

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1991

ÅRGANG 20



Tema: Medisinsk etikk

Redaksjonen er avsluttet 15.10.91 Framsideillustrasjon: Eldbjørg Ribe. Med tillatelse fra Gyldendal Norsk Forlag A/S.

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



Hva er medisinsk etikk?

Dette nummeret av Uiposten handler hovedsakelig om etikk. Opprettelsen av Senter for medisinsk etikk (SME) i 1989 vitner om det påtrengende behovet for analyse av etikken innen et fag som er i stand til å produsere menneskeliv i prøverør og ved en blodprøve forutsi sykdomsrisiko og leveutsikter for enkeltindivider. Er barnløshet en sykdom som skal gi deg rett til behandling på samfunnets bekostning? Er det et gode at vi gjennom blodprøver kan få rede på risikofaktorer for utvikling av fremtidig sykdom, slik at vi kan innrette livene våre for å få leve lengst mulig? Vil det gjøre oss friskere eller sykkelig selvopp-tatte å besitte slik kunnskap? Og er det rettferdig at mennesker i den industrialiserte delen av verden har ressurser til å forlenge livet mot den ytterste grense, mens barn i utviklingsland dør av mangel på de enkleste livsnødvendige-

heter? Spørsmålene som reiser seg når medisinsens fantastiske teknologi tas i bruk er mange. Perspektivene for fremtiden er både lokkende og skremmende.

Medisinsk etikk er en generell anvendelse av alminnelige etiske prinsipper innen det medisinske fagfeltet. Den amerikanske professoren i medisinsk etikk Robert M. Veatch har utviklet en medisinsk etisk teori, der han ser medisinsk etikk som en sosial kontrakt på tre nivåer (1). Det høyeste nivået er en overenskomst om basale etiske prinsipper for menneskelig samspill. Denne gjelder over alt, uavhengig av religiøse, kulturelle og sosiale forhold. Det neste nivået er overenskomsten mellom samfunnet og en profesjonell gruppe, f. eks leger. Det tredje nivået er overenskomsten mellom den profesjonelle og lekmannen.

Reglene i overenskomsten på et lavere nivå kan ikke komme i konflikt med de overordnede etiske prinsippene.

Basale etiske prinsipper tar hensyn til at alle menneskers velferd teller likt i et moralsk samfunn, uansett stilling og status. De basale etiske prinsippene er i følge teorien til Veatch:

Prinsippet om å overholde en kontrakt eller et løfte. I et moralsk samfunn er mennesker etisk forpliktet til å holde seg til de moralske overenskomstene som regulerer samværet mellom dem. Tillit er basert på prinsippet om at løfter blir holdt. I pasient-legeforholdet er taushetsløftet helt sentralt.

Autonomiprinsippet. Dette er et rettighetsprinsipp. Pasienten har rett til selv å avgjøre spørsmål som gjelder ham eller henne, uavhengig av konsekvensene. Dette prinsippet

forutsetter at pasienten mentalt sett er i stand til å fatte beslutninger. Er hun ikke i stand til det, må en foresatt beslutte for pasienten, i tråd med valg man tror pasienten ville ha gjort om hun var mentalt intakt.

Ærlighetsprinsippet. Ærlighet er et fundamentalt moralsk krav i menneskelig samkvem. Mens det inntil for få år siden ble ansett akseptabelt av leger å skjule sannheten for pasienten når sykdommen var alvorlig og prognosen pessimistisk, er det i dag alminnelig enighet om at pasienter har krav på å få vite sannheten.

Prinsippet om å unngå å drepe. Respekten for menneskliv er et basalt etisk prinsipp i et moralsk samfunn. Menneskelivet betraktes som hellig og ukrenkelig. Men abort- og eutanasidebatten reiser spørsmålet om det i noen tilfeller kan forsvares å ta liv.



Prinsippet om rettferd.
I moralske samfunn teller som nevnt alles velferd likt. Samfunnet må komme frem til prinsipper om fordelingen av de godene som finnes. Likhet er et flertydig begrep. Ressurslikhet- at alle får like mye- vil øke forskjellen mellom de som er best og dårligst stilt helsemessig. Tilbudslighet- at helse-tjenesten er like tilgjengelig for alle- kan øke ulikheten mellom de som er flinke til å uttrykke sine behov og de som er mindre kravstore. Resultatlikhet er et begrep som ikke knytter seg til fordelingen av tilbud, men til resultatene man oppnår.

Lønningutvalget (2) konkluderte med at helse-tjenestene skal fordeles slik at alle får så god helse som de i utgangspunktet har muligheten for. De som har størst behov, må få mest, for at velferden for alle skal bli likest mulig.

Det gamle overordnede etiske prinsipp "Å gjøre vel for pasienten" er et paternalistisk prinsipp, som må vike for de overordnede etiske prinsippene. En pasient har rett til å bestemme over eget liv, selv om beslutningen som fattes ikke er til beste for henne.

Hun har rett til å få vite sannheten, selv om legen tror sannheten kan skade henne.

Medisinsk etisk teori har ikke bare betydning innen høyteknologi-medisinen. Den hjelper oss i å analysere om vår helsepolitikk og egen praksis er i samsvar med normene i et moralsk samfunn. Helsedirektør Mork etterlyser i et intervju i dette nummeret av *Utposten* etiske konsekvensanalyser av beslutningene som fattes i helsevesenet (3). Hver for oss bør vi analysere om de tallrike beslutningene vi tar daglig er i overensstemmelse med de overordnede etiske prinsippene. Det vil hjelp oss til å gjøre de rette tingene, og til å gjøre dem på den rette måten.



Åsa Rytter Evensen

ansvarlig redaktør for dette nummer

1. Veatch R.M. A theory of medical ethics. New York: Basic Books, Inc., 1981.
2. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23. Oslo: Universitetsforlaget A/S, 1987.
3. Evensen, Å.R. Verdigrunnlaget i helsetjenesten. *Utposten* 1991;20 (8): 342 - 344

□

Treng vi ein medisinsk etikk?



Av Reidun Førde

I det siste har etikk blitt etterlyst frå mange hald. Det er fleire årsaker til dette. For det første har vi fått eit meir veripluralistisk samfunn der kyrkja og religionen har fått ei mindre autoritær rolle. Verdier frå andre kulturar har komme til gjennom nye landsmenn og via massemedia som hentar andre kulturar og måtar å tenkje på inn i stova til folk. Det liberalistiske synet på individet som sin eigen lykkes smed har gjennom yappetida rokka ved trua på at det felles gode for alle i samfunnet også tente enkeltindividet (og omvendt!).

Yappetida har slått rot i oss med "elsk deg selv" bølga, trua på sjølvutvikling og sjølvrealisering. Vi er blitt meir opp-tatt av kva vi har krav på enn kva vi kan bidra med. Vi snakkar om retten til å få praktisert sin religion, fangerett, dyrerett, retten til eit seksualliv for hiv-smitta og psykisk utviklingshemma, retten til å få barn osv. Samfunnet er blitt meir komplisert med eit svært verdimangfold og med rettferdighetsprinsipp og rettighetstenking som er mykje meir utvikla enn før. Medisinen er sjølv-sagt påverka av det som skjer elles i samfunnet.



Reidun Førde er cand. med. fra Oslo 1978. Turnus Diakonhjemnets sykehus i Oslo og Storelvdal. Assistentlege medisinsk avdeling Moss sykehus 1980-82. Assistentlege gynekologisk avdeling Sarpsborg sykehus 1982-84. Stipendiat ved Institutt for allmenntilleggsmedisin i Oslo fra 1988-91 og ved Senter for medisinsk etikk fra juni 1991. Reidun er medlem av Utpostens redaksjonskomite. Hun har særlig vært opptatt av svangerskapsomsorg.



Ved sida av dette, har dei medisinsk/tekniske framskritt som er gjort dei siste tiåra flytta grensene for kva medisinen er i stand til å gjere til det som nesten ligg utanfor det vi kunne forestille oss berre for noen år tilbake. Og lite visste vi vel om kva slags konsekvensar dette kunne få for synet på sjukdom, normalitet og det å vere menneske. Eksempel på dette er genteknologi der ein snart er i stand til å gå inn og forandre på arvematerialet, spørsmål om kven som er den rette eigaren av barn i kjølvatnet til reproduksjonsteknologien, og den teknologiske utviklinga som gjer reservedelsmennesket langt på veg til ein realitet. Som eksempel på dei etiske problema som oppstår i kjølvatnet av dette, kan eg nemne eit innlegg i eit velrennomert engelsk legetidsskrift for eit halvår tilbake. Der snakka ein om retten for andre enn dei barnlause til å få nytte befruktning utanfor kroppen, bl.a. for å sikre at berre friske egg lever vidare etter at arvestoffet er sjekka (1). Dette kan bli mulig i ei ikkje altfor fjern framtid: To unge medisinarstudentar møtest, blir glade i kvarandre og blir einige om å danne ein familie. Men for å gi barna ein optimal start ønskjer dei å vente med å få barn til dei har gjort karriere og er veletablerte. Då vil dei vere nærmare 40 år, ein alder som aukar risikoen for arvestoff-forstyrrelser. Kva gjer dei unge så? Dei leverer sæd og egg til reproduksjonsteknikarane, får frose ned rikeleg med befrukta egg, og når tida er inne og ønsket om å få barn melder seg, hentar dei egg ut frå frysa-ren og får installert desse i kvinna's livmor etter at arvestoffet er klarert. På denne måten får dei friske, ønska barn med glimrande arvestoff, opplagt menneske som samfunnet treng. Kvifor reagerer mange av oss på dette? Er ikkje desse menneska berre realistiske og tar ansvar for si eiga og familiens liv og helse? Kva er galt med dette? Kva for slags etiske prinsipp blir eventuelt brotne ved dette? Det er medisinsk etikk si oppgåve å kaste lys over slike spørsmål. Når transplantasjonskirurgien gjer det mogeleg å behandle mange livstruande sjukdommar, og vi manglar organ, korleis skal då medisinen velgje ut dei som skal få og dei som ikkje skal få organ? Kva slags etiske prinsipp skal gjelde her?

Medisinsk etikk si oppgåve er å analysere og synleggjere verdigrunnlaget bak medisinsk verksemd (forskning, førebygging og behandling), og dei konsekvensane som denne verksemda kan ha for menneskesyn og samfunnsutvikling. Dette vil eg prøve å konkretisere i dei følgjande.

Medisinsk verksemd og det vitenskapelege kunnskapsgrunnlaget som vi kviler praksisen vår på, er tufta på det biomedisinske vitenskapssynet. I følge dette synet ligg årsaker til sjukdommar i fysiokjemiske forstyrrelsar (maskinfeilmodellen). Det ligg eit menneskesyn bak dette, såleis er det ikkje verdi-nøytralt. Eit heilt nytt sjukdomspanorama med auka tal på gamle, kronikarar og samlivssjukdommar, har gjort at ikkje lenger maskinfeilmodellen er nok for å løyse desse menneska sine helseproblem. For å kunne ta mennesket som sosialt, følande og tenkande individ inn i praksis og i vår medisinske vitenskap, treng vi ein ny teori. Her har medisinsk etikk ei viktig oppgåve, både for å vise korleis dei gamle vitenskapelege teoriene ikkje strekk til, og for å gå opp nye vegar for forskning og praksis grunna på eit anna vitenskapssyn: Eit syn som kan ta inn pasienten som eit erkjennande subjekt, eit individ som er heilt spesielt og der kropp, kjensler og sosiale aspekt blir sett i sammenheng. I denne modellen må også legen si rolle som erkjennande og handlande subjekt synleggjerast (2). Sentralt i dette er utvikling av nye teknikkar i konsultasjonen der pasienten som menneske blir synleggjort. Her er allmennpraktikarane foregangsfolk innanfor norsk medisin (3). Denne teknikken synleggjer maktstruktur i konsultasjonen, og begrep som autonomi og paternalisme er komme inn i språket og i kliniske problemstillingar via medisinsk etikk (4).

Korleis medisinsk praksis virkar inn på folk sitt syn på seg sjølv, si eiga helse og på samfunnsutviklinga, er eit viktig spørsmål i medisinsk etikk. Sentralt i dette er å skille ut kva som er sjukdom og kva som ikkje er det, kva som er medisinen's ansvar og kva som ikkje er det. Grensa mellom normalitet og patologi er stadig flytande og blir endra i tråd med den medisinsk/teknologiske utviklinga. At gode motiv ligg bak det aller meste av det helsevesenet gjer, er i seg sjølv ikkje noe kriterium for om ei

handling er riktig. Har ideala våre om å vere allmektige, allgode legar som har plikt til å løyse alle menneskelege problem ført til at vi har gjort folk sine livsproblem til eit medisinsk ansvar? Å ta frå folk muligheiten til sjølv å få løyse vanskar og eksistensielle problem er å ta litt av menneskeverdet frå dei. Har vi medikaliserert eksistensielle problem som folk sjølv må få lov å løyse i menneskeverdets namn? Fins det problem som er ei følge av det å vere menneske, som medisinen ikkje kan og også ikkje bør løyse? Det er ei oppgåve for medisinsk etikk å drøfte.

At plastikkirurgisk korleksjon av normalvariasjonar gjer noe med normalitetsbegrepet er klart, at hormonbehandling av lange og korte menneske gjer det samme, er like klart. Er dette noe folk må få fordi dei syns dei treng det for å leve eit best mogeleg liv, eller ligg det utanfor medisinen's område? Skal det vere opp til den einskilde klinikaren å avgjere om normalitetsgrenser skal flyttast, eller treng vi ein debatt og ei bevisstgjerung av dei verdimeisige konsekvensane av medisinsk praksis?

Ei av våre "sannheiter" som få stiller spørsmål ved, er at det er bedre å førebygge enn å behandle. Gjennom informasjon i massemedia og på legekontora har vi påverka folk si helseåtferd og såleis spart folk for sjukdom og lidung. Men også dette, trur eg vi må tore å sjå, har sine kostnader, som alt har. Vi har ikkje - og nå er eg bevisst provoserande, sett spørsmålstegn ved om vi har rett til å påvirke folk sine liv med helseimperialistisk informasjon. I den grad helseinformasjon når fram til folk, dvs. informasjon som folk kan forbinde seg med i kvardagen sin, som fører til endra levevanar og gir bedra livskvalitet, er førebyggjande helsearbeid sjølv sagt eit gode. Kolesterolmålingar for å plukke ut risikopasientar (uttrykket er gale, for pasientar er dei enno ikkje), som kan legge om livsstilen sin uten dramatiske midlar og på denne måten kanskje hindre tidleg død eller alvorleg og inngripande sjukdom, er etter mitt syn meiningsfullt. Men når vi, slik vi gjorde i byrjinga av kolesterolperioden, sette i gang screening også av kvinner uten risikofaktorar og på denne måten skapte mykje grunnlaus angst, tok frå 70-åringar hygge og kos og påførte dei unødige legekontrollar og



"... tok frå 70-åringar hygge og kos ..."

kanskje også dyre og potensielt farlege medikament som dei ikkje trengte, så er dette eit etisk problem. Blodtrykk-behandlinga er eit anna eksempel på forebyggjande helsearbeid der noen tiltak har vore sett ut i livet på sviktande kunnskapsgrunnlag. Også her har ein i periodar gått ut frå at naturen har teke feil når eldre kvinner har lege "høgt" i blodtrykk. Ein har ikkje berre behandla unødig, påført folk sjukerollen med medfølgjande angst og utrygghet, skapt svære utgifter for fellesskapet som kunne vore brukt på andre ting, men ein har i tillegg kanskje teke frå desse kvinnene nødvendig blodtrykk for å sikre

gjennomblødinga til hjernen. Dette kan svekke dagleg livskvalitet og i tillegg gi medikamentelle bivirkningar som igjen senkar livskvaliteten og kan forkorte livet. Då er dette eit etisk problem som er nøye knytta sammen med manglande kunnskap for medisinsk praksis.

Ein kan hevde at alt som her er nemt som medisinsk etiske spørsmål, *eigentleg* er medisinske spørsmål. Og det er sjølvsgagt heilt rett. Det er medisinske spørsmål av to grunnar: For det første fordi det dreier seg om heilt sentrale spørsmål ved faget vårt som sjølv-

sagt klinikarar bør og må ta stilling til. Det er livsviktig at medisinarane sjølve og ikkje berre etikarane stiller kritiske spørsmål om verksemda vår tener folkehelsa. For det andre er det medisinske spørsmål fordi dei etiske problema ved hypertensjonsbehandling, ved kolesterolscreening og mykje anna, er knytta til dårleg medisin, til manglande vitenskapeleg dokumentasjon. Med dette meiner eg å understreka sterkt at sjølve fundamentet for ei etisk medisinsk verksemd ligg i at vi baserer verksemda vår på vitenskapleg grunn. Det er ikkje *nok* å vere ein snill og moralsk doktor, det er kanskje til og med skadeleg dersom det betyr at ein er mindre kritisk til eigen praksis. Vitenskapen må heile tida forbedre og utvikle medisinsk praksis. Men vi må ha ein vitenskap som er seg sitt verdi-grunnlag bevisst, som brukar metodar som avspeglar desse verdivalga og som tar inn dei relevante aspekta ved helse.

Ein gong i selskapslivet blei eg ut på natta spurt: Kva er det eigentleg de legar vil at vi skal døy av, for vi skal jo døy? Når vi med alskens screeningar for kreft eigentleg fortel folk at berre maskinene kan sei om dei er friske, og derfor skaper behov for kontrollar for at folk skal føle seg trygge på kroppen sin, gjer vi noe med folk sitt syn på seg sjølve og si eiga helse, som kanskje skaper sjukdomsopptattheit og som derfor har etiske konsekvensar. Når vi med mammografiscreening fangar opp mange friske med positiv prøve og gir dei beskjed om at dei kan ha kreft, medan berre få av desse faktisk har det, då er dette eit etisk problem. I tillegg er det noen av dei som får beskjed om at dei er friske som faktisk har kreft og som kanskje får diagnose og behandling utsett. Igjen er dette eit medisinsk problem og ikkje noe etisk problem? Ja, det er eit etisk problem og eit medisinsk problem, men i tillegg er det eit samfunnsproblem, fordi også dette handlar om bruk av ressursar.

Eit viktig spørsmål vi casefindarar og førebyggjarar må stille oss er: Kva er helse? Har vi helsearbeidarar gjort helse til eit mål i seg sjølv, eller er det eit middel til noe anna. Dette er eit heilt sentralt spørsmål. Kva resultat har det dersom helse er blitt eit mål? Er det eit *moralsk* spørsmål å leve slik at ein held seg frisk? Er det moralsk å vere frisk og



dermed umoralsk å vere sjuk? Eg trur moderne medisin må starte opp med å stille basale spørsmål: Kva er helse og kva er tilfriskning? Er dagens medisinske praksis delårsak til at det trass i at fleire objektivt sett har ei bedra helse, er kroppsfiksering og angst for sjukdom og død eit større problem i dagens samfunn. For å kunne svare på desse spørsmåla må vi analysere verdiar og vi må skaffe oss ein vitenskap som gjer det mogeleg å nærme oss spørsmål som har med individuelle forhold å gjere. Her strekk ikkje den gamle biomedisinske modellen til.

Kva slags medisinsk etikk er det så vi ønskjer oss? Eg ser tre modellar for medisinsk etikk si verksemd:

1. "Presteskapsmodellen"

Denne kjem med klare svar på rett og gale utifrå overordna etiske prinsipp, f. eks. bevaring av liv. Den modellen er umogeleg å gjennomføre i eit samfunn med så mange ulike verdiar som i vårt, og der mykje medisinsk praksis alle-reide går på tvers av slike klare overordna prinsipp.

2. "Etikaliseringsmodellen"

I USA er medisinske etikarar blitt ei eiga faggruppe som fleire stader fungerer som ein spesialitet. Ofte kan desse ha teologisk eller filosofisk bakgrunn. I denne modellen har kvart sjukehus minst ein etisk ekspert. Når legane så står i ein klinisk vanskeleg situasjon, tilkallar ein den vakthavande etikaren. I dette samfunnet er pasientrettane så utvikla at pasienten noen stader stiller med advokat i mottakelsen på sjukehuset. Faren for saksøking er stor, og behovet for å konferere med ein spesialist på etiske spørsmål er såleis naturleg. Faren er at etikken blir tatt ut av den medisinske praksisen og at legane sjølve sluttar å ta stilling til etiske problem. I staden for at klinikaren sjølv kan kjenne att og ta stilling til verdispørsmål i praksis og forskning, blir medisinsk etikk teken ut av anna medisinsk verksemd og gjort til eit spesialområde. Etikken kjem til over callingen og problemet blir løyst av ein spesialist i etikk. Dette er etter mitt syn ei utvikling vi må prøve å unngå i Norge. Derfor det tredje alternativet.

3. Den integrerte modellen.

Senter for medisinsk etikk har som eit av måla for verksemda å utdanne klinikarar i medisinsk etikk slik at etiske vurderingar kan inngå naturleg i all medisinsk verksomheit. Klinikarane sjølve skal kjenne att etiske problemstillingar i arbeidet og vite om dei viktigaste prinsippa innanfor medisinsk etisk teori slik at desse kan brukast i det kliniske arbeidet. Derfor er det denne hausesten starta eit kompetanseoppbyggingsprogram i medisinsk etikk for helsepersonell. Desse skal så fungere som ressurspersonar i det miljøet dei tilhøyrer. Vidare er medisinsk etikk som fag også komme inn i medisinarundervisninga. Det er også å ønskje at etiske problemstillingar blir gitt plass i klinisk "bed side" undervisning av studentar. På denne måten kan refleksjonar rundt medisinsk etiske problemstillingar få ein sentral plass der dei høyrer heime, i klinikken.

Referansar:

1. Dawson K, Singer P. Should fertile people have access to in vitro fertilisation? *BMJ* 1990; 300: 167-170.
2. American board of internal medicine. Clinical competence in internal medicine. *Ann intern med* 1979; 90 (3): 402-411.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching Oxford/New York/Toronto/Melbourne: Oxford University Press, 1984.
4. Shatz D. Autonomy, beneficence and informed consent: Rethinking the connections. *Cancer Investigation* 1986; 4 (3): 257-269.

□

Løvetannprisen

1991

**Årets Løvetannpris gikk meget vel-
fortjent til Christian F Borchgrevink.
Han fikk prisen under festmiddagen
på Nidaroskongressen 24. oktober.
Utposten gjengir Jo Teljes
begrunnede forslag til årets
prisvinner:**

Årets pris bør gå til Christian F Borchgrevink!

Det gror og spirer i løvetann-
blomster i norsk allmenn-
medisin, og det finnes sikkert
mange verdige kandidater til
denne hederspris. Men i år
bør prisen gå til den kraf-
tigste, mest vitale og spred-
ningsdyktige løvetann vi har
i vår flora, selv om den står i
et næringsrikt bed i Oslo.

Christian får den ikke fordi
han er vår første allmennme-
disinske professor. Han får
den ikke fordi han har deltatt
i andrevis av vitenskaplige
komiteer, utvalg, råd og
styres. Heller ikke fordi han
har stimulert og veiledet et
gross allmennmedisinske
doktorander.

Løvetannprisen er noe annet
og mer enn vitenskaplig
heder og ære. Dette er en
hederspris fra kolleger til vår
største inspirator og entusi-
ast, en hyllest og takk for en
utrolig overrassing av all-
mennmedisinen med ideer og
påfunn både faglig og helse-
politisk. Og ikke minst fortje-
ner han prisen som gledes-
spreader og humorist. Når
Christian er med i forsamlin-
gen blir det hverken taust
eller kjedelig.

Hans meritt-liste er lang og
imponerende. Men det bør
vel nevnes at han startet som
indremedisiner og ved skjeb-
nens lykketreff ble han for
over 20 år siden utnevnt til
vår første professor i all-
mennmedisin. Fra den posten
har han skuet ut over det
medisinske landskap og lagt
seg bort i det meste, fagfor-
eningsvirksomhet (en tid
visepresident), utdanning
(første formann i VEAP-
rådet), ideelle organisasjoner
(Nasjonalforeningen for
folkehelsen, Institutt for
blødere, Landsforeningen
mot AIDS), medisinsk-etiske
spørsmål (organisasjonen
Mitt Livstestamente - retten
til en verdig død, etikk i
medisinerundervisningen),
helsepolitikk (Norske leger
mot atomkrig), internasjonalt
arbeid (rådgiver i NORAD).
I denne forsamling er det vel
unødvendig å minne om at
han var både initiativtager til
og første formann i NSAM.
Men det som virkelig avtvun-
ger respekt er hans utrolige
nysgjerrighet og vitalitet, en
forskningsiver som aldri går
trett. Siste frø idag er hans
samarbeid med alternativ-
medisinere og kostekspertes
om faste og reumatisme,
nylig publisert i Lancet.



For mange år siden skrev han
følgende: "Norsk allmennme-
disin er ikke tjent med iso-
lerte, akademiske miljøer
hvor teoretikerne får boltre
seg ved skrivebordet fjernt
fra og uavhengig av det som
skjer på grasrota i allmenn-
medisin". Vi takker og hyller
ham nettopp fordi han har
virkeliggjort disse ordene.
Hos ham har både doktor-
gradskandidaten og enelegen
på de ytterste skjær fått
støtte, veiledning, praktiske
råd og vink, masse røde stre-
ker i de første famlende
manuskript, men alltid med
den gode veilederens støtte vid-
ere frem til produktet, enten
det nå ble en kasuistikk i
Utposten, eller en monografi
på engelsk.

Christian har hatt evnen til å
skape gode miljøer, få det
beste ut av sine medarbei-
dere, få folk til å trives,

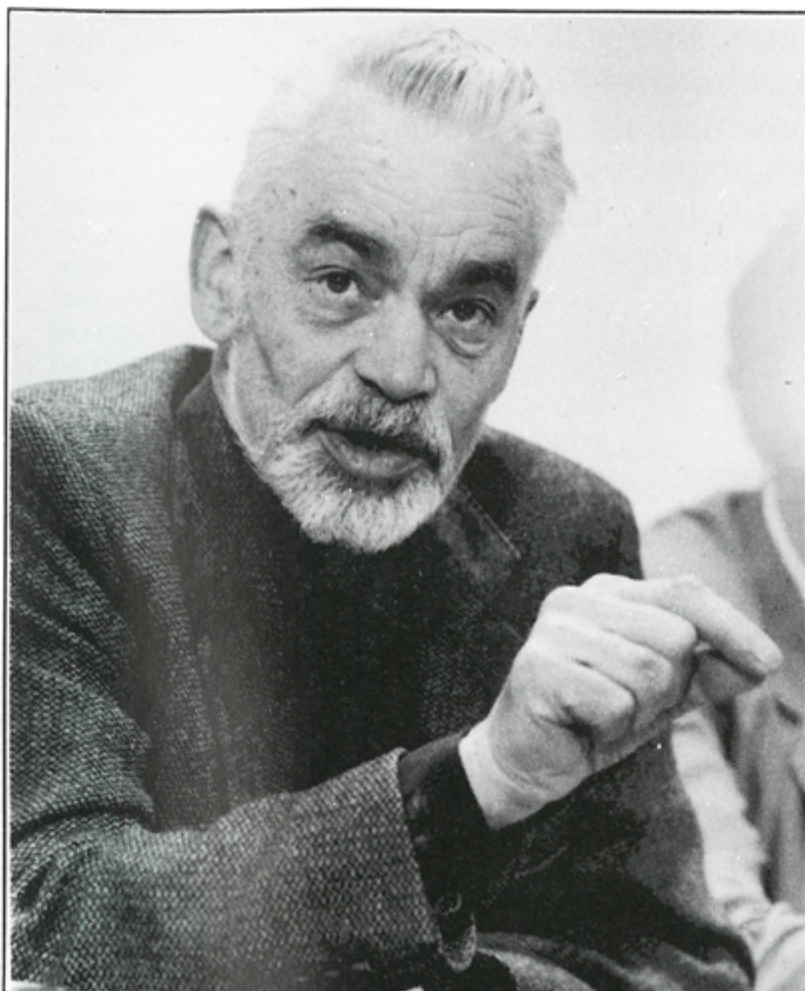
plante inspirerende ideer og
dyrke frem lovende studen-
ter. Kanskje ikke alle er like
godt kjent med hans hemme-
lige våpen på fritida, tennis,
bandy, turer i skog og mark.
På hytta i Hemsedal har han
skapt sitt allmennmedisinske
brainstorming-senter. Ikke få
av hans frø har begynt å spire
nettopp der.

Og hvert år setter han utfor
de bratteste fjellsider til stor
beundring og jubel. Ikke sjel-
den har vi trodd at der og da
ville det bli skifte i ledelsen
av Instituttet. Men fortsatt
kommer han helskinnet ned.

Vi trenger slike livskraftige
løvetenner.
Han fortjener denne helt
unike hedersprisen.

□

Helsetjenestens verdigrunnlag



Torbjørn Mork er født i Odda, cand. med. fra Bergen 1954, dr. med. 1962. Han har bestyrt WHO's kontor for kroniske sykdommer og gerontologi i København, og har vært medlem av styret og nestformann i WHO. Han var statssekretær i sosialdepartementet i 1971-72 og har vært helsedirektør fra 1972.

Helsedirektør Torbjørn Mork intervjuet av Asa Rytter Evensen.

Foto: N. J.

Hvorfor reiser du en verdidebatt, Torbjørn Mork ?

Vi må bli bevisst hva vi ofrer.

Jeg vil gjerne reise verdidebatten, ikke for å kritisere beslutninger som er tatt, men for at vi skal bli bevisst hva vi ofrer og på de verdiavveiningene vi gjør innen helsetjenesten. Problemstillingene er veldig ubehagelige, og vi har tendens til å skyve dem fra oss. Når det gjelder miljø-

vern, må man etter loven utrede de miljømessige konsekvensene av å sette i gang nye, store aktiviteter. På samme måten burde det være en plikt å vurdere skikkelig de etiske konsekvenser av større beslutninger som blir tatt når det gjelder organiseringen og finansieringen av helsevesenet.

Det er ting i helsevesenet som er viktigere enn å holde budsjettet.

Verdiene helsetjenesten tradisjonelt har bygget på er; at man skal gjøre godt og at man ikke skal skade. Det er to elementer som Knut Erik Tranøy, vår professor i medisinsk etikk, har kalt medmenneskelighet. En annen verdi

er rettferdighet. Man skal ha en rettferdig helsetjeneste. Dette er et noe nyere begrep. Men det stikker dypt når man ser på den offentlige debatt og den politiske debatt omkring hvorledes vi ønsker at vår helsetjeneste skal være. En verdi som er kommet sterkere og sterkere inn i det siste, men som går tilbake helt til antikken er automoni, respekten for individet. Hos oss er den nedfelt blant annet i legeloven. Pasienten skal ha full informasjon, pasienten skal tas med på råd, pasienten skal ha medbestemmelse om det som har betydning for ham eller henne. I tillegg kommer naturligvis inn slike verdier som likeverd. Likeverd er også dypt forankret i helsetjenesten, nesten på samme måte som i skriften: "Det er ikke jøde eller greker". Man skal ha det samme helsetjenestetilbudet ved behov, uavhengig av kjønn, alder, bosted og grunn til at man er blitt hjelpetrengende. Selvforkylte lidelser er naturligvis aldri selvforkylte. Alle sier at Jeppe drikker og at Nille tar Valium, men det er årsaker til at de gjør det. Som et siste hovedmoment gjelder et behovsprinsipp. Hvis man ikke er i stand til å hjelpe alle, skal man prioritere de som har størst hjelpebehov. Dette ble understreket i Lønningutvalgets innstilling.

Organisering og økonomi som prioriteringsprinsipper.

I og med at fylkeskommunene har avgjørelsesmyndighet for institusjonshelsetjenesten og kommunene for primærhelsetjenesten, fører denne organisasjonsmodellen til at man får større ulikheter. I internasjonal statsvitenskapelig litteratur blir den norske kommunehelsetjenesteloven brukt som et eksempel på hvorledes desentralisering

fører til økt ulikhet. Her står man overfor fundamentale verdivalg. Jeg tror at man hverken har villet eller våget å bevisstgjøre seg hvordan organisatoriske løsninger fører til resultater som kan være i strid med overordnede prinsipper som man har nedfelt i andre dokumenter. Jeg ser dette som en verdikonflikt mellom idealet om likeverdige tilbud etter behov på den ene side, og idealet om kommunalt selvstyre på den annen side. Dette er verdier som ligger på forskjellige etiske nivåer, og etter min mening er det ingen tvil om at idealet om likeverdighet er overordnet et ideal om kommunalt selvstyre. De som har foretatt denne verdiavveiningen, har handlet slik at de har ofret likeverdighetsidealet på det kommunale selvstyrets alter. Men jeg tror ikke at de har vært seg det bevisst. Dette ser vi også med finansieringsordninger. Regionsykehuset i Trondheim må spare, og det fører til nedskjæring av sengetallet på ortopedisk kirurgisk avdeling. Fylkeskommunen har sagt at man skal prioritere gjestepasienter som kan bringe penger i kassen. Fylkets egne pasienter er skjøvet inn i fremtiden. Det skjer uavhengig av alvorlighetsgraden av sykdom. Dermed ser vi hvordan finansieringsordningene går i mot behovsprinsippet.

Forebyggende helsearbeid, et etisk dilemma i dagens ressursituasjon?

Et vanskelig område er den store samstemmigheten om å gi større prioritet til forebyggende helsearbeid. Vi er i en situasjon hvor ressursene totalt sett er for små til å hjelpe de som har behov for det med diagnostiske-, kurative-, pleie- og omsorgsmessige tiltak. Hvis man ikke får økte ressurser, vil prioritering av forebyggende helse-

arbeid bety at man må ta fra de syke og gi til de friske så de skal bli enda friskere. En gang i fremtiden vil de unngå å bli syke. Men i mellomtiden får de som er syke i dag ikke den hjelp som de har behov for. Det reiser i seg selv et stort etisk dilemma, stikk i strid med behovsprinsippet. Ole Berg har kalt det man kan komme opp i en kynisk helsetjeneste. Man fraviker nærmest totalt behovsprinsippet. Knut Erik Tranøy har skrevet at de tradisjonelle verdiene er så dypt forankret blant leger og annet helsepersonell, at så lenge forebyggende helsearbeid defineres som helsetjenestens ansvar, vil forebyggende helsearbeid alltid tape. Han foreslår at forebyggende helsearbeid bør overtas av andre, hvis man ikke får så store ressurser at man kan dekke behovet hos hjelpetrengende mennesker og ha et overskudd til å bruke på helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg er ikke helt sikker på hvilket standpunkt jeg egentlig har selv. Men det er en avveining som overhode ikke har vært diskutert i de siste årene, hvor forebyggende helsearbeid er blitt et faneord som politikere og helsearbeidere og alle går inn for. Når enkelte deler av det tradisjonelle forebyggende arbeidet, som skolehelsetjenesten og helsestasjonen, i enkelte kommuner blir bygget ned, viser det at man kanskje velger riktig, selv om man velger relativt bevisstløst.

Er barnløshet en sykdom?

Nei. Kåre Molne kom med en bemerkning i radio som skremte meg. Han hevdet at barnløshet fører til mentale belastninger og depresjoner som et barn helbreder. Da bruker man barnet som et terapeutikum. Dette er helt i strid med Kantsk etikk; mennesket må ikke bli et middel,

men må være et mål. Grunnen til at man i nasjonal helseplan fravek den tilrådingen som kom fra Lønningutvalget når det gjalt in vitro fertilisering, var muligens en misforstått kvinnepolitikk fra statsråd Tøve Strand Gerhardsens side. Jeg er ikke sikker på om dette er god kvinnesak.

Bør vi tydeliggjøre hva som ikke bør være et offentlig ansvar, slik at vi kan dempe kravene til service?

Forventningsekspløsjonen vi ser henger dels sammen med en stor grad av sekularisering, dels med en kulturell bølge som idealiserer ungdom og skjønnhet. Vi har forventninger av bilverkstedmodelltypen. Når vi setter en gammel, skamkjørt bil inn på verksted skal vi ha den tilbake som ny, ellers er det noe galt med verkstedet. Det er forventninger om at den medisinske vitenskap og teknologi er kommet så langt at helsevesenet er blitt omnipotente problemløser av somatiske lidelser og eksistensielle spørsmål. Leger må ta en del av ansvaret for dette selv. Vi er med rette stolte over fremskrittene som er gjort og mulighetene som det gir oss. Vi har skrytt for mye og brukt dette for å øke vår egen status og for å få ressurser. Befolkningen har fått den tro at hvis vi bare får helse tjenester nok, vil vi alle dø friske i en alder av hundre år. Dersom forbrukerombudet hadde gransket vår markedsføring, hadde vi fått bot. Vi har lovet en del ting som vi aldri kan holde, uansett ressurstilgangen til helsevesenet.

⇒

Hva bør gjøres for å bruke helsevesenets ressurser mer rettferdig?

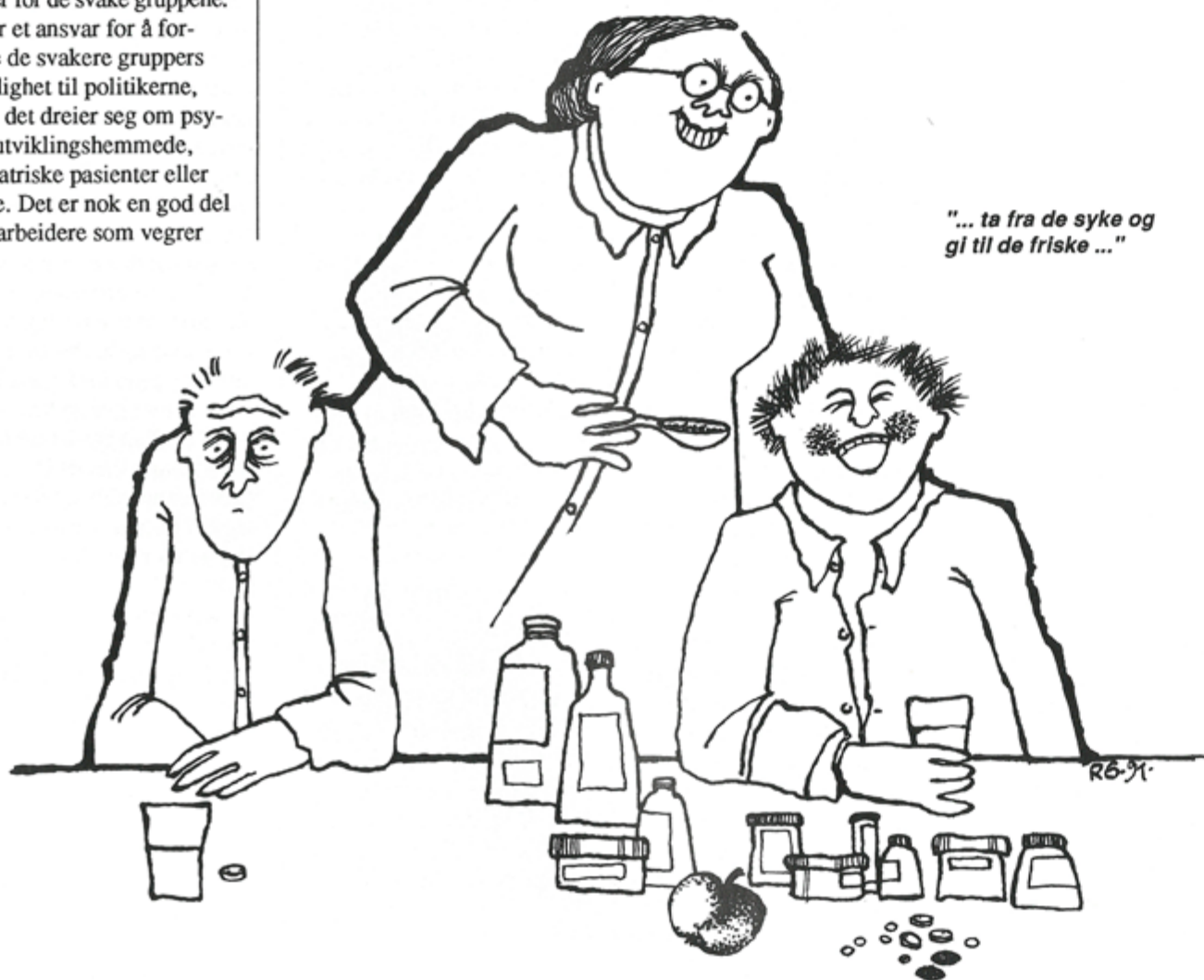
Staten bør i større grad gi mer bindende retningslinjer for prioritering og for volum av utbygging i den enkelte kommune og i det enkelte fylke for å sikre en behovsdekning etter mer grunnleggende etiske prinsipper. Men det viktigste er kanskje å få i gang en offentlig debatt blant helsepersonell, i befolkningen og ikke minst blant politikere. Man kan ikke vente av gjennomsnittlige politikere at de skal ha innsikt nok i den kompliserte materien som helsevesenet er, og skjønne at finansieringsordninger kan føre til dypt urettferdige prioriteringer fordi pengene slår igjennom i forhold til andre verdier. Representanter for helsevesenet er heller ikke flinke nok til å være lydførsterker for de svake gruppene. Vi har et ansvar for å formidle de svakere gruppers virkelighet til politikere, enten det dreier seg om psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter eller gamle. Det er nok en god del helsearbeidere som vegrer

seg for det, fordi det fører til ubehageligheter. Man liker aldri mennesker som kommer med ubehagelige budskap, og man liker slett ikke når budskapene kan oppfattes som en kritikk mot disposisjoner som man selv eller kolleger har vært med på å treffe tidligere. Det er også en vanskelig balanse å ta ansvar og kjempe for sin egen avdeling og sin egen spesialitet, noe som er helt legitimt. Jeg skulle ønske at de som gjør det, særlig innenfor spesialiteter som står sterkt når det gjelder oppslutning fra den friske del av befolkningen, hadde et noe større syn på helheten i helsevesenet. Det er svære standardforskjeller på tilbudet vi kan gi innenfor psykiatrien og deler av det somatiske helsevesen. Tenk om en sjef for en somatisk avdeling kunne si at før de psykiatriske pasientene får det bedre, får vi holde oss litt tilbake i våre krav.

Bør vi ha et nasjonalt medisinsk etisk råd med legfolk og spesialister som kan komme med tilrådninger om prioriteringer i helsevesenet?

Jeg tror vi kunne trenge et permanent Lønningutvalg. Inntil vi får det, håper jeg det nasjonale forskningsetiske råd for medisin kan brukes som høringsinstans på slike spørsmål. Jeg tror det er viktig å få inn folk med forskjellig bakgrunn: teologer, filosofer, jurister og legfolk, som kan diskutere disse spørsmålene. På en annen side står vi som leger sentralt når det gjelder rådgivning til politikere. Det er derfor et behov

for at vi kvalifiserer oss selv i å ta etiske vurderinger med som basis for de rådene vi gir i det daglige. Vi har en tendens til å tenke helsefaglig snevert, uten å få inn verdidimensjonen. Den ligger der nok, integrert i oss alle, men den slipper ikke frem i det daglige. Vi bør på en helt annen måte bevisstgjøre oss, og trene oss i å tenke på den måten, for å få verdidimensjonen inn i vurderingen som går foran de rådene som vi på forskjellige nivåer gir til de politikerne som treffer beslutningene.



"... ta fra de syke og gi til de friske ..."



Når galt blir verre

- om spesialiseringen i norsk helsevern

En 65-årig kvinne får om sommeren intense muskelsmerter i skulderbue og hofter. Hun forteller om uttalt morgenstivhet. Hun mangler egen lege og det er dessuten vanskelig å slippe til hos allmennpraktiserende lege pga. ferien. Hun søker legevakten fordi smertene og stivheten er utholdelig. Hun får muskelavslappende og beskjed om at hun har stramme muskler.

Hun slår seg ikke til ro med beskjeden, men snakker med familiemedlem annet sted i landet som er lege. Legevennen ber henne oppsøke legevakta på ny og be om å få tatt SR. Ikke særlig overraskende, SR: 90. Korrekt behandling og henvisning til spesialist i indremedisin blir ordnet samme dag.

Hun har i mange år hatt dovenhetsfølelse og prikking i begge håndledd og ut i fingrene. Hun har smerter som stråler ut i begge hender fra håndleddene og må riste liv i dem. Utover høsten øker plagene. Fingrene dovner bort. Hun våkner flere ganger hver natt pga. smertene. Hun begynner å bli trøtt og sliten. Hun tar opp problemet med sin spes. i indremed., der hun går til kontroll for sin polymyalgia rheumatica. Han oppfatter ikke hvor stort problemet er for pasienten. Intet skjer. I januar blir de enige om at hun skal henvises til spes. i reumatologi. Pas. settes på venteliste.

I februar har plagen øket slik på at pas. nesten ikke sover. Hun har hatt flere synkoper, antagelig betinget i smerter og trøtthet. Hun klarer ikke å holde noen ting.

Spes. i indremed. oppfatter nå at problemet er stort for pas. og henviser til spes. i neurologi (hun har foreløpig ikke fått time hos reumatolog).

I slutten av mars får hun time på neurologisk pol. klin. etter iherdig masing. Neurologen gjør en grundig neurologisk us. og konkluderer med at det kan dreie seg om et carpal tunnel syndrom på begge sider. Tenk det!!!!

For å finne ut av dette må nerveledningshastighet i underarmene bli målt. Hun henvises til EMG med beskjed om minst en måneds ventetid. Hun får med resept på sovemedisin.

Situasjonen er utholdelig. Sovemedisinen virker merkelig nok ikke slik som neurologen sa. Hun ringer sin støtte i livet, spesialisten i indremedisin, som nå ordner time hos kirurg på samme sykehus. Den hyggelige kirurgen finner ut at det ikke er tatt rgt. av håndleddene. Det kan alltid gjøres en us. til. Rtg. viser bilat. artrose i håndleddene.

Pas. får beskjed om at hun må begynne med øvelser. Hun får inntrykk av at spesialisten i kirurgi oppfatter henne som nevrotisk masete. Men også spes. er mennesker - hun får resept på Valium og beskjed om at ingen ansvarlig kirurg ville finne på å operere hennes håndledd.

Legevennen griper nå inn. Sykehistorien fortelles til erfaren spesialist i ortopedi på et lite tredelt sykehus. Han mener det må dreie seg om bilat. carpal tunnel syndrom. Tenk det!!!!

Han tar pas. inn til us. med påfølgende dagkirurgisk operasjon i løpet av en uke. Pas. er allerede dagen etter smertefri på opererte side. En uke etterpå opereres andre side. Natten etter sover pas. hele natten for første gang på 3/4 år uten Valium og sove-medisin.

En måned senere får hun time til EMG. Det påvises bilat. nedsatt ledningshastighet. Hun har fått varige sequeler med nedsatt kraft og sensibilitet. Time hos reumatolog blir avbestilt.

Slik får norsk helsevesen en fjær til å bli til fem høns. Hennes håndledd er blitt vurdert av indremedisiner, neurolog, neurofysiolog og kirurg to ganger. Det er tatt røntgen og gjort måling av nerveledningshastighet. Dette gir poliklinikkinntekter og høy produktivitet i helsevesenet. Det gjelder å stå på. Husk det kan alltid gjøres en undersøkelse til.

**Kommunelege
Petter Bugge
Nordfjordeid** □

Etiske og kulturelle motforestillinger mot østrogenbruk i overgangsalderen

Foredrag ved Nidaroskongressen 1991

Av Åsa Rytter Evensen

Du lurer ikke moder natur

Jeg er et menneske med dyp respekt for skaperverket. Vår Frue, som jeg tror på, har ordnet naturen så viselig at alt har en mening og en funksjon. Hittil har ingen menneskelig anstrengelse så vidt jeg vet kunnet forbedre dette skaperverket. Tvert i mot blir det mer og mer klart at menneskets forsøk på å betvinge naturen, og dets manglende evne til å leve i pakt med den er skaperverkets største trussel.

Jeg ser med dyp skepsis på medisins forsøk på å forbedre friske menneskers liv ved hjelp av medikamenter. Medikamenter er til for å bøte på mangler og sykdommer, ikke for å forbedre noe som er bra nok, er min tro.

Å være kvinne er ikke å være syk

Som kvinne er min mistenksomhet ekstra stor når medisinen forsøker å tukle med noe av det jeg setter aller størst pris på, det spesifikke ved min kvinnelighet. Jeg vil ikke bli behandlet fordi jeg er kvinne og forandrer meg i løpet av livet. Tvert i mot ser jeg på de vanskelighetene min kvinnelighet gir meg; blødningene til upassende tider og humørsvingningene, som en ekstra utfordring til min mestringssevne og en mulighet til å bli kjent med meg selv. Jeg vil ikke bli fratatt dette potensialet for menneskelig vekst og utvikling ved å ta en pille som glatter over ubehaget,

og derved reduserer utfordringen ved å være kvinne. I sin ytterste konsekvens ser jeg på behandlingstilbudene til friske kvinner som en subtil form for kvinneundertrykkelse. Budskapet til den friske menopausale kvinnen som tilbys østrogen for å forbli "alltid kvinne", er at kvinneligheten er avhengig av østrogennivået. Den aldrende kvinne er ikke bra nok. Men kvinnen som er avhengig av det medisinske etablissement for sin kvinnelighet, som trenger årlige kontroller og stadige reseptfornyelser, hun er en "riktig" kvinne, en kvinne som fortsatt vekker menns behag.

Helse er også å godta seg selv som en er

Min overbevisning er jeg kommet frem til etter mange års tenkning om hva det er å være kvinne med selvfølelse og stolthet over nettopp dette. For meg er *en* fundamental del av helse, både for kvinner og menn, at en godtar seg selv som den en er. Dette gjelder i alle livets faser, også når østrogennivået har nådd et lavmål og når penis ikke lenger strutter mot taket ved seksuell opphisselse, men heller peker mot veggen.

En annen vesentlig del av helse for meg er å kunne møte motgang, vansker og forandringer, "å seile opp mot vinden, når det er opp mot vinden landet ligger", som Jan Erik Vold sier i ett dikt (1). Dyrkjøpt erfaring har vist meg at det er gjennom smerte og lidelse jeg har lært de vesentligste ting i livet. Jeg ser derfor med skrekk på et samfunn der



alle menneskelige plager betraktes som et medisinsk problem og ansvar, og der forlanges blir at det må finnes en medisinsk løsning. Men også for meg er det en grense mellom plager og sykdom, mellom prøvelser en vokser på og prøvelser en brytes ned av. De pasientene som kommer til meg har *sine* grenser, som jeg må være lydhør overfor og respektere. Beslutningen om å starte en medisinsk behandling skal fattes av pasient og lege i fellesskap, etter drøftelse av fordeler og ulemper ved det aktuelle tiltaket. Jeg har ingen rett til å være helseimperialist overfor mennesker som søker mitt råd.

Østrogener, god hjelp mot plagsomme symptomer i overgangsalderen

Selv vil jeg bruke østrogen om hetebølger og svettetokter over tid reduserer livskvaliteten min. Får jeg tørr skjede, residiverende urinveisinfeksjoner eller begge deler, kommer jeg til å bruke østrogen lokalt. Og når jeg møter en liten spinkel kvinne med tidlig menopause og osteoporose i familien, vil jeg drøfte med henne om hun bør bruke østrogen for å forebygge benskjørhet, som jeg ser på som en sann forbannelse og en trussel for alderdommen. Men kommer det en symptomfri menopausal kvinne til meg for å få hormonbehandling for å holde seg evig ung, vil jeg ikke uten videre være medgjørlig. Kampen for evig ungdom er patetisk, og i utgangspunktet et tapt slag. Kampen for evig ungdom har farlige bivirkninger for menneskers sjelelige utvikling og mentale helse. Heller enn å se evig ungdom som et ønskelig mål, vil jeg arbeide for respekt for alderdommen som en verdifull livsfase.

Gynekologien, en spesialitet med mange synder på samvittigheten

Gynekologien har en lang og lite ærerik historie i å sykelliggjøre kvinnen. "Gynecology has unfortunately ever been the fertile field of fads and fashions, and sometimes even the battleground of antagonistic methods of treatment", sto det i Lancet for 100 år siden (2). Jeg siterer videre: "For many of the methods splendid results are claimed, and elaborate series of statistics are produced to demonstrate their efficiency. Those who employ any nar-



row system of therapeutics apply an amount of misdirected activity to the prosecution of their work without exercising their judgment as to the various factors that contribute to the results. They impute their success to the drugs employed or the methods of treatment directed to the generative system, forgetful of (other) circumstance... We must, therefore, in all such cases remember the teaching of Bacon, that it is necessary to observe patiently, experiment cautiously, and generalise slowly".

I 1979 skrev Cochrane (3) om spesialiteten gynekologi/obstetikk: "The speciality missed its first opportunity in the sixties when it failed to randomize the confinement of low risk pregnant women at home and in the hospital. This was followed by a determined refusal to allow "Pap smears" to be randomized, with disastrous results for the whole world. Then having filled all the emptying beds by getting nearly all pregnant women into the hospital, the obstetricians started to introduce a whole series of expensive innovations into the routines of pre- and post-natal care and delivery, without any rigorous evaluation. The list is long but the most important were induction, ultrasound, fetal monitoring and placental function tests. The speciality reached its apogee in 1976 when they produced 20 percent fewer babies at 20 percent more cost. G and O stands for gynecologists and obstetricians but it could also stand for GO ahead without evaluation!"

Tør vi intervensere i friske menneskers liv?

Mitt spørsmål blir: Hvordan kommer fremtiden til å se på dagens behandlingsmetoder? Er det ikke grunn til å være ydmyk når det gjelder å tilby friske mennesker medisinske tiltak for å forbedre helsen. En artikkel fra BMJ i 1990 om: "Lowering cholesterol concentrations and mortality", satt et støkk i meg (4).

Formålet med artikkelen var å bestemme effekten av å senke kolesterol på total og årsaksspesifikk mortalitet i randomiserte primære forebyggingsforsøk. Resultatet av analysen viste at mortaliteten av koronar hjertesykdom tenderte mot å være lavere i intervensjonsgruppen, men *totalmortaliteten* ble ikke påvirket av behandlingen. Det var en signifikant økning av voldsomme

dødsfall, ulykker og selvmord i intervensjonsgruppen. En nylig publisert finsk studie om multifaktoriell primær forebygging av kardiovaskulære sykdommer hos middelaldrende menn, viser en overdødelighet av kardiale dødsfall og også en total overdødelighet i intervensjonsgruppen.

Østrogen for evig ungdom?

På bakgrunn av dette er jeg blitt enda mer skeptisk til å tro på østrogen som en livsforlenger og livskvalitetsforbedrer hos friske kvinner. Østrogenbehandling markedsføres først og fremst med et budskap om bedret helse for kvinner i alderdommen, men også med et implisitt budskap om å holde seg evig ung.

Ungdommen er en periode med vekst og utvikling, med opprør og lidenskap, med leting, prøving og feiling, med kreativitet, fleksibilitet, vitalitet og livsglede. I ungdommen er kreftene store og kroppen velfungerende. I ungdommen er de fysiske reservene store, mens de psykiske reservene ofte er små. Ungdommen er vakker, med rank holdning, spenst, glatt hud, fast kropp. Til tross for dette er det få av oss som ønsker oss tilbake til denne perioden av livet. Selv om den hadde mange positive kvaliteter, var vi for uferdige den gangen, for usikre på oss selv, for redde. Selv ikke den glatte huden og den faste kroppen ønsker de fleste av oss å beholde for alltid. Det er noe uinteressant ved et ansikt og en kropp der livet ikke har satt sine spor.

Hvilke faktorer bidrar til at et menneske holder seg ungt?

Å bevare et ungdommelig sinn gjennom livet er antagelig relativt uavhengig av østrogennivået i blodet. Muligheten til utfoldelse av alle ressurser og talenter en har, samkvem med mennesker som beriker og bryner en og en porsjon medfødt nysgjerrighet, ubeskjedenhet, humor, selvironi og rampethet må til om en skal kjenne seg ung til sinns i gamle år. Det er arbeidssomt å holde seg mentalt ung. En må lese, følge med i tiden, diskutere, provosere, arbeide, elske og nyte, men først og fremst stille krav til seg selv, gjennom hele livet. Dersom vidunderpillen for bevaringen av et ungdommelig sinn fantes, ville en slippe å anstrenge seg så mye. Dermed kunne vinningen gå opp i spinninen, for

en kunne fristes til å bli passiv og overlate det hele til pillen.

Hva sier kvinner om østrogenbruk?

Lita, 62 år gammel, har brukt østrogen i 13 år og er meget fornøyd. Hun begynte med østrogenbehandling fordi hun hadde hetebølger, som sitat: "kom opp i hodet og skylte vekk alt som var der så det ble tomt. Jeg var lektor og sto på kateteret og tenkte: hva gjør jeg her? Jeg begynte å skrive ned alt jeg skulle gjøre, men ble så sliten at jeg ikke greide å fokusere på det jeg hadde skrevet. Elevene bråket, og jeg fant ingen trøst hos min mann hjemme i sengen. Det gjorde bare vondt. Hetebølgene gikk som en brann mellom meg og huden, det var noe som brant opp. Alt begynte å henge på meg, huden, håret og geipen. Jeg var så sliten, trett og fortvilet at jeg ikke en gang hadde tiltak til å gjøre noe med det. En venninne tok meg i hånden og fikk meg til lege. Først satte han to eller tre sprøyter. Det var ikke til å tro! Alt reiste seg på meg. Huden fikk tilbake spensten, jeg ble lystig og fyrrig, og sengen ble igjen et frydefullt sted å være. Min mann var begeistret. Denne løsningen var bedre enn smør, som jeg hadde brukt som glidemiddel etter å ha sett Siste tango i Paris. Hukommelsen kom tilbake, hetebølgene forsvant, humøret, alt ble som før. Siden har jeg holdt meg bra. Jeg tør ikke slutte før jeg går av med pensjon. Nå merker jeg en langsam aldring, men den er langsam. Jeg er blitt litt tørr i skjeden, og bruker Kliogest og Glid. Da går det utmerket. Min venninne er ett år yngre og bruker ikke østrogen. Hun er like sprek som meg.

Anne fikk fjernet livmor og ovarier i en alder av 46 år. Hun har ikke den samme positive mentale opplevelse av østrogen etter å ha brukt pillen i vel ett år. "Jeg føler meg følelsesmessig avstumpet, det er mindre spenn i meg", sier hun. "Kanskje det kommer av at jeg bare får østrogen og ikke opplever de samme svingningene som før. Jeg er aldri ordentlig sint mer, men heller aldri ordentlig blid. Andre har bemerket det. Jeg er dempet i sinnsstemningen, men ikke deprimert. Før var jeg lettrørt og eksplosiv, nå er jeg tam. Jeg har periodevis sluttet med østrogen og har blitt mer meg selv mentalt. Imidlertid

får jeg så mye svettetokter og urolig søvn at jeg ikke orker det.

Lidenskapelighet i følelseslivet var ett av mine kriterier på et ungt sinn. Av fem østrogenbrukende kvinner mellom 70 og 54 år som jeg intervjuet, var det ingen som trodde at østrogen hadde øket deres seksuelle lystfølelse. To svarte spontant at det var forholdet til partneren som betydde noe.

Overgangsalderen er ingen østrogenmangelsykdom

At østrogen er en kilde til evig ungdom, er en myte. Det er livet vi kvinner lever og muligheten vår for utfoldelse som bestemmer om vi kommer til å føle at tilværelsen etter menopausen har dårligere kvalitet enn ungdomstiden. Selv håper jeg, når den tid kommer, å kunne med Åse- Marie Nesse i diktet Ein annan dans (6):

*Når ikkje lenger månen
vil by meg opp til dans,
er det da nødvendigvis eg
som er ute av dansen.*

*Farvel mine månefasar
takk for trufast reisefølge
i passeleg mange jordår-
Nå går eg i andre banar.*

*Nå er eg ei solkvinne, tidlaus
og sterk i min egen styrke
låner eg lyset av ingen
og gir det tilbake til alle.*

Referanser

1. Vold JE. Der landet ligger. I: Sorgen. Sangen. Veien. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 1987.
2. From The Lancet. Victims of fashion? Lancet 1991; 338:463.
3. Cochrane AL. 1931-1971. A critical review with particular reference to the medical profession. Royal Physicians London 1979: 14:2-12.
4. Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. BMJ 1990;301:309-14.
5. Strandberg TE et al. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. JAMA 1991;266:1225-29.
6. Nesse Å-M. Ein annan dans. 1: Levande tid. Oslo: Dreyers Forlag A/S, 1989

Åsa Rytter Evensen □

OLL's samfunns- medisinske prisoppgave 1992

Offenlige legers landsforening har gleden av å lyse ut OLL's samfunnsmedisinske prisoppgave 1992 med premie kr 15 000,- og tema:

Legen, rus og samfunn

Samfunnsmedisinerens rolle og målsetning i forebyggende og kurativt rusmiddelarbeid, metoder, resultater, organisasjonsmodeller, gleder og sorger er aktuelle emner. Presentasjon av egne arbeid med utgangspunkt i lokalsamfunnet har preferanse. Jury er spesialkomiteen i samfunnsmedisin supplert med ett styremedlem i OLL. Prisen utdeles på OLL's årsmøte 1992.

Besvarelse sendes innen **1. juli 1992** til

Offentlige legers landsforening
Fjellv. 5, 1324 Lysaker

Besvarelsen skal være på inntil 20 sider på manusark som for Dnlf's Tidsskrift. Den skrives anonymt og merkes med selvvalgt kodetegn. Det skal vedlegges en forseglett konvolutt, merket med samme kode, inneholdende forfatterens navn, adresse og telefonnummer.

Et sukk fra et lik i Koleraland



Henning A. Nilsen er journalist i ukebladet Hjemmet

Av Henning A. Nilsen

- Doktor'n forstår det vel bedre enn du, freste enken i Koleraland da hennes mann knakket på kistelokket og protesterte mot sitt eget dødsfall og ikke mindre heftig mot gravferden.

En del år som medisinsk journalist har gitt meg en viss sympati for enken og hennes kontante irettesettelse av det utidige lik. For leger er jevnt over svært dyktige, og ganske særlig når de holder seg til patologien. Påstår en lege at jeg er død, så synes jeg at jeg bør tenke meg godt om før jeg eventuelt protesterer.

Som feature-journalist er legers autoritet og store viten godt å støtte seg på. Noe mindre sjarmerende er det å møte dem som pasient og pårørende når de suverent tilriver seg ikke bare diagnose og terapi, men også retten til å definere pasientens behov og kriterier for om den syke bør være fornøyd eller ikke. En viss forstand skal jeg heller ikke frakjenne dem på dette området, selv om de kanskje unntaksvis burde kunne ta med i betraktningen at kunden ikke alltid har urett.

Men se om ikke Æsculaps sønner og døtre med årene også har utvidet sin forstand til å bli uhyre autoritativ når det gjelder hva som er et godt liv. Vi andre har - litt som enken i Koleraland - latt oss blende av de hvite frakkers lys når legene fører an i definering av livskvalitet, og som pådrivere på samfunnsutviklingen for å gi oss en livsramme som var vi alle candidati medicinae. Visjonen blir lett et joggende, trandrikkende og ikke-røkende folk som forsvarlig kondomert påsetter sin faste partner x antall ganger pr. måned, litt avhengig av alder og hormonspeil.

Alle vet hva helse er, men når man skal begynne å definere begrepet, kjenner man seg plutselig ikke igjen. Særlig

bisarr er WHO's definisjon; helse er vel nærmest alt annet enn det Huxley'ske vrengebilde den projiserer. Helse er bare et meningsfylt hjelpe-begrep for å nærme oss et virkelig livsinnhold og en livsrikdom. En menneskeliv preges ved siden av forløsningen, først og fremst av varierende grader av ømhet og brutalitet - det er to dimensjoner vi aldri kan komme fra.

Legene har sin profesjonsrolle bare i et lite hjørne av det store, spennende rom som heter et menneskes livsløp. Drømmen om profylakse er gammel som legekunsten selv, men hele vinklingen, tradisjonen og utdannelsen går på avviket, patologien. Og *det* gir et ganske galt utgangspunkt for å skulle mene noe kvalifisert om det friske, det normale og det lykkelige.

Arne Holte (1) har påvist hvor galt det kan gå når leger bestemmer virkeligheten i forhold til normale livsprosesser: Norske kvinner får hovedtyngden av sin informasjon om klimakteriet fra leger, påviser Holte. Som til sin forbløffelse også får høre av fire av fem kvinner at de har hatt en bedre overgangsalder "enn kvinner flest". Det skal ikke mye fantasi til å tenke seg hvor skrekkelig mye morsomt man kan oppleve hvis man legger minoriteters patologi til grunn for hvordan man skal innrette samfunnet og planlegge livet.

Et kjettersk spørsmål har ligget på lur hos meg lenge og det er: Har leger i det hele tatt noen spesielle forutsetninger som jeg ikke har når det gjelder å anise hvordan folk skal ha det godt? Det er jo i seg selv ikke fraværet av de sykelige prosesser som gjør et liv godt og meningsfylt, men blant annet hvordan man mestrer de prøvelser man utsettes for.

Jeg vil gjerne se på legen som en leverandør av hjelp og kunnskap innenfor de rammer jeg selv setter for



. mitt liv, ikke som en autoritet når det gjelder å sette disse rammene. Og på en eller annen måte havner alltid leger i et moralistisk uføre når de skal forme oss og samfunnet i sitt patologisk inspirerte normalbegrep.

Jeg har ennå ikke hørt noen lege med forargelse heve sin røst mot multiple frakturer i alpinanlegg, skjønt disse alvorlige helseproblemer etter mitt makelige skjønn burde være uhyre enkle å forebygge - ganske enkelt ved å gå over til brystsvømming på grunt vann eller andre mindre dramatiske fritidsaktiviteter. For man har jo pådratt seg sin helseskade i frisk luft og som oftest i edru tilstand. Og da er det jo ingen som snakker om hva galskapen "koster samfunnet".

Ellers mangler det ikke på dystre regnestykker, for eksempel når det gjelder tobakk- og alkoholskader. Denne aritmetiske vidløftighet er særlig omsegripende når problemstillingen har litt moralske overtoner. Det jeg ikke kan begripe er at dette er noe naturlig virkefelt for et menneske som er utdannet og vel kvalifisert til å diagnostisere og behandle sykdom.

En lege som i meget lang tid har skaffet seg herostratisk berømmelse ved sitt monomane og tidvis elleville felttog mot tobakken, går etter mange kollegers mening for å være en glimrende diagnostiker og terapeut. Men det Norge vet om denne mannen er at han skal ha snust seg gjennom sykehusets dametoaletter på jakt etter smugrøkere.

Igjen har jeg et kjettersk spørsmål: Ville ikke verden være et minst like lykkelig sted hvis angjeldende kunne komme seg ut fra dametoalettet og ned på poliklinikken og gjøre den jobben han har ry på seg for å gjøre så bra?

For ordens skyld (så norsk er jeg også): Personlig ønsker jeg både tobakk og røykere dit pepperen gror, og synes visse høyesterettsadvokater er på grensen til det presenilt infantile. Derimot drikker jeg gjerne - og slett ikke bare til maten! - og tror som Goethe at "der Wein erfreut des Menschen Herz". Faktisk er jeg så i utakt med lex artis, den medisinske ekspertise, at jeg tror at enkelte kan ha godt av en real fyll en gang iblant. At deres lever kanskje ikke

⇒

har så godt av det, er en annen sak. Det er en medisinsk sak, mens en fyllekule er nesten alt annet enn det: Et etisk, estetisk, sosialt og - i Norge - i høy grad et økonomisk anliggende. Først når festlighetene ender i skadekirurgien er vi tilbake på et for legekunsten naturlig virkefelt.

Et forhold som har påkalt min forundring er at særlig Tidsskriftet i så liten grad gjenspeiler denne problematikken. Uten særlig debatt har man lagt premisene for en legevitenskapelig synsing, langt utover det en legmann ved nærmere ettertanke finner naturlig for en lege å ha noen begrunnet mening om *qua lege*. Det har åpnet seg et utvidet legebegrep, et utvidet medisinbegrep og et utvidet helsebegrep som i likhet med det beryktede utvidede kulturbegrep ender ute i det store intet.

I kjølvannet av denne fag- og begrepsdilutering ser man konturene av et helsevesen som i større grad er egnet til å løse problemer det selv finner på eller genererer, enn de problemene pasientene har. Er tiden snart inne for å få et sykevesen til erstatning for et helsevesen der det stadig blir mer uvesen? Bør legene med andre ord i større grad søke tilbake til utgangspunktet?

Selvsagt er legene like meningsberettigede om sentrale forhold som angår måten vi lever på som alle andre. Men kanskje skulle man i den forbindelse gjøre som svensken og "lægga bort titlerna" og ikke nødvendigvis profilere seg som overlege professor dr. med. når man skal protestere mot prisene på brunost?

Litteratur:

1. Holte, A. Det norske klimakterieprosjektet: Forløp av symptomer, livskvalitet og psykososiale faktorer. I Backe, B. (red). Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen. Trondheim: NAVF/NIS: Rapport 5/90, 1990.



RESULTATET TELLER!

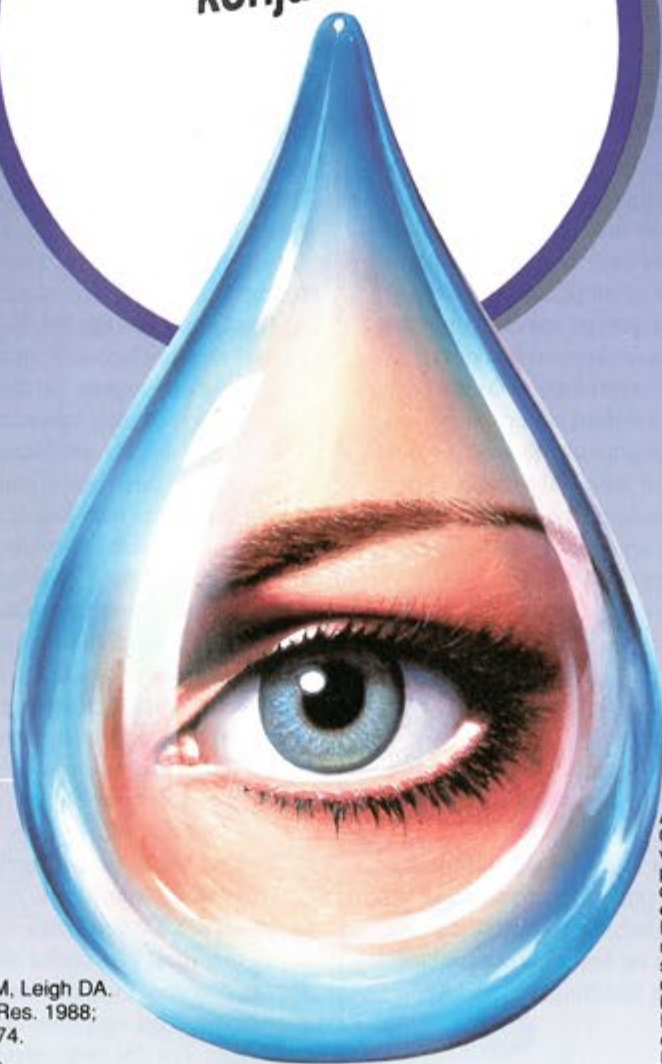
Fucithalmic
og kloramfenikol
har lik effekt ved
behandling av klinisk
diagnostisert akutt
konjunktivitt.

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

Helsemoralisme og teknologi-fanatisme i moderne medisin



Jan Helge Solbakk er cand. med. fra Oslo i 1987 og cand. theol. Oslo 1989. Han er sekretariatsleder for Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin.

I en av sine siste bøker, "Lovene", skiller Platon mellom to typer leger: Den frifødte lege, hvis aktivitet er vitenskapsbasert og pasientsentrert, og slavelegen, hvis fremferd Platon paradoksalt nok karakteriserer som diktatorisk. Vi er alle vel kjent med diktatorers misbruk av medisinen i politikkenes tjeneste. Under kuppet i Sovjet ble for eksempel avsettelsen av Gorbatsjov forsøkt gitt en medisinsk begrunnelse. Jeg skal ikke her gå nærmere inn på politiske diktatorers misbruk av medisinen. I stedet inviterer jeg til refleksjon omkring - og reaksjon på - min påstand om at medisinen besitter et iboende diktatorisk potensial, og at det blant dagens leger og helsepersonell derfor finnes mange som agerer i den antikke slaveleges ånd.

Av Jan Helge Solbakk

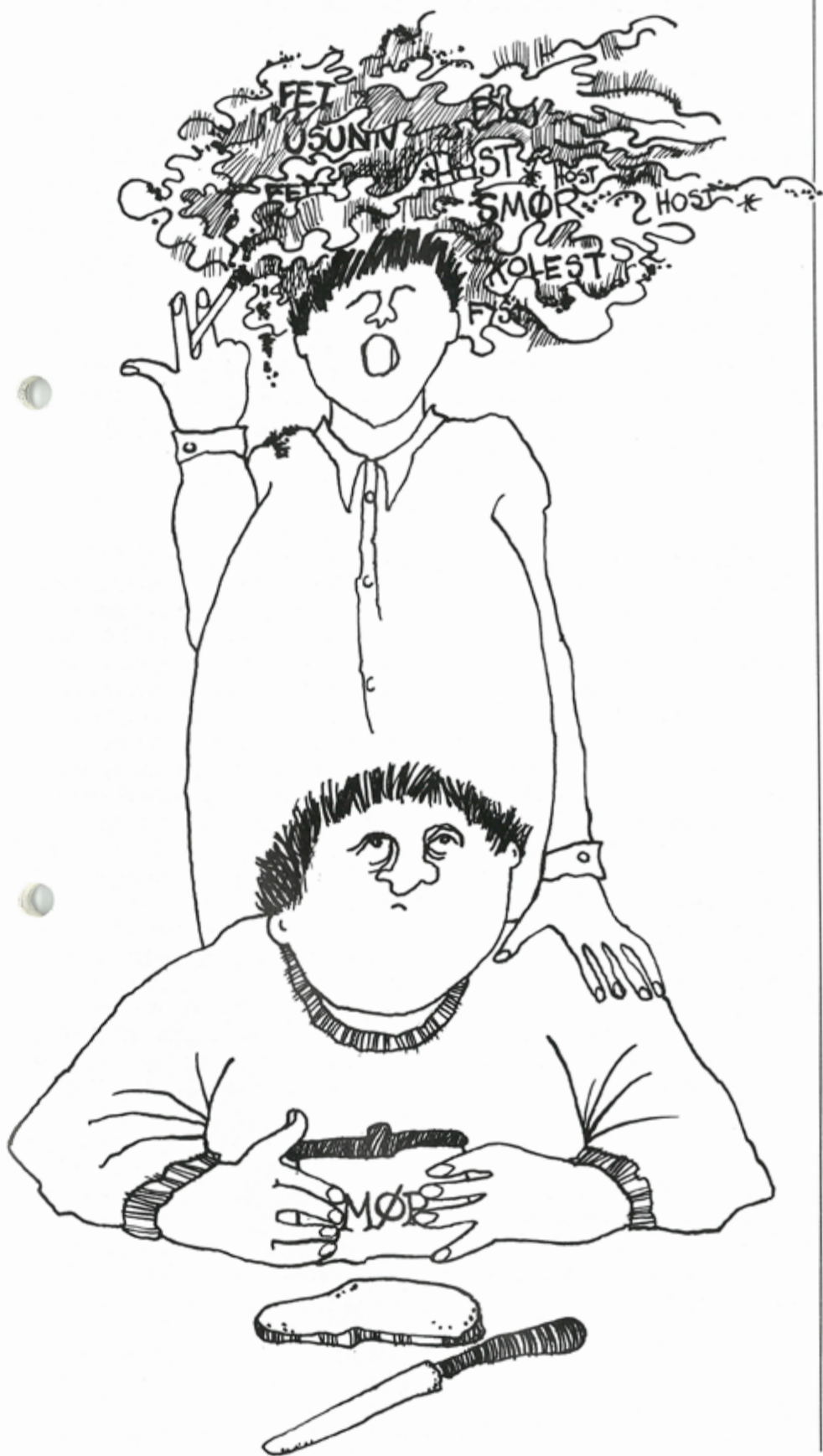
Jeg taler ikke om de leger som på grunn av sin personlighet opptrer diktatorisk. For mennesker med slike personlighetstrekk finner vi i alle bransjer. Den moderne variant av antikkens slavelege er derimot den legetype som i kraft av sitt manglende kunnskapsnivå opptrer diktatorisk. Platons karakteristikk av slavelegens fremferd som diktatorisk var nettopp begrunnet i at vedkommendes handlinger ikke hadde basis i vitenskapelig kunnskap (episteme), men i ubegrunnede antagelser og overlevert erfaring (empereia). Dagens slaveleger opptrer i to forklledningstyper:

- Det er for det første de myke helsemoralister.
- Det er for det andre de høyteknologiske intervensjonister.

Disse to typer leger har det til felles at de begge har omfavnet et utvidet sykdoms- og helsebegrep, som de bruker som basis og legitimering for sine holdninger og handlinger.

Hva helsebegrepet favner

Medisinen selvforståelse har alltid vært knyttet til tre grunnleggende begreper: "Normalitet", "Sykdom", og "Teknologi (kunst)" - og størrelsene "sykdom" og "den syke" har alltid vært normerende for medisinen som kunnskapssøkende og handlende virksomhet. Begrepet "helse" derimot har aldri vært et spesifikt medisinsk begrep. De fleste helsebegreper som brukes innenfor medisinen i dag er av ikke-medisinsk karakter. Medisinen kunnskapsgrunnlag er for mangelfullt til at man kan drive helsefremmende og forebyggende arbeid som går ut over det å gjenopprette eller opprettholde normalfunksjoner. Så lenge medisinen definerer helse som synonymt med normalitet, kan den drive helsefremmende og forebyggende arbeid med basis i egen kunnskap. I det øyeblikk medisinen derimot tar i bruk et mere ambisiøst helsebegrep (d.v.s. helse forstått som noe mer enn normal fysisk, psykisk og sosial funksjonstilstand), går den ut over sitt kunnskaps- og kompetanseområde. Dermed påtar medisinen seg et illegitimt - og derfor diktatorisk - ansvar, noe som truer menneskers personlige integritet og grunnleggende rettigheter. For det første representerer dette en trussel mot legens egen personlige integritet: Alt blir helse, alt blir fag. Dermed utviskes det personlige, og legen gjør seg selv til slave.



Sprudlende medisin

Til støtte for denne påstand skal jeg si-tere fra en artikkel om helseopplysning skrevet av fire leger - en artikkel som stod å lese i Tidsskrift for Den norske lægeforening i fjor: "Når det gjelder helseopplysning klarer vi ikke å opprettholde et profesjonelt skille mellom personlige holdninger, egen atferd og faglig virksomhet". Av dette trekker forfatterne den konklusjon at vi som leger - fra helsedirektør til turnuskandidat - ved vår egen atferd må vise at vi tror på våre egne budskap. Typisk nok er det med utgangspunkt i et utvidet sykdoms- og helsebegrep at de fire legene kommer frem til at skillet mellom det personlige og profesjonelle må vike: "I stedet for å la helse stå for den ekstreme, totale sunnhet, både fysisk, psykisk og sosialt (jfr. Verdens helseorganisasjons definisjon av helse), har vi valgt å se helse som en del av livet, slik livet arter seg for de fleste av oss. (På denne måten kan vi snakke om grader av helse også når det gjelder kronisk syke eller gamle, ja til og med for dem som er i ferd med å dø "mette av dage". I stedet for å starte der sykdommen slutter, vil vi strekke helsebegrepet så langt som det er liv. Det at man ikke er syk, er ikke ensbetydende at man har god helse. En person kan godt være uten påviselig sykdom, og likevel ha en dårlig helsetilstand. På samme måten kan en person med en kronisk sykdom, for eksempel psoriasis, leddgikt eller psykisk lidelse, ha god helse ellers.) Begrepet helse er vanskelig å definere og bli klok på... Vi vil derfor lansere et nytt begrep, som vi tror kan benyttes i stedet for helse i en rekke sammenhenger, nemlig *forfriskning*. Forfriskende arbeid tar sikte på å styrke de positive faktorene som påvirker helsen, i stedet for dagens, negative, sykdomsforebyggende helseopplysning" (Mjell, J. & Co, *Forfriskende helseopplysning*, Tidsskr Nor Lægeforening nr. 29, 1990; 110:3779-81).

Men bruken av et utvidet sykdoms- og helsebegrep i medisinen representerer ikke bare en trussel mot legens eller helsearbeiderens personlige integritet, men også mot pasientens: For en slik utvidelse innebærer at stadig mer av pasientens personlige sfære står i fare for å bli invadert av det medisinske apparat, fordi stadig større deler av hans eller hennes liv defineres som relevant for

⇒

helsemessig intervensjon. Pasientens personlige integritet står da i fare for å bli utvisket i takt med at fagets grenser, og dermed identitet, utviskes. Men et fag uten klare grenser og klar profil er et fag uten troverdighet - og tror jeg: selvspekt. Kanskje er det derfor slik at følgende lov kan formuleres: Medisinsens diktatoriske potensial øker proporsjonalt med utvidelsen av helsebegrepet og med avstanden til dens kunnskapsgrunnlag. Gjennom en slik utvidelse skaffer medisin og helsevesen seg naturlig nok større tilgang til og makt over pasienter, men innskrenker samtidig sin profesjonelle autonomi.

Slavenes kår

Legen blir både slave og diktator. Pasientene blir bare slaver. Det nylig fremsatte forslag om onanihjelp til psykisk utviklingshemmede (*Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming. NOU 1991:20*) er i så hen- seende illustrerende for hvilke integritetsområder medisin og helsevesen mener seg kompetent og berettiget til å krenke (s.46):

"Bør personalet direkte medvirke til at den enkelte psykisk utviklingshemmede blir seksuelt tilfredsstillet hvor vedkommende ikke klarer dette selv? Spørsmålet kan vanskelig besvares generelt ...

På bakgrunn av en etisk overveielse kan det heller ikke hevdes at konkret hjelp til mestring av seksuallivet ikke bør skje uansett. Noen plikt til å yte slik konkret hjelp foreligger ikke. Hvis det skal ytes slike tjenester, må det legges avgjørende vekt på tjenestemottakerens ønske, også de mer vage signaler om motstand og aksept. Den konkrete hjelpen må ikke under noen omstendighet ytes rutinemessig uten en faglig forsvarlig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Slike tjenester må alltid gis av en kvalifisert person med faglig bakgrunn for dette, og som personlig er innstilt på å opptre som en profesjonell tjenesteyter i disse tilfellene".

Tillat meg i denne forbindelse også å sitere fra omtalen av helsebegrepet i Sosialdepartementets utredning, *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier (NOU 1991:10)*, som gir den samme invaderende fornemmelse (s.17):

"Vi har i denne utredning brukt et utvidet helsebegrep. Dette betyr at vi i

helsebegrepet også inkluderer forholdet til sosiale og økonomiske problemer... Det er viktig å presisere dette, siden helsebegrepet av mange begrenses seg til å bety 'fravær av sykdom'. For oss er alle forhold som reduserer folks livskvalitet viktige å bedre eller bekjempe, enten de kan beskrives med en medisinsk diagnose eller ikke. Det er ikke dermed sagt at det er helse- og sosialsektorens ansvar og oppgave å ta seg av alle slags personlige problemer. Mye bør overlates til folk selv, under forutsetning av at det foreligger en reell valgmulighet".

Så langt om de myke helsemoralistene som diktatorer.

Teknologenes verden

For å belyse det samme problem innenfor den høy-teknologiske medisin, la meg først knytte noen korte bemerkninger til medisinsens teknologibegrep. Medisinen har alltid vært definert som en spesiell form for teknologi, en form som skiller seg fra mekanisk teknologi ved at den beveger seg i motsatt retning: Dvs. ikke fra naturlig råstoff til det å skape et kunstig produkt, men fra en ikke lenger naturlig funksjonstilstand (sykdom) til gjenopprettelse eller opprettholdelse av normal funksjonstilstand. I det øyeblikk denne type medisin omfavner et utvidet helsebegrep, så skaffer den seg også en form for legitimitet til å opptre mere ambisiøst som teknologi: Dvs. ikke lenger bare til det punkt å opprettholde eller gjenopprette normale funksjoner, men til å søke å skape en kvalitativt bedre normalitet. Men i denne sin ambisiøse streben slutter medisinen å opptre i samsvar med sine egne teknologiske og kunnskapsmessige forutsetninger. Dermed reduserer den seg selv til en form for mekanisk teknologi med kunstig produktfremstilling som resultat. I denne teknologiske slavetilstand øker medisinen riktignok sitt diktatoriske potensial, men gjør samtidig stadig flere friske mennesker til sine pasienter....

Østrogenets velsignelse

Bruk av østrogen for å forebygge fremtidige sykdomsmuligheter og plager hos kvinner som ennå ikke har gjennomgått klimakteriet kan kanskje brukes som eksempel for å illustrere noen av de påstander og poenger jeg har kommet med i det foregående. Frem til midten

av forrige århundrede var svangerskap og fødsel et ikke-medisinsk livsområde. Døden ble først ved århundredskiftet medikalisert. Inntil da hadde mennesker fortsatt muligheten til å dø av alderdom. I dag er det ingen som dør av alderdom, ingen som lenger dør en naturlig død. Ethvert menneske får påført sin dødsattest en diagnose - også de som dør i ulykker. I midten av 70-årene ble så kvinners seksualitet gjenstand for massiv medikalisering - gjennom innføringen av P-pillen. Nå er det altså en ny naturlig livsfase - og altså den siste kvinnespesifikke livsfase - som medisinen ønsker å underlegge seg. Er det riktig av samfunnet å understøtte en slik utviklingstendens: I retning av en medikalisering av stadig flere livsområder? Hvor går egentlig grensene for medisinsens ansvars- og kunnskaps- og kompetanseområde? Hva er i dag forholdet mellom det kunnskapsgrunnlag medisinen er i besittelse av, og det ansvarsområde den har underlagt seg og mener seg kompetent til å forvalte? Det har vært reist kritikk mot denne form for østrogenbruk pga. faren for utvikling av brystkreft og enkelte andre skadevirkninger ved langtidsbruk av østrogen. En slik kritikk har i litteraturen vært forsøkt gjendrevet under henvisning til de positive nytteeffekter av slik langtidsbruk. Jeg tror ikke at den avgjørende kritikk mot langtidsbruk av østrogen ligger på dette plan. Kritikken burde i stedet rettes mot hvilke konsekvenser den medikamentinduserte opphevelse eller utvisking av den naturlig forekommende livsfase "klimakteriet" kan få for vårt kvinnesyn og for medisinsens selvforståelse.

Den mekaniske kvinne

Hva er en kvinne? Et vesen med menstruerende livmor, glatt hud og fuktig skjede? Hva med de 30 til 40 år av en kvinnes liv som følger etter menopausen? Bør ikke disse år og livsfaser fortsatt være med på prege vårt kvinne- bilde, selv om objektet for de fleste menns kvinnefantasier er de før- menopausale vesener? I medisinsk kompendium defineres "klimakterium" som "den periode, som ligger lige før og nogle år efter menopausen, og som er karakterisert ved ændringene i de endokrine forhold og ledsagesymptomerne til disse ændringer" (Bind. 2, s. 1896). I denne magre medisinske definisjon finnes det knapt rom for positive

assosiasjoner - for å se på klimakteriet som noe mer enn tap av menstruasjon og fertilitet. Klimakterium kommer av det greske ordet klimaktær som betyr "trinn i en oppadstigende trapp", "avgjørende fase", "vendepunkt". Klimakterium betegner med andre ord noe mer enn tap, nemlig at kvinnen forlater en fase av sitt liv for å tre inn i andre sammenhenger, med nye muligheter til vekst og utvikling - som kvinne. Langtidsbruk av østrogen i forebyggende hensikt kan innebære at kvinner frataes retten til å se på klimakteriet og egen aldring som en naturlig og positiv del av deres liv som kvinne.

Medisinens selvforståelse har alltid vært knyttet til det å opprettholde eller gjenopprette normale eller naturlige funksjoner. Gjennom å påta seg oppgaver som innebærer at naturlige livsprosesser utviskes eller oppheves, står medisinen i fare for å utviske sin egen selvforståelse. Jeg ser ingen grunn til at medisinen skulle gi slipp på sin opprinnelighet. Ikke en gang for å bevare glatt hud, fyldige bryster eller fuktige skjeder lenger enn det kvinne-naturen alene maktet...

Epilog

"Kommer hid!" - Ja, deri er intet Forunderligt, naar Den, som er i Fare og trænger til Hjælp, maaske til hurtig øieblikkelig Hjælp, raaber: kommer hid! Og deri er heller intet Forunderligt, at en Markskriger lader udraabe: kommer hid, jeg helbreder for alle Sygdomme; ak, thi i Forhold til Markskrigeren er det kun altfor sandt det Usande, at det er lægen, der trenger til de Syge. "Kommer hid alle I, som i dyre Domme kunne betale Helbredelsen - eller dog Lægemedlerne; her er Medicin for Enhver - der kan betale; kommer hid, kommer hid!" (Søren Kierkegaard).

□

Nå er den her - den første norske samlede fremstilling av allmennmedisin som fag!

Bent Guttorm Bentsen, Dag Bruusgaard, Åsa Rytter Evensen, Per Fugelli og Ivar Aaraas (red.)

ALLMENNMEDISIN

Fag og praksis

Illustrert av Eldbjørg Ribe

Boken tar utgangspunkt i allmennpraktikerens roller og arbeidsmåter, ikke i sykdommer og symptomer, og det er den pasientsentrerte, kliniske metode som fremheves.

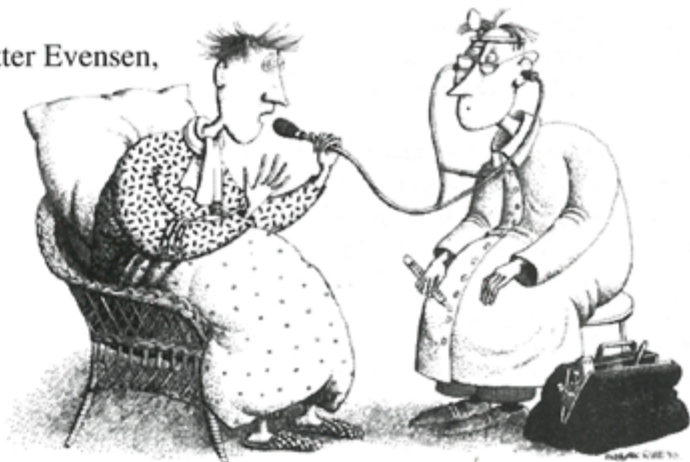
Øvrige temaer som behandles: sykdomsatferd og legesøkning, sykdommer og helseproblemer, diagnostikk, sosialtjeneste, praksisorganisering og etikk.

Boken er pensum i medisinerstudiet, men vil også gi nyttig informasjon til allmennpraktikere og turnuskandidater.

Kr 298,-

Boken kan kjøpes i bokhandelen

GYLDENDAL



Medisinsk etikk, noe mer enn privat moral eller sunn fornuft?

Referat fra Reidar Lies foredrag i Det Norske Medicinske Selskab den 30.10. 1991

Reidar Lie, født 1954, er forskningskoordinator ved NAVFs program i medisinsk etikk. Han er cand. med. fra Universitetet i Bergen i 1983, Ph.D. i filosofi fra Universitetet i Minnesota i 1987.

Hva gjør medisinsk etikk?

Utenfor det medisinske etiske miljøet stiller folk seg spørsmål som:

- Hva er medisinsk etikk ?
- Kan etikeren bidra med noe mer enn en erfaren kliniker i spørsmål som involverer verdivalg ?
- Kan etikeren bidra med noe mer enn en ansvarlig samfunnsborger i policy-avgjørelser ?

En etikker kan ikke gi den rette løsningen, og heller ikke fastslå hva som er riktige og hva som er gale avgjørelser innen klinisk medisin. Det må den enkelte legen gjøre i henhold til sine verdinormer. Etikeren kan strukturere valg-situasjonen, slik at vi får større innsikt i beslutningene vi skal ta. Men til syvende og sist må den som skal ta avgjørelsen ha ansvaret.

Hva menes med etikk?

Vi skiller mellom deskriptiv etikk, normativ etikk, meta-etikk og anvendt etikk.

Deskriptiv etikk er empirisk, en samfunnsvitenskapelig disiplin som beskriver normer og verdier blant folk.

Normativ etikk beskriver verdier folk bør ha. Dette er et område for medisinsk etikk. Normativ etikk gir råd om

hvilke verdier som er mer fornuftige enn andre.

Metaetikk er en rent filosofisk, teoretisk disiplin uten umiddelbar relevans for medisinsk etikk. Metaetikken undersøker hvilke egenskaper et verdiutsagn har.

Anvendt etikk brukes for å finne svar i en konkret situasjon. Medisinsk etikk er anvendt etikk.

Er rasjonell enighet mulig innen etikken?

Ofte blir vitenskap og etikk satt opp mot hverandre. Vitenskapen er objektiv, etikken er subjektiv. Men vitenskapen og etikken har mange fellestrekk:

- Innen begge felt er det store områder med enighet, og disse områdene dekker store, basale prinsipper.
- Både innen vitenskapen og etikken er det mindre områder med uenighet.
- Både i vitenskapen og etikken er det krav om konsistens. Utsagn kan ikke være selvmotsigende.

Innen etikken er utsagnet "du skal ikke drepe" akseptert som et basalt prinsipp. En som hevder dette prinsippet og samtidig er for abort, bekjenner seg til motsigelsesfylte prinsipper som må forklares. Det må presiseres hva utsagnet "du skal ikke

drepe" betyr. Det kan for eksempel bety at du skal ikke drepe mennesker. Hva menneske betyr må også presiseres. Dersom en ikke ser på et foster som et menneske, er ikke utsagnet "du skal ikke drepe" og "jeg er for selvbestemt abort", inkonsistente.

Man kan forfølge en konsistent argumentasjonsrekke, men likevel komme til et punkt hvor man blir uenige.

En mulighet til å oppnå enighet om etiske spørsmål, er å teste sine egne etiske normer mot etiske teorier som er utviklet.

Kilden til uenighet om moralske spørsmål er ofte empirisk, ikke normativ.

Ved uenighet kan to parter være enige om at man skal utføre den handlingen som har de beste konsekvensene, men man kan være uenig om konsekvensene. I samfunn som tar vare på sine gamle og samfunn som setter gamle ut i skogen for å dø, er verdinormen begge steder at man skal gjøre det beste for gamle. I samfunnet som setter gamle ut i skogen for å dø, anser man det best å dø før man er for svekket, slik at man kan møte det hinsidige, der man skal oppholde seg lenge, i god form.

Moralfilosofens oppgave er å påpeke kilder til uenighet i moralske spørsmål.

Hvordan analyserer en medisinsk etiker et beslutningsproblem?

Eksempel på et beslutningsproblem er hvordan vi skal stille oss til tester som kan forutsi risiko for fremtidig sykdom. Den etiske analysen begynner med å stille spørsmålet: Hva er konsekvensene av testing og hva er konsekvensene av ikke å teste?

Det er fundamentalt å skille mellom sykdommer som kan forebygges og sykdommer som ikke kan forebygges. Konsekvensene for den som testes og konsekvensene for en eventuell tredje part, for eksempel samfunnet, må analyseres.

Dersom en tredje part skal ha rett til å få vite testresultatet, må en vise at resultatet for samfunnet ville bli bedre om testresultatet ble kjent. Argumentet om å ta den avgjørelsen som er mest nyttig for samfunnet, må settes opp mot retten enkeltpersonen har til å holde informasjon for seg selv. Etikerens oppgave er å analysere konflikten og å avveie forskjellige personers interesse av å ha informasjonen.

Dersom informasjonen bare er tilgjengelig for den som er testet, blir spørsmålet om sykdommen kan forhindres eller ei. Man tror at de fleste vil ønske å forhindre en fremtidig sykdom. Men hva er riktig å gjøre hvis sykdommen ikke kan forhindres? Dersom pasienten ber om testresultatet, har han rett til å få det? Paternalisme stilles her opp mot autonomi.

Enda vanskeligere blir det om den testede ikke er informert om at han er testet og legen sitter med informasjonen?

Noen mener at alle har en plikt til å bli informert. Bare når vi har kunnskap har vi autonomi. Dette standpunktet er imidlertid kontroversielt.

En metode til å løse spørsmålet er å gjøre empiriske undersøkelser for å finne ut hva folk mener og handle deretter. Problemet er mindretallets rett til å få bestemme om en følger flertallets mening.

Forskningsetikk, et felt i forandring.

De første forskningsetiske prinsippene ble nedfelt i Nurenbergdeklarasjonen, som var et resultat av at de grusomme nazieksperimentene kom for dagen. Først kom prinsippet om informert samtykke.

Forskningen skal gi nyttige resultater for samfunnet som ikke kan skaffes til veie via andre metoder. Eksperimenter skal ikke gi unødig fysisk eller mental lidelse eller skade forsøkspersonen.

Nurenbergdeklarasjonen ble tilsynelatende glemt. I 1953 åpnet NIH i USA et forskningssenter med 300 senger. Det ble ikke gjort forsøk på å skille eksperimenter fra behandling. Ingen forsøkspersoner avga informert samtykke. Det ble argumentert med at informasjon ville forårsake skade og bekymring. Forskeren skulle ta ansvaret. Forandringene som har skjedd i denne praksisen, kan for en stor del tilskrives en artikkel av Henry Beecher, publisert i *New England Journal of Medicine* i 1966. Beecher lette systematisk etter eksempler på uetisk forskning i artikler publisert i de mest prestisjefylte tidsskriftene. Han fant en rekke eksempler, blant annet:

- Soldater som ble nektet penicillin ved halsinfeksjon.
- Hepatitt som ble påført pasienter i en institusjon for psykisk utviklingshemmede.
- Canceceller som ble injisert på friske forsøkspersoner uten at de var informert.

Beecher påpekte at forskningen ikke hadde verdi for forsøkspersonen, og at bivirkningene for forsøkspersonene kunne være store. Forskerne forsvarte seg ved å hevde at forsøkene hadde stor verdi, og at risikoen for forsøkspersonene var liten.

Denne artikkelen førte til at det ble nedsatt forskningsetiske komiteer. Helsinkideklarasjonen er nå et sentralt forskningsetisk dokument. Den slår blant annet fast at hensynet til enkeltindividets interesser alltid må gå foran hensynet til vitenskapen og samfunnet. Betydningen av respekten for enkeltmennesket er moralfilosofens bidrag.

Forskningsetikken er blitt vesentlig bedre. Det går an å komme til konsensus om verdispørsmål, noe utviklingen av hjernedødbegrepet viser. Anerkjennelsen av begrepet hjernedød er et resultat av medisinsk etisk tenkning. Begrunnelsen for å anse et menneske som død når hjernen ikke lenger fungerer, er empirisk kunnskap om hjernens funksjoner. Moralfilosofiske argumentasjoner for grunnlaget for menneskeverd, er muligheten for å handle moralsk og å inngå sosiale relasjoner. Når grunnlaget for menneskeverd ikke lenger eksisterer, har ikke individet det samme krav på respekt. Empiri viste at hjertet bare kan holdes i gang kort tid uansett tiltak når et menneske

er hjernedødt. Noen fant dette argumentet overbevisende, mens andre var urolige fordi kriteriene for diagnosen hjernedød var usikre. Empirisk ble det vist at man kunne utvikle pålitelige kriterier for hjernedød. Resultatet var konsensus om at dette er et forsvarlig dødsbegrep.

Problemet nå er de permanente komatøse menneskene hvor hjernedødkriteriene ikke er oppfylt. Det påpekes at det ikke er empirisk grunnlag for å kjenne lokalisasjonen av det som gir oss menneskeverd. Av den grunn kan en ikke rettferdiggjøre en liberalisering av hjernedødbegrepet.

Både innen vitenskapen og etikken foregår det en kontinuerlig prosess hvor det oppnås konsensus om noen spørsmål, men hvor nye konfliktområder dukker opp.

Åsa Rytter Evensen □

c Napren-E «Nycomed»

Antiflogistikum ATC-nr.: M01A E02

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

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Et syreresistent drasjélag 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 tablett. **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 forhøyede leverfunksjonsverdier er rapportert. Dermatologiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Pasienter med ulcus pepticum eller alvorlig dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Kan maskere symptomer på ulcus. Kan gi reversibel hemming av plateaggregasjonen med risiko for forlenget blødningstid. Anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Kan maskere tegn på infeksjon. Forsiktighet ved signifikant nedsatt nyrefunksjon. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Sikkerhet ved bruk til barn under 5 år er foreløpig ikke dokumentert. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandlingen over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at 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 1: 42e naproxen.

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

NYHET!

NB! Takst 706 h

Micral-Test®

VERDENS **F**ØRSTE **T**ESTSTRIMMEL **F**OR **N**ØYE
BEDØMMELSE **A**V **M**IKROALBUMINURI!



**BOEHRINGER
MANNHEIM**

BOEHRINGER MANNHEIM
MEDINOR PRODUKTER A/S
Boks 111, Kalbakken
0902 OSLO 9
Tlf.: 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

Kan sendes
ulfrankert i Norge.
Adressaten
betaler portoen.

Fra helseopplysning til helsekommunikasjon

Sidsel Graff-Iversen er cand. med. fra Oslo 1974. Turnus Drammen sykehus og Drammen distrikt. Hun har vært ansatt i kommunehelsetjenesten i Bærum fra 1977-90 og arbeider for tiden som avdelingsleder ved Statens helseundersøkelser i Oslo.

Av Sidsel Graff-Iversen

I Utposten 1991 nr. 20 (5) reiser Tove Beate Pedersen noen spørsmål om helseopplysning (1). Stadig nevnes "helseopplysere" uten at det går frem hvem hun egentlig sikter til. Kanskje det er meg?

Sikkert er det at området man kaller helseopplysning trenger diskusjon. Jeg benytter anledningen til å kommentere to av hennes punkter: målgruppene (hvem henvender helseopplysningen seg til?) og tankemodellen omtalt som helseopplysningstrappen.

Avslutningsvis vil jeg beskrive to funksjoner som dekkes, og kan dekkes veldig bra, av den allmennpraktiserende legen: helseinformasjonsmegleren og katalysatoren for helseutvikling i lokalsamfunnet. I stedet for å bruke ordet "helseopplysning", som for noen er blitt et litt negativt, gammelmodig begrep, kunne man kanskje bruke begrepet "helsekommunikasjon".

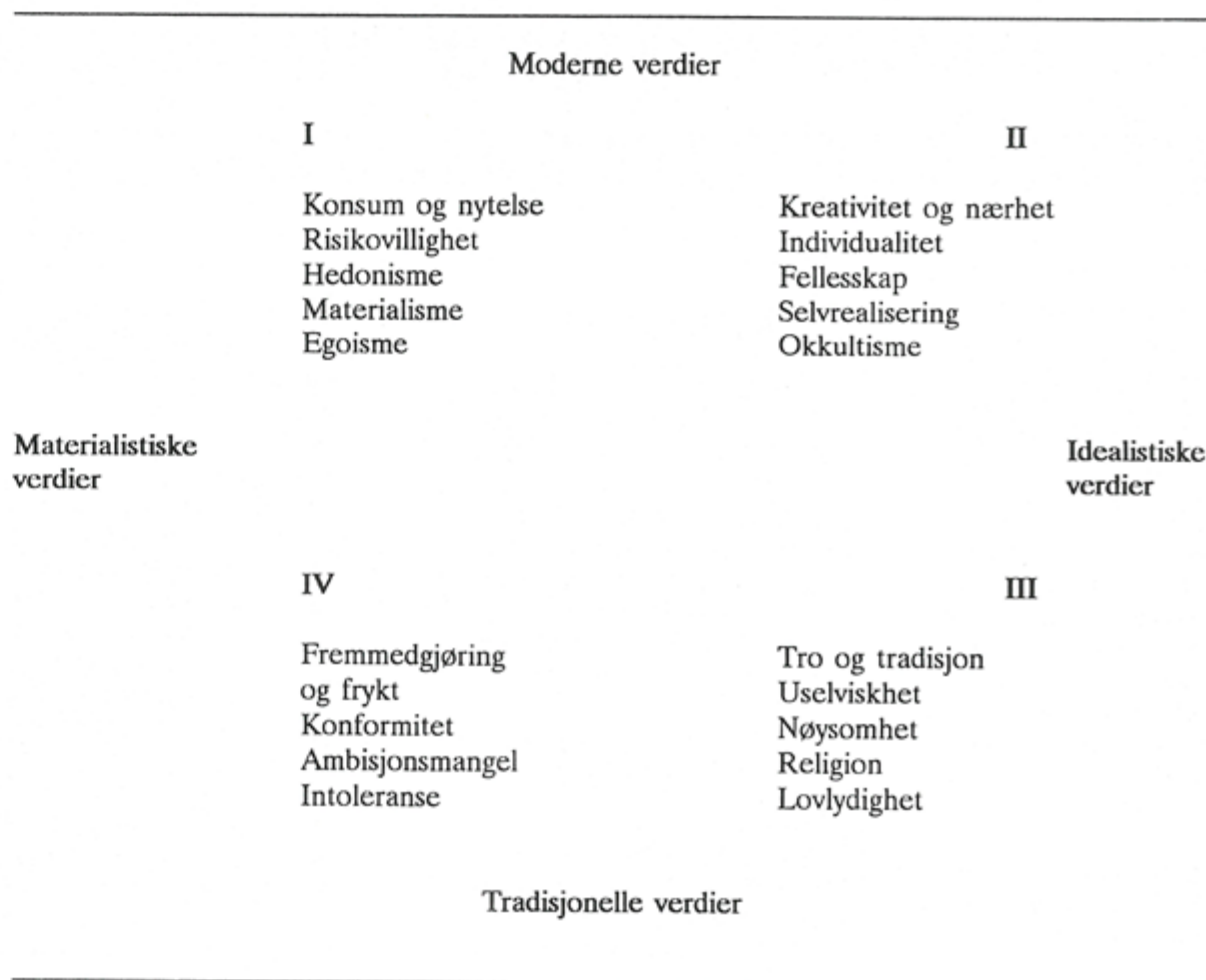
Om målgruppene: Kunden har alltid rett.

Enhver kjøpmann, reklametegner eller journalist vet at man må legge budskapet til rette for de kundene eller de leserne man skal selge til. Selgeren må vite endel om kunden, og ha kunden i tankene ved utforming av reklamen, informasjonen eller saksfremstillingen. Og kunden har alltid rett, i den forstand at det er selgeren som ikke er god nok når hun eller han ikke får solgt. Like selvsagt er det at den som vil endre andres helseadferd, må vite noe om målgruppene sine. Det er ikke oss selv, ikke "det generelle mennesket" eller en ensartet gruppe mennesker vi skal ha i tankene. Det er individer og grupper med kjønn, alder og normer. Går vi på tvers av folks verdier, og kommer med budskap som skaper motreaksjon, får vi kanskje en konsolidering av lite helsegunstige vaner som resultat. Etter å ha snakket med noen tusen mennesker under fire øyne, slik den erfarne allmennlegen har gjort, vet man noe om forskjellen på monolog og dialog. Jeg tror Tove Beate Pedersen (TBP) undervurderer sin egen målgruppe: Utpostens lesere.

Målgruppeanalyser.

Norsk Monitor ved Markeds- og Media-instituttet (MMI) har utarbeidet et verdikart på grunnlag av et stort antall spørsmål stilt til representative befolkningsutvalg (2). Verdispørsmål kombineres med spørsmål som brukes til å avgrense aktuelle målgrupper. Som monitorkunde kan man f. eks. få vite hvilke verdier som karakteriserer gruppen kvinnelige røykere, eventuelt i en viss alder. Hoveddimensjonene i Norsk Monitor er vist i figur 1.





Figur 1: Hoved-dimensjoner i Norsk Monitor
Kilde: Markeds- og Mediainstituttet (MMI)

Dette kan brukes til å utforme budskap. Viser det seg at "risikovillighet" er en positiv verdi hos målgruppen, kommer man ikke langt ved å snakke om "risikoen ved røyking". Man kan heller spille på ikke-røykeres større potensiale for nytelse av mat og drikke, hvis nytelse er en verdi som karakteriserer gruppen. Har man ikke penger nok til kjøpe tjenester hos MMI, kan man komme et stykke på vei ved å snakke med representanter for sine målgrupper. Kommunelegen som både har samfunnsmedisinske oppgaver og klinisk praksis, har et spesielt godt utgangspunkt for å drive målgrupperettet helsefremmende arbeid.

Det finnes en målgruppe som har størst nytte rett og slett av å få støtte på sin livsstil, selv om den adskiller seg ganske mye fra den ideelle.

Om helseopplysnings-trappen.

Har noen i det hele tatt ment at "trappen" med nivåene "Viten, forståelse, holdning, adferd" skal forstås dit hen at enkeltmenneskenes vei til sunn helseadferd går fra trinn en til trinn fire i nevnte rekkefølge? Jeg vet ikke. Som TBP sier, er det jo ikke slik det skjer. Gruppepress, eksempelets makt og kort-siktig utsikt til belønning kan oftere forklare adferdsforandring (3). Holdningen dannes i bakkant heller enn i forkant.

Men ser man trappen som en illustrasjon av utviklingsprosessen i samfunnet, synes jeg den er ganske god:

Første trinn er viten og vilje hos en liten fortropp. Et eksempel er feminister på 60-tallet som skaffet belegg for at kvinnehelseproblemer er et stort og utbredt helseproblem. Denne viten ble spredt, og vakte i begynnelsen sterke, negative reaksjoner.

Annet trinn er forståelse: etterat kunnskapen var spredt, begynte mange å kjenne igjen egne og slektningers opplevelser. Perspektivet på visse typer av psykiske problemer ble endret: man fikk forståelsen av at det dreiet seg om voldskader, ikke om mindreverdige



egenskaper hos mange kvinner og enkelte svake menn.

Tredje trinn er holdning: man skal ikke finne seg i å bli slått. Det ble vanlig å mene at kvinner handlet riktig om de flyttet fra voldelige samboere. Krisesentrene fikk offentlig støtte. Kvinner som ikke flyttet, var truet av mindreverdssfølelse og måtte forsvare sine valg i diskusjon med helsepersonell og venninner.

Fjerde trinn er adferd: vanlige, ikke spesielt ressurssterke kvinner brøt ut av forhold de opplevde som undertrykkende.

Tilsvarende kunne man sette opp en trapp for røyking. Menn begynte å røyke 30 år før kvinnene, og nå er røyking på tilbakegang hos menn. Mannlige røykere og eksrøykere ligger på nivåene "holdning" og "adferd", de føler press på seg til å slutte, de føler det ikke attraktivt å begynne, og mange slutter. Kvinnelige røykere er i større grad på nivået "viten".

I dette perspektivet synes jeg trappen er et godt bilde på at utviklingen kan gå i ønsket retning, og at prosessen kan påvirkes.

Legen som informasjonsmegler.

TBP sier ikke at individrettet helseopplysning er mer skadelig enn nyttig. Men endel lesere vil trolig sitte tilbake med et inntrykk i den retningen. I en tidspresst allmennpraksis ligger det nær å kutte ut temaet helsevaner, hvis den sosialpsykologiske ekspertisen er i alvorlig tvil om at helseopplysning på individnivå nytter.

Jeg mener at TBP overser legens rolle som informasjonsmegler. I dag oversvømmes folk flest av helsenytt, ikke minst gjennom massemedia. Kunnskapsstoff og meningsytringer av de forskjelligste slag blir hørt og lest, men hva skal den enkelte feste seg ved?

- Jeg har lest om hypotyreose, er det noe jeg skal være på vakt mot? Skal jeg slutte å sole meg? Skal jeg drikke mer melk for ikke å få benskjørhet? Trenger jeg tenke på kolesterol i min alder? Skal jeg slutte med p-pillen fordi jeg røyker?

Dette er "helseinformasjonsmegling": pasienten hjelpes til å sortere informasjon som for ham eller henne er relevant, fra strømmen av helseinformasjon og synsing som er mindre relevant. Dette må kunne sies å være meget god utnyttelse av potensialet som ligger i allmennlegenes brede kontaktflate med befolkningen, noe Nasjonal helseplan fremhever som et fundament i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (4).

Legens muligheter er forøvrig, som Utpostens lesere vet, omtalt utførlig av NSAM's referansegruppe for helseopplysning (5). Johnny Mjell har gjort seg til talsmann for bruk av nøkkelspørsmål innen helsekommunikasjon i konsultasjonen (Foredrag ved 7. nordiske kongress i allmennmedisin, Oslo 1991). Dette er lovende for en utvikling mot større vekt på helsefremmende og forebyggende aspekter innen den kurative allmennlegetjenesten.

Legen som katalysator for helseutvikling i lokalsamfunnet.

Mye tyder på at helseopplysnerne pr. definisjon er uegnet som helseopplysere i forhold til de gruppene som har mest å vinne i helse på å endre adferd, skriver TBP. Hvis hun mener å si at en slank, trimmende og ikke-røykende akademiker fra Oslo i utgangspunktet stiller med handicap som helseopplysner i monologs form til en overvektig, gravid røyker i Kristiansund, er vi på linje.

Men legen har andre muligheter: man kan alliere seg med folk som målgruppen lytter til. Jeg tror mange kolleger er bevisste i sine formuleringer av mål, valg av målgrupper, formulering av budskap og valg av informasjonskanaler. Det finnes heldigvis kortfattede kokebøker å støtte seg til, om man ikke er kommet så langt (2,6). Og det finnes gode eksempler bygget på annet enn blind prøving og feiling.

Det ligger nær å nevne forebyggelsen av hjerte- karsykdom i Rissa som et slikt eksempel (7). 40-åringer i kommunen ble undersøkt av Statens helseundersøkelser i 1986 og 1989. Fra å finne seg selv på "kolesteroltoppen" i 1986, kunne rissværingene notere seg verdier på landsgjennomsnittet tre år senere. Samlet infarkttrisk hos menn var mer

enn halvvert, når generasjonen 40-åringer undersøkt i 1989 sammenlignes med generasjonen undersøkt 1986. Kommunelegen reiste ikke rundt i bygda og holdt enetaler. Han allierte seg med fem karer som folk i bygda kjente godt, og fikk i gang en serie i lokal-avisa. De fem modellpersonene sluttet å røyke, trimmet og gikk ned i vekt. Fosna-Folket hadde oppslag med jevne mellomrom. En annen ting de gjorde i Rissa, var å oppmuntre folk til å fortelle andre om sine erfaringer med å endre helsevaner. De opplevde at det gikk sport i å legge om stilen.

Denne metoden kan brukes også i mindre målestokk. F. eks. kan det være mer hensiktsmessig å oppmuntre en journalist til å snakke med en skoleklasse om prevensjon, enn å stille opp selv som intervjuobjekt (8).

Poenget er at legen har meget gode muligheter som helseopplysner og at mye målrettet og effektivt arbeid gjøres. Men fordi ordet helseopplysning er blitt belastet, noe ikke minst TBP's artikkel viser, foreslår jeg at vi snakker om helsekommunikasjon heller enn om helseopplysning.

Litteratur:

1. Pedersen TB. Hva slags menneske henvender helseopplysningen seg til? Utposten 1991; 20 (5): 208-12.
2. Hellevik O. Målgruppeanalyser. I: God informasjon er gull verd. Oslo: Statens informasjonstjeneste 1990.
3. Simonsen A. Hvorfor virker ikke holdningskampanjer? I: God informasjon er gull verd. Oslo: Statens informasjonstjeneste, 1990.
4. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Oslo: Sosialdepartementet, St. meld. nr. 41 (1987-88).
5. Mjell J, Natig B, Thorsen O, Winge O. Helseopplysning i praksis. "Forfriskningsboka". Oslo: Tano, 1990.
6. Simonsen A. Håndbok i kommunal informasjon. Oslo: Norske kommuners sentralforbund, 1985.
7. Seim A, Myran AH, Graff-Iversen S. Forebygging av hjerte- og karsykdom i Rissa. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2078-80.
8. Jensen S. 17-åringer ønsker også gratis kondomer. Asker og Bærums budstikke 18.5.90.

Brev fra Varenna

EGPRW - høstmøte

10. - 13. oktober 1991, Varenna/Como, Italia.

50 allmennpraktikere fra 15 europeiske land deltok i dette møtet, som tematisk var viet til *"Drug prescription in general practice"*. Alle 23 innlegg ble fremført på engelsk. Holland stilte med den sterkeste presentasjonen. Ti foredrag handlet om arbeider utført ved hollandske allmennmedisinske stitutter. Nesten uten unntak vidnet innhold, form og fremføring om stor sans for kvalitet og høy standard hos våre hollandske kolleger. De var trygge som forelesere, hadde teknisk og grafisk entydige illustrasjoner, og de fleste behersket en meget god engelsk. Som gruppe betraktet preges de av profesjonell selvtillit, og de medgir å ha tilgang til rikelige midler og god faglig veiledning og støtte.

Den nest største gruppen var kolleger fra Tyskland, uten unntak fra vestlige universiteter. Deres innlegg gjenspeilet en annen arbeidsmåte og vinkling. Presentasjonsformen varierte sterkt både sproglig og visuelt. Man kan dessuten få inntrykk av at den metodologiske skolering foreløpig ikke vektlegges like mye av alle.

Tre foredrag handlet om engelske forhold: en multisenterstudie om kobling av forskrivninger med demografiske faktorer, en pasientenquete om valg av lege, og en enquete blant leger om følelser ved medikamentforskrivning.

Den siste hadde en både bemerkelsesverdig og utradisjonell tilnærming til et område der stor ambivalens råder. Resultatene avspeiler et kollektivt profesjonelt ubehag i faget som kan tolkes forskjellig. En mulig forståelse er at det uttrykker en tiltagende usikkerhet som bunner i den enda rådende definisjon av kausalitet, objektivitet, sykdom og symptom.

Alle andre land ydet ett eller to bidrag, blant dem var Norge med to.

Hele tre studier omhandlet seponering av diuretica hos eldre pasienter. Der befant kollega Jørund Straand fra Bergen seg i kompetent selskap med to hollandske kolleger. Det er åpenbart at beslutningen å starte med et medikament er mye lettere å ta og begrunne enn å seponere.

Noen frie foredrag ble holdt: Preventing suicid in general practice, The management of anxiety, Childhood sexual abuse, Conditions for General Practice in Russia. Det siste foredraget fikk andre problemer til å falme litt. Det gjorde også skyggene fra storpolitiske hendelser: Jugoslavia var ikke lenger representert, men en slovensk kollega forklarte hvorfor hans kroatiske kollega ikke kunne komme, og hvorfor hans planlagte prosjekt om sammenligning av primærmedisinske virkeligheter i de jugoslaviske pro-

vinser var blitt innhentet av historien. Anakronismer relateres ikke lenger til epoker eller århundrer, men til "i våres".

EGPRW tilbyr støtte til et prosjekt finansiert av industrien der kriteriene og valg av emne defineres av styret og de nasjonale representanter. Det skal være multinasjonalt og multisentrisk, og skal gjennomføres på ett år.

Forøvrig: den avgående formann tenkte høyt over "Research in general practice in the postmodern situation". Han påpekte konsultasjonen som unikt møtested mellom påstandsviten og erfaringsviten, mellom den positive og den fortellende verden, og han fremhevet allmennlegens unike posisjon som tolker av begge disse verdener tanke- og verdisystem. Samtidig gjorde han oppmerksom på allmennmedisinens derav følgende forpliktelse til å være initiator for redefinering og innovasjon av den enda rådende begrepsverden innen medisinen. Han oppfordret til et aktivt arbeid innenfra, for å hjelpe til at menneskenes fortapthet i en verden preget av det absurde i Camus' ordbruk kunne overvinnnes.

Hans tanker omhandlet vår virkelighet's skremmende, krevende, men muligens mer og mer kreativtetsforløsende paradoks av "much knowing how and little understanding why".

Og off-Broadway? God italiensk mat og svært god italiensk vin, en helt nydelig liten landsby i kanten av Lago di Como, pittoreske trapper i alle retninger, utrolige hager, himmelhøye sypresser - og mye regn. Men alt bleknet mot et felles besøk i Milanos Teatro della Scala. Balletten om Romeo og Julie med Prokofieffs musikk og i John Crankos koreografi, i en ufattelig vakker ramme av scenografi og kostymer i ett av det gamle Europas vakreste kulturtrom - en fullkommen opplevelse av kunst.

Det neste møte i EGPRW foregår i Nottingham i England 10. - 13.4. 1992, samtidig med årsmøtet for The Royal College of General Practitioners, som har valgt emnet Research in general practice in Europe. Hovedemnet for EGPRW heter: *Health promotion in general practice*.

Er dette noe som frister? Er det noen som lar seg friste?

Oslo, 15. oktober 1991
Anne Luise Kirkengen
IAM Oslo

□

Bidrag til
Utpostens
Essaykonkur-
ranse 1990

Ferietid - også en arena for allmenn medisinsk utvikling



Anne Mathilde Hanstad, cand. med. Bergen 1979. Ass. lege psyk. poliklinikk Haukeland sykehus, -81 -82 -83. Fra -84 kommunelege 2 i Strand kommune i Rogaland

I ferietida forsterkes ofte opplevelsen av hva det er å være primærlege. Hjelpeapparatet går med redusert bemanning, eller stenger. Sykdom tar ikke ferie. Dette essayet er skrevet som en situasjonsrapport fra praksis. Det skal formidle følelser og tanker som forsterkes når sola steker gjennom persiennene på kontoret. Da skal allmennpraktikeren fortsatt være hjelper og trøster for mennesker som ikke ser eller kjenner sommeren. Disse sommeropplevelsene er verdifulle i vår personlige utvikling som allmennmedisiner.

Av Anne Mathilde Hanstad

Sommertanker

Spenning
Glede
Frustrasjon
Konflikter
Skyldfølelse
Insuffisiens
Trøthet
Søvnløshet og grublerier
Utfordringer

Det finnes mange ord som beskriver opplevelsene i allmennpraksis. Har vi som leger evne til å gripe også de gode øyeblikkene? Har noen av oss evne til å koble arbeidet med mennesker helt ut, mens andre finner det riktigere å integrere legerollen i hverdagen generelt? Eller er vi så travle i vår medisinske kultur at vi har glemt å ta vare på egne opplevelser?

Sommeren gir rom for tanker, mer enn for fordypning i litteraturstudier. Den åpenbarer også de påfallende store kontrastene mellom naturen og menneskers helse. Sykdom og problemer tar aldri ferie. Når en selv er fylt av opplevelsene omkring det

*"å gå på en gressgrodd setervei
i tynne, tynne sommerklær,
klø sine ferske myggestikk
med doven ettertenksomhet" (1),*

er det kan hende ekstra tungt å arbeide med andres problemer?

Samtidig er det utfordringer i å balansere mellom "tynne, tynne sommerklær" og pasientproblem.

Glimt fra sommerhverdag i allmennpraksis

Sommeren er på hell, men skoleferien er ikke bragt til ende. Ennå er kveldene lyse, lufta mild og hagen blomstrende. Regnskylle er ikke kalde. Vinden kan bli sur, men aldri bitende. Naturen bærer frukter vi elsker å bringe i hus: Store, svarte, ville bjørnebær faller i spannet, akkompagnert av bølgeskvulp og måseskrik. Blåfargen som legger seg på hendene og gir sørgerender i neglene, gir meg en god følelse av å bruke meg selv utenfor kontordøra. Det samme gjør hagearbeidet. Rosene bærer dråpene fra nattedoggen med seg inn på frokostbordet.

Kontordagen starter med telefontid. En gråtende stemme forteller meg at Eva må få time i dag. Hun har vært på ferie, opplevd en narkoman jente på et toalett i en storby, og gjør seg syke tanker om at hun selv kan ha blitt smittet med aids.

Kari verker mer i ryggen. Selv er hun redd det kan være spredning fra brystkreften som gir smerten. Sannsynligheten for at hun har rett, er stor. En time etter står ektefellen i ekspedisjonen: Kan han få snakke med meg. Det hele er så fortvilet: små barn, alvorlig sykdom hos kona, hva jeg tror om framtida deres? Jeg må ordne med en undersø-



kelse før jeg starter den siste ferieuken, og en samtale med henne på kontoret. Hageblomstene i vassen på kontorpuhlen nikker til meg: "Hvis du hadde kunnet trylle....." Jeg kan ikke trylle! Jeg kan ikke frelse. Men jeg tør i blant "gråte med de gråtende og glede meg med de glade". Følelsene er et instrument det er tillatt og nyttig å spille på. Det tar tid å lære seg. Det krever mot å tillate seg det. Motet svikter for ofte, tror jeg. Så er det gamle fru Olsen som har hatt slag. Barna vil så gjerne ha en ferieuken. Kan jeg formidle hjelp til avlastningsplass. På pleie- og omsorgsavdelingen er økonomien skral. De kan ikke love verken meg eller pasienten noe, og jeg må huske på at de må prioritere de dårligste pasientene. Tross alt har fru Olsen en trygghetsalarm, og hun bor hjemme. Dessuten har hun tilsyn av hjemmesykepleier. Hvor lenge ville jeg greie belastningen hvis det var min mor? Hvorfor skal bare de "dårligste" få avlastning? Vi lærer så mye om å forebygge. Solvarmen og lyset kommer rundt hus-hjørnet og inn vinduet mitt. Det er den varmen jeg så gjerne ville dele med meg.

Mange barn har dagmamma, kunne en ordne det slik at eldre mennesker fikk et organisert tilsyn av ufaglærte? Er brukerne villige til å betale?

Kontordagen suser av garde i det folk flest kaller ferietid. Vonde halser og ører kan vi helbrede. Sår kan vi sy igjen. Det er verre med de dype sårene i sjelen. De tar lang tid for å leges, og arrene tar ofte form av hypertrofiske arr. De oppgitte stemmene, tårene som drypper i oppvridd lommestørkle: "Jeg orker ikke mer, doktor, skjønner ikke meningen med livet".....dem kan jeg ikke dele sommergledden min med.

Så underlig uvel jeg blir iblant av å kjenne meg i fin form, se at huden min er solbrun mot pasientens gulbleke og svette.

Ingers mann ringer. Inger er mellom 20 og 30, og plages av smerter uten kjent årsak. Hun går på utføring. "Hva? Om jeg kan ordne en plass på sykehuset for kona di om noen dager? Tror du det hjelper henne, da? Har hun så vondt? Ja, jeg vet jo det, men sykehuset har også ferie. Nei, jeg mener ikke at hun skal gråte seg gjennom sommeren, men

kanskje du kan purre selv. Ring oversøster og prøv, du!" Jeg svetter innenfor den tynne blusen min. Sykehuset har ferieavvikling, sykehjemmene har sommerlukking, fysioterapeutene har stengt i tre uker. En reklame rinner meg i hu "I dag har jeg vært prest, sosionom, advokat, lærer og lege", og "forsvarer for annenlinjetjenestens og kommune-helsetjenestens ferieavvikling," spinner jeg videre. Hva om alle på kontoret vårt tok fellestid? Jeg kjenner den ubehagelige blandingen av sinne, frustrasjon og insuffisiens. Det er ikke mitt problem. Likevel blir det ofte det, fordi jeg sammen med mange kolleger er siste instans før "ferielukking" og "nedskjæringer".

Legevakt

Det er ingen fellestid verken for akutt eller kronisk sykdom. Jeg har lovet å komme innom til Mia. Hun er åtti og har diabetes. Hun bor alene. Den siste tida har hun vært plaget av svimmelhet. Den unge hjemmesykepleieren har vært der i dag: "Se her, jeg har fått en ny stokk som jeg skal øve med en time daglig. Synes du ikke det er litt rart? En hel time fram og tilbake på golvet. Hun sa jeg trengte hjelpemidler. Blokk og blyant brukte hun flittig. Det er fint jeg får hjelp til å bade meg. Men det betyr jo ikke at jeg er umyndig. Jeg gruer meg til neste gang. Tror du at du kunne ta en prat med henne? Jeg vil gjerne være med og bestemme selv". Jeg lovet det. Jeg rekker å prate med henne en halvtime før mobiltelefonen ringer. Snue, skader, tårer fortsetter utover kvelden. På vei hjem fra det jeg håper var det siste besøket: "Jentungen vår rister så, hun har 40 i temperatur, og fråde rundt munnen". Vi møtes på legesenteret. Tentativ diagnose: Feberkramper. Foreldre og barn sendes hjem etter undersøkelse og samtale. Søvn innhenter meg en time før telefonen rister meg våken: "En pasient holder på å blø seg ihjel". Ambulansesjåføren har fått adressen. Ut av senga, innom etter ambulansen. Full fart mens det roterer i hodet: Har jeg alt jeg trenger av væske, venefloner, hvem er det, hva er det? Jeg fyller lommen med engangshansker. Det er blod overalt unntatt i taket. Pasienten har en arteriell blødning i handa og har blødd lenge. Det er mindre dramatisk enn angitt. Denne gangen! Midt i det helé, klokka 02 om natten: "Jeg la meg klokka 11, og



jeg får ikke sove, hva skal jeg gjøre doktor?" Jeg er kort: Stå opp og ta et glass varm melk. Hvis ikke det hjelper, får du sikkert sove i morgen natt". Noen ganger kjennes det lov å bli sint.

Sommernatt

På vei hjem i sommernatten stopper jeg: Sjøen er blikkstilte. En mild vind blåser i håret. Trærne suser stille, som om de også hviler ut noen timer. Det er nesten fullmåne. Den speiler seg i fjorden. Mot himmelen tegner fjellformasjonene seg skarpt. Jeg forsøker å gripe det: Synsinntrykk, lyder, lukter og velbehaget i den søvnige kroppen som får stå her i skumringen og være bare seg. Jeg står her og gearer ned. Jeg vil ha katastrofeberedskapskapen på en "autoknapp" som skrur av når telefonen er i ro, men stiller inn på maksimal yteevne om beskjeden i den lille svarte tingesten jeg bærer i skulderrem på ryggen tilsier det. Jeg vet det går an, og kjenner det akkurat nå. Det betinger at jeg tar vare på øyeblikk som dette. Det gjør selv nattarbeidet verdifullt på sikt.

Hverdagsverdiene

Jeg hadde tenkt å lese flere bøker denne sommeren. Det ble noen, men de fleste ligger i en fin stabel på soverommet. Tidsskriftene har kryss i innholdsfortegnelsene. Et stykke utpå sommeren har jeg bruk for mentalt påfyll, og finner dem fram. Det blir likevel aldri det jeg hadde tenkt. Det sliter i meg..... skulle, burde, ville, kunne. Samtidig har jeg en rolig indre stemme som forteller meg at selv i sommerhalvåret har døgnnet bare 24 timer. Det kjennes kortere. Natten tar dagen før vi får sukk for oss. Tid burde det være rikelig av. Barnas og våre egne aktiviteter står stille. Hvert år når vi runder St. Hans tror jeg at karusellen først begynner å gå ved skolestart igjen.

Jeg glemmer at soldagene ikke leveres på bestilling. Jeg glemmer at i hodet mitt er lista over alt vi har lyst til å rekke mellom juni og august.

Barnas glede over fellesskap med foreldrene har sin tid i livet. Foreldre som eldes har kvaliteter vi ønsker å ta vare på. Venner som stikker innom er verdifulle. Det er dit vi vender oss når hverdagene blir for byrdefulle. Derfor har vi bruk for å legge opp et depot av positive fellesopplevelser.

Fotografier og ord kan ikke gripe mangfoldet av opplevelser. Favne det kan bare aktiv bruk av sansene og erfaringene, vilje til å akseptere at som leger er vi mennesker med disse behov og instinkt.

Arne Garborg setter ord på mange av hverdagsverdiene:

"For pengar kan ein få alt, heiter det. Nei, ein kan ikkje det. Ein kan kjøpa seg mat, men ikkje mat-hug, dropar, men ikkje helse, mjuke senger, men ikkje svevn, lærdom, men ikkje vit, stas, men ikkje venleik, glans, men ikkje hygge, moro, men ikkje glede, kameratar, men ikkje venskap, tenarar, men ikkje truskap, gråe hår, men ikkje ære, rolege dagar, men ikkje fred. Skalet av alle ting kan ein få for pengar. Men ikkje kjernen, den er ikkje for pengar fal". (2)

Det er *kjernen* legen og pasienten ønsker seg. Kan Helsevesenet som institusjon selge denne? Er det ikke *menneskene* i institusjonen som har mulighet til å selge *kjernen* ved å bruke seg selv i jobben?

Lærebøkene og pasientene

De uttrykker seg godt, mine gamle pasientvenninner, når de forteller om sykepleieren med blokk og blyant. Hun er ung. Hun kan mye om diabetes og pleieplaner. Hun har sikkert løsningen på flere ting enn jeg som behandlende lege. Det er trygt å holde seg til boka. Det understreker kunnskap og setter klare grenser for bruk av egne følelser og opplevelser i kontakten med pasientene. Bøkene har imidlertid levende supplement i allmennpraksis. Han uttrykker seg med visdom, Andre Bjerke også:

"Ofte når livet for alvor begynner å håne alderens dumhet som fører meg rent borti natten, sukker jeg: Alt gikk nok bra, hvis jeg bare fikk låne litt av min veldige visdom fra da jeg var atten". (3)

Dumhet? Javel. Det er ikke slik jeg leser versene. De er med på å rydde på

plass sammenhengen mellom boklig lærdom og den lærdommen som kommer dryppvis gjennom pasientkontakt. Denne kontakten er midt i frustrasjonene verdifull i sommervarmen: Kontrastene framhever poengene.

Min hjelpeløshet overfor Mia med diabetes, fru Olsens pårørende eller Kari med kreftsmertene er lærerik om jeg evner å vedgå den (4, 5).

Vi er ikke orakler. Et klapp på skulderen, et smil, kan gi pasienten en oppmuntring, og legen opplevelsen av å være til nytte, tross alt.

Allmennmedisin, et livslangt orienteringsløp?

Snart kommer høstkveldene til oss. Hungeren etter faglitteratur oppstår av seg selv. Det er som å få et godt måltid mat å lese en velskrevet artikkel. Den legger brikker på plass. Det orienteringskartet allmennmedisinen er, får nye kryss. En post som manglet, finnes. En annen blir stående åpen, så langt.

Spesialiteten i allmennmedisinen er den eneste spesialiteten med resertifiseringskrav. Vi er heldige slik. Det betyr at det stilles krav til oss. Når det stilles krav, er en nødt for å sitte på karusellen størstparten av tida. Det høres svimlende ut, ikke sant? Det betyr bare at vi er med, vi er på banen. Selv ikke i ferietida trenger vi sitte på publikumsbenkene.

Hvis denne kombinasjonen av teori og praksis virkelig får være et orienteringsløp i allmennpraksis, da gjør den oss til det vi helst vil være: Allmennpraktikere

Litteratur:

1. Hagerup I. "Lykke" (Fra samlingen "Videre", 1945)
2. Garborg A. "Um Pengar"
3. Bjerke A. "Da vi var atten"
4. Malterud K. Medisinens hjelpeløshet 1. Nord Med 1, 90; 27-29.
5. Malterud K. Medisinens hjelpeløshet 2. Nord Med 2, 90; 61-63.

Til Utpostens ANNON- SØRER:

Notér deg Utposten som annonsemiddel

Tidsfrister for 1992:

	Bestillings- frist	Materiell frist
Nr 1	12/11-91	10/12-91
Nr 2	14/1-92	11/2-92
Nr 3	10/3-92	7/4-92
Nr 4	21/4-92	19/5-92
Nr 5	19/5-92	16/6-92
Nr 6	18/8-92	15/9-92
Nr 7	15/9-92	13/10-92
Nr 8	13/10-92	10/11-92

Priser:

Størrelse	Svart	sv.+1 f	sv.+2 f	4 farger
1/1 side	4000,-	6000,-	7500,-	8500,-
1/2 side	2000,-	5000,-	6000,-	7500,-
1/3 side	1500,-	4500,-	5500,-	6500,-
1/4 side	1250,-	4000,-	4500,-	5500,-

Teknisk:

Bestilling:

RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Telefon 06 - 97 32 22

Materiell:

Avtrykk, reprovokopi eller negativfilm med
speilvendt hineside

Format:

A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

Raster:

48 - 60 linjer

Trykkeri:

Voss Offset, 5700 Voss, tlf. 05 51 24 63

Utsendelse er ca 3 uker etter materiellfrist.

Løse bilag koster kr 7000,-

Prisene er eks. mva.

Det vil bli tillegg i prisen for reservert plass

RMR

Kursarrangør

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Telefon: 06 - 97 32 22
Bankgiro: 1606.08.09414

Kurs- og fagannonser

Svart/hvitt annonser for kurs, seminar osv. Materiell eller manus sendes til
Idéfo, boks 254, 5701 Voss. Oppsett av annonser faktureres til kostpris.

1/1 side: kr 1000,- 1/2 side: kr 500,- 1/3 side: kr 300,-
Løse bilag: kr 500,-



Kvifor søker nokre pasientar alternativ medisin

Vigdis Moe Christie.
Den andre medisinen.
Alternative utøvere og
deres pasienter. 238 s. tab.
Oslo: Universitetsforlaget,
1991. Pris kr. 230.

Vigdis Moe Christie er sosionom og forskar ved Norsk institutt for by og regionforskning. Ho har særleg vore oppteken av nærmiljø og helsespørsmål. I denne boka presenterer ho ei studie i bruken av alternativ medisin, der ho legg særleg vekt på å få fram pasientane sine vurderingar.

Hovudproblemstillinga er kvifor nokre pasientar søker til alternative medisinutøvarar. Kva oppgir dei sjølv som årsak til dette? Og korleis kan dette forstås ut frå korleis legar fungerer, korleis alternative utøvarar fungerer, og ut får meir generelle samfunnsforhold? Forfattere er ute etter å gi "innsikt mer enn oversikt". Det er ei sosiologisk studie, og forfattere seier innleiingsvis at ho ikkje ønsker å vurdere om alternativ medisin representerer eit gode helsemessig sett.

Boka er delt opp i ti kapittel i tillegg til to appendiks og ei litteraturliste. Alle kapitla er ryddig og oversiktleg bygd opp, med gode tabellar, og med oppdeling i underkapittel og avsnittsoverskrifter. Appendiks 1 gir greie for metoden, og i appendiks 2 er det ei kort innføring i ulike former for alternativ medisin.

Forfattere har tatt fantasien til hjelp for å skaffe seg informantar. Dei fleste har ho skaffa seg gjennom

vekepressa - Allers og A-magasinet. Ho har snakka med informantane pr. telefon, i tillegg til at ho har fått 120 av 134 til å utfylle eit spørjeskjema på heile 19 sider. Svare er nokså eintydige, og er ei massiv støtte til alternativ medisin. Det går også klart fram at ein vesentleg føresetnad for denne støtten er ei tilsvarande misnøye med skulemedisinen, les: legane.

Ho har også sendt spørjeskjema til elevar ved Norsk Akademi for Naturmedisin, samt alle bydelslegane ved helse- og sosialsentra i Oslo.

Vigdis Moe Christie (VMC) presenterer mange interessante observasjonar. Som nemnt er pasientane eintydige i favør av alternativ medisin. Signalet er så massivt at forfattere også er inne på at støtten kanskje er uttrykk for noko anna enn berre ei overtyding om alternativ medisin som medisinsk system. Ho understrekar at svare er vanlege menneske sine reaksjonar på møtet med dei to systema, og ho får fram viktige systemtrekk ved skulemedisinen som støyter folk vekk frå skulemedisinen. Eit slikt systemtrekk er tendensen til å la det militære kommandosystemet vere norm for kommunikasjonen i helsevesenet. Dette lar seg vanskeleg forene med pasientmedbestemming, og det kan nok også delvis forklare kvifor kvinner oftare enn menn kjenner seg krenka av skulemedisinen.

I kapittel 7 presenteres bydelsleganes sjølvbilete. Det er skremmande lesnad. Dei vanlege plagene som vi alle blir presentert for dagen lang, så som ubestemte tilstander, muskel-skjelett-plager og nervøse problem erkjenner bydelslegane at dei har stort problem med å behandle. Dette er sjølv grunnstammen i allmennmedisin, og dessutan grunnstammen i dei fleste alternativmedisinske praksisar. Det går til dømes fram av boka at homeopatane både har mange pasientar med psykiske lidingar, og ofte lukkast best i behandling av desse.

Presentasjonen av pasientane sine reaksjonar er engasjerande og tankevekkande lesnad. På ein direkte og usminka måte formulerer pasientane presis kritikk av legane sin måte å møte pasientane på. Det er tydeleg at dette engasjerer dei, dei er både sára, skuffa og fortvila. VMC lukkast godt i å velge ut relevante tekstar, og det er ein god balanse mellom pasientstemmer og forfattere sine egne kommentarar. Ho er lågmælt, men overbevisande når ho fleire gonger påpeikar at det dominerande problemområdet ikkje ser ut til å vere den alternative medisinen i og for seg, men mange legars hjelpelause og uverdige måte å møte vanlege pasientar med deira vanlege problem på. Sjølv om dette pasientmaterialet ikkje er representativt i tradisjonell forstand, er det illustrerande for generelle tendensar usynlege for mange, men reelle

nok i den kliniske kvardagen. Og sidan det er subjektivt opplevde plager som fører pasientane til lege, skal, bør og må pasientens subjektive opplevingar stå sentralt i evalueringa av arbeidet vårt. Vi har å gjere med eit stort etisk og interaksjonelt problem i faget vårt. Eit døme på dette er forvirringa hos legane om såkalla kjenslemessig nøytralitet, referert på side 190: Er det uprofesjonelt å vise medkjensle, er det naudsynt å vere "nøytral" for å observere klarare og stille korrekt diagnose? Eg får assosiasjonar til "hine harde dage", då vi las i pasientjournalane om "emosjonell inkontinens" som karakteristikk på pasientar som braut saman i gråt.

Dette er ei bok som engasjerer meg sterkt. For det er sjeldan eg opplever samstundes å vere så einig og så ueinig med same forfattar. La meg difor, før eg går over til mine kritiske merknader, få komme med den viktigaste konklusjonen: Dette er ei framifrå bok. Det er ei bok eg anbefalar på det varmaste til alle mine kollegar. Det rosverdige ved boka er emneval og perspektiv: å spørje pasientane om alternativ medisin er nærast ein genial måte å belyse problematiske sider ved skulemedisinen på. Og sidan pasientane og deira velvære framleis er sjølv poenget i medisinen - iallfall opplevdes det slik utanom dei store institusjonane - er dette perspektivet faktisk det mest relevante ein kan ha. Difor er det synd at forfattaren ikkje reindyrkar dette perspektivet, og gjerne utviklar pasientkritikken av skulemedisinen, i staden for å bruke den som legitimering av alternativ medisin. Det VMC gjer, er å rote seg bort i uklare og surrete helsepolitiske konklusjonar om alternativ medisin. Ei argumentasjonsrekke er at sidan alternativ medisin representerer eit gode for

desse pasientane, er det eit gode samfunnet bør leggje til rette for blir realisert. Ville du bruke samme argumentasjonen, VMC, dersom du blant Vi Menns lesarar fann at mange av dei ser på heimebrenning og fri alkoholomsetning som eit gode?

Forfattaren gjer seg her skuld i to metodologiske synder det ikkje finst tilgjeving for. Den eine synda er å generalisere, lese representativitet ut fra materialet. Ho kan ikkje seie noko om samfunnet generelt sitt syn på alternativ medisin ut frå sitt materiale. Og det seier ho jo sjølv at ho ikkje vil. Ho vil som nemnt gi "innsikt mer enn oversikt". Og som innsikt er dette materialet bra. Innsikt vel og merke til å forstå handlingsmønster og reaksjonsmåtar, ikkje til å bevise noko som helst.

Den andre synda er å bryte filosofen David Humes lov: Du skal ikkje slutte eit bør frå eit er (1). Sjølv om det er ei sosiologisk beskriving ho tar sikte på å gi - å beskrive korleis stoda no eingong er - er denne sosiologien skjemt ut av tvilsomt ideologisk vrakgods om korleis ting bør vere.

Mens eg på min søndags-skule har lært å stride "troens gode strid", halde fast på det gode og avvise det tvilsomme, får vi i denne boka alt på side 8 høyre at det er så sørgjeleg at det er strid i den medisinske verda. Det er lov å meine, som VMC gjer på side 184 at ein no for alvor bør vurdere om det offentlege ikkje både bør støtte studentane og sjølv institusjonen Norsk Akademi for Naturmedisin. Men argumentasjonen er original og ikkje særleg akademisk. Det er fordi dei er så fattige, ikkje fordi pensum er bra. Det er okay at forfattaren prøver å gjennomføre "en sosialpolitisk diskusjon av hvordan vi

kan prøve å påvirke forholdet mellom disse to typar medisin". Men den diskusjonen blir mildt sagt uinteressant så lenge forfattaren ikkje er villig til å teoretisere omkring alternativ medisin, innhaldsbestemme omgrepa litt, seie kva ho meiner med medisin, gi iallfall ein ørliten analyse av dette så viktige alternative til skulemedisinen. Korleis skal eg bli motivert til å sitje i pludregupper med homeopatar så lenge eg må gi avkall på det eg i følge vanleg legeetik er forplikta på: kritisk rasjonell tenkning, for å akseptere homeopatens ideologiske grunnlag?

La meg henge meg litt på den helsepolitiske debatten. Vanleg akseptert helseideologi i dag er å hjelpe folk til å stole på seg sjølv, avmystifisere helseproblem og unngå medikalisering av livsproblem. Forfattaren har sjølv hevda at bruk av alternativ medisin kan forstås som del av tradisjonell eigenomsorg (2). Så langt er eg einig med henne. Men eit heilt anna spørsmål er det om folk bør stimulerast til den type eigenomsorg. I mine augo er alternativ medisin svært så lite alternativ. Den er somatisk og gammalmodig, rigid og ureflektert, som parodien på skulemedisinen i forrige generasjon. Dei alternative utøvarane framstår som meir katolske enn paven, meir paranoide enn Stalin, og skal ha seg fra-bedt ei kvar nyantering av helseproblemet. Eit symptom er lik ein kroppslig sjukdom. legen har versågod å "finne" noko, og det er ein hysterisk aversjon mot å antyde at alle menneske faktisk også har eit kjensleliv som også av og til kan spele oss eit puss. Ein kvar reflektert skulemedisinar har forlatt den ekskluderande oppdelinga i psyke og soma. Men hos alternativutøvarane, og kanskje også hos denne forfattaren, er det

somatiske lik det "reelle" og det psykiske "berre innbiling". Dei dørene som alternativmedisinen prøver å slå opp, har skulemedisinen opna for 20 år sidan.

Samstundes er det eit aukande krav om å bli akseptert på lik linje med offisiell medisin. Og den noverande situasjonen, der alternativ medisin både eksisterer heilt fritt og unndrar seg statleg kontroll, blir beskriven som undertrykking (side 196). Kva består undertrykkinga i? Er teoretisk kritikk det same som undertrykking? Og er teoretisk kritikk uttrykk for manglande respekt? Vil ein forskar og sosialarbeidar invitere til at den teoretiske analysen og den empiriske dokumentasjonen skal forlatast?

Krisa - og eg trur vi kan snakke om krise, illustrert ved bydelsleganes sjølvbilette - i den offisielle medisinen, er primært eit organisatorisk og fagideologisk problem. VMC siterer Fredrik Mellbye. Det vil også eg gjere. Han hevdar at den vitenskaplege tradisjon som pregar dei humanistiske faga, kan tilføre medisinen mykje: "Vi kan for eksempel lese det humanistene skriver, og på den måten lære hvordan de tenker. Som leger har vi for eksempel lært alt for lite om vitenskapsteori. Vi er forpliktet til å være interessert også i slike problemer" (3).

Ein skal ikkje ha særleg innsikt i slike problemstillingar for "gåten" homeopati (s. 113) ikkje er noka gåte lenger. VMC beskriv godt kor absurd det blir når ein skal prøve å teste homeopati dobbelt-blindt. Men ho avslører ikkje kvifor det blir absurd. Det er fordi homeopati ikkje er eit empirisk/farmakologisk, men eit interaksjonelt problemområde. Det homeopatiske

midlet er eit symbol, eit teikn, eit kommunikasjonsmiddel. Som kjemisk substans er det i praksis ingenting (=fortynning), som symbolsk interaksjon er det noko av det mest potente som finst. Homeopaten nyttar seg av paradoksale teknikkar: Du blir god uansett. Blir du verre, er det uttrykk for ei "betringskrise". Effekt på alle og ingen biverknad, det ligg innebygd i ideologien, og treng ikkje analyserast dobbelt-blindt.

VMC kunne ha oppdaga dette dersom ho hadde lese dei teoretikarane ho sjølv refererer til. Eg tenkjer til dømes på Goffman. I staden brukar ho tid og krefter på å få folk til å "snakke saman". Ho gjer i boka siste kapittel greie for korleis ho har starta ei dialoggruppe mellom alternativmedisinarar, legar og sjukepleiarar. Eg skjønner korleis ho tenkjer, men syns personleg at det er eit tullele løysingsforsøk. Tullele fordi posisjonane gjensidig utelukker kvarandre, dersom ein vil vere tru mot sitt eige faglege grunnlag.

Eg meiner altså at VMC har blanda private, ugrunna meiningar inn i sin eigen sosiologi. Men eg har sjølv gått ut over mitt oppdrag når eg har gjort ei bokmelding om til eitt debattinnlegg. Difor lyttar eg gjerne til ein reaksjon på mi bokmelding. Eg berre repeterer hovudkonklusjonen: Boka er god. Pasientperspektivet er vel tatt vare på. Då betyr det jo ikkje så mykje om det likevel endar med eit mageplask på slutten.

Anmeldt av:
John Nessa
Hjelmeland

Litteratur:

1. Wulff H R, Pedersen S A, Rosenberg, R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
2. Christie, V. Det utvidede egenomsorgsbegrep. Bruk av alternativ medisin og legmannskontroll av helsevesenet sett som egenomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen, 110, 8, 964-66.
3. Nylenna M. Intervju Fredrik Mellbye: Et ustyrlig helsevesen uten ryggrad. Tidsskr Nor Lægeforen 15, 1991; 111: 1874-6.

□



Omsorg ved livets slutt

5. landskonferanse

«Døden i lokalsamfunnet»

Trondheim 6.-8. mai 1992, Hotel Royal Garden

PROGRAM

ARR.:

 Omsorgsrådet

ONSDAG 6. MAI

Formiddagssesjon – Plenum:
«Filosofi, verdier, holdninger, tradisjon»
10⁰⁰ ÅPNING AV KONFERANSEN
10³⁰ VALUE OF LIFE
12⁰⁰ DØDEN I NORSK KULTUR
OG HELSEVESEN

Ettermiddagssesjon 14³⁰-17⁰⁰:
Parallellsesjon I: «Etikk og døden»
Parallellsesjon II: «Barn og døden»
Parallellsesjon III: «Sorgarbeid»
– Den gamle og sorgen
– Ettersamtaler
– Sorggrupper

TORS DAG 7. MAI

Formiddagssesjon – Plenum:
«Hospice/samarbeid mellom nivåer
i helsevesenet»
09⁰⁰ BILDER OG MUSIKK
09¹⁵ DO WE NEED HOSPICE?
10⁰⁰ HOSPICE I NORGE
11¹⁵ SAMARBEID MELLOM NIVÅER
I HELSEVESEN
12⁰⁰ SAMARBEID SETT
FRA INSTITUSJON
12³⁰ SAMARBEID SETT FR.
KOMMUNEHELSETJENESTEN

Ettermiddagssesjon 14³⁰-17⁰⁰:
Parallellsesjon IV:
«Symptomkontroll»
– Symptomcontrol in Hospice
– Får vi det til?
– Smertebehandling i hjemmet
Parallellsesjon V:
«Døden i lokalsamfunnet»
– Nettverkets betydning
– Prosjekt: Kreftsyk i Bjugn
– Rådgivningsgrupper i kommunene
– «Å være brobygger»
Parallellsesjon VI:
«Forskning når livet går mot slutten»
– Livskvalitet hos døende pasienter
– Hva kan vi måle og hvordan?

FREDAG 8. MAI

Formiddagssesjon – Plenum: «Døende pasienters plass i våre prioriteringer»
09⁰⁰ BILDER OG MUSIKK
09¹⁵ Første visning av video fra Lofoten.
DØDEN I LOKALSAMFUNNET
10⁰⁰ DEN DØENDE PASIENT I
NORSK MEDISINSK
UTDANNING OG FORSKNING
10³⁰ ER OMSORG FOR DØENDE
FOR KOSTBART?
11⁰⁰ HVORFOR SKÅL VI
PRIORITERE DE DØENDE
PASIENTENE?
12⁰⁰-13⁴⁵ PANELDEBATT
Hva er det som styrer oss?
Prioriteringer i samfunn
og helsevesen.
13⁴⁵-14⁰⁰ HVA GÅR VI HJEM TIL?

Jeg ønsker nærmere opplysninger:

Navn
Adresse
Yrke
Institusjon
Telefon

Praktiske opplysninger

Kursavgift: Kr 1.500
Påmeldingsfrist: 15. mars 1992
Påmelding og opplysninger:
NSB Reisebyrå
v/Hilde Trang/Oddvar Rønning
Elgesetergt. 10, 7030 Trondheim
☎ Telefon (07) 512051 - ☎ Telefax (07) 511920



Angst som skapende kraft

Paul Moksnes: Hverdagens angst i individ, gruppe og organisasjon. Et organisasjonspsykologisk perspektiv.

Forlaget Paul Moksnes, Oslo 1989. 282 sider.

"Biblioterapi" er antagelig en hyppig anvendt form for selvtterapi i det norske folk. Praktiserende leger er antagelig lite klar over denne terapiform og anvender henvisning til bibliotek eller bokhandel lite i sine praksiser. Jeg har gjennom de senere år opparbeidet et fint knippe av bøker på mitt kontor som jeg henviser til når jeg arbeider med mennesker med hverdagspsykiatriske lidelser.

Paul Moksnes' bok fikk jeg anbefalt av en pasient som tidligere hadde store plager i form av bulemi og angst. Hun hadde lest den med stort utbytte. Boken henvender seg til mennesker som vil ha et nytt perspektiv på egen angsterfaring. Den pretenderer også å være en fagbok for skoler og kurs som har psykologi på timeplanen.

Språket og fagterminologien gjør kanskje boken litt vanskelig tilgjengelig for legfolk og angstbærere som i følge Paul Moksnes er mest utbredt i lavere sosiale lag. Jeg oppfatter bokens hovedide som at angst er energi, en positiv

skapende kraft som er nødvendig for mennesket. Moksnes advarer mot å patologisere angst, og i denne sammenheng får Sigmund Freud "passet påskrevet", dog på en respekterende og ydmyk måte.

Fullt så ydmyk er ikke Paul Moksnes når han omtaler biomedisinske behandlingalternativer overfor angstpasienter. Her glemmer Paul Moksnes rollen som fagmann og blir halvreligiøs synser i et korstog der nevrokirurgi, insulin-koma, bensodiazepiner, nevroleptika, anti-depressiva og vannbad sausesammen i "den store sorte gryte".

La ikke dette skjemmende sleivspark diskvalifisere hele boken, som inneholder mye nyttig lesing. Spesielt er Paul Moksnes god når han beveger seg på egne domener: Organisasjonspsykologi, angstens rolle i sosial sammenheng, angstens rolle i kommunikasjon og angstens rolle i ledelse og bedriftskulturer. Paul Moksnes skriver også fengslende og levende om angsten i filosofihistorisk perspektiv. Vi får en innføring i angstlidelsene etter DSM III systemet, og til slutt i boken finner vi konkrete og håndfaste råd om behandling og selvbehandling.

Paul Moksnes har gjort en hederlig innsats for å avpatologisere og avmytologisere angsten, og han klarer å sannsynliggjøre både for leg og lærd hvordan angsten kan bli en positiv energi og følgesvenn i livet. Han kan slutte å dunke oss medisinere i hodet med usakligheter. Den patologiske dualisme mellom psyke og soma er nemlig vel så patologisk når den opptrer i form av "sjelsdogmatisme" som når den opptrer som biomedisinsk ensprethet.

Anmeldt av:
Eivind Meland.



Finnes det spørsmål som ikke kan stilles ?

Finnes det svar man ikke kan be om ?



Anne Luise Kirkengen er cand. med. fra Hamburg 1971 og tok norsk tilleggseksamen i 1972. Turnus Bærum sykehus og privat praksis i Asker. Hun har vært allmennpraktiserende lege i Oslo fra 1973. For tiden har hun permisjon fra sin praksis og arbeider med en studie om seksuelle overgrep blant kvinner som bestilte time hos henne for en gynekologisk undersøkelse.

Impresjoner fra intervjuer om seksuelle overgrep i barndommen

Av Anne Luise Kirkengen

- Å undres
- bli nysgjerrig
- oppsøke
- utforske

disse fire begrepene uttrykker en lang prosess i en kort form. Ordene har en intern følgeriktighet. De betegner et program av nødvendige steg på en vei man må gå for å finne ny forståelse. De beskriver et mønster av gjøremål og adferd som alle levende vesener bruker for å tilpasse seg livet (1).

Levende veseners sansorganer og nervesystemer har integrert maler for det normale, det som etter artens erfaring intreffer oftest. Alle mottatte inntrykk blir sammenlignet med disse (2). Avvik fra normen kan bety fare. En registrert forskjell må tolkes og dens betydning og mening erkjennes. Vesenet sammenligner og vurderer. Hvis forskjellen finner sin rimelige forklaring, hvis den oppleves som forståelig eller til og med utilsiktet, det vil si "ikke ment for meg", stilner alarmen. Vesenet faller til ro. Balansen er gjenvunnet (3).

Ved motsatt slutning, når betydningen forblir uklar, urimelig eller uhensiktsmessig, forvandles undringen til nysgjerrighet. Vesenet blir, som ordet sier, begjærlig på nytt. I dette begjær uttrykkes et behov for noe annet enn det kjente, noe mer enn det som står til rådighet (4). Behovet blir til handling, all videre adferd preges av eksplorerende gjøremåter. Vesenet begynner å lete, først diffust, så mer og mer målrettet. For ny innsikt må horisonten utvides. Det krever handling i kropp og sinn (5).

Nå gjelds det å søke steder og kilder for ny informasjon. Ved å oppsøke noe nytt er vesenet ikke lenger i fortrolige omgivelser og sammenhenger. I dette ligger både farer og muligheter. Faren er å ta skade på veien, bli rådvill om retningen, bli såret av det ukjente, bli skremt av å finne noe annet enn det man ville. Muligheten er å finne noe som forklarer, noe som rimer, som gir ny innsikt og viser andre sammenhenger. Muligheten er erkjennelse og vekst. Vesenet er seg bevisst både faren og muligheten. Men faren veier mindre jo klarere det opprinnelige ubehaget føltes, jo sterkere behovet for forståelse var, jo

tydeligere trangen for å oppsøke kjentes. Begjæret etter det nye overgår frykten for det ukjente. Vesenet må våge å åpne seg, gjøre seg sårbar, gå en ny vei, oppsøke nye kilder og spørre på en ny måte. Og så må alle impulser og svar som kommer utforskes på mening og felles indre mønstre. Først da har vesenet ervervet seg ny viten.

Vesenet var meg. Undringen var faglig, og var oppstått over lang tid i møtet med mange kvinner. Ubehaget kjents sterkt. Jeg mottok mye informasjon som ikke samstemte med den faglige malen i mitt hode. Ingen opplevelse av rimelighet, sammenheng og klarhet ville innfinne seg. Jeg falt ikke til ro. Uroen vedvarte og vokste. Så våknet nysgjerrigheten, begjæret etter nytt. Den ble omsatt til oppsøkende adferd. Jeg oppsøkte kvinners viten om sine egne liv. Jeg spurte.

Det gjaldt krenkende hendelser i livet som berørte den personlige integriteten. Det gjaldt skjulte opplevelser man selv ikke nevnte frivillig. Det gjaldt vanskelige følelser som skam og skyld. Det gjaldt hemmelige handlinger som innebar overgrep. Hva visste mine kvinnelige pasienter om seksuelle overgrep fra sin egen barndom? De svarte på mine spørsmål.

Noen svarte direkte og uten forbehold. De hadde ord og begreper om det som hadde hendt dem. De formidlet et inntrykk av distanse til hendelsene, de fremstilte det som en sak på saklig vis. Deres stemmer, kropp og ansikter beholdt sin ro. De fortalte med bortvendte øyne og lav stemme, og syntes ikke selv å være grepet av det de sa. De ga inntrykk av at de hadde lært å forholde seg til disse delene av sine liv, og at hukommelsen hadde konkrete beskrivelser av dem.

- Jeg bare lyttet og noterte.

Noen svarte nølende, virket litt brydd, sendte meg et raskt blick over bordet, måtte samle tankene, lete etter ord. Deres beretning var mindre presis og med mange pauser, med ufullførte setninger, rettelser og gjentakelser. Øynene, ansiktet, kroppen og hendene var urolige, røbet usikkerhet og ubehag. De sa selv at det følte vanskelig, både å finne de rette ord og å høre seg selv si dem høyt. Pusten fortalte hvor vanskelig det var, flekkene på halsen spredte

seg, tonefallet røbet svikt i kontrollen av stemmebånd og strupe. Men fortellingene var konkrete.

- Jeg måtte forvise meg om å ha oppfattet sammenhengene.

Noen ble først stille, lenge, og jeg måtte spørre dem om de hadde forstått mitt spørsmål. Så kom søkende, lavmælte ord: "der er det noe jeg ikke riktig vet, men jeg lurer veldig.." Og så beskrev de situasjoner der kroppen reagerte med avverge uten at forstanden skjønte hvorfor. Utbrudd med sterk avvising og heftig forsvar i tilsynelatende uproblematiske sammenhenger. Svært ubehagelige følelser fremkalt av åpenbart banale hendelser. "Som om jeg i meg kan huske noe jeg ikke vet om", sa en av dem.

- Jeg deltok i både høyttenkningen og forvirringen.

Noen reagerte først fysisk, vendte hodet eller kroppen bort, sank litt sammen, skjulte ansiktet, sukket, pusten ble hörbar fortere og sterkere. Så begynte fortellingen til stemmen ble presset, så kom rykningene i kinn, rundt øynene og i munnviken. Noen raske og forvisende blick, så gråten, klagelydene.

- Her fikk jeg notert minst, å holde blikket eller hånden syntes viktig og riktig.

Hadde jeg bare kunnet feste bilder til papiret. Kroppene sa så utrolig mye mer enn ordene. Hadde jeg bare hatt et filmkamera. Så mange budskap jeg ikke fikk holdt fast, dokumentert, bevart for tolkning etterpå. Så mye som skjedde samtidig, som jeg ikke kunne gripe, men som hjalp meg å begripe - og som grep meg. Jeg ble involvert, mine følelser og uttrykk bevirket noe hos dem som satt hos meg og fortalte. Det sa de og det så jeg. Jeg kunne ikke være en distansert, ikke reagerende observatør.

Det var mange historier, mange grader av krenkelser. Mange ganger syntes meg fortellerens kroppssprog og væremåte ikke å tilsvare den antatte tyngden i overgrepet. Gradvis forsto jeg at ikke min vurdering, men kvinnenens egen opplevelse og tolkning bestemte deres reaksjon. Den kjølige, saklige distanse hos noen forvirret mest der hendelsen hadde vært meget krenkende. Hva er beskyttelse og hva er overvunnet raseri?

Det var mange, flere enn jeg hadde forventet, som hadde opplevd overgrep. Jeg ble forskrekket, ofte skamfull over å ikke ha sett, visst, skjønt, forstått. Jeg var av og til ikke helt sikker på om jeg egentlig ville vite. Noen ganger kom mine tårer der hun som fortalte forble rolig. Etter enkelte samtaler frøs jeg, kjente en spenning i hele kroppen av å ha lyttet til noe ubehagelig. Var det dette jeg hadde villet? Kunne det være godt for noe, nyttig for noen? Jeg vet ikke enda.

Alle kvinner jeg spurte sa etter samtalen noe om sine følelser. De sa det kjentes riktig å snakke, viktig å kle i ord det som hadde skjedd. De sa det lettet. De uttrykte å ha oppfattet mer om seg ved å fortelle. Det følte vanskelig, men ikke farlig. Som en formulerte det: "det var jo ikke nytt for meg, jeg har jo båret på det og visst det siden det hendte. Det er bare nytt for deg."

Litteratur

1. Dittfurth Hv. Der Geist fiel nicht vom Himmel. Die Evolution unseres Bewusstseins. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976.
2. Ursin H. Expectancy and Activation: an attempt to systematize stress theory. I: Hellhammer D, Florin I, Weiner H, red. Neurobiological approaches to human disease. Toronto: Huber, 1988.
3. Maturana HR, Varela JF. Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen - die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz, 1987.
4. Vincent JD. La Biologie des Passions. Paris: Odile Jacob, 1986.
5. Lorenz K. Die Rückseite des Spiegels. Versuch einer Naturgeschichte menschlichen Erkennens. München: Piper, 1973.

□

Legevaktarbeidet i legevaktsentraler og tradisjonelle legevakter i kommunehelse-tjenesten

Hans Knut Otterstad er cand. med. fra Oslo 1968. Turnus Telemark sentralsykehus og Tana distrikt. Han har arbeidet ved Redd Barnas klinikk i Dacca, Bangladesh i 1976-77. Han er Master of Public Health fra Johns Hopkins University, USA. Hans Knut Otterstad er assisterende fylkeslege i Vestfold.

Av Hans Knut Otterstad

Legevaktarbeidet i Vestfolds 15 kommuner er sentralisert til seks legevakter. I Tønsberg, Larvik og Sandefjord er det etablert legevaktsentraler med kontor og hjelpepersonell; Borre har en legevakt-sentral uten hjelpepersonell. De to legevaktene i Nordre Vestfold: Holmestrand og Sande/Svelvik ligger i et mindre urbanisert område og drives som tradisjonelle legevakter fra legens eget kontor/hjem.

Tidligere undersøkelser fra Vestfold har vist at allmennlegene som er tilknyttet tradisjonelle legevakter dekker både dagtid og legevakt for egen befolkning, mens allmennleger i de større legevakt-distriktene i betydelig grad eliminerer vaktarbeidet (1).

Slike forhold vil ha stor betydning for legene og for befolkningens tilbud av allmennegetjeneste.

Det er to problemstillinger:

- 1) I hvilket omfang setter allmennlegene bort vaktene sine og hva er årsakene til dette?
- 2) Er det akseptabelt at allmennlegetjenesten på døgnbasis i de mest urbaniserte områdene taes hånd om av to arbeidslag: Allmennlegene i vanlig arbeidstid og leger uten tilknytning til primærhelsetjenesten utenom vanlig arbeidstid.

Metode og materiale.

Fylkeslegen har siden 1989 ført et *regelmessig tilsyn* med allmennlegevaktene i fylket. Dette er en meget viktig del av helsetjenesten og opplysninger fra legevaktene gir dessuten betydelig informasjon om legetjenesten på dagtid.

Legevaktene i Vestfold er relativt store enheter med oversiktlig og god statistikk. Det er derfor relativt enkelt å få data både for behandlende pasienter og deltagende leger. Informasjonen ble samlet inn gjennom et spørreskjema til de seks legevaktsjefene.

Resultater.

Legevakt organisert som en legevakt-sentral medfører færre og travlere vakter og mindre sykebesøk.

Det tradisjonelle legevaktarbeidet i Norge er bygd opp omkring sykebesøk til akutt syke pasienter.

Ved en legevaktsentral derimot dominerer konsultasjonene, og sykebesøkene blir sterkt redusert.

Tabell 1 viser at antall legevakter pr. vaktlege pr. år bare var 20-25 ved legevaktsentralene, mens antallet lå rundt 40 ved de tradisjonelle legevaktene. Dette betyr at avtaleleger som er tilknyttet en legevaktsentral har betydelig mindre vaktbyrde. Til gjengjeld blir vaktene travlere.

Tabell 1. Vaktbyrde, arbeidsbelastning og sykebesøk ved legevaktene i Vestfold, 1990

Legevakt-distrikt	Antall primær-vakter per år	Antall leger på vaktlista	Andel av lege-vaktene som dekkes av vaktlegene (Prosent)	Gjennomsnittlig antall konsulta-sjoner og syke-besøk per primærvakt	Andel syke-besøk (Pro-sent)
Larvik	16	25	31	33	8
Tønsberg	20	36	79	25	6
Sandefjord	23	21	50	23	4
Borre	28	13	37	22	25 ¹
Holmestrand	37	10	96	10	41
Sande/Svelvik	46	8	88	9	47

¹ Anslag

Tabell 2. Betydning av legevaktorganisering og legens kjønn for legers deltagelse i legevakt. Vestfold 1990.

Type legevakt	Gjennomsnittlig antall vakter per år			
	Leger med avtale		Leger uten avtale	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Legevaktssentral	13,1 (n=73)	4,7 (n=12)	15,1 (n=53)	18,5 (n=6)
Tradisjonell legevakt	37,8 (n=16)	33,0 (n=1)	30,0 (n=2)	-

Legetjenesten ved en legevaktssentral har også et annet innhold, fordi andel sykebesøk er meget lite sammenlignet med den tradisjonelle legevakt. Borre legevakt kommer i en mellomstilling fordi det ikke er hjelpepersonale ved denne legevakten, og den polikliniske driftformens effektivitet derfor ikke kan utnyttes fullt ut.

I første rekke var det kvinnelige leger og mannlige leger over 45 år som satte bort vaktene sine.

Forutsetningen for at leger med vaktplikt kan sette bort vaktene, er at vaktene er tilstrekkelig attraktive rent økonomisk, og at det er andre leger som har tid og interesse for legevaktarbeid. Begge disse forutsetningene er tilstede i Vestfold, og det er i tillegg leger bosatt utenfor fylket som reiser hit for å ta vakter.

Tabell 2 viser at mannlige avtaleleger som var tilsluttet legevaktssentral kun tok 13 vakter i gjennomsnitt pr. år, mens deres kvinnelige kolleger bare tok ca. 5. Leger utenom kommunehelsetjenesten hadde høyere gjennomsnitt, men sammenligningen er ikke helt god, fordi gruppen avtaleleger også inneholder de legene som satte bort alle vaktene sine.

Ved de tradisjonelle legevaktene var det ingen kjønnsforskjell, og andel leger som satte bort vaktene var meget beskjeden.

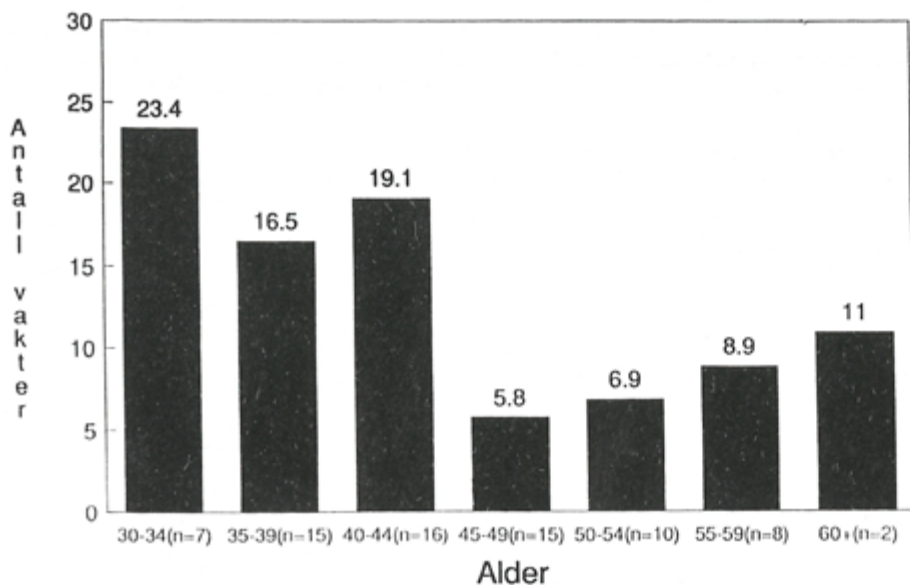
Tabellen demonstrerer at legevaktorganiseringen har dyptgående konsekvenser for avtalelegenes formelle og reelle bundethet i vaktssystemet.

⇒

Tabell 3 Alderens betydning for andel av avtaleleger ved legevaktssentralene som setter bort alle eller minst halvparten av vaktene sine. Prosent. Vestfold 1990

	Andel som setter bort alle vaktene. Prosent	Andel som setter bort minst halvparten av vaktene. Prosent
29-34	9	0
35-39	17	6
40-44	17	0
45-49	20	30
50-54	11	18
55-59	9	33
60 +	2	50
	85	15
		52

Fig. 1 Gjennomsnittlig antall legevakter pr år for avtaleleger som arbeidet ved legevaktsentralen. Vestfold 1990.



For mannlige leger ved legevaktsentralene var alder en faktor som betød mye for legevaktdeltagelsen, kfr. tabell 3. Det synes å inntre en merkbart reduksjon i deltagelsen i vaktarbeidet ved 45 års alder. Fra denne alder satte majoriteten av legene bort over halvparten av vaktene sine, og endel kvittet seg endog med hele vaktbyrden. Dette betyr at det skjer en slags tredeling av allmennlegene som gruppe:

- 1) de som kun arbeider på dagtid,
- 2) de som tar et begrenset antall vakter og
- 3) de som tar sine tildelte vakter, eventuelt flere enn det som er nødvendig.

Figur 1 viser at 45 års alder er et *grenseskille* for allmennleger ved legevaktsentraler. Når legene var over 45 år skjedde det ingen reduksjon av antall vakter med økende alder. Tabell 3 viser imidlertid at en økende andel satte bort mer enn halvparten av vaktene sine jo eldre legene ble. Ved 60 år opphører som kjent vaktplikten.

Lav egendekning for allmennlegene i distrikter med legevaktsentral.

I de tradisjonelle legevaktdistriktene var det en høy grad av egendekning fra allmennlegenes side: hele 96 % i Holmestrand og 88 % i Sande/Svelvik. I Tønsberg var også egendekningen høy, 79 % mens den var lav i Larvik, 24 % og Borre 37 %. I Sandefjord var den 50 %.

Statistikken viser at det var 20 leger av 85, dvs. 24 %, som tok nesten 40 % av alle vaktene ved legevaktsentralene. Dette betyr i realiteten at en liten gruppe leger var meget aktive utenom den vanlige arbeidstiden og påtok seg en stor del av allmennlegevaktene.

Karakteristisk for denne gruppen av leger er: Det var menn i tiårsintervallet 33-42 år, likt fordelt på allmennleger og leger som ikke hadde noen tilknytning til kommunehelsetjenesten, hvorav de fleste var sykehusleger.

Gruppen ikke-allmennleger som tok vakter var meget selektert. Det var i alt 67 leger, hvorav 53 var menn. Bare fire var 45 år og eldre. Tabell 2 viser at de i gjennomsnitt tok flere allmennlegevakter pr. år enn allmennlegene. Disse legene ydet derved et betydelig bidrag til vaktjenesten i kommunehelsetjenesten, i alt 42 % av samtlige vakter ved legevaktsentralene. De fleste hadde i tillegg vaktplikt på sitt hovedarbeidssted, og noen kom dermed opp i et stort antall vakter pr. år.

Et hovedfunn var at legetjenesten ved legevaktsentralene i kommunehelsetjenesten var meget spesiell:

- 20 leger (24 %) tok ca. 40 % av vaktene
- 13 leger (15 %) tok ingen vakter
- 52 leger (61 %) tok ca. 20 % av vaktene
- 67 leger utenom kommunehelsetjenesten tok ca. 40 % av vaktene.

Diskusjon.

Denne undersøkelsen er en oppfølging av en tidligere undersøkelse av allmennlegevaktene og legers deltagelse i legevakt i Vestfold (1). Det kan dokumenteres at det særlig er kvinnelige allmennleger og mannlige allmennleger over 45 år som setter bort sine tildelte legevakter.

Legetjenesten er mannsdominert, derfor er det ikke uventet at kvinnelige leger får problemer med å delta i legevakt siden slikt arbeid oftest kolliderer med kravene fra ektefelle og barn. En undersøkelse fra 1982 belyser de konfliktene kvinnelige leger møter i helsevesenet (2).

At mannlige allmennleger er aktive i legevaktsammenheng fram til 45-års alder for deretter å trekke seg tilbake, kan imidlertid ikke bero på de samme begrunnelsene. Den aktive fasen for legevaktarbeidet er jo ved 30-45 års alder, noe som for de fleste leger faller sammen med barnas oppvekstår i hjemmet.

Det er trolig andre årsaker til at en stor andel av legene setter bort vaktene når de er kommet midt i 40 årene:

- Arbeidet på dagtid er blitt slitsomt nok i seg selv.
- Legevaktarbeidet har mistet den faglige tiltrekningskraften.
- Det økonomiske insitament ved legevakt er ikke lenger av betydning.
- Endel er blitt faglig og arbeidsmessig utbrent etter over 15 år i allmennlegetjenesten.
- Noen har gjennom flere år påtatt seg betydelig større vaktbyrde enn nødvendig og er av den grunn blitt ekstra slitne.
- "Smitteeffekten" ved at endel kolleger setter bort alle vaktene begynner å gjøre seg gjeldende.
- Det er fremdeles 15 år igjen til 60 års grensen, og mange har funnet ut at det gjelder å økonomisere med egne ressurser.

Allmennlegenes bortsetting av legevakter er et kontroversielt tema. Diskusjonsdeltagerne har ofte ulike interesser eller er i ulike faser av sin legekarriere. De ulike faktorer har

forskjellig betydning avhengig av legens alder. Slik sett mangler ofte en felles forståelse.

Et hovedproblem er at økonomiske faktorer spiller så stor rolle for bortsetting av vakter at faglige premisser kommer i bakgrunnen. Det er derfor viktig at det faglige innholdet i legevaktarbeidet får sterkere vekt.

Jeg tror at følgende argumentasjon taler for at allmennleger ikke skal sette bort vaktene sine. (Imidlertid bør det være mulighet for å slippe vaktplikter i perioder av legekarrieren).

- Allmennlegetjenesten er en kontinuerlig og forpliktende tjeneste, kfr. KOPF-prinsippet. Dette betyr at den individuelle allmennlege i størst mulig grad skal følge opp sine faste pasienter, men det betyr også at allmennlegene som

gruppe tar seg av pasientene i sitt lokalområde også utenom vanlig arbeidstid. Den ordinære allmennlegetjenesten bør derfor være utbygd på en slik måte at den kan organiseres utfra et døgnkontinuerlig perspektiv.

Når en sammenligner legetjenesten utenom vanlig arbeidstid ved de tradisjonelle legevaktene med legevakt-sentralene, blir konklusjonen at de tradisjonelle legevaktene gir en mer forpliktende og kontinuerlig allmennlegetjeneste. Dette skyldes ikke flere legerressurser, men er en konsekvens av måten legearbeidet er organisert på.

Når allmennlegene fordeler alt arbeidet mellom seg, også utenom vanlig arbeidstid, vil det kollegiale nettverket bidra til en mer enhetlig allmennlegetjeneste. Pasientene kan forholde seg til et begrenset antall lokale leger som er

kjent i miljøet. Et slikt forpliktende system vil dessuten bety at legene på dagtid ikke skjærer seg mot øyeblikkelig hjelp ved å henvise egne pasienter til legevakt. Derved vil forbruket av legevaktjenester også begrenses.

Litteratur:

1. Ottestad, H.K. Legevakt i allmennlegetjenesten i Vestfold, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 14, 1991; 111: 1749-51.
2. Lindahl, A.K., Killi M. Familien eller yrket. En undersøkelse av kvinnelige legers livs- og arbeidssituasjon. Rapport nr. 6/84. Oslo: SIFF Avdeling for helsetjenesteforskning, 1984.

Hans Knut Ottestad,
Fylkeslegen i Vestfold,
Storgaten 35, 3100 Tønsberg



13th WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

THE WORLD ORGANIZATION
OF FAMILY DOCTORS



Family Medicine
In The 21st Century

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

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

For further information: The College of Family Physicians of Canada • 2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4 • (416) 629-0900 • Fax (416) 629-0893



SCIENTIFIC PROGRAM TODAY -

*What Is Happening In Family
Medicine Now?*

Mr. James Grant
Executive Director
United Nations Children's Fund
(UNICEF) New York, USA

TOMORROW -

*Where Will This Lead Us If Nothing
Changes?*

Dr. Helen Caldicott
Byron's Bay, Australia
World Renowned Lecturer and
Author of Nuclear Madness: What
Can You Do, and Missile Envy

THE FUTURE -

Where Should We Be Going?

Dr. Richard Wilson
Director, Health Sciences Division
International Development &
Research Council (IDRC)
Ottawa, Canada

THE WINDS OF POLITICAL CHANGE -

*How Can We Change the Political
Will to Effect the Necessary
Changes?*

Mr. Stephen Lewis
Former Canadian Ambassador to
the United Nations, Toronto, Canada

Innhold: UTPOSTEN nr. 8 1991

Hva er medisinsk etikk ? Åsa Rytter Evensen	side 335
Treng vi ein medisinsk etikk? Reidun Førde	side 337
Helsetjenestens verdigrunnlag- Helsedirektør Torbjørn Mork intervjuet av Åsa Rytter Evensen	side 341
Kasuistikkspalten Petter Bugge	side 345
Etiske og kulturelle motforestillinger mot østrogenbruk i overgangsalderen Åsa Rytter Evensen	side 346
Et sukk fra et lik i koleraland Henning A. Nilsen	side 350
Helsemoralisme og teknologifanatisme i moderne medisin Jan Helge Solbakk	side 354
Medisinsk etikk, noe mer enn privat moral eller sunn fornuft Referat fra et foredrag av Reidar Lie	side 358
Fra helseopplysning til helsekommunikasjon Sidsel Graff-Iversen	side 362
Brev fra Varenna Anne Luise Kirkengen	side 365
Ferietid - også en arena for allmenn medisinsk utvikling Anne Mathilde Hanstad	side 366
Bokmelding - Kvifor søker nokre pasientar alternativ medisin John Nessa	side 370
Bokmelding - Angst som skapende kraft Eivind Meland	side 373
Finnes det spørsmål som ikke kan stilles? Finnes det svar man ikke kan be om? Anne Luise Kirkengen	side 374
Legevaktarbeidet i legevaktsentraler og tradisjonelle legevakter Hans Knut Otterstad	side 376