller noe i en ny og påtrengende drakt. Da biter jeg merke i historien fra flyplassen i Nice og historien om miljøarbeidernes iver for å ikke bli tatt for å være pasienter. Dette er avsnitt med fine litterære budskap om hva som kan skje med respekten for den som trenger hjelp.

Ellers blir mye av boka for programmatisk - leseren gjet-

ter forløpet og konklusjonene for hvert kapittel bare etter noen få sider.

Jeg vil likevel gi bokas program min uforbeholdne tilslutning. Lær av Carlings egen ettertanke angående det å gi gode råd for andres liv: det skal lite til før dette kan oppleves som en bagatellisering av følelsene til den man rådgir.

Å hjelpe andre, gir en følelse av makt og betydning - dessuten en opplevelse av selv ikke å være hjelpetrengende. Det forfatteren beskriver, er den medisinske hjelpeløshet. Men beskrivelsen får ikke den makt og betydning som vi kunne ha trengt.

Fra Finn Carling hadde jeg ønsket meg en sprekere bok om dette emnet. Denne er for lett å legge til side.

Anmeldt av:
Kirsti Malterud



Nyhet

Cardizem Retard[®]
Diltiazem

På parti med

En kalsiumantagonist som virker både på hjerte og kar.

Hypertoni gir sjelden pasientene symptomer. Det bør heller ikke behandlingen gjøre.

Cardizem Retard[®] reduserer blodtrykket effektivt med få og «snille» bivirkninger hos pasientene.¹ Pasientenes utholdenhet opprettholdes eller bedres etter et års behandling med **Cardizem Retard**[®]³

Cardizem Retard[®] gir ingen metabolske endringer som kan disponere for koronarsykdom og hjerneslag.²

Hypertonikerens hjertearbeid nedsettes både ved blodtrykksenkning og frekvensreduksjon.³ Dette gir en betydelig reduksjon av dobbeltproduktet som kan tenkes å motvirke hypertrofiutvikling.

Pasientene tar **Cardizem Retard**[®] morgen og kveld, så enkelt er det!





Nytt
bruksområde

Hypertensjon pasienten

Startdose ved hypertoni: 120 mg x 2

Ved behov kan dosen økes
til 360 mg/døgn.

CARDIZEM -KABI PHARMACIA-
CARDIZEM RETARD -KABI PHARMACIA-
Kalsiumantagonist

TABLETTER 60 mg: Hver tablett inneholder: Diltiazem hydrochlorid 60 mg, lactos. 260 mg, const. q.s. Filmdrasjert. Med delestrek.
RETARD TABLETTER 90 mg og 120 mg: Hver tablett inneholder: Diltiazem hydrochlorid 90 mg resp. 120 mg, const. q.s. Filmdrasjert.
Egenskaper: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Øker koronar blodstrøm, avlaster hjertets arbeid og senker perifer karmotstand. Virkningsmekanisme: Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatte muskelceller i blodkar uten å virke på skjelettmuskulatur. Har en antianginos effekt som dels skyldes dilatasjon av koronarkar og dels nedsatt oksygenbehov i myokard pga. redusert perifer karmotstand som gir redusert «afterload». Gir redusert eller uendret hjertefrekvens. Negativ inotrop effekt in vitro, men er ikke observert med terapeutiske doser. Den vasodilaterende effekt på koronarkar fører til at oksygentilførselen til myokard forbedres og at eventuelle koronarspasmer løses. Den vasodilaterende effekt på koronarkar fører til at oksygentilførselen til myokard forbedres og at eventuelle koronarspasmer løses. Den vasodilaterende effekt på koronarkar fører til at oksygentilførselen til myokard forbedres og at eventuelle koronarspasmer løses. Den vasodilaterende effekt på koronarkar fører til at oksygentilførselen til myokard forbedres og at eventuelle koronarspasmer løses.
Preparatet kan anvendes hos pasienter med samtidig obstruktiv lungesykdom. Biologisk tilgjengelighet: Ca. 40-50% for tablett og retardtablett. **Absorpsjon:** For tablett oppnås maksimal plasmakonsentrasjon etter 2-4 timer, for retard tablett etter 3-6 timer. **Halveringstid:** 3-6 timer. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene desmetyldiltiazem og desacetildiltiazem utgjør ved terapeutisk dosering ca. 40% respektive 10-20% av modersubstansens plasmakonsentrasjon. Metabolittene har mindre enn halvparten av diltiazems farmakologiske effekt. **Utskillelse:** Ca. 70% via urinen, hovedsakelig som metabolitter. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk. **Retard tablett inneholder diltiazem i en kjerne omgitt av en uøstelig porøholdig polymer. Dette resulterer i et jevnt plasmarivå over en lengere tid og muliggjør dosering to ganger pr. døgn.**
Indikasjoner: Retard tablett: Hypertensjon, Angina pectoris. Tablett: Angina pectoris, Variantangina (Prinzmetal's angina).
Kontraindikasjoner: Sinusknute-dysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet, da embryotoksisk og teratogen effekt er påvist i dyreforskning.
Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet. AV-blokk i ankelødem og eksrasier. Forbigående transaminasestigning kan forekomme. Et klinisk bilde som ved hepatitt, er sett i et fåtall tilfeller. Enkelte tilfeller av AV-blokk grad II-III og sinusknute-depresjon er beskrevet.
Forsikingsregler: Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogen sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablokkere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablokker bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Ingen erfaring fra bruk hos kvinner som ammer.

Interaksjoner: Kombinert med digoksin kan gi økt digoksin-konsentrasjon i blod som kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinert med digitalis og betablokkere, se Forsikingsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykksenkende effekt kan den antihypertensive effekt forsterkes.

Dosering: Depottabletter må svelges hele. Angina pectoris: Startdose: 90 mg x 2 (retardtabletter), eventuelt 60 mg x 3 (tabletter). Variantangina (prinzmetal's angina): 60 mg 3 ganger daglig (tabletter). Hypertensjon: Retard tablett: Normaldose: 120 mg 2 ganger daglig. Angitte doser kan ved behov økes til 360 mg/døgn.

Overdosering/Forgiftning: Mer enn 5 g har vært inntatt uten dødelig utgang. Behandling ved overdosering: Symptomatisk.

Pakninger og priser: tablett: 60 mg, 30 stk kr 92,50, 100 stk kr 263,90, 300 stk kr 758,80. Depottablett: 90 mg, 30 stk kr 130,50, 200 stk kr 804,10, 120 mg, 30 stk kr 170,40, 200 stk kr 1064,50. T: 12



Kabi Pharmacia

Gjerdrums vei 10B, 0486 Oslo 4. Tlf. (02) 18 41 21



Holdbarhetsdato - også på våre behandlings- indikasjoner?

Regler og råd for legemiddelbehandling av eldre

Av Jørund Straand

Hvorfor er det noe spesielt med eldre og legemidler?

Legemiddelbehandling av eldre i allmennpraksis er et emne med økende aktualitet fordi:

- det blir stadig flere gamle mennesker i samfunnet
- nesten alle bor i eget hjem
- gamle har flere sykdommer enn yngre
- gamle bruker flere legemidler enn yngre
- gamle mennesker har redusert reservekapasitet i sine organsystemer og redusert legemiddeltoleranse
- legemidler får ofte endret sin farmakokinetikk og -dynamikk hos eldre
- eldre er mer utsatt for legemiddelbivirkninger og interaksjoner enn yngre
- gamle har dårligere ferdigheter (sanser, fingergrep m.v) enn yngre
- gamle er mer utsatt for "mange kokker (leger, pleiere og pårørende) og mye søl" vedrørende legemidlene enn yngre

Sykdom eller særpreg hos gamle?

Legemiddelbehandling av eldre er vanskelig. Vår tenkning om indikasjoner og behandling er i stor grad skjematisk og basert på ekstrapoleringer fra den kunnskap som er etablert for yngre mennesker. Et eksempel på dette er våre retningslinjer for behandling av (asymptomatisk) høyt blodtrykk.

Kjernes spørsmålet hos gamle pasienter er om et aktuelt symptom skyldes sykdom, "bare alderen" eller om det kan representere en legemiddelbivirkning. At vi har problemer med å besvare dette spørsmålet, viser seg ved de to viktigste hovedfeil i geriatrien: overdiagnostikk og underdiagnostikk. For pasienten blir konsekvensen overbehandling eller underbehandling med legemidler.

Når det gjelder overbehandling kan dette bety for sterk dosering, men viktigere er bruk av legemidler til ingen nytte. I stedet kan de redusere livskvaliteten og medvirke til økt morbiditet og mortalitet. Hvorfor har vi denne situasjonen? Mye ligger i mangler ved selve faget og ved vår utdanning hvor klinisk (allmenmedisinsk) farmakologi og geriatri har en svært så stemoderlig plass.

Medisinsk behandlingsovertro

Etter mitt skjønn finnes også noe av forklaringen i vår medisinske behandlingsskultur. Denne kulturen kjennetegnes av

- teknologisk optimisme
- terapeutisk aktivisme

Vi har en urokelig (over-)tro på behandlingens muligheter. Selv døden er blitt en sykdom som kan behandles! Det er viktig å vise handlingskraft, "gjøre noe". Parolen er "early and aggressive treatment" og diagnostisk og terapeutisk helgardering.

Gamle pasienter med mange legekontakter (f.eks gjentatte innleggelse i medisinsk avdeling) står i spesiell stor fare for å utvikle medikamentmenyer som bare vokser og vokser. Som en snøball triller de innom de ulike "farmakologiske suppestasjoner" i vårt helsevesen. Jo flere instanser og leger, desto færre har oversikt og ansvar for oppfølging og kontroll av behandlingen.

Trafikkregler og veivisere ved farmakoterapi hos eldre

Det sier seg selv at det kan være vanskelig å manøvrere i et slikt uryddig landskap. Det kan derfor være nyttig å ha en del prinsipper og regler for forskrivning, oppfølging og seponering av legemidler hos eldre. Jeg har satt sammen en del bud og regler som tommelfingerregler til å ha i bakhodet. Mye er sagt før av andre. Mye er banalt, men ikke mindre viktig av den grunn.

FORSKRIVNING

Ti bud for legemiddelforskrivning til eldre

1. *EN* (allmenn-)lege ansvarlig for all legemiddelforskrivning til pasienten.
2. Gavner legemiddelbehandling *denne* pasienten for *denne* tilstanden på *dette* tidspunktet?
3. Kritisk indikasjonsstilling. Unngå symptom-indikasjon for fast medisiner. Journalfør indikasjonen.



Jørund Straand har vært bydelslege i Bergen i en årrekke, og er nå i kombinert stilling som bydelslege ved Ulriksdal legesenter, og som universitetsstipendiat ved Seksjon for allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Bergen. Arbeider med et prosjekt om seponering av diuretika hos eldre.



TORS: 123 HALPOL4
 56 DIURETICA78 NIT
 RO9 GLYCERIN1011S
 ORBANGIL1213AL
 14DACTONE15TRA
 NSDERM161718NITR
 019DIURETICA20F

Tegning: Ragnhild Gjerstad

4. Kjenn de farmakologiske egenskapene til de medikamenter du forskriver.
5. Ikke bruk medisiner som kan gi alvorligere symptomer enn de er ment å motvirke.
6. Tilstreb færrest mulig preparater, laveste effektive dosering og unngå dosering mer enn to ganger daglig.
7. *Resepten*: Indikasjon på NORSK. Kan doseringen varieres? Passer administrasjonsmåten for pasienten?
8. Dosett. Medikamentkort.
9. Ved tvil - ikke forskriv!
10. Tenk seponering alt ved forskrivning.

"Du skal ikke ha andre leger enn meg!"

En viktig forutsetning for å kunne få til rasjonell legemiddelbehandling av eldre, er at *en* lege har oversikten og står ansvarlig for all legemiddelforskrivningen hos den samme pasienten. Andre leger som kontaktes av ulike årsaker, bør i prinsippet være rådgivende "konsulenter" inntil de eventuelt tar over som pasientens faste lege.

Selvsagt kan sykehuskolleger på indikasjon legge om behandlingen for inneliggende pasienter. I epikrisen bør det anføres indikasjon for valg av nye medikamenter. Råd og retningslinjer for oppfølging av legemiddelbehandling etter utskrivelse fra sykehus hører naturlig hjemme i epikrisen, men er desverre sjelden kost.

"Gamle medisiner til gamle pasienter"

Legemiddelbehandling til eldre bør ikke være skjematisk.



De individuelle forskjellene bare øker med økende alder. Kravet til individualisering av legemiddelbehandling er derfor spesielt viktig overfor eldre pasienter.

I vår egen journal bør vi journalføre hva slags indikasjon vi har for valg av et nytt preparat. Det kan ofte være svært så vanskelig å nøste opp dette i ettertid - også i våre egne journaler!

Det er en kjennsgjerning at mange nyregistrerte preparater bare i liten grad er prøvet ut på gamle pasienter med andre sykdommer og bruk av flere medikamenter. Regelen: "Bruk gamle medisiner til gamle pasienter", har altså ikke noe med datostempling å gjøre, men betyr at vi bør foretrekke velprøvde og vel-dokumenterte medikamenter til eldre.

Tenk seponering!

På samme måte som det er lurt å planlegge friskmelding allerede ved sykemeldingstidspunktet, bør vi tenke seponering allerede ved forskrivning av et medikament. Da tvinger vi oss selv til å ta stilling til hva vi ønsker å oppnå med vår farmakologiske intervensjon.

Gamle mennesker er i stor grad omgitt av pleiere og pårørende som ofte har klare oppfatninger om hva slags behandling den gamle trenger. Disse blir viktige premissleverandører når det gjelder behandlingen. Det er grunn til bekymring når de helt overtar for legen som istedet reduseres til passiv reseptekspeditør. Det fins mange eksempler på at fast medikasjon (eks. digitalis, diuretika, nevroleptika, sove-medisiner) iverksettes på anmodning fra hjemmesykepleier uten at legen overhodet har vurdert pasienten!

Vi bør holde muligheten åpen for at *ethvert* symptom og enhver forverrelse hos gamle pasienter i prinsippet kan være forårsaket av en legemiddelbivirkning eller interaksjon.

Medisinske sannheter - begrenset holdbarhet

Ingen sannheter varer evig. Ikke minst gjelder dette de medisinske. Problemet er at vi i dag ikke vet hvilke av våre sannheter som er gyldige i morgen! Det er derfor ikke særlig lurt å investere all

sin autoritet i utsagn som: "Denne medisinen må De ta så lenge De lever frue!" Slike formuleringer kan slå negativt tilbake og skade noe av tilliten i lege-pasientforholdet om ettertiden indikerer seponering av nettopp dette medikamentet.

Det kan virke disiplinerte for tanken at vi bestemmer en "holdbarhetsdato" også for våre behandlingsindikasjoner. Når "datostemplingen" er utgått kan vi vurdere problemstillingen på ny frisk uten fare for å tape ansikt.

Det er lett å la det gå vane i reitireringer via bud eller telefon. Gamle er lite kravstore - og ikke sjelden kan det gå mange år uten at legen ser pasienten. Og da kan den medisinske situasjonen ha endret seg radikalt. Reseptfornyning på kontoret eller ved et hjemmebesøk er et godt "påskudd" til å oppdatere den medisinske og sosiale status hos pasienten.

Omtrent en gang for året bør vi gå gjennom medisinalista til pasienten og vurdere hele medikamentmenyen under ett. Foreligger indikasjonene ennå? Mulige bivirkninger/interaksjoner? Kan noe reduseres eller seponeres?

Stikkord for årlig gjennomgang av medisinmeny

1. Foreligger indikasjonene ennå?
2. Finnes uheldige medikamentkombinasjoner?
 - forbudte kombinasjoner?
(L-dopa + Haldol, Aldactione+KCl)
 - tvilsomme kombinasjoner?
(diuretika + NSAID)
 - smør på flekk
(Sorbangil + TransdermNitro + Nitroglycerin)
3. Finnes mulige bivirkninger?
4. Kan noen doser reduseres?
5. Kan noen preparater seponeres?

Ti bud for oppfølging av legemiddelbehandlingen:

1. Bare legen er ansvarlig for legemiddelbehandlingen.
2. Inngående kjennskap til pasienten: STOR fordel.
3. OBS telefonreiterering og "årsresepter".
4. Tenk bivirkninger
5. Tenk interaksjoner
6. Tenk compliance
7. Serumkontroller
8. Finjustér dose etter pasientens behov
9. Bestem en "holdbarhetsdato" for dine behandlingsindikasjoner.
10. Gå kritisk gjennom pasientens totalmedikasjon 1-2 ganger for året.



"10-punkt-sjekken" ved seponering av legemidler

1. Hvordan tar pasienten *egentlig* sine medisiner? Har pasienten seponert på egen hånd?
2. Mulige bivirkninger eller interaksjoner som indikerer seponeringsforsøk?
3. Finn primærindikasjonen for de ulike medikamentene.
4. Fastslå om tilstanden(e) er fullt kompensert(e).
5. Motivér pasienten for forsøk på seponering.
6. Subterapeutiske serumverdier?
7. Ikke kontinuér noen behandling bare pga. pasientens alder.
8. Prioritering av rekkefølge ved seponering av flere medisiner.
9. Trapp ned ett preparat adgangen. Dosehalvering ->seponering
10. Oppfølging/kontroll.

Terapeutisk latskap eller faglig mangelsyke?

Når blodtrykket til oldemor er "fint som hos en konfirmant", er det ikke uten videre latskapt å reitirere resepten på antihypertensiva. Kanskje er dette mer et uttrykk for terapeutisk latskap eller for en faglig mangelsyke? Alternativ takling er at "konfirmanttrykket" i stedet bør indikere dosereduksjon og eventuelt seponeringsforsøk: "Kanskje du nå har vokst av deg det høye blodtrykket!!"

Spesielt overfor våre eldre pasienter må en bevisst og aktiv seponeringspolitikk gå inn som en viktig del av vår kliniske virksomhet. Seponering er en like viktig del av legemiddelbehandlingen som instituering. Det er ikke uten grunn at mange garvede geriatriere kan fastslå at deres

største terapeutiske triumfer er oppnådd ved medikamentseponering.

Vi har kanskje for sterk tro på medikamentenes betydning for å vedlikeholde et ønsket resultat etter at tilstanden er kompensert. Selv om pasienten hadde hjertesvikt med lungeødem i forbindelse med en pneumoni, går det ofte bra å seponere diuretika seinere når tilstanden er kompensert.

Trinnvis seponering og gyldne anledninger

Bråseponering vil for noen medikamenters vedkommende kunne medføre uheldig effekt med "withdrawal-syndrome" (eks.: betablokkere, nevroleptika, antidepressiva, benzodiazepiner). Det er derfor både medisinske og pedagogiske grunner til at allmennpraktikeren prinsipielt

bør gå skrittvis fram ved legemiddel-seponering: ett preparat ad gangen samt at en går veien om dosereduksjon før seponering.

Situasjoner hvor pasienten "tilstår" ikke å ta medisinene, eller at hun "gikk tom for piller for fjorten dager siden" er gyldne anledninger for seponeringsforsøk. Likeledes subterapeutiske serumverdier (digitoxin) dersom en er i tvil om nytten av medikamentet. Det er sjelden hastverk med seponering. Av og til må en bruke lang tid på å motivere pasienten. Spesielt gjelder dette ved langvarig bruk av psykoaktive medikamenter. Kontroll og oppfølging er en absolutt forutsetning for en forsvarlig seponeringsstrategi.

Seponeringshåndboka"?

Det er et problem at vi i så liten grad har systematisk kunnskap og opplæring om seponering av legemidler. Det burde være et obligatorisk avsnitt i Felleskatalogen under omtalen av hvert enkelt preparat at der også var et avsnitt som het "seponering". Her burde eventuelle faremomenter med bråseponering anføres, abstinens-symptomer, eventuell "rebound effect", hvor lang tid det tar før virkningen opphører osv. Eller kanskje vi bør ønske oss en egen bok om seponering - "Seponeringshåndboka"?

I påvente av at disse ønsker skal gå i oppfyllelse, vil det bli anledning til å lære mer om strategier for seponering i allmennpraksis på den 7. Nordiske kongress i allmennmedisin: Et symposium om seponeringsstrategier vil der finne sted fredag 28.6.91.

Bydelslege/universitetsstipendiat Jørund Straand
Ulriksdal legesenter
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen □

"Helse for alle" 1991

Av Fredrik Langballe

Utstillingen "Helse for alle" ble arrangert for tredje gang i tiden 31. januar - 4. februar 1991 på Sjølyst i Oslo. Det var utstillere fra utstyrsleverandører og forskjellige organisasjoner i helsevesenet.

Den norske lægeförening hadde en vel besøkt stand der de forskjellige spesialavdelinger hadde hver sin dag, enten alene eller flere foreninger sammen.

Fredag 1. februar var primærmedisinens dag, og APLF, NSAM og OLL hadde gått sammen for å gi publikum en presentasjon av dagens allmennpraktiker, både som offentlig og praktiserende lege. Ett av stikkordene var

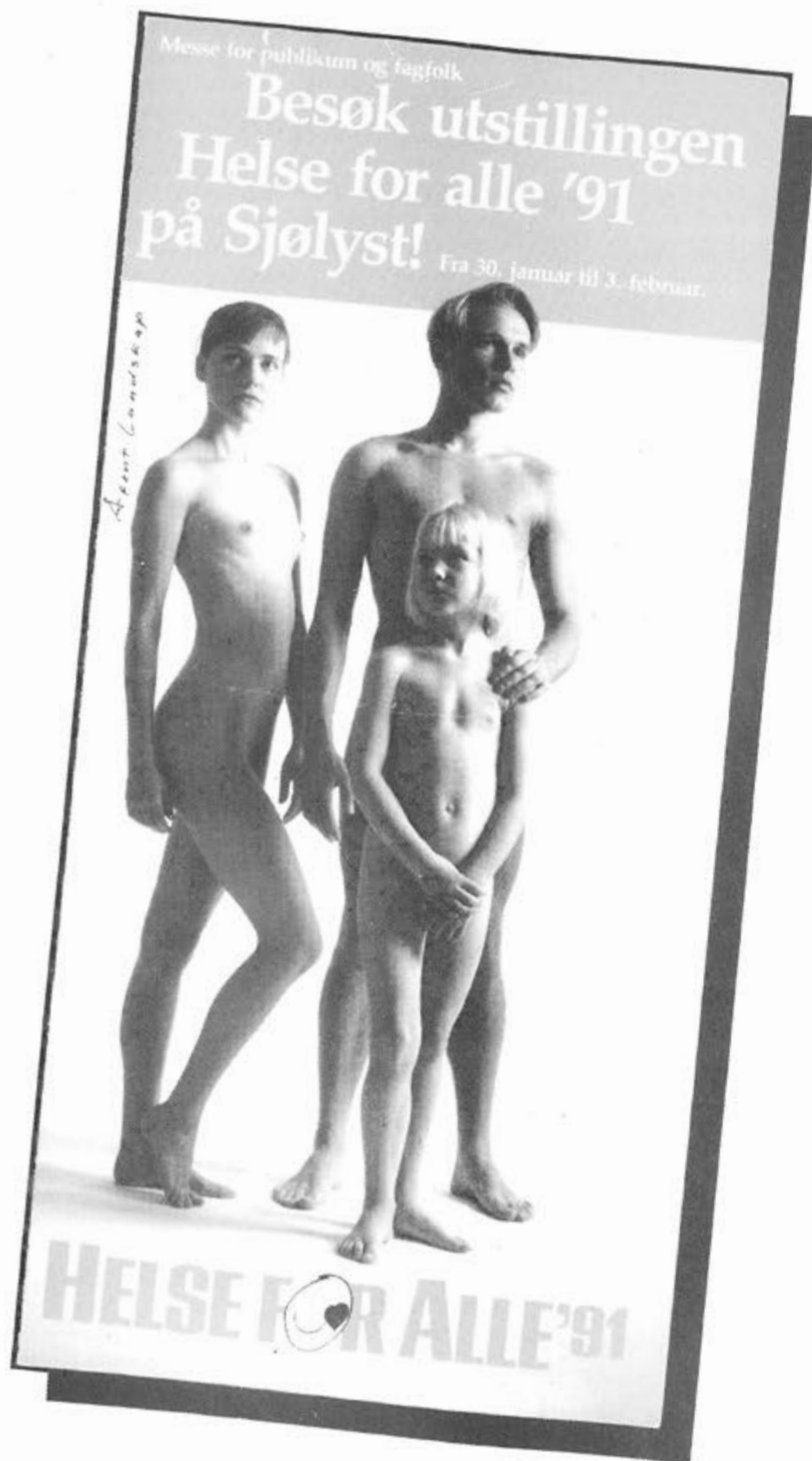
"Allmennpraktikeren - kjært barn har mange navn:

- allmennlege - bydelslege
- distriktslege - familielege
- huslege - kommunelege
- primærlege".

Et annet stikkord var

"Allmennpraktikeren - den nærmeste legen å gå til. Spesialist på deg og dine - hele livet".

På standen var det en post der publikum kunne få gjort enkel PEF-undersøkelse samt litt forklaring om hva en lungefunksjonsmåling kunne fortelle. En del av standen var en selvbetjeningsdisk med veiledning om kosthold, livsførsel og helse, hvor det ble delt ut eksempel på helsekost i form av ferske grove rundstykker. Publikum tok imot med god appetitt. Det var også en post for tonometri, en for BT-måling og



det var hele tiden 3-4 allmennpraktikere som veiledet publikum. Kommuneoverlegen og samfunnsmedisinen hadde også sin post.

Bjarne Haukeland og Elisabeth Wærdahl var av de som hadde ansvar for presentasjonen av den norske primærlegen. De var svært fornøyd med publikums respons. Sammen med Sidsel Graff-Iversen og Kristian Furuseth svarte de på en rekke spørsmål om alt fra private helseproblemer til hvordan man fikk seg sin egen allmennpraktiker i Stor-Oslo mens jeg besøkte standen.

Utstillingen "Helse for alle" er ut til å være rimelig godt besøkt såvel av journalister, helsepersonell og vanlig publikum. Tilsammen var det 15.427 besøkende, mer enn halvparten var vanlig publikum. Undertegnede var ikke til stede på noen av de fagseminar som gikk parallelt med utstillingen, men temene for disse var i år atskillig mer aktuelle for helsepersonell. Deltakelsen var oppgitt som god. Mange legekontorer og andre grupper fra primærhelsetjenesten hadde lagt turen til Sjølyst for faglig påfyll og en orientering om hva som skjer i helse-Norge.

Av i alt 160 utstillere fordelt disse seg slik: klassisk medisin 50%, alternativ medisin og kosthold 35%, trim 7% og miljø/inneklima 5%. Utstillingen omfattet altså både ginseng og magnetterapi og våre tradisjonelle helsefag. Legeforeningen har en naturlig plass på utstillingen. Dette er også i tråd med den mer utadrettede profil det legges opp til i Legeforeningens informasjonsinnstilling. Som primærleger kan vi være glade for at også primærlegen ble presentert på en fin måte.

Vi hørte ellers rykte om en spennende konstellasjon en av de øvrige dager da hjerte-kirurgi og psykiatri hadde hver sin halvdel av standen. Det å vise legefaget som både teknisk og et "mykt" fag er viktig. Vi vet også at den myke delen av medisinen lett taper i kampen om medieoppmerksomheten.

**Kommunelege
Fredrik Langballe
Feltspatvn. 26
2830 Raufoss**



Besøk Helse for alle på Sjølyst! 30. januar - 3. februar 1991

Messen for alle med interesse for egen og andres helse. Største utstilling av sitt slag i Norge, med et vell av spennende nyheter og produkter. Egen avdeling for klassisk og alternativ medisin. Her kan du få all verdens helseprodukter og møte et hundretalls utstillere fra inn- og utland.



Vi ønsker alle helse-besøkende
mennesker velkommen til
Helse for alle '91 på Sjølyst!

Møtestedet for fagfolk og publikum. En landsomfattende arrangement for alle som jobber innen helsevesenheten. Et forum hvor fagfolk kan diskutere og utveksle erfaringer og idéer. En viktig informasjonskanal for det store

publikum. Her møter du de fleste av betydelige innen helse og medisin. Et vell av tilbud, kunnskap og informasjon. Dialoger på tvrs av opprettede grupper i mer enn en forstand. Besøk de len dagene messen varer - til beste for din egen og andres helse.



Helse for alle '91 omfatter:

- Medisinsk forskning og nye behandlingsmetoder
- Medisinsk utstyr og hjelpemidler
- Leger og andre yrkesgrupper innen helsevesenheten
- Tannleger og tannhelsetjenesten
- Offentlig og privat helsetjeneste
- Alternativ medisin
- Helsekostprodukter
- Førbund og organisasjoner
- Spennende seminarer for fagfolk og publikum

Helse for alle '91 omfatter også et stort utvalg av utstillinger og publikum. Flere av utstillingene tarer nytte for som åpne publikum og andre legges opp som åpne for alle. Vær med dersom du ønsker en oversikt over seminartilbudet.

Helse for alle '91 Helseutvalget

Den norske lægeforening
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Helsepersoners Forbund
Norsk Psykiaterforbund
Norsk Biostrukturforskningsforbund
Farkostemiddel- og helsekostnæringsmiddel
Den norske Tannlegeforening
Norges Tannlegeforbund
Norge Helsepersonell Landforbund
Norsk Førbundforbund
Norsk Kommuneforbund
Norsk Helsepersonell
Stafetten Norges Varemese





Diflucan "Pfizer"

Antimykotikum til systemisk bruk.

Infusjonsvæske 2 mg/ml: 1 ml inneholder: Fluconazol, 2 mg, natrii chlorid, 9 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

Kapsler 50 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Hver kapsel inneholder: Fluconazol 50 mg, resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, const. q.s. ad 117 mg, resp. 235 mg, 350 mg og 470 mg.

Egenskaper: *Klassifisering:* Triazolderivat, med effekt særlig på *Candida albicans* og *Cryptococcus neoformans*.

Virkningsmekanisme: Fører til defekter i soppens celledemembran ved spesifikk hemming av soppens cytokrom P-450 avhengige ergosterolbiosyntese. Farmakokinetiske forhold er tilnærmet like ved intravenøs og peroral administrasjon.

Absorpsjon: > 90%. Biotilgjengeligheten påvirkes ikke av samtidig matinntak. Maksimal serumkonsentrasjon etter 0,5 - 1,5 timer på fastende mage. Plasmakonsentrasjonen er proporsjonal med dosen. **Steady state:** 90% nådd etter 4 - 5 dager eller etter 2 dager hvis det gis dobbelt dose første dag.

Proteinbinding: Lav (ca. 12%).

Fordeling: Distribusjonsvolum tilsvarer omtrent total kroppsvæske. Penetrerer godt til vevsvæsker. Konsentrasjon i spytt og bronkialsekret er den samme som i plasma. Ved

soppmeningitt er konsentrasjonen i cerebrospinalvæsken ca. 80% av den tilsvarende plasmakonsentrasjonen.

Halveringstid: Ca. 30 timer. **Utskillelse:** Vesentlig via nyrene. Ca. 80% i uforandret form i urinen. Clearance er proporsjonal med kreatininclearance. Ingen tegn til sirkulerende metabolitter.

Overgang til placenta: Opplysninger savnes. **Overgang til morsmelk:** Går over. (Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler).

Indikasjoner: Candidavaginitt resistent mot annen behandling. Systemiske og invasive candidainfeksjoner inkludert candidaøsofagitt. Oral candidiasis hos immunkompromitterte. Kryptokokkmeningitt.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor flukonazol eller andre triazolier. Graviditet. Ved alvorlige eller livstruende mykoser bør behandling likevel vurderes mot en mulig risiko for fostret.

Bivirkninger: Tolereres vanligvis godt. Vanligste bivirkninger er av gastrointestinal type som kvalme, magesmerter, diaré og flatulens. Hodepine, utslett og pruritus kan også forekomme. Alvorlige hudreaksjoner er sett hos et lite antall AIDS-pasienter ved kombinert terapi med flukonazol og andre preparater som man vet er forbundet med alvorlige hudreaksjoner.

Forandringer i renale- og hematologiske funksjonsprøver samt leverforandringer (se Forsiktighetsregler) er sett hos pasienter under behandling med flukonazol og andre preparater, særlig hos de med alvorlig grunnlidelse som AIDS og cancer, men klinisk betydning og sammenheng med flukonazol er usikker. AIDS-pasienter har økt tendens til å utvikle alvorlige hudreaksjoner ved bruk av forskjellige legemidler.

Forsiktighetsregler: Utvikles utslett som man mener er relatert til flukonazol hos pasienter som behandles for candidainfeksjon i munnhule/svelg, må videre behandling unngås. Utvikles utslett hos pasienter med invasive/systemiske soppinfeksjoner, må de følges nøye opp, og behandlingen må avbrytes hvis det utvikles bulløse lesjoner eller erythema multiforme. Meget sjelden er levernekrose påvist ved autopsi hos pasienter med alvorlig grunnlidelse og som har fått multiple doser med flukonazol.

Disse pasientene har samtidig fått andre medikamenter, noen potensielt levertoksiske og/eller pasientene har hatt en grunnlidelse som kan ha forårsaket levernekrose. Da årsakssammenheng med flukonazol ikke kan utelates må en avveining av fordel/risiko av fortsatt behandling foretas ved signifikant økning i leverenzymmer. Liten erfaring hos gravide. (Se Kontraindikasjoner.) Det er observert teratogen effekt hos rotte ved doser som var så høye at de også ga maternell

Pfizer lanserer en systemisk kur mot Candida-vaginitt.



Hvorfor det?

Lokal behandling av Candida-vaginitt gir ofte god klinisk respons, men mange kvinner er plaget med gjentatte infeksjoner.

For første gang finnes det nå en helt ny kur mot Candida-vaginitt som er resistent mot annen behandling:

Nemlig én kapsel som svelges. Én gang.
Preparatet heter Diflucan (flukonazol).

Omfattende kliniske undersøkelser viser at Diflucan gir minst like god effekt som lokal behandling, og Diflucan tåles godt. 1. 2.)

Behandlingsmåten er bare blitt så mye enklere og mer bekvem enn før.

1.) Brammer K.W. et al: Treatment of Vaginal Candidiasis with a Single Oral Dose of Fluconazole. Eur J Clin Microbiol Infect Dis June 1988; 364-7.

2.) Brammer K.W. et al: A comparison of single-dose oral fluconazole with 3-day intravaginal clotrimazole in the treatment of vaginal candidiasis. Br J Obstet Gyn Feb 1989; 226-32.

Diflucan[®]
flukonazol

Én kapsel som svelges. Én gang.

toksisitet. Det er også sett forlenget fødselsforløp og økt antall dødfødte hos rotter.

Det er begrensede data om bruk hos barn under 16 år. Bruk av flukonazol anbefales derfor kun hvis soppbehandling er påkrevd og ingen andre egnede preparater finnes. Da det foreløpig ikke foreligger data om bruk hos barn under 1 år, anbefales det ikke brukt hos disse. Det anbefales heller ikke til ammende da det går over i morsmelk.

Interaksjoner: Forlenget blødningstid hos friske frivillige ved samtidig inntak av warfarin (ca. 12% endring). Ved samtidig bruk av kumarinpreparater bør dosen av disse titreres forsiktig. Forlenget T 1/2 av klorpropamid, glibenklamid, glipizid og tolbutamid hos friske frivillige. Forsiktighet bør utvises ved samtidig inntak av disse hos diabetikere. Plasmakonsentrasjonen av flukonazol økte (ca. 40%) ved samtidig inntak av multiple doser hydrokortisid. Det er ikke nødvendig å redusere dosen av flukonazol, men forsiktighet bør utvises. Kan øke konsentrasjonen av fenytoin. Fenytoinkonsentrasjonen bør følges, og dosen av fenytoin bør eventuelt justeres. Reduksjon i AUC (ca. 25%) og T 1/2 (ca. 20%) for flukonazol ved samtidig inntak av rifampicin. Doseøkning av flukonazol bør eventuelt vurderes. Plasmakonsentrasjonen av cyclosporin bør følges hos

pasienter som får flukonazol. Interaksjonsstudier har vist at: 50 mg daglig ikke påvirker endogene steroidkonsentrasjoner eller kinetikken til perorale prevensjonsmidler; 200 - 400 mg daglig har ikke klinisk signifikante effekter på endogene steroidkonsentrasjoner eller på ACTH-stimulerende respons hos friske, frivillige menn.

Dosering: *Voksne. Vaginale candidainfeksjoner:* 150 mg som éngangsdose. *Oral candidiasis hos immunkompromitterte og ved candidasosfogitt:* 50 - 100 mg daglig i 14 - 30 dager. *Systemiske og invasive candidainfeksjoner:* 400 mg første dag, senere 200 mg daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dosen økes til 400 mg daglig. Behandlingstid er avhengig av klinisk respons.

Kryptokokkmeningitt: 400 mg initialt, deretter 200 - 400 mg daglig i minst 6 - 8 uker. For å hindre residiv av kryptokokkmeningitt anbefales 200 mg daglig.

Eldre: Såfremt ingen tegn på nyresvikt kan normal dosering gis. Pasienter med nyresvikt: Vanlig dose ved éngangsdosering. Ved gjentatt dosering gis vanlig dose 1. og 2. dag, deretter:

Kreatininclearance (ml/min.)	Doseintervall/Daglig dose
> 40	24 timer, vanlig dose
21 - 40	48 timer eller 1/2 dose
10 - 20	72 timer eller 1/3 dose

Pasienter som dialyseres

Andre opplysninger: Infusjonsvæskene er blandbar med: Glukose infusjonsvæske 240 mg/ml, Ringer-laktat, glukose + kaliumklorid. Natriumhydrogenkarbonat infusjonsvæske 500 mmol/l. Aminofusin og fysiologisk saltvann. Infusjonshastighet ikke mer enn 10 ml/min. Infusjonsvæsken inneholder natrium. Hos pasienter hvor det er nødvendig med væske- eller natriumrestriksjon, må infusjons-hastigheten vurderes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomatisk behandling (ventrikkelskylling hvis nødvendig). Siden flukonazol i stor grad skilles ut i urinen, vil forsert diurese normalt øke eliminasjonshastigheten. Hemodialyse av 3 timers varighet senker plasmakonsentrasjonen med ca. 50%.

Pakninger og priser:

Kapsler: 50 mg: 7 stk. kr. 357,20. 28 stk. kr. 1.389,70
100 mg: 7 stk. kr. 683,10. 28 stk. kr. 2.499,00
150 mg: 1 stk. kr. 157,50. 200 mg: 28 stk. kr. 4.956,60
Infusjonsvæske 2 mg/ml: 50 ml kr. 280,40
100 ml. kr. 493,70

1 dose etter hver dialyse



Gynekologibøker

Av Inger Marie Steinsholt

Faget gynekologi er i rivende utvikling. Stikkord er "nye" infeksjoner som chlamydia og herpes genitalis; in vitro fertilisering, ultralydsdiagnostikk.

Behovet for oppdatering blant allmennpraktikere er udiskutabelt. I en leserundersøkelse i Utposten i 1988 om hvilke bøker vi føler behov for, kom "Gynekologi i allmennpraksis" høyt opp på lista.

I løpet av de siste par år er det utkommet en norsk, en svensk og en dansk bok om gynekologi. Disse har alle også allmennpraktikere som målgruppe. Vi har funnet det formålstjenlig å anmelde disse tre bøkene samtidig, slik at den enkelte kan foreta et valg ut fra egne behov.

1

Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim.
GYNEKOLOGI.
 280 s (innb) tab, ill. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
 Pris kr 480,-

De fire hovedforfatterne har med seg 11 kolleger som medforfattere, alle anerkjente norske spesialister. I forordet sies det at boka skal være mer enn fagpensum i gynekologi for medisinerstudenter. Den skal også kunne brukes som en oppslagsbok for leger etter embetseksamen, og her

tenker man vel først og fremst på allmennpraktikere. Man sikter også mot andre yrkesgrupper innen helsevesenet. Det presiseres også at boka ikke skal være noen praktisk "kokebok", men en del av beslutningsgrunnlaget for hva som bør gjøres, og forfatterne ønsker at boka kan aksepteres som en norsk veileder innen faget.

Boka inneholder i alt 24 kapitler. Hovedforfatterne har signert 17 av disse. Bokas første del omhandler basal-kunnskap om anatomi,

embryologi, kromosomforstyrrelser og endokrinologi, samt undersøkelsesteknikk. Disse kapitlene er ikke de viktigste for oss allmennpraktikere, men kapitlene er en lettlest og forståelig repetisjon for dem som har lyst på, eller føler behov for det.

De fleste kapitlene er viet kliniske gynekologiske problemstillinger, og dette gjøres grundig og godt. Spesielt synes jeg kapitlene om infertilitet, hvor også den mannlige partneren er behørig og instruktivt omtalt; genital des-



cens og gynekologisk urologi er til å få forstand av. Man har også fått med kapitler om sexologi og seksuelle funksjonsforstyrrelser, psykosomatisk gynekologi, sedelighetsforbrytelser, og lover og regler som angår gynekologi. Ett kapittel er viet et gynekologisk handlingsprogram med forslag til utredning ved blødning, smerter og utflod, illustrert ved algoritmiske skjemaer.

Hovedinntrykket er positivt. Boka er lettlest og oversiktlig, det er gode illustrasjoner og tabeller, og den har en god indeks. Språket er konsekvent. Den virker "moderne", man har fått med mange nye aspekter på gynekologien.

Likevel svikter den dessverre noe nettopp der allmennpraktikerens behov er størst. Symptomatologien går man tildels svært raskt over, dette gjelder i særlig grad gynekologiske cancere. Symptomer ved ovarialcancer avspises med 18 linjer (den svenske boka bruker 4 sider på dette), mens man bruker flere sider på å beskrive de forskjellige tumortyper. Slik må det kanskje nødvendigvis bli når dette også skal være en bok for studenter, men som allmennpraktiker føler jeg at dette samsvarer dårlig med det jeg

trenger. At man flere steder får et opprøp av f.eks. årsaksfaktorer, hyppig og sjeldent om hverandre, er også noe som egner seg bedre for studenter enn for allmennpraktikere. Videre føler jeg det som et stort savn at man ikke går mer detaljert inn på behandling. Omtalen av flere svært viktige temaer for oss i allmennpraksis synes jeg også er for spinkel. Hva skal vi si til pasienten med condylom eller herpes om fare for å smitte partner f.eks.? Viktige og vanlige temaer i vår gynekologiske hverdag som dyspareuni og kroniske underlivssmerter er såvidt omtalt. Behandling av juvenil menorhagi er knapt nevnt. Retningslinjer for cytologisk prøvetaking savner jeg også.

Under lesningen reiste det seg også en hel del spørsmål for meg. Jeg nevner f.eks: Er det korrekt at chlamydia kan behandles like godt med Bactrim som med erytromycin og tetracycliner? Er blødning et hyppig symptom ved trichomonasvaginitter? Er mikroskopi en god nok metode til å sikre gonorediagnosen?? Kan P-piller likevel brukes under amming? Disse tingene - og flere - kunne jeg tenkt meg mer utfyllende kommentert.

Men boka inneholder også svært mye som er nyttig for oss. Kapitlet om sedelighetsforbrytelser er meget instruktivt, og man har også tatt med praktiske anvisninger i egen oversikt.

Som nevnt presenterer to av forfatterne et handlingsprogram for de vanlige gynekologiske symptomene smerter, utflod og uregelmessige blødninger. Forfatterne fortjener honnør for dette. Slike handlingsprogram er til god hjelp for oss allmennpraktikere, og dette er greit og instruktivt forklart, både i tekst og diagram.

Et par små innvendinger svekker ikke dette inntrykket: Jeg savner kommentarer til de helt unge med blødningsforstyrrelser, og stiller meg uforstående til at man ikke bør sende inn dyrkningsprøver ved utflod hvor en klar årsak kan påvises straks. Dobbelinfeksjoner særlig ved påvist trichomonas, men kanskje også ved vaginose, er vel relativt hyppig?

At boka er norsk, er et stort pluss. Det er ikke til å komme fra at de faglige tradisjoner vil være noe forskjellige, selv i land som står oss så nær som Danmark og Sverige.



2

Schoultz Bo von, red.
GYNEKOLOGI I ÖPPEN
VÅRD.

240s (innb) tab, ill.
Stockholm: Almquist &
Wiksell, 1989. Pris: N kr
450,-

I forordet betones det at hensikten med boken er å komplettere de vanlige lærebøker, og at hovedvekten er lagt på enkel klinisk diagnostikk og praktiske råd for poliklinisk behandling. Redaktøren har møtt dette behovet spesielt hos allmennleger, og har ønsket å lage en bok som tar for seg vanlige tilstander og problemer.

I tråd med dette har boka lagt liten vekt på basal kunnskap. Omfanget er mindre enn for de to andre bøkene. Boka inneholder 13 kapitler som i det alt vesentlige omhandler klinisk gynekologi. Forfatterlisten består av 14 navn, hvorav en psykiater og en allmennpraktiker; de øvrige er gynekologer. Boka legger stor vekt på at man i allmennpraksis befinner seg i et annet arbeidsfelt enn man gjør på sykehus, og vier også det siste kapittel til generell omtale av dette. Forøvrig er det vanlige gynekologiske arbeidsfelt godt dekket. Infertilitetsutredning er ikke omtalt,

heller ikke tidlige graviditetsforstyrrelser og abortus provocatus. Man har med et kapittel om psykosomatisk gynekologi.

Det er mye godt for allmennpraktikere i denne boka.

F.eks. er fluor hos småpiker spesielt omtalt, og boka har et meget godt kapittel om ungdomsgynekologi. Det er gjort detaljert rede for ivaretagelse av dysplasi, og kapitlet om gynekologisk cancer er svært godt og praktisk. Her legger man stor vekt på symptomatologien, (4 sider om symptomer ved ovarialcancer) og spesielt presentasjonssymptomene ved første legekontakt. Boka har i det hele tatt lagt stor vekt på å komme med tallmessige frekvensangivelser, noe som er til stor hjelp for en allmennpraktiker. Dette gjelder også i hvilken grad prøvesvar er til å stole på. Boka inneholder mye håndfast behandling av mange vanlige tilstander i vår hverdag. Den gir også gode og praktiske instruksjoner for undersøkelser.

Jeg synes boka kunne vært mer oversiktlig. Mange av kapitlene er svært ordrike, og enkelte avsnitt går over flere sider. En god indeks bøter på dette, men likevel må man

ofte lese gjennom mye for å finne fram til det man er ute etter, i særlig grad synes jeg dette gjelder kapitlene om prevensjon og dysmenore/premenstruell tensjon/endometriose.

Kapitlet om psykosomatisk gynekologi har gode poeng, men seksualisert vold er knapt nevnt, og praktiske retningslinjer i slike tilfelle, mangler. Boka skjemmes også av bruk av forkortelser som det ikke alltid er like lett å finne ut av.

Boka bærer preg av svenske tradisjoner, men det meste er greit oveførbart til oss. At man anbefaler røntgen av sella tursica ved amenore over 6 mndr stusser jeg over. Her i landet ville man vel få gjort en computertomografi. Svenskene er vel mer restriktive med abrasio enn vi er vant til. Dysplasi-ivaretagelsen bærer preg av en mer aktiv behandlingsinnstilling. Men i den praktiske behandlingen vil også en norsk allmennpraktiker finne svært mye godt og nyttig.



3

Bock Johannes E, Fischer-Rasmussen Wiggo, Falck Larsen Jørgen, Secher Niels Jørgen, Westergaard Jes G.

GYNÆKOLOGI.
264 s (innb) tab, ill.
København: Munksgård,
1990. Pris: ca N kr 350,-

Dette er den mest omfangsrike av de tre bøkene, og uten tvil den av disse bøkene som inneholder mest teori. Den sikter mot studenter, allmennpraktikere og også leger under spesialistutdannelse innen gynekologi og obstetikk. De fem forfatterne som alle er spesialister innen faget har med hjelp av to medforfattere skrevet de i alt 17 kapitlene som boka består av.

Man starter med gjennomgang av basaltemaene embryologi, anatomi og endokrinologi, og et kapittel om undersøkelsesteknikk. Deretter følger den kliniske gynekologien. Boka er svært grundig og har med de aller fleste aspekter. Som allmennpraktiker merker man seg at symptomatologi, diagnostikk og behandling er viet stor oppmerksomhet, samtidig med at de mer teoretiske aspekter som etiologi og klassifikasjoner, også er godt ivaretatt.

Spesielt vil jeg framheve avsnittet om kroniske underlivssmerter som svært godt. Over 12 sider gir forfatteren godt og nyttige betraktninger over denne pasientgruppen som kan være så vanskelig å håndtere. I samme kapittel er også dyspareuni og seksuelle dysfunksjoner gitt bred omtale. Infertilitetskapitlet er meget instruktivt og gir en interessert allmenne mulighet til å komme langt i utredningen av dette problemet før henvisning.

Men også de øvrige kapitler inneholder mye matnyttig viten i en allmennpraktikers hverdag. Det er mange gode og instruktive tabeller om symptomer, og illustrerende tegninger. Instruksjon om cervixcytologi er detaljerte og likner såvidt jeg kan skjønne på våre. Infeksjonskapitlet er greit, selv om jeg også i denne boka skulle ønske meg noe mer utfyllende om de vanlige infeksjonene. Fordi boka er så omfangsrik, vil den selvsagt også inneholde en god del ting som er av mindre interesse for allmennpraktikere. Men den er oversiktlig og lett å finne fram i, selv om indeksen under mitt bruk et par ganger refererte til sidenummer der ordet kun forekom en gang.

Boka virker litt "gammeldags" på meg. Språket er akademisk og litt høytidelig. Forfatterne er utelukkende menn, jeg vet ikke om det har noe med det å gjøre. Seksualisert vold er også i denne boka stemoderlig behandlet, retningslinjer ved håndtering av problem som voldtekt og incest er ikke nevnt. Boka bærer selvsagt også preg av at den er dansk med noe annen vinkling på enkelte problemer. Vaginose og uspesifikk vaginitt omtales som to forskjellige begreper. Endometriecytologi omtales ikke. HSG anbefales rekvirert av allmenne ved infertilitetsutredning. HCG-injeksjoner eller progesteronstikkpiller anbefales som behandling ved truende aborter som kan bero på lutealfasedefekt, enda det vel aldri er vist noen effekt av dette i kontrollerte undersøkelser. Calciumantagonister anbefales ved dysmenore.

Men dette er småting. Hovedinntrykket er en solid og grundig bok, massevis av kunnskap og nok av praktisk orientering til at en allmennpraktiker vil ha stor nytte av den.

Anmeldt av:
Allmennpraktiker
Inger Marie Steinsholt
Kongsberg □



Noen kommer -noen går

Som den trofaste Utposten-leser vil vite, har redaksjonen knyttet til seg en redaksjonskomite bestående av 12 personer spredt over hele landet. Redaksjonskomiteen er redaksjonens landsdekkende nettverk som skal hente stoff og ideer fra norsk primærmedisin. Dessuten skal redaksjonskomiteen sørge for at ingen i redaksjonen sliter seg ut.

Derfor er det naturlig med utskiftninger av og til. Tidligere har Gunn Aadland og Eli Berg byttet plass i redaksjonen og redaksjonskomiteen.

Berit Olsen har vært med i redaksjonen siden 1989, og bytter nå plass med Åsa Rytter Evensen. Berit har særlig

sørget for å ta vare på Utpostens samfunnsmedisinske profil, og regelmessig minnet såvel leserne som resten av redaksjonen på at Oslo ligger avsides. Fra sin nye plass i redaksjonskomiteen vil forhåpentligvis Berit holde dette varmt. Vi vet vi har leserne med oss når vi gir Berit en stor blomst for jobben så langt.

Åsa Rytter Evensen trenger neppe noen omfattende presentasjon for Utpostens lesere. Hun arbeider i kombistilling som bydelslege på Røa i Oslo og som førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin i Oslo. Er dessuten kjent og aktet som rikskjendis, ukebladlege og radiodoktor. Riktignok bor

hun i noe så usentralt som Oslo, men redaksjonen har valgt å ikke holde dette mot henne. Vi håper våre lesere vil ha forståelse for dette, og ønsker Åsa velkommen og lykke til.

Tidligere har Elise Kloumann Bekken, Berit Austveg, Marit Bjartveit Kruger og Anne Wyller Shetelig vært med i redaksjonskomiteen.

Nye krefter som nylig er kommet inn, er

Karin Rønning
(kommunelege i Bærum),

Helga Arianson
(helsesjef i Loddefjord i Bergen) og

Elisabeth Swensen
(kommunelege I i Seljord).

For redaksjonen er det godt å vite at så mange gode krefter har eller har hatt tilknytning til Utpostens faglige og personlige nettverk.



Åsa Rytter Evensen



Elisabeth Swensen



Helga Arianson



Karin Rønning

ORDENE

*Jeg sa til ordene: Bli ånd!
Bli liv! Bli kjøtt og blod og sårr!
Men ordene skjøt rygg og sa:
"Hvor skal vi hente ånden fra?"*

*For du som bare skriver oss
i tankeløshet eller tross,
hva kjenner du til våre krav
om hånden vi vil brukes av?*

*Din er bevæpnet med en penn.
Du spidder oss ihjel med den.
Og dine ark er fylt med lik
fordi du selv har skapt oss slik.*

*Men ikke bare nok med det.
Selv døde får vi ikke fred.
Du steker oss ved langsom ild
fordi du ikke fikk oss til.*

*Å, menneske, hvor du tar feil!
Vi er din egen tankes speil.
La den få ånd og blod og liv,
og sett deg så påny og skriv!"*

*Slik slynget ordene sin spott
som piler mot meg. De skjøt godt.
Jeg vendte tappert hjertet frem
og laget disse vers av dem.*

Inger Hagerup



CALL FOR ABSTRACTS

The College of Family Physicians of Canada has issued a
CALL FOR PAPERS for:

"THE 13th WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE"

to be held in Vancouver, B.C. Canada, May 9-14, 1992.
The Conference theme is "Family Medicine in the 21st Century"

All papers will be presented in **POSTER** format, in either French or English. Some papers will also be selected for oral presentation. Abstract forms are available by writing to the Conference Co-ordinator's address below.

Also available: Abstract forms for the **CALL FOR MEDICAL/ EDUCATIONAL SOFTWARE**, highlighting computer software relevant to the practice of family medicine.

Deadline for Submissions: September 30, 1991

Abstract forms are available in English and French. To obtain abstract forms and information about **WONCA '92**, please contact:

Ms. Terri Garbutt, Co-ordinator, **WONCA 1992**
The College of Family Physicians of Canada
4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada M2K 2R9
telephone (416) 493-7513 or facsimile (416) 493-3224

RMR-kursarrangør
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 5 1991

Eit ord Dikt av Olav H. Hauge	side 194
Leder - I begynnelsen var Ordet-? Kirsti Malterud	side 195
De uttrykte ord skaper personen Tom Andersen	side 196
Slik leser jeg Dikt av Emily Dickinson	side 198
Hvordan gjøre ordene til bedre medisinske verktøy? Kirsti Malterud	side 200
Livskraftig tidsskrift søker entusiastiske medspillere Redaksjonen	side 203
"Tale er sølv -" Mette Nygård	side 204
Der er et Ord, som spøger i Blækhuset Per Fugelli & Alexander L. Kielland	side 206
Hva slags menneske henvender helseopplysningen seg til - I Tove Beate Pedersen	side 208
Omsorgens grenser og rettferdens grunnlag Eivind Meland	side 214
Ord - disse usikre teikn Dikt av Arnljot Eggen	side 217
Bokmelding: Allmennt medisinsk familiearbeid Per Stensland	side 218
Bokmelding: De allmektiges avmakt. Ord om makt Kirsti Malterud	side 219
Hverdagsklinikk: Holdbarhetsdato - også på våre behandlingsindikasjoner? Jørund Strand	side 222
"Helse for alle 1991" Fredrik Langballe	side 226
Bokmelding: Gynekologibøker Inger Marie Steinholt	side 230
Noen kommer - noen går Redaksjonen informerer	side 234
Ordene Dikt av Inger Hagerup	side 235