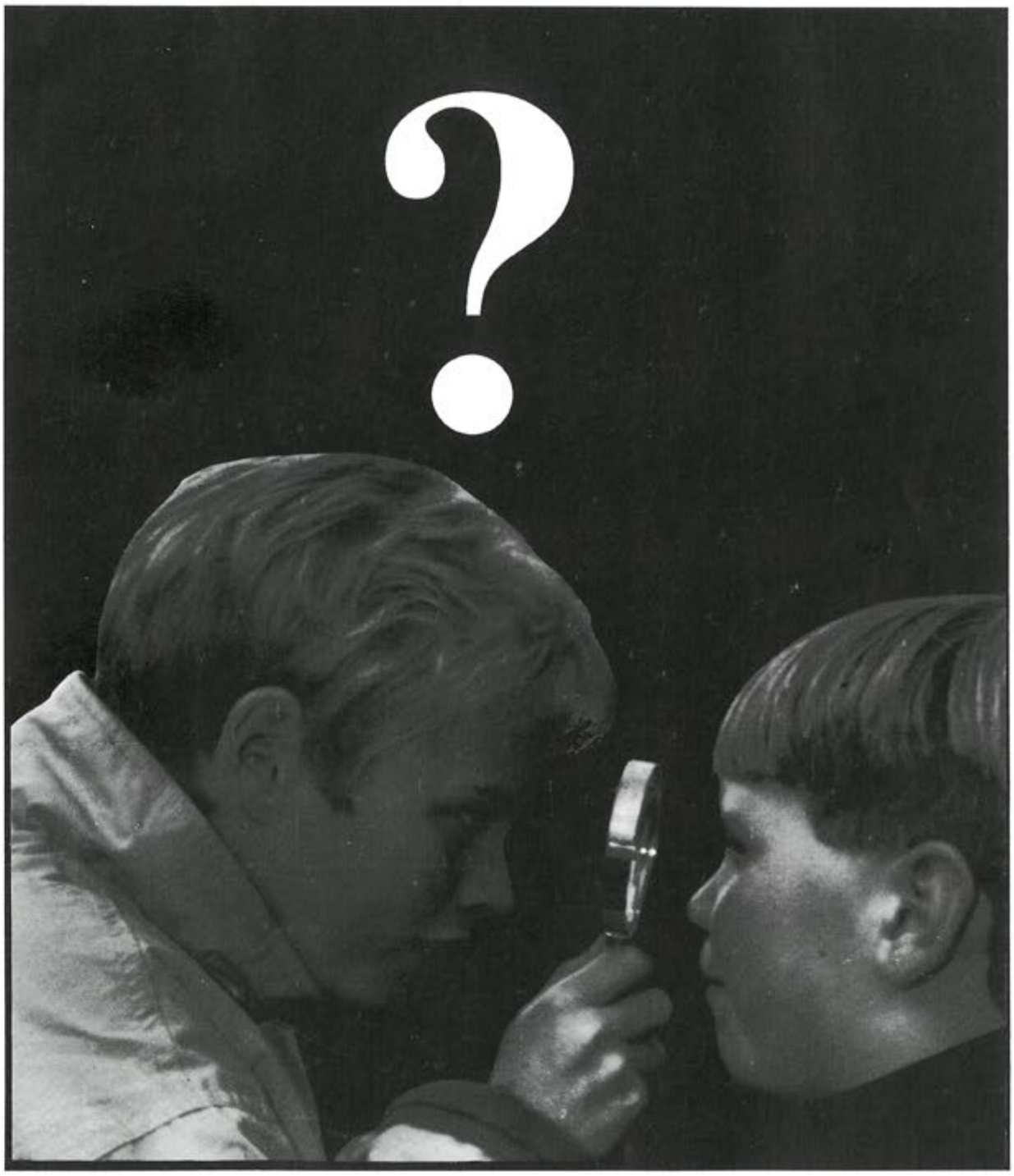
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2 1992 ÅRGANG 21



ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av

Hovedtema: Nysgjerrighet

Fylg tanken

av Olav H. Hauge

Fylg tanken - men ikkje
til ytste egg,
og plukk ikkje kvar ein blom
på nysprotten hegg.

Lat tankane koma
og blåna or augneleite,
og blomar på draumtreet hanga,
kva dei so heiter.

(fra Seint rodnar skog i djuvet - 1956)

Redaksjonen er avsluttet 31.12.91 Framsidefoto: Kirsti Malterud Framsidegutter: Peder H. Øverland og Lars Kvestad

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

Gunn Aadland	Mette Brekke	Marit Hafting	Kirsti Malterud	Åsa Rytter Evensen	Janecke Thesen
Lundvågen 20	2640 VINSTRA	Nyresbaret 19	Seksjon for allmennmedisin	Ullernveien 20 B	5890 LÆRDAL
4085 HUNDVÅG		5700 VOSS	Ulriksdal 8c	0280 OSLO 2	
			5009 BERGEN		
K: 04 508900	K: 062 90100	K: 05 512410	K: 05 206133	K: 02 559210	K: 056 66100
P: 04 861236	P: 062 91010	P: 05 513685	P: 05 233955	P: 02 521788	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

Jeg lurer på...

Klinisk medisin består av mange lag av kunnskap og ferdigheter. Når legen møter ulike pasienter og vurderer forskjellige helseplager, er det ikke tilstrekkelig å beherske pensum fra topp til tå. Legens oppgave er ikke bare å løse problemer. Den vanskeligste oppgaven kan faktisk være å finne ut hva som er problemet. Når problemet er blitt formulert på en adekvat og presis måte som både legen og pasienten anerkjenner, er det ikke lenger fullt så vanskelig å lete etter løsninger (1).

Den erfarne kliniker bruker sitt teorigrunnlag og sine erfaringer og sin personlighet i møtet med den enkelte pasient. Legen gjør sine diagnostiske og terapeutiske overveielser mer og mindre bevisst, i en prosess der bitene i puslespillet møysommelig blir samlet inn og lagt sammen til et mønster som omsider tegner seg. Denne virksomheten blir ofte kalt legekunst. Men det dreier seg om medisinske aktiviteter som utvilsomt har sin egen rasjonalitet og struktur (2).

"The reflective practitioner" (1) skaper klinisk kunnskap til bruk i den aktuelle situasjonen ved å gjøre seg selv til redskap i en interaksjon mellom de ulike kunnskapselementene. Viktige bestanddeler er f.eks. intuisjon, som Karin Skarsaune har løftet fram med sitt vinneressay "La reven leve!" (3).

Jeg oppfatter også nysgjerrigheten som en medisinsk drivkraft som vi til nå har vært for lite opptatt av, både i klinisk medisin og i medisinsk forskning. Det er ikke vitebegjærlighet det handler om, som er et mer kunnskapsrettet ord. Nysgjerrighet er villere - mer lystent, kanskje til og med noe småfrekt. Noe som kanskje styres av intuisjonen, men som i enda høyere grad er med på å drive fram en prosess som kan hente fram det vi lurer på.

Ved å gjøre nysgjerrighet til et medisinsk tema, slik dette nummer av Utposten inviterer til, kan vi se nærmere på det vi gjør som klinikere. Jeg tror ikke hverdagsnysgjerrigheten er så veldig forskjellig fra den kliniske nysgjerrigheten. Men skal vi kunne bruke vår nysgjerrighet som et profesjonelt virkemiddel, må vi sørge for å skille ut negative sider som vi ikke vil ta med på lasset - f.eks. å være innpåsliten, å vise mangel på respekt, å la seg distrahere.

Jeg tror vi må tåle at det handler om egenskaper som også kan ha negative ladninger, og som vi derfor ikke skal gi en endimensjonal romantisering selv om vi ønsker å oppgradere deres potensialer. Intuisjonen kan f.eks. lede oss alvorlig på villspor hvis vi ikke kjenner de mest opplagte fallgrubene (4,5).

Jo sterkere vi kan synliggjøre denne typen skjulte kunnskapssøkende og -skapende prosesser, jo bedre kan vi kvalitetsvurdere og forbedre dem (1,6). Ved å begynne å snakke om dem, kan vi forholde oss mer aktivt til hvordan vi bruker dem. På denne måten kan vi - sakte, men sikkert - etablere et analytisk og reflektert forhold til legekunstens rasjonalitet.

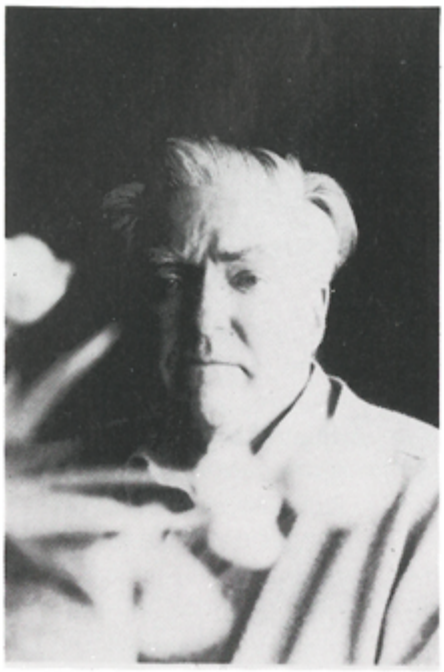
Kirsti Malterud

Kirsti Malterud
ansvarlig redaktør for dette nummer

Litteratur

1. Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. London: Avebury, 1991.
2. Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. J Med Philosophy 1986; 11: 123-34.
3. Skarsaune K. La reven leve! Om intuisjonens plass i allmennmedisinen. Utposten 1991; 20: 289-91.
4. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science 1974; 185: 1124-31.
5. Gross R, Lorenz W. Intuition in surgery as a strategy of medical decision making: its potency and limitations. Theor Surg 1990; 5: 54-9.
6. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester/Massachussets: Peter Smith, 1983

Nysgjerrige refleksjoner over nysgjerrighet



Fredrik Mellbye (f. 1917) har vært stadslege i Tromsø (1946-48), arbeidet i Helsedirektoratet (hygiene og epidemiologi) 1949-72, og var stadsfysikus i Oslo 1972-86. Sentrale verv i NAVF 1975-81. Formann Nasjonalforeningen for folkehelsen 1985-88, Landsforeningen mot Aids 1985-86, Norsk Pensjonistforbunds helsepolitiske utvalg 1989-.

Alle er nysgjerrige, hver på sitt vis. Objektene for vår nysgjerrighet er mangfoldige, vidt forskjellige fra individ til individ og hos samme menneske fra tid til annen. Nysgjerrigheten kan ha karakter av vitebegjær. Den kan fremtre som søken etter viten eller lærdom som allerede finnes, og kan vel da, kanskje noe anstrengt, kalles for lærdomshunger eller kunnskapstørst. Og vitebegjæret kan ytre seg som leting etter noe som ligger utenfor vår nåværende erkjennelses-grenser og fremtre som forskertrang.

Av Fredrik Mellbye

Nysgjerrighet kan være rettet mot et annet menneskes gjøren eller laden og fremtre som indiskret eller sensasjonshungrig. Men også være uttrykk for alminnelig interesse for menneskelig adferd, slik denne gjenspeiles i et annet menneskes oppførsel og framferd. Den kan være drevet frem av en særlig sans for det aparte, for det høyst originale og nonkonforme. Jeg hadde i skoledagene en god venn som fant særlig glede i å lese logaritmetabeller når han skulde ha det ekstra hyggelig. Han lette nysgjerrig etter tilfeldige og sjeldne tallsammenstillinger, og lo høyt og inderlig når han fant en slik. Hos meg utløste den ikke en gang den minste antydning til smil.

De oppdagelsesreisende

En egen form for nysgjerrighet driver noen ut på oppdagelsesreiser. David Livingstone kan være prototypen på dem. Og Fridtjof Nansen og Roald Amundsen hadde samme drag i sin karakter. Ikke hos noen av dem var vel nysgjerrigheten den eneste eller den kanskje sterkeste drivkraft. En kombinasjon av botanisk forskertrang og geografisk nysgjerrighet trakk i 1816 en ung norsk lege, Christen Smith, til å bli med på en reise oppover Kongo for å bringe på det rene om denne flod hadde samme kilde som Niger. Han kom lengre oppover Kongo enn noen europeer før ham. Men han og hans følge ble stoppet av sykdom som han selv døde av.

Christen Smith var utstyrt med en bredspektret nysgjerrighet, for å si det mildt. Etter medisinsk embedseksamen i 1806 fordypet han seg i botanikkens mysterier, kartla plantevegetasjonen over sentrale deler av det sønnenfjelske Norge, og fremsatte på grunnlag av sine studier også forslag om hvordan vegetasjonen kunne utnyttes i økonomisk lønnsom fedrift. Hans vitenskapelige nysgjerrighet levnet ham liten tid om sommeren, da han gikk på sine ben opp og ned langs daler og fjorder.

En bekjendt av meg forela en av hans fotturer for Claus Helberg som har gått mere enn de fleste av oss i vårt land, med spørsmål om hvordan han mente at Christen Smith kunne komme seg så vidt omkring. "Han må ha løpt hele veien", var Helbergs spontane reaksjon. I Christen Smiths dager var vitenskapelig nysgjerrighet en ettertraktet og verdsatt egenskap i vårt fattige land, som strevet med å få et universitet på bena. Han ble derfor i 1814 utnevnt til professor i begge disse fag. Umiddelbart etter utnevnelsen dro han ut på den studieferd som endte med hans død 2 år senere (1).

Filosofiske betraktninger

Flertydigheten av ordet nysgjerrighet kommer også frem når man forsøker å oversette det til andre sprog, eller man går den motsatte vei. En person som er alt for interessert i noe eller noen som vedkommende ikke har noe med, sier man i Sverige er nyfiken, men om interessen er av mere generell karakter sies personen å være frågvis. De tysktalende har substantivet Neugier, henholdsvis neugierig, de engelsktalende har curiosity og curious, og de fransktalende curiositè og curieux. De gamle romere snakket om curiositas og curiosus.

Nu vil enhver som i likhet med meg ikke er filolog, men som allikevel har utviklet en rimelig sans for sprogenes nyanser, vel vite og derfor sikkert også tenke eller utbryte at de nevnte ord ikke er synonymer. Og de har rett, men også urett. For det eller de vanlige ord for nysgjerrighet har så mange betydninger, så mange bunner, overtoner og undertoner.

Det fikk jeg tilfulle bekreftet da jeg i anledning disse refleksjoner søkte bibliotekene etter litteratur som kunne bringe klarhet i den mentale forvirringstilstand som tankevirksomheten førte meg inn i. Bibliotekene har et felles Alfabetisk Emneordregister som kan nyttes av den nysgjerrige som søker deres skattkammere. Ordet "nysgjerrig" fantes ikke i registeret. Men bibliotekarene, disse medlemmer av vår mest tjenesteinnstilte, tjenestevillige og profesjonelt nysgjerrige profesjon, kom til hjelp og fant stikkord. Med dem som nøkkel satt jeg så etter kort tid med en liste over bøker som ifølge datamaskinenes programmerte opplysninger burde lede meg inn i nysgjerrighetens mysterier.

Litteraturstudier

Boklisten overrasket meg til å begynne med gledelig. Til grunn for den følelsesmessige stemning lå intellektuell lathet, nysgjerrighetens største fiende. Den eldste bok: "Beiträge zur Psychologie der Neugier" (2) var nemlig fra 1951. Det bar bud om at det kanskje ikke var skrevet så meget om emnet. Men det sene årstall gjorde meg også mistenksom. Det var merkelig at et så åpenbart urgammelt fenomen som nysgjerrighet ikke langt tidligere var behandlet vitenskapelig i bokform. Men lesningen av de litt historisk pregede innledningskapitler i bøker som jeg fikk anvist på grunnlag av stikkordene Neugier og Cu-

⇒

riosity i titlene, viste at man først etter 2. verdenskrig hadde gått løs på nysgjerrighetsfenomenet som et objekt for vitenskapelig utforskning (3,4,5,6).

Umiddelbart virket det merkelig at menneskene opp gjennom tidene ikke hadde vist større nysgjerrighet overfor nettopp nysgjerrighet. Men etter å ha interessert meg for vitenskapshistorie - på hobbybasis - gjennom årene, var jeg ikke svært overrasket. Med unntak av filosofien og teologien stod vitenskapene sett med dagens øyne nærmest på stedet hvil hen i mot 2000 år fra Aristoteles til Galilei, til tross for at Platon vel hadde gitt menneskene det intellektuelle grunnlag for å kunne komme videre fra der hvor Aristotels hadde stoppet opp. Først etter at menneskene hadde utviklet seg gjennom titusener av år, begynte Newton, som den første, å tenke gjennom hvorfor eplet fallt til jorden (7), et fenomen som mennesker rimeligvis må ha iaktatt fra den høst da syndefallet fant sted. Så den menneskelige nysgjerrighet, hvori den enn nu måtte bestå, tar i hvertfall sine lange pauser. Spørsmålet "hvorfor" sitter merkelig langt inne.

Afasi

Men tilbake til min litteraturliste og de bøker som den bragte meg i kontakt med. Lesningen i dem, merk at jeg ikke skriver lesningen *av* dem, bekreftet det inntrykk jeg og sikkert svært mange andre amatøriaktakere av menneskelig adferd har fått uten å ty til referansebøker. I det begrep vi daglig tale benevner nysgjerrighet, finnes elementer av det vi kaller instinkter og drifter. Det har vi erfart ved å følge barns og barnebarns adferdsmessige utvikling fra deres fødsel av.

På sprog som har vokst frem innenfor psykologien vil man visst si at nysgjerrighet er et utslag av en trang eller et motiv, en prosess i vår hjerne, som driver oss til en bestemt adferd. Med alderens mangel på blussel, må jeg si at dette sprog sier meg lite, selv om ordene kan uttales på norsk. I min søken etter hva forskere på feltet har funnet ut om nysgjerrighet gikk jeg tilslutt vill i ordenes - norske, tyske og engelske - tåkeheim. Jeg leste avsnitt etter avsnitt som var fulle av ord som jeg forstod enkeltvis og også forstod i andre sammenhenger. For meg hadde de, og har fortsatt en bestemt mening.

Men nysgjerrighetsforskerne har gitt disse ord et helt annet innhold, en helt annen betydning. Deres sprog blir derfor uforståelig for dem som ikke tilhører deres spesielle vitenskapelige disiplin. Jeg følte meg afatisk i forhold til den profesjonelle nysgjerrighetslitteratur og søkte meg over til de klargjørende diktere.

Dikterisk nysgjerrighet

Bjørnstjerne Bjørnson gir i "Arne" uttrykk for det element i nysgjerrighetsbegrepet som vi kaller undring:

Undrer mig på, hvad jeg får at se
over de høje fjælle?
Øjet møter nok bare sne.
Rundt omkring står det grønne træ,
vilde så gjærne over;-
tro, når det rejsen vover?

Og for utferdstrangen:

Ut, vil jeg! ut! - å, så langt, langt, langt
over de høje fjælle!
Her er så knugende, tærende trangt,
og mit mot er så ungt og rankt, -
lad det få stigningen friste,
ikke mot murkanten briste!

Rudyard Kipling har satt sammen de 6 ord som fremfor andre kanskje kan kalles nysgjerrighetsordene:

I keep six honest men
they taught me all I knew
Their names are
what and why and when
and how and where and who.

Det har slått meg at flere av dagens vitenskapskvinner og vitenskapsmenn på en måte setter strek for sin intellektuelle nysgjerrighet når de mener å ha nådd grensene for hva de kan trekke ut av eller slutte seg til på grunnlag av sitt forskningsarbeid. Begrunnelsen som de gir for å sette strek er at de ikke vil gå ut over sine erkjennelses-grenser.

De viker tilbake for å tre inn i det mystiske, guddommelige, ukjendte farvann. Det er noe gudfryktig over deres holdning, en beskrivelse som mange av dem sikkert vil ta avstand fra.
Man finner den samme holdning igjen i vitenskapshistorien i form av en dyp respekt for det som til enhver tid er blitt betraktet som den rette tro, dosert nettopp av den Kirke som var den dominerende.

"Man frågar icke om Gud finnes eller icke finnes, man lägger helt enkelt sitt lille förstånd åsido", skriver Edith Södergran i sine "Brokiga iaktagelser". Hun iaktar også:
"Från sin innersta ärkeviskipelse avstår man aldrig, det vore ens undergång".
Og: "Om genialiska människor med puritanska skygglappar råka se sanningen, bliva de otroligt uppfunningsrika i at bortförklara den! (8).

Så man kan nok føle seg en smule afatisk også ved å fordype seg i de store dikteres tankebaner og ordbruk når de begir seg inn i nysgjerrighetens mysterier.

Legeloven og nysgjerrighet

Leger lever av nysgjerrighet og av nysgjerrighetens frukter. Legenes legitime basis består i at de har tilegnet seg to sett av kunnskaper. For det første en sum av faktisk viten som nysgjerrige forskere - drevet av forskningstrang - har skaffet seg om menneskene, deres avhengighet av hverandre og av deres mangedimensjonale miljø forøvrig. For det annet kunnskapene om den vitenskapelige metode som har ledet forskerne - og som forskerne har holdt seg til - under utøvelsen og utfoldelsen av sin nysgjerrighet. En autorisert lege har vist at hun eller han sitter inne med disse kunnskaper ved å ha bestått medisinsk embetseksamen i Norge eller en tilsvarende eksamen i et annet land.

Dobbeltheten i den legitime basis blir for svakt understreket under utdannelsen av de medisinske studenter. Forståelsen av den mangler også blandt folk flest. Dette siste medfører at leger ofte blir kritisert for ikke å ville anerkjenne andre behandlinger og diagnostiske fremgangsmåter enn slike som er utprøvet innenfor rammen av den vitenskapelige metode som kalles den medisinske, og som er den som styrer deres nysgjerrighet.

Metoden er en sikkerhetsgaranti overfor den løsslupne nysgjerrighet på pasientenes bekostning. Garantien er nedfeldt i legeloven. Autoriserte leger har ikke rett til å bruke undersøkelses- og behandlingsmetoder som er karakteristiske for systemer som betegnes som naturmedisinske, homeopatiske eller annet som er samlet innenfor rammen av det som kalles alternativ medisin. Benytter leger slike metoder i sin virksomhet overfor pasienter, plikter de faktisk å si fra at de ikke lenger opptrer som leger med de rettigheter og plikter det innebærer etter loven.

Nysgjerrighet i tvangstrøye

Det blir undertiden hevdet at den medisinske vitenskapsmetode er en tvangstrøye som hemmer nysgjerrigheten og som sperrer for de mange rent filosofiske sykdoms- og helbredelsesteorier som søkes omsatt i praksis under forskjellige navn. Og a priori kan en slik påstand være riktig, såfremt man tar sitt utgangspunkt i at den medisinske vitenskapsmetode også er basert på et rent filosofisk begrunnet system som alle praktiske erfaringer må tilpasses.

Men det karakteristiske for vitenskapelige metoder innenfor medisinen og naturfagene, og innenfor de humanistiske fag og samfunnsfagene, er nettopp deres ubundethet av dogmatiske oppfatninger som virker som sperrer for nysgjerrigheten, for trangen til å vite, lære og å erkjenne.

Den intellektuelle og derav følgende vitenskapelige oppvåkning som fant sted etter den tidsperiode som kalles middelalderen, og som med et treffende ord er blitt benevnt renessansen, skyldes nettopp at menneskene med gjenfødt nysgjerrighet gikk løs på endel fastlåste dogmer om mennesket, naturen, jorden og universet.

Om man setter seg inn i oppfatninger og forestillinger som man i middelalderens Europa hadde om menneskets anatomi, fysiologi, om sykdommers årsaker og dermed sammenhengende behandlinger, og deretter forsøker å følge utviklingen av og utvidelsen av den medisinske erkjennelse frem til i dag, er det mest dominerende trekk utvilsomt viljen til å stille spørsmålstegn ved holdbarheten av enhver teori, for deretter å prøve teorien med dertil egnede eksperimenter.

Skulle man sette et navn på denne periode til erstatning for den vanlige "den nye eller nyere tid", burde navnet gjenspeile at i disse hundreårene eksploderte den menneskelige nysgjerrighet med økende voldsomhet. Så det var sannelig på tide at man omkring 1950 gjorde nysgjerrigheten til et forskningsobjekt.

Og et av de interessante og oppløftende trekk i denne nysgjerrighetseksplosjon, er at den skjer ved en stadig utdypning av den hypotetisk-deduktive vitenskapsmetode som regulerer den (9). Det er ikke riktig - det er rent feilaktig - at den medisinske vitenskap og naturvitenskapene er stivnet til i et mønster, enn si at forskere og praktiske yrkesutøvere som virker på grunnlag av disse vitenskapers resultater, har en innsnevret, fragmentert, antiholistisk oppfatning av eksempelvis sykdom og helse.

Pointet er tvert imot at de under utnyttelsen av og videreutviklingen av den hypotetisk-deduktive metode samtidig forsøker å avdekke og å forstå både molekylære og kosmiske fenomener, og å finne frem til hvilke(n) grunnleggende naturlov(er) som styrer det hele. Forskere som arbeider i grensefeltene for dagens erkjennelse, legger ikke sin nysgjerrighet - sin vitebegjærlighet - til side. Men de har den ydmykhet overfor det ukjente, det de ikke forstår, at de unnlater å bygge opp en løsaktig helhetsoppfatning til erstatning for det ukjendte, det ennu uforståelige. De konstruerer ikke dogmer som sperrer for å komme videre (7). Kanskje er det nettopp i og med en slik holdning man finner det berettigede i å kalle nysgjerrigheten en drift, et biologisk imperativ, hvis forankring ligger i vårt genetiske grunnstoff.

"Forskellen paa Kunst og Haandverk er, at man må være Sagkyndig for at bedømme Haandverket"

(Robert Storm Petersen)

I det praktiske legearbeid er den vitenskapelig skolerte nysgjerrighet legens intellektuelle dynamo. Det er den som frister legen til å gå utover den vitenskapelige erkjennelses grenser når pasientens problemer ikke kan løses ved hjelp av den viten vi allerede har. Samtidig er det den som hindrer legen i å eksperimentere med sin pasient inn i det ukjendte, uten sikkerhet for å kunne trekke pasienten tilbake på kjendt, om enn hjelpeløs grunn, såfremt det ukjente viser seg å være skadelig eller å gjøre vondt verre.

Den skolerte, kultiverte nysgjerrighet er den som tillater legen å utøve legekunst på toppen av sine tillærte kunnskaper, "over de høje fjælle", og som - i hvert fall av og til, når det er nødvendig - løfter en legegjerning opp og over et praktisk og intellektuelt håndverksnivå. Det er denne form for nysgjerrighet som fører til at legekunsten stadig vitenskapeliggjøres - for å tale som Kirsti Malterud (10) - med den tilsynelatende følge at albuerommet for legekunsten innskrenkes.

Men det er bare tilsynelatende, så lenge menneskene, og dermed legen, kultiverer og følger sin nysgjerrighet, sitt vitebegjær. "Ars longa, vita brevis est". "(Lege)kunsten er lang, livet er kort, det rette øyeblikk flyktig, erfaringen ikke til å stole på, diagnosen vanskelig" (11).

Litteratur:

1. Kiær FC. Norges Læger i Det Nittende Aarhundrede (1800 - 1886, 2den udgave.
2. V. Blarer A. Beiträge zur Psychologie der Neugier. Zurich: Buchdruckerei Berichthaus Zürich, 1951.
3. Berlyne DE. Conflict, Arousal, and Curiosity. New York: McGraw-Hill Company, Inc. 1960.
4. Görlitz D, Wohlwill JF eds. Curiosity, Imagination, And Play. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1987.
5. Fowler H. Curiosity and Exploratory Behaviour. New York: The Macmillan Company, 1965.
6. Keller H, Voss HG. Neugier und Exploration. Theorien und Ergebnisse. Stuttgart: W. Kohlhammer, 1976.
7. Hawking SW. Univers uten grenser. Oslo: Cappelen, 1988.
8. Södergran E. Samlade dikter. Jacobstad: Wahlström og Widstrand, 1977.
9. Føllesdal D, Walløe L. Argumentasjonsteori og vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.
10. Malterud K. Kan legekunsten vitenskapeliggjøres? Samtiden 1991:5.
11. Adams F. The Genuine Works of Hippocrates. Baltimore: The Williams & Wilkins Co, 1939.

Stadsfysikus Fredrik Mellbye
Ullern alle 121
0381 Oslo

Å drive praksis

Nylenna M (red).
Regler og råd for etablering og drift av legepraksis.
Oslo: Den norske lægeforening/ Universitetsforlaget, 1991.

Endelig er "bibelen" for etablering og drift av privat praksis kommet. Et ønske fra mange av oss gjennom mange år er bønnhørt. Med Magne Nylenna som redaktør har de 7 medforfatterne kommet med en solid og fyldig bok. Den retter seg i første rekke til de som ønsker å nyetablere praksis, men deler av boka er også til stor nytte for den veletablerte allmennpraktiker. Både avtaleleger og fastlønte vil finne mye av interesse i denne boka, som også retter seg mot etablering og drift av spesialistpraksis. Spesialister vil nok ha behov for mer detaljerte råd enn boka gir, avhengig av hvilken spesialitet det dreier seg om.

I forordet varsles behovet for en revidert versjon. Dette er utvilsomt helt nødvendig, alt i skrivende stund er detaljer i boka foreldet. Vi vet jo også at trygdevesenet har en tendens til å komme med overraskende forandringer av gjeldende regler omkring 4. juledag med virkning fra nyttår. Enkelte kapitler i boka vil derfor ha behov for nærmest kontinuerlig oppdatering, mens andre har et mer "tidløst" preg. Det hadde vært ønskelig med en eller annen form for periodisk ajourhold av boka, for eksempel i form av små suppleringshefter utpå våren, når detaljene fra skattevesen, trygdevesen og normaltariff er kjent. Enkelte kapitler er sterkt preget av forfatterenes erfaring. Særlig gjelder dette kapitlene om lokaler, utstyr og daglig drift. Så langt min erfaring rekker, synes det som rådene er gode og velbegrunnede. Avsnittene om journalen, og de krav som må settes til denne, bør leses av alle! Boka er fyldig i sin omtale av EDB-baserte journalsystemer. Jeg savner en gjennomgang av kravene til datasikring. Jeg har personlig erfaring for at store mengder journalnotater kan gå tapt til tross for "vanntette" backuprutiner. Dette er en hake ved EDB-systemene som ikke er løst idag.

I forbindelse med gjennomgangen av telefon, mobiltelefon og andre kommunikasjonsmidler hadde det kanskje vært på sin plass å nevne den utbyggingen av akuttmedisinsk kommunikasjon som er i full gang. I løpet av 3-4 år skal "Hordalands-modellen" knytte helsevesenet sammen i ett felles kommunikasjonsnett.

Kapitlene som omhandler legen som arbeidsgiver, økonomi, forsikringsordninger er meget detaljerte og svært nyttige, også for de av oss som er arbeidstakere.

De to kapitlene som jeg frydet meg mest over, var de to siste i boka. Kapittelet om faglig vedlikehold legger ikke lista høyere enn at de fleste av oss kan makte dette innenfor døgnets 24 timer! Det siste kapittelet tar opp problemer knyttet til legens egen helse. På en utmerket måte er det fokusert på bl.a. legerollen og de krav den stiller, utbrenthet, familiesituasjon og råd for å forebygge utbrukthet.

Det er en del gjentagelser i boka, og disposisjonen av stoffet er ikke helt ut logisk. Blant annet kunne bil og båt i næring vært behandlet i kapittelet om økonomi.

Ett par av kapitlene blir også vel store og omfattende, og burde vært splittet opp i flere små kapitler. Blant annet gjelder dette legens forhold til trygdevesenet.

Legeloven finnes som vedlegg bakerst i boka. Det hadde vært gunstig også å ta inn enkelte andre viktige lover og forskrifter, som dessuten er sitert i stor grad i boka. Egenkontroll og kvalitetssikring blir sentrale begrep også i primærhelsetjenesten i tida framover. Vi kommer til å trenge informasjon og råd om hvordan dette bør gjøres i praksis.

Bøker som denne truer vel alltid med å sprenge rammene, og jeg har på følelsen at redaktøren har måttet holde sine tropper under streng kustus. Imidlertid tror jeg at boka hadde vunnet på en enda strengere disposisjon av stoffet, da ville man kunnet luke ut noen gjentagelser og kanskje fått plass til enda litt mer matnyttig stoff?

Jeg vil konkludere med at denne boka er en nødvendighetsartikkel for alle som skal starte opp praksis, og den har en betydelig nytteverdi også for de andre målgruppene. Det er helt avgjørende at boka blir fulgt opp med ajourhold, ellers går det som med et EDB-journalsystem som ikke oppdateres: Det blir mer eller mindre ubrukelig på under 2 år!

Anmeldt av:
Kommunelege I
Dagfinn Haarr
5875 Årdalstangen ❑

ScP Christiania as RRA 6

Ovesterin ® (østriol)

Ved underlivsplager etter overgangsalderen.

Dosering:

Vagitorier eller vaginalkrem:

1 dose daglig i 3 uker,
deretter 2 ganger ukentlig.

Tabletter:

2-3 mg daglig i 2-3 uker,
deretter 1-2 mg daglig.

For ytterligere opplysninger:

Se Felleskatalogen eller kontakt:

Organon A/S,
Boks 325, 1371 Asker
Telefon (02) 78 43 65

Ovesterin ®

Nysgjerrighet i pasientens tjeneste

Astrid Nøklebye Heiberg i samtale med Kirsti Malterud. (Foto: Kirsti M.)

Astrid Nøklebye Heiberg (55 år) er spesialist i psykiatri (1969), dr.med. (1980). Lot seg lokke inn i ulike politiske verv, men er nå tilbake som professor i psykiatri. Har utforsket nytten av ulike former for samtalebehandling, dessuten kjevespenninger hos kvinner. Styreleder for Senter for medisinsk etikk, leder i programstyret for forebyggende helsearbeid (HEMIL/NAVF). Uhelbredelig nysgjerrig.

KM: ***Hva er nysgjerrighet?***

ANH: Det er en egenskap enkelte mennesker har - mer enn andre - , og så er det en drivkraft i hva man foretar seg her i verden. Den er en gave for den som har fått den, fordi den er mye av grunnlaget for å utvide sine egne erfaringer og muligheter - og kanskje også andres muligheter.

Men det er jo ikke så "fint" som ord som vitebegjærlighet og kunnskapssøken - nysgjerrighet er et slags vulgæruttrykk - noe som er litt frekt. Som barn lærte vi at "det skal du ikke legge nesen din borti". Det har preg av noe litt invasivt - at man spør etter noe man egentlig ikke har noe med å gjøre.

KM: ***Er det noe negativt med nysgjerrighet?***

ANH: Det kan det selvfølgelig være. Hvis det er nysgjerrighet som går ut over andre menneskers grenser. Det skal alltid ligge en begrunnelse av å respektere andre menneskers integritet i det. Så det er vel en begrensning på hvor nysgjerrig man egentlig har lov til å være når det gjelder andre.

Men så går det an av og til å kanalisere nysgjerrighet inn i akseptable former - slik jeg har gjort som lege og psykiater. I første omgang var det spennende å se hvordan folk var inni - og derfor syntes jeg anatomi var mye mer spennende enn biokjemi, for jeg klarte aldri å identifisere meg med Krebs' cyclus.

KM: ***Er du et nysgjerrig menneske?***

ANH: Ja. Så jeg fortsatte med å se etter hvordan folk ser ut i sjelen. Det høres jo penere ut å si at min drivkraft var min ubendige trang til å hjelpe andre. Det kan vel også være et sånt element i det. Men først og fremst synes jeg det er så spennende når jeg får sjansen til å følge pasienter når de er ute på leting etter hva som driver dem. Jeg tror jeg er minst like nysgjerrig og spent på det som de er selv. Selv opplever de smerten og ubehaget og behovet for å gjøre en forandring, men mye av min glede er også nysgjerrighet på hvordan ting henger sammen.

KM: ***Bruker du aktivt og bevisst din nysgjerrighet som et medisinsk redskap?***

ANH: Den er der hele tiden. I situasjoner hvor jeg kjeder meg, lurer jeg på hva det er som gjør det så kjedelig. Endel ting *er* kjedelig - rutiner er kjedelige. Jeg har alltid prøvd å kvitte meg med rutiner. Noe sitter jeg fortsatt igjen med: å skrelle poteter, er inkarnasjonen av det kjedeligste jeg kan tenke meg. Det er ikke mye rom for nysgjerrighet i det å skrelle poteter.

Jeg tror nysgjerrighet er en drivkraft i all forskning.

Det *jeg* først lurte på, var hvilken type samtalebehandling folk hadde nytte av. Var det sant at det ikke spilte noen rolle hva man egentlig sa eller gjorde, bare man var snill og god som psykiater, og villig til å høre på?

Og hver gang man finner noe, åpner det opp for nye ting som man kan lure på.

KM: ***Så det stopper altså ikke når du har svaret?***

ANH: Nei - for du har jo veldig sjelden et svar. Det du finner, er nye åpninger, nye spørsmål. Jo mere du vet, jo mer vet du at du ikke vet. Til sist håper jeg jeg vet nok til å si at dette kan jeg ikke si noe om.

KM: ***Men da blir jo uvitenhet nysgjerighetens evige mål -?***

ANH: Ja - men samtidig blir tilfanget av det du vet *noe* om, stadig større.

Jeg greier ikke si nei til å møte noe nytt som er fremmedartet for meg. Men jeg kan ikke akkurat si jeg har edle motiver når jeg lar min nysgjerrighet styre meg.

KM: ***Mener du faktisk at nysgjerrighet ikke er noe særlig pent?***

ANH: Ja, jeg tror jeg setter det i kontrast til altruismen - der man skal gjøre noe fordi det er godt og riktig for andre. Nysgjerrigheten er nok først og fremst godt og riktig for meg selv. Det er kanskje egentlig en ganske egoistisk sak - men den kan jo kanaliseres slik at den får positive virkninger. Men i bunn og grunn er den like egoistisk som matlyst - ingen andre har særlig glede av min matlyst.

KM: ***Tror du det går an å være lege uten å være nysgjerrig?***

ANH: Ja - for noen kan nok f.eks. kontrollbehovet være en drivkraft som er sterk nok. Man kan nok som lege være ute etter kunnskap om folk for å kunne styre dem og mestre situasjonen - kanskje for å kunne kjenne seg tryggere selv. Mens nysgjerrighetens mål heller er å gå i retning av ukjent land - komme videre, åpne perspektiver.

KM: ***Du snakker om nysgjerrighet ut fra et slags ydmykt forhold til den kunnskapen du kan oppnå. Er dette noe du sier bare fordi det høres pent ut?***

ANH: Jeg liker å være nysgjerrig. Men jeg er nok litt ambivalent til det - jeg tror jeg er mer nysgjerrig enn jeg bør være.

KM: ***Hvor nysgjerrig bør du være?***

ANH: Akkurat passe nysgjerrig - slik at man gir andre sjansen til å fortelle om det de har lyst til. Men det er viktig ikke å gå over andres grenser. Jeg opplever i blant at jeg kan være for lite varsom - at jeg snakker eller spør som om jeg var i en psykiatrisk situasjon uten at jeg er det. Jeg kan være en pest i selskaper - særlig hvis jeg sitter ved siden av noen som jeg synes er spennende. Da har jeg lett for å spørre for mye.

KM: ***Er det din psykiatriske nysgjerrighet som trenger seg på - eller er det at du har et rom hvor du kan være så nysgjerrig, som du så tar med deg ut?***

ANH: Ja - det er lov i psykiatrien, men det er ikke lov i selskapslivet. Og det glemmer jeg av og til. En viktig absolutt verdi er retten til sitt eget private rom - at man selv skal kunne bestemme hvor nært andre kan komme.

KM: ***Du gir altså nysgjerrigheten bedre plass i psykiatrien enn i hverdagslivet?***

ANH: Ja, jeg er meg nok mer bevisst denne regelen når jeg er lege, fordi jeg da har lov til å gå lenger inn i andres rom enn andre har lov til. For når man spør videre, kan det ligge noe vondt og smertefullt bakom som helst skulle få ligge i fred. Mens i psykoterapi er det lov å følge opp videre - og det aller mest spennende synes jeg er når vi begge er på kanten av noe vi ikke vet, men som det kanskje går an å hjelpe fram. Noe som det går an å lete etter sammen.

KM: ***Er psykoterapi forenet nysgjerrighet?***

ANH: Ja, på mange måter. Vi har funnet i psykoterapiforskningen at hvis ikke folk er nysgjerrige på seg selv, kan de heller ikke få så mye igjen i psykoterapisamtaler.

KM: ***Du har altså forsket på nysgjerrighet. Hva heter nysgjerrighet i ditt forskningsspråk?***

ANH: Det heter jo ikke nysgjerrighet. I klinisk forskning kaller vi det vel motivasjon for forandring, vilje til selverkjennelse, evne til fantasi, evne til å kunne følge opp følelser og knytte det an til mer bevissthetsnære prosesser.

Men det viste seg at dette med nysgjerrighet var så vanskelig å måle. Jeg vet faktisk ikke om noen som fant fram til gode måleskalaer - og jeg tror det først og fremst er fordi det er en egenskap som utspiller seg i samhandling med et annet menneske - evnen til å våge å gå videre. Vi brukte spørreskjemaer, og folk svarte - de visste hva man burde si, uansett hvordan de egentlig hadde det.

Jeg har også vært opptatt av fantasi-

⇒

løshet. Fantasi er jo noe som ligger nær opp mot nysgjerrighet. Det finnes hypoteser om at det finnes folk som fullstendig mangler fantasi - den tilstanden som har fått navnet alexithymi. Kanskje både fantasi og nysgjerrighet er noe man enten har eller ikke har - akkurat som musikalitet.

KM: ***Er det et minus å være født uten nysgjerrighet?***

ANH: Det kommer nok an på hva man skal gjøre her i verden. Nysgjerrighet kan være en god mestringsmekanisme, i møtet med nye og ukjente situasjoner. Men hvis man er i en type jobb hvor det er veldig viktig å ikke distraheres, kan det kanskje være en fordel å ikke ha for mye nysgjerrighet og fantasi. Det kan være jobber som krever evne til stabilitet og kontroll - enten det er som kassadame eller i forskning.

KM: ***Nysgjerrigheten kan være forstyrrende.***

ANH: Ja, den skaper i hvert fall uro. Da jeg skulle utforske nysgjerrigheten, og det viste seg at den var så vanskelig å måle, ble jeg i stedet så nysgjerrig på noe annet. Jeg kan ikke bare skylde på de dårlige måleskalaene, men jeg lot meg nok gjerne distrahere av min nysgjerrighet. Jeg ble mer interessert i andre sider ved de pasientene jeg snakket med.

KM: ***Hvordan kunne du utnytte din nysgjerrighet i din forskning?***

ANH: Det var klinisk forskning, som ga meg muligheten til å snakke med folk. Jeg lurte på om det gikk an å finne fram til mønstre og fellesnevnere som det gikk an å lære noe av. For meg er forskergleden knyttet til det å få komme inn i andre menneskers tankeverden og se nærmere etter hva som driver dem, og hva det går an å hjelpe til med. Som forsker må man nok gjøre ting mer systematisk enn som kliniker.

Som forsker får man av og til en lykkeopplevelse av plutselig å skjønne noe helt nytt. Men det er jo ganske sjeldent. En frydefull opplevelse.

Som forsker kan man knapt være nysgjerrig nok, tror jeg. Jeg tror faktisk det er et felt hvor nysgjerrigheten må regnes som en edel drift.

KM: ***Er det nysgjerrighet nok i medisinsk forskning?***

ANH: Jeg synes det begynner å bli bedre. For 15-20 år siden var det veldig teknisk og mekanisk, veldig måleorientert. Oppsvinget i klinisk forskning - om hvordan folk lever, uttrykker seg, forholder seg til sykdom og helse - ser jeg som mer spennende. Jeg godtar at annen forskning - molekylærbiologi, for eksempel - kan være spennende nok for den som holder på med det.

KM: ***Det er kanskje ulike nysgjerrighetsverdener?***

ANH: Min nysgjerrighetsverden er nok først og fremst der vi får vite noe om hva som driver folk, hva man er redd for, hva man er glad for.

Dette har jeg virkelig fått prøvd ut de siste ti årene, hvor jeg har møtt mange ulike virkeligheter og verdener som politiker. Men jeg har ikke funnet noen verden som er mer nysgjerrighetstilfredsstillende enn psykiatrien. Politikken er mer et spørsmål om å prøve seg - det minner om fallskjermhopping, hvor man kan komme til å slå seg helt fordervet hvis man er uheldig. Du kaster deg uti, det er spenningen knyttet til nå eller aldri.

KM: ***Hvis politikk er fallskjermhopping, hva er psykiatri da?***

ANH: Kanskje det er utgravninger -? Det handler om å dele oppdagergleden - det man oppdager sammen med et annet menneske, er det som er inni. Jeg har ofte hatt lyst til å bli arkeolog - det dreier seg også om å finne et landskap som ikke er så lett å se. Det er den som eier landskapet som selv må grave - jeg kan bare peke på hvor det går an å grave. Så leter vi sammen etter skjulte skatter.

KM: ***Har nysgjerrighet noe med medisinsk etikk å gjøre?***

ANH: Medisinsk etikk danner rammeverket for hva man har lov til å gjøre i medisinen. Grunnleggende begreper fra etikken - selvbestemmelse, informert samtykke, integritet - kan sette opp verdinormer som gjør det lettere å respektere det private rommet. Det vi gjør som leger, skal være til pasientens beste. Også når vi bruker vår nysgjerrighet. Det kan være fristende å spørre om ting vi faktisk ikke har noe med. Legen skal ikke berike seg på pasientens bekostning - heller ikke berike sin nysgjerrighet på tvers av pasientens grenser.

Professor dr.med.
Astrid Nøklebye Heiberg
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo
Blindernvn. 85
0373 Oslo

ScP Christiania as RRA 6

Nysgjerrighet i den allmennmedisinske hverdag

Nysgjerrighet, den prikkende følelsen når man lurer på noe, når noe ikke stemmer, og som er et stimulus til å søke svar, den burde ramme oss allmennpraktikere til stadighet. For det er jo så mye i hverdagen vår som skulle pirre! Masse klager og symptomer som vi i samarbeid med pasienten skal prøve å finne ut av. Er bildet forenlig med en medisinsk diagnose? Er utredning og tiltak nødvendig?

Inger Marie Steinsholt er født 1946, cand.med. 1973. Allmennpraktiker i Tromsø 1975-78. Siden 1978 privat allmennpraksis i Kongsberg. Medlem av Utpostens redaksjonskomite og NSAMs publiseringsutvalg.

Av Inger Marie Steinsholt

Pasientene er ofte svært nysgjerrige. De undrer seg over hva symptomene skyldes, spør og graver, og vil ha et skikkelig svar! Hva med oss? Kjenner vi nysgjerrighet overfor alle de til dels rare og uforståelige symptomer vi så ofte presenteres for? Eller blir det høyst en høflig interesse, kanskje likegyldighet eller endog en mer eller mindre behersket irritasjon overfor alt det som ikke umiddelbart passer - "det finnes ingen slik sykdom, fru Hansen!"

Fra oppgitthet til nysgjerrighet?

De siste års utvikling innen allmennmedisinsk teori har gitt oss flere strenger å spille på i møtet med de symptomrike pasientene. Mange har hatt konstruktive tanker og utspill om hvordan vi kan møte symptommosaikken i praksis på en mer konstruktiv måte.

Sverre Lundevall skrev i sitt Utposten-essay i 1990 om ubehag i faget, og hvordan erkjennelse av dette kan bringe oss et hakk videre. Karin Skarsaune har i årets vinneressay gitt et glitrende og overbevisende forsvar for at intuisjonen må få leve - og brukes! i allmennpraksis. Og Kirsti Malteruds doktoravhandling om hvordan ubestemte symptomer kan møtes mer konstruktivt, er banebrytende. Kanskje vi også kunne bruke vår nysgjerrighet til å bli bedre klinikere?

Jeg lurte på det meste...

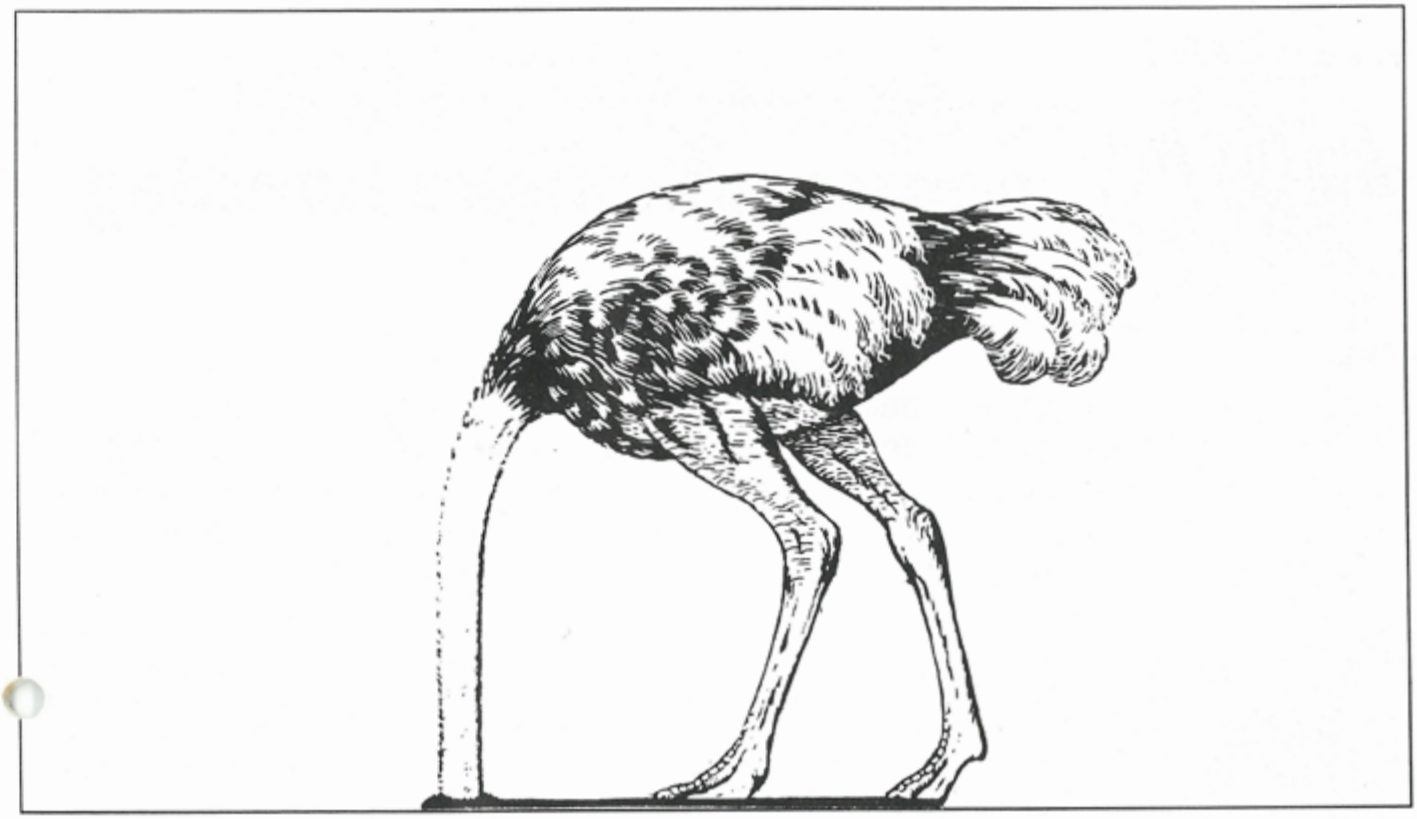
For min egen del var nysgjerrigheten en vesentlig del av motivasjonen for å bli allmennpraktiker. I møtet med pasienter i studie- og turnustiden ble den vakt. For det første møtte jeg pasienter som hadde gått lenge med underkjente symptomer på sykdom før diagnosen endelig ble stillet. Jeg følte undring over at ingen hadde reagert før! For det andre de med alskens rare plager - det måtte jo være en grunn ett eller annet sted som det måtte kunne gå an å finne ut av!

Mitt møte med allmennpraktikerhverdagen tidlig på 70-tallet ble preget av dette. Jeg lurte på det meste, og nær sagt enhver tenkelig forklaring på ethvert symptom ble undersøkt nærmere. Mitt forbruk av prøver, røntgen og spesialister må ha vært enormt, uten at det bekymret meg.

Jeg fikk enkelte fjær i hatten som den gamle svimle damen som hadde et langtkomment acusticusnevrinom (hun ble dog verre etter operasjonen..), malign lungetumor tidlig oppdaget hos en ikkerøkende dame i 30 årene (hun døde likevel), og en underkjent hjertefeil hos en aldeles symptomfri dame i slutten av tyveårene. Hun var operasjonstrengende, ble operert, og hadde nok gevinst av det. I dag ville jeg nok ha trøstet den gamle damen med at svimmelhet må man stort sett leve med, forklart dame nr 2 at man får vondt i brystet av muskelspenninger og overhørt den lille bilyden hos den tredje pasienten. Men for det meste opplevde jeg dengang en uendelighet av normale prøver og normale henvisningssvar fra spesialistene.

Faglig utvikling - økende skylapper?

Etterhvert avtok min nysgjerrighet. Det ble litt flaut å henvise så mange pasienter der intet ble påvist. Jeg skjønte etterhvert ved selvsyn at det meste av rare plager ikke betydde farlige medisinske sykdommer, og at det ofte var vanskelig å finne fram til noen medisinsk forklaring.



Litt etter litt ble symptomer som ikke passet inn i en medisinsk diagnose bagatellisert, noen ganger med forsøk på forklaring (særlig spenninger er godt å ty til!), eller rett og slett en forsikring om at det er så mye vi ikke kan forklare. Min nysgjerrighet ble jeg flinkere og flinkere til å undertrykke.

I tillegg kom en stadig travlere praksishverdag. Å forfølge nysgjerrigheten er tidkrevende. I en knapp tidsramme vil den derfor ofte effektivt undertrykkes for at tidsrammen ikke skal bli enda knappere. Barnelærdommen om at nysgjerighet ikke er "pent" kom også godt med. Det passer seg ikke å spørre og grave for mye - selv om man er doktor!

Jeg tror dette er en forandring mange vil kjenne igjen. Gradvis undertrykker vi nysgjerrigheten og sitter igjen med en erfaren trygghet som kan grense til likegyldighet, og gjøre oss blinde også for ting som *virkelig* burde sette vår nysgjerrighet i sving!

Et eksempel

Et illustrerende eksempel fra egen praksis nylig er en mann som flere ganger med års mellomrom hadde hatt sterke psykotiske depresjoner. Han kom seg hver gang på antidepressiva og nevroleptika, men det tok lang tid, flere måneder. Mellom episodene var han velfungerende. Denne gangen var han spesielt dårlig, lå i psykiatrisk sykehus tre måneder etter to måneders ambulant behandling.

Ved kontroll hos meg en måned etter utskrivelsen var han blitt verre igjen, fortsatt påfallende deprimert, med sakte tale, nesten talevansker. Det var tatt cerebral CT under sykehusoppholdet. Vi økte dosen av antidepressiva. Han ble tiltakende dysfasisk, etterhvert også ataksisk, men jeg oppfattet det som et resultat av dyp depresjon og medikamentbivirkninger. Dessuten var jo CT normal!

Vi forsøkte oss fram med andre typer antidepressiva og nevroleptika, justerte dosen, men verre ble han likevel. Først da han begynte å få gangvansker, reagerte jeg. Ny cerebral CT fem måneder etter den første viste en svær inoperabel tumor i frontallappen!

Etterpåklok kan jeg si at hvis jeg hadde hatt min gamle nysgjerrighet intakt, ville jeg reagert før. Det var så opplagt noe som ikke stemte!

En indre alarmklokke

Så kan man spørre: Kan vi finne en balanse der nysgjerrigheten ikke får løpe løpsk, slik at man må forfølge ethvert symptom med alle tenkelige midler, men likevel la den få slippe til som en hjelp til å skjelne det viktige fra det uviktige, og verne oss mot sløvheten? Jeg tror det er mulig.

Når noe er *for* rart, når nysgjerrigheten virkelig blir påtrengende, da bør vi kjenne den igjen, stoppe opp og lytte til den. Kanskje vi kan klare å gjøre nysgjerrigheten til en alarmklokke som sier at her må vi ikke gi oss, her er det noe som ikke stemmer!

I en av introduksjonsforelesningene ved starten av mitt medisinerstudium sa en professor at vi måtte alltid huske å se etter den biten som ikke passet - der lå ofte svaret. En slik bit vil pirre vår nysgjerrighet, hvis vi slipper den til.

La oss også ta med nysgjerrigheten i vår streben etter å bli bedre allmennpraktikere. Jeg tror vi har bruk for den!

Inger Marie Steinsholt
Lyngvn. 23
3600 Kongsberg ❑

Kan forviten-skap* føra til vitenskap?

Aslak Bråtveit, jærbu, har vore kommunelege og allmennpraktikar i Finnøy sidan 1979, med medisinsk ansvar for helsestasjon/skulehelseteneste/sjukeheim. Vert våren 92 innkalla til risikovurdering av Statens helseundersøkelser. Musikkpraksis frå kontrabass/piano/fløyte. Fagleg stimulert i Midtre Ryfylke Legegruppe og Allmenmedisinsk Forskning Ryfylke. Litt hjelpelærar ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

*) "Forvitenskap" (nynorsk) tyder "nysgjerrighet" (bokmål)

Våren 1990 landa det eit spørsmål på pulten min; "Kan du halda eit foredrag på haustkurset i Rogaland legeforrening om luftvegsinfeksjonar hjå eldre?" Det vart starten på ein prosess som mellom anna har ført til at eg nå sit her og skriv denne artikkelen.

Av Aslak Bråtveit

Våren 1990

Tidlegare hadde me rett som var hatt samtalar der dette emnet - luftvegsinfeksjonar hjå eldre - vart problematisert. Diagnostiske og etiske dilemma, strategiar for førebygging og handsaming, og variasjonar i diagnostikk og handsaming mellom oss legar har vore emne i kvardagssamtalene på kontoret fleire gonger.

Kunne eg finna noko ut ved å sjå gjennom våre eigne journalar? Skulle eg kunna presentera noko om vår kvardag på eit slikt foredrag?

Eg gjorde eit litteratursøk via Hjelmeland kommunelegekontor (PC-modem-Medline), og i mai la eg fram mine uryddige og uferdige tankar på dagseminar i Allmenmedisinsk Forskning Ryfylke. Så byrja dette å ta form. Etter samtalar med kollegaer (og rettleiar Kirsti Malterud) vart det sett opp ein *protokoll* for å strukturere forvitenskapen.

Eg var i gong. Denne protokollen hadde og eit tidsskjema som eg sette svært romslig.

Hausten 1990

Protokollen vart send til Rogaland legeforrening i lag med søknad om forskingsstøtte. (I samband med det seinare haustkurset og foredraget mottok eg ein forskingspris på kr. 4000!)

Så starta innsamling av data. Noko hjelp i grovutsiling av journalar fekk eg av Kjellaug på kontoret vårt. Seinare sat eg eit par kveldar og førde data inn i kolonner og raster. Her dukka det opp fleire uventa definisjonsvanskar. Men snart var *materialet* samla.

Så starta alvoret. Til hjelp i *skrivinga* vart det innkjøpt ein AT-maskin. Legeforreninga sitt 3 dagars kurs og dataførstehjelp frå lokal guru fekk meg i gong.

Fyrste skriving: Skriv og skriv og skriv.

Al. kom i hytt og ver. Langt og rotete.

1991

Forfattaren er kommunelege/allmennpraktikar. Han er far til 3, medlem i kretsstyret i Santalmisjonen, kasserar i båtforreninga og har stadig oppdrag på bedehuset med Bibelen eller i ymse lag med foredrag om helseemne.

Det gjekk i rykk og napp med skriving på artikkelen.

Midt i ein skriveperiode slo AT-maskinen seg vrang og eg måtte ta opp kampen med DOS. Det vart eit heilt lite studium før nye Config.sys og Autoexec.bat var forfatta og maskinen ville vera med på skrivearbeidet att.

Rettleiaren min har motteke utkasta mine over telefax, eller som diskett, og me har samtala i telefonen fleire gonger. Utan den stringens og rettleiing ho har sytt for, hadde aldri artikkelen vorte

meir enn eit utkast i skuffa mi. Men nå er det opp til Tidskrift for Den norske lægeforening å avgjera om forvitenskapen har ført til vitenskap og er verdig publikasjon.

Addendum - om svangerskap og fødsel

Foredraget vart halde ein månad etter at skrivinga hadde starta. Det var farga av mine observasjonar og spørsmål, med kommentarer frå litteraturen. Eg fekk overraskande (for meg) god respons, og var ikkje så lite stolt.

Andre og svært varierande kjensler har risla gjennom sinnet etterkvart som nye ord og vendingar skulle prøvast ut.

Forvitenskapen min har vandra gongen frå befrukting på Hjelmeland, implantasjonen ved protokollskriving, og eit svangerskap med sorgkjensle (dette går aldri bra. Kva er det eg har gitt meg ut på?) og glede (det skal verta moro å få sjå resultatet.)

Svangersorgsomsorg er ytt av høyrande og målande Kirsti Malterud, og det kjennest som ein setefødsel. Svangerskapslitteratur er motteken og ein del er lese og (om forsking, statistikk, reglar for skriftlig framstilling).

Artikkelen er etter alle voner sendt for siste gong, og nå sit eg her og ventar på Apgar score.

For tida tenkjer eg elles ikkje på noko nytt barn med det fyrste. Eg har ikkje ein gong lyst til den søte prosess av undring.

.....eller kva?

Ville det ikkje vore moro å vita noko meir om Ixodes rhicinus og dei sjukdomar han gjev til folk og dyr i Finnøy?

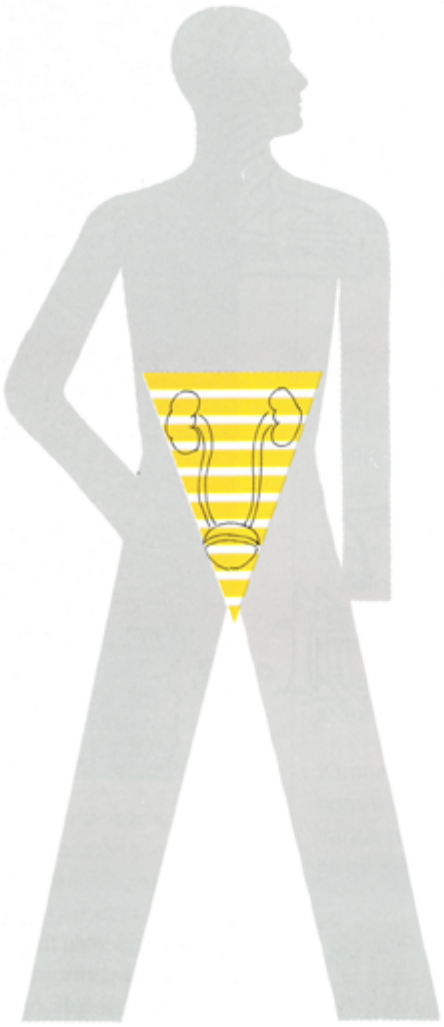
Alle har me undrast på eit eller anna som me møter i arbeidet, vil eg tru. Skal ein då våga seg på den øving i disiplin og uthald som vitenskap er?

Høvet mellom forvitenskap og vitenskap er å liknast med høvet mellom erotikk og svangerskap. Den eine kan føra til det andre, men kostnaden er gleder og sorger og disiplin.

Kommunelege Aslak Bråtveit
Kommunelegekontoret i Finnøy/
Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke
4260 Judaberg

Tarivid®

OFLOXACIN



KJEMOTERAPEUTIKUM

Et peroralt fluorokinolon-preparat for enkel og effektiv behandling av residiverende eller komplikserte infeksjoner i urinveiene og genitalia.

Tabletter à 200 mg

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.

Norske Hoechst A/S
Postboks 177 Økern
0509 Oslo 5
Tlf. (02) 72 78 00

Hoechst

Leserinnlegg

Gufs fra informasjonsvegrende etikk-synsere

Av renovasjonsarbeider*) Carl Ditlef Jacobsen (tidligere dr.med.)

Åsa R. Evensen har som redaktør av Utposten nr. 8/1991 plukket ut en journalist i ukebladet Hjemmet som fagmann på legeetikk! I tråd med den makelige, lettvinte ukyndighet som preger den kulørte pressen, har da Nilsen den klare moralisering at legen får holde seg til diagnose og behandling og ligge unna det som kan forebygge sykdom og skade.

Dette er da tydeligvis en holdning som har fått redaktørens tilslutning. Men på ett felt mener han det bør drives forebyggende: hindre folk i å stå slalåm. Videre anser han det sunt med "en real fyll en gang i blant", - men han sier ikke om barna da kan være tilstede? Kanskje han mener at det er OK med fyll når hans egne barn kommer i tenårene, eller er fylla noe som bare er forbeholdt ham? Og bak et ratt? Eller å komme i bakrus på jobb dagen etter? OK?

Utposten er et altfor bra blad til å trykke slikt vås.

Vi som prøver å drive forebyggende helsearbeid, har bl.a. denne oppfatning:

1. Bruken av alkohol og tobakk koster samfunnet betydelige utgifter, og belaster helsevesenet meget. Dette er ressurser vi gjerne ville ha brukt på andre pasient-kategorier. Oppnår vi en betydelig reduksjon i tobakksbruken og alkoholbruken, vil vi profitere enormt - alle sammen - , selv Nilsen!, og kanskje (når han da selv en gang blir gammel og pleietrengende) vil det være ressurser igjen til pleie og omsorg. For ikke å snakke om rent medmenneskelige gevinster.

2. Vi tenkte forebyggende da tuberkulosen herjet, og takk skal de pionerer ha for det. Ville vi løst tuberkuloseproblemet bare med å lære opp flere lungekirurger?

3. Norge har lang tradisjon i forebyggende arbeid mot alkohol og rus. Avholdsorganisasjonene har gjort kjempejobb og møtt mye motstand fra folk som Nilsen. Takket være denne særnorske pietismen har vi tall for vold og alkoholskader som er blant de laveste i verden. Dette er da et gode, Nilsen?

Overlege Carl Ditlef Jacobsen
Sentralsykehuset i Akershus

*) Tittelen renovasjonsarbeider henspeiler på at kampen mot tobakk og alkohol er et stort og viktig renovasjonsarbeide, - ja faktisk noe for miljøvern-bevegelsen.

Når forskeren bruker sitt (s)kjønn:

Om kvinners problematiske vekt

Vibeke Thorp (f. 1954) er cand.scient. i ernæring 1982, og har mellomfag i U-lands-sosiologi. Hun har arbeidet for ulike FN-prosjekter angående kvinners sentrale rolle i matproduksjon og som ernæringsformidlere. Fra 1982 høgskolelektor i Alta ved faglærerutdasnningen for ernæring, helse og miljøfag. Opptatt av at økonomiske og sosiokulturelle aspekter ved folks levevaner må danne grunnlag for endring.

"Vekta er mitt orakel.
Hver morgen bøyer jeg meg ned og spør:
Hvem er jeg ?" *(1)*

Av Vibeke Thorp

Pæreformen frikjennes!

Tidlig på 80-tallet kom endelig det vitenskapelige bevis for at kvinnekroppens noe høyere fettprosent og typiske fettfordeling faktisk er fysiologisk!

Det kvinnelige rumpe-lår-fettet har spesialfunksjoner: Under amming øker følsomheten for fettmobiliserende hormoner. Fettet går over i melka. Denne kvinnelige form for fettdepot er ikke koblet til økt risiko for sykdom.

Den mannlige bukfedme derimot - "epleformen" - er assosiert med økt risiko for diabetes, hypertriglyceridemi og hypertoni (2).

Pæreformen frikjent! For en lettelse for alle som er opptatt av kropp og helse.....

Vrangbilder

Som "ekspert" på folks kostvaner har jeg merket tydelig skifte i fokus hos de jeg arbeider med, enten det er lærere i videregående skoles "jente-linjer", ungdomsskolelærere eller helsesøstre. For ti år siden var det "vitaminer og mineraler, fett og søtt" som opptok dem. Idag er det urovekkende mange spørsmål som går på barns og ungdoms "sprø" forhold til vekt, og kroppens utseende.

Overvekt som problem blir viet mye forskningsmessig og kommersiell interesse i vår vestlige kultur. Nettopp i skyggen av de seinere års fokus på overvekt, har et annet fenomen trådt inn på arenaen med full tyngde: spiseforstyrrelser er samlebetegnelsen. At omfanget av alvorlige spiseforstyrrelser har økt, er vel nå relativt godt dokumentert (3-6).

Sykdommen rammer i langt overveiende grad kvinner/jenter. Tendensen er at stadig yngre jenter, men også eldre kvinner, rammes. Den er den viktigste årsak til dødelighet blant kvinner under 30 (7,8).

Kvinneforskningen har i den seinere tid gitt en lang rekke bidrag til forståelsen av kjønnsdimensjonen i dette sykdomsbildet (1,9-14).

(se Björntorp (2) i ref. lista)

En vektfobisk kultur?

Kliniske kjennetegn på spiseforstyrrelser er bl. a. :
"..en overdreven frykt for å legge på seg, tiltross for sterk grad av undervekt".

Til tross for uenigheter fagfolk imellom når det gjelder årsaksforhold, ser det ut til å være enighet om at spiseforstyrrelsen initieres med en villet slanking.

Kommentarer om kroppstørrelse eller fasong fra "signifikant others" som familiens medlemmer, treneren eller venner gjør at jenta starter med en slankekur (15).

Alvorlige spiseforstyrrelser er noe annet og mer enn slanking som går over styr. Imidlertid er det et viktig poeng at anorektikeren deler sin vektfobi med hele vår vestlige kultur, noe som kan bidra til forståelsen av hvorfor hun blir stadig flere.

Vektfobien framstår med andre ord som et alvorlig helseproblem for sårbare undergrupper i befolkningen. Derfor blir det viktig for meg å finne ut mer om overvekt-begrepet.

Tykk og dum og ....?

Den *folkelige* oppfatningen av begrepet overvekt er oftest negativt ladet. Som metafor peker det henimot noe annet: Ukontrollert, frådsende, livsnyteren, ulykkelig, "alltid-glad- og-morsom", mindre intelligent, trøstespiseren, den sosialt mislykkede.

I folks bevissthet ligger det også en kjønnet oppfatning av begrepet: Der *han* er en korpulent livsnyter, er *hun* en ensom trøstespiser. Begrepet brukt om menn har oftere en nøytral eller positiv ladning.

Kroppsvekt som symbol skifter mening over tid og med kulturen. Historisk var overvektig symbol på rikdom; det magre indikerte fattigdom. I vår vestlige moderne kultur finner vi at overvekt og fedme er mer utbredt i de lavere sosiale lag (16). Det tynne ideal signalisere makt, kontroll og høy sosial status (17).

Medisinsk brukes begrepet både om en sykdom, en sykdomsrisiko, og en adferd. Begrepet er uløselig knyttet til en forestilling om hva som er helsemessig optimal vekt, dvs. forbundet med liten risiko for sykdom og for tidlig død.

Kampen mot overvekt har blitt framstilt som helseutfordring nr. 1 i USA , og ligger ganske høyt oppe på lista også i norsk helsepolitisk satsing.

Er overvekt som begrep i medisinsk forskning og praksis like mangetydig som på folkemunne? Av de fremste på området i Norge får en etter min oppfatning presentert det mangetydige i følgende utsagn:

"Vi vil presisere at når vi her og i det følgende benytter uttrykket "overvekt", mener vi det positive vekttavik i henhold til høyde/vekt - tabellenes middelverdier, uten av vi dermed tar standpunkt til hvor grensene for dette noe ladede begrep bør settes".
(18, s. 218; min uth.)

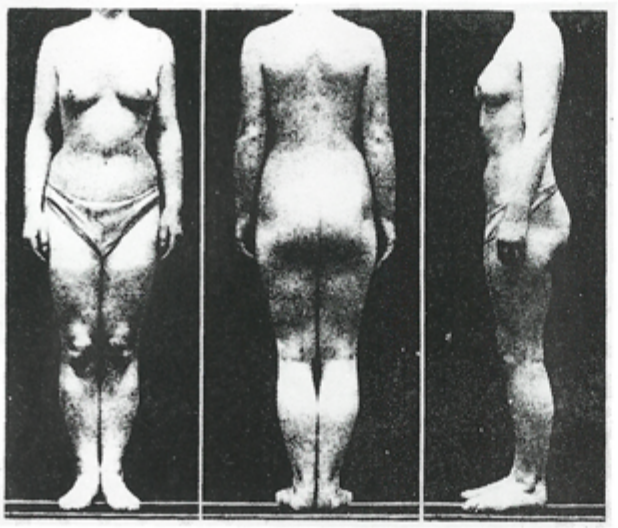
Opp på vekta med dr. Natvig

Å bestige badevekta for å finne ut at en er for tung, betyr selvsagt at det finnes en *norm* for hva en bør veie. De kan synes godt internalisert hos kvinner flest, men de nåværende normene har i Norge sitt utspring i forskning tidlig på 1950-tallet.

Min nysgjerrighet brakte meg til kilden: *Dr. Haakon Natvigs høyde/vekt-tabeller,* publisert i 1956.

⇒

Norsk standard anno 1934, modell " Schiøtz"



La oss se nærmere på Natvigs konstruksjon av "*normalvekt*" -begrepet. Hans funn har vært gjenstand for revurdering og kommentarer gjennom store epidemiologiske kartlegginger i ti-årene etter at han presenterte sitt grunnlag (18-21). Natvigs høyde/vekt-tabell blir vurdert som nyttig og gyldig i epidemiologisk forskning også i dag (22).

Forsdahl og Waaler beskrev begrepet som "ladet", og jeg er nysgjerrig på hva det er ladet med. Med andre ord søker jeg, -som helse-påvirker - stadig ny bevisshet om det *normative/kulturlige* i de budskap jeg skal forvalte og videreformidle.

Normalvekt - et eksempel

Jeg vil også se nærmere på forskerens bruk av (s)kjønn i dette feltet som handler om vekt, kroppsstørrelse og risiko for sykdom.

Konstruksjonen av høyde/vekt-tabellen tar nettopp opp forholdet mellom legens skjønn og de objektive tall.

Natvigs publikasjonen er en klassiker i helsevesenet, og tør være velkjent: Det lille røde heftet med illustrasjon på forsiden av legen i hvit frakk som måler høyden til kvinnen i badedrakt (23).

Tabellen har blitt brukt siden 1956 av tusenvis av helsearbeidere; på enkeltmennesker under helsekontroller, såvel som i store epidemiologiske undersøkelser, også i våre nordiske granneland. Det forskningsmessige grunnlaget ble også presentert i 1956 (24).

Utgangspunktet for forskeren var å ha et grunnlag for å "bedømme både om de enkelte og befolkningsgrupper er overvektige, normalvektig eller undervektige " (24, s.366) Den eksisterende "Schiøtz'ske" norm, basert på "masseundersøkelse" av 300 friske, sterke 22-årige sykepleierelever - var moden for revisjon (25).

Etter den Schiøtz'ske norm ble 40% av kvinner over 30 år funnet "mer eller mindre overvektige" ved en bedriftslegeundersøkelse i 1950 (24).

Natvig et al støtter resonnementet til Schiøtz om at "alderstillegg" er uønsket overvekt, og har et ønske for de nye tabellene at de

"*bør ha en tendens i retning av å motvirke befolkningens vektøkning med stigende alder og stimulere til å bevare ungdomstypen.*" (24, s.366)

Grunnlagsmaterialet er ca. 15.000 individer, derav ca. 3.800 kvinner i alder 20-69 år, som ble målt og veid ved en bedriftsundersøkelse. De tre nordligste fylkene er ikke representert.

Som Natvig selv beskriver det, representerer utvalget i beste fall den friske, arbeidsføre og yrkesaktive del av befolkningen. Siden dette utvalget omfatter "også fete og magre varianter", vil det ikke være noen garanti for at verdiene omkring det hyppigst forekommende høyde/vekt-forhold representerer det fysiologisk og helsemessig sett mest hensiktsmessige" (24, s. 365).

En norm blir til

I sin videre argumentasjon kommer Natvig fram til at man bør basere normen på gjennomsnittsverdier for den unge voksne alder, dvs. 20-39 år. Normen er middelvekten mellom gjennomsnittsvektene for aldersgruppene 20-29 og 30-39 år.

10% over og under denne normen blir regnet som "normal"-variasjon.

Forskeren velger, som Schiøtz, dette "slingringsmonn" fordi det innen denne grensen "hverken kan konstateres noen påfallende magerhet eller fedme ved inspeksjon av de enkelte individer" (24, s.367). Tallene bli supplert med skjønnsmessige vurdering.

Den nye normen er altså vekta til den gjennomsnittlige 30-åringen pluss/minus 10 %.

=>*Overvekt er å avvike mer enn 10% oppad fra normalområdet for høyde og kjønn*

Natvig appliserer så den nye normen på sitt materiale. Tabellen viser de nakne fakta: 23.9% av kvinnene i 30-39-årene er "overvektige", og 51.5% av 50-59-åringene får samme karakteristikk.

På hvilken måte trer så forskerens (s)kjønn fram i dette arbeidet for å skille sunn, normal kroppsvekt fra syk, avvikende kroppsvekt; det vil si i overgangen fra innsamling av biologiske data til tolkning av funn?

Normer er midler til å realisere verdifulle tilstander (26).

- Hva slags verdifulle tilstander er koblet til det å være "normalvektig"?

- Hvem sine verdier realiseres?

En kunne være fristet til et sleivspark: Når normen er 30-åringen, er det klart at mange 50-åringer faller utenfor!

Så banalt er det ikke.

Natvig problematiserer grundig sine egne og andre forskeres funn; dette at den gjennomsnittlige vekt øker med alderen. Det er kvinners vektøkning han kommenterer spesielt:

"I denne undersøkelse er f.eks. vist at 50-59 år gamle kvinner veier gjennomsnittlig 7 kilo mer enn kvinner i aldersgruppen 20-29 år. Dette er uten tvil det hyppigst forekommende, dvs. at en så sterk vektøkning egentlig skulle være "normalt" hos kvinner. Men selv om man tar hensyn til både svangerskap, diegiving og klimakterium, er neppe ...ele denne vektøkningen fysiologisk og ...verken hensiktsmessig eller gagnlig fra et helsemessig synspunkt" (24, s. 365, min uth.)

Videre konstaterer Natvig at vektøkningen med alder for en vesentlig del er et uttrykk for "overernæring og makelighet".

Dersom vektøkningen er u-fysiologisk, er den da patologisk ?

Er 51.5 % av de kvinnelige 50-åringene i Natvigs materiale syke?

Hvem var de egentlig, disse makelig anlagte, overernærte, dobbeltarbeidende kvinnene i 1952? Hvor mange barn hadde de født?

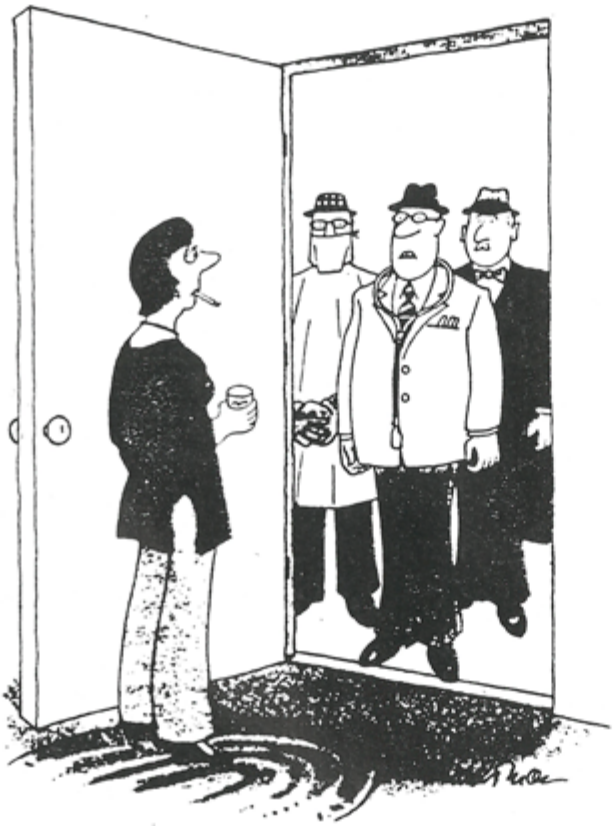
Med andre ord:

Er den levde kvinnekroppen unormal?

Fet, gammel, eller på annen måte stygg

"By second class I mean that which constantly decreases in in value."
(Oscar Wilde)

Et dominerende kulturelt trekk i dagens samfunn, er angsten for forfall og død, reformulert i metaforen "helse". Å forlenge levetida er vel selve kjernen i vestlig medisinsk virke (17).



«Goddag, frue. Vi kommer fra legeforeningen. Vi har grunn til å anta at De ikke passer godt nok på helsen Deres.» (— The New Yorker)

Både i Schiøtz' forskning og hos Natvig 25 år seinere, finner vi koblingen mellom det normale, det estetiske og unge. Sjelden leses budskapet tydeligere:
"Bevar ungdomstypen!"

"..korrekt vektkontroll er den aller første betingelse for å beholde den sunde og helt funksjonsdyktige ungdomstype." (25, s. 5)

Natvig sier det slik:

"Det er vårt håp at de nye høyde/vekttabellene vil bli et hjelpemiddel og også en spore for den enkelte til å søke å bevare sin ungdomsform, som ikke bare er den vakreste og behageligste, men også den som man fra et helsemessig synspunkt er best tjent med." (23, s. 29; min uth.)

Og videre:

"en overvektig person vil alltid virke eldre enn normalvektige, eldre jo større overvekten er . Og når det gjelder det estetiske - ja, det er ikke nødvendig å beskrive." (23, s. 29)

Her formidles det kulturlige; et estetisk ideal, som noe naturlig; "den fullt utvokste ungdommelige kropp".

Slike estetiske idealer formidles i forskningslitteraturen idag også, de er langt ifra historie:

..."*den typiske bulimi-pasient er en.... karrierebevisst, attraktiv ung kvinne.*" (26, min uth.)

Forsdahl et al drøfter en eventuell revisjon av Natvigs norm fra 1956, i lys av sine funn fra 1960-årene. Men:

"Det kan også hende at man kommer frem til et resultat som ikke helt harmonerer med det generelle velvære eller de estetiske idealer som til enhver tid gjelder." (18, s.219)

Moralens tvekjønn (27)

Estetikken og etikken knyttes tett sammen:

"...adskillige kvinner, iallefall når de når ca. 35-års- alderen, slapper av, ofte gir efter for makelige tilbøyligheter, får

økt interesse for mat, mens samtidig skjønnhetssansen, de estetiske krav til egen person tydelig går nedover." (25, s. 3)

Slike utsagn er også resultat av den erfarne leges (s)kjønn, et nødvendig verktøy i medisinsk forskning og praksis.

Å være tynn i dagens vestlige kultur handler om å ha full intellektuell kontroll over sin kropp. Kulturen har seiret over naturen. Det tykke mennesket uttrykker og bekrefter med sin kropp at det har mistet kontrollen, fedme er utemmet natur (28).

I siste instans blir kroppstørrelsen et spørsmål om *moral:* den tykke er umoralsk. Min lesing av fremstående klassikere i feltet har dessuten vist at bildet er mer nyansert: Det er den tykke *kvinnen* som er umoralsk, lastefull.

Dersom medisinens opptatthet av kroppsfett utelukkende hadde med *sykdomsrisiko* å gjøre, ville menns størrelse vært i fokus, og ikke kvinners.

"Sammenlikner en kjønnene, finner en at menn er mye sykere enn kvinner ved samme grad av fedme. Menn har dårligere glukosetoleranse, oftere klinisk diabetes, høyere blodtrykk samt høyere insulin og triglyceridkonsentrasjoner i plasma enn kvinner har. En kvinne må først bli massivt overvektig før hun løper samme risiko som en middels korpulent mann." (2)

Min nysgjerrighet i dette feltet er ikke stillet :

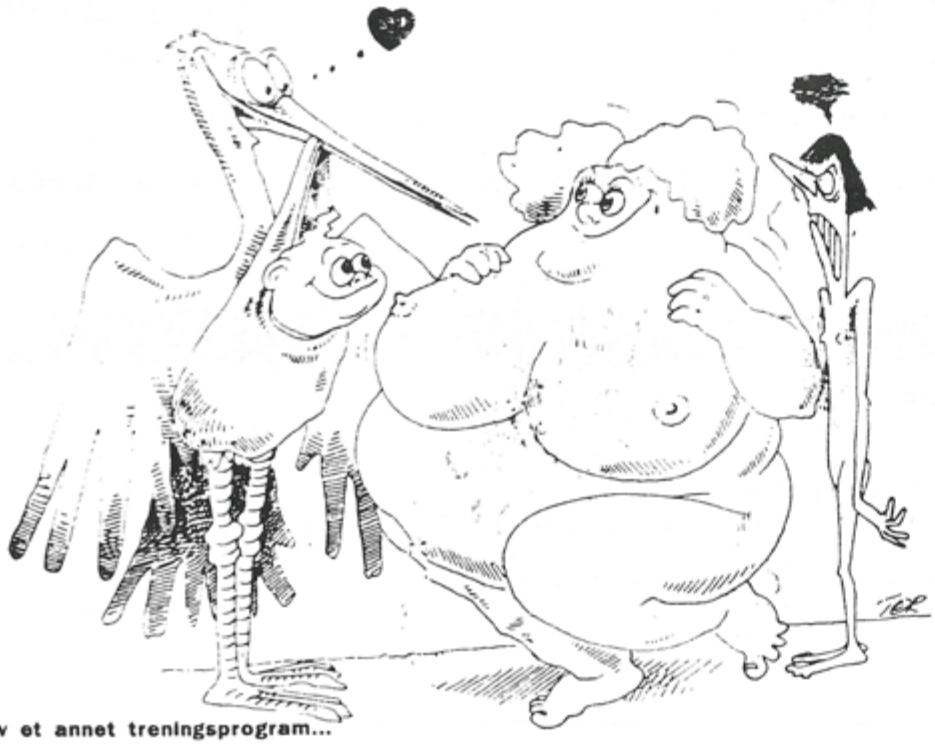
- Kan en slanke seg fra aldringsprosessen ?
- Kan en kanskje slanke seg over i et høyere sosialt skikt ?
- Hvorfor er kvinners moral i vår kultur så tett knyttet til en viss kroppsstørrelse og -fasong?
- Hvordan trer forskerens (s)kjønn fram i andre medisinske problemstillinger?

Jeg leter videre...

Referanser:

1. Storhaug H, Christensen K. Når følelser blir mat. Oslo: Aschehoug, 1990.
2. Bjørntorp P et al. Menskligt fett - olika typer och distribution. "Kalskula" största riskfaktor för hjertinfarkt. Läkartidningen 1983; 80: 4907-9.
3. Nygaard J. Anorexia Nervosa. Treatment and triggering factors. Acta Psychiatr Scand Suppl 1990; 82: 44-9.
4. Sundgot Borgen J. Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere. Oslo: NIH, 1990.
5. Waaler N. Forfengelighetens pris. Kvinnekropp - fysisk aktivitet - reklame. Oslo: NIH, 1990.
6. Skårderud F. Sultekunstnere. Oslo: Tiden, 1991.
7. Tolstrup K. Insidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. Acta Psychiatr Scand Suppl 1990; 82: 1-6.
8. Wolf N. The beauty myth. Vintage, 1990.
9. Axelsen E. The strength of weakness. Nytt om kvinneforskning 1990 (4): 3-9.
10. Bordo S. Reading the slender body. In Keller EF et al (eds): Body/Politics. Women and the discourses of science. New York: Routlegde, 1990.
11. Brumberg JJ. Fasting girls. Harvard University Press, 1988.
12. Chernin K. The hungry self. London: Virago, 1986.
13. Lawrence M. Fed up and hungry. London: Women's Press, 1987.
14. Solheim J. Om å ta kroppen på ordet (artikkel in press, 1991).
15. Bassøe H. Anorexia/bulimia nervosa. Acta Psychiatr Scand Suppl 1990; 82: 7-13.
16. Ritenbaugh C. Obesity as a culturebound syndrome. Culture, Medicine and Psychiatry 1982; 6: 347-61.
17. Opstvedt L. Hvorfor slanker vi oss? Utposten 1991; 19: 300-3.
18. Forsdahl A, Waaler H. Høyde og vekt i Norge i slutten av 1960-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1976; 96: 215-9.
19. Vellar OD, Natvig H. Forskningsresultater fra Landsforeningen for Kosthold og Helse. Melding nr. 8, Oslo, 1965.
20. Forsdahl A. Utviklingen av høyde og vekt hos voksne menn og kvinner i Norge i 1970-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 559-62.
21. Waaler H et al. Body Mass Index in the Scandinavian countries. Scand J Soc Med 1987; 15: 205-9.
22. Waaler H. Hazard of obesity - the Norwegian experience. Acta Med Scand 1988; Suppl 723: 17-21.
23. Natvig H. De nye høyde-vekt-tabellene for norske kvinner og menn. Landsforeningen for kosthold og helse, Oslo, 1956.
24. Natvig H et al. Høyde og vektundersøkelser hos voksne menn og kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1956: 361-8.
25. Schiøtz C. Bevar ungdomstypen! Korrekt vektkontroll for kvinner. Oslo: Fabritius og Sønners forlag, 1934.
26. Trygstad O. Bulimi. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 23: 1511-5.
27. Haug F. Moralens tvekjønn. Sosiologi i dag 1990 (3): 12-33.
28. Bundgaard H. Anorexia nervosa. Stofskifte. Tidsskrift for antropologi 1989; 20: 87-96.

Høgskolelektor Vibeke Thorp
Alta Lærerhøgskole
9500 Alta



– Prøv et annet treningsprogram...

Norsk selskap for allmenmedisin
Kongsvoldseminar 2. - 4. april 1992

Økologi og medisin

NSAM inviterer til sitt årlige seminar i fjellstua på Kongsvold.
Referansegruppen for "Økologisk medisin" har ansvar for programmet denne gang.
Allmenn- og samfunnsmedisinere inviteres til å la seg inspirere og utfordre til faglig nytenking i møte med økologien. Fire personer som har god erfaring med økologi i ulike sammenhenger blir med oss under hele seminaret. Det er pedagogen Anne B. Bystad, mikrobiologen Tore Midtvedt, biologen Ivar Mysterud og geografen/handlingforskeren Tore Næss.

Program:

Del 1. Hva kan økologien lære oss?

Torsdag 2 april kl 1400-1800 (pause kl 1530-1600)

Professor Tore Midtvedt, Institusjon för medicinsk mikrobiell ekologi, Karolinska Institutet: "Fra fragment til helhet, fra tammikrober til miljø."

Fredag 3 april kl 0800 - 0930

Faglig medarbeider Anne B. Bystad, Kvinneuniversitetet: Skisse til et økologisk menneskesyn."

Del 2. Gruppearbeid: Hvordan kan økologien anvendes?

Fredag 3 april kl 0945 - 1130

Tema:
1. Økologisk farmakologi eller en pille for alt som er ille?
2 Hypertoni - et økologisk problem for en teknologisk avsporing?
3. Legerollens atferdsspekter - hva er konsekvensene?

Del 3. Erfaringer og synspunkter - bidrag til et økologisk helhetssyn.

Fredag 3. april kl 1430 - 1800 (pause 1600 - 1630)

Gruppene legger fram sitt arbeid som grunnlag for felles diskusjon.

Avslutning: Amanuensis Tor Næss, Telemark distriktshøgskole, formann for "Nordisk förening för humanekologi": "Veien videre"

Kl 2000: Professor Olav Gjærevoll: "Vervet av Dovrefjell" - Lybildekåseri.

Nytt fra referansegruppene

Lørdag 4. april kl 0900 - 1200
Kl 1200: Lunsj - avreise

Påmeldingsfrist: 6. mars 1992
Påmelding: May-Brith Mandt, NSAM' sekretariat, IAM Oslo, Fr. Stangsgt. 11/12, 0264 Oslo Tlf 02-55 92 10
Kurstimer: 16 timer. Godkjent i relasjon til allmennmedisin. Søkt om godkjennelse i relasjon til samfunnsmedisin.
Kursavgift: Kr 1000,-

Belastningslidelser og vold

Trine Eklund (f. 1935) er utdannet ved Norsk Mensendieckskole (1960). Privat virksomhet ved Eckbo Rehabiliteringssenter i 10 år. Siden 1978 ansatt i bedriftshelsetjenesten ved Hydro Oslo, arbeider spesielt med belastningslidelser. Siste 10 år aktiv i norsk kvinne- og fredsbevegelse. Interessert i ulikheter i kommunikasjon og atferd innen kvinne- og mannskulturen, og årsaker til vold.

Muskulære reaksjoner på avmakt

Vold og belastningslidelser er to muskulære reaksjonsmønstre som koster samfunnet ti-talls milliarder kroner hvert år.

Av Trine Eklund

Belastningslidelser har vært sterkt i skuddet som samfunnstema i mange år, og har fått stor oppmerksomhet idet lidelsene er et økende og meget kostbart problem for bl.a. næringslivet og det offentlige trygdesystemet. Det er blitt det helseproblemet flest i befolkningen sliter med (kostnadsberegnet til 20-25 milliarder 1989 kroner) (1). I tillegg kommer smerter og nedsatt effektivitet for den enkelte. Rådet fastslår at årsakene er fysisk, psykisk og sosialt betinget.

Makt - avmakt - maktesløshet

Min yrkeserfaring tilsier at belastningslidelser ofte har sin årsak i *avmakt*. Sunne, friske mennesker som reagerer på avmektighet med et muskulært, statisk stramningsmønster i mangel av andre muligheter for fornuftig reaksjon. Eksempel på *"fornuftig reaksjon"* er mulighet for å diskutere årsaken med den person eller de instanser som forårsaker avmakten. En måte å definere fenomenet på kan være:

"*Avmaktfenomenet står vi overfor når de forutsetninger vi gjorde, ikke holder. Aktøren har ofte ikke klare interesser eller mulighet til å vite at de affiseres eller hvordan de affiseres av andres beslutninger. De kan være uten bevissthet om, eller ha falsk forståelse av hvordan de påvirkes*" (2).

Avmakt er betinget av makt og oppleves som maktesløshet. Det kan oppleves som et slags trykk utenfra - en ofte udefinerbar makt som skaper avmektighet. Avmakt skaper negative reaksjoner, uansett hvor frisk du er i utgangspunktet, hvis du ikke makter å snu avmaktfølelsen til noe positivt.

Muskulær maktdemonstrasjon

Vold er i høy grad uttrykt i muskulære reaksjonsmønstre. Fysisk vold kan imidlertid være en muskulær *maktdemonstrasjon* basert på bevisst eller ubevisst avmakt hos mennesker hvor adekvat konfliktløsning ikke er lært eller forstått. Vold i sin ytterste konsekvens inkluderer krig og forsvar av krig, et (opprinnelig muskulært) reaksjonsmønster på makt og avmakt som koster samfunnet enorme beløp. Hva vold angår presiserer jeg vold utført gjennom fysisk styrke - den volden "Mannsrolleutvalget" (3) beskriver som relatert til mannsrollen.

Muskulære mønstre hos kvinner og menn

Avmakt synes å uttrykke ulike muskulære reaksjonsmønstre hos kjønnene. Kvinner er mer belastet med innadvendte, statisk muskulære reaksjoner som skader dem selv, mens menn agerer fysisk muskulært utover i større grad, og skader andre (4). Det statisk belastende i egen muskulatur er påvist hos kvinner i langt større grad enn hos menn i undersøkelser, statistikker og uttalelser. Utallige undersøkelser peker på kvinners nakke/skulder-plager, de såkalte tensjonslidelsene. Dette kan imidlertid være et bedrag.

Menn har sine plager oftere i korsryggen, men årsakene til korsryggplager er mange, og personlig har jeg ikke funnet forskning som skiller tensjonslidelsene i korsryggen distinkt fra andre ryggplager, bortsett fra Westgård (5).

Jeg ønsker å vise til at belastningslidelser og vold er to av mange reaksjoner på - en ubevissthet eller falsk forståelse av - hvordan vi påvirkes gjennom atferd og verdinormer som skaper avmakt i store deler av befolkningen. Strukturer som byr på så store problemer for mange mennesker at samfunnet må våge å åpne opp i større grad for forståelse av konsekvensene som gir negative reaksjoner i muskulatur og sinn.

Andre symptomer på avmakt kommer ofte fram i media - så som spisevansker, økonomisk kriminalitet, depresjoner, selvmord, misbruk av alkohol eller annet rusmiddel - antagelig jevnt fordelt mellom menn og kvinner.

Belastningslidelser

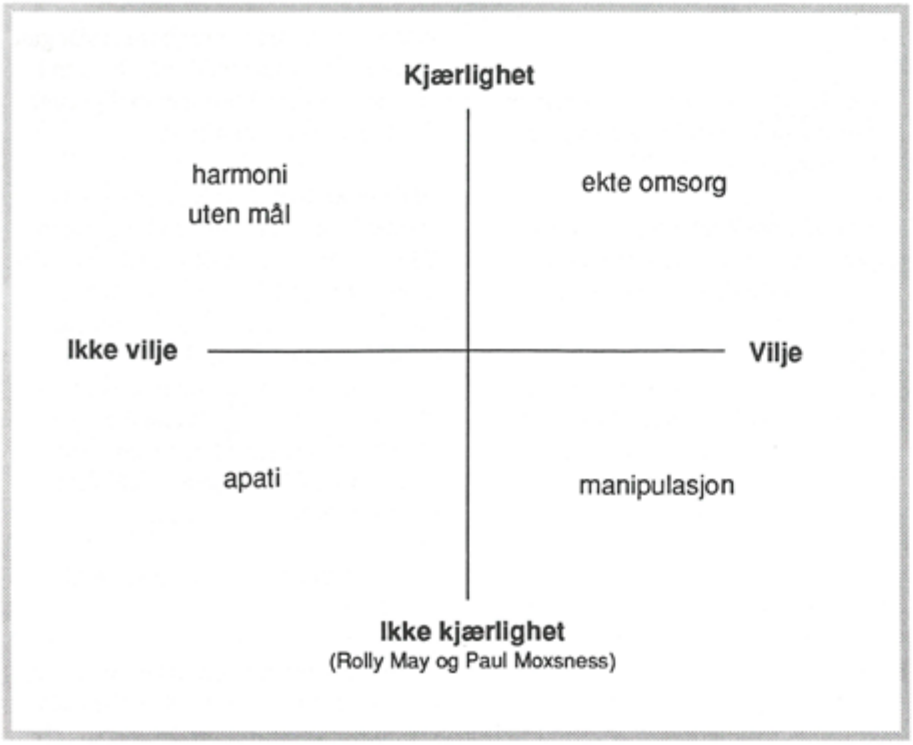
Vurderer vi avmakt som årsak til belastningslidelse, er det vanskelig å si hvor stor del av helhetsbildet det utgjør. Meg bekjent finnes ingen forskning som kan bevise det. De undersøkelser jeg forholder meg til er foretatt av offentlige forskningsinstitusjoner, ofte i samarbeid med næringslivet.

De store ergonomiske forandringene som er blitt gjennomført på kontor- og industriarbeidsplassene de siste 10-20 årene, viser at store ressurser er satt inn på det fysiske årsaksområde. Til tross for det finner Tellnes (6) at 48% av belastningssykdommene har sin årsak i fysisk belastning på arbeidsplassen.

Den enkelte bedrifts kultur vil være avgjørende for hvordan det sosiale miljøet i arbeidslivet oppfattes av den enkelte. I en uoffisiell undersøkelse jeg utførte på min arbeidsplass blant 75 kvinner i 1987, ble både det fysiske og det sosiale arbeidsmiljøet vurdert av disse, som meget bra. Tross det hadde 45% plager i nakken, inkl. hodepine for 33%. Vel 1/3 oppga at de hadde jevnlig plager, mens 1/3 hadde plager av og til, og 1/5 følte seg unormalt trette.

Av prioriterte goder poengterte kvinnene respekt, likeverdighet, frihet, selvstendighet, hyggelig og god arbeidsplass, godt miljø, lett adkomst og mulighet for 4 dager eller 30 timers uke. Lønnssystemet som mange oppfattet som urettferdig i forhold til deres mannlige kolleger, var største irritasjonsmoment. Lønn som sådan kom langt ned på listen.

⇛



Av den faglitteratur jeg refererer til og som for en stor del er forfattet av sosiologer og psykologer i perioden 1984-1990, er belastningslidelser ikke referert som noe typisk symptom på psykiske tilstander. Klienter med statiske muskelspenninger pga. f.eks. dårlig kommunikasjon medmennesker imellom, vil helst ha seg frabedt psykologisering, men de søker støtte til å gjøre noe med sine muskelsmerter og sin avmakt. Medisinbehandling og "snillisme" betrakter jeg som lite adekvat hjelp.

Adekvat forebygging

Som forebyggende tiltak er min vurdering at klienten primært trenger forståelse og innsikt for hva avmakten bunner i. Samtidig kan tillit gi rom for åpenhet til å diskutere årsaksforholdene. I tillegg vil klienten trenge et opplegg som kan virke forebyggende i nuet, som kan holde smertene i sjakk inntil avmaktsituasjonen er avklaret, eller klienten finner andre reaksjoner enn statisk muskelbinding for å løse konflikten som gir avmakt.

Å gå med muskelsmerter gjennom tid, koster krefter og forverrer lidelsen. Opplegget fra min synsvinkel er ikke primært sport og idrett, men små nitide øvelser som går spesifikt på "det vonde" og aktiviserer de statisk belastede, små, dype musklene i nakke/skulderpartiet - evt. de små, dype ryggmusklene - og generell aktivitet forøvrig.

Den enkelte har ofte ubevisst "bitt i seg" frustrasjonen og avmakt i et statisk egetforsvar eller strammet de mest bevegelige delene av ryggsøylen ved "å ta seg sammen" og "stå på". Et "holde-i-sjakk"-opplegg som letter smerten i nu'et, er effektivt både for den enkelte og samfunnet - på kort sikt.

Fysisk vold

80- og 90-årenes forskning viser at 9 av 10 voldskriminelle er menn og 50% av alle kvinner som drepes i Norge, drepes av sin partner. Hver annen kvinne vil bli utsatt for fysisk vold i løpet av livet, og i 25% av alle samliv, vil det forekomme mishandling (7,8).

I en undersøkelse om seksuelle overgrep fra 1985, svarte 19% kvinner og 14% menn at de var blitt utsatt for seksuelt overgrep før de fylte 18 år (9). Denne og flere andre undersøkelser fastslår at 90-100% av overgripere overfor barn, er menn.

Spørsmålet mange stiller er: Hvorfor utøver menn vold?

Bortsett fra ren muskulær styrke som er biologisk fundert, er vold neppe hverken biologisk eller zoologisk basert, men lært. Mennesket kan velge om det vil utøve vold i en rekke former, fra den nære fysiske tortur og mishandling til planlegging av atomkrig. Hos enkelte fortoner slik planlegging seg som rimelig form for maktpolitikk (10).

De muskulært betingete reaksjonene som vold og belastningslidelser har i mine øyne med sosialisering og kultur å gjøre, inkl. kjønnskultur og kjønnsroller. Kan vi erkjenne og godta det, vil vi lettere kunne akseptere "det usynlige", "det diffuse" og "det uforståelige", og dermed ha større forutsetning for å gjøre noe i fellesskap med de to muskulære - og meget dyre -reaksjonsmønstrene.

Hva kan vi gjøre?

Spørsmål som da kan stilles er:

- Kan vi løse noen av de kulturelt betingete og negative reaksjonsmønstrene som er oss så dyre å reparere - ved å sosialisere generasjonene til en sameksistens, grunnlagt på verdier som ikke fremmer angst, men ekte omsorg basert på kjærlighet og vilje?

- Og til gode konfliktløsningsmetoder ut fra et likeverdperspektiv, basert på gjensidig følelsesmessig avhengighet og respekt?

- Kan vi forvente at vold blir et fokusert debattemne nå?

"Mannsrolleutvalget" (3) har slått fast at

"Volden er relatert til mannsrollen, siden det primært er menn som utøver vold. Den er utøverens ansvar og i vid forstand er den alle menns ansvar".

- Kan vi se på denne erkjennelsen som en frigjøring for mannen?
  Kan vi håpe på en frigjøring i fremtiden fra maktbehov til en likeverdsstruktur, basert på egenkontroll og interessebalanse både privat, nasjonalt og internasjonalt? I samråd med de egentlige demokratiske prinsipper?

Rolle- og reaksjonsmønstre

Når vold og mannsrollen blir fokusert og debattert på samme vis som belastningslidelser og kvinnerollen er og har vært, vil samfunnet da kunne diskutere rolle- og reaksjonsmønstre mer fordomsfritt? Som et forebyggende tiltak mot bl.a. avmakt?

I følge boken "Menn i forandring" (7) vil de fleste menn søke årsaker utenfor

dem selv når noe går galt. Jeg opplever at mange menn i ulike miljøer er redde for sine følelser og reaksjoner og har bygget opp et beskyttelse- og forsvarsmønster. Projisering av skyld er ett, oppbygging av fiendebilledet et annet. Maktarroganse og herskerteknikker er en tredje effektiv "avlastning".

Behov for kontroll og makt kan bli så overveldende at han løser sin egen angst eller avmakt ved å overføre angst og avmakt til andre. Det kan være hans måte å vise seg sterk på. Den tradisjonelle mannsrollen tilsier overordning, mens den tradisjonelle kvinnerollen søker å unngå påvirkning og kontroll fra andre, og reagerer på avmakt ved å gjøre seg passiv, utilgjengelig og diffus (4,7).

"*Fysisk mishandling er et mannsproblem, men menn opplever ikke seg selv som mishandlere. Det kan bety at menn mangler innlevelsesevne, eller at det er tegn på menns forsvarsmekanismer*". (7).

Kvinner kan virke mer åpne for diskusjon for årsaksforhold til sine tensjoner og muskulære lidelser. Min erfaring er at de er mer erkjennende til å søke årsaksforhold i seg selv, og å ville forandre. Dessuten har kvinnen måttet ta opp sin egen rolle til diskusjon de siste ti-årene, og er blitt langt mer selvstendige og aktive.

Det kjønnskulturelle paradigmeskifte vi synes å være inne i, vil nødvendigvis gi forandringer i kjønnsrollemønsteret. Maktstrategiene derimot består, men dels i andre former. Det 20. århundrets verdinorm nr. 1 - økonomien - er ett maktsystem. Pga. våre økonomiske systemer blomstrer avmakten som aldri før i 1991.

Sosialisering til avmakt

Siden jeg vurderer belastningslidelser til å være et *innadvendt* muskulært reaksjonsmønster og fysisk vold som et *utagerende* muskulært reaksjonsmønster på avmakt, vil jeg diskutere noen relevante eksempler på sosialisering til avmakt. Sosialisering defineres som:

"*Den prosess som medfører at et menneske som fra fødselen av er utstyrt med et enormt spekter av adferdsmulig-heter, tilegner seg de trekk som er spesifikke for den gruppen eller det samfunn individet skal bli del av*".
(Samfunnsleksikon 1987 s. 392)

Og

"*læring av sosiale roller gjennom uformell og formell overvåking gjennom andre*" (CapLex 1990 s. 851).

Vi vet endel om hvilke prosesser som skaper harmoniske mennesker og vise versa. Vi vet hva kjærlighet og nærhet betyr for barn og ungdom i utviklingen til bærekraftig voksen. Vi vet at avvisning, frastøting, vold mot mor eller far og følelsen av ikke å være til nytte ofte skaper angst, depresjon, avmakt som i sin tur kan utvikle uønskete egenskaper som fysisk voldelig atferd, psykopati eller nevrotiker.

Vi vet at mennesker som har hatt nær kontakt med små barn, hatt omsorg for dem og solidarisert seg med dem, utvikler følsomhet overfor andre og for seg selv, og derigjennom har vanskelig for å skade, evt. drepe andre.

En skulle tro enhver nasjon ville gjøre alt som står i ens makt for ikke å utvikle ekstreme og negative egenskaper hos de kommende generasjoner som skal overta livsprosessen. Merkelig nok skjer ikke det. Snarere tvert om. Hverken kvinne eller mann har f. eks. verneplikt i det å oppdra barn, eller å ta omsorg for andre. Det har vi ikke råd til, men den obligatoriske manndomsprøven våre sønner skal igjennom, har fortsatt opplæring i lineær tankegang, overføring av skyld på andre gjennom tillærte "fiendebilleder", læring i å drepe "fienden", og ubetinget lojalitet til makt.

Når vi ser hvordan enkeltmennesket sliter et helt liv med de preferanser samtiden sto for da barnet var lite og siden i sosialiseringsprosessen, burde ingenting være viktigere enn å sikre barn og ungdom de mest elementære behov gjennom omsorg og ansvar. Men her råder tilfeldighetene - og ikke minst økonomien - i et ellers velregulert samfunn.

Avmakten ligger ofte i at det er så stor avstand mellom teori og virkelighet. Dagens generasjon er f.eks. oppdradd til å tro at alle har like rettigheter, og har lagt opp sin fremtid på disse premissene etter påtrykk fra foreldre, politikere, offentlige institusjoner og næringslivet.

Når det viser seg at prognosene slår galt til, overlates ansvaret til ofrene, som i sin tur oftest er blitt fratatt muligheten for å gjøre noe aktivt selv.

Både offentlige og private samfunnsinstitusjoner inngir forventninger som ikke følges opp i handling, eller premissene slår feil til. Nå rammes vår egen ungdom innen alle miljøer av arbeidsløshet som ett eksempel. Avmakten øker. Forskjellen fra tidligere avmaktreaksjoner, er at dagens ungdom, gutt og pike, er sosialisert til å være aktiv, ikke passiv. De er begge sosialisert til mannskulturens aktive rolle.

Aktivitet mot avmakt er makt. Vold gir maktfølelse.

De mer følsomme, som ikke slår ut, slår istedet inn mot seg selv. Statisk muskulær binding, depresjon eller selvmord, kan lett bli følgene.

Det gode liv -?

Ungdom idag har store forventninger til sitt eget liv som "det gode liv". Utdannelse skal være en garanti for jobb og meningsfylt arbeid, men når det lønnete arbeidsmarkedet er mettet, øker arbeidsløsheten, og avmakten tiltar.
Forventning og troen på reell likestilling er allmenn hos såvel gutter som piker. Realitetene, f.eks. i lønn, viser store forskjeller, men også på andre områder er det så som så med likeverd innstilling, viser forskning.

Barns ensomhet og utestengning fra gode sosiale miljøer hjemme og ute er en sørgelig realitet som må skape uønskete konsekvenser i neste omgang. Demokrati tilsier medbestemmelse og like muligheter, mens det er press gjennom politisk og økonomisk makt, samt den "4 statsmakt" som når frem i beslutningsprosessen. Når handling ikke følger teori, føler mange både svik og avmakt.

Fler og fler, både menn og kvinner, erkjenner en generell svekkelse av mennesket i den vestlige kultur, som i verden forøvrig. Alternativbevegelsens "far" Erik Dammann sier det på denne måten:

"*Vi må legge om til en økonomi som bygger på samarbeid istedenfor konkurranse om egen vekst. Og Håpet ligger*

⇒

ikke minst i den stadig økende innflytelse fra kvinner og kvinneverdier i en verden som er i ferd med å gå til grunne under menns kamp om makt og privilegier." (11)

Min mening er at før- og etterkrigstidens sosialiseringsgrunnlag på økonomiens og patriakatets premisser og verdisyn, vil vise så store negative konsekvenser, at vi som følsomme, levende vesener ikke makter å ta inn over oss situasjonen uten å reagere muskulært eller med økt sykelighet. Avmakten vil ta overhånd for stadig fler, menn som kvinner.

Etterkrigstidens higen etter likestilling på mannskulturen og arbeidslivets premisser for alle kan diskuteres, og spørsmålet blir om det er til det bedre for mennesket - være seg mann, kvinne, barn eller gammel.

En generell avmakt med økende svekkelse og sykelighet vil måtte sette legevitenskapen, det politiske liv og den vestlige kulturs menneskesyn på store prøver, men kultur er både foranderlig og forhandlingsbar.

Litteratur:

1. Rådet for belastningslidelser: Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen, 1990.
2. Hernes G. Makt og Avmakt (3. opplag). Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
3. Mannsrolleutvalget: Mannsrolleutvalgets sluttrapport - NOU 1991. Oslo: Barne- og Familiedepartementet, 1991.
4. Axelsen, Eva: Menns psykiske problemer i et makt-avmaktperspektiv. Menn i forandring, Tano forlag, Oslo 1990.
5. Westgård, Hoff: Risikofaktorer for utvikling av belastningslidelser. Innlegg på bedriftshelsetjenestenkonferanse Norsk Hydro 1990. Egne notater og samtale. NTH 1990.
6. Tellnes, Gunnar: 1 av 2 syke av belastning, intervju ved Turid Weber. Arbeiderbladet 23-3-1991.
7. Isdal P. Vold og kjærlighet - menn som mishandler kvinner. I Anstorp T, Axelsen E, red. Menn i forandring. En nyttiggjøring av problemer og utviklingsmuligheter. Oslo: Tano, 1990.
8. Isdal, Per: Om menn og vold. Foredrag og egensamtale. Oslo 1991.
9. Sætre M, Holter H, Jebsen E. Tvang til seksualitet. Oslo: Cappelen, 1986.
10. Ås B. Hvorfor får vi voldssamfunn - Maktmisbruk og hersketeknikker. Notat. Oslo, 1989.
11. Dammann E. Pengene eller Livet. Oslo: Dreyer forlag, 1989.

Bedriftsfysioterapeut
Trine Eklund
Munkengveien 1
0376 Oslo

Nya vägar

av Karin Boye

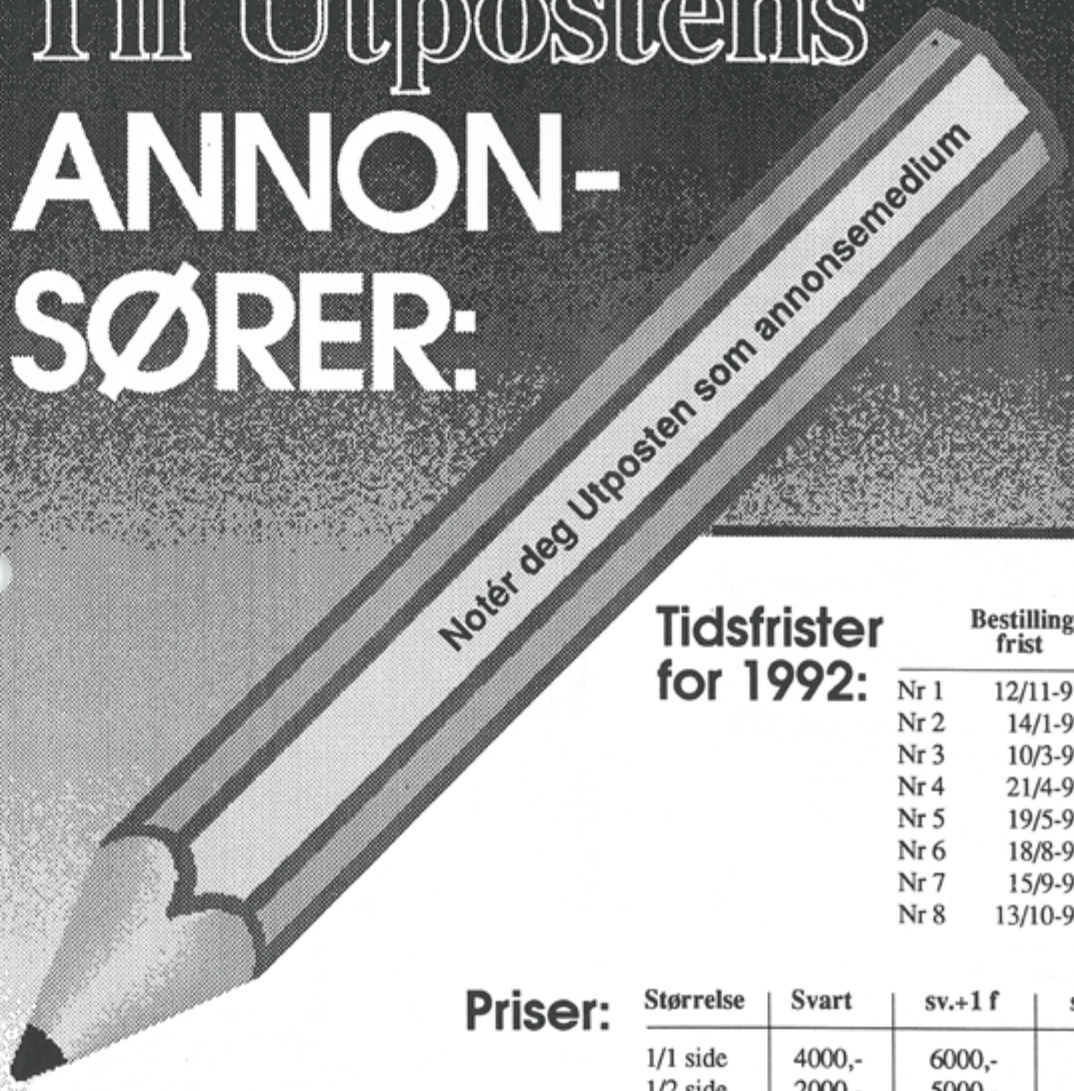
Här går nya vägar.
Låt oss vandra fromma.
Kom, låt oss söka
någon ny och vacker blomma.

Kasta det vi äger!
Allting nått och färdigt
livlöst oss tynger,
dröm och sånd och dåd ej värdigt.

Liv är det som väntar,
det man ej kan veta...
Kom, låt oss glömma!
Låt oss nytt och fagert leta!

(fra "Gömda land" 1924)

Til Utpostens ANNONSØRER:



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,-

Løse bilag koster kr 7000,-
Prisene er eks. mva.
Det vil bli tillegg i prisen for reservert plass

Teknisk:

Bestilling:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Telefon 06 - 97 32 22
Materiell:
Avtrykk, reprokopi eller negativfilm med speilvendt hinneside
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.

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,-

HÅWI RSCG

TAGAMET ER H2-BLOKKEREREN MED DET BREDE SORTIMENT; 400 MG BRUSETABLETTER I PAKNINGSSTØRRELSENE 15 OG 30, 800 MG BRUSETABLETTER I PAKNINGSSTØRRELSENE 30 OG 60. DESSUTEN SOM VANLIGE TABLETTER 200 MG/400 MG/800 MG, MIXTUR 40 MG/ML (10 ML DOSEPUTER), INFUSJONSVÆSKE 4 MG/ML (100 ML) SAMT INJEKSJONSVÆSKE 100 MG/ML (10×2 ML). FOR YTTERLIGERE INFORMASJON – SE FELLESKATALOGEN.

Man vil jo ikke betale det dobbelte.

Får jeg velge tar jeg heller originalvare.

DET ER FORSKJELL PÅ original og original. Noen er betydelig dyrere enn andre. Men hvorfor skal pasientene dine behøve å betale over det dobbelte når det finnes originalpreparat som er like billig som kopipreparatene.

Skriv ut Tagamet neste gang. Det tjener pasienten på, og dessuten blir det billigere for Norge.

KOSTNADER FOR 4 UKERS BEHANDLING MED H2-BLOKKER VED DUODENALULCUS.

PREPARAT:	PRIS 30 STK. PR. 1/3 -91	EGENANDEL FOR PASIENTEN
ZANTAC 300 MG	593,70	118,70
TAGAMET 800 MG	270,80	54,10
CIMETID 800 MG	270,10	54,00
CIMAL 800 MG	270,10	54,00
GASTROBITAN 800 MG	293,80	58,70
PEPCIDIN 40 MG	491,90	98,40

Alle beredningsformer av Tagamet kan fortsatt skrives på blå resept etter paragraf 9 punkt 37.

TAGAMET®

ORIGINALEN SOM GJØR ALLE GLADE

SB SmithKline Beecham

P.O. BOX 134, 1473 SKÅRER. TELEFON 02-70 79 01.

Bidrag til Utpostens essay-konkurranse 1991

Hvordan kan vi mestre angsten for vakt?

Johnny Mjell) er spesialist i allmennmedisin. Har flere år vært leder av kurskomiteen i Nordland, og siste året leder av APLF's fagutvalg. Etter 7 år i Bodø flyttet han i november 1991 til Tønsberg, der han har begynt som rådgivende overlege. Dette er spennende, men han vil tilbake til allmennmedisinen med tiden.*

*) *Han har ikke bart lenger*

De aller fleste allmennpraktiserende leger gruer seg til legevaktene, ofte på bakgrunn av opplevelser der vi i ettertid lurer på om vi gjorde alt vi kunne. Mange av oss kan tenke oss å organisere legevaktene annerledes slik at vi får mer fritid, men jeg tror ikke det vil fjerne denne angsten for neste vakt.

Av Johnny Mjell

Jeg mener at vi må lage ordninger som bedre ivaretar legenes helse, og de reaksjonene som nødvendigvis kommer etter vakter der vi opplever risiko for egen eller andres helse, ulykker, alvorlig sykdom eller død.

Jeg gruer meg til neste legevakt

Jeg har vært allmennpraktiker i ca. 6 år, og er spesialist i allmennmedisin. Jeg har ennå ikke fylt 40 år.

Jeg bor i en middelstor by med vel 20 leger som deler på legevaktene. Vaktdøgnet er delt, slik at det er en lege som har vakt i tiden kl. 15.30 - 20 og en annen som har vakt fra kl. 20 - 08. I helgene er døgnet delt på tre. Jeg er den eneste av fastlønnslegene i kommunen som har valgt å avspasere vaktgodtgjørelsen slik at jeg kan sove 3 timer etter nattevakt natt til en arbeidsdag. Resten av vaktgodtgjørelsen avspaserer jeg når det passer.

Jeg synes at organiseringen av legevakten er bra, der er egne legevaktlokaler hvor de fleste pasientene kommer, og vi har gjennomsnittlig to sykebesøk pr. vakt. Sykepleiere er ansatt for å ta hånd om telefoner og assistere legen ved behov.

Selv om jeg altså har sjeldne vakter, og legevakten er bra organisert, synes jeg vaktene er en belastning, og jeg gruer meg til vaktene.

Angst?

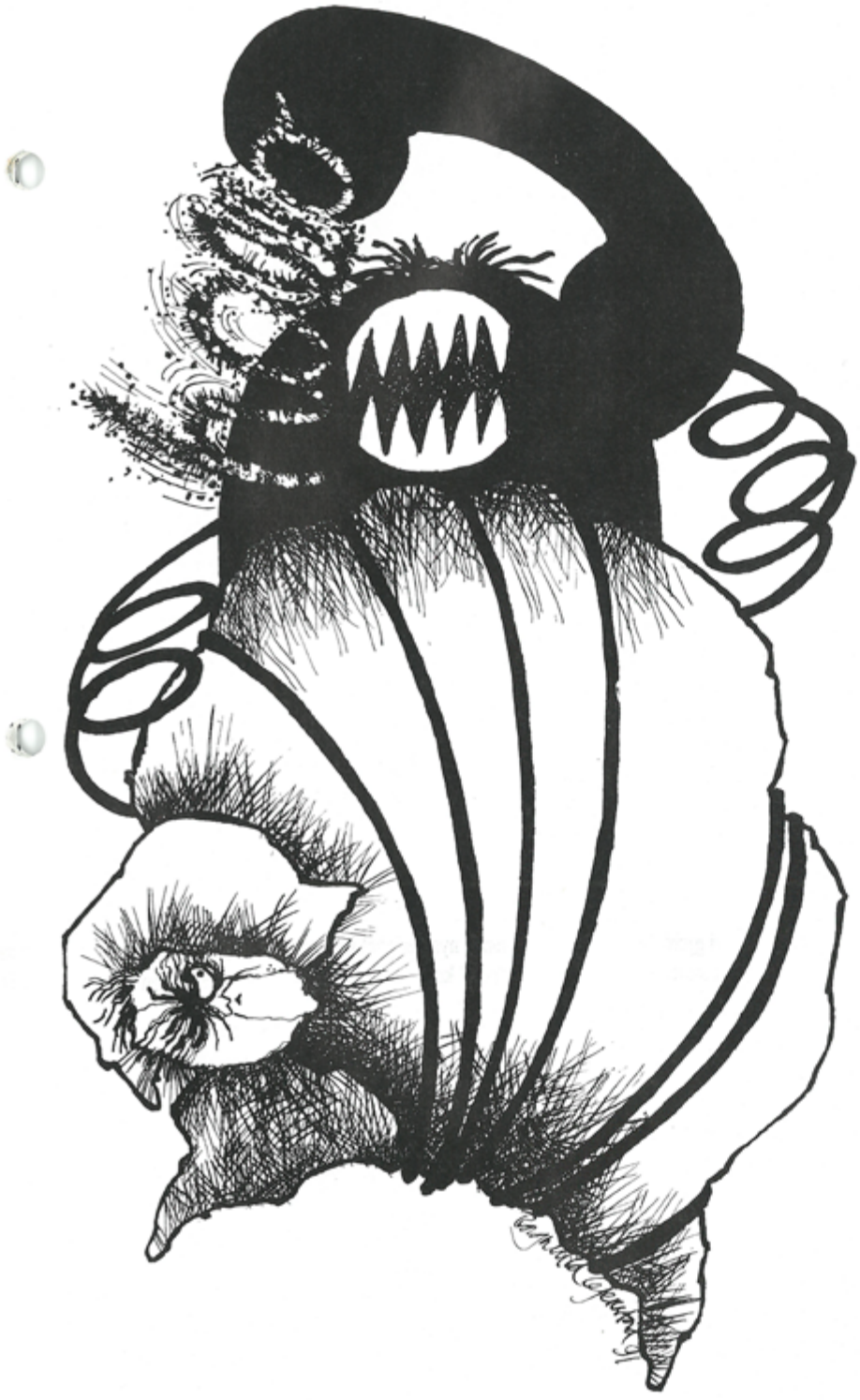
Når jeg snakker med kolleger, uansett spesialitet, er det et gjennomgående trekk at de fleste av oss gruer seg for vaktene. Dette kan ha ulike grunner. Det kan være dels en grunnleggende og etter mitt syn velbegrunnet faglig "angst", men det er nok også en irrasjonell angst for at det på vakta skal skje noe dramatisk, selv om det er svært sjelden. I tillegg opplever jeg uro for den foranstående nattevåk og trøtthet, og jeg gruer meg til den påfølgende uopplagthet de neste døgn.

Jo lenger vi har vært i allmennpraksis, jo større sannsynlighet er det for at vi har opplevd flere situasjoner under legevakt som har vært svært ubehagelige. Det være seg stygge ulykker, livstruende sykdommer, dødsfall eller trussel mot egen helse.

I mange slike situasjoner føler vi faglig utilstrekkelighet. Vi bruker lang tid etterpå til å bearbeide våre egne reaksjoner. Vi tenker igjennom det vi gjorde, og det vi kunne eller burde gjort annerledes. Dessverre gjør vi dette alene, vi har ikke noe system for debriefing (jfr. krisepsykiatrisk virksomhet) av leger som har opplevd sterke ting på vakt. Vi går tvertimot rett på jobb etterpå.....

De første vaktene etter en slik sterk opplevelse har ihvertfall jeg angst. Denne angsten er ganske sterk, og har klare forbindelseslinjer til det som nettopp har skjedd, og til alle de andre sterke opplevelsene. Men angsten er sterkest *før* vakta. Når jeg først er i gang avtar

Illustrasjon: Ragnhild Gjerstad



den, for så å komme tilbake når jeg forsøker å sove.....

- eller "bare" stress?

Holger Ursin (1) beskriver stressreaksjonen som en situasjon som oppstår "når hjernen mangler informasjon, kontroll og styring. Denne reaksjon forbereder oss på rask og effektiv handling". Dette er en god beskrivelse av arbeidssituasjonen på vakt!

I vaktsituasjonen utsettes vi for ansvarsstress, frykt for å feile og situasjonen er uten vår kontroll. Det kan komme situasjoner med trussel mot både vår egen og andres liv og helse. Weiseth beskriver dette som viktige stressfaktorer (2).

Ursin (1) mener at en viss grad av stress er nødvendig i en slik type jobb som legevaktjobben: "Vi må kunne reagere raskt og riktig. Det er ikke bare når livet avhenger av rask reaksjon, men også hver gang vi skal utføre noe".

Men selv om stressreaksjonen er "fornuftig" ut fra det arbeidet vi skal utføre, kan den komme til å koste dyrt hvis stressreaksjonen blir stående for lenge. Det er mange forhold som avgjør om vi får fysiske eller psykiske reaksjoner på stressreaksjonen. Viktige faktorer er personlige egenskaper, tidligere stress- eller kriseerfaringer, hvordan vi har det sosialt og familiært, og om vi er uthvilt og har overskudd.

Stress kan beskrives som en type alarmsystem som gir fysisk eller psykisk ubehag. Denne alarmen kan vi ønske å "skru av" uten å gjøre noe med årsaken til at alarmen går. Hvordan vi skrur av alarmen? Det kan for eksempel være med alkohol, kaffe, medikamenter eller tobakk (1).

Organisering

Organiseringen av legevakten, og vakthyppigheten, er forhold som også påvirker belastningen.

Jo hyppigere jeg har vakt, jo mindre stress føler jeg før hver vakt, jeg "venner meg" til stresset. Men det går på bekostning av fritiden. Overskudd henter vi blant annet gjennom valg av fritidsaktiviteter, kontakt med familie og venner eller fysisk aktivitet. Hvis vi så får en voldsom opplevelse på vakt gir det en sterkere reaksjon fordi vi har mindre "å gå på".

⇒

Organon
ScP Christiania as RRA 6
NÅR EN KVINNE HAR FÅTT "RIKTIG" BEHANDLING FOR URINVEISINFEKSJON 20 GANGER, ER DET PÅ TIDE Å TENKE PÅ HVA SOM ER RIKTIG.
Ovesterin ® (østriol)
Ved underlivsplager etter overgangsalderen.
Dosering:
Vagitorier eller vaginalkrem:
1 dose daglig i 3 uker,
deretter 2 ganger ukentlig.
Tabletter:
2-3 mg daglig i 2-3 uker,
deretter 1-2 mg daglig.
For ytterligere opplysninger:
Se Felleskatalogen eller kontakt:
Organon A/S,
Boks 325, 1371 Asker
Telefon (02) 78 43 65
VAGITORIER, KREM OG TABLETTER.
Ovesterin ®

Stadig flere kolleger ser at dette må vi endre. I sitt åpne brev til APLF omtaler Kjell Malde vaktene som en spesiell del av våre arbeidsforhold som vi må gjøre noe med. Det er ingen andre yrkesgrupper som pålegges slik arbeidstid over flere dager i strekk, og endatil er det dårlig betalt (3).

Men, som Malde også påpeker, dette henger nøye sammen med legedekningen. Hvordan skal leger overleve i kommuner med stor vaktbelastning? Kommunens folketall og geografi kan være slik at det ikke er grunnlag for mer enn en, to eller kanskje tre leger i kommunen. Disse har samtidig ansvar for vaktene. Praksis har vist at få klarer dette over lang tid. Ingen allmennpraktiker synes det er rart, men politikerne har visst vansker med å forstå det?

Lægeforeningen vedtok på sitt landsmøte i Alta i juni sitt prinsipp- og arbeidsprogram. Her heter det blant annet at foreningen skal arbeide for "å forebygge og motvirke yrkesrelaterte helseproblemer som følger av de emosjonelle og fysiske belastninger, samt yrkesrisikoer knyttet til legeyrket" (4).

Etter mitt syn er dette et viktig arbeid som krever maksimal innsats fra leger og forening for å etablere ordninger som ivaretar legers helse, og for å informere politikere og publikum om disse forhold.

Ideologi

Noen av de store ideologiske fremskritt innen allmennmedisin de siste ti år har skjedd i konsultasjonen, og den siste nordiske allmennmedisinske kongress i Oslo var også viet dette tema. Det er vel og bra med gode konsultasjoner, men hva hjelper det hvis vi ikke orker allmennmedisin på grunn av vaktene?

Ideologisk sett har jo vaktene vært betraktet som en del av vår kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende virksomhet som allmennpraktiserende lege!

Vi har i år fått "den lille blå" som er produktet av "den nye tenkekomiteen" som skulle trekke de ideologiske linjene frem mot år 2000 (6). I heftet finner jeg skuffende lite om belastningen ved å ha legevakt.

Utvalget har riktignok omtalt at det må arbeides for "gode sosiale ordninger og bedre godtgjøring for yrkets arbeidsmessige særtrekk og sosiale ulemper, så som arbeidsbelastning, flytting, vakttjeneste, øyeblikkelig-hjelp-plikt osv".

Utenlandske allmennmedisinske ideologer, som for eksempel McWhinney (5), omtaler ikke legevakter spesielt, og det er jo naturlig ettersom det i hans virkelighet ikke er vakter, men et fast lege-pasient-forhold hele døgnet.

Fast lege-pasient forhold

Enkelte andre land vi sammenligner oss med har en fast lege-pasient-tilknytning. De mest kjente er Danmark, Storbritannia og Nederland. Organiseringen av disse er dog svært forskjellig.

I Norge er diskusjonen om det såkalte listepasientsystemet snart 15 år. Et forslag om utprøving av et slikt system har i flere år vært nedfelt i arbeidsprogrammene til APLF og OLL.

Sveriges Läkarförbund har i en skisse nylig foreslått innført et huslegesystem som på mange vis ligner på det listepasientsystem som finnes i Danmark (7).

Det arbeides nå politisk for å innføre en prøveordning med listepasientsystem i Norge. Men vi vet ennå ikke hva dette skal innebære, så det er ikke mulig å si noe om de positive og negative sider et slikt system kan ha for legevaktbelastningen, eller for det daglige arbeid som allmennpraktiker. I små kommuner er det tvilsomt om det overhodet vil bli noen forskjell. I store kommuner kan det bli større endringer.

Helsetjeneste for leger

Det har lenge vært kjent at leger som yrkesgruppe ligger på topp på selvmordsstatistikken blant yrkesaktive menn (8,9), og kvinnelige leger kommer enda dårligere ut (9). Ut fra Ursins teori om at vi kan velge å "mestre" stress ved å skru av alarmen med for eksempel alkohol eller medikamenter (1), er det vel heller ikke overraskende at leger har høyere forbruk av dette enn gjennomsnittet (9). Psykiater Juel Kristiansen har skrevet en meget god oversiktsartikkel om helsetjeneste for leger, der han også kommer med forslag til tiltak (9).

Noen fylker i Norge har igangsatt prøveordninger med legetjeneste for leger (10). Hensikten med dette er blant annet

å lage et system der vi er i stand til å ivareta oss selv og våre kolleger gjennom vanskelige livssituasjoner. At dette er nødvendig skulle to personlige opplevelser publisert i Tidsskriftet være eksempler på (11,12).

Jeg tror likevel at vi må gjøre mer enn dette om vi skal klare å mestre vaktbelastningen bedre.

Bedre mestring av vaktene ved omorganisering?

Mitt subjektive inntrykk er at mange av de kollegene som ikke holder ut i allmennpraksis skifter jobb på grunn av vaktene. De skifter til arbeid innen bedriftshelsetjeneste, administrative stillinger etc, der de ikke har vakter.

Det kan selvsagt være *dem* det er "noe galt med", men det kan da ikke være noe galt med så mange allmennpraktikere?

Vi kan organisere vakttjenesten bedre. Særlig gjelder dette distrikter der vakthyppigheten nesten tar "livet av" den allmennpraktiserende lege og hans familie. Vi kan organisere oss til mer *fritid*. Hvis vi så bruker fritiden på en måte som gir overskudd, har vi lagt et viktig grunnlag for å mestre det stresset som vaktene og det daglige arbeid som allmennpraktiker medfører.

Finn Carling sier det så sterkt at "den som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, er heller ikke i stand til å ta vare på andre" (13).

Mestring av vakter

Men uansett hvor godt vi organiserer legevaktene, vil jeg beholde det jeg har kalt angst for neste vakt. Vi kan ikke organisere oss bort fra den belastning det er å frykte ulykker, alvorlige sykdommer eller dødsfall under vakta. Noen steder kan vi også oppleve trusler mot egen helse.

Uansett system vil jeg sove dårlig når jeg har vakt, og jeg vil tenke på alvorlig syke barn, på pasienten med øsofagusvaricer som blødde ihjel bare 42 år gammel, eller de mange hjertestans med fatal utgang. Gjorde jeg alt jeg kunne???

Jeg mangler jo informasjon, kontroll og styring med pasientene og deres allehånde sykdommer, så uansett organisering vil vaktene være stressende.

Atle Dyregrov kaller det for "John-Wayne-syndromet"; vi er fantastiske til å hjelpe andre, men tildels hjelpeløse til å hjelpe oss selv og hverandre (14).

Vi allmennpraktikere må nå lage oss systemer som ivaretar hverandre under og etter legevakter, slik at vi er i stand til å mestre disse bedre.

Vi må lage ordninger (gjerne kollegiale i påvente av formaliserte), slik at vi kan gå hjem, eller til en venn eller kollega, etter en sterk opplevelse på vakt. Vi trenger noen å snakke med om det som har skjedd. Da slipper vi å måtte fortsette vakta og kanskje i tillegg ha full arbeidsdag etterpå som om ingenting har hendt. Jeg vet at det er slik i noen kommuner.

Vi må lage ordninger med bakvakt slik at vi med god samvittighet kan bearbeide vår egen krisereaksjon, og vi må kunne gi kolleger vaktfri i perioder med store private eller faglige belastninger (11).

Vi må bli oss mer bevisst den prisen vi betaler for å hjelpe andre, og vi må bedre den kollegiale støtten. Vi må ta ansvar for å støtte hverandre, for å bry oss, for å våge å strekke ut en hånd, og for å motta den støtte som tilbys oss. Hvis vi kan snakke om egne følelser i tilknytning til det arbeidet vi utfører, vil vi også kunne støtte andre i deres vansker (9).

Da først tror jeg at vi klarer å fortsette som allmennpraktiker med legevakt livet ut.

Litteratur:

1. Ursin H. Styring, slump og stress - en bok om ledelse. Oslo: TANO, 1990.
2. Weisæth L. Traumatiske kriser og katastrofer. I: Retterstøl N, Weisæth L. (red). Katastrofer og kriser. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1985.
3. Malde K. Åpent brev til styret i Alment praktiserende lægers forening. Forum for stands- og foreningsinteresser. Tidsskr Nor Lægeforen, 1991; 111: 883-4.
4. Den norske lægeforening. Prinsipp og arbeidsprogram 1992-93.
5. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
6. Primærlegen mot år 2000. Utvalg nedsatt av APLF, OLL, NSAM og NBLF, 1991.
7. Sveriges läkarförbund. En ny primärvård - ideskiss från läkarforbundet 1991.
8. Borgan, Kristofersen. Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-80. I: Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Kommunalforlaget 1987.
9. Kristiansen J. En helsetjeneste for leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2245-8.
10. Telstad W. Helsetjeneste for leger - en særorg for ressurssterke? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2923.
11. En kollega. De to årene som ble borte - omsorg for hverandre. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 228-9.
12. Kollega og pasient. En helsetjeneste for leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2165.
13. Carling F. Ansvar og omsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2156-8.
14. Dyregrov A. Egne reaksjoner som hjelper. Tidsskr Nor Psykologforen 1987; 24: 171-3.

Rådgivende overlege Johnny Mjell
Tørfestveien 6b
3100 Tønsberg ❑

Hvilken effekt har handlingsprogrammer?

Vibe MF de.
EVALUERING AV NSAM'S HANDLINGS-PROGRAMMER FOR HØYT BLODTRYKK OG DIABETES.
Rapport nr. 5/1991. SIFF, Seksjon for helsetjenesteforskning og Senter for samfunnsmedisinsk forskning. Verdal 1991. 82 sider. Pris: 50 kr.

NSAM's handlingsprogrammer for høyt blodtrykk og diabetes ble utgitt i henholdsvis 1987 og 88. Målsettingen med programmene var å utarbeide og bekjentgjøre en norm for god behandling. Gjennom dette håpet en å oppnå en tilpasning av primærlegenes praksis med tilsvarende økt kvalitet. Programmenes egnethet står og faller på i hvilken grad de har bidratt til ønsket atferdsendring. En evaluering av effekten har betydelig interesse av flere grunner:

- Programmene er pionerarbeider med et generelt godt omdømme
- Vi er inne i en viktig kvalitetsdebatt der det er viktig å finne velegnede virkemidler som sikrer god kvalitet
- Vi vet relativt lite om hvilken effekt slike programmer har

Forfatteren har selv vært med på utarbeidelsen av diabetesprogrammet og burde ha gode forutsetninger for oppgaven. Evalueringen bygger på en spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg på 600 av landets 2.900 primærleger. Spørsmålene er delt i seks grupper, og boka bygd tilsvarende opp med avsluttende diskusjoner etter hver del:

- Primærlegenes holdning til handlingsprogrammer generelt
- Lesing og bruk av handlingsprogrammene
- Opplevd nytte av programmene
- Angitte endringer i praksis som følge av programmene
- Spørsmål om behandling av oppgitt kasus med type 2 diabetes
- Kommentarer til programmene og ønske om reviderte utgaver

Rapporten gir en grei framstilling av undersøkelsen. Funnene er ikke oppsiktsvekkende, men flere interessante og viktige nok. Jeg har to merknader. Som forfatteren selv anfører, gir ikke metoden som er brukt, valide svar på i hvilken grad programmene har medført atferdsendring. Selv om flere funn sterkt indikerer endret atferd, vet vi ikke hvor stor den er. Når en så sentral person innenfor handlingsprogramfeltet lager en evalueringsrapport, savner jeg også sterkt en mer samlet og omfattende diskusjon og vurdering av handlingsprogrammenes framtidige rolle.

Rapporten bør være av interesse for leger som er opptatt av helsetjenesteforskning og atferdspåvirkning. For de ikke spesielt interesserte vil jeg anbefale et sammendrag av rapporten (1).

Anmeldt av:
Kommunelege I
Petter Øgar
6790 Hornindal ❑

Litteratur:

1. Vibe MF de, Holmen J, Midthjell K. Handlingsprogrammer for høyt blodtrykk og diabetes mellitus. Primærlegenes holdninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2985-8.

Så rart !

av Inger Hagerup

Så rart å være flaggermus
og flakse rundt fra hus til hus
og gå til sengs i trærne.
Men er det noen som forstår
hvordan den kan få sove når
den henger etter tærne?

Så rart å være edderkopp
med nøste i sin egen kropp
og spinne alle dage.
Men hvordan kan den gjemme på
så mange kilometer tråd
i slik en liten mage?

(Fra "Så rart" 1950)

NICOTINELL "CIBA"
Nikotinplaster

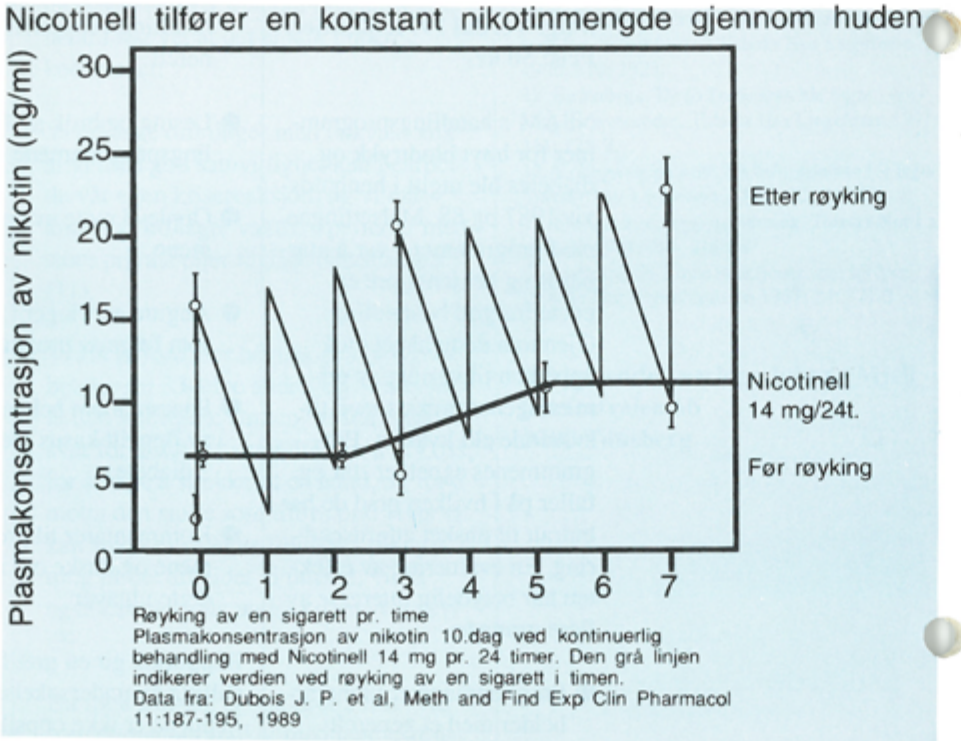
DEPOTPLASTER 7 mg/24 timer, 14 mg/24 timer, 21 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneh.: Nikotin 17,5 mg (10 cm2 avgir ca. 7 mg/24 timer), resp. 35 mg (20 cm2 avgir ca. 14 mg/24 timer), resp. 52,5 mg (30 cm2 avgir ca. 21 mg/24 timer), hjelpestoffer.

EGENSKAPER: Klassifisering: Depotplaster for transdermal tilførsel av nikotin til hjelp ved røykeavvenning. Nikotindepotet omgis av en matrix som sikrer kontrollert og kontinuerlig frigjørelse over 24 timer. Egenskaper: Nicotinell øker muligheten for en vellykket røykeslutt og synes å redusere symptomer på nikotinabstinens. Absorpsjon: Et jevnt plasmanivå nås 8-10 timer etter at første plaster er påsatt. Ved gjentatt applikasjon av dosen 21 mg/24 timer, ligger plasmakonsentrasjonen i området 10-18 ng/ml, og for dosen 14 mg/24 timer i området 7-12 ng/ml. Dette tilsvarer plasmakonsentrasjoner målt ved moderat sigarett-røyking. Mengden nikotin avgitt fra et plaster i løpet av 24 timer kan variere med en faktor på to mellom ulike individer, men for ett individ er variasjonen liten. Metabolisme: Hovedsakelig i lever til kotinin og nikotinoksyd. Halveringstid: Ca. 2 timer. Utskillelse: Via nyrene.

INDIKASJON: Hjelpemiddel ved røykeavvenning.

KONTRAINDIKASJONER: Ikke røykere, barn og tilfeldige røykere. Graviditet og amming. Akutt myocardinfarkt, ustabil angina pectoris, alvorlige hjertearrytmier og nylig gjennomgått cerebrovaskulær sykdom. Hudsykdom som vanskeliggjør plaster terapi. Overømfintlighet for nikotin.

BIVIRKNINGER: I prinsippet kan Nicotinell gi de samme bivirkninger som nikotin tilført ved røyking, men mindre markert da maksimal plasmakonsentrasjon er lavere og plasmanivået fluktuerer mindre enn ved røyking. Vanligste bivirkning er ulike former for hudreaksjoner på applikasjonsstedet. De fleste er milde og forsvinner innen 48 timer. I kliniske forsøk avbrøt ca 6% behandlingen p.g.a hudreaksjoner. Enkelte CNS bivirkninger kan vanskelig skilles fra abstinenssymptomer ved røykeslutt. Følgende bivirkninger/abstinenssymptomer er rapportert hyppigere enn ved placebobehandli ng i kliniske forsøk, men uten at årsakssammenhengen nødvendigvis er klarlagt: CNS: Søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker, hodepine, trøtthet, svimmelhet, livlige drømmer. GI: Kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hud: Kløe, svie, erytem av varierende alvorlighetsgrad, evnt. med lokalt inflammatorisk infiltrat, generelt utslett. Andre: Forkjølelsesliknende symptomer, blodtrykksforandringer, brystsmerter, dysmenore, allergi, myalgi, motorisk dysfunksjon.



FORSIKTIGHETSREGLER: Nikotin er giftig og milligram doser kån være fatale ved rask absorpsjon. Før og etter bruk inneholder plasteret store mengder nikotin og må oppbevares utenfor barns rekkevidde. Av hensyn til de farmakologiske effekter av nikotin samt manglende klinisk erfaring, skal Nicotinell ved følgende tilstander anvendes med forsiktighet og kun der samtaleterapi eller tilsvarende ikke har gitt resultater: Alvorlig hypertensjon, stabil angina pectoris, cerebrovaskulær insuffisiens, perifer arteriesykdom, hjertesvikt, hypertyreose, diabetes mellitus, nyre- og leverinsuffisiens samt ved magesår. Behandlingen bør avbrytes ved alvorlig eller vedvarende hudirritasjon. Middelet innebærer risiko for tilvenning.

GRAVIDITET OG AMMIMG: Enhver form for nikotin tilførsel i forbindelse med svangerskap og amming bør unngås.

INTERAKSJONER: Røyking antas å øke metabolismen ved enzym induksjon. Røykeslutt kan derfor påvirke (heve) plasmakonsentrasjonen av visse legemidler f.eks. østrogener, imipramin, oxazepam, theofyllin og warfarin.

DOSERING: Nicotinell er kun indisert ved røykeavvenning med total røykeslutt. Et plaster skiftes en gang i døgnet. Doseringen avhenger av tidligere sigarettforbruk. Behandlingen bør være fleksibel og en dosetitrering kan være nødvendig. Ved et sigarettforbruk på mer enn 20 sigaretter daglig forsøkes dosen 21 mg/24 timer. Etter 3-4 ukers behandling, og forutsatt at pasientens respons er tilfredstillende, forsøkes dosen 14 mg/24 timer i 3-4 uker. Dosen 7 mg/24 timer anbefales som redusert nikotin substitusjon de siste 3-4 uker av behandlingen. De som i utgangspunktet røker mindre enn 20 sigaretter daglig starter med dosen 14 mg/24 timer som kan gis i 3-8 uker før dosen 7 mg/24 timer forsøkes de siste 3-4 ukene av behandlingen. Behandlingen anbefales understøttet av andre tiltak for å lette røkeavvenningen, f.eks.samtaleterapi, som også bør fortsette etter behandlingen. Bruk utover 3 måneder anbefales ikke, og er ikke dokumentert. Erfaring mangler vedrørende behandling av pasienter yngre enn 18 år og eldre enn 65 år. Ett plaster festes på ren, tørr, hårfri og intakt hud på magen, ryggen, brystet, eller overarmen. Etter 24 timer fjernes plasteret og et nytt festes på et annet hudområde.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Blekhet, svetting, kvalme, økt spyttsekresjon, oppkast, magekramper, diare, hodepine, svimmelhet, syn-og hørselsforstyrrelser, skjelving, forvirring, muskelsvekkelse, kramper, bortfall av neurologiske reaksjoner og respirasjonssvikt, hjertesvikt. Behandling: Hvis mulig, fjern plasteret. Symptomatisk behandling.

PAKNINGER OG PRISER:
7 mg/24 timer: 7 stk., kr. 175,-
7 mg/24 timer: 21 stk., kr. 516,-
14 mg/24 timer: 7 stk., kr. 182,-
14 mg/24 timer: 21 stk., kr. 537,-
21 mg/24 timer: 7 stk., kr. 196,-
21 mg/24 timer: 21 stk., kr. 578,-

CIBA–GEIGY
Postboks 6077 Etterstad, 0601 Oslo
Tlf.: (02) 19 49 50

1281

ScP Christiania as RRA 124

Det var "kult" å starte å røyke som 14-åring.

Nå er det "kult" å slutte som 40 åring. -Med din hjelp!

NICOTINELL er et nytt medisinsk behandlingsalternativ for dine pasienter som ønsker å slutte å røyke.
*NICOTINELL er et depotplaster som tilfører en konstant nikotinmengde gjennom huden, slik at røykesuget dempes og eventuelle abstinenssymptomer reduseres.**
NICOTINELL finnes i 3 ulike doser. Ved at røykeren trinnvis går over til plaster med lavere dose vil kroppen vennes av med nikotin.
NICOTINELL er en tidsbegrenset avvenningskur med varighet 6-12 uker.

Nicotinell®
nikotin

* Aberlin T, Buchler A, Muller P, et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. Lancet 1989;i:7-10

Dristig og nysgjerrig

Carl Edvard Rudebeck har disputert

Av Kirsti Malterud

Allmennmedisinen beveger seg sakte men sikkert fra en ideologisk til en teoretisk posisjon. Dette er en viktig retning for et praktisk fag, for det betyr at fagfeltet ikke bare er en virksomhet med høye mål, men også en kunnskapskilde. Carl Edvard Rudebeck, svensk allmennpraktiker og tenker, leverer med sin avhandling *"General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy"* (1) et nytenkende og dristig bidrag til denne utviklingen.

Disputasen fant sted 24/1-92, i Umeå, med professor Gösta Tibblin fra Uppsala som opponent. Han oppsummerte avhandlingen i følgende to karakteristikker: "Du vill fånga inn dina patienters melodi, och förstå hur dom upplever sina kroppor", og "Ung manns väg till Minerva - en resskildring". Tibblin konstaterte at en reiseskildring ikke uten videre er vitenskap, og disputasen kom i hovedsak til å handle om vitenskapelighet. Det ble en frisk disputt i et godt klima, der mange viktige spørsmål ble berørt.

Spesielt ble Rudebeck berømmet for sin dristighet. Opponenten sa at det var ingen prestasjon å hoppe høyde når listen var lagt på 1.50. I Rudebecks arbeid var listen lagt på 2.60, og man måtte ta dette i betraktning når prestasjonen skulle vurderes.

(Foto: Kirsti Malterud)

Carl Edvard Rudebeck under disputasen 24/1 - 92.

Arbeidet består av fire tekster, bundet sammen med en innledning, og er utgitt som supplementsbind i Scandinavian Journal of Primary Health Care. Tre av tekstene er rent teoretiske, mens den fjerde beskriver en eksperimentell studie angående symptompresentasjon. Rudebeck sier at hans metode består i "logical reflection on practice", dvs. en tenkning der hans egne kliniske erfaringer er grunnlaget. Fra dette perspektivet søker han å identifisere allmennmedisinens kjerne og egenart.

Han mener denne består av en klinisk kompetanse som utspiller seg i konsultasjonen, og som gjelder å forstå betydningen av pasientens symptompresentasjon. Hans referanseramme er den kroppsorienterte fenomenologi, med Merlau-Ponty som sentral teoretiker. Dette leder til et resonnement fram mot begrepet "kroppsempati", som betegner legens evne til å sette seg inn i hvordan symptomet oppleves for pasienten.

I innledningen beskriver han den historiske utviklingen for allmennmedisinen i Sverige, med sikte på å vise hva faget til nå ha lagt til grunn for å definere sin egenart. Allerede her tar han et kraftig oppgjør med en grenseløs og omfattende selvdefinering, og påpeker behovet for spesifikk karakteristikk. Hans valg og anbefaling blir å gå inn i det kliniske møtet mellom lege og pasient og se på samhandlingen her, istedet for å la altmulig-medisinens virkefelter bli allmennmedisinens selvdefinering.

Den første teksten er Rudebecks kapittel til den svenske læreboken i allmennmedisin. Her beskriver han ulike elementer i den kliniske metode som allmennmedisineren utøver, slik den får uttrykk i forhold til diagnostisk og terapeutisk tilnærming. I denne metoden står pasientens symptompresentasjon og legens evne til å oppfatte denne, sentralt.

Den andre teksten er en litteraturbasert studie der fenomenologisk teori gjøres relevant som redskap for forståelse av symptompresentasjonen. Rudebeck viser hvordan det å forstå den eksistensielle betydning av et kroppslig symptom er et avgjørende validitetskriterium for den kliniske metoden. Her tar han også et kraftig

oppgjør med den biomedisinske reduksjonisme.

I den tredje teksten presenteres en studie der 33 erfarne og 11 mindre erfarne allmennmedisinere skulle vurdere symptompresentasjoner fra 16 pasienter, dels ut fra et kort skriftlig sammendrag, dels ut fra et video-klipp. Vurderingen besto i å årsakskarakterisere plagene somatisk, psykisk og sosialt, og allmennpraktikernes vurdering ble holdt opp mot en "gullstandard" fra et ekspertpanel. Hensikten var å bruke denne tilnærmingen til å påvise et gap mellom teori og praksis i allmennmedisin.

I den fjerde teksten utvikles resonnement spesielt fra de to første tekstene videre, med sikte på å presentere en allmennmedisinsk teori. Her drøftes betydningen av andre sentrale teorifelt, bl.a. klinisk epidemiologi, medisinsk beslutningsteori, den pasientsentrerte metode, og kommunikasjonsteoretiske perspektiver. Rudebeck vil vektlegge en kompetanse som eksplisitt forholder seg til kroppsopplevelser, og som ikke skiller mellom "the doctor's agenda" og "the patient's agenda". Slik utvikles og utdypes begrepet "kroppsempati" som et sentralt element i denne kompetansen.

Dette er ikke lettlest sengelektyre. Mye av stoffet krever kjennskap til filosofisk terminologi og teori som kan være fremmed for den medisinske leser. Men her er også mye velkjent allmennmedisinsk fellesgods innen humanistisk tradisjon. Likevel er mitt tips at Rudebecks arbeid vil komme til å få en sentral plass som teoretisk klassiker. Dette skyldes at han har gått inn i et stoff som de fleste klinikere vil gjenkjenne og anerkjenne som sentralt, og at han har bidratt til å gi dette kunnskapsfeltet et ansikt, en kropp og et språk.

Likevel finnes det atskillige innvendinger av vitenskapelig karakter. Som opponent rettet Tibblin tildels skarp kritikk mot avhandlingens manglende dokumentasjonsgrunnlag i form av empiriske "fakta". Denne kritikken vil jeg slutte meg til.

Selv om vi kan tro Rudebeck på hans ærlige ansikt når han refererer til sine møter med sine pasienter, er grunnlaget for hans slutninger i stor grad et privat og utilgjengelig felt. Dermed kan ikke vi - som lesere - holde hans referanse strengt opp mot lyset og granske holdbarheten. Vi henvises til å vurdere konsistensen i de logiske slutningsrekkene. I filosofi kan dette være et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag. For kunnskapsproduksjon innen et praktisk felt som allmennmedisin, spekket med potensiell empiri, blir en slik tilnærming mangelfull.

Dette er synd, fordi det dreier seg om problemstillinger som i høy grad er tilgjengelige for dokumentasjon. Gyldigheten virker overbevisende, men påliteligheten kan vi vanskelig ta stilling til. Dette kan være et problem, fordi Rudebeck fortreffelig argumenterer for sin teori, men i liten grad gjennomfører et kritisk resonnement over den.

At Rudebeck velger å operasjonalisere sine problemstillinger (tekst III) i form av årsaksscore, T-test, chi-kvadrat-test og tegn-test, oppfatter jeg som stilbrudd og inkonsekvens mer enn som metodologisk bredde.

Under disputasen ble ikke ordet "kvalitativ metode" brukt av hverken opponent eller doktorand. Jeg tror det er riktigere å karakterisere denne avhandlingen som et teoretisk arbeid med en humanistisk tilnærming, enn som representant for en kvalitativ tilnærming.

Rudebeck gir oss med dette arbeidet en betydningsfull anledning til å drøfte vitenskapelighet i forhold til sentrale allmennmedisinske problemstillinger, spesielt balansen ideologi/polemikk vs. teori, og forholdet mellom empiriske og litteraturbaserte slutningsrekker. Som forsker funne jeg ha ønsket meg at Rudebeck selv hadde utviklet denne diskusjonen mer forpliktende. Men som allmennmedisiner kjenner jeg meg likevel overbevist om at han er på sporet av noe stort og viktig.

Skriv mer!

Vi kan gratulere Carl Edvard Rudebeck med en dristig avhandling, vi kan gratulere Umeå med et viktig svensk bidrag til teoretisk allmennmedisin, og vi kan gratulere faget selv med en ny og synlig kunnskapsbrikke i det store puslespillet som vi alle er del i som klinikere.

Kirsti Malterud

Litteratur:

1. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy. Scand j Prim Health Care Suppl 1 1991.

❑

Professor Gösta Tibblin. (Foto: Kirsti Malterud)

Spiseforstyrrelser på pidestallen

Skårderud F.
SULTEKUNSTNERE - KULTUR, KROPP OG KONTROLL.
Oslo: Aschehoug, 1991.

Boken har undertittelen "Kultur, kropp og kontroll". Forfatteren Finn Skårderud har med denne boken ønsket å belyse det kulturelle aspektet ved spiseforstyrrelser, dvs. holdninger, religion og livsstil.

Forfatteren har tidligere gjort seg bemerket som skribent, filmanmelder og filmanalytiker. I sitt yrke som lege ved Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri arbeider han spesielt med unge pasienter som lider av spiseforstyrrelsene anorexia og bulimia nervosa. Ved siden av å være utdannet lege har Skårderud sitt teoretiske ståsted i antropologien (læren om sammenhengen mellom mennesket og de kulturelle former).

Den rikt illustrerte boken kan leses utfra to innfallsvinkler - som en kulturhistorisk beskrivelse av hvilke miljøer som fostrer spiseforstyrrelser, eller som et forsøk på å finne årsaken til at de kulturelle betingelser vi alle er underlagt, hos enkelte skaper dype eksistensielle konflikter.

Leser en boken utfra den første innfallsvinkelen, lykkes forfatteren langt på vei å fascinere oss. Skårderud er en dyktig skribent og utnytter sine kilder på en mesterlig måte. Best er han når han beskriver miljøer som står hans eget hjerte nær - helsestudioene og kroppsbyggingskulturen. De biografiske kapitlene om tidenes "sultekunstnere" gir oss innsikt i ulike menneskeskjebner som til tross for sine lidelser har markert seg som store personligheter i historien.

Personlig må jeg innrømme at jeg hadde håpet at legen og den kommende psykiateren hadde kunnet bidra til å løse litt av spiseforstyrrelsenes gåte. Her skiller boken seg ikke ut fra det meste som er skrevet før, i det forfatteren utelukkende synest å konsentrere seg om de bakenforliggende årsaker. Svært få - om noen - har interessert seg for hva som skjer med et menneske som rammes av en lidelse av så fundamental og eksistensiell karakter - og hva skjer med familien?

Å ta til seg næring er grunnlaget for alt liv. Kontroll med matinntak, avføring og seksuelle drifter er for de fleste en fundamental selvfølgelighet. Svikter denne kontrollen får det ikke bare konsekvenser for den enkeltes psykiske velvære, også den enkeltes evne til å leve en aktiv og selvstendig tilværelse forringes. For å bøte på manglende kontroll over matinntaket blir en avhengig av et helt sett av ritualer og kompenserende tiltak som etterhvert gjør det umulig å omgås andre mennesker eller å delta i sosiale aktiviteter.

Finn Skårderud hevder at disse lidelsene er en motreaksjon på våre dagers altomfattende og innvaderende kultur, særlig representert ved kulturens forlengede arm - familien.

Et ikke særlig orginalt standpunkt - foreldre som overgripere og barn som ofre - er dypt rotfestet i oss både ideologisk og religiøst - den opprinnelige skylden hviler jo på vår felles formor, Eva.

Videre mener forfatteren å ha observert at de "anorektiske familier" lider av "pronomensyke" - dens medlemmer har problemer med å skille mellom hvem som er "jeg", "du" eller "vi". Som tolker av kultur med en antropologisk innfallsvinkel forbauser det meg at forfatteren ikke gjenkjenner sin egen virkelighet. Enhver som har oppholdt seg på et legekontor eller som har vært innom et sykehus vil vite at "pronomensyken" er et utslag av vår kulturelle tilbøyelighet til beskyttelse og "å ta over ansvaret" når noen blir syk. Det som skjer i mange familier som rammes av spiseforstyrrelser, er at familiens medlemmer samles i et oppriktig ønske om å hjelpe den syke til å bli frisk.

Er familien ressurssterk vil de snarest sørge for at den syke kommer til behandling. I mindre ressurssterke familier blir den syke gjerne overlatt til seg selv, det kan ta lang tid før de innser at de trenger hjelp, og faren for å utvikle en kronisk livslang lidelse er stor. At de fleste behandlere (psykiatere og psykologer) bare kommer i kontakt med den første kategorien pasienter/familier, har

gitt liv til myten om lidelsene som bare rammer unge piker av det øvre sosiale lag.

Sine gode intensjoner og brede kunnskaper til tross, står forfatteren av boken "Sultekunstnerne" i fare for å bygge opp om denne myten. Beskrivelsene av "sultekunstnerne" Antione, St. Catharina, lord Byron og Kafka kan oppleves som et patetisk forsøk på igjen å sette anorexia og bulimia nervosa på pidestallen - som den mystiske lidelsen som rammer enkelte utvalgte. Virkeligheten er helt anderledes. Forskning og erfaring har vist oss at du behøver ikke være geni eller ha hatt en vond barndom for å få spiseforstyrrelser, men det kan ha stor betydning for dine muligheter til å bli frisk.

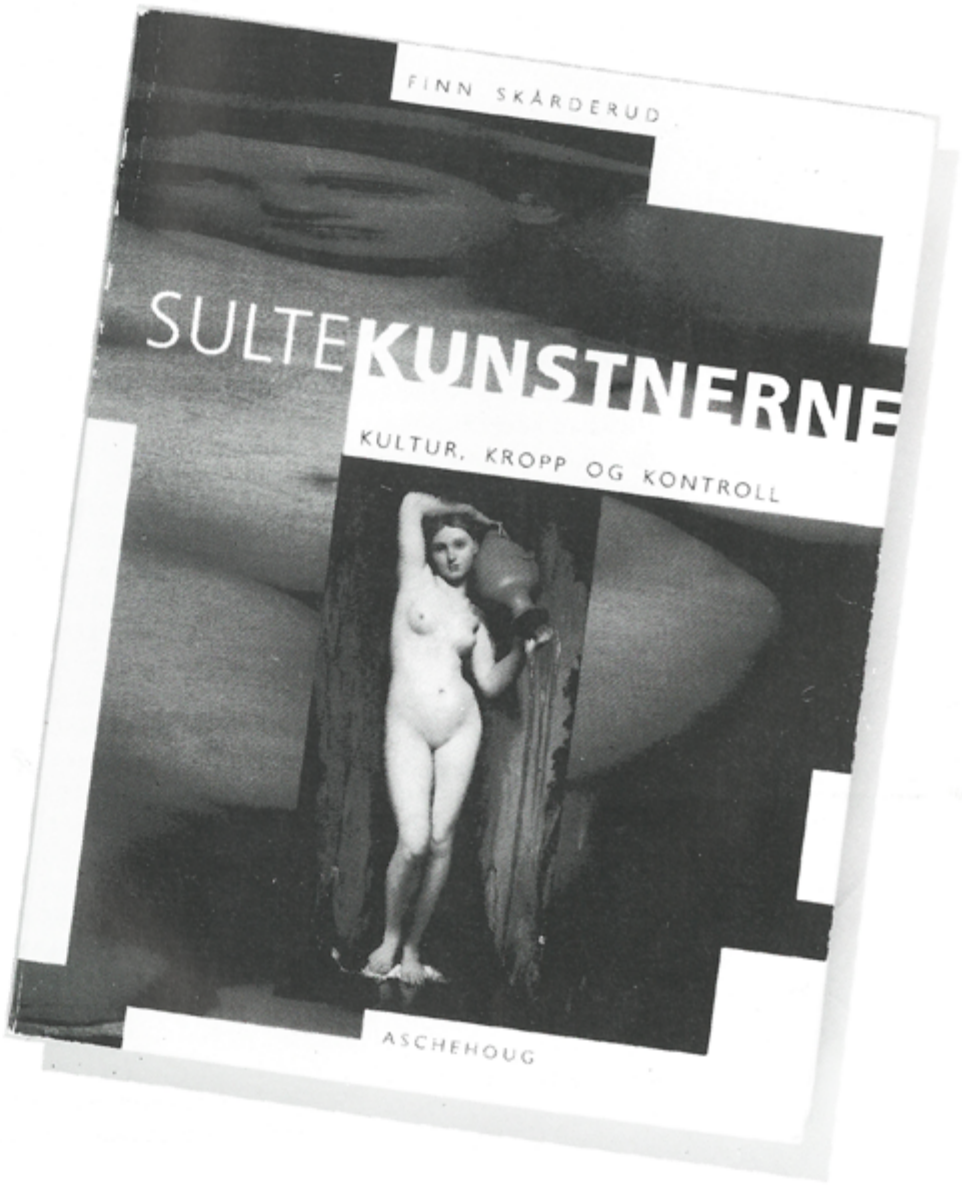
Etter å ha fortalt oss at psykoanalytikeren Freud ikke kom noen vei med sin anorektiske pasient, bruker likevel legen Skårderud bokens etterord til et varmt forsvar for psykoterapien som behandlingsform. Et slikt standpunkt er både naivt og farlig. Naivt fordi det bygger som nevnt ovenfor på et svært selektert pasientmateriale - de få som blir henvist til psykiatrisk behandling. Farlig fordi pasienter med andre typer behov blir underkastet en type behandling som i beste fall ender uten resultat, i verste fall bidrar til at pasienten opplever seg som atypisk og mister motet på å prøve annen behandling.

De utløsende årsaker til spiseforstyrrelser er like mange som det finnes personlighetstyper. Dette faktum må nødvendigvis få betydning for behandlingen, og i praksis er det vanskelig å peke på en kur som er mer effektiv enn den andre. Imidlertid synes det å avhenge av to ting: pasientens egen motivasjon og behandlerens evne til å oppnå pasientens tillit.

Dernest er det viktig å aldri gi opp, aldri la noe være uprøvd, og når det går galt, ha mot og vilje til å starte på nytt. Pårørende og venner kan informere, støtte og oppmuntre, men aldri gripe inn på en måte som kan oppleves som en umyndiggjøring av den syke. Det er viktig å bevare selvrespekten og troen på at en kan ordne opp i livet sitt selv, men det er også viktig å kunne ta imot hjelp når en trenger det.

Anmeldt av:
Liv Opstvedt
(tidl. leder av Anorexia/ Bulimia Foreningen i Bergen)
Kvernabekkvn. 54a
5047 Fana

❑



Om å behandle med nåler

Heyerdahl O, Lystad N.
LÆREBOK I AKUPUNKTUR.
Oslo: Tano, 1991. 325 sider.

Akupunktur er ikke så spesifikt kinesisk som vi ofte tror. Flere folkeslag har fra de fjerneste tider, og sannsynligvis på rent empirisk grunnlag, behandlet syke mennesker ved å traumatisere huden i visse punkter. Hos oss med blodigler, i Amazonas jungel med piler fra blåserør.

Kineserne har skilt seg ut ved å gjøre denne terapiformen til vitenskap. Allerede for minst 2500 år siden satte de den empiriske kunnskapen inn i en systematisk forståelsesramme, hypotetisk-deduktivt etterprøvbar innen sin kontekst. Som vitenskap har akupunkturen overlevd i kinesisk sivilisasjon, men nettopp som kulturspesifikk vitenskap har den blitt møtt med så mye skepsis, og har vært så utilgjengelig her i vest, fordi våre forståelsesrammer er så annerledes. "East is East and West is West, and never the Twain shall meet" sa Kipling.

Heyerdahl og Lystads lærebok i akupunktur gjør Kiplings ord til skamme. Ikke ved å gi nøkkelen til å oversette meridiansystemet til moderne medisinske begreper, men ved å yte skjellig respekt til begge systemer i en likevektig presentasjon.

Boken er todelt. Bind I omhandler de teoretiske prinsippene. Første del er viet forskning, og både basalforskning og klinisk forskning vies god plass. Forfatterne bevarer et kritisk blikk til den ofte manglende kvalitet som mange av de kliniske studiene på akupunktur lider av.

Del II og III gir en bred innføring i kinesisk medisin og medisinsk tenkemåte, samt behandlingsprinsippene ved akupunkturbehandling. Her kommer forfatternes populariseringsevne til sin rett. Fremstillingen er velskrevet, og gir en forholdsvis lett tilgang til disse fremmede tankesystemene, også for dem av oss som ikke helt er blitt kinesere ennå.

Men så har da også forfatterne unngått de vanskeligste temaene. Bind II, om akupunktur i daglig klinisk praksis, omhandler utelukkende fysikalsk medisin, samt enkelte rheumatiske lidelser. Fremstillingen er grundig, kanskje litt vel grundig om boken utelukkende var beregnet på leger, med stor vekt på vestlig klassifikasjon, patogenese og behandling. Hvert emne avsluttes med forslag til akupunkturbehandling, og med et kort resyme over den viktigste forskningen innen emnet. Et artig poeng er at triggerpunkter skal nåles heller enn nærliggende akupunkturpunkter. Parallellen til vestlig medisin er nærliggende: kortisonsprøyte - vannsprøyte - kun sprøyte.

Få andre sykdommer er nevnt. Forfatterne forklarer hvorfor; teoriene for de "interne" sykdommene blir for vanskelig og plasskrevende i denne sammenhengen. Naturlig nok: vi måtte forvente det enkleste samsvar mellom to så forskjellige systemer på det ytre plan, i det vi kan se og ta på.

Når det er sagt, så er det forbausende hva Heyerdahl & Lystad har fått plass til på begrenset plass. Boken er gjennomillustrert, og den er absolutt en av de bedre lærebøkene i akupunktur som er tilgjengelig på europeiske språk.

Amanuensis/bydelslege
Anders Bærheim
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal legesenter
Ulriksdal 8c
5009 Bergen ❑

Prisoppgave Solstrandkurset 1992

Med støtte fra Legeforeningen utlyses det for første gang en prisoppgave vedrørende kvalitetssikring i allmennmedisinsk sammenheng.

Oppgaven lyder:

"Gi en vurdering av kvalitetsbegrepet fra allmennpraktikerens ståsted. Diskuter prosessbetinget og resultatstyrt kvalitetssikring og metodevalg.

- Hvem gjør hva, når og på hvilken måte? -Hvordan motivere?"

Hovedtrekkene i besvarelsen må kunne fremlegges under Minikongressen ved Solstrandkurset fredag 29.05.92 i løpet av en tidsramme på 15 - 20 minutter.
Flere besvarelser enn vinneren vil bli presentert.

Prisen er på kr 15 000,-

Besvarelsen innsendes i to eksemplarer. Besvarelsen skal ikke merkes med navn, men med selvvalgt kode. Navnet følger oppgaven i en lukket konvolutt, merket med samme kode.

Innleveringsfrist: fredag 24.04.92
(Forlenget i fht tidligere utlysning)

Besvarelsen sendes:

Solstrandkurset
v/Bernt Arne Larsen
Harald Hårfagres gt 5
5007 Bergen

Utpostens formidlings-pris:

Kunnskap er makt - og skal deles!

Kunnskapen er død hvis den ikke kommer ut

Under ovennevnte motto inviterte vi i nr. 6/1991 våre lesere for annen gang til å delta i konkurransen om Utpostens formidlingspris.

Hensikten med prisen er å stimulere allmennmedisinske forskere på alle nivåer til å presentere sine funn i en ramme der lesbarhet og tilgjengelighet vektlegges og verdsettes. Vi ville gjerne fremme faglitterær innsats innen vårt fagområde ved å honorere evne til å dele substansen og nytteverdien i den kunnskapen som forskningen frambringer.

Ved fristens utløp 31/12-91 var det bare kommet inn ett bidrag til årets formidlingskonkurranse. En enstemmig jury (bestående av Utpostens redaksjon) kom til at dette bidraget dessverre ikke nådde opp til prisutdeling.

Vi kan derfor denne gangen ikke utdele noen formidlingspris.

(Vi velger å tro at dette ikke er et tegn på at kunnskapen fra den allmennmedisinske forskningshage er død! Derimot kan vi fristes til å anta at forskerne foretrekker å publisere sine verker i tidsskrifter med sterkere meriteringstyngde enn Utposten -?)

Vi etterlyser synspunkter fra lesere som har meninger om hva som skal til for å styrke dette feltet.

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

RMR-kursarranger
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 2 1992

Leder: Jeg lurer på ... side 51
Kirsti Malterud

Nysgjerrige refleksjoner over nysgjerrighet side 52
Fredrik Mellbye

Bokmelding: Å drive praksis side 56
Dagfinn Haarr

Nysgjerrighet i pasientens tjeneste side 58
Astrid N. Heiberg i samtale med Kirsti Malterud

Hverdagsklinikk: Nysgjerrighet i den allmennmedisinske hverdag side 62
Inger Marie Steinsholt

Kan forvitenskap føra til vitenskap? side 64
Aslak Bråtveit

Gufs fra informasjonsvegrende etikk-synsere side 67
Carl Ditlef Jacobsen

Når forskeren bruker sitt (s)kjønn: om kvinners problematiske vekt side 68
…e Thorp

…astningslidelser og vold - muskulære reaksjoner på avmakt side 74
… Eklund

…kmelding: Praktiske legeråd side 81
Reidar Berge

Hvordan kan vi mestre angsten for vakt? side 82
Johnny Mjell

Bokmelding: Hvilken effekt har handlingsprogrammer side 87
Petter Øgar

Dristig og nysgjerrig - Carl Edvard Rudebeck har disputert side 90
Kirsti Malterud

Bokmelding: Spiseforstyrrelser på pidestallen side 92
Liv Opstvedt

Bokmelding : Om å behandle med nåler side 94
Anders Bærheim

… av
og settes på igjen.
ENVOI NON CLOS
Peut être contrôlé
par le service postal.
Soulever l'étiquette
et la replacer.