

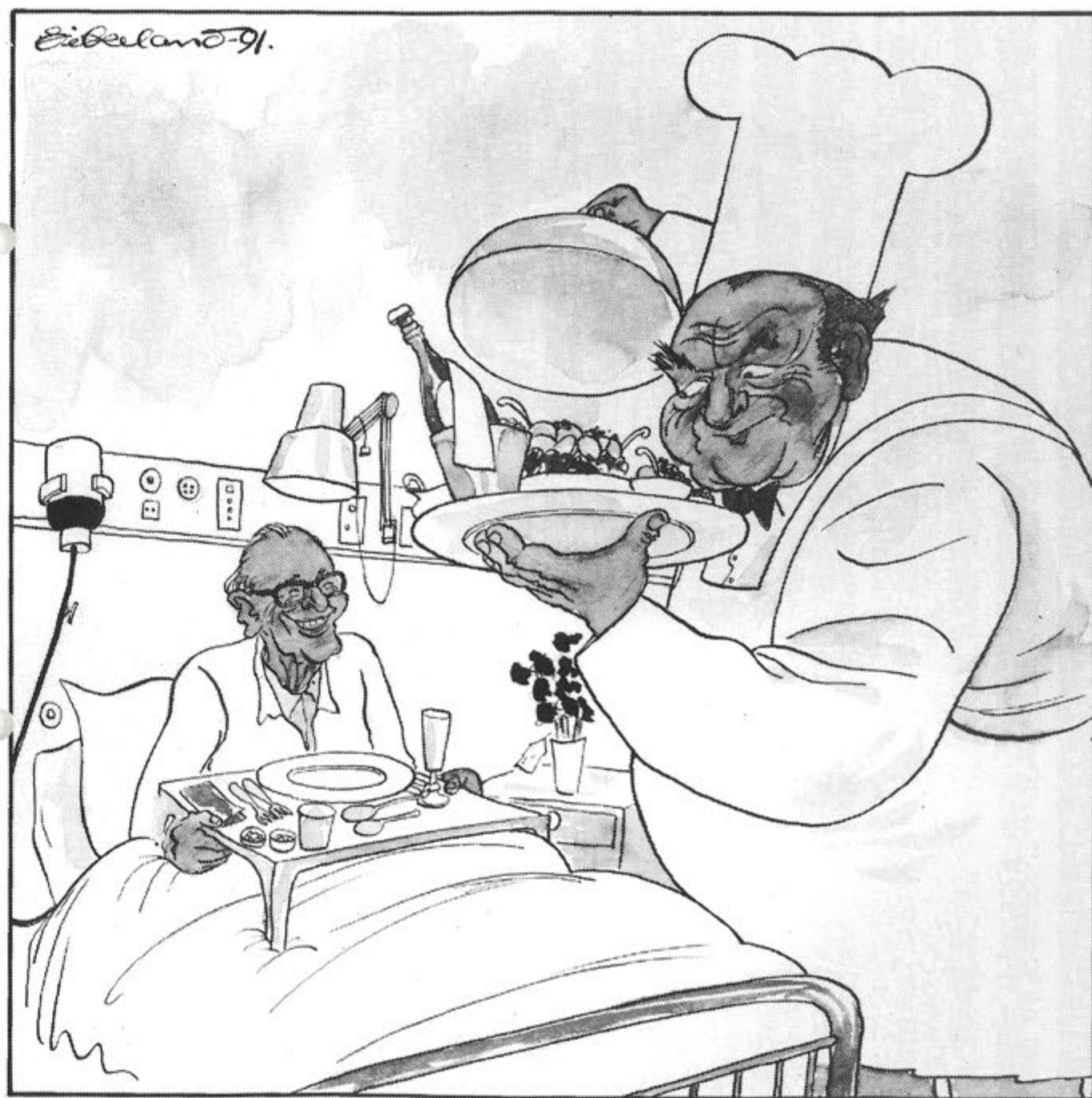
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

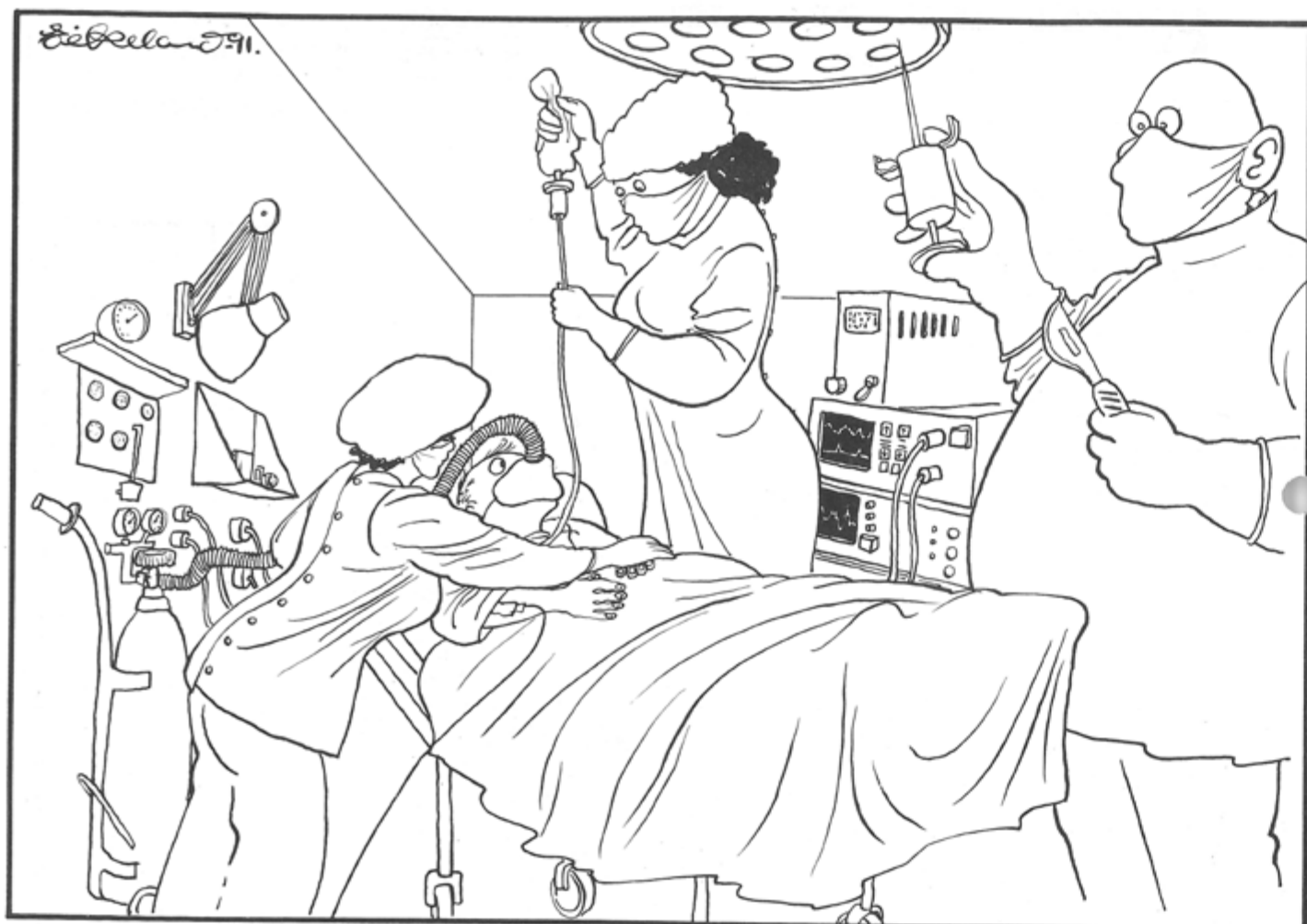
NUMMER 7

1991

ÅRGANG 20



Tema: Helse og media



Tegning: Kåre Eikeland

Redaksjonen er avsluttet 15. 09. 91

Framsidaillustrasjon: Kåre Eikeland, Stavanger Aftenblad

**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

Åsa Rytter Evensen  
Ullernveien 20 B  
0280 OSLO 2

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: 02 559210  
P: 02 521788

K: 056 66100  
P: 056 69333

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

Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22

Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98

ISSN 0800-5680

# leder



## Med helsevesenet på ferie

Jeg reiser på ferie, med egne unger, andres unger, mann og gode venner. Jeg stenger kontoret og reiser på hytteferie. Jeg er sliten, jeg har visst for mange pasienter. Avisene følger med- Nå skal jeg følge helsevesenet bare fra sidelinjen noen uker. Være en uforpliktende observatør- hvordan er det å være helseleser i Stavanger.

Det starter med 10 helseoppslag om økt behov for helsesøstre i byen vår. Lederen for Helse og Sosialutvalget har oppdaget psykiske problemer blant eldre. Det er snart kommunevalg og hans parti står i fare for å miste stemmer til det nystartede pensjonistpartiet. Vår vakre Helse og Sosialsjef avbildes med et nyfødt barn i armene. Hun vil satse på vanskeligstilte mødre. Det går slag i slag. Det er daglig helsepolitiske utspill av lokal eller nasjonal karakter. Sykehusets utstyr er helt utrangert. Hva med å mobilisere til ny innsamling til ny mammograf? Den gamle er farlig gammel!

I rapporten "Død og pine!" (om massemedia og helsepolitikk) ser forfatterne Martin Eide og Gudmund Hernes på hvilken rolle massemedia spiller på den helsepolitiske arena. (1)

Imens ruller nyhetene videre om sommerens ulykker, på veiene og på sjøen. Ingen fagfolk fant det nærliggende å kommentere dette i sommer. Så kommer endelig det årvisse utspillet fra fylkeslegen. Rapporten om forekomsten av blågrønnalger i Lutsivassdraget, vannet hvor vi faktisk plasker rundt i sommersola. (Du kan se det på fargen i vannet, sier min sønn på 8.)

Fylkeslegen trør til igjen. De har nå oppdaget at det er for få leger i primærhelsetjenesten i fylket vårt. Rogaland ligger nå på bunn i landsgjennomsnittet, står det. Jeg føler nå nærmest en lettelse i sommervarmen. Det gjør godt for en misunnelig lege som ikke helt tålte all oppmerksomheten som helsesøstrene fikk tidligere i uka.

I avisa støter jeg også heldigvis på små fine letteste oppslag om solforbrenning og flåttbitt. At karlsoslim kunne brukes til å fjerne flått, var nytt for meg.

Den faste spalten "Vi og våre" i lokalavisa vår har ferie. Det er synd. Det er helsestoff med en annen vinkling. Alt fra helsenyheter, små reportasjer, helseopplysning og gode praktiske råd. Vi har tatt en prat med redaktøren som er Kari Thomsen. Åsa Rytter Evensen har gjort en viktig jobb i ukepressen med helsestoff. Dette fikk hun helseopplysningsprisen for høsten 90. Dette nummeret av Utposten bringer erfaringer fra helseopplysning. Odd Winge på Stord og Kari Fagerheim fra Nordfjordeid har på hver sin måte formidlet helsestoff.

Tilbake til de daglige helsepolitiske oppslag "må ha penger til" med fete typer. I Rogaland har vi en mektig fylkesordfører, Arne Røtting. Han har fram til nå hatt en sentral rolle i den løpende debatt om fylkeskommunale

helsetjenester. Han lovet forleden Rogalands pasienter bedre mat på sykehuset ved hjelp av SAS cathering. En dyktig karrikaturtegner, Kåre Eikeland fanget inn dette gyldne øyeblikk i vårt lokale helsepolitiske nyhetsbilde. Det er befriende med slike kommentarer.

Sommeren og en litt giftig humoristisk karrikaturtegning gir meg den nødvendige distanse til å tåle alt helsestoffet i avisene. Hvor leie må forresten ikke leserne bli iblant?

Så er det blitt høst. Helsesøstrene fikk de nødvendige stillingene bevilget i vår kommune. Kanskje vi må lage en kampanje i avisen slik at hele befolkningen henvender seg til legefordelingsutvalget. "Nå dør folk snart av legemangel i Rogaland" kunne være overskriften.

### Ref:

1. Eide M, Hernes G: Død og pine! Om massemedia og helsepolitikk. FAFO 1987.

**Gunn Aadland**

ansvarlig redaktør for dette nummer



# Utpostens essay- konkur- ranse

Til årets konkurranse kom det inn 9 bidrag. Dette er ny rekord! Temaene i årets bidrag varierte fra de mer stringente som ressursbruk og helsetjenesteforformer til ren fiksjon. Konsultasjonstermaer er fortsatt aktuelle og flere av bidragene inneholder refleksjoner omkring slitenhet og fare for utbrenthet.

Til tross for at kvaliteten på årets bidrag totalt sett må betegnes som forholdsvis jevn, var det likevel ett bidrag som etter juryens mening skilte seg helt klart ut. Juryen har enstemmig kommet fram til at årets essaypris måtte gå til essayet

## LA REVEN LEVE!

Den uttaler: Vinneressayets tema er reven bak vårt allmennpraktikerøre, nemlig intuisjonen, som følger oss, enten vi overser den, prøver å riste den av oss, eller lytter til den. Essayet behandler dette viktige temaet både ut

fra teoretisk og en mer personlig betraktningssvinkel, og belyser hvor viktig intuisjonen er for oss i vårt daglige virke. Både emnevalg, språk og stil stiller dette essayet i en klasse for seg, og juryen besluttet derfor at årets konkurranse kun skal ha en prisvinner.

Årets prisvinner har vært bydelslege på Bekkelaget utenfor Oslo fra 1983. Før det var hun innom Markveien legesenter noen år. Hun har også arbeidet 1 år på Røde Kors klinikken i Oslo. Nå er hun nylig kommet tilbake etter 1 år i HongKong, der hun sammen med sin ektefelle hadde misjonærstatus. Hun har vært spesielt interessert i helse-tilbud til eldre pasienter. Hun er aktivt med i NSAMs referansegruppe: Omsorg ved livets slutt.

*Vi i Utpostens redaksjon gratulerer årets vinner!*

Årets  
Vinner

# La reven leve!

Om intuisjonens plass i allmennmedisinen



Det bor en rev bak mitt høyre øre. Hun (for reven må definitivt være av hunnkjønn) har bodd der så lenge jeg kan huske, men hun har blitt mer høyrøstet med årene. Hun følger hårdnakket med meg på kontoret, selv om jeg lenge har prøvd å stenge henne ute. "Du har ikke noe her å gjøre", sier jeg. "Jeg vil ikke høre på deg. Jeg må bygge mine over-

veier på statistiske sannsynligheter og logiske slutninger. Jeg har fått så mange nye og fine handlingsplaner, metodebøker og flow charts å holde meg til. Det forskes på symptomenes prediktive verdi og funnenes sensitivitet og spesifisitet. Du og dine medsøstre har i alle år holdt vårt fag nede som et "synse-fag". Nå har vi vår egen forsk-

ning og en rivende fagutvikling å vise til. Det har øket vår status, og du får ikke tilsmusse vår vitenskapelige troverdighet igjen. Jeg har ikke bruk for deg lenger". Men hun vil ikke forlate meg. Hennes navn er INTUISJON, og hun er ikke stueren blant oss lenger.



Riktignok har hun et syskenbånd (av hankjønn) på Gjøvik, som er atskillig mer stueren. Han heter KLINISK BLIKK. Men det er stort sett bare erfarne eldre kolleger, fortrinnsvis indremedisinere, med briller og tvers-over som kan påberope seg å huse ham. Så jeg vil ikke prøve å rettferdiggjøre min rev ved å gi henne et mer velklingende navn. Hun er og blir intuisjon.

Jeg har stadig gjort velmente forsøk på å bli kvitt henne, men hun fortsetter å plage meg. Hun avbryter meg midt i seriøst arbeid med handlingsplaner og flow charts og visker meg fiks ferdige diagnoser og behandlingsopplegg i øret. Jeg har trosset henne mange ganger, og sagt: "Ti stille, og gi meg fred til å TENKE LOGISK!", og så har jeg fortsatt på mitt flow chart. Men da jeg møysommelig hadde jobbet meg igjennom hele det stuerene programmet - og faktisk kom til samme resultat som intuisjonen hadde sagt for lenge siden - stod hun der og pekte nese til meg.

Andre ganger er det jeg som har triumferert når intuisjonen har tatt feil. Da har jeg riktig frydet meg og fått bekreftet at jeg må bort fra intuisjonens irrasjonelle veier. Men jeg vil helst glemme de gangene hun likevel har fått rett - til slutt - når sykdommen har fått utvikle seg over tid.

For en stund siden opplevde jeg, for annen gang i mitt doktor-liv, at intuisjonen hvisket "subaracnoidal-blødning" i øret mitt i samme øyeblikk jeg kom inn i rommet, før jeg hadde begynt å nærme meg pasienten. Selv om den kliniske undersøkelsen ikke kunne bekrefte diagnosen, var intuisjonen like sikker. Og ved henvendelse til nevrologisk avdeling dagen etter fikk jeg bekreftet at hun hadde rett. Da begynte jeg å bli redd for å kaste henne ut. Tenk om jeg hadde overhørt henne og behandlet pasienten for et vanlig migreneanfall!

Men hvordan skulle jeg bruke henne? Gikk det an å temme henne, gjøre henne mer stueren? Gikk det an å finne ut noe mer om hvordan hun virker, slik at jeg kunne legitimere overfor kolleger at hun fortsatt har en plass i min allmennmedisinske hverdag?

Et MEDLINE-søk på stikkordet INTUITION gav nedslående resultat:

Av 19 relevante artikler var 11 fra sykepleiertidsskrifter, fire på russisk og en på polsk, hvilket bekreftet inntrykket av at intuisjonen hører hjemme i kvinnedominert lavstatus-medisin. Den betraktes som uvitenskapelig eller til nød "førvitenskapelig" av de fleste. Men en av artiklene virket interessant (1), og ved å nøste videre på dens referanser, har jeg etterhvert begynt å danne meg et bilde av hva intuisjonen er og hvordan den virker. Jeg har ikke på langt nær kommet til bunns i dette mysteriet, men føler snarere at jeg har lagt ut på en spennende reise.

Fra begynnelsen av dette århundre var det filosofer som Henri Bergson (2) og Hans Larsson (3) som var mest opptatt av intuisjonen. Etterhvert har psykologer som Carl Gustav Jung (4) studert henne nøye, men uenighet mellom forskjellige psykologiske skoleretninger om definisjon og avgrensning av begrepet har virket bremsende på forskningen.

Den beste definisjon jeg har sett sier at "intuisjon er en spontan erkjennelse som ikke er formidlet gjennom en bevisst analyse" - eller på godt norsk at vi vet noe uten å vite hvordan vi har fått vite det. Den blir vanligvis satt opp mot *rasjonalitet* som bygger på analytiske resonnementer og logiske tankerekker. I praksis er det umulig å skille rasjonalitet og intuisjon fullstendig fra hverandre, fordi de påvirker hverandre og sammen utgjør de vår daglige "tenkning". Vi burde kanskje betrakte dem som komplementære størrelser, ikke motsetninger.

Det er imidlertid åpenbart at noen har en sterkere intuisjon, mens andre arbeider mer analytisk. Psykologene er opptatt av intuisjonens betydning for de store kunstnernes kreativitet og geniens store gjennombrudd i naturvitenskap og matematikk. Geniernes analytiske tenkning har lagt premissene mens intuisjonen har ført til et spontant erkjennelses-gjennombrudd, som de igjen har brukt eksperimenter og analytisk tilnærming for å bevisse. Eller for å sitere matematikeren Henri Poincaré (5): "...it is by logic that we prove. It is by intuition that we discover". Mye av den psykologiske forskning på intuisjonen har derfor vært opptatt av å studere hvilke prosesser som fører fram til løsning på matematiske oppgaver, gjenkjenning av

mønstre, symboler og geometriske figurer, osv. Endel har også vært gjort på hvordan intuisjonen fungerer i en læringsprosess og i kunstneres kreativitet. Men jeg har funnet lite om hvordan intuisjonen fungerer i kompliserte problemløsninger som dem vi står overfor i vår allmennmedisinske hverdag.

Den beste forklaringen på hvordan intuisjonen virker har jeg funnet hos Bastick (6). Hans "teori om intuitiv tenkning" sier at det som vi erfarer med våre sanser, lærer og erkjenner, kan vekke såkalte EMOSJONELLE SETT: oss. Disse lagres i vår hukommelse uavhengig av vår bevisste tenkning. Når vi så gjenopplever de samme sanseinntrykkene eller situasjonene, vil de emosjonelle settene reaktiveres og gi oss en "følelse" av hvordan situasjonen eller inntrykkene skal tolkes - ofte lenge før vi greier å resonnerer oss fram til den samme erkjennelsen.

Denne teorien er besnærende av mange grunner, ikke minst fordi den gir en mulig forklaring på hvorfor intuisjonen ikke er like sterk hos forskjellige personer. Ifølge Basticks teori kreves det at personen har en "god emosjonell klangbunn" for de sanseinntrykk og situasjoner som han opplever - en velutviklet evne til å danne emosjonelle sett. Likeledes krever intuisjonen en stor "lydhørhet" for våre egne emosjonelle impulser (eller "god kontakt med egne følelser" som psykiaterne har lært oss å si), slik at de emosjonelle settene lett reaktiveres og gjenkjennes når lignende sanseinntrykk eller situasjoner inntreffer.

I vår daglige praksis vil mange av de sanseinntrykkene som vekker emosjonelle sett, være ikke-verbale signaler som pasientene sender ut: Deres hudfarge, gangmønster, kroppsspråk osv. er signaler som vekker assosiasjoner og setter i gang tankerekker hos oss (eller reaktiverer emosjonelle sett, som Bastick ville si) - ofte før vi er klar over at vi i det hele tatt har observert dem. Jo bedre utviklet vår evne til å oppfange disse signalene blir, jo bedre vil vår intuisjon fungere. Bastick hevder også at en velutviklet evne til å oppfatte ikke-verbale signaler fra andre mennesker, og intuitivt å tolke dem, er en viktig forutsetning for empati.

Ifølge psykologene bruker vi intuisjonen i særlig grad når vi må ta beslutninger på grunnlag av ufullstendig informasjon - en velkjent situasjon for oss allmennpraktikere. Ofte har vi bare noen få opplysninger og en del observasjoner (deriblant kanskje noen som ikke har nådd vår bevissthetstærskel) å holde oss til når vi må ta våre beslutninger. Allikevel kan disse få brikkene vi har tilgjengelige i puslespillet vekke til live de riktige emosjonelle settene og gi oss en intuitiv forståelse av hva som er pasientens problem, lenge før vi får alle kortene på bordet. I følge Pendelton (7) bruker vi gjennomsnittlig de første par minuttene av konsultasjonen på å gjøre oss opp en mening om hva som feiler pasienten. Resten av tiden bruker vi på å bekrefte eller avkrefte denne teorien. Jeg tror at intuisjonen spiller en viktig rolle, ihvertfall for mange av oss, i denne første fasen av problemløsningen.

Basticks teori sier også noe om hvorfor intuisjonen kan ta feil. Hvis en situasjon eller et sett av observasjoner skaper et feilaktig emosjonelt sett (f. eks. fordi våre emosjoner er "i ulage" eller er sterkt preget av utenforliggende faktorer i øyeblikket), kan det selvfølgelig vekkes gale assosiasjoner når dette reaktiveres. Eller hvis vi er sterkt preget av "uvedkommende" emosjoner i en problemløsningssituasjon, vil gale emosjonelle sett kunne reaktiveres. Men ifølge Bastick går det an å rette opp slike feil ved å få innsikt i hvordan feilen har oppstått, og prøve å danne seg nye emosjonelle sett. Derfor blir det viktig å lytte til intuisjonen også når den tar feil, slik at man kan få rette opp feilaktige emosjonelle sett og få korrigert sin intuisjon.

Når man skal studere intuisjonen, kommer man ikke utenom de senere årenes diskusjon om høyre og venstre hjernehalvdel. Egenskaper som helhetsforståelse, gjenkjenning av mønstre, kreativitet osv. er viktige elementer ved intuisjonen. Disse egenskapene har blitt "plassert" i høyre hemisfære, og noen har derfor trukket den konklusjon at intuisjonen sitter der. Men det er en grov forenkling å lokalisere intuisjonen til høyre hemisfære (8). Intuisjonen er en komplisert intellektuell funksjon som er avhengig av en rekke nevroanatomi- ske strukturer og innviklede

interaksjoner mellom disse. Derfor er det vel fremdeles riktigst å betrakte henne som en psykologisk størrelse som best kan studeres med psykologiske metoder. Men det skal bli spennende å se hva de kommende årenes nevrofysiologiske forskning kan avdekke.

Basticks teori er kanskje ikke den hele og fulle sannhet om intuisjonen, men den har gitt meg mot til å la min rev bli sittende der bak øret, også når jeg går på kontoret. Og den har gitt meg en forklaring på hvorfor hun har blitt mer høyrøstet med årene: Jo mer erfaring jeg har fått som doktor, jo flere emosjonelle sett har jeg dannet meg som kan reaktiveres når jeg trenger dem. Gjennom erfaring og trening har jeg også blitt mer sensitiv for mine egne emosjonelle impulser og pasientens ikke-verbale signaler. Og sist, men ikke minst, jeg har fått mye mer bruk for intuisjonen: På doktorskolen ble vi vant til å få alle, eller ihvertfall svært mange, kort på bordet før vi måtte trekke våre slutninger. Men det tok ikke mange uker i allmennpraksis før vi forstod at her måtte diagnosene stilles på et helt annet grunnlag, og tiltak iverksettes til tross for svært mangelfull informasjon. Ingen hadde lært oss hvordan vi skulle arbeide på denne måten. Det var nok på dette tidspunktet at intuisjonen gjorde seg uunnværlig i mitt arbeid. Hun stod der parat da mine tillærte metoder sviktet. Jeg måtte lære meg min egen måte å arbeide på innenfor dette faget, og hun var mer enn villig til å hjelpe.

Innenfor en del andre naturvitenskaper (f. eks. kjernefysikken) er noen retninger i ferd med å restituere intuisjonens betydning. Den rent analytiske tanke kommer til kort når den skal forsøke å forklare elementærpartikkelens mikrokosmos og universets grunnkrefter, og en mer intuitiv forståelse blir et helt nødvendig supplement. I vårt eget fag står vi etter manges mening midt oppe i et paradigmeskifte: Den rent analytisk-naturvitenskapelige forståelse har vist sin begrensning, og en mer holistisk, hermeneutisk tankegang er på vei inn. Men allikevel vil vi altså stenge intuisjonen ute?

Kjære logiske, rasjonelle kolleger! Kan vi begynne å snakke om intuisjonen igjen? Kan vi begynne å diskutere om vi kan gi henne anerkjent status som et

nyttig arbeidsredskap i allmennmedisinen? Vi allmennpraktikere er selvfølgelig forskjellige av legning, og jeg tror ikke at alle kan eller skal bruke intuisjonen i samme utstrekning. Men hvis de av oss som er "intuitivt anlagt" kan få lov å vedstå oss at dette er den naturlige måten for oss å arbeide på, da kan vi begynne å foredle vår intuisjon til et stadig bedre arbeidsredskap. I sitt åpningsforedrag "Allmennmedisinen i 90-årene" på Nidaroskongressen-90 tok Per Fugelli til orde for at vi må "dyrke den uunnværlige irrasjonaliteten" og gjøre den til gjenstand for forskning og bearbeiding. Han siktet vel mest til de irrasjonelle elementene i lege-pasientforholdet, som f. eks. de "ritualene" vi har i konsultasjonen, og pasientenes mystiske helseforståelse. Men den "uunnværlige irrasjonaliteten" i våre egne arbeidsmetoder burde vel være et minst like viktig forskningsobjekt. Vi som arbeider etter intuisjon, må begynne å studere hvordan den virker og evaluere hvor godt den virker i forhold til andre arbeidsmetoder. Deretter må vi lære oss å korrigere og foredle den. Selvfølgelig skal vi også fortsette med analytisk forskning, men noen av oss vil gjerne integrere dens resultater i våre emosjonelle sett istedenfor i skjemaer og flow charts. Kan vi gjøre dette legitimt?

Kan vi  
LA REVEN LEVE?

## Litteratur:

1. Hult B., Sarvimäki A. Intuitionen och dess betydelse i vården. Vård Nord Utveckl Forsk 1984 vår, 4 (1): 174-76.
2. Bergson H. Intuition och intelligens. Stockholm, Wahlström & Widstrand, 1928.
3. Larsson H. Intuitionsproblemet. Stockholm, Albert Bonniers Förlag, 1912.
4. Jung C. Typologi. Till frågan om de psykologiska typerna. Stockholm, Berghs Förlag, 1976.
5. Sitat fra Arnheim R. Visual Thinking. London, Faber and Faber, 1970.
6. Bastick T. Intuition: How We Think and Act. Chichester, John Wiley & Sons, 1982.
7. Pendelton D., Schofield T., Tate P., Havelock P. The Consultation. An approach to learning and teaching. Oxford University Press, 1984.
8. Goldberg P. Die Kraft der Intuition. Bern, Scherz Verlag, 1988.

Bydelslege  
Karin Skarsaune,  
Postboks 27, Bekkelaget  
0137 Oslo



# Hva slags menneske henvender helseopplysningen seg til?

En sosialpsykologs observasjoner og refleksjoner - del II



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.

Av Tove Beate Pedersen

*Dette er den andre av to artikler om helseopplysningens mål og mening, innhold og form. I første artikkel (UP 5/91) hevdet forfatteren at "helseopplysnings-trappen" er en dårlig modell for å forstå atferd, mens helseopplysningene likevel bruker den. Med utgangspunkt i sosial-psykologisk tenkemåte stilte hun spørsmålsteget i sentrale underliggende forutsetninger i forebyggende arbeid angående helsebevissthet, sunt levesett, og kunnskap om risiko.*

## Usunn atferd - nytelsessyke og mangel på impulskontroll?

Mange bevisste mennesker føler seg presset av all kunnskapen om hvordan de skal leve enda sunnere - og det må være riktig å spørre som professor Grethe Botten gjorde i en artikkel i Kvinner og Klær "Når helse er et ork, er det helse da?" Det er lett å få inntrykk av at helse alltid er knyttet til å gjøre noe, til aktivitet. Det er grunn til å tro at mange av oss har mye helse å vinne på nettopp å sette ned aktivitetsnivået - og jeg introduserer gjerne begrepet "helsebringende sommel", eksemplifisert ved søndager med lange overdådige frokoster, rusle rundt i morgenkåpe til langt på dag, lese ukeblad eller se på TV midt på dagen, gjøre "ingenting" (uten dårlig samvittighet for at en ikke bruker det fine været til å gå en lang tur i marka).

Det er mye bekymring i helsekretser over folks hang til kortsiktig nytelse i stedet for å fornuftigvis nekte seg noen goder nå for å investere i en god, lang alderdom. Jeg er ikke sikker på at røyking, forkjærlighet for "usunn" mat, og for lite fysisk aktivitet er et utslag av hang til impulsiv nytelse på tvers av kunnskap om at dette er galt.

## Individuelle valg eller kulturelle mønstre?

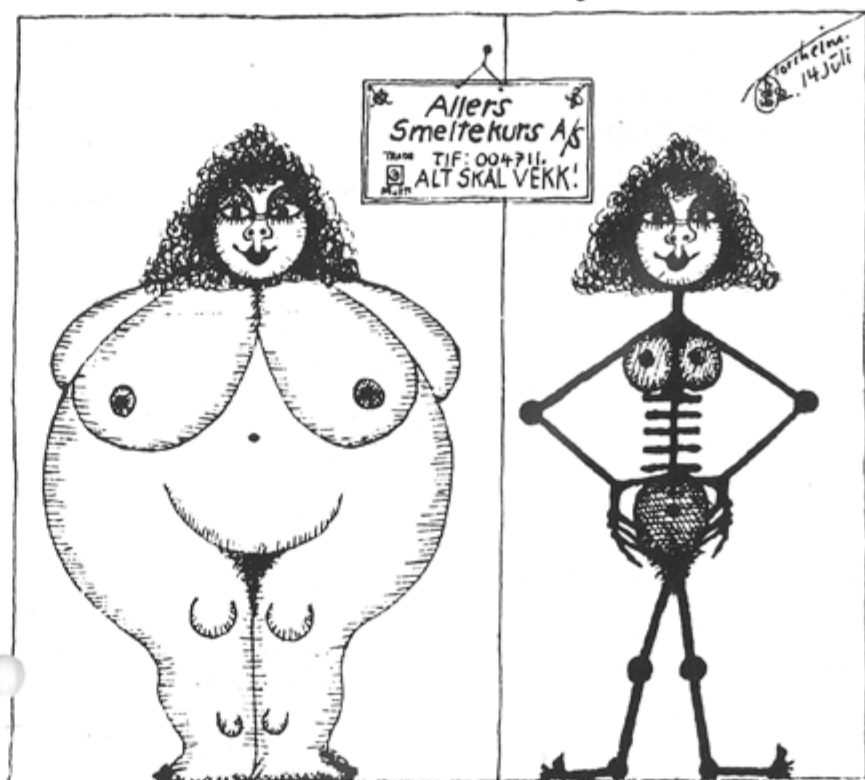
Jeg har argumentert for at en stor del av denne aktiviteten ikke handler om enkeltpersoners valg mellom nytelse nå eller helse på lang sikt, men er utslag av kulturelle mønstre som er sentrale i de enkelte menneskenes liv og som fremstår som levevaner - som dels er lite reflektert, og dels oppleves som noe som ikke kan være annerledes fordi de er så sentralt i ens opplevelse av seg selv.

Når så mange røykere i Norge oppfører seg så gjenstridig som de gjør og påfører helseopplysningene den ene frustrasjonen etter den andre, er det knapt mer opplysning om helsefaren ved røyking de trenger. De trenger å få anledning til å finne ut at et liv uten røyk også kan være et fullverdig liv, for det tror de ikke! - og det er for mange grunner til at de ikke er villige til å ta ubehaget med å slutte. (I tillegg til at mange har gjort så mange mislykkede forsøk på å slutte at deres selvfølelse ikke tåler flere slike nederlag).

Mange røykere forteller også om røykingen som tvang - de røyker fordi de opplever at de ikke klarer å la være - og det er sanneligvis ikke hverken videre lystbetont eller nærende for selvfølelsen. Andre forteller om all skyldfølelsen de opplever i tilknytning til røykingen som de ikke klarer å kontrollere, skyldfølelse i forhold til barn, til ektefelle. Dette er følelser de først tør komme frem med i full bredde når de øyner en mulighet for å klare å slutte å røyke. Å leve med slike selvbebreidelser og selvforakt, når du føler deg i en tvangssituasjon, klarer ingen av oss.

Nytelsen kan det følgelig være så som så med hos de som røyker - og røyking innsatt i skyldfølelse og selvforakt er en ond sirkel som ikke er et godt utgangspunkt for å klare å slutte. En røy-

## "Kvar vart det av Frøydis?"



Før.... Like etter.....  
 „Frøydis tok av 130 kg. på 3 måneder! kjøp Allers straks!!!“

ker som har et mer positivt forhold til røyken sin, er, paradoksalt nok, på mange måter bedre rustet til å si farvel til denne "nytelsen". De kan lettere si at det var godt å røyke, men det har sine omkostninger - de vil jeg ikke lenger bære - nå vil jeg søke mine gleder på annen måte - men det var godt så lenge det varte.

Min erfaring fra å lede røykesluttgrupper er at personer som kan mobilisere et slikt forhold til røykingen sin, har bedre prognose enn de som "pisker seg selv" med anger og nedrakking. Jeg pleier å advare mot dette, som noen har som strategi for å motivere seg til å slutte. Jeg oppmuntrer heller til å prøve og etablere et litt nøytralt forhold til det som har vært, som f.eks. "av forskjellige grunner kom jeg til å begynne å røyke, og det hadde både sine gode og dårligere sider, men nå er jeg ferdig med det, nå skal jeg gjøre noe annet".

### Forakten for "de tykke"

En annen gruppe som får leve med mer eller mindre uttalte beskyldninger om selvpåførte plager som skyldes vellevnet er "de tykke". I denne omgangen vil jeg ikke snakke om all den selvforakt og lidelse en stor del av "vanlige" i hel-

semessig forstand sunne kvinner lever med, fordi de ikke fyller dagens slankhetsideal. Jeg vil snakke om de som alle kan se er for tykke og burde slanke seg 20 eller 30 kilo og som også kan ha hel-segevinst av å gå ned i vekt.

Få grupper i vårt samfunn utsettes for mer forakt enn disse - de er mindreverdige, impulsdrivne stakkarer som hemningsløst stapper i seg mat. Tykke folk kan fortelle om hvordan vanlige regler for samvær mellom folk ikke gjelder overfor dem - fra at fremmede tar seg "friheter" i form av å påtvinge dem velmente råd om slanking, til ren utskjelling og latterliggjøring. Å være tykk blir en provokasjon mot borgerlige dyder som måtehold og impulskontroll. De uvanlig sterke negative følelsene tykke folk utløser i andre, forakt såvel som sinne, kan forstås som uttrykk for at disse ser sine verdier krenket - at det å gå rundt å være tykk blir et symbol på opprør mot disse.

Helsepersonell og helscopplysere må vite bedre enn å se fedme som et utslag av nytelse. I de senere år har vi fått mye kunnskap hvordan personer diagnostisert med anorexi eller bulimi sliter, men det er også kommet litteratur som for-

teller at fedme ikke nødvendigvis er et resultat av "nytelsessyke" eller psykiske problemer. I dag vet vi at genetiske disposisjoner og kompliserte fysiologiske forhold i stor grad bestemmer hvem som blir tykke, ikke psykiske problemer og/eller "nytelsessyke". At vedvarende overvekt kan føre til psykiske problemer og bidra til å opprettholde overvekten krever det ikke mye fantasi til å forstå.

### Kan alle klare å slanke seg?

For folk som har vært tykkfalne hele sitt liv, er det å gå ned 20 kg eller mer i vekt og forbli på den nye vekten, svært vanskelig, for ikke å si umulig. I flere sammenhenger har jeg sett referert til så mye som 98 % tilbakefall! At ukeblader er fulle av optimistiske opplegg for slanking, særlig etter jul og før badesesongen, må ikke hindre helsepersonell i å innta en langt mer nøktern holdning. Så langt er jeg redd at helsepersonell ved å fremstille slanking som noe alle kan lykkes i bare de prøver nok, har bidratt til tykke menneskers dårlige selvfølelse.

Når vi vet at to personer, like med hensyn på alder, kjønn, høyde - med samme kalorimengde - kan holde vekter som varierer mellom 20-30 kilo, må dette få følger for hvordan vi forholder oss til overvekt. Det er nemlig mulig å opprettholde kraftig overvekt på et kaloriinntak som er langt lavere enn anbefalt dagsdose for den gitte kjønns- og aldersgruppe. Det er en common sense forestilling at slankhet er belønning for måtehold og sunt matinntak, men undersøkelser viser at dette slett ikke trenger å være tilfellet. De som har arbeidet terapeutisk med overvekt kan til gjengjeld fortelle om heroisk selvbeholdelse og uvanlig impulskontroll hos overvektige på diett.

Å si til tykke folk at overvekten kanskje er deres "skjebne", er brutalt, men sannsynligvis i sum en barmhjertighets-handling; å tilpasse seg et liv som tykk uten drømmen om at neste slankekur skal være den gangen de lykkes (1) kan synes bittert, men holdt sammen med lidelsene ved å avstå fra "alt" det gode som en har lyst på og å utstå sultfølelsen under slanketuren, og depresjonen, skuffelsen og selvforakten når en sprekker og går opp i vekt igjen, må resignasjonen være å foretrekke.



Interessant nok er det mye som tyder på at en slik resignasjon paradoksalt nok kan være det beste utgangspunkt for nettopp å gå ned i vekt. Det ser ut til at den beste forutsetning for å gå ned i vekt er at det å gå ned i vekt blir mindre viktig for deg (2).

Et annet viktig paradoks er at kvinner som sjelden har stor helsegevinst av å slanke seg, og som har fett som vanskelig lar seg slanke bort ("pærefedme"), er de som slanker seg hele tiden, mens mennene som utsetter seg for stor helsefare ved overvekt, men som legger på seg på en slik måte at de relativt lett kan gå ned i vekt ("eplefedme"), ikke slanker seg (3). Jeg har tenkt at menneskets lite handlekraftige forhold til overvekt må skyldes en avskrekkingseffekt; å ha observert søstres, mødres og koners forgyves pinsler og anstrengelser i kampen mot kiloene virker neppe videre motiverende. De trenger å bli fortalt at *deres* fedme er lettere å bli kvitt.

## Kultur og sult

I spørsmålet om overvekt må det være tillatt å si at det er merkelig, og et sterkt bevis på kulturens harde svøpe, at ikke flere mennesker i vårt samfunn er overvektige. Aldri tidligere i historien, eller i noe samfunn har så stor del av befolkningen hatt tilgang på så mye velsmakende, lekker og variert mat. Moralistenes ide om at en slank kropp er resultat av at innehaveren lytter til kroppens sunne ernæringsbehov og spiser etter dette, mens de tykke er tykke fordi de i sin grådighet og nytelsessyke ignorerer og til slutt ødelegger denne kroppens "naturlige" kunnskap, har lite forskningsmulig belegg.

Gjennom alle tider har overflod av mat ført til overspising - og regulering av inntak av mat er svært komplisert. Hva og hvor mye vi spiser, er ikke bestemt av noen naturlig indre visdom. Tvert i mot, bestemmes vår opplevelse av sult, og hvor mye vi spiser, i overraskende stor grad av ytre fenomener som situasjon, personer til stede, velkjent vs. sjelden mat, grad av variasjon i mattilbud, matens utseende osv. Analyser av fenomener som sult og metthet viser svært individuelle variasjoner og det er vanskelig å enes om felles kriterier for disse opplevelsene.

## Målgruppen består av ulike kulturer ...

"Det generaliserte mennesket" finnes ikke - og "målgruppe" er blitt et honnørord i miljøet for forebygging og helsefremming. Dette begrepet viser at en har skjønnet at budskapet må utformes i forhold til hvem en vil nå. Men hvor mye dynamitt det ligger i denne innsikten, har få tatt inn over seg.

For det første innebærer det at en må drive forskjellsbehandling! Når utgangspunktet er forskjellighet; noen er mye usunnere enn andre, kan likhet i resultat bare nåes ved positiv forskjellsbehandling. Dette strider kraftig med vår sosialdemokratiske tankegang om likhet som identisk med likt tilbud og lik behandling. Hvis vi kommer over denne tanke - og følelsesmessige barrieren, står vi allikevel tilbake med vanskelige problemstillinger som:

*hvordan bidra til at "de usunne" blir sunnere*

- uten at tiltakene oppleves som nedverdiggende  
stigmatiserende  
avhengighetsskapende?

Dette er et viktig punkt nettopp fordi "den usunne gruppen" for en stor del befolkes av de samme kategorier personer som samfunnet har tradisjon for å behandle ydmykende ved utdeling av mat, klær og andre nødvendighetsgoder enten dette var gjort av offentlighet eller velbergede sanitetskvinner. Disse gruppene har "nedarvede" antenner for å oppdage veldedige og moraliserende signaler. Denne gruppens resistens mot helseopplysning blir lett å forstå i dette perspektivet. Mange har motvilje mot å se Norge som befolket av ulike sosiale klasser som ikke bare kjennetegnes med ulikt inntektsnivå, men også av ulike kulturer.

## ...og kjønn

Dette er imidlertid i denne sammenheng sannsynligvis lettere å fordøye enn at *kjønn* må være sentralt når en analyserer målgrupper. Såvel sykdom- og helseforskning og helsetjenesteforskning, som det siste tiårs samfunnsvitenskapelige forskning, viser at kvinner og menn iallfall må betraktes som to ulike mål-

grupper (og videre også i mange undergrupper, yngre ugifte kvinner, eldre ugifte menn, etc).

Helseopplysningen kan ikke være kjønnsløs når vi sitter inne med kunnskap om at helse og atferd som er relevant for helse, er ulikt fordelt mellom kvinner og menn! Rekkevidden av denne påstanden øyer vi ikke før noen tar den skikkelig på alvor. Etter tiår med formell likestilling har mange avblåst "kjønnskampen", og barrierer mot å ta faglige konsekvenser av kjønnsforskjeller er intakte. Ikke uventet, siden heller ingen seriøse forsøk på nedrivning fant sted i den perioden som den selvforneymde ettertiden betegner som en nødvendig omveltning og oppgjør med kjønnsdiskriminering.

En illustrasjon her er hvordan hjerte-karlidelser og arbeid for å forebygge disse i dag, organiseres som et kjønnsnøytralt prosjekt. Tallet fem lanseres som det ettertraktelsesverdige kolesterolmål for begge kjønn. Dette på tross av at vi har gode data som viser at kvinners sykkelighet og dødelighet i forhold til hjerte-karlidelser viser helt andre mønstre enn menns - og at deres kolesterolmål må over ni før de utsetter seg for en helsefare de bør forholde seg til. Fem er det idelle kolesterolmål for menn. At unge damer med kolesterolmål på 5,4 panisk kutter ut reker på lørdagskvelden og gamle damer kutter kaken på konditoribesøk med venninnene og engstelig renner ned kontordørene hos legene, er en pris de får betale fordi medisinnmennene nekter å kjønns spesifisere budskapet sitt.

Når noen medisinkvinner synes dette er urimelig, får de til svar at hvis en gjorde dette, ville det ha uheldige konsekvenser for mennene! Resonnementet er nemlig som følger: Kvinnene lager mat for mennene. Hvis kvinnene ikke er like redde for å få høyt kolesterol som mennene, vil de ikke lage så sunn mat til mennene at vi får ned mannens kolesterolmål og dermed hjerte-kar-dødeligheten! At det er faglig ureddelig å ikke opplyse om en så klar forskjell, virker det ikke som noen plages av, og de som plages av det kan i beste patriarkalske tradisjon trøste seg med at kvinnene sikkert har godt av å leve kolesterolfattig de og!

Vi har nok kunnskap om kvinners og menns helsetilstand og levemåte til å drive forebyggende arbeid langt mer målrettet og effektivt enn det gjøres i dag. Det vi venter på er at noen tar belastningen det er å anlegge det nødvendige kjønnsperspektivet.

## Positiv og målrettet forskjellsbehandling

Da kan vi ta fatt på ulykkesforebyggende arbeid overfor ungdom med utgangspunkt i at 1) det er unge menns atferd som fører til ulykker enten ofrene er unge jenter eller gutter, og 2) denne risikoatferden handler om vår kulturs definisjon av maskulinitet og 3) at dette er sosial atferd. Det er liten vits i å ta sjanser hvis ikke "de betydningsfulle andre" som de vi vil imponere og bli beundret av, enten er tilstede eller kan fortalt hendelsene.

Da kan vi ta fatt på svangerskapsforebyggende arbeid blant unge jenter ved å gjøre dem mere selvhevdende i forhold til sin egen seksualitet og helse ved å lære dem strategier for å unngå sex med unge gutter som ikke vil bruke kondom.

Da kan vi bekjempe hjerte-kar-sykdommene ved å arbeide direkte i forhold til mennene. Men først må vi lære oss mer om hvordan de mest utsatte mennene (de som røyker og som spiser for fet mat) tenker, resonnerer og følger omkring det de gjør! Det vet vi nemlig altfor lite om. Vi må analysere målgruppen for å finne hva som er forutsetninger for å få akkurat denne gruppen til å forandre atferd i den retningen vi vet er sunn. Svarene er ikke gitt - til tross for at vitenskapen har studert menn som det generaliserte mennesket, vet vi likevel svært lite om menn; hvorfor *de selv* mener de er som de er og gjør som de gjør.

## Færre kampanjer - mer teori og analyse

I de mange ulike sammenhengene jeg har vært som fagperson i det forebyggende miljøet har jeg ofte blitt slått av hvor mange det er som sitter og venter på triks, gode ideer og oppskrifter. Dette gjør de samtidig som de snakker om målgrupper, og det underbygger mine tvil om de på noe vis har skjønnet implikasjonene av å tenke i målgrupper.

At de håper på noen fikse ideer og sim sala bim triks kan en ikke fortenke dem i, tatt i betraktning at mange helsesøstre og kommuneleger har så uendelig mye annet de skal gjøre i tillegg til forebyggende arbeid. Dette håpet nøres også jevnlig av opptreden fra entusiastiske helseopplysere av offentlig eller frivillig merke som er på turne med solskinnshistorier om kampanjer og prosjekt som "virker".

Jeg omtaler dette litt latterliggjørende for ytterst sjelden får vi høre en slik presentasjon inneholde sammenhengen mellom teori og praksis, sammenhengen mellom analyse av målgruppen og tiltaket. Hvorvidt erfaringene fra et prosjekt er overførbare eller ikke, avhenger nettopp av kjennskap til denne sammenhengen. Dette fører til at feltet preges av prøving- og feiling-prosjekter basert på entusiasme og håp om effekt.

Når så mye av det forebyggende arbeidet utover landet er så teorifattig, kan dette forklares som effekt av gode prinsipper om at forebyggende arbeid skal drives tverrfaglig og tverrsektorielt og være et samarbeid mellom offentlige og frivillige organisasjoner. Dette har ofte medført at de faglige sammenhengene som skal utvikle og dyktiggjøre forebyggere/helseopplysere legges opp slik at alle kategorier personer som vil drive dette arbeidet, kan delta og skal ha utbytte av det som blir presentert, fra kommunelegen til pensjonisten i helselaget. Men følgen blir at alle kan like lite.

Med fare for å bli stemplet som intellektuelt aristokratisk vil jeg si at det lokale forebyggende arbeid bare kan utvikle seg, om noen tillates å ha "spisskompetanse" og gjennom den større teoretiske innsikten kan ha andre roller. Likeverdig samarbeid må ikke bety at alle skal kunne og gjøre det samme.

Feltet forebyggende arbeid trenger færre fargerike kampanjer og mer samfunnsvitenskapelig tenkemåte, flere spørsmål om hvordan og hvorfor ting er som de er. Hverken psykologi eller andre samfunnsvitenskapelige fag har alle de redskapene som trengs for bedre å forstå og påvirke. Det er et faktum det er viktig å være ambivalent overfor: Det er leit, fordi flere kunne levd et liv med

mindre sykdom og lidelse, - og det er bra, fordi vi alle frykter "Orwellske" tilstander der maktthavere ubegrenset kan manipulere og kontrollere.

## Mennesket har både følelser og fornuft

Jeg har tidligere argumentert for at atferd som av en utenforstående betegnes som irrasjonell, kan oppleves som rasjonell av aktøren (4). Dette avspeiler at den atferd som vi snakker om, har å gjøre med følelser, verdier og valg. Dessverre mangler psykologien en modell for den *rasjonelle følende* aktør (5). Vi er like dårlig hjulpet av Freuds modell av mennesket som styrt av følelser og drifter, som av opplysnings-optimismens ideer om at alle vil handle "fornuftig" bare de vet nok.

Det er nedfelt i mye folkevisdom at voksne mennesker er vanskelige å forandre: "You can teach old dogs new tricks, but they hate it". Det er fristende å si som en oppsummering at sterke opplevelser og kriser, som f. eks. skilsmisser, ulykker og alvorlig sykdom, kan være utgangspunktet for store forandringer hos voksne mennesker. Dette er ofte opplevelser som gjør at en ser seg selv og sitt liv på en ny måte, og som gjør at en ønsker å endre sine prioritinger og valg, og der også endrede ytre betingelser (f.eks. ny kjæreste, egne nye eller forandrede roller) gjør det mulig å opprettholde forandringene. I den normale udramatiske strømmen av vanlig liv ser det ut til å være lystbetont å endre seg og sine vaner og væremåter. Det er i det "vanlige livet" forebyggende arbeid skal ha sitt virke.

## Mindre informasjon og appell til den enkelte - flere samfunnsmessige tiltak

I dag finnes det et utall instanser, offentlige og frivillige, som arbeider for en sak, et område de mener er av viktig forebyggende verdi: Holdningen til dette er "la de hundre blomster blomstre" og "det skader ingen og det er sikkert bra for noen". Dette er noe mer problematisk enn som så - siden overfloden av informasjon bidrar til at mange gir opp å forholde seg til informasjonen overhodet og sier "de levde bra før og, uten all denne informasjonen". En viktig oppgave nå er å hjelpe folk å sortere; hjelpe dem til å skille ut hvilken informasjon

⇒

den enkelte vil ha helsegevinst av å forholde seg til. Slik det nå er, kan det oppleves som om alt skal være like viktig for alle.

Mer generell individrettet helseopplysning vil sannsynligvis bare ha som følge å øke og sementere de kjønns- og klasse-skiller som er. I stedet for flere opplegg som appellerer til den enkeltes ansvar for egen helse, trenger vi samfunnsmessige tiltak som legger til rette for at folk helt av seg selv, uten nødvendigvis å gå veien om helsebevissthet, lever liv som er rimelig sunne. Da har vi muligheten til å øke folkehelsen uten å ydmyke og stigmatisere. Når vi får heldagsskolen som gir alle barn muligheter til å lære å like næringsmessig høyverdig mat og dermed gode spisevaner, som gir alle barn muligheter til å trives med fysisk utfoldelse av forskjellig slag, kan vi ha muligheter til å heve det generelle helsenivået.

Slik det nå er, er det noen foreldre som "følger opp" til de grader, og som får historiens sunneste barn, med topp tann- og annen hygiene, optimal ernæring og fysikk, og med dette gjør gapet til de mindre heldige, uten foreldre som "følger opp" stadig mer grelt. Vi har fra før utbyggingen av helsesøstertjenesten som et godt eksempel på hvordan et samfunnsmessig tiltak som er for alle og som ikke avhenger av helsebevissthet eller initiativ fra den enkelte familie, har vært effektivt forebyggende arbeid.

Forebyggende arbeid må også ta på alvor de forandringene i samfunns- og familiestrukturer som har funnet sted. Å moralisere over dagens lettvinne matstall og idealisere "gamle dagers" husmødre som viet sitt liv og mange timer hver dag til familiens ernæring, er bare egnet til å provosere. I stedet for å snakke nedsettende om pølsemiddagen må det arbeides for å få sunnere og billigere pølser.

Å finslipe metoder for å få enkeltpersoner til å velge å gjøre mer eller mindre av et eller annet, eller slutte eller begynne med et eller annet som påvirker hennes/hans helse, lar seg gjøre, men er en langt mer uøkonomisk og uoversiktlig vei å gå og har de ovennevnte sosiale "bivirkningene". I stedet for å arbeide for en "holdningsendring" slik at folk kan begynne å leve sunnere, kan vi via samfunnsmessige tiltak endre folks atferd og så kanskje få

holdningene på kjøpet. Målet er jo å få folk, unge, gamle, kvinner og menn, til å leve sunt fordi de trives best slik, ikke fordi det er "riktig" av aldri så gode faglige grunner.

**Psykolog/daglig leder**  
**Tove Beate Pedersen**  
**NAV's Sekretariat for kvinne-**  
**forskning**  
**Sandakervn. 99**  
**0483 Oslo 4**

## Litteratur:

1. Gilbert S. Tomorrow I'll be slim. The psychology of dieting. London: Routledge, 1989.
2. Hirschmann JR, Muntzer C. Overcoming overeating, conquer your obsession with food. London: Mandarin Paperbacks, 1989.
3. Rössner S. Boken om fetma. Borås: Natur och Kultur, 1988.
4. Pedersen TB. Kulturelle "tatt-for-gitt-heter". Utposten 1989; 18: 222-6.
5. Haavind H. Rasjonalitet, makt og følelser: Er det mulig å skape rasjonell forståelse uten å erkjenne betydningen av makt og følelser. Prøveforelesning til den filosofiske doktorgrad, U-89.

## Ferske turnuskandidater søker veiledere!

Medisinerstudentene ved Universitetet i Oslo, som skal i sykehusturnus fra 15. januar 1992 har kommet med en ide om basisgrupper i turnustida. Det studentene ønsker er å sette i gang en slags støttegruppe for turnuskandidater i alle deler av tjenesten. Gruppen skal kunne være et diskusjonsforum, et referansepunkt gjennom halvannet år med turnus og en sjanse til å møte likesinnede i en blanding av strukturert opplegg og mer tilfeldige innfall. Dette kunne virke både som en støtte og en inspirasjonskilde for de ferske legene og gi mulighet for refleksjon av egen situasjon og legeyrket generelt.

Som man vil forstå er ikke dette noe fastspikret opplegg, men mere en ide til oppfølging lokalt. Det vil være helt opp til gruppene selv hvordan de ønsker å organisere seg. Vi vil samtidig understreke at dette ikke skal konkurrere med den veiledning som foregår fra sykehusenes side, men mere være et supplement og egentlig noe helt annet. Som en ide kunne man se for seg at kandidatene på et sted (sykehus + distrikt) møttes en gang i måneden sammen med en veileder for å ta opp ting som:

- overgangen fra student til lege
- alene i distrikt
- familieliv i turnustida
- vaktbelastning
- hvordan mestre stressproblemer
- samarbeid med andre; klarer jeg det?
- osv. osv. osv.

Til dette trenges veiledere. Vi har fått ideen å bruke noen av de mange allmennmedisinveilederne som sitter rundt om i landet, kanskje uten å veilede en gruppe akkurat nå. Mulighetene for at en gruppe turnuskandidater kontakter deg som allmennmedisinveileder utpå vinteren for å diskutere mulige gruppeopplegg er altså tilstede og dere er informert.

Hilsen fra Oslo og kull 88-2  
v/Jørgen Bramness, Cecilie Scheel, Anneline Paulsen  
og Berit Lien.

# RESULTATET TELLER!

Fucithalmic  
og kloramfenikol  
har lik effekt ved  
behandling av klinisk  
diagnostisert akutt  
konjunktivitt.

Tidligere kliniske studier, bl. a. i England og Danmark har vist lik klinisk effekt av Fucithalmic og kloramfenikol ved klinisk diagnostisert akutt konjunktivitt (1) (2). En nylig oppgjort norsk studie bekrefter disse resultatene også ved norske forhold. (3).

## EFFEKTIVT

## Fucithalmic®

fusidin øyedråper 1% – kun to ganger daglig

Ref.

- 1) Sinclair NM, Leigh DA. Curr. Ther. Res. 1988; 44: 468–474.
- 2) Hvidberg J. Acta Ophthalmol 1987; 65: 43–47.
- 3) Registreringsmateriale Løvens kemiske Fabrik, 1991 Løvens kemiske Fabrik A/S, Hegdehaugsvn. 36, 0352 OSLO 3

**ANTIBIOTIKUM Øyedråper 1%:** 1 g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkonklorid 0,1 mg, natriumedetat 0,5 mg, carbomer, mannitol, natriumhydroksyd, sterilt vann til 1 g. **Egenskaper:** Klassifisering: Antibiotikum med god penetrasjonsevne. Det oppnås en bactericid effekt overfor vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staph. aureus og Staph. epidermidis uavhengig av penicillinaseproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Fusidin frigjøres gradvis da den vandige suspensjonen av mikrokrySTALLINSK fusidinsyre er formulert som viskøse øyedråper. Depotvirkningen medfører, at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig. **Virkningsmekanisme:** Hemmer bakterienes proteinsyntese. **Absorpsjon:** God penetrasjon gjennom cornea. **Indikasjoner:** Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker. **Kontraindikasjoner:** Allergi overfor innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Lett, forbigående svie kan forekomme. Allergiske reaksjoner er svært sjeldne. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser. **Dosering:** En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i inntil 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet: 1 måned. **Pakninger og priser:** 5 g: kr. 46,50.



Løvens kemiske Fabrik A/S  
Postboks 7186 Homansbyen,  
0307 Oslo 3. Tlf. (02) 46 58 15

## "En god gammeldags folkeopplyser"

Så lenge jeg har lest aviser har siden "Vi og Våre" vært i Stavanger Aftenblad. Den har vært en lett blanding av helsenyheter, reportasjestoff, helseopplysning og ikke minst gode praktiske råd. Jeg har lest den, min mor har lest den og jeg tror ganske sikkert min mormor må ha lest den. Jeg traff kvinnen bak signaturen "kari" på kurs her forleden. Emnet var psykiske følger av tortur. Hun var en svært engasjert deltager. Jeg ble nysgjerrig på å bli nærmere kjent med henne og jeg fikk en avtale på kafe Ajax. Vi møttes over en kopp te. Jeg stilte med et godt grep om blyanten. Nå var jeg på hennes felt, ute for å få et spennende intervju. Riktignok for å få kommentarer på mitt eget område, helse-stoffet.



spørsmål. Spalten har vist evne til å forandre seg gjennom tiden. Det er nok derfor den har levd så lenge. De materielle levekårene i Norge har i denne perioden etter krigen gått igjennom en stor forandring. "Nye helseproblemer" trer fram i det moderne samfunn. I 80-årene har vi derfor prøvd å se på helseproblemer som nå er synliggjort. Eksempel på slike er ubestemte plager, psykiske problemer, urolige barn. Jeg tror jo ikke dette er noe nytt egentlig, sier hun med et smil. Men det er nå vi skriver om det. Vanskelige tabubelagte områder som kvinnemishandling og incest er for alvor kommet fram i media i denne perioden. Jeg tror media har spilt en viktig rolle i denne prosessen, og det har som journalist vært lærerikt å følge dette på nært hold.

Jeg ser også først og fremst på min rolle som en god gammeldags folkeopplyser, på samme måte som Alice Oftedal, sier hun.

**Utposten: Hvordan finner du stoffet til siden din?**

Kari Thomsen er journalist i Stavanger Aftenblad. Hun er cand.mag. av utdanning med fagene kunsthistorie, teaterhistorie og religionshistorie. Jeg studerte det jeg var mest opptatt av, forteller hun engasjert. Det aner meg at intervjuet også kan gli inn på noe av dette stoffet. Hun har brei journalist erfaring fra blant annet Bergens Tidende og Adressavisa i Trondheim. Hun kom tilbake

til hjembyen Stavanger i 1977, og begynte i Stavanger Aftenblad. For 10 år siden tok hun over redaksjonsansvaret for siden "vi og våre" etter sin mor, Ruth Thomsen.

Spalten er landets eldste kvinneside, forteller hun stolt. Den ble startet i 1930 av Alice Oftedal (gift med Lars Oftedal, avisas grunnlegger) Hennes utgangspunkt

var å drive folkeopplysning. Hun tok opp stoff om ernæring og hygiene. Særlig var hun opptatt av svangerskap og fødsel. Kanskje hadde hun egne erfaringer som hun ønsket å trekke lærdom fra. Etter krigen var spalten naturlig nok engasjert i gjenoppbygging av landet. Særlig ble kvinners levekår trukket fram i spalten. Min mor, Ruth Thomsen var svært opptatt av kvinnesaks-

**Kari Thomsen:**

Tror du jeg legger langtidsplaner ved årsskiftet, spør hun meg. Alt klappet og klart for lang tid framover? Nei, i hovedsak griper jeg det som passerer meg i hverdagen. Det er journalistens arbeidsmåte. Det kan bygge på egne opplevelser, noe jeg har lest eller et møte med andre

mennesker. Mange tar også direkte kontakt med meg. Men der må jeg være forsiktig slik at jeg ikke utnytter folks livshistorie. Men jeg tenner altså på en problemstilling, her kan det ligge noe stoff for meg. Så starter jeg å nøste i emnet, begynner å lese, stikker innom noen fagfolk og så videre. Jeg leser så fagtidsskrifter, populærmedisinske magasiner og selvsagt aviser. Men det viktigste er de ideer jeg får underveis i møte med mennesker.

Forleden møtte jeg en pianolærer som hadde vandret rundt for å få hjelp med en håndskade. Det ble til en liten reportasje med lykkelig slutt.

**Utposten: Du har arbeidet i 10 år med dette stoffet. Har du noen hjertebarn, noe som du synes det er spesielt viktig å få fram?**

**Kari Thomsen:**

Jeg har lite til overs for tarzanmedisinen, de flotte biomedisinske bragder med god gjennomslagskraft i pressen. Dette medisinske hierarki har jeg liten sans for. Jeg synes det har vært viktig å få fram folks hverdagsproblemer. Kanskje særlig de usynlige psykiske problemene som mange sliter med. Det samme gjelder belastningslidelser. Det har nok vært viktig for meg i denne perioden. Emner knyttet til omsorg må også mer fram i lyset.

**Utposten: Du har møtt leserne i pasientrollen. Hva forteller de?**

**Kari Thomsen:**

Jeg tror det er et økende behov for å formidle informasjon om de forskjellige "vesen", slik at de blir tilgjengelige. Folk må finne fram. Jeg ønsker at folk skal beholde en verdighet i pasientrollen. Folk må få trygghet og kunnskap til å ta vare på egen helse. Jeg får selvfølgelig også kommentarer på selve legerollen. Igjen og igjen kommer det fram hvor viktig det er å ha tid til å snakke med folk, ta seg tid til å lytte. De vanskelige temaene må gjentas flere ganger.

**Utposten: Journalistarbeidet gir deg også muligheten for kommentatorrollen. Hva ser du fra sidelinjen?**

**Kari Thomsen:**

Helsevesenet har en uttalt lagdeling mellom tjenestenivåene. Kontakten er ikke alltid så god mellom dere fagfolk. Jeg tror det kan være uoversiktlig for dere leger også. Jeg ser nok også en profesjonskamp mellom faggrupper i helsevesenet. Jeg ser en økende betydning som jusen har fått i helsevesenet. Jeg tror nok at en anmeldelse av medisinske feil kan ha betydning i et rettssikkerhetsperspektiv. Den økonomiske erstatning vil ha en symbolsk prinsipiell rolle. Men jeg tror ikke syndebukktenkningen er det som

bringer helsevesenet framover. Min rolle som redaktør av denne spalten er ikke å finne syndebukker. Jeg tror ikke på det. Min oppgave er å finne gode svar.

Det medisinske fag har tyngde i samfunnet. Jeg synes noen ganger dere får bevege dere på etiske grenser uten at det tas opp til diskusjon. Særlig gjelder dette forhold rundt livets begynnelse og livets slutt. Emner fra nyfødtmedisinen og fra forhold rundt alvorlig sykdom og død gir stadig eksempel på dette. Krisepsykiatri var i en periode en parodi på hvordan den medisinske profesjon forholdt seg til liv og død. Sorgen ble sett på som en sykdom som skulle har ekspertbehandling.

Hun har tanker om den medisinske profesjonalitet. Jeg tror ikke på den uberørte legen. Like lite som tror på den uberørte journalisten. Gjør du? spør hun meg.

**Utposten: Har du noen planer framover, noe stoff som venter?**

**Kari Thomsen:**

Ja, jeg har mye liggende som kan bli til noe. Jeg kan for eksempel tenke meg å følge en asylsøker gjennom diverse "norske vesen". Jeg kan også tenke meg å se mer på kvinners levekår i den 3. verden. Stoff om sammenheng mellom miljø og helse kan være spennende å gripe fatt i. Jo, jeg har mange utklipp og ideer liggende klar. Men det

viktigste er å ha blikk for det som rører seg i tiden, være lydhør for folks erfaringer. Jeg håper siden "Vi og våre" vil være i stadig forandring.

Imorgen skal jeg til Oslo på Ibsenfestivalen. Det kan jeg kanskje også bruke på en måte, sier hun ettertenksomt. Så er hun godt igang med en ny tankerekke.

Allerede dagen etter ser jeg i avisen at hun er på plass i Oslos teaterliv. Den som fikk låne hennes briller iblant, tenker jeg tilbake på mitt kontor.

**Gunn Aadland** □

# Målet er et godt oppvekstmiljø for barn og unge



Kari Fagerheim er cand med fra Oslo 1982. Turnus Nordfjord sykehus og distrikt. Kommunelege i Nordfjordeid fra 1985. Hun er svært engasjert i helsetjeneste for barn og ungdom. Hun har 4 barn. Hun er aktiv i det lokale miljøet i Nordfjordeid og patriot på Sogn og Fjordanes vegne.

## Forebyggende barne- og ungdomsarbeid i Eid kommune med spesiell vekt på ANT (alkohol, narkotika og tobakk)

Av Kari Fagerheim

### Innledning

*Et samfunn i forandring:*

Vi har fått et samfunn med stor økning i bruken av alkohol, narkotika og tobakk. Forekomsten av vold og kriminalitet er økende. Selvmord er snart den hyppigste dødsårsak i ung alder med en syv-dobling i aldersgruppen 15-19 år. Angst, depresjon, ensomhet, mobbing og følelse av meningsløshet preger livet for mange barn og unge.

*Tanker om årsaker til denne utvikling:*

Ulike faggrupper har ulike teorier om årsakene: Oppløste hjem, skiftende foreldrefigurer, flytting, arbeidsledighet og økonomiske vansker er viktige bakgrunnsvariable. Dette kan igjen medføre at de voksne sliter med å utforme foreldrerollen.

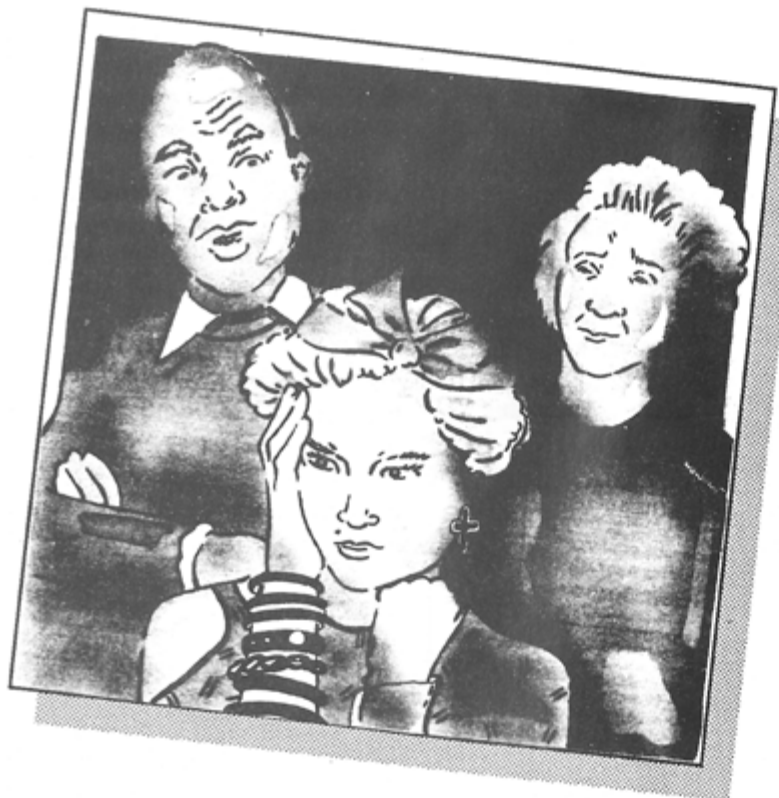
*Tanker om endring i foreldrerollen:*

Tidligere generasjoners kunnskap og metoder i dette grunnleggende arbeidet har i flere tiår nå vært underkjent og står i fare for å gå tapt. - En situasjon som har klare paralleller til nødvendigheten av en "Ammehjelp" på 70-tallet for å snu en negativ utvikling. God barneoppdragelse er hardt og kontinuerlig arbeid hvor belønningen ofte kommer etter mange år.

Barn trenger voksne med en tydelig atferd. Barn trenger voksne som ikke skifter mening utfra egne behov og interesser. Barn trenger voksne som følger opp sine ord i handling. Barn tror ikke på voksne som bruker trusler for å sette makt bak sine krav. Barn ønsker "tydelige foreldre". Det er dette som er grunnlag for all tillit, trygghet, omsorg og kjærlighet.

### Helsestasjonen og skolehelsetjenesten sin rolle i det forebyggende arbeidet.

Tradisjonelt har helsestasjonen og skolehelsetjenesten vært rettet mot somatiske problemstillinger. Dette er fortsatt vår oppgave, men i tillegg må vi gå ut med rådgivning om hva god barneoppdragelse er. Vi må bli en ny "Ammehjelp". Vi må lære de unge foreldrene grensesettingens kunst. Vi må lære dem å bli "tydelige foreldre", og vi må i mye sterkere grad understreke barn og unges grunnleggende behov for trygghet. Lykkes vi i dette arbeidet, tror jeg barn og unge i langt større grad vil oppleve hva trygghet, kjærlighet og omsorg er. Kanskje vi kan greie å snu noen negative tendenser i tiden.



## Erfaringer fra andre forebyggende tiltak i Eid kommune.

I tillegg til denne rådgivningen direkte til foreldre ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, har vi i vår kommune også valgt å satse på tverretattlig arbeid. Et ANT-utvalg arbeider med tiltak rettet generelt mot et bedre oppvekstmiljø for barn og unge, og med tiltak rettet direkte mot rusmiddelmisbruk.

## Organisering

Høsten 1987 ble dette tverretattlige valg opprettet med medlemmer fra henholdsvis skolekontor, helsestasjon, sosialkontor, prestekontor, helse- og sosialstyre og ulike skoler. Utvalget fikk som mandat å lage en handlingsplan, kartlegge eksisterende ressurser, lage en oversikt over behov for nye ressurser, fremme forslag til forebyggende tiltak, søke midler, samt iverksette tiltak.

## Viktige momenter i handlingsplanen.

I handlingsplanen gav utvalget uttrykk for ønske om å arbeide med konkrete prosjekt, og at man ønsket å markere seg utad i befolkningen i form av møter, foredrag, kurs og bruk av pressen. Viktige samarbeidspartnere var barn og unge, foreldre, skole, ulike etater og frivillige organisasjoner.

Det ble også lagt vekt på at handlingsplanen skulle rulleres årlig, at årsplaner skulle lages med klar ansvarsfordeling av oppgaver, tidspunkt for de enkelte tiltak, hvilke ressurser man skulle bruke og evaluering.

## Videre utvikling.

Arbeidet er nå igang på 4. året. Den tverretattlige modell har vært delvis mislykket da det har vært vanskelig å samle de ulike etater til møter/arbeid. Likevel har det vært gjennomført en rekke ulike tiltak i kommunen både av generell og spesifikk karakter.

### Eksempel på tiltak:

1) Seminar for foreldre (forelderådsrepresentanter), elever og lærere ved Eid ungdomsskule vedr. forebyggende arbeid og rusmidler. Foredragsholder: ANT-konsulent. (Reportasje i lokalavisen).

2) Temakveld for foreldre ved Eid ungdomsskule vedr. alkohol og narkotika og med spesiell vekt på varselssignal. Foredragsholder: ANT-konsulent.

3) Foredrag om "Barns oppvekstmiljø" for foreldre ved Eid ungdomsskule. Foredragsholder: Psykolog.

Disse 3 tiltakene ble senere evaluert i egen rapport av Elsa Døli, forsker ved

Institutt for alkohol og narkotikaforskning i Oslo.

4) ANT-utvalget har ved en rekke anledninger presentert seg selv og gitt informasjon om sin målsetting i:

- forelderåd, foreldremøter
- frivillige organisasjoner
- overfor politikere

Dette resulterte bl.a. i opprettelse av en 1/2 ungdomssekretærstilling fra januar -91.

5) ANT-utvalget har hatt en representant i "Heim-skule" - gruppa i kommunen. Gjennom dette forumet har man forsøkt å aktivere foreldre. De har utført en rekke oppgaver på dugnad, bl.a. forbedring av ute- og innemiljø ved skoler. Besteforeldre-generasjonen har vært i skolen og snakket om "gamle" dager og demonstrert gammel kunst og håndverkstradisjon. Hele tema-uker har vært lagt opp rundt ANT-arbeid hvor både elever, lærere og foreldre har deltatt. Klassekontakter har tatt initiativ til skoleturer, fjellturer, klassefester og man har også eksempel på foreldremøter hvor temaet har vært: Hvordan gi ros til barn. Foreldre har notert i hvilke situasjoner de har gitt ros til barna sine og senere diskutert dette i fellesskap. ANT-utvalget vurderer dette som viktig nettverksskapende og metodeutviklende arbeid.

6) ANT-utvalget har også fremmet forslag overfor ungdomsskolen om å lage avslutningsfest etter endt obligatorisk skole. De unge har klart et behov for en positiv markering istedet for tilfeldige fyllefester. Ønsket hadde også vært fremmet for foreldre enkeltvis, og våren -91 fikk man således en fin avslutningsfest sammen med lærere og foreldre.

7) ANT-utvalget har tatt initiativet til "Bli-kjent-fest" ved ungdomsskolestart. Lærerne presenterer seg selv, og lærere, elever og foreldre har gruppevis diskutert hva hver enkelt kan gjøre for å skape et godt skolemiljø. Deretter har det vært underholdning, mat og dans.

8) Representanter for ANT-utvalget har ellers deltatt i temadager ved ungdomsskolen vedr. ANT. ANT-utvalget har gitt økonomiske bidrag slik at man har kunnet presentere Marita-filmen/Roar Lar-



sen og man har gitt støtte til konsert mot rusgift. NGU's teatergruppe KOLON, har presentert sine teaterforestillinger både for elever ved videregående skoler og folkehøgskole.

9) ANT-utvalget arrangerte våren -91 et profesjonelt 6 timers kurs for elevrådsrepresentanter ved de to videregående skoler. Elevrådenes funksjon ble tatt opp, og man diskuterte hva som kunne gjøres for å skape et godt skolemiljø. Det ble lagt vekt på ledertrening og det å bli trygg på seg selv. Man arbeidet også spesifikt med holdninger til alkohol, narkotika og tobakk.

10) Som skolelege i videregående skole har representanten i ANT-utvalget gode muligheter for å utvikle samarbeid med skoleledelsen. En rekke prosjekter har vært gjennomført både mhp. kosthold og ANT. I 1990 utlyste bl.a. skoledirektøren i Sogn og Fjordane en dramakurranse om sistnevnte tema. 3 klasser arbeidet med eget stoff og forestillingene ble vist for alle skolens elever. Vinneren gikk videre i konkurranse med andre skoler i fylket og brakte hjem en seier. Temaet ble elevenes eget, de fikk bearbeide problematikken og dette gav rik utfoldelse av kreative krefter.

11) ANT-utvalget har også ved en rekke anledninger og møter presentert sitt prosjekt "Alkoholfree drinker". Vi tenker oss at ungdom ofte opplever en forventning om at de tør kjøpe alkoholholdige drinker når de går til en bar. Vi har derfor invitert barkeeper ved bygdas hotell til skolen for å presentere de ulike alkoholfree drinker - fortelle hva de koster, hva de inneholder, hvordan de ser ut og ikke minst dele ut smaksprøver. Resultatet har vært en betydelig økning i etterspørselen etter alkoholfree drinker.

12) ANT-utvalget har også arbeidet for å få til samtalegrupper i ungdomsskolen. Målsetningen er å få slike grupper inn som valgfag. Mange barn og unge har et stort behov for kontakt med voksne og andre jevnaldrende. De trenger hjelp til å finne sin egen identitet og egne verdier. Samtalegrupper er et godt egnet forum til diskusjon og fellesskap. Første året hadde lærere ved skolen og helsesøster sammen ansvaret for en jentegruppe. Arbeidet gav svært lovende resultat og man arbeider nå på tredje

året med slike grupper - også guttegrupper. Fysioterapeut er også trukket inn i arbeidet med gruppene - med spesiell vekt på sanse-motorisk trening.

13) ANT-utvalget har lagt ned et stort arbeid for å få i stand en ungdomsklubb i kommunen. For å få konkrete ideer til arbeidet ble elever og lærere ved ungdomsskole/videregående skole invitert til ekskursjon til "Krokane-prosjektet" i Florø. Et ideverksted for alle som ønsker å tenke nytt innen forebyggende arbeid.

ANT-utvalget har tatt initiativ til dugnadskvelder i tildelte lokaler, verksted-kvelder er blitt arrangert for å lage bilder, dekorasjoner, sy gardiner, vaske osv. Utvalget har arrangert 3 alkoholfrie diskotek hvor man har trukket inn foreldre og frivillige organisasjoner i selve arrangementet.

De frivillige organisasjoner har også gitt økonomiske bidrag til kjøp av spill, bordtennisbord og musikkanlegg. Høsten -91 står arrangering av "Kom og dans" kurs (swing) på programmet. Dette ser vi som viktig forebyggende ANT-arbeid.

14) 16. mai er Nordfjordeid blitt et samlingssted for ungdom i hele Nordfjord. Der er vanligvis stort forbruk av alkohol helt ned i ungdomsskolealder.

ANT-utvalget ønsket å møte ungdommene på en positiv måte. I sentrumsparken underholdt derfor i år et lokalt ungdomsband og frivillige organisasjoner serverte mat og drikke. Foreldre var ute hele kvelden og natten - såkalte nattevandrere. De prøvde å komme i positiv dialog med ungdommene. Det var stort lokalt engasjement - både for og imot prosjektet, og presse og nærradio hadde egne reportasjer.

### Sluttkommentar.

Jeg har her gitt en oversikt over de fleste av våre konkrete prosjekt. Arbeidet har vært svært inspirerende og lærerikt. Vi har synliggjort oss i lokalsamfunnet og skapt debatt både blant unge og voksne. Vi føler at vi i hvertfall til en viss grad har nådd fram til ungdommen. Bl.a. kan nevnes at Blårussen -91 gav overskuddet av blårussavis til det videre arbeidet med ungdomsklubb, og de utførte også en rekke dugnadstimer til oppussing av lokaler.

Inntektene har ANT-utvalget fått etter søknad til Rusmiddeldirektoratet, skoledirektøren, helse- og sosialstyre, frivillige organisasjoner og andre.

Den tverretatlige samarbeidsmodellen har som tidligere nevnt vært delvis mislykket, og arbeidet har vært drevet fram av 2-3 personer med interesse for arbeidet.

Kommunen har nå oppe til diskusjon om man heller bør danne en egen barne- og ungdomsavdeling - hvor både helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, hjemmekonsulenter og miljøarbeidere samles under en ledelse og med felles målsetting: Et trygt og godt oppvekstmiljø for barn og unge!

**Kommunelege**  
**Kari Fagerheim**  
**6770 Nordfjordeid** □



Marit kom til meg første gang for tre år siden. Hun kom for å en alvorlig diagnose: Hun hadde en svulst i magen som vokste. Marit gråt ikke. Jeg undersøkte. Jeg fant ingenting. Ingen oppfylning i abdomen. Normale lab. - prøver. Gynekologisk undersøkelse var normal. Hun ba meg fjerne spiralen. Var hun frisk? Marit smilte ikke.

Hun gikk til en annen lege. Hun ble lagt inn på medisinsk avdeling til utredning. Hun ble skrevet ut. Diagnose: Observatio, magesmerter. De fant ingenting.

Marit gikk til psykolog. De hadde sagt på sykehuset at det var noe med nervene. Hun gikk til homeopat. Hun gikk til fysioterapeut med innsikt i autogen trening.

Indremedisinerne hadde henvist til psykiatrisk poliklinikk. Det kom en epikrise: Diagnose: Alvorlig depresjon med psykose, enkeltstående episode.

Marit gikk til advokat. Hun gikk på sosialkontoret. Hun orket ikke omsorgen for barna lenger. 32 år gammel var hun, og hun ville overføre omsorgen til den hun stolte minst på her i verden, sin tidligere ektemann.

Marit kom tilbake til meg. De hadde sagt på sykehuset at hun skulle gå til legen sin av og til for å "sjekke at alt var i orden". "De tok ikke CT". Kunne jeg henvise til det? Marit var alvorlig. Marit var blekere enn sist. Hun så syk ut.

Hun begynte å fortelle historien sin: Hun vokste opp på et lite bruk. Mor ble syk da hun gikk med Marit. Hun var syk alltid. Far var sint. Storebror fikk juling. Marit fikk ikke juling. Hun gjorde alt som hun skulle. Marit passet på sine søsken og passet huset. Hun hadde ikke tid til å leke. Hvem passet på Marit?

Hun giftet seg tidlig. Tok en kort utdannelse. Det kom raskt to barn. Mannen jobbet. Var aldri hjemme. Drakk endel. De sa han hadde andre kvinner. Marit gråt ikke da heller. Hun passet på hjemme. Alt var i orden. Etter noen år ble de skilt. Han gikk sine egne veier.

Marit fikk hjelp på sosialkontoret. Noen å snakke med. Noen brydde seg. Hun fortalte den historien som hun nå hadde fortalt så mange ganger.

Marit gråt av og til når hun fortalte. Hun hadde ennå svulst i magen. Hun "var høygravid og skulle sprekke". Magen var liten å se til, kanskje tynnere enn noen gang. Det var "et misfoster der inne".

Barna flyttet til far, "som en midlertidig ordning". Hva gjør du når de reiser, Marit? Hva gjør du med deg selv? "Jeg tør aldri å ta livet mitt, jeg bare legger meg ned og sover".

Marit fortalte historien sin i menigheten. Der var og mange andre som fortalte historier. I menigheten gav en alt og fikk alt. Det hjalp ikke så mye.

Vi møttes med Anna på sosialkontoret. Marit snakket om livet sitt. Hun hadde ingenting lenger. Hun hadde bare det misfosteret i magen som tok all hennes kraft. Marit kunne gråte nå. Anna og jeg kan også gråte. Kanskje det ikke er et misfoster. Kanskje det er en liten Marit som vil ut og være barn og bli trøstet og holdt og lekt med? Hvordan skal vi finne ut det?

Vi søkte om innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det kom avslag. Marit hadde et poliklinisk tilbud.

Vi anket og maste og kontaktet både lege og sykehusprest. Marit må få noe mer. Marit ble lagt inn. Det gikk nesten 5 mnd.

Marit kom for kontroll av "det vanlige". Fra min journal: Ingen oppfylning i abdomen, normal gynekologisk undersøkelse. Normal lab. status. "De sa at det var psykisk. De sa det kom av følelser som jeg har fortrent så grundig at det ikke nyttet å komme i kontakt med dem nå. De sa at jeg skulle søke uføretrygd". Det kom en epikrise: ....pas. har i liten grad kunnet nyttiggjøre seg behandling her....antidepressiv medikasjon seponert pga. manglende effekt..... en vil støtte en evt. søknad om uføretrygd.....

Hva kan vi gjøre for disse pasientene som ingen kan hjelpe og som ikke kan hjelpe seg selv? Kan noen gi Marit den tapte barndommen tilbake? Marit har lært en eneste ting i alt sitt strev. Hun har lært å gråte. Kanskje det hjelper?



**NORVASC**  
(amlodipin)



# Bare én kalsium-antagonist virker mot både høyt blodtrykk og angina pectoris med én dose i døgnet.

- En daglig dose – 24 timers effekt
- Jevn effekt gjennom hele døgnet – også i de kritiske morgentimene<sup>5)</sup>
- Senker blodtrykket på en hemodynamisk riktig måte ved å redusere perifer karmotstand<sup>3)</sup>
- Ingen endring i hjerteaktiviteten, hjertets pumpeevne opprettholdes både i hvile og under muskelarbeid<sup>2, 3)</sup>
- Kar-selektiv virkning. Ingen påvirkning av hjertets ledningsevne og kontraktilkraft<sup>4)</sup>
  - Få bivirkninger på grunn av langsomt innsettende virkning. Halveringstid 35 - 50 timer. Steady state etter 7 - 8 dager<sup>1)</sup>
  - Kan brukes hos pasienter som også har diabetes, obstruktive lungesykdommer og perifere karsykdommer
  - Kan kombineres med andre antihypertensiva

1) Burges RA, Dodd MG. Cardiovasc Drug Reviews 1990

2) Julius S. J Cardiovasc Pharmacol 1988.

3) Lund-Johansen P, Omvik P, White et al. J Hypertension 1990.

4) Vetovec G et al. Am Heart J 1989.

5) Williams DM et al. J Clin Pharmacol 1988.



Det enkle og trygge er  
én dose som varer  
hele døgnet.



## C NORVASC «Pfizer»

Kalsiumantagonist

ATC-nr.: C02 DE

**T TABLETTER: 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneh.: Amlodipin, besylat, aeqv.

amlodipin, 5 mg, resp. 10 mg, const. q.s.

**Egenskaper: Klassifisering:**

Kalsiumantagonist, dihydropyridinderivat med lang halveringstid. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Ingen effekt på supraventrikulære arytmier.

**Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatt muskulatur i blodkar. Vasodilasjon med reduksjon av perifer karmotstand gir nedsatt «afterload» og senking av forhøyet blodtrykk. Siden reflektorisk takykardi vanligvis utelblir, vil hjertets energiforbruk og oksygenbehov minke. Sammen med dilatasjon av koronarkarene forklarer dette amlodipins effekt ved angina pectoris. På grunn av langsomt innsettende virkning er det liten fare for akutt hypotensjon. Amlodipin har ikke vist metabolske bivirkninger eller forandringer i plasmalipider. Det kan anvendes av pasienter med astma, diabetes og urinsyregekt. **Absorpsjon:** Maksimal plasmakonsentrasjon etter 6-12 timer. Biotilgjengelighet 60-65%. **Proteinbinding:** Ca. 97,5% in vitro. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 201/kg.

**Halveringstid:** 35-50 timer. Effektive plasmakonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med én dose daglig. Steady state etter 7-8 dager. **Metabolisme:** I stor grad til inaktive metabolitter. **Utskillelse:** 10% uforandret og 60% av metabolittene i urin. **Overgang i placenta:** Passerer. **Overgang i morsmelk:** Ukjent.

**Indikasjoner:** Mild til moderat hypertensjon. Angina pectoris.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor dihydropyridiner (amlodipin, nifedipin). Graviditet (se Forsiktighetsregler). Alvorlig hypotensjon.

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

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

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

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

**Pakninger og priser:** Tabletter: 5 mg: 30 stk. kr. 282,10. 100 stk. kr. 814,60. 10 mg: 100 stk. kr. 1.309,50. T: 12.

# Nærradio

- kan den brukes av kommunehelsetjenesten?

*Odd Winge er can. med. fra Bergen 1970. Turnus i Volda og Salangen distrikt. Assistentlege/reservelege med. avd. Rana sykehus fra 1972-75. Arbeidet i primærhelsetjenesten på Stord fra 1975. Han er nå kommunelege. Han er medforfatter i bok om helseopplysning fra allmennpraktikerbiblioteket. Han har tidligere skrevet i Utposten om helseopplysning*

Av Odd Winge

Det er nå 7 år siden kringkastningsmonopolet ble opphevet, og ga startskuddet til å opprette et stort antall nærradioer i Norge. Det er stor variasjon nærradioene i mellom, både når det gjelder kvalitet og sendevolum. Noen er nærmest musikk-kanaler med mye pop-musikk og plateprat, mens andre har jobbet hardt for å få til et allsidig tilbud for alle innbyggerne innen sitt distrikt.

Mange steder (f. eks. Bodø, Rana, kommuner i Østfold) 1) 2) har kommunene engasjert seg for å bruke nærradioene som informasjonskanal. Også kommunehelsetjenesten har behov for å informere om sine tilbud, og nærradioen er en kanal som kan benyttes for helseopplysning.

Erfaringene med å bruke nærradio som helseopplysningskanal er ennå beskjedne, men mange kommuner begynner å få erfaringer med å bruke nærradioen til formidling av kommunalt stoff. I noen kommuner er det radioens journalister som lager reportasjer om det som lever og rører seg i kommunen. Andre kommuner har engasjert radiomedarbeider som lager stoffet, f. eks. i form av ukentlig kommunehalvtime. Det forekommer også blandingsmodeller, hvor kommunen er fast stoffleverandør, og nærradioen står for å gi stoffet en journalistisk form.

## Egen virksomhet.

I Stord startet vi med helseopplysnings-sendinger våren -85. Den første tiden sendte vi et egetprodusert program hver uke. Sendingene hadde høy lytterprosent 3), men var så arbeidskrevende at vi snart måtte finne en annen form. Heldigvis hadde kommunen en informasjonssekretær, som tok på seg å lage programmer. Programvirksomheten bestod da i at kommunelegen valgte tema og satte opp en løs disposi-

sjon med viktige nøkkelspørsmål for emnet. Etter en rask forsamtale gikk intervjuet inn på båndopptakeren, for senere å gå på lufta, som regel uten noen form for redigering. Dette var ikke mer arbeidskrevende enn at det lot seg innpasse i ukens timeplan, men i lengden ble det strevsomt stadig å finne nye emner for helseopplysning. Det problemet løste seg da radioen gikk konkurs. Etterpå er det etablert ny nærradio. Vi har nå ikke fast sendetid, men har likevel vært på lufta en del ganger, både når radioen vil ha kommentarer til aktuelt helsestoff, og når vi selv synes vi har stoff som bør formidles til befolkningen.

## Erfaringer med helseopplysning over nærradio.

Etter hvert har en del kommuner brukt sin nærradio som en naturlig kanal for å formidle helseopplysning. Fast program på fast ukedag blir nok i meste laget. Mange steder er det uformelt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og nærradioen, som presenterer helsestoff innenfor aktuelle emner, med uregelmessige mellomrom. De fleste nærradioer har et dekningsområde som dekker en kommune. Nå vet vi at lytterfrekvensen varierer meget, både fra kommune til kommune, og mellom ulike lyttergrupper. Vi har derfor ikke muligheten til å nå alle i kommunen på denne måten. Dersom vi vet noe om lytterfrekvenser, aldersfordeling, og når på døgnet de ulike grupper lytter, går det an å nå en relativt stor del av vår aktuelle målgruppe ved å tilpasse form og tidspunkt. Lytterfrekvens er mye et spørsmål om interesse. Klarer nærradioen å lage et godt og engasjerende program, vil lytterfrekvensen stige.

## Nærradio som medium.

Radio har den store fordelen at den er muntlig. Hvis man velger en ledig stil og gjør stoffet lett tilgjengelig har man muligheter til å nå mange. På denne



måten når man også grupper med lav leseferdighet, og dette er en ikke ubetydelig del av befolkningen. Radio er god informasjonskanal for blinde og svaksynte.

Det er nylig gjort en undersøkelse over nordmenns radiovaner 5):

#### Daglig lyttetid

Radio i alt	150 minutter
NRK i alt	99 "
P1	61 "
P2	38 "
Distriktsending	13 "
P1 (ikke distr. send)	48 "
Nærradio	21 "
Annen radio	6 "

Det er interessant at de som primært lytter til nærradio har lengre lyttetid enn som foretrekker NRK's kanaler.

Lytteroppslutning (antall minutter på foretrukket radiokanal)

Radio i alt	209 minutter
NRK i alt	175 "
P1	138 "
P2	149 "
Distriktsending	38 "
P1 (ikke distr. send)	110 "
Nærradio	167 "
Annen radio	172 "

En stor del av nærradiolytterne er "primærlytter", dvs. personer som skruer på radioen for å høre et bestemt program, i motsetning til "sekundærlytter" hvor radioen er bakgrunn for annen aktivitet.

Nærradio kan være engasjerende fordi aktørene er kjente personer i nærmiljøet og emnene er av lokal interesse. Radio er dessuten et ganske personlig medium. Man kan bruke sin dialekt, man kan bruke stemmen til å vise sitt engasjement, til å understreke det som man synes er viktig m.m.

Radio har den fordel fremfor fjernsyn og skriftlig informasjon, at man kan lytte mens man gjør noe annet. For mange er radiolytting det man bedriver mens man kjører bil, vasker opp eller gjør annet rutinearbeid.

Nærradio er en billig form for informasjonsformidling. Man kan nå mange med en begrenset innsats.

Lytterundersøkelser har vist at ungdom er en gruppe som lytter mye på nærradio. Nærradio er en anvendelig kanal for dem som vil formidle noe til denne aldersgruppen.

### Nærradioens begrensninger.

Radio er et "flyktig" medium. Når ordene er sagt, er de vekke. Vi må derfor passe på at det som blir sagt er lett-fattelig, og at tankerekken ikke blir for lange eller kompliserte.

Radioen, særlig nærradioen, er i hard konkurranse om den tiden (3-4 timer daglig) gjennomsnittsnordmannen bruker til mediekonsum. Derfor må nærradioen aktivt bruke de fortrinn den har foran de andre mediene.

Radio, som massemedia generelt, har relativt liten påvirkningskraft alene. Personlig rettet helseopplysning, f. eks. i konsultasjonssituasjonen er nok adskillig mer potent som påvirkningskilde. Dersom man kombinerer flere former for helseopplysning, er mulighetene større for å nå frem.

Som alle andre massemedia kjemper nærradioen en konstant kamp for å holde oppmerksomheten ved like hos lytteren. Innledningen til et program må skjerpe appetitten på det som kommer etter, stoffet må hele tiden formidles så spennende og engasjerende at lytteren ikke mister interessen og skruer over på en annen frekvens.

### Anbefalinger.

Få tak i nærradioens lyttermønster, slik som lytterfrekvenser, lyttersammensetning, når på døgnet man lytter, hva slags programmer publikum foretrekker. Dette er viktige opplysninger for den som vil målrette sin informasjon.

Legg vekt på den muntlige formidlingen. Foredrag er OK, men det må være *meget* godt for at lytteren ikke mister tråden etter noen minutter. Intervjuer, kåserier, samtaler er bedre måter å legge frem budskapet på. Stoffet må forenkles, noe som kan være smertefullt for leger som gjerne vil formidle stoff pressist og faglig korrekt 4). Men publikum har alltid alternativer til

stoff som ikke engasjerer. Av-knapp og frekvensvelger er lett tilgjengelig på alle radioer.

Nærradio kan med fordel kombineres med andre media. Ofte er det slik at det folk hører om i radioen får dem til å lese om det samme i lokalavisen, og v.v. Nærradio er godt egnet til å formidle stoff som f. eks. en helsefremmeaksjon i nærmiljøet.

Det er vel og bra å gjøre tingene ferdig på forhånd, og så spille av lydbåndet i sendetiden, men på-direkten-programmer er som regel adskillig mer engasjerende. Formen blir mer muntlig og levende enn i programmer på bånd, og aktørene må skjerpe seg mer. Ulempen med direkteending er at det kan være så spennende at aktørene binder seg. Det er kanskje best å starte med programmer på bånd inntil man har fått nødvendig mot og rutine.

Bli kjent med entusiastene i nærradioen. De sitter inne med mye kunnskap om hva man gjør for å formidle stoff ledig, muntlig og engasjerende. Det skader heller ikke å skaffe seg litt mediekunnskap fra skriftlige kilder 6), 1).

### Referanser:

1. Borgestad, O: Kommunen "på lufta". Nærradio i kommunal informasjon. Kommuneforlaget, Oslo 1989.
2. Rana kommune: Radio Rana - lytterundersøkelse 1990.
3. Winge, O: Nærradio, et spennende medium for helseopplysningen. Utposten, nr. 3, 1986, s. 77-78.
4. Riis, P: Lægers samarbeide med medier. Medicinsk årbok 1982, s. 215-219.
5. Markeds- og mediainstituttet A/S: Radioundersøkelsen 1991.
6. Rudjord O: Jor, G: Nærradioboka. Et praktisk verktøy. Tiden, Oslo 1985.

Kommunelege  
Odd Winge  
Postboks 352,  
5401 Stord



# Hva slags samhandling mellom hvem er nødvendig for at personer med psykiske lidelser skal ha et godt liv?

Trine Normann er 56 år, cand. med. 1960. Hun er spesialist i patologi med medisinsk doktorgrad 1977. Har fra 1978 jobbet med helseadministrasjon og planlegging. Hun var 10 år i Oslo kommunes sentrale helseadministrasjon. Hun har fra 1988 vært leder for sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren (SME) i Sosialdepartementet. Hun har deltatt i likestillingsdebatten i legeforeningen og har tidligere skrevet i Utposten om det tema.

Av Trine Normann

Artikkelen bygger på et foredrag fra Landskonferansen i samarbeid på alle nivå i helsetjenesten: Medisinsk sjølvberging. Lærdal 17-19 april 1991.

Det er viktig at helsetjenesten stiller seg høye mål. Men helsevesenets tradisjonelle fokusering på det patologiske - på det sykelige - og på sin rolle som fjerner av det patologiske, er etter min mening helt utilstrekkelig, og kanskje tildels uheldig i forhold til mange mennesker med psykiske lidelser. Dette har for det første sammenheng med at det er mye psykisk lidelse som helsetjenesten idag ikke kan fjerne, i alle fall ikke en gang for alle. For det andre er det å fjerne de såkalte patologiske symptomer langt fra det samme som at den det gjelder får et godt liv. Medikamenter f. eks. som i og for seg kan fjerne symptomer, kan gi så mange smertefulle og funksjonshemmende bivirkninger at svært mange føler at de tross alt har et bedre liv uten.

For det tredje kan selvsagt en ensidig fokusering på, og konsentrering om, det sykelige skygge for oppdagelsen av de ressurser, de muligheter - eller om man vil alt det "friske" - som selvsagt også finnes hos mennesker med psykiske lidelser, og i deres nærmiljø - hos de pårørende.

## Det gode liv.

Slik jeg ser det, finnes det ingen autorisert allmenn oppskrift på hva som er det gode liv. Det som oppleves som godt for meg, vet jeg f. eks. kan oppleves kjedelig, stressende og borgerlig av andre.

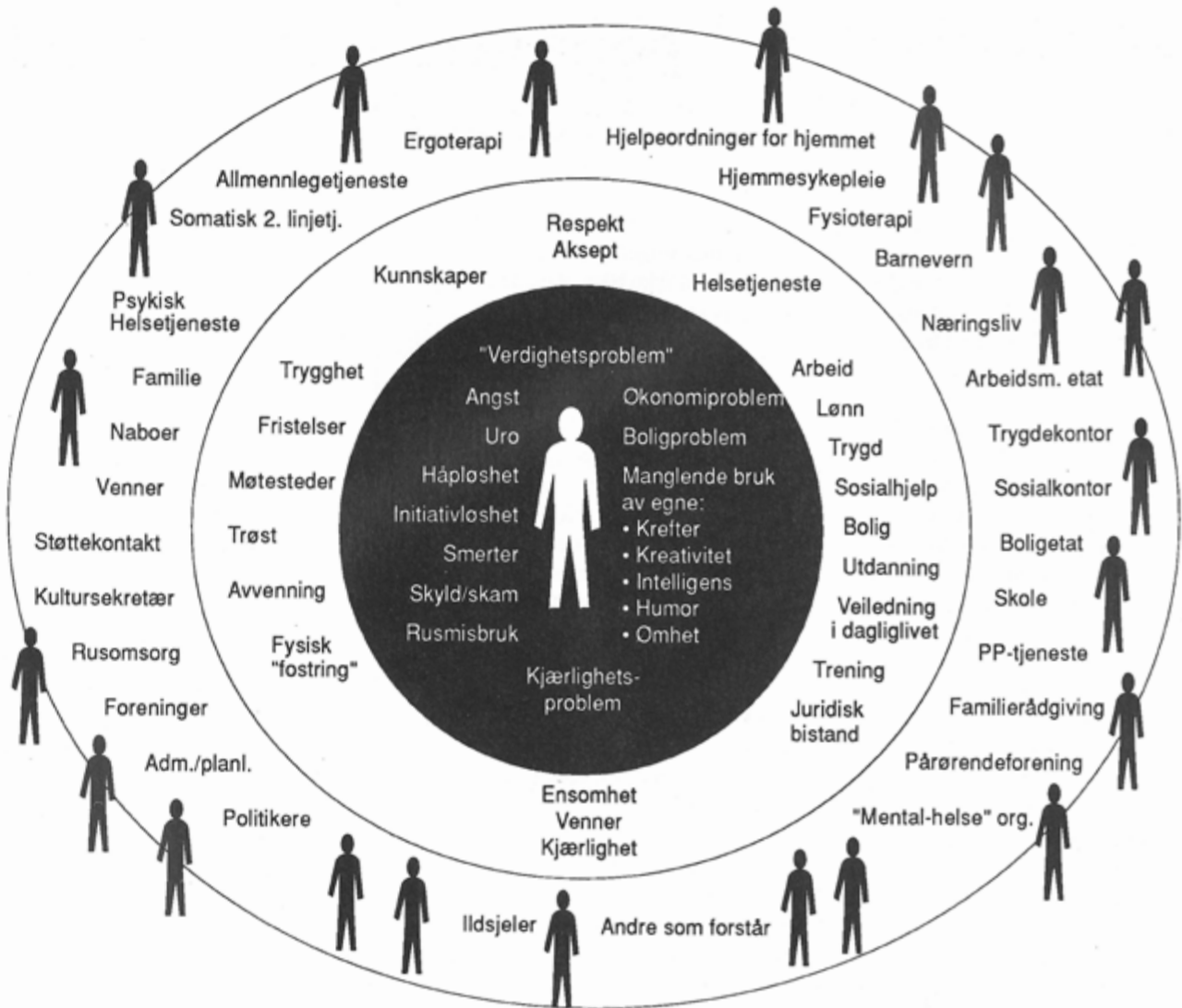
Et hovedpoeng, slik jeg ser det, er derfor at de som skal bistå andre med å få til et bedre liv, virkelig lytter til dem som har skoen på. Det er den psykisk lidende selv og det nærmeste nettverk

(dersom de har noe) som har størst kompetanse når det gjelder å definere hva som hindrer det gode liv og derigjennom behovet for hjelp. Det blir derfor de psykisk lidende selv og deres nærmeste som blir den viktigste ressurs når det gjelder å finne svaret på det spørsmål som er stilt til meg. Andre, enten dette er ulike deler av offentlig eller privat sektor må betraktes som samarbeidspartnere og bistandsyttere.

Hva mere er, vi vet at hva som er problemene, ressursene og behovene vil variere, ikke bare fra person til person, ikke bare i intensitet, men også over tid. Noen problemer og behov knytter seg til den aller første fase med snikende mistanke om at noe alvorlig er galt, noen til en eventuell førstegangsinnleggelse, noen til selve oppholdet i institusjon, noen til forhold omkring utskrivningen, noen til nye kriser, og noen - ikke minst - til de lange hverdager.

Dette betyr at dersom bistanden skal oppleves som relevant må spørsmålet om hva som er nødvendig bistand og samhandling stilles om igjen og om igjen, og de som skal yte bistanden må aldri lukke igjen ørene. Jeg sier dette for å understreke at den samhandling det her er snakk om ikke bare er en samhandling mellom ulike tjenester, men i høyeste grad også mellom brukeren, de pårørende og representanter for ulike tjenester og ytelser.

I mange miljøer verserer imidlertid den oppfatning at i alle fall mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke selv er istand til å medvirke. Andre må definere behovene for dem. Dette er i beste fall bare delvis riktig. I situasjoner der det er fare for liv eller selvdestruksjon, hender det at "hjelperne" må gripe inn selv om den det gjelder ikke vil medvirke, men dette er sjeldne episoder i et langt liv - for vi vet jo at for svært mange



dreier det seg om lidelser som strekker seg over mange år og for noen, hele livet.

Svært mange psykisk lidende er selv-sagt utenom slike situasjoner fullt i stand til å si noe om egne behov (dvs. dersom de ikke er svært neddoppa av medisiner). Og i alle fall er svært mange av dem som kjenner den psykiske lidende godt - de pårørende eller nære venner - i stand til å informere både om problemer, ressurser og behov. Og her mener jeg det ligger en stor utnyttet ressurs når det gjelder bistand til psykisk lidende. Men, om man får til en samhandling med dem vil være svært avhengig av hvordan man nærmer seg. For mennesker med liten selvfølelse - og det er svært ofte tilfelle med psykisk lidende - skal det lite til før en følger seg

krenket. Det å si ja til hjelp kan oppleves som *det* nederlaget som undergraver selvrespekten fullstendig. Jeg nevner dette fordi det har stor relevans for spørsmålet om hvordan samhandlingen bør være mellom den psykisk lidende og andre, og særlig i akutte sykdomsfaser.

Når jeg skal prøve å si noe om hva slags bistand som kan være relevant, finner jeg det naturlig å ta utgangspunkt i det jeg vet om problemene og ressursene til de menneskene det gjelder, og ut fra dette forsøke å se hva behovene kan være. Så på bakgrunn av dette, si noe om hva slags bistand det kan være aktuelt å gi, hvem som kan yte den, og hvordan bistandsyterne bør samhandle. Det jeg sier må nødvendigvis bli ganske generelt, for som alle vet er jo psykisk

lidende en like lite ensartet gruppe som de som ikke har den merkelappen.

Heldigvis starter jeg ikke på bar bakke her. Det finnes masse kunnskap som både brukere, pårørende og fagfolk har lagret, både om problemer, ressurser og behov, både hos dem som har skoen på og hos deres nærmeste. For vi vet jo at det svært ofte ikke er så enkelt at det er en person som er hjelpetrengende, og de øvrige i det nære nettverk eller familie som er ressurspersoner som kan gi hjelp. For det første har også psykisk lidende mange ressurser, for det annet dreier det seg ofte om konfliktfylte *relasjoner* mellom mennesker. For det tredje vet vi at langvarige og store problemer hos en i en familie i det lange løp også kan medføre store problemer for dem som står nærmest, særlig hvis de ikke får tilstrekkelig hjelp - noe de



sjelden får i dag - slik at man med rette kan snakke om *lidelsesfeller*.

I det følgende skal jeg helt kort si noe om problemer og ressurser, behov og hvem som kan yte bistand.

Jeg kommer ikke til å bruke medisinske uttrykk. Psykiske lidende har de samme problemer som de fleste av oss har, bare i mye større grad, og i så stor grad at problemene fullstendig tar luven fra deres ressurser. Jeg mener også at dersom vi skal bli istand til å gi relevant bistand må vi være istand til å leve oss inn i de problemer psykisk lidende har.

Ingen trenger selvsagt all denne bistanden på en gang. Hvordan man til enhver tid velger å samhandle *må* bli et lokalt problem å løse. Det er helt utenkelig at noen i Sosialdepartementet i Grubbegata i Oslo skulle kunne si noe om hvordan man skal organisere hjelpen i en liten kommune. Det jeg kan dele med dere er noen tanker som jeg tror kan være veiledende når det gjelder å finne frem til hvordan man skal organisere samhandlingen.

- For det første tror jeg det er viktig å understreke at den psykisk lidende aldri må bli overlatt til seg selv og bare en annen person. Det er destruktivt for begge parter. Vi har hørt om ganske mange tilfeller der alvorlig psykisk lidende er blitt skrevet ut fra institusjoner til en mor, uten at det er sørget for annen bistand enn kanskje et tilbud om konsultasjon på poliklinikken en gang iblant.

- For det annet bør alle som får problemer eller som har problemer vite hvor de skal henvende seg for å få råd. Det kan bety at det kan være klokt å etablere en instans som til enhver tid har oversikt over alle aktuelle tiltak som kan tenkes å være relevante for mennesker med psykiske lidelser og deres lidelsesfeller, og konkret hvor de som måtte ønske det kan komme i kontakt med ansvarlige for disse tiltakene. En slik funksjon må også være tilgjengelig utenfor vanlig arbeidstid, i helger, ferier osv, for som kjent er det ikke slik at psykiske problemer bare oppstår i vanlig kontortid.

- For det tredje er det viktig at man nøye tenker igjennom hvilken type bistand som er påkrevet i de ulike faser av lidelsesforløpet, f. eks. i den akutte fasen, i forbindelse med innleggelse, i forbindelse med selve oppholdet i en institusjon, i forbindelse med utskrivning og ikke minst i forbindelse med de lange hverdager. Slik jeg ser det er det særlig viktig at det første møtet med bistandsyterne er gjennomtenkt slik at man velger ut personer som man er sikker på ikke bare ivaretar det faglige aspekt, men også verdighetsaspektet.

- For det fjerde. Selv om den psykisk lidende og dennes lidelsesfeller har behov for svært mange typer bistand er det viktig at de får forholde seg til så få bistandsytere som mulig, både på en gang og over tid. Det betyr at man må sørge for en organisasjon som innebærer kontinuitet og at man så langt råd er satser på de samme bistandsyterne i ulike faser av sykdommen.

- For det femte må bistanden organiseres med tanke på at de det gjelder bare unntaksvis skal behøve å flytte hjemmefra.

- Tilslutt vil jeg si at det er et hovedpoeng at man i alle faser organiserer bistanden slik at man tar vare på/fremelsker/satser på egenressursene både til hovedpersonene og bipersonene.

Hva konsekvensene av en slik tankegang må bli, må altså være opp til det enkelte lokalmiljø. Men jeg ser for meg at det i alle fall bør være noe jeg vil kalle en "nærgruppe" på individnivå, og noe som vi kanskje kan kalle en ansvars-/tiltaksgruppe på samfunnsnivå. Denne behøver ikke å bestå av så mange personer, men den må ha et meget bredt og vidt kontaktnett, og sannsynligvis bør det være et avtalt - eller kontraktfestet samarbeid mellom den sentrale bistandskjerne og "konsulentene" som bare skal inn med bistand i forhold til spesifikke problemer.

**Prosjektleder Trine Normann**  
SMS, Sosialdepartementet,  
Postboks 8011  
Dep 0030 Oslo 1



# Referat fra kurs i samfunnsmedisin

24-26. mai 1991



Hva fikk en entusiastisk eng på 22 leger til ikke å velge "sentrale" strøk, men i stedet Ytre Namdal som arena for et tre dagers kurs i samfunnsmedisin?

Jo, bl.a. dette:

- vel halvparten av deltakerne var sist høst sammen på kommunelegeskurset på Folkehelse. "Sentrale" strøk syntes de derfor de kjente fra før.
- Ytre Namdal er et område som byr på mange samfunnsmedisinske utfordringer - noe kurset i stor grad klarte å synliggjøre.
- kurskomiteen hadde lagt opp et program der faglige, kulturelle og sosiale sider var ivarettatt på en mest mulig måte.

Kursets første dag, fredag 24. mai, besto av mange interessante forelesninger. Anders Smith (kommune-overlege, Bærum) snakket om virkemidler kommunelegene har i det miljørettede helsevern. Han illustrerte hvordan "helsediplomati" og tverrfaglig samhandling ofte kan være vel så formålstjenlig som en altfor nidkjær bruk av kommunehelsetjenesteloven. Professor Dag Hofoss

(Folkehelse) hadde deretter inspirerte innlegg om strategier for samarbeid ilagt avslørende praktiske øvelser. Han la også frem data fra den store Nord-Trøndelagundersøkelsen i 1985. Den viste store interkommunale forskjeller i helseparametre (bl.a. hjerteinfarkt, hjerne-slag) og også klare ulikheter i folks subjektive beskrivelse av egen fysisk og psykisk helse.

To av deltakerne ved kommunelegeskurset, en i en storby og en på landsbygda, hadde innlegg om hvordan kurset høsten 90 hadde hatt innvirkning på arbeidet deres i det halvåret som var gått. Overlege Folke Sundelin (Folkehelse) redegjorde for forsøket med listepasientsystem som starter i noen kommuner allerede til neste år.

Lørdagen hadde som hovedtema "Arbeid og helse" og var lagt til det tidligere vitale, men isolerte industristedet Salsbruket. Hjørnesteens-bedriften, Salsbruket Tre-sliperi, brant ned i 1985 uten å bli bygget opp igjen. Sosiolog Niels Sletterød fra Nord-Trøndelagsforskningen som har sin magisteroppgave fra dette samfunnet, ga en innføring i Salsbrukets "vekst og fall", godt supplert av representanter for lokalbe-

folkningen. De samfunnsmedisinske konsekvenser av distrikts-Norges sysselsettingsproblemer ble på denne måten levende illustrert.

Søndag var viet samfunnsmedisinske aspekter ved den voksende oppdrettsnæringen langs kysten. Vi besøkte Nærøysund Yngelfarm ved Rørvik hvor marinebiolog Anne Grete Nordalen lot oss hilse på den 40 årige kveita Sara (nettovekt 120 kg). Her var også en yrende flokk av piggvoryngel (eksport til Spania), samt torsk som produseres for havbeite. Antibiotikabruk og forurensningspotensiale ved oppdrettsnæringen ble omtalt. Oppdrettsnæringen som helhet vil utvilsomt få økende betydning innen det miljørettede helsevern.

Det faglige programmet ble avløst av turer på land og sjø. Kursdeltakerne fikk prøve fiskelykken på Folla med utsikt til Olav Duuns øy Jøa. Dessuten besøkte vi Fingals-hula, et praktfullt naturens byggverk i form av en 300 m dyp fjellhule med 3000 år gamle hulemalerier. Lomme-lykt og pågangsmot var nødvendige forutsetninger for sistnevnte storslåtte opplevelse.

Kommunelege I i Nærøy, Henrik Brochmann, var kursleder og allestedsnærværende cicerone og koordinator. Han og kona Åsta var dessuten vertskap for daglige utsøkte middager hjemme i Doktorgården, - pietetsfullt restaurert bygning fra 1920. Kulinariske sjeldenheter som østers, røkt reinsdyrhjerte og molter inngikk i herlighetene, og deltakerne kjente sin besøkelstid.

Det er inspirerende og nyttig å møtes utenfor de store sentra iblant, hvor samfunnsmedisin både trengs og trives. Kursets nesten døgnkontinuerlige samvær kombinert med engasjerte meningsutvekslinger, gav oss deltakere mange nye perspektiver. Utkant-Norge har kvaliteter og utfordringer vi ikke må gå glipp av. Kanskje det er slik at det i noen sammenhenger er Oslo som ligger avsides?

**Helsesjef  
Brigt Bovim  
Fyllingsdalens bydelsadm.  
Folke Bernadottesvei 38,  
5033 Fyllingsdalen**

**Rovamycin «Rhône-Poulenc Rorer»****Makrolidantibiotikum** ATC-nr.: JO1F A02**Mikstur:** 75.000 IE/ml, 1 ml inneh.: Spiramycin 75.000 IE, Saccar, 700 mg, aroma, const., aqua purif. q.s. karamellsmak.**Tabletter:** Hver tablett inneholder: Spiramycin 750.000 IE, resp. 1,5 mill. IE, const., q.s. Filmbrasjert.**Egenskaper:** Klassifisering: Antibakterielt spekter som i hovedsak omfatter Gram-positive bakterier (stafylokokker, pneumokokker, streptokokker) samt visse Gram-negative: F.eks. Bordetella pertussis. Har videre effekt mot chlamydier og mycoplasmer. Virkningsmekanisme: Bindes til bakterienes ribosomer, og hemmer derved proteinsyntesen. Bactericid ved høye konsentrasjoner. Absorpsjon: Absorberes raskt. Proteinbinding: Ca. 10%. Fordeling: Høy vevskonsentrasjon som er vedvarende høyere enn konsentrasjonen i blod/serum (spesielt i øvre og nedre luftveier). Passerer i liten grad over i CNS. Distribusjonsvolumet er 525 liter. Halveringstid: 6–8 timer. Utskillelse: Konsentreres ved normal leverfunksjon i lever, og utskilles hovedsakelig via galle (ca. 10% utskilles i urinen). Overgang i morsmelk: Gjenfinnes i så høye konsentrasjoner at det foreligger risiko for at barnet påvirkes. Overgang til placenta: I liten grad.**Indikasjoner:** Infeksjoner, særlig luftveisinfeksjoner forår-

sakert av spiramycin-følsomme mikroorganismer, også når det foreligger penicillinallergi. Periodontitt sammen med og i tillegg til konvensjonell mekanisk behandling.

**Kontraindikasjoner:** Kjent hypersensitivitet overfor spiramycin og erythromycin. Bør ikke anvendes til behandling av meningitter.**Bivirkninger:** Gastrointestinale forstyrrelser som kvalme og diaré. Overfølsomhetsreaksjoner i huden kan forekomme i enkelte tilfeller.**Dosering:** Voksne og barn > 20 kg: Tabletter 1,5 IE mill. (500 mg) 2 tabletter 2 ganger daglig. Barn 12–20 kg: Tabletter 750.000 IE (250 mg) 2 tabletter 2 ganger daglig. Barn 4–7 kg: 7,5 ml mikstur 2 ganger daglig (1 ml mikstur = 75.000 IE = 25 mg). Barn 8–12 kg: 15 ml mikstur 2 ganger daglig. Ved pneumoni og/eller bronkitt anbefales 2 tabletter 3 ganger daglig som loading dose, deretter 2 tabletter 2 ganger daglig. Ved periodontitt må behandlingen følges opp over tid av behandlende tannlege.**Pakninger** Mikstur 75.000 IE/ml, 150 ml, kr 74,50.**og priser:** Tabletter 750.000 IE, 20, kr 58,10.

Tabletter 1,5 mill. IE, 16, kr 98,80.

Tabletter 1,5 mill. IE, 24, kr 130,70.

Tabletter 1,5 mill. IE, 100, kr 462,70.

01.05.1991

# 4 DØGNS DOSERING BETYR 8 DØGNS BEHANDLING AV ØVRE LUFTVEISINFEKSJONER

Compliance, GI-bivirkninger, toleranse og eventuelle allergiske reaksjoner, er problemer du og pasienten til nå har måttet slite med gjennom behandlingen.

ROVAMYCIN representerer et nytt alternativ med fordeler for deg – og for pasienten. Farmakokinetisk er ROVAMYCIN spesiell med vedvarende høye vevskonsentrasjoner i luftveiene og god terapeutisk indeks.

Doseringstid i 4–6 døgn (16 eller 24 tabletter) tilsvarer behandlingstid i 8–10 døgn ved øvre luftveisinfeksjoner.

Med ROVAMYCIN behøver du ikke bruke tid på å sikre deg at små og store pasienter gjennomfører behandlingen.

Ref. 1. Gaillard et al. 1971, Lyon Medical, 221, 5, s. 419–424. 2. Bremond et al. 1976, J. France ORL, 10, s. 681–689. 3. Pilot & Qin, 1988, JAC, 22, Suppl. 2, s. 201–206. 4. De Cock & Poels, 1988, JAC, 22, Suppl. 2, s. 159–163.

## Rovamycin®

SPIRAMYCIN

 **RHÔNE-POULENC RORER**

**NYHET!**  
NB! Takst 706 h

# Micral-Test®

**V**ERDENS **F**ØRSTE **T**ESTSTRIMMEL **F**OR **N**ØYE  
**B**EDØMMELSE **A**V **M**IKROALBUMINURI!



**BOEHRINGER  
MANNHEIM**

BOEHRINGER MANNHEIM  
MEDINOR PRODUKTER A/S  
Boks 111 Kalbakken  
0902 OSLO 9  
TH.: 02-25 55 05



8 P P D A G E R M I K R O A L B U M I N U R I

Ja, jeg ønsker:

- ☐ Stk. Micral-Test® (30 tester pr. boks)  
å kr 350,- (+ m.v.a. og porto)
- ☐ Micral-Test® brosjyre
- ☐ Bli kontaktet av produktspesialist

## BESTILLINGSKUPONG

Navn

Adresse

Postnummer

Sted

Telefonnummer

**BOEHRINGER MANNHEIM  
MEDINOR PRODUKTER A/S**

Svarsending  
Avtale nr. 1130000/11  
Kalbakken  
0901 OSLO 9

Ken sendes  
ufrankert i Norge.  
Adressaten  
betaler portoen.

# Nordisk kongress i allmennmedisin

Oslo 26. - 29. juni 1991

*Institutt for allmennmedisin i Oslo i samarbeid med NSAM stod for planlegging og gjennomføring av den 7. nordiske kongress i allmennmedisin. Hovedoverskriften var Konsultasjon-Visjon og Virkelighet. Programmet inneholdt en fin fordeling mellom faglig innhold og gode sosiale arrangementer. Komiteen fikk spesielt honnør for at de hadde tenkt på barna med aktiviteter som sjørøvertokt på fjorden. Det var høytidelig åpning i Universitetets aula med Arve Tellefsen, taler og utdeling av forskningspris. Professor dr. med. Carl Erik Mabeck fra Århus fikk Nordisk pris for forskning i allmennpraksis. Så gikk det slag i slag med godt planlagte faglige seksjoner. Vi var på Bygdøyfest i fin norsk stil. Bunader og folkedans. På kongressens siste dag ble det igjen delt ut priser.*

*For å stimulere til økt kvalitet på foredrag og posters hadde arrangørene bestemt seg for prisutdeling.*

*Pris for beste faglige innlegg gikk til fysioterapeut Eline Thornquist fra Norge i samarbeid med Charlotte Hedberg fra Sverige. De hadde sammen innlegget: Kroppen er en prosess, ikke en gjenstand. Jostein Holmen fra Trøndelag fikk pris for den beste poster.*

*Kongressen ble avsluttet med teater, Jan Garbarek og Agnes Buen Garnås. Finland inviterte til neste nordiske kongress i Østerbotten 11-14. august 1993.*

*Vi i Utposten har nå på seinsommeren bedt tre av deltagerne gi oss et tilbakeblikk fra kongressen. Hvordan var det å være på stor nordisk kongress?*



Vinner av Nordisk pris for forskning 1991

## I audiens hos kongress

*"Skal du på kurs?" spør ungene; de sitter i dobbeltsenga og følger pakkinga med kjennermine. "Nei", sier jeg og stirrer rasende inn i mitt kaos av et klesskap, "kongress!" Tre par brune øyne ser usikkert på meg. Sist mor reiste vekk, var det (på et kosteskaft) til to dagers hekseseminar med Lise Valla. "Kongress er et slags kurs, men større og liksom litt*

*festligere...." Ungene er fornøyd, men klesskapet ler ondskapsfullt. (Var det "feststemte" sommerklær det sto i programmet? Og bunad?) "Kanhende ho får sjå kongen", sier den minste jentungen til søstrene. Sjølsgagt: Kong Gress! Det hjelper: Klesskapet innser alvoret og samarbeider greitt i fortsettelsen. Dagen etter reiser jeg til 7. Nordiske kongress i all-*

*mennmedisin i Oslo. Minus bunad, men med friskt mot og akkurat så mange sommerfugler i magen som en såpass drøy faglig mønstring krever av en menig deltaker uten manus eller overheads i bagasjen.*

**Åpningskvelden:**  
Universitetets aula fullsatt og pyntet. Arve Tellefsen spiller og Inge Lønning holder åpningstale, klok og skarp.

*Han stiller kritiske spørsmål ved den moderne medisins omnipotente budskap: helse som frelse og legen som prest. Jeg hører ham mane til en viss ydmykhet og et faglig perspektiv som inkluderer en verden i nød og urett. I garderoben på veg ut får vi utdelt praktiske hvite ryggsekker med diskret reklame utpå og kongressinfo og mer reklame inni. Man hilser rastløst og leser navneskilt i smug. Ned*

universitetstrappa løper jeg på Kirsti Malterud som er sliten og svimmel av å bli gjenkjent og gratulert. Jeg for min del er glad for at hun blir glad for å se meg. Sånn er det. Neste post er Mottakelse i Oslo Rådhus. Peter N. Myhre byr på champagne og kanapeer; mitt påpasselige superego (m-l) mumler noe om de herskende klassers kultur. Jeg våger en krangel med henne, som jeg taper, og blir ikke med på omvisning i Rådhuset. Kvelden avsluttes sammen med Utpostdamene hjemme hos Åsa Rytter Evensen, god mat og nok å prate om. (Åsa prøvekjører lånt Vest-Telemarks-bunad og er i seg sjøl en kulturbegivenhet verd en Oslo-tur! "Vogue" og "Bonde-bladet" ville ha slåss om bildene....)

#### Torsdag:

*"Konsultasjonen - virkelighet"*. Gørn Sjønell og Per Fugelli danser verbal ballett i plenum. Det er en fornøyelse, kanskje mest det. Så begynner den enkeltes jakt på de faglige godbitene. De er mange og spredt: Auditorium 1,2,3,4...de mest drevne kryssklipper seksjonene, komponerer eget program for maks uttelling. Jeg blir stressa, går et øyeblikk i stå og blir prompte håvet inn av Lizer som byr på epler og "en liten prat". Rekker likevel seksjonen *"Konsultasjonsforskning - om å tolke"*: spennende innlegg, godt styrt, åpen diskusjon. Jan-Helge Larsen fra Danmark snakker om kontaktrudd i konsultasjonen og illustrerer kvantitativ metode anvendt på "mykt" materiale. Jeg lærer og trives og har det bra fram til lunsj. Bord står ferdig dekket til anslagsvis en million deltakere i studentkantina. Ny sosial utfordring: Det jaktes - mer eller mindre diskret - på interessante lunsjpartnere. Jeg snuser meg litt nervøst fram til kollega sauebonde

John Nessa og slapper av. Vi enes om at livet på kongress kan være stritt før vi går hver vår veg. Jeg har lovet Olav Rutle å lede en seksjon frie foredrag sammen med en ukjent finne. Gruer. Finnen er på plass (en alvorlig mann), de frie foredragsholderne likeså, auditoriet er ellers nesten tomt. Det er ekkelt, og jeg klarer såvidt å la være å be om unnskyldning for at jeg ikke har greid å skaffe flere tilhørere (!). Så ønsker vi velkommen, og jeg oppdager igjen hvor moro det kan være å høre entusiaster fortelle nytt fra eget felt.

#### Fredag:

*"Konsultasjonen - vitenskap"*. Plenum med Hanne Hollnagel og Carl Edvard Rudebeck blir et faglig høydepunkt. Det handler om metode og veger til ny kunnskap om det tilsynelatende kjente. Jeg holder meg på høydene: Seksjon etterpå, "Problemløsning i konsultasjonen", tar opp tråden fra Inge Lønning og setter søkelyset på vårt faglige mandat, behovet for avgrensing og et minstemål av felles faglig grunn å stå på (f. eks. i form av handlingsprogrammer). Sosialt oppsving: Det er moro å være på Blindern igjen. Jeg har satt meg ved siden av en gammel kampfelle fra studietida. Vi har vært her før, og når vi lukker øynene kan vi kjenne lukta av heftige spritstensiler mot EEC og dyrtid. Men her er ikke tid til revolusjonær nostalgi: Det lakker mot bankett! Trolig av praktiske grunner har arrangørene overlatt til deltakerne å ordne bordplassering sjøl. Oversiktskart over bordene er slått opp på veggen i hallen, her er fritt fram for dristig sosial satsing med nordisk forbrødring og - søstring som motto?

Store grupper har skrevet seg på kollektivt.

Nasjonalfølelsen og ekteskapet ser ut til å ha fungert som ordnende prinsipp. Jeg lar ideen om nordisk spenning fare og takker lettet ja til en gammel kulling som foreslår å sitte sammen. Bankett innebærer mer enn mat og musikk. Her er taler (jeg husker bare Ola Lilleholts historie og en kollega fra Finland som inviterer til neste nordiske kongress på en måte som gjør det umulig å ikke reise). Og drag-show til desserten. Jeg mister mine sosiale støttespillere av syne rett etter bordsettet. Kongressen danser. Jeg setter meg i baren, bestiller en drink og klirrer støyende med isen. En svenske melder seg. Han spør om jeg har holdt foredrag på kongressen. Jeg rister på hodet. Han ser lettet ut og sier at det har ikke han heller og har jeg lyst til å danse? Jeg griper poenget og rusler hjem til mitt lånte losji på Kampen. En fin tur i sommernatta.

#### Lørdag og slutt:

*"Konsultasjonen - visjon"*. Anne Luise Kirkengen og Niels Bentzen i plenum, et mektig prosjekt med sterke estetiske virkemidler. De vil fortelle meg noe viktig, tror jeg - om innlevelse og gjenkjennelse som terapeutisk ståsted. Men jeg ser mest på bildene og følger meg tynnhudet og sliten. Anne Luise viser lysbilde av et grafisk blad med svarte og hvite fugler som flyr liksom inn i hverandre over et vidt landskap. Jeg får et akutt og ganske upassende anfall av hjemlengsel (jeg ville jo så gjerne hørt Garbarek spille til avslutning) og reiser.

Vel hjemme trekker jeg minstejenta til side: *"Du, jeg så ikke kongen. Men jeg snakket med Per Fugelli"*.

Seljord, september 1991  
Elisabeth Swensen



## 7. nordiske kongress i allmennmedisin

Sommeren er over. Høsten har alt brakt frukter: Modne bær og duftende blomster. Men også ryddigere arbeidsdager og mørkere kvelder. Det siste gir rom for ettertanken, roen, melodien: Hva ga sommeren?

Blant annet deltakelse i 7. nordiske kongress i allmennmedisin. Endelig handlet det om konsultasjonen helt og fullt. Valgets kvaler var mange: Hvordan kunne jeg rekke over alle de forelesningene jeg ønsket meg? Jeg måtte velge! En hard hånd gikk over programmet, og omprioriterte underveis. Åpningen i Universitetets aula løftet oss ut av hverdagen. Norsk musikk akkompagnert av visuelle inntrykk fra Munchs utsmykning av aulaen fylte ørene sammen med åpningsforedragene. Inge Lønning fortalte oss det allmennpraktikere så godt vet: "Nå har medisinen i ti år fortalt Norge alt den *kan* gjøre. Bruk de neste ti årene på å fortelle hva medisinen *ikke* kan gjøre!" Påstanden om at "det finnes ikke det problem som ikke kan løses hvis man bare har tjukk nok lommebok", var manna for allmennpraktikere-rens ører! Så velformulert han er, rektor ved Universitetet i Oslo!

Kongressens plenumsforedrag sendte tankevekkende ord til en lyttende forsamling. Per Fugelli og Gøran Sjønells dialog i "Konsultasjonen - virkelighet" startet en faglig spiral som endte i Anne Luise Kirkengens og Niels Bentzens "Konsultasjonen - visjon". Mellom de to dialogene lå virkelighet og visjoner gjemt i Universitetets mange auditora. De valgfrie sesjonene presenterte i et vidt spekter det konkrete dagligdagse og det filosofiske.

På den ene siden møtte vi tankene om at "virkeligheten er av leire som vi må forme" (2). I rommet ved siden av så vi i forklarelsens lys at den også er "av granitt, steinhard, som vi må rette oss etter" (3). Han hadde egentlig ganske rett, Per F., da han uttrykte at "virkeligheten består ikke av forstand alene, men av mystikk, emosjon, tro og håp" (2). Samtidig fokuserte han på viktigheten av å "anstendiggjøre og vitenskapeliggjøre allmennmedisinens irrasjonalitet" (2).

Faget stod høyt i kongress-sammenheng. Det hadde stevnemøte med sine medspillere: kulturen og sosialt samvær gjennom hele kongressen. "Spillerne" møttes i

forelesningene, over kaffekoppen i pausen, i solskinnet utenfor, og i sosiale samvær om kveldene.

Som et fargerikt teppe vevet medisinen, mennesker, kunnskaper og drømmer seg sammen de tre døgnene i Oslo. Det må være riktig å sende en blomst til kongresskomiteen og alle medarbeiderne den hadde knyttet til seg. Nordisk allmennmedisin favner vidt. Den inneholder mennesker med personlighet i tillegg til kunnskap.

Konklusjon? Vi skal fortsette å øve oss i å sette grenser, i å opprettholde våre naturvitenskapelig baserte kunnskaper, og å akseptere hverandres små forskjeller som allmennpraktiserende leger:

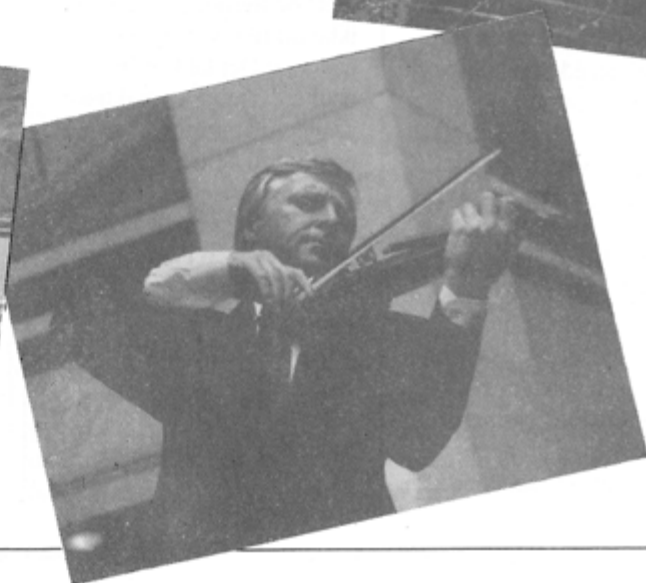
"Et fritt legevalg har kun mening, om vi aksepterer at vi er forskjellige" (4).

Kongressen realiserte det Fugelli og Sjønell startet med: "Når mennesker meddeler seg til hverandre gjennom språk, skaper naturen kultur", og det Bentzen og Kirkengen avsluttet med; "Livet er en prosess" (5). Håpet og drømmen må være at prosessen vokser videre i den allmennmedisinske hverdag!

### Referanser, fritt etter foreleserne:

1. Inge Lønning, åpningsforedrag
2. Per Fugelli: Konsultasjonen - virkelighet
3. Gøran Sjønell: Konsultasjonen - virkelighet
4. Carl Erik Mabeck: "Om angsten for at være forskjellige"
5. Anne Luise Kirkengen og Niels Bentzen: Konsultasjonen - visjon.

Jørpeland, september 1991  
Anne Mathilde Hanstad



# Tacktal på banketten

Christian Borchgrevink  
allmänmedicinens konung i  
Norge,  
ärade kollogor och gäster!

Völuspa  
Hør meg i taushet,  
hellige ætter,  
høye og lave  
Heimdalls sønner;

● börjar Snorra Eddas  
Voluspå (på norska!) och  
betyder grovt översatt: Lys-  
sna nu ärade gäster.

## Historia.

En gång när jag träffade  
Gösta Tibblin i Oxford  
betonade han att den med-  
icinska historian var en av de  
viktigaste hörnten i vårt  
fag. För 12 år sedan träffades  
allmänläkarna på sin första  
Nordiska kongress i Köpen-  
hamn och för 10 år sedan var  
vi på fest i Håkanshallen i  
Bergen, den historiska bygg-  
naden från vikingatiden.  
Under dessa dagar här i Oslo  
● r vi nu en gång fått  
uppleve en mycket fin kon-  
gress och fått träffa trevligt  
folk. Vi har diskuterat vårt  
fag och strategiska metoder  
genom tiderna där vi har  
kämpat, enligt Per Fugelli,  
med "Sordin" och "Kanon" för  
ytligare segrar.

Och snart tar denna kongress  
slut och tillhör historien. Men  
när jag kommer till "Det  
gamla landet" som vi islän-  
ningar kallar Norge i bland,  
behöver jag inte ens Tibblins  
påminnelse om historien.  
Man tänker alltid historia här i  
Norge eftersom normännerna  
skapade historien och islän-  
ningarna skrev ner den!

## Vikingatiden.

Och med hensyn till historien  
är det för mig en stor ära (och  
kanske också en gammal  
drömm) att få hålla ett tal här  
i Norge. Islänningar har en  
lång och ärorik tradition vad  
gäller tal och dikter i Norge. I  
Vikingatiden reste äventyrs-  
lystna islänningar till Norge  
för att få träffa konungen och  
läsa högt en dikt de hade  
gjort före hemresan. Långt de  
flesta dikterna från denna tid  
är otroligt tråkiga och har  
antagligen varit fullkomligt  
obegripliga för de stakkars  
konungar som satt och lys-  
snade höfligt på en vild Islän-  
ning läsa och läsa mellan 20  
30 verser. Dessa dikter är  
mycket lika varann, de hand-  
lar om konungens tapperhet  
och bragder och lovordar  
hans intelligens och förnuft.  
För dessa tal, och dikter fick  
islänningarna guld och vapen  
utav konungen som tack för  
dikten. (Kongressens  
arrangörer kan lugna sig  
eftersom äran räcker för min  
del för mitt tal här i kväll).

## Sneglu Halli-vikingatiden

Men i bland var dikterna mer  
spännande ty stundom var  
nyckeln till ära och heder i  
Norge att kombinera sex och  
beröm.  
Några drapar eller dikter,  
dock troligen mindre kända,  
handlade om konungens  
sexuella förmåga. Till exem-  
pel fick konungen *Haraldur  
hardrði Sigurdsson* och hans  
*dronning Thora* följande dikt  
när den Isländska poeten *Sne-  
glu Halli* besökte dom:

"Þú ert maklegust miklu,  
munar stórum a óra,  
flenna upp af enni,  
allt ler Haralds reri".

Som tur är förstår ni ingen-  
ting av denna dikt och even-  
tuellt har Harald inte helt  
förstått den heller men den  
handlar om Haraldur och  
Thoras sexliv. (För dom som  
är särskilt intresserade kan  
få den översatt senare)

## Egill Skallagrímsson- vikingtiden

En annan berömd viking och  
skald var *Egill Skallagrims-  
son*. Han skrev mycket trå-  
kiga dikter och roade sig i  
övrigt som ingen annan. Han  
spydde över de andra gäster  
för att lätta festernas stäm-  
ning och med tummen gjorde  
han en oculectomi, dvs. plok-  
kade ut ögat på en ganska  
tråkig man.

## Mytolgin

Och inte låter det bättre när  
man läser mytoligin. De  
vapenbitna som dog i kamp  
reste direkt till nordens para-  
dis, Valhalla och nämdes  
därefter *Einhjar*. De var  
Odins soldater och syssel-  
satte sig med två saker, de  
slogs och drack. Man utkäm-  
pade stora strider på dagarna  
men satt på kvällen och  
genom hela natten och drack.  
Och *Thor* var inte åsagudar-  
nas bästa barn. Han roade sig  
med *öskrudurs* döttrar, men  
enligt sagan hade öskrudur  
18 döttrar och Thor låg med  
samtliga i ett streck.

## Tolkning av historian

Som ni ser är historien myc-  
ket manligt orienterad och

antagligen skriven av män  
och inte kvinnor och med  
den här "kanon" tonen. Det  
hela handlade om vapen,  
krig, sex och tappra vikingar.  
På den tiden hade vi inte hel-  
ler fått det isländska kvinno-  
partiet eller norskan *Kirsti  
Malterud*!

Talarens roll här i kväll  
Och modern fest av denna  
typ tillåter mig inte att spy  
och slås som Egill eller dikta  
kärleksvers som *Sneglu Halli*  
för att lätta på festens stäm-  
ning, så det får räcka denna  
historiska rekapitulation.

Nutida Paradiset och helvete  
Det *nordiska paradiset* har  
som sagt alltid varit något  
konstigt. Valhalla var åsagu-  
darnas himmelrike. Hur  
skulle de moderna definition-  
erna av *himmelrike* låta i dag  
efter allt detta tal om nordiskt  
samarbete.

Är det en plats där danskarna  
står för maten och smörgås-  
arna, finnarna för sprittserve-  
ringen, svensken för bilpro-  
duktionen (det här var kanske  
lite konstigt eftersom man  
behöver väl inte bilar i him-  
melriket), normannen står för  
kommunikationen med gud,  
och islänningen för hälso-  
vården.

I helvete däremot står nor-  
mannen för sprittserveringen,  
finländarna står för TV  
underhållningen, svenskern  
står för maten med sin hus-  
mannskost och 6-8 (sextio-  
åtta) brödsivor om dagen,  
danskern står för språket och  
isländska specialister för  
hälsovården. (eller kanske



# "En stor Kunstner, Mesdames, er aldrig fattig"

Funderingar omkring 7. Nordiske kongressen i allmänmedicin i Oslo 26.-29. juni 1991.

islännigen som står för maten med sin torkade fisk och ruttna haj som man sköljer ned med "Svarta döden")

Och frågan är vem skall stå för erotiken som på vikongatiden eller i Valhalla?. Den glade dansken, den atletiske svensken, normannen med ryggsäcken, den skidhopande finnländaren eller den egoistiske och självglada eller ägenkäre islänningen? Det tänker jag inte ge svar på, men festen här i kväll närmar sig att vara det nya nordiska paradiset och eftersom Normännen har de flesta uppgifterna på denna fest räcker det om vi andra hjälper dom att ta hand om nöjet.

Tack för det nya paradiset Jag vill här till slut å de nordiska deltagarnas vägnar få tacka våra värdar för gästfriheten med fin mat och drick här i kväll och fram för allt, en fantastisk fin kongress. Vi skall se till att den kommer att minnas med sordin i vår medicinska historia och kommer att tecknas bland de andra islandssagorna.

Tack

Jóhann Ag. Sigurdsson



I sin bok "Babettes Gæstebud" berättar författaren Karen Blixen om konstnärinnan Babetta som tidigare varit mästarkock på Café Anglais. Hon kunde ändra varje måltid till en kärleksaffär där man inte kunde skilja mellan kroppslig och andlig aptit eller mättnadskänsla. Babetta bjöd till middag, där hon som mästarkock offrade allt för att göra festen stilig och minnesrik. Hon satsade hela sin förmögenhet och framför allt hela sig själv för detta ändamål. Festen blev en sucsess och alla blev lyckligt överraskade och nöjda när dom gav sig iväg hem efteråt.

Jag tänkte på denna historia efter att ha deltagit i 7. Nordiska kongressen i allmänmedicin i Oslo 26.-29 juni somras. Värdarna som bjöd till middagen denna gången var Institutet för allmänmedicin vid Universitetet i Oslo och Norsk selskap for allmennmendisin. De var arrangörerna och de stora konstnärerna i detta sammanhang och gästerna till denna middag var kongressdeltagare från hela Norden.

Jag har varit så lycklig att få delta i alla de nordiska kongresserna hittills och varit med i att förbereda en del av dom. Alla dessa kongresser har haft sin egen sjarm och karakter, ingen har helt varit den andra lik. När man förberedde de första möten användte man sig mycket av nordiska kontaktkommittén som träffades några gånger under förberedelsefasen och fattade beslut om innehållet och vilka föreläsare skulle delta från varje land. Under

de senare åren har man kunnat bygga på tidigare erfarenhet och det nätverk av kontaktpersoner som redan har utvecklats. De allmänmedicinska institutionerna och selskaperna i de Nordiska länderna har expanderat och vill nu bli mer involverade och representerade i kongresserna än förut. Allt detta gör att det kan vara svårt att göra alla nöjda med sin roll. Den norska kongresskommittén beslöt att gå egna vägar via sina kontaktpersoner. De bestämde att man skulle nu gå djupare in i kongressens tema, "konsultationen" än man hade gjort tidigare och vilka skulle föreläsa. Jag var personligen lite skeptisk på denna metod i början, men får väl säga att resultaten av detta arrangemang blev mycket bra. På varje plats bland föreläsarna fanns experter både vad gälde innehåll och pedagogik.

Det enda som har gått lite snett var kanske antal deltagare. Enligt erfarenheter från de senaste nordiska kongresserna hade man hoppats att antal deltagare hade stabiliserat sig omkring 800 personer. Jag minns att en av de viktigaste uppgifterna för de nordiska kontaktpersonerna var att aktivera kollegor i vederbörande land och rekrytera deltagare till kongresserna. Eftersom detta nätverk inte fanns denna gången kan det vara en av många förklaringar till att vi fick inte så många deltagare som tidigare.

Men trots att konsultationen var i fokus som kongressens officiella tema fanns det ett annat tema i denna kongress

som är lika minnesrikt, nämligen konsten och kulturen i det hela. Första smaken av detta fick vi vid kongressens öppningsceremoni i Universitetets aula med underbar musik, aulans dekorationer och senare visning av Rådhuset. Ledsagarna fick också se Edwards Munchs museum och själva kongressprogrammet var fullt av konst. Där kan man bland annat nämna föreläsarna som kunde kombinera vetenskap och konst. Jag behöver inte nämna några namn eftersom då skulle det bli en lång lista och i stort sätt de flesta som finns i programboken.

Och som tidigare arrangör funderade jag över hur mycket allt detta kostade? Skulle det hela gå med förlust eftersom det såg ut som Normännen hade satsat allt de hade och hela sig själva, som Babette gjorde i sitt "gæstebud". Men när Babettes vänner bekymrade sig över att hun hade givit för mycket ifrån sig och plötsligt blivit fattig efter alla dessa utgifter i samband med middagen, svarade hon. "En stor Kunstner, Mesdames, er aldrig fattig". Det samma kan man säga för arrangörerna och deltagarna på denna kongress, utbytet blir aldrig värderat till pengar eller jordisk förmögenhet. Konstnärerna har alltid kvar sin skapande kraft och inspiration så att vi kan se framemot ytterligare aktiviteter från allmänmedicinare i Norden i den närmaste framtid.

Reykjavik, september 1991  
Jóhann Ag. Sigurdsson





MELDINGER

1

Denne anmeldelse er et resultat av brevveksling mellom Sverre Lundevall, bydelslege i Oslo og Kristoffer Lassen, medisinestudent på kull - 86 i Tromsø.

# Nå er den norske læreboka i allmennmedisin her !

Vi i Utposten vil markere denne begivenhet med bred anmeldelse av boka.

**Sverre:**

Dette er den første norske lærebok i allmennmedisin og er først og fremst beregnet på medisinske studenter. Redaksjonskomiteen er sammensatt fra de fire universitetsinstituttene som har ansvar for studentundervisningen i allmennmedisin i Norge. I utgangspunktet er jeg positiv til det samarbeidet mellom instituttene som ligger bak boken, men også skeptisk fordi bøker skrevet av mange forfattere lett kan bli preget av ujevnhet. Som lærebok for studenter vil boken måtte konkurrere med den meget gode "Textbook of Family Medicine" av Ian McWhinney. Jeg antar derfor berettigelsen av en norsk lærebok først og fremst vil være å gå grundig inn på særnorske forhold. Det er vanskelig å skrive en lærebok i allmennmedisin fordi faget er vidt og ikke veldefinert. Det er også vanskelig å anmelde en slik bok. Jeg har valgt å samarbeide med en representant for målgruppen. Gjennom vår dialog håper vi å gi et bilde av bokens innhold og komme med noen reaksjoner.

*Kjære Kristoffer: Du blir ferdig med studiet sommeren 92. Takk for at du vil hjelpe meg med dette. Hvilke forventninger har du til en lærebok i allmennmedisin?*

**Kristoffer:**

Mange. Jeg venter at den skal ta opp det spesielle ved rollen som allmennpraktiker; være første kontakt for pasienten, "fast lege", generell "troubleshooter". Hva skal ambisjo-

nene være? Hvilket nivå skal man legge seg på i "dybde og bredde"? Jeg håper den vil ta opp det medisinske spesielle utfra epidemiologi og demografi, dette med å ta standpunkter uten avansert laboratorium og billedannende hjelpemidler. Problemløsning der man ikke har all den informasjon man kan ønske seg før diagnose settes og behandling iverksettes. Hvilke krav skal oppfylles for å stille den og den diagnosen? Når kan man bruke behandling i diagnostisk øyemed, hvem kan man prøve seg fram med, hvem skal henvises videre- nå eller etterhvert? Jeg ønsker meg "indianerknep" overfor diffuse ting, psykiatri/psykologi på dette nivået, praksis for sykemeldinger, trykdepolitikk, vanedannende medikamenter på vaklende indiksjoner.

**Sverre:**

Ikke alle dine forventninger vil bli innfridd.

Redaksjonskomiteen skriver i forordet at de har valgt en tilnærming gjennom roller og funksjoner, og ikke har forsøkt å gi noen systematisk omtale av kliniske problemer. Her er ikke kapitler av typen "hodepine", "tretthet", "hypertensjon", "den gamle pasient" e.l. Du må altså dempe dine forventninger om å lære allmennmedisinsk klinikk og praktiske knep her. Redaksjonskomiteen har åpenbart også pålagt seg selv og de øvrige bidragsyterne (tilsammen 16) å gi kapitlene en enhetlig form, og å fatte seg i korthet. I forordet ytres

håpet om at boken blir vurdert ut fra kvaliteten på det som står, mer enn ut fra alt som ikke har kommet med. Jeg synes likevel vi må ha lov til å uttrykke savn der vi føler det! Ordet er først ditt:

**Kristoffer:**

Første kapittel gir en historisk oversikt og deretter en oversikt over de roller allmennpraktikeren har. Dette er i tråd med mine forventninger, jeg merket meg formuleringer som "den historiske spesialisten", "det muliges kunst", "skipper-skjønn" (kan dette egentlig læres?) "takling av hverdags-svikt og personlige problemer". Avsnittene om dette er viktige og gode. Kapittelet "Sykdomsadsferd og legesøkning" virker ordrikt, jeg leser litt utålmodig avgårde om egenomsorg og kontaktformer over flerfoldige avsnitt. Poengene som nevnes er kanskje noe unødendig blitt et helt kapittel.

**Sverre:**

Jeg synes flere av de tidlige kapitlene i boken burde brukt mer kasuistikker for å gi liv til stoffet. Det står mye om den pasientsentrerte metode i boken. Dette budskapet kunne vært styrket hvis man hadde tatt med noen kasuistikker om sykdom sett fra pasientens perspektiv (for eksempel har jo mange norske leger andre steder skrevet godt om egne opplevelser som pasient).

**Kristoffer:**

Her står mye interessant om "sykdommer og helsepro-



**T ENTEROTABLETTER 250 mg og 500 mg:**  
Hver enterotablett inneh.: Naproxen 250 mg, resp. 500 mg, const. q.s. Mavesaftresistent drasjering.

**Egenskaper:** Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Et syreressistent drasjelig 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 før 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-steroider 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 risikoer 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 perifert ødem. Enkelte tilfeller av forhøyete 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 plateagregasjonen 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 artrose 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 l: 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 begynnende 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.

blemer"! Et par temaer jeg merket meg med positivt fortegn; egendiagnostikkens gode prediktive evne, "kjennskap til sin egen praksispopulasjon ... hvorfor akkurat disse kommer til meg." "Bare 15% representerer tilstander der mangelfull diagnostikk og behandling vil få alvorlige konsekvenser." Denne virkeligheten forberedes vi i liten grad til i undervisningen.

#### Sverre:

I norsk allmennmedisin har vi lenge vært opptatt av pasient-legeforholdet og kommunikasjonen i konsultasjonen. Hva syns du om kapittelet "Allmennpraktikeren og pasienten?"

#### Kristoffer:

Flott kapittel med en liten glipp! Nytt og interessant var det å lese om "den prediktive verdi av symptomer og tegn." At "den faste legen foreskriver færre legemidler enn stadig skiftende leger." "Farene ved kontinuitet ... gir leger stor makt over pasientene." Glippen er avsnittet om kontekst, det er nødvendig intellektualisert. Forfatterne sier først "legen skal unngå språkbruk preget av latin og fremmedord." Et avsnitt nedenfor kommer følgende setning: "Konteksten stemmer spillereglene for samtalen- både hvem som gir premissene, hva som er gyldig tema, og hva kodene betyr." Den må jeg lese tre ganger for å ane hva den betyr. Men fra og med underkapittelet om non-verbal kommunikasjon er dette spennende og lærerik lesning linje for linje!

#### Sverre:

I kapitlene om "diagnostikk og behandling" savner jeg mer av det særnorske: Avsnittet om screening og case-finding kunne godt ha nevnt de viktigste sykdommene der dette har vært forsøkt i norsk helsevesen f.eks

etter krigen. (Vår nære medisinske historie er ofte den vanskeligste å få oversikt over.) Under medikamentell behandling er bivirkninger nevnt, men ikke melding til Bivirkningsnemda. Et gjennomgående problem i en lærebok vil være om man skriver hvordan ting er eller hvordan de burde være. Følgende avsnitt gir ihvertfall meg dårlig samvittighet: "Fornyng av resepter skal ikke skje automatisk og ekspedisjonspreget. Ved hver fornyng skal primærkliniker ta stilling til om behandlingen er virksom, om det finnes bedre tilnærminger, om sykdommen er under kontroll eller har gått inn i en ny fase, og om forskrivningen skal fortsette." På den annen side innser jeg at en lærebok for studenter bør holde målet klart. Kapitlene inneholder mye stoff som var ukjent for meg før jeg gikk i veiledningsgruppe i allmennmedisin. Dette at et symptom f.eks. hematuri har forskjellig betydning etter hvilken populasjon man arbeider i, ga meg i sin tid en aha-opplevelse. Men dere som studerer idag får vel høre dette mange ganger i undervisningen?

#### Kristoffer:

At prediktiv evne er avhengig av prevalens er gjennomgått i undervisningen om de statistiske forhold rundt en test. Dette er et område hvor jeg tror vi er temmelig godt drillet. Her i boken er testers egenskaper greit gjennomgått og forklart. Nødvendig og tilstrekkelig stramt lagt opp, så man holder grepet i tråden. Hva betyr forresten "klinisk algoritme"? Jeg spurte kullet i plenum og ingen kunne si at de visste det. Hva er Ulysses-syndromet? Slike ting kan man selvsagt slå opp men det er litt forstyrrende og unødvendig i en ny norsk lærebok. det er spennende å lese om samtale som behandling, men

jeg tror det ville gjort seg med flere eksempler eller kasuistikker i kapitlene om diagnostikk og behandling. Forebyggende helsearbeid har jeg hatt svært mye undervisning om og var forutinntatt. Jeg ventet meg et nyttig men kjedelig kapittel og det holdt stikk! Jeg syns det preges av masse prat. Enkle, nesten selvsagt ting løstes opp fra overflaten og blir uklare og svevende. For meg virker det som forfatterne ikke vet hvilken linje de skal legge seg på, mellom praktisk prosedyrebok og rent intellektuell beskrivelse av det som foregår i en allmennpraktikers hverdag. For eksempel er det i avsnittet "medisinske årsaker til læringsvansker" en liste, som ser ut som en praktisk differensialdiagnostisk gjennomgang som man kunne vente i en bruksbok, men dette synes ikke å være intensjonen i resten av kapitlet.

#### Sverre:

Pussig. Jeg synes dette om forebyggende helsearbeid var en positiv overraskelse! Det er godt skrevet, har skarpe formuleringer, gode kasuistikker, og gir praktisk veiledning også til den erfarne allmennpraktiker som skal gå fra sitt kurative arbeid og ha svangerskapskontroll, helsestasjonsvirksomhet eller skolehelsetjeneste! Det neste kapitlet omm allmennpraktikeren og folketrygden er også velskrevet og har levende og troverdige eksempler. Temaet er blitt debattert mye i det siste. I denne debatten har det vært vanskelig å få oversikt over hva som øker og hva som ikke øker over hvilke tidsrom når det gjelder korttids- og langtidsfavær pga sykdom. derfor hadde jeg ønsket å få noe mer informasjon om dette enn denne ene setning: "tallet på sykepenges pr. årsverk økte med 30,5%

fra 1980 til 1988". Jeg syns også det hadde vært naturlig å gi plass til Tellnes et funn at allmennpraktikere er ansvarlig for 81% av første-gangs-sykemeldingene, mens sykehuslegene er ansvarlige for bare 13%. Dette ville plassert allmennmedisinen enda tydeligere i bildet her. Et par tabeller om prosentfordeling av diagnoser og aldersgrupper hos langtidssyke-meldte operer helt unødvendig to desimaler, slik at budskapet forvansktes. "Den medisinske diagnosen er den legitime inngangsbilletten til utbetalingssystemet" sies det om de langtidssykemeldte. Sant nok. Men jeg skulle ønske at en medisinsk lærebok holdt fast på det medisinske perspektivet ved sykemeldingen: Å frita pasienten fra arbeidsplikten (som det også fremgår tidligere i kapitlet). Utbetalingerne er sekundære til dette.

#### Kristoffer:

Jeg synes innledningen til kapittelet om folketrygden er god. Den gir en grei oversikt som var savnet fra undervisningen og fra Hanoas bok. Jeg merket meg et viktig avsnitt om svangerskap og sykemelding, et spørsmål som har frustrert oss endel grunnet forskjellene i tori og praksis. Men jeg hadde ønsket meg mer utførlig behandling dette med arbeidsløshet skjult i uføretrygdene, og i det hele tatt legens dilemma mellom å være pasientens advokat og forvalter av trygdemidlene. Hva slags moral kan man tillate seg å praktisere her?

#### Sverre:

Da er vi tilbake igjen ved spørsmålet om hvordan læreboken håndterer forskjellen mellom liv og lære, jeg skjønner godt at særlig når man er student må det være frustrerende å lese eller få seg forelest hvordan ting burde være og deretter kom-

me i praksis og se noe helt annet. I en bok som denne vil "livet" være representert ved gode eksempler og kasuistikker, og disse er ujevnt representert i kapitlene her.

#### Kristoffer:

"Epikrisen skal være henvissende lege i hende innen to uker etter utskrivning." Jeg kan ikke tenke meg en eneste rimelig grunn til å ta med denne utopi i noe annet skrift enn "Instruks og oppstramming av slappe turnuskandidater" e.l. Kapitlet om allmennpraktikeren og helse- og sosialtjenesten har en bra innledning med endel ukjent stoff om en tildels kjent "jungel". Men man kunne vel utdypet litt hva de ulike instanser står for, hva de kan bidra med rent praktisk. Er det noen saker som administrativt/juridisk etc. skal gjennom faste instanser? Samarbeidet med andrelinjetjenesten er tung lesning siden alt er listet opp, det får litt telefonkatalogpreg. Så kommer avsnittet om henvisninger og "bruk A4-ark." Da begynner jeg igjen å lure på hva slags bok dette egentlig er? Dette avsnittet er jo helt igjennom detaljert, prosedyrebok-preget, og henger dårlig sammen med tidligere kapitler der spennende og viktige ting kun er overfladisk behandlet eller utelatt.

#### Sverre:

Jeg tror en lærebok i allmennmedisin MÅ være litt prosedyrebok og litt ideologisk bok, det er vanskelig å få til balansen, og jeg er enig at det kan bli litt forvirrende her, men dette har ikke plaget meg som leser. På dette punkt fungerer kanskje boken forskjellig for studenter og leger med erfaring. Jeg satte faktisk særlig pris på oversikten over hvordan en henvisning til spesialist/sykehus skal være bygget opp. Jeg kan bruke den når vi i eterutdanningsgruppen min skal

kvalitetsvurdere våre egne henvisninger! Praksisorganisering omtales nøkternt og kortfattet men likevel innholdsrikt. Forfatterne pirket borti flere av mine ømme tær såsom kontorets akuttberedskap inkludert øvelser, og dette med hvordan hver lege i en gruppepraksis skal kunne greie å holde fast på sin egen praksispopulasjon. Når det gjelder standardprøver på laboratoriet i et legekontor, stusser jeg ved at de har med mikroskopi av avføring, det har jeg aldri gjort. Og jeg savner nok CRP på denne listen. Kapitlet henviser forøvrig våkent til den boken som utkom omtrent samtidig med den foreliggende, nemlig "Å drive praksis", redigert av magne Nylenna.

#### Kristoffer:

Når det gjelder medisinsk etikk synes jeg dette er oversiktlig og greit behandlet. Jeg stiller meg spørrende til det bilde som gis av abortsøknadssituasjonen rett før lovendringen. Var ikke avslagsprosenten i visse nemder, for visse grupper, nokså høy? Det er ikke så mye nytt stoff i dette kapitlet, men man finner vel aldri fasitsvar her, og trenger nye innspill og syn på problemene.

#### Sverre:

For meg ble avslutningskapitlet om medisinsk etikk bokens mest spennende. Her er mange gode kliniske eksempler på etiske dilemmaer. Jeg kjenner godt igjen spørsmålet om hva legen gjør når han kommer hjem til en skitten forkommen enslig gammel mann som sitter inkontinent i en kald og rotete leilighet og ikke vil ha innblanding i livet sitt, men ikke er dement eller psykotisk. Under diskusjonen om taushetsplikt hadde jeg ønsket litt nærmere drøftelse av forholdene i en gruppepraksis. Men i et kortfattet kapittel kan ikke alle ting

drøftes. Jeg setter stor pris på at forfatterne tar klare standpunkter, som for eksempel: Selv vil vi mene at det er tilfeller der også aktiv hjelp til selvmord kan forsvares" (De aktuelle pasient lider av en progressiv nevrologisk sykdom, sitter i rullestol og er redd for å bli avhengig av andre, og ber om å utskrevet så mange medisiner at hun selv "kan bli herre over sitt eget liv og sin egen død." Her er stoff til viktige diskusjoner både blant studenter og i legegrupper!

#### Kristoffer:

Nå har vi sagt mye om innholdet. Når det gjelder formen liker jeg ikke rammen med "læringsmål" og "problemene" som går igjen i alle kapitlene. Det har noe å gjøre med å føle seg umyndiggjort, belært.

#### Sverre:

Illustrasjonene morsomme og gode, men vi har begge funnet at endel av figurene og tabellene ikke fungerer like godt. Noe synes overflødige, andre har små feil og mangler. Hva vil du si til slutt om denne første norske læreboken i allmennmedisin? Hvordan vil den fungere i forhold til målgruppe?

#### Kristoffer:

Mine medstudenter har jo begynt å spørre om dette er noe de bør kjøpe, er den god? Er den nyttig? Er det noe vi har bruk for? Jeg greier ikke gi noe kort svar på dette. Jeg synes den utdyper og nanserer mitt uerfarne syn på denne sektoren. Den gir et nytt syn på primærlegen som noe mer enn "han som aldri fikk jobb på sykehus eller aldri ble spesialist". Den gir et bilde av hvilke forhold man arbeider under, uten å være en lærebok i klassisk forstand. Jeg synes den bærer preg av å være bind I. Den står ikke helt støtt alene uten en tett kobling til klinikken.

Boken kunne være dobbelt så tykk og dobbelt så god om den var en fullstendig lærebok!

#### Sverre:

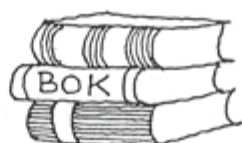
Enig. Jeg synes redaksjonskomiteen har gitt seg selv litt for trange rammer. Hvis jeg måtte velge, ville jeg foretrukket McWhinneys lærebok som er hundre sider lengre, og også har et mer helstøpt preg. Jeg tror likevel denne norske læreboken med alt det den inneholder, vil bli foretrukket av mange studenter og inspirere nye unge kolleger til å velge nettopp allmennmedisin!

#### Stud. med.

Kristoffer Lassen  
Jonas Liesgt. 29,  
9000 Tromsø

#### Bydelslege

Sverre Lundevall  
Torshov helsesenter  
Sandakerveien 59,  
0477 Oslo 4



MELDINGER

## 2

Endelig har den sett dagens lys, læreboka i allmennmedisin. Den har vært lenge ettertraktet. Mange av oss som har hatt tilholdssted i primærhelsetjenesten har savnet en slik bok. Gjennom de siste 20 år har det vært en rivende utvikling for norsk allmennmedisin, det er opprettet allmennmedisinske institutter ved alle de medisinske fakulteter. Det har vokst fram et sterkt ønske fra en del av oss om at de allmennmedisinske prinsipper og ideer skulle i høyere grad enn nå gjennomsyre hele den medisinske utdanning. Det var derfor på høy tid at vi fikk en slik bok som samler den viktigste av allmennmedisinsk strategi og behandlingsprinsipper sett i forhold til norsk hverdag. Bokas forfattere representerer alle de vesentligste miljøer innen allmennmedisin i vårt land og må regnes som tungvektene

innen sine områder. Heldigvis har de ikke falt for fristelsen til å gå inn i alle de kliniske problemstillinger som man støter på i allmennpraksis, men konsentrert seg om prinsipper og holdninger.

Allmennmedisin er ikke å være minispesialist på en rekke områder, men det er en måte å forholde seg til pasienter og problemstillinger på som er vesensforskjellig fra sykehusmedisinen. Denne boka demonstrerer dette på en utmerket måte.

Boka preges imidlertid av at det er flere forfattere og det er en del overlapping, særlig hva gjelder lege-pasientforholdet. Kapittelet om forebygging er strengt begrenset til den rendyrkede allmennpraksis, jeg kunne kanskje ha ønsket meg en noe mer samfunnsmedisinsk vinkling på denne problemstillingen i til-

legg til det som står der. Det er tross alt en stor del av norske allmennmedisinere som i allefall bør forholde seg til forebygging og helsefremming i et noe videre perspektiv.

Kapittelinnledning og layout er god. Alle kapitler starter med læringsmål og avslutter med referanser og problemstillinger. Det er meget nyttig og gjør boken meget leselig. Illustrasjonene er prikken over i-en og gir boken et tiltalende helhetsinntrykk.

Jeg håper at denne boka blir til nytte og glede både for studenter og lærere i tida som kommer. Veiledningsgrupper i allmennmedisin vil også utvilsomt ha en god del å hente her.

**Kommunelege  
Beate Lupton,  
Boks 280, 9901 Båtsfjord** □

Nytt fra

## NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

**Nidaros-kongressen 1991.** Denne er rett rundt hjørnet. Lokale arrangører melder om stor interesse og om mange påmeldte. NSAM har ansvar for forskningsdagen. Midtveis denne uka blir det årsmøte med valg av nye medlemmer til styret. Samme dag blir det fest med utdeling av årets priser.

**Internasjonalt samarbeid.** NSAM ønsker å satse på utvikling av internasjonalt samarbeid i året som kommer. Det er spesielt spennende å se på muligheter for samarbeid med land i Øst-Europa. Styret er interessert i kontakt med kolleger som ønsker utveksling av praksisbesøk Norge/Frankrike.

Generalsekretæren i den tsjekkosllovakiske allmennpraktikerforeningen, Vaclav Benes, kommer som hedersgjest til Nidaroskongressen. I foreløpige kontakter har han sagt at han kan medvirke til at det blir etablert en utvekslingsordning også med Tsjekkosllovakia. Dette gjelder praksisbesøk der man sitter som flue på veggen. Det forutsetter ikke språkferdigheter. Den som ønsker nærmere opplysninger kan ta kontakt med NSAMs leder Ola Lilleholt.

NSAM har også fått forespørsel om å formidle ønske fra Ungarns innenriksminister om litteratur. De ønsker tilgang på bøker eller tidsskrifter om allmenn-

medisin. Folk som har noe å sende eller gode ideer på formidling av slikt materiale bes ta kontakt med Ola Lilleholt.

**Lægedage 91 i København.** Dansk selskap for almenmedisin (DSAM) sammen med Praktiserende Lægers Organisation arrangerer 11-16 november 1991 Lægedage i København. Interesserte kan ta NSAMs sekretariat.

**Woncakongress i Vancouver 9-14 mai 1992.** Det er nå kommet invitasjon til Woncas neste verdenskongress. Hovedemnet er: *Family medicine in the 21st century*. Hovedforelesningene vil være: *1992 status av verdens helse. Strategier for*

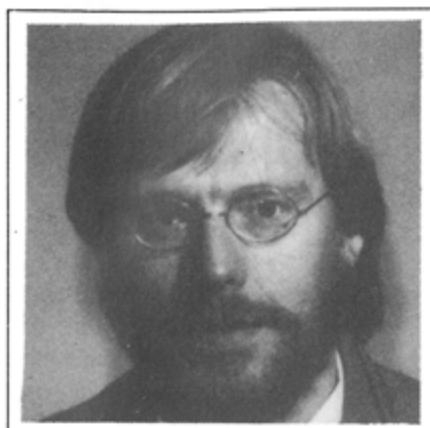
*endringer. Hvordan kan vi bidra til den politiske vilje som er nødvendig for å møte de kommende utfordringer.* Det planlegges en fellestur i regi av Lysaker reisebyrå. (APLF og NSAM i samarbeid) Interesserte kan ta kontakt med NSAMs sekretariat eller direkte med Lysaker reisebyrå.

Vi kommer tilbake med nytt NSAM stoff etter årsmøtet i Trondheim. Utpostens medlemmer utfordres til å melde seg inn i NSAM dersom de ikke er medlemmer.

**Gunn Aadland** □

# Roller og status på godt og vondt!

## Helsesjefen - kommunelegen - legen - og "jeg"



*Ole Jøssang er utdannet i Bergen/Trondheim. Turnustjeneste i Haugesund og Rennesøy. Han har tatt siviltenesten i Loppa. Etterpå startet han opp som distriktlege på Rennesøy. Fra 1982 kommunelegelshelsesjef samme sted. Han er aktiv i den lokale legeforening. Har en lang periode vært tillitsvalgt for OLL. Nå er han medlem i Styret for Rogaland legeforening. Han har familie og er aktiv i lokal-miljøet på Rennesøy.*

### Av Ole Jøssang

Etter snart ti år som primærlege i en liten kommune, er det naturlig å reflektere litt om sitt eget ståsted.

Jeg hører til de av oss som har gjennomlevd alle reformene innen primærhelsetjenesten de siste ti år, og alle disse årene har jeg vært trofast på post i samme kommune.

Rammen rundt ståstedet er Rennesøy kommune, en liten øy-kommune på sørvestlandet, 2600 innbyggere, en times ferge-reis fra Stavanger.

Helse og sosialtjenesten har etter som reformene kom, blitt formet på en måte som ville tilfredsstille de fleste kollegaer med litt sans for styre og stell: Helse- og sosialsektoren er organisert etter en tredeling med egen etat for helse, sosial og pleie og omsorg, men helsesjefen har "et spesielt samordningsansvar m.o.t. planlegging og samla ressursbruk for sektoren". Dermed blir det ingen strid om begrepet medisinsk faglig ansvarlig eller medisinsk faglig rådgiver.

Vi er også dermed velsignet med en organisasjonsmodell uten egen boks for helse- og sosialsjef.

Min posisjon blir derfor naturlig nok et konglomerat av forskjellige roller. Og til tider kan forvirringen bli stor. Det kan derfor være nyttig med et forsøk på en analyse av de forskjellige roller en har, og hvordan disse virker inn på hverandre og på en selv.

I "Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten" av sosiologen Cato Wadel, har jeg funnet et par begreper som har vært nyttige i forsøket på å finne frem i denne rolle-jungelen. Han skiller mellom begrepene "status" og "rolle".

Status er den posisjon som omgivelsene forventer eller oppfatter du skal ha, og rolle er hvordan du takler den status du er i.

Dersom en bruker disse begrepene på den stillingen jeg har, vil en kunne ramse opp en rekke statuser. De viktigste er:

### ● Som samfunnsmedisiner:

- Administrator (ledelse/samarbeid, budsjett og planarbeid)
- Miljørettet helsevern (omgivelseshygiene, sosiale miljøfaktorer, ernæringsarbeid og helsemessig beredskap)
- Forebyggende medisin (helsestasjonsarbeid, skolehelsetjeneste, helseopplysning, klinisk sosialmedisin - forebygge rusmisbruk o.l. og ulykker)
- Statistikk og epidemiologi (en skal jo ikke bare "synse" nå lenger).

### ● Som allmennmedisiner:

- Vanlig "doktor" (alle typer henvendelser på et legekontor)
- Legevaktslege (fra bagateller til akuttmedisin)
- Huslegen ("KOPF" - på godt og vondt)
- Spesielle grupper (eldreomsorg, psykisk helsevern og PU)

Jeg har i følgende skjema satt opp noen av disse statusene og deretter vurdert hvordan jeg tror jeg takler dette, d.v.s. hvordan jeg "spiller" rollen i den enkelte status.

Deretter har jeg valgt ut noen variable som beskriver effekten av dette:



Illustrasjon: Eldbjørg Ribe

STATUS	Gjennomslag	For alle	"Salgbart"
Administrativt	+++	-	-
Miljørettet	++	++	+
Nødhjelpslegen	+++	+++	+++
Huslegen	+++	+++	+++

## Begrepsforklaringer:

**Gjennomslag:** hvor lett eller vanskelig en klarer å få saker igjennom.

**For alle:** hvor betydningsfull denne status er for folk flest, les: hvor avhengige de er av denne.

**"Salgbart":** det som folk flest aksepterer, vil ha.

Ut fra dette oppsettet vil jeg komme med følgende påstander:



1) Rollen en spiller i den ene status vil påvirke effekten av en annen status.

Min erfaring er at det er lettere å få gjennomslag i administrative budsjett-saker, dersom en har spilt rollen som nødhjelps- og huslege på en "salgbar" måte.

Ut fra tabellen ser en at administrative saker er satt opp med et minus under "salgbarhet", men det er alle plussene i status som nødhjelps- og huslege som gir gjennomslaget.

Videre vil det nok være tyngre å få gjennomslag for administrative saker, dersom en har fått dårlig status som nødhjelps- eller huslege.

2) Dess mer allmenngyldig status er (her: "for alle"), dess viktigere er det at denne status blir gjort "salgbar".

Tilgjengeligheten på legekantoret kan vi bruke som eksempel her. De aller fleste innbyggerne i en kommune har erfaring på dette med tilgjengeligheten på et legekantor, og en rekke undersøkelser viser at tilfredsheten stiger med god tilgjengelighet.

Jeg tror det nytter lite med en objektivt optimal høy faglig standard, dersom dette går mye på bekostning av at tjene-sten totalt sett er lite salgbar p.g.a. for dårlig tilgjengelighet.

Er det kanskje slik at for å oppnå god effekt av diagnose og behandling som allmennlege, er vi avhengig av å få den tilliten i befolkningen der tilgjengeligheten en en av de viktigste midler?

Så en advarsel til oss alle:

Det er fullt mulig å utnytte disse rollene rent taktisk i de forskjellige typer status, for å oppnå resultater på ulike nivåer:

- For det en mener er god helsepolitikk ("helse-idealisten")
- For å oppnå større innflytelse og makt ("helse-herskeren" eller maktelskeren")
- For ren fagforeningspolitikk ("fagforenings-pampen").

For meg har det vært nyttig med en slik enkel analyse, og jeg har i flere situasjoner måttet ransake meg selv:

Har jeg nå vært ærlig mot faget og meg selv, eller har jeg brukt de taktiske mulighetene de forskjellige typer status jeg har hatt, for å oppnå saker som jeg ellers ikke ville ha oppnådd?

Min konklusjon er at her ligger det store utfordringer til oss leger, mest synlig blir dette i små kommuner der en ofte har tillagt flere roller i en og samme person. Men jeg er overbevist om at mange av disse forholdene også vil være gyldige for oss leger som profesjon, selv om en ikke alltid har så mange roller knyttet til en og samme person.

Balansegangen i hvordan vi håndterer de forskjellige roller og status. At vi bruker dette på en ryddig og redelig måte, vil etter min oppfatning være svært viktig for oss som yrkesgruppe i tiden som kommer. Og det viktigste er at en er seg disse forhold bevisst.

Avslutningsvis må jeg komme med et hjertesukk: Hvor blir det så av den personlige integritet hos meg selv som skal spille roller i alle disse statusene. Det er vanskelig nok å holde tunga beint i munnen innen rammen av de profesjonelle statuser, men jeg skal jo også være et almindelig menneske, med private interesser, familie og venner. På et lite, gjennomskiktig og oversiktlig sted blir det på en måte ikke plass til den personlige status.

Det er etter min, og sikkert mange andres erfaring ikke så mange i lokalmiljøet som er så intressert i denne personlige delen av arbeidet. Du har legestatus, og da helst som "huslege - med KOPF" enten du er på butikken, fergen eller er på joggetur.

Kommunelege  
Ole Jøssang  
4150 Rennesøy.



# Enquete

Tekst og fotos: Berit Olsen

**Leger mot atomvåpen hadde verdenskongress i Stockholm i tida 27. - 30. juni 1991. Vi stilte noen av de norske deltagerne følgende spørsmål: *Hva har du lært på denne kongressen som har rystet deg / uroet deg mest, - eller gjort deg mest forbanna?***



**STEINAR AASEN - journalist i Tidsskriftet:**

- At 170 000 irakiske barn i aldersgruppen 0-5 år vil dø i løpet av et år dersom sanksjonene mot Irak opprettholdes. Harvard-gruppens rapport om ettervirkningene av krigen er rystende.



**HERMANN NIELSEN - tidligere næringsdrivende, nå pensjonist og fredsaktivist:**

- Det som har rystet meg mest er vitneprovet fra den amerikanske kvinnen Claudia Peterson, som bodde i vindretningen fra prøvelfeltet for atomvåpen i Nevada, og som har mistet så mange i sin nære familie pga. kreft.

- Det som har gjort meg mest forbanna, er at myndighetene i atomvåpenstatene prøvesprenger atomvåpen ikke bare for å teste og utvikle nye atomvåpen, men også for å teste ut hvordan strålingen påvirker mennesker, og mot bedre vitende forteller folk som bor i vindretningen fra prøvelfeltene at de ikke er utsatt for noen som helst fare.



**HEGE RAASTAD - studentrepresentant:**

- Personlige skildringer fra forholdene i Irak etter krigen, prøvesprengningsområdene i Utah, student-prosjektene i Baltic Bicycle Ride -90 og arbeid i flyktningeleire i Zimbabwe gjør sterkt inntrykk. Det tar sin tid å "rydde opp" i alle inntrykkene etter sånne intense kongressdager. Det viktigste er å omgjøre følelser av forbannelse og fortvilelse til *offensive* krefter. Men det er lett å bli motløs.....



**ANE HOEL - skuespiller:**

- Hvordan det er å leve som "downwinder" i nedfallet fra de store prøvesprengningsområdene i Nevada, Semipalatinsk, og kanskje først og fremst i fransk Polynesia der kjernefysisk/militarisert økonomi har ruinert den sivile økonomiens bæreevne. Dette er helt spesielt brukt som virkemiddel blant etniske minoriteter og andre dårlig organiserte folkegrupper. Likheter med økonomien i de såkalte militærkommunene i Troms er slående.

Ellers var rapportene fra de helseteamene som hadde vært inne i ruinene av den "vellykkede" Gulfkrigen svært rystende. Vesten/seierherrene jubler/toer sine hender over at nærmest en hel generasjon barn nå sultes langsomt til døde. Lærdom: Det er arbeidstid, og vi må ikke vente på morgenens komme for å tro på lyset.....(Bernhard Lown).

⇒

# Living downwind

**Claudia Peterson:**

Today I would like to talk to you about the children. The six year old girl who fought two types of cancer in her short life. The six children ages 9 months to 14 years who lost their 37 year old mother to melanoma, at a time in their life when they need her the most. The three boys aged 8-15 who lost their father to lung cancer when he was only 51 years old, after working in the uranium mines in Southern Utah.

All before their time. All victims of the nuclear age and all someone that I love. The young girl who sat in school and watched men come to class with geiger counters. When the geiger counter went off the men told her it was from dental x-rays. She watched as they passed out brown pills as the children left from school each day. This young girl is me. The mother of the six year old who died from leukemia is me. The sister of the 37 year old mother of 6 who died from melanoma is me. My husband is one of those boys whose father died from the uranium mines.



I grew up believing I was one of the luckiest people alive. I grew up in the most beautiful place on earth, Southern Utah. We grew up counting our blessings, loving our fellowman and families. We were raised to be proud to be Americans. We loved our country and what we thought it stood for.

But this beautiful area is also one of the spots on earth that my government chose to violate by testing nuclear weapons. I have spent my entire life under the cloud of fallout. Living approximately 90 miles from the test site. The US Government has tested close to 1000 bombs on this area of land. As documents now prove, the US Government made a conscious decision to disregard the environ-

mental hazards and health risks to all people living in the downwind pattern of the killer bombs. They spent millions of dollars telling us we were safe. In leaflets, films and lectures The Atomic Energy Commission officials maintained that while radiation from an atomic explosion could be harmful, even fatal, the levels we were exposed to posed no danger. So for most of our townspeople the explosions were simply a spectacular show. Some even took picnics to watch these events.

Unknowing we ate contaminated vegetables from our gardens, contaminated fruit from the trees, drank contaminated milk from cows that had grazed on contaminated feed. And we let our children

play out in the wind and dust that carried the killer components.

In 1953 several thousand sheep died mysteriously. Several ranchers sued the Atomic Energy Commission but lost, as doctors, it has now been proven, lied and fabricated evidence to support the AEC claims that the sheep died of unnaturally cold weather and malnutrition.

As a young girl I had classmates die from leukemias and bone cancers. Friends whose parents died of various cancers. Neighbours and friends died from cancers. My father died of a stroke after having a brain tumor removed. 6 days ago I sat with a 36 year old neighbour while he died of melanoma, leaving behind a wife and two small boys. Many people suffer from thyroid disorders.

Prior to the testing, cancer rates in our area were 25 % lower than the national average. But between 1957 - 1974 the cases of acute leukemias in our area rose to many times the national average and statistics from other cancers were also higher.

As many of us, were I naive, I was uninformed, I thought I was not directly affected or that I would not be affected. All that changed in November 1984 when my 3 year old daughter was diagnosed with stage 4 neuroblastoma. A cancer that she was for all

practical purposes born with. For 2 years our lives were consumed by the fight to keep Bethany alive. Every 3 weeks we travel 600 miles to the Childrens Hospital for Chemotherapy. Also for seven weeks she received radiation treatment. 600 mile trips and nine hours of surgery was performed on her small body. After 2 years she was off treatment and thriving again.

I also began to ask why. The answers kept coming back the same. "The testing".

In September of 1987 I attended the first Global Conference for Radiation Victims in New York. What an experience. People from all over the world who were suffering and had seen first hand the effects of nuclear radiation. Lots of comparing notes. Friendship were formed and strategies discussed. But for me it was a time to make a commitment to fighting the injustice that was in my own community and all around the world.

As I got home from New York however things were not well at home. My sisters melanoma had taken over her body. She was in and out of the hospital, trying to stay alive for her 6 children. Several weeks later, on October 28th, we were shocked to find that our daughter Bethany now had acute monoblastic leukemia. On the next day, October 29th, my sister Cathy died.

Can you imagine horror of telling a six year old child of how her aunt has died of cancer, now she has cancer again and has to face chemotherapy again. Bethany's concern was that we would be sad if she died also. We told her she would be ok. We would fight it together.

Well we were wrong. Everything was not okay. One month after my sister died, our precious Bethany died.

Bethany was only a child. But she was my child whom I loved more than life itself. I share my story with you today to let you know the fight can't stop. She need not have died in vain. Through me, through each of you, continued testing can be stopped.

Those who have already died before us can speak through us, and by us demand an end to the pain and sorrow and the inhumane destruction of lives.

The pain, suffering, and deaths are not just a case of what has already happened, but what is happening now and will continue to occur for many, many years into our futures as a result of the testing that has already taken place.

They continue to test at the Nevada Test site as we speak. They are still venting into the atmosphere, sometimes they can control which way it goes. (This they call a con-

trolled release). Waiting until the wind is blowing over my home. Our homes. We are all downwinders. Not just those of us living downwind from the Nevada Test site, or downwind of the Soviet testing, of the French Mururo testing ground, but all of us are downwind to a certain degree.

The DOE continues to tell us we are safe, as they have done from the very beginning of testing. We are not safe, nor will we be safe until *all* nuclear testing is stopped.

The second Annual radiation Victims Conference has been scheduled for april of 1992 in Berlin. With your help and support let's put an end to the word victims and begin to shape our own destinies, and the positive future for our children and our childrens children.

# Rapport fra svensk allmennmedisin

Av Anne Hensrud

Svensk forening for allmennmedisin (SFAM) arrangerte, sammen med Distriktslegeforbundet, sitt tradisjonelle vårmøte i Karlskrona i Blekinge len. Ca. 340 av Sveriges 2500 distriktsleger var samlet til et 3 dagers faglig program siste uka i april. Det var et yrende liv i Karlskronas tennishall, hvor legemiddelindustrien var gitt en fremtredende plass med sine stands. Beskrivelsen "persisk marked" er nærliggende å bruke. De mange posters som var laget for anledningen, druknet dessverre noe i dette kommersielle innslaget. Ellers var det faglige programmet interessant sett med en norsk allmennpraktikers øyne. Temaene som ble tatt opp til diskusjon var mye de samme som de som er aktuelle og brennbare i norsk allmennmedisin. Som utsending fra Norsk selskap for allmennmedisin og eneste norske blant 340 svenske, 1 finsk, 1 dansk og 2 litauiske kollegaer, var det et privilegium å få være en anonym observatør og lytter.

## Forskning i regionens utkanter.

Også i Sverige er det diskusjon om hvordan man best kan utnytte de økonomiske - og personellressurser som allerede finnes, og hvordan man også kan få økt ressurstilgang til allmennmedisinsk forskning. I Sverige finnes det 6 professorater i allmennmedisin, som sannsynligvis snart økes til 8. 40 leger har tatt sin doktorgrad i allmennmedisin, og ca. 60 arbeider mot en grad. Det blir derfor relativt få kompetente veiledere å fordele den arbeidsbyrden det er å veilede mange doktorander. Til en viss grad nyttes også veiledere utenfor det allmennmedisinske miljøet.

Lenet (=fylket) har et arbeidsgiveransvar ovenfor distriktslegene og for sykehusansatte. Det er opprettet FoU-

enheter (forskning og utvikling) på Landstingsnivå som bl.a. skal stimulere forskning ute i distriktene. De er økonomisk ansvarlig for lønn under forskningspermisjoner for distriktsleger, og noen len har også ansatt forskningsveiledere knyttet opp til de allmennmedisinske institutter.

Aktuelle tema som ble tatt opp:

- er den virksomhet som drives ute blant distriktslegene forskbar og i tilfelle hvordan?
- hvordan kan man løsrive seg fra den spesialiserte medisins forsknings-tradisjoner?
- hvordan kan man best desentralisere forskningsvirksomheten?

Forskning i svensk allmennmedisin synes i hovedsak å dreie seg om kliniske problemstillinger i allmennmedisin, mindre omkring det særegne ved allmennmedisin, f. eks. konsultasjonen, kommunikasjon etc. som bl.a. danskene forsker mye på.

## Klinisk legemiddelutprøving

Det ble hevdet med styrke at det er viktig at et legemiddel undergår prøvinger der pasienten som skal ha legemiddelet finnes - dvs. at svenske allmennleger bør engasjere seg aktivt i klinisk legemiddelutprøving til beste for egne pasienter. Det er viktig at distriktslegene ikke reduseres til en leverandør av pasienter til slike utprøvinger, men går aktivt inn fra starten av. Dette innebærer at man kommer inn fra selve planleggingen av et studie og helt til bearbeiding og utskrivning av materialet. Å unngå og engasjere seg i ikke-seriøse "forskningsprosjekter" initiert av legemiddelindustrien som en måte å markedsføre et bestemt legemiddel, ble sterkt understreket.

Det ble videre tatt til orde for at man i FASS (den svenske "felleskatalogen") bør få inn et punkt under hvert

legemiddel hvor det går fram på hvilke grupper (alder, kjønn, eksklusjonskriterier etc) legemiddelet er utprøvd på.

## Forebygging av hjertesykdom - en utfordring for primærhelsetjenesten

Her hadde svenskene hentet inn professor Russel Luepker fra School of Public Health, Minneapolis. Hverken han, eller diskusjonen som fulgte etter, hadde mye nytt å tilføre vår hjemlige diskusjon over samme tema. Ordet kolesterol får alltid temperaturen opp i en forsamling, men konklusjonene blir at det er livsstilsendringene som er og blir det viktigste for å redusere forekomst av coronar sykdom. Medikamentell reduksjon av kolesterol er bare indisert i unntakstilfeller ved en populasjonstilnærming til problemet. - At eksposisjon for kulde

● lle øke risikoen for coronar sykdom, ble satt fram som en hypotese av en distriktslege under poster sesjonen. Kanskje er dette en av grunnene til Sveriges avfolkning av sine nordområder.....

## Ny organisering av svensk primærhelsetjeneste

I Sverige ligger ansvaret både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på det enkelte fylke (=len). Gjennom lang tid har den overordnede svenske politikk vært å styrke primærhelsetjenesten. Dette har ikke skjedd i det praktiske liv, snarere tvert i mot. Det har skjedd en sterk dreining mot prioritering av sykehustjenester i løpet av 80-årene, som det enkelte len delvis har skylden for. Sverige har en dyr helsetjeneste (9 % av BNP), og primærhelsetjenesten svarer bare for ca. 10 % av totalutgiftene. I OECD-landene er de tilsvarende gjennomsnittstall 7,3 % av BNP og 20 %. I tillegg er det en stor mangel på distriktsleger/-stillinger. I dag er det ca. 1 distriktslege pr. 4000 innbyggere, sammenlignet med Danmark hvor tilsvarende tall er 1 pr. 1700. På grunn av denne mangelen på allmennleger har man fått mange stillingshjemler for ikke-medisinere ved "vårdsentralene" (sykepleiere, hjelpepleiere, kontorpersonale). I dag er det i gjennomsnitt ansatt 7 ikke-medisinere for hver lege ute på legestasjonene!

Med bakgrunn i denne utviklingen, har både Riksdagen og Sveriges Läkareförbund framlagt hver sine rapporter (ideskisser for styrking av den framti-

dige allmennlegetjenesten i Sverige. *Riksdagens rapport* konkluderer med at:

● den enkelte kommune bør få ansvaret for primærhelsetjenesten, og i sin ytterste konsekvens bør primærkommunen disponere de økonomiske ressurser både for den tjenesten de selv kan tilby, men også for å kjøpe sykehustjenester for den enkelte pasient der hvor man finner dette mest hensiktsmessig.

● personellet i primærhelsetjenesten bør i hovedsak utgjøres av distriktsleger og distriktssykepleiere, dvs. at man ønsker å avskaffe annet hjelpepersonell på legesentralene.

● man ønsker å innføre et "huslegesystem" hvor det blir en fast tilknytning mellom den enkelte lege og pasient. Man finner det rimelig med 1 lege pr. 2000 innbyggere i et slikt system.

For å få til en slik styrking av primærhelsetjenesten er det nødvendig at man tar ressurser fra sykehushelsetjenesten og overfører til primærhelsetjenesten. Dette vil igjen medføre at en stor del sykehusleger blir arbeidsledige, men de er tenkt nyttet i den legeopprusting som skal skje ute i kommunene. Staten må være den overordnede styrings- og kontrollinstans for å få til en slik dramatisk omfordeling av midlene innen svensk helsetjeneste.

*Sveriges läkarförbunds ideskisse* - en ideskisse om et huslegesystem, den såkalte PIFF-rapporten, tar også for seg problemene og manglene i dagens primærhelsetjeneste. De overordnede mål for primærhelsetjenesten summeres opp til:

- Å garantere alle en god helsetjeneste.
- At alle har rett til en egen allmennlege, s.k. "huslege".
- Den selvstendige allmennlege utgjør grunnen, dvs. han skal være spesialist i allmennmedisin.
- Allmennlegen betales i hovedsak per caput, dvs. fast beløp pr. person på lista. Dette beløpet tenkes å utgjøre ca. 70 % av brutto inntekt. Pasientens egenbetaling utgjør ca. 10 % og trygdesystemets utbetaling ca. 20 %.
- Svenskene må få en reell mulighet til å velge lege. Her ser man for seg mulighet for å bytte 1 x pr. år, og at ingen lege kan si nei før lista er full.

I Sverige er det i liten grad privatpraktiserende primærleger, langt over 95 % er fastlønnede distriktsleger. Å vike fra prinsippet om fast lønn i en fast jobb til et system med fri etablering for spesialister i allmennmedisin som utøver sitt yrke som selvstendige næringsdrivende, er noe revolusjonerende nytt i det Svenske sosialdemokratiet.

Hovedbekymringen blant primærlegene går på om de virkelig får tilført ressurser i en slik omorganisering - eller om de fortsatt bare blir 1 lege pr. 4000 innbyggere. For sykehuskollegaene er bekymringen for å miste egen jobb ved en slik omfordeling av ressursene reell og overhengende.

I alle fall står Sverige foran et viktig veivalg når det gjelder forvaltning av ressurser i helsetjenesten: Skal man velge den spesialiserte helsetjenesten foran den generelle, skal ansvaret for ressursbruken delegeres ned til den enkelte kommune?

For en nordmann i Sverige var det artig å se posteren med Røst kommune - et eksempel på desentralisert helsetjeneste i Norge - som tiltrakk seg interesse, bl.a. med bakgrunn i ovennevnte diskusjon.

**Kommunelege  
Anne Hensrud,  
Ryet 7,  
9350 Sjøvegen** □

**C****Returadresse:  
UTPOSTEN  
5890 Lærdal**RMR-kursarranger  
v/Tove Rutle  
Sjøbergveien 32  
2050 JESSHEIM**Innhold: UTPOSTEN nr. 7 1991**

<b>Med helsevesenet på ferie</b> Gunn Aadland	<b>side 287</b>
<b>Utpostens essaykonkurranse</b>	<b>side 288</b>
<b>La reven leve</b> Årets prisvinner i essaykonkurransen Karin Skarsaune	<b>side 289</b>
<b>Hva slags menneske henvender helseopplysningen seg til - del 2</b> Tove Beate Pedersen	<b>side 292</b>
<b>"En god gammeldags folkeopplyser"</b> Intervju med Kari Thomsen Gunn Aadland	<b>side 298</b>
<b>Målet er et godt oppvekstmiljø for barn og unge</b> Kari Fagerheim	<b>side 300</b>
<b>Kasuistikkspalten</b>	<b>side 303</b>
<b>Nærradio</b> - kan den brukes av kommunehelsetjenesten? Odd Winge	<b>side 306</b>
<b>Hva slags samhandling</b> er nødvendig for at personer med psykiske lidelser skal ha et godt liv Trine Normann	<b>side 308</b>
<b>Referat fra kurs i samfunnsmedisin 24.-26. mai 1991</b> Brigt Bovim	<b>side 311</b>
<b>3 tilbakeblikk fra Nordisk kongress i allmennmedisin 1991</b> Elisabeth Swensen, Anne Mathilde Hanstad, Johann Ag. Sigurdsson	<b>side 314</b>
<b>2 bokmeldinger om den nye norske læreboka i allmennmedisin</b> Kristoffer Lassen/Sverre Lundevall, Beate Lupton	<b>side 319</b>
<b>Nytt fra NSAM</b> Gunn Aadland	<b>side 323</b>
<b>Roller og status på godt og vondt!</b> Ole Jøssang	<b>side 324</b>
<b>Enquete</b> -fra verdenskongressen til Leger mot atomvåpen Berit Olsen	<b>side 327</b>
<b>Living downwind</b> Claudia Peterson	<b>side 328</b>
<b>Rapport fra svensk allmennmedisin</b> Anne Hensrud	<b>side 330</b>

## LABORATORIEBRUK I ALLMENNPRAKSIS

3. - 5. februar 1992

Kurset er beregnet på allmennpraktiserende leger, men antas å være av interesse også for andre laboratoriebrukere. Legemedhjelpere som utfører laboratoriearbeid ved legekontorene vil også ha glede av å delta. Kurset ble første gang holdt i 1986 (nr. 1610) og godkjent som obligatorisk emnekurs i allmennmedisin. Det er siden blitt utvidet og revidert flere ganger.

Sted: Soria Moria, Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningssenter.

Påmelding skriftlig til kursleder innen 15. november 1991. Merk konvolutten "Laboratoriekurs".

Kursavgift: Kr. 900,-.

Det er reservert et begrenset antall rom på Soria Moria for kursdeltagerne. De som ønsker å overnatte må selv bestille plass innen 15. november.  
(Adresse: Soria Moria, P.b. 25 Voksenkollen, 0326 Oslo 3, tlf. (02) 14 60 80).

Arbeidsutvalg: Avdelingsoverlege Sverre Landaas (kursleder),  
Klinisk kjemisk avdeling, Ullevål sykehus (0407 Oslo 4),  
overlege Ludvig Daae, Klinisk kjemisk avdeling, Ullevål sykehus,  
spesialist i allmennmedisin Haavard Martinsen, Oslo, og  
amanuensis Per Hjortdahl, Institutt for allmennmedisin, Oslo.

### Mandag 3. februar

- 09.30 - 09.35: Åpning av kurset (avd. overlege Sverre Landaas).
- 09.35 - 10.20: Overlege Helge Erik Solberg (Rikshospitalet):  
Tolkning av laboratorieresultater.
- 10.30 - 10.45: Kaffepause.
- 10.45 - 11.10: Professor Inge Romslo (Regionsykehuset i Trondheim):  
Senkningsreaksjonen - prinsipp, metoder, feilkilder og tolkning.
- 11.20 - 11.45: Avdelingsoverlege Sverre Landaas og amanuensis Per Hjortdahl:  
CRP - verdi i allmennpraksis.
- 11.55 - 12.55: Lunsj-pause.
- 12.55 - 13.20: Avdelingsoverlege Sverre Landaas: Hemoglobin-måling.
- 13.25 - 14.10: Professor Inge Romslo: Diagnostikk og oppfølging hos anemi-  
pasienter.
- 14.20 - 14.35: Kaffepause.
- 14.35 - 14.50: Overlege Harald Arnesen (Ullevål sykehus): Kontroll av anti-  
koagulasjonsbehandling.
- 15.00 - 15.30: Professor Jørg Mørland (Rettstoksikologisk institutt):  
Medikamentanalyser som terapi-veiledning.

Tirsdag 4. februar:

- 09.00 - 09.20: Overlege Ludvig Daae: Taking, behandling og sending av laboratorieprøver.
- 09.25 - 09.55: Bioingeniør 1 Annichen Juell (Ullevål sykehus): Innkjøp og vedlikehold av fotometre, sentrifuger, mikroskop m.m.
- 10.05 - 10.20: Overlege Ludvig Daae: Smitterisiko og -forebyggelse ved laboratoriearbeid.
- 10.30 - 10.45: Kaffepause.
- 10.45 - 11.15: Avdelingsoverlege Sverre Landaas: Ny teknologi for laboratorieanalyser i primærhelsetjenesten.
- 11.25 - 11.55: Avdelingsoverlege Kåre Baklien (Ullevål sykehus): Bruk av immunologiske analyser ved reumatiske sykdommer.
- 12.05 - 13.05: Lunsj-pause.
- 13.05 - 13.45: Allmennpraktiker Kristian Furuseth: Laboratorieprøver ved kontroll av diabetikere.
- 13.45 - 14.00: Overlege Ludvig Daae: Metoder til blodglukose-bestemmelse.
- 14.10 - 14.50: Overlege Petter Urdal (Ullevål sykehus) og kommunelege Sidsel Graff-Iversen (Statens helseundersøkelser): Diagnostikk og kontroll av hyperlipemier.
- 14.50 - 15.05: Kaffepause.
- 15.05 - 16.00: Kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser på legkontoret. Innledning til diskusjon ved avdelingsoverlege Sverre Landaas.

Onsdag 5. februar:

- 09.00 - 09.45: Professor Johan H. Strømme (Ullevål sykehus): Praktisk nytte av enzym/isoenzym-bestemmelser.
- 09.55 - 10.05: Overlege Ludvig Daae: Påvisning av graviditet.
- 10.10 - 10.25: Kaffepause.
- 10.25 - 10.55: Professor Sverre Sandberg (Haukeland sykehus): Telling av blodlegemer i allmennpraksis. Indikasjoner og valg av metode.
- 11.00 - 11.30: Overlege Ludvig Daae og professor Sverre Sandberg: Urinundersøkelser ved hjelp av strimler.
- 11.40 - 12.10: Overlege Martin Steinbakk (Ullevål sykehus): Påvisning av urinveisinfeksjoner.
- 12.20 - 13.20: Lunsj-pause.
- 13.20 - 13.35: Overlege Ludvig Daae: Påvisning av gastrointestinal blødning.
- 13.40 - 14.10: Overlege Martin Steinbakk og amanuensis Per Hjortdahl: Hurtigdiagnostikk av halsinfeksjoner.
- 14.20 - 15.20: Optimal laboratoriebruk - samfunnsøkonomiske aspekter. Innledning til diskusjon ved et panel.
- 15.30 : Avslutning og evaluering.