

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1992

ÅRGANG 21



Tema: Syndens gleder?

*Är jag född, så vill jag leva  
 och må väl på bästa vis,  
 som en Adam med sin Eva uti Paradis.  
 Stekta sparvar uti munnen få,  
 dricka nektar, sova sött och uppå rosor gå,  
 klappa den mitt hjärta tänker på,  
 sjunga visor, dansa polska, tumla då och då,  
 vid min flaska vill jag somna,  
 vid min flicka vakna opp,  
 när min hjärna bärja domna,  
 saktar sig mitt lopp.*

Carl Michael Bellman

Redaksjonen er avsluttet 10.06.92 Framsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

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

Gunn Aadland Lundvågen 20 4085 HUNDVÅG	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Seksjon for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Åsa Rytter Evensen Ullernveien 20 B 0280 OSLO 2	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 04 508900 P: 04 861236	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 206133 P: 05 233955	K: 02 559210 P: 02 521788	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset  
 Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22  
 Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

*leder*



# Syndens gleder

Uten å ha kjent Carl Michael Bellmans dikt, har jeg lenge kjent at "Är jag född, så vil jag leva och må väl på bäs-ta vis". For mange år siden fikk jeg referert en undersøkelse av svært gamle mennesker i Russland. Man var selv-sagt interessert i hvorfor de hadde levd så lenge. Noen hadde drukket, noen hadde røkt, noen hadde hatt et heftig sex-liv og noen hadde gitt avkall på det meste. Den eneste fellesnevnen man kunne finne for dem, var at alle giedet seg til morgendagen.

Selv hadde jeg intuitivt forstått at glede gir motstandsraft mot sykdom. Denne forståelsen fikk støtte av en artikkel i New England Journal of Medicine, skrevet av lekmannen Norman Cousins. Han var angrepet av en sykdom som legene ikke fant ut av. Etter hvert ble han sengeliggende, med smærter og stivhet i alle muskler og med en meget høy senkning. Ingen

behandling hjalp. Basert på egen lesning hadde Cousins en teori om at latter ville stimulere binyrebarken til produksjon av hormoner som kunne ha en gunstig virkning på sykdommen. I forståelse med sin lege leiet han de aller morsomste filmene han visste om og brukte flere timer daglig på å se dem. Han fikk også store doser vitaminer intravenøst. Og som et understartet bedringen samtidig som lattermusklene ble utsatt for maraton-trening. Langsamt forsvant smærter og stivhet, senkningen normaliserte seg og Cousins kunne forlate sykehuset, overbevist om latterens og gledens salutære effekt.

Jeg har bevisst fyllt livet mitt med så mange gleder som mulig, og bank i bordet, jeg er meget sjeldent syk. Jeg er overbevist om at folkehelsen ville bedres betraktelig om vi alle fikk et aktivt forhold til å

skaffe oss så mange gleder som mulig. Vi burde lære av det amerikanske utsagnet "Work hard, play hard".

Hva som er gleder for den enkelte, varierer sterkt. Noen fylles av jubel ved å fullføre den store styrkeprøven og feire triumfen med Faris og kligrot. Selv synes jeg gravlaks og champagne i gode venners selskap hører med blant livets høydepunkter, på linje med en tur i Nordmarka en kjølig høstdag, akkompagnert av et grovt rundstykke og solbærtoddy på Skjennungens.

Når jeg har valgt å vie en del av dette Utpostennummeret til "Syndens gleder", er det fordi jeg håper å få en forståelse for hva som driver mennesker til å bryte moralnormer og "fornuftige" leve-regler. Det er helseprofetisk hovmod å tro av vi kan få mennesker til å oppgi en livsstil som gir dem sann glede,

selv om den etter vår mening er aldri så helsefarlig. Og kanskje oppveier gleden det - etter vårt utvidede syndsbegrep - syndige livet gir, risikoen ved å leve farlig.

Synden gir også glede for dem som lever dydig. Hva ville litteraturen, malerkunsten, teaterkunsten, filmkunsten og musikken vært uten synden som inspirasjonskilde? Hvordan kunne de prektige slått seg på brystet om de ikke hadde de syndige å sammenligne seg med? Hva skulle søndagspreknene ha handlet om?

Og hva ville Per Fugelli vært uten noen å refse?

La oss bevare et kritisk syn på synden og det utstevende liv. Men la oss samtidig være klar over at en gjennomført prektig verden ville være et uutholdelig sted.

Åsa

Åsa Rytter Evensen  
ansvarlig redaktør for dette nummer

# Livets

*Alle ting har sin foranderlige lykke  
 Alle kan finne en sorg i sin barm  
 Ofte er bryst under dyrebart smykke  
 Fulle av sorger og hemmelig harm  
 Alle har sitt  
 Stort eller litt  
 Himlen alene for sorgen er kvitt.*

Thomas Kingo (1634-1703) i  
 Sorgen og gleden de vandrer  
 tilhope.

*I wish I had  
 some good man  
 to tell my troubles to.*

Amerikansk blues, synges bl.a. av  
 Billie Holiday (1915-59)

Når en gift kvinne i dag har en tilværelse som beskrevet av salmedikteren Kingo for 300 år siden: Fasaden i orden, men brystet fullt av tanker og følelser - både gode og vonde - som ikke får komme til uttrykk fordi kommunikasjonen mellom ektefellene har gått i stå på alle plan, opplever å få oppfyllt det ønsket som Billie Holiday uttrykker, så er det meget kort vei til utroskap - til synd. Utroskap er etter mitt syn ikke noe som skjer tilfeldig. Visse forutsetninger må være til stede. Den mette går ikke på kafé.

Det jeg vil beskrive er ikke det korte eventyret, for det har jeg ingen erfaring fra. Derimot har jeg opplevd lynnedslaget som utvikler seg til et langt og stadig vedvarende forhold, og som begge tror vil være livet ut i en eller annen form. Dette forholdet er for meg livets opplevelse. Stundom gir det meg en følelse av at nå gjør det ikke noe om jeg dør, for nå har jeg fått kjenne hva det vil si å leve.

Jeg vet heller ikke om det jeg forteller om er synd. Jeg føler i hvert fall ingen anger. Jeg har ingen skyldfølelse. Noen vil kanskje si at det er fordi jeg er blitt

så forherdet. Selv føler jeg at jeg er mer var og sensibel overfor det som rører seg i både meg selv og andre enn tidligere, kort sagt: mer levende.

Det begynte for tre år siden. Vi skulle gjennomgå utkastet til en kontrakt, og hadde over telefon avtalt å møtes på mitt kontor. Vi hadde ikke møtt hverandre før, men hadde lest om og av hverandre i faglig sammenheng. Da vi var kommet omtrent halvveis i det vi skulle gjennom, reiste han seg plutselig, gikk rundt bordet og la armen rundt halsen min og kinnet sitt inntil mitt. Jeg spratt opp, litt forsiktig, og spurte om jeg skulle tilkalle hjelp. "Det skulle ikke være nødvendig. Jeg fikk bare lyst til å gi deg en klem", svarte han og smilte og satte seg på plassen sin igjen. "Du er visst en farlig mann du", sa jeg for å glatte over. Da han skulle gå, la han armene rundt meg igjen, holdt meg fast inntil seg og hvisket: "Det er du som er farlig". Og med høy stemme i døren: "Jeg ringer deg igjen". Jeg kjente meg forvirret i flere dager etterpå, var nervøs og kvapp når telefonen ringte. "Det er noe du har drømt", prøvde jeg å si til meg selv. En måned senere inviterte han på middag på byens fineste restaurant. Vi snakket og snakket, så rødmende på hverandre og ned i bordet og snakket mer. Jeg har ingen erindring om hva vi spiste, men husker at menyen var fransk med mange retter og god vin. Neste dag kom han uanmeldt innom meg på kontoret - sa han hadde overlatt ledelsen av et møte til nestformannen for en time - for han måtte se meg igjen. Det gikk som det måtte gå. Siden har vi møtt hverandre så ofte vi får det til. Vi snakker i telefonen og vi skriver. Til å begynne med var jeg nesten euforisk. Jeg fikk en enorm energi, overkom utrolig mye arbeid. Deretter ble jeg deprimert. Jeg fikk voldsomme og uregelmessige blødninger, og jeg gråt og gråt når jeg var for meg selv.

# opplevelse



Jeg sa jeg hadde øyenkatarr og gikk med mørke briller både inne og ute. Når enkelte slo frampå om jeg var dårlig, antydet jeg at jeg kanskje hadde fått en virussykdom. Jeg brukte bare svarte klær, orket ikke spise, og jeg tok av 5 kilo på kort tid. Noen ganger tok jeg bilen, kjørte formålsløst mil etter mil. Jeg krekte meg avsted på jobben hver dag, selv om jeg ofte hadde mest lyst til å ligge.

Etterpå har jeg hørt at noen av kollegene mine hadde lurt på om jeg hadde fått kreft.

Jeg var hos lege flere ganger på grunn av blødningene. Først oppsøkte jeg et privat legesenter. Legen som undersøkte meg kunne ikke finne noe spesielt, men anbefalte meg senterets gynækolog. Jeg kunne få time samme kveld. Men først skulle det tas noen prøver.

"Kan du være gravid?" spurte sykepleieren.

"Nei".

"Vi tar en prøve likevel", sa hun og ga meg et glass.

Gynækologen søkte om innleggelse for meg på sykehuset og skrev resept på medisin som skulle stanse blødningen. Medisinen skulle være effektiv, men jeg merket ingen virkning. Tre kvelder senere ble jeg så nervøs at jeg dro til legevakten.

"Kan du være gravid?" spurte legen.

"Nei" svarte jeg og fortalte om mine tidligere legebesøk og den negative prøven som nettopp var blitt tatt.

"Vi må alltid spørre", sa han nesten unnskyldende.

Ingen fant noe galt.

Den eneste som antydningsvis stilte noen diagnose var gynækologen på sykehuset som sa:

"Hormonforandringer. Det er slikt som skjer. Vi venter og ser."

Ingen lege stilte meg ett eneste personlig spørsmål utover om jeg, som var 50 år, kunne være gravid. Jeg sa heller ingenting, bortsett fra å oppgi personaalia og grunnen til at jeg oppsøkte lege. Alle legene var menn.

De fysiske plagene gikk over etter to-tre måneder, og den psykiske ubalansen varte ved et halvt års tid.

Han skjønte fort at noe var galt. Jeg vekselvis lo og gråt til ham i telefonen, mest det siste, og når vi møttes var jeg svært svingende. I perioder fikk jeg det

for meg at han ikke var en virkelig person, bare en drømmefigur. Jeg ringte og ringte for å høre at han levde. En vanlig mann ville ha bedt meg ryke og reise.

"Jeg er jo her. Så fint å høre stemmen din", gjentok og gjentok han. "Nå må du legge deg og prøve å sove. Jeg skal tenke på deg", sa han når jeg ringte ham sent på kvelden og hadde angst for en ny natt. Tankene hans virket.

Han var akkurat likedan når vi møttes: Tålmodig, øm og kjærlig.

"Du kan fortelle hva du vil til meg. Jeg skal høre på deg alltid. Jeg skal aldri forråde deg", sa han gang etter gang mens han satt og holdt rundt meg, strøk meg og strøk meg til jeg nesten sovnet.

Jeg snakket og jeg skrev, i perioder mest det siste, for det var så mye jeg ville fortelle ham som det var så vanskelig å si. Noen ganger var jeg nervøs for hvordan han ville reagere på det jeg hadde sendt. Han sa ofte ikke så mye utover "det er så fint å høre fra deg". Andre ganger kunne han si "arbeidet går så lett når jeg vet at du tenker på meg".

Litt etter litt har det utviklet seg et forunderlig forhold mellom oss - et forhold som jeg ikke kunne forestille meg før jeg opplevde det selv. I tillegg til det følelesmessige har vi samarbeidet om flere prosjekter som har gått fint. Vi er blitt så samkjørte, at når vi er ferdige med et arbeid er det ikke mulig å se hvem som har gjort hva.

"Klart du kan", sier han når jeg vil gi opp. "Gjør det for meg" er et annet uttrykk han bruker når jeg står fast. Til nå har jeg funnet løsninger.

Han har også utfoldet seg på andre områder enn tidligere, slik at det er blitt lagt merke til.

Jeg opplever at vi avdekker positive sider hos hverandre, egenskaper som trolig alltid har vært der, men som ikke har fått komme fram før. Noen ganger føler jeg meg som et frø som har spirt, vokst og nå blomstrer fordi han gir meg vekstvilkår.

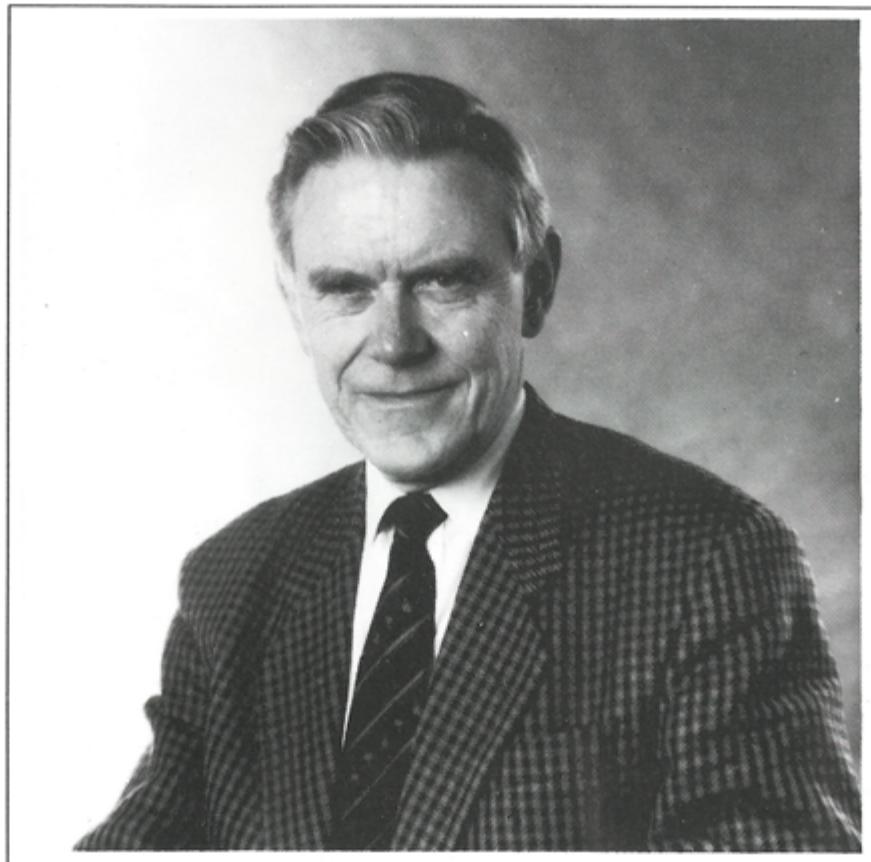
Jeg ser helt vanlig ut, men når han sier at jeg er fin og stilig, er det klart at jeg prøver å leve opp til det. Ytre sett merkes det nok best ved at jeg retter meg opp og ser gladere ut enn i tidligere år. Jeg har massevis av energi og har ikke en eneste av de plager som jevnaldrende medspøstre klager over.

Når forsvarsverkene blir borte, og man våger å vise seg som man er for et annet menneske, blir man også mer sårbar. Men samtidig som jeg nok kan være lett å ramme, så er jeg blitt mer selvstendig og uavhengig. Jeg plages ikke lenger av forestillingen om at han er en fantasifulig figur. Jeg stoler på ham, jeg vet han er der, og det gir meg en styrke som jeg aldri før har hatt. I gode stunder kjenner jeg meg helt usårlig. Denne styrken gjør meg også i stand til å ha mye å gi til ham. Vi drar hverandre opp og fram.

Jeg tror ikke at noen kan forklare hva dette er. Kanskje er det et under? Eller utroskap? Synd?

Åsa Rytter Evensen intervjuer Inge Lønning

# Teknologien og den mangetydlige legerollen



Inge Lønning ble født i Bergen i 1938. Han er gift og har fire voksne barn. Han tok examen artium i Bergen i 1956, studerte litteratur ved Universitetet i Bergen og teologi ved Universitetet i Oslo. Ble professor i teologi ved Universitetet i Oslo i 1971, dekanus ved Det teologiske fakultet i 1977 og rektor ved Universitetet i Oslo i 1985. Inge Lønning har vært formann i flere offentlige utvalg.



**ÅRE:** Hva tror du morgendagens publikum vil forvente av legestanden. I dag er det mye misnøyer og klager. Hvordan tror du vi bør utvikle oss for å være i pakt med tidens krav, uten å løfte med dem.

**IL:** Det er ikke lett å svare på, for på mange måter tror jeg jo legerollen er blitt vanskeligere og vanskeligere i det moderne samfunn. Den var vel for noen tiår siden en relativt avgrenset rolle, som man kunne gå inn i og identifisere seg med. Jeg tror den er blitt mere mangetydig, og at folks forhold til symboler på legerollen, den hvite frakken, er blitt mer mangetydig. Det er et typisk ambivalent forhold, man tiltrekkes og frastøtes på samme tid. Man har respekt for legen som autoritetsperson, samtidig som man har en grunnleggende frykt og mistro.

Dette er ikke så oppsiktsvekkende psykologisk, for denne ambivalansen kan man finne igjen på mange områder. Men jeg tror den er særlig fremtredende overfor legerollen i det moderne samfunn, fordi denne rollen tidligere var mye mer entydig. Det er nå den er blitt mangetydig. Jeg tror grunnene til det er at det registeret som legen spiller på er blitt så enormt mye større. Tidligere var lege/pasientforholdet avgrenset, og legen hadde et begrenset register av hjelpebidrifter å spille på. I dag er dette registeret potensielt ubegrenset. Forskningsaktiviteten er stor. Nye behandlingsmuligheter lanseres stadig. Det medfører et behov for en helt annen type selvkritisk holdning. Tidligere kunne man bare ta i mot det registeret som kom og brukte det. I dag er man nødt til å velge bort på en helt annen måte enn før. Problemet kommer til å øke, fordi forskningsinnsatsen er så enormt stor. Den kommer dessuten til å fortsette å øke, blant annet fordi de kommersielle interessene som driver dem frem, er så massive.

### Forventninger uten jordledning

**ÅRE:** Hvilke områder synes du særlig peker seg ut til å velge bort?

**IL:** Jeg vet ikke om det er så lett å peke på bestemte områder.

Det som synes å ha vært tilfelle de siste par tiårene, er at deler av det medisinske forskningskomplekset har rullet svært mye raskere enn andre deler, først og fremst gjelder det de delene som er teknologisk preget. På det områ-

det flyttes kunnskapsfronten mye raske- re enn på de andre områdene. Det kan lett skape en ubalanse i legens alminnelige forhold til pasienten. Det er veldig lett å bli imponert av de spektakulære oppfinnelsene som i den populærmedisinske informasjonen presenteres som storartede fremskritt. Pasienten etter-spør det han har lest eller hørt om. Derfor tror jeg det er en fare for en økende slagside i teknologisk retning. Samtidig øker forventningspresset med svimlende hastighet. En betydelig del av forventningene er uten jordledning. De er basert enten på regelrette misforståelser av informasjonen, eller en informasjon som i seg selv er misvisende. I alle fall fører det til at det skapes forventninger som ikke kan innfries. Det forsterker legens dilemma, fordi han blir nødt til å skuffe pasientene. Hittil har nok den profesjonelle bevissthet manglet den innsikt at legene er nødt til å skuffe mange av forventningene. Det er bedre at han gjør det bevisst, og vet at han gjør det.

### Å ta pasienter på alvor

**ÅRE:** Men når vi skuffer publikums forventning, sier publikum: "Dere tar oss ikke på alvor." Det er motsvaret.

**IL:** Kommunikasjonsmessig er dette et meget komplisert forhold. Kommunikasjonen mellom den enkelte lege og den enkelte pasient foregår aldri i det tomme rom. Både pasientens og legens medbragte fordommer er med. Men jeg tror at legestanden burde ha diskutert seg fram til en langt mer offensiv strategi på dette området og langt mer aktivt gått ut og informert folk om hva legen ikke kan. Hver yrkesgruppe har en tendens til å fremheve og forstørre alle de praktfulle tingene man kan for å skape seg et marked. Jeg tror det ville være sunt for begge parter å gi klar og tydelig beskjed om hva legen ikke kan, og hva pasienten dermed ikke har noen grunn til å forvente.

Etterspørsmålet etter alternativ medisin øker dramatisk. Det er tilsynelatende mulig å selge hva som helst i dagens marked, bare det er dyrt nok. Den økningen vi har sett på det religiøse marked, av ekstreme mirakelpredikanter av forskjellig art, har også en fabelaktig tiltrekningskraft. Det tror jeg bare kan forklares på den bakgrunn at det er skapt utrolige forventninger til helse, eller rettere til helbredelse, som ikke kan innfries. Det er logisk at når forventn-

tingene ikke blir innfridd hos skolemedisineren, går man videre til alternativmedisineren, og derfra til heksedoktoren.

### Helse for alle, en forvrøvet forståelse av livet

**ÅRE:** Men WHO har jo gått foran her, ved å love helse for alle innen år 2000. Ved et feilgrep synes du?

**IL:** I beste fall er det politisk naivitet. Det kan være i orden hvis man er seg bevisst at det dreier seg om en politisk utopi. Men det er jo med respekt å melde vrøvl hvis man for ramme alvor mener at man innen år 2000 skal kunne tilby hvert eneste individ god helse. Det er egnet til å forvrøvle folks forståelse av livet.

### Heseblesende symptombehandling

**ÅRE:** Før i tiden hadde lidelsen en plass i menneskers liv, og man diskuterte meningen med lidelse. I våre dager tilslører vi lidelsen og vil ha den bort. Legene er den profesjonen som skal ta vekk lidelsen. Burde vi tørre å ta opp lidelsens funksjon i menneskelivet mer åpent igjen. Det blir nesten regnet som en fornærrelse, et håp mot de som lider, å hevde at det kan være noe ved lidelse som er nødvendig.

**IL:** Jeg tror vi i god mening har gjort en del elementære bommerter. Vi har innbitt oss at det går an å løpe fra basale konflikter som ligger innebygget i menneskelivet selv, ved å forsøke å fjerne symptomene på dem. Det fører til en heseblesende form for symptombehandling hele tiden. Man har vel sprunget over det helt fundamentale problem.

WHOs helsedefinisjon er et typisk eksempl på dette. Man har valgt ut harmonien som definisjon på helse. Det skal ikke finnes noe ubalancesymptom hverken av fysisk eller psykisk art.

Dette er en utopi som du kan spore langt tilbake i tiden. Du kan gjenfinne den i alle de store religioner i en eller annen form. De gammeltestamentlige profetene beskriver hvordan ulven og lammet skal gresse side om side. Det er det fullkomne poetiske billede på harmoni. Det eksisterer ingen konflikt mellom menneske og natur eller mellom mennesker innbyrdes. Det er storartet,

-hvis man bare er klar over at det er en utopi det dreier seg om. Men i det øyeblikket man forsøker å gjøre det til en



operativ definisjon på helse og postulerer at det er dette helsevesenet skal tilpasse, er man dømt til å havne i den komplette frustrasjon. Jo mer avansert medisinen blir når det gjelder kjemiske og teknologiske hjelpemidler, desto verre vil det bli.

### **Det terapeutiske samfunn skaper avhengighet**

ÅRE: Motsatsen til teknologien blir en mer humanistisk utvikling. Du har hevdet at legene er blitt alt for omfattende når det gjelder å skulle ta seg av de krisene som hører livet til. Her må vi vel også sette en grense. Hvor mener du legen kommer inn?

IL: Man må innse at profesjonaliseringen har sine innebygde grenser. Den kan ikke ekspandere ubegrenset, legge under seg stadig flere problemer og samtidig bevare profesjonaliteten.

I dette feltet må vi se i øynene at det er en del problemer som i liten grad er tilgjengelige for profesjonell behandling, men som i høy grad er tilgjengelig for amatørmessig behandling, i betydning av at de hører hjemme i det daglig-dagse, menneskelige samliv og må finne sin løsning der. Der kan legen, psykologen og for den saks skyld presten bare yte en marginal assistanse når det gjelder å hjelpe mennesker inn i en livssituasjon der de blir i stand til å takle sine daglige problemer. Det farlige ved det terapeutiske samfunn er at man skaper en form for avhengighet som gjør at klientenes problemer forsterkes i stedet for å løses.

ÅRE: Vi ser jo at stadig flere mennesker kommer opp i kriser, Hjem oppløses, barn blir stående midt i konflikter. Det ville være godt om noen klarte å finne løsninger.

IL: Når jeg kaller den profesjonelle inn-

sats en erstatningsløsning, ligger det i det at erstatningsløsninger er nødvendige i et samfunn hvor det er så mange sosiale vakuumtilstander som det er i vårt samfunn i dag, med en påfallende mangel på tette menneskelige nettverk. Man må bare være klar over at det er og blir erstatningsløsninger, det er ingen egentlig løsning. Målsettingen for innsatsen legen kan gjøre i disse sammenhenger, er å gjøre pasienten uavhengig av ham.

### **Mennesket som selvbærende konstruksjon er og blir "over ævne"**

ÅRE: Hvis du skulle velge ut et område innen samfunnet du ville satse på for å virkelig forbedre menneskers kår, hvor ville du da gi ressurser?

IL: Jeg tror det mest strategiske punkt hvis man vil bedre kvaliteten på det



norske samfunnet i stort, er familien og familiepolitikken. Det er der slitasjen har vært størst det siste hundreåret, i fremveksten av industrisamfunnet med urbaniseringen. I vårt eget århundre har vi sett en måte å organisere samfunnsvirkeligheten på som med økende hastighet har slitt ned det grunnleggende nettverk, familiestrukturen, slik at den er i ferd med å bli nesten usynlig. Og bak det har det ligget en velmenende, men unrealistisk filosofi, en ekstrem form for individualisme hvor vi er tilbøyelige til å betrakte mennesket under den synsvinkel at vi er frittstående enheter, som bare sekundært står i forhold til hverandre. Det tror jeg både biologisk og psykologisk er en feiltolkning, og også en misforstått ideologi. Man dyrker frem en uavhengighetsfilosofi, som er katastrofai i det lange løpet. At hvert menneske er sin egen selvberende konstruksjon, er overevne, og kommer til å forbli over evne. Derfor trenger vi en grundig gjennomtenkning av hva det ligger i den fundamentale biologiske sammenvevning av mann-kvinne-barn. Den trekanten er biologisk sett grunnleggende. Selv om man i noen grad kan frikoble seg fra naturen der også, er og blir det basale biologiske forhold fremdeles det samme. Vi må tenke gjennom hva det betyr, hvilke konsekvenser vi kan trekke av det og hvordan vi bør tilrettelegge samfunnsorganisasjonen gitt at det er noe grunnleggende som skal ivaretas.

ÅRE: Du har sagt en del om hvordan leger ikke skal være. Til slutt, ønsker jeg den positive versjonen, hvordan er ditt billede av en gagns lege?

IL: Den gode lege er en lege som er kunnskapsrik nok til å kjenne sin egen og sin profesjons begrensninger, menneskekjærlig nok til å holde den nødvendige avstand til sine pasienter, vettig nok til å lære av sine feil og sist, men ikke minst med tilstrekkelig humoristisk sans til å kunne leve med det motsetningsfylte i sin egen rolle. Slike leger finnes, men det ville ikke ha skadet om vi hadde hatt flere av dem.



# Fra tyvens dagbok

**Jeg er den typen som nesten aldri klarer å nekte meg noe som jeg har lyst på og som om lett blir meget utilfreds dersom mine behov ikke raskt blir dekket. Denne delen av min personlighet har ofte ført meg opp i situasjoner som kan gjøre en heller ordinær hverdag både mer spennende og nervepirrende.**

Av NN

Sist høst tilbrakte jeg en uke ferie hos noen venner, som har bosatt seg på en av de større øyene rundt Bergen.

En formiddag tok jeg turen innom stedets bokhandel. En av disse moderne bokhandlene med stort utvalg av lekre bøker. Det var lite folk i butikken og jeg hadde god tid. Ruslet rundt kikket og bladde litt i bøkene. Følte meg avslappet og privilegert som kunne gjøre noe sånt midt på en vanlig hverdag.

Så plutselig så jeg en bok jeg lenge hadde vært på utkikk etter, men jeg gikk raskt videre for jeg hadde bare en femtillapp i lommeboken. Men jeg kjente at en liten uro begynte å spre seg i meg - jeg klarte ikke helt å slippe tanken på den boken. Så jeg vendte tilbake til reolen der boken sto utstilt. Tok den opp igjen og begynte å bla i den igjen. Samtidig som jeg diskret begynte å orientere meg om hvem som var i lokalet og hva de holdt på med. Samtidig kjente jeg at jeg begynte å bli varm om ørene og urolig i magen. Etter det jeg kunne se var det tre som jobbet i butikken, og de var alle opptatt med å pakke ut et boklast som nettopp var kommet inn. I tillegg til de var det to kunder og ingen "overvåkingsspeil" etter hva jeg kunne se. Jeg begynte å kjenne panikken komme, for kjente jeg meg selv rett, ville jeg ikke forlate butikken uten at jeg hadde boken med meg.

Jeg satt fra meg den lille sekken jeg hadde på ryggen og gikk til en annen reol og fant en stor polstret konvolutt - en plan hadde begynt å ta form. Rolig, men med totalt innvending kaos, banende hjerte, ilinger i magen, vendte jeg tilbake til reolen der BOKEN sto. Jeg la fra meg konvolutten på sekken og fant frem igjen boken og begynte å bla i den. Ville jeg tørre å ta den, tenk om jeg ble oppdaget. Det ville vært ufattelig pinlig og nedverdigende. Var det verdt det? Sikkert ikke, men jeg viste at jeg ikke ville klare å la være. Måtte se om jeg ville klare det. Jeg tok et nytt oversyn over butikklandskapet, og det var ingen som virket noe interessert i meg. Bøyde meg så ned bak reolen - åpnet sekken fant frem lommeboken og vips så var boken nede i sekken. Jeg reiste meg rolig og begynte å gå mot kassen med konvolutten i den ene hånden og lommeboken i den andre.

På vei bort til kassen orket jeg ikke å se meg tilbake, følte en lammende panikk med tanken på å kjenne en hånd på skulderen og høre ordene "Vil De bli med meg inn på kontoret". Men intet skjedde og etter en stund kom en blid jente og tok betaling for konvolutten. Og jeg spaserte rolig ut av butikken, kryss som en hane med mitt hittil største "bytte" i sekken. Stolt, lettet og glad gikk jeg til nærmeste konditori og unte meg et deilig stykke marsipankake for å feire et meget vel utført kupp.



# PinexForte

30 MG KODEIN + 500 MG PARACETAMOL

B R U S E T A B L E T T E R

NYHET!

RASK SMERTELINDRING

OPTIMAL KOMBINASJON<sup>1)</sup>

30 mg kodein  
500 mg paracetamol

LØSES I 1/2-1 GLASS VANN • FRISK SMAK • PRAKTISKE PAKNINGER

PINEX FORTE®-AL®

Analgetikum

**BRUSETABLETTER:** Hver tablet inneh.: Codeini phosphas hemihydrat, 30 mg, paracetamol, 500 mg, natrii hydrogenocarb., natrii carb., acid citric, sorbitol 300 mg, aspartam. Med delestrek.

**TABLETTER:** Hver tablet inneh.: Codeini phosphas hemihydrat, 30 mg, paracetamol, 500 mg. Med delestrek.

**STIKKPILLER:** Hver stikkpille inneh.: Codeini phosphas hemihydrat, 30 mg, paracetamol, 500 mg. Med delestrek.

**Egenskaper:** Klassifisering/Virkningsmekanisme: Kodein: Sentral analgetisk effekt. Paracetamol: Sentral og perifer analgetisk effekt, antipyretisk effekt over varmeregulerings-senteret i hypothalamus. Påvirker ikke hemostasen og irriterer ikke gastrointestinalslimhinnen. Absorpsjon: Rask og nærmest fullständig etter oralt inntak. Rektal absorpsjon noe langsommere. Paracetamol: Maksimal plasmakonsentrasjon etter 1/2-1 time (tabletter) og ca. 2 timer (stikkpiller). Kodein: Maksimal plasmakonsentrasjon etter ca. 2 timer (stikkpiller). Proteinbinding: Kodein: Ca. 30%. Paracetamol: Ved terapeutisk nivå 0-25%. Fordeling: Paracetamol: Distribusjonsvolum ca. 1 l/kg. Halveringstid: Kodein: Ca. 3 1/2 timer. Paracetamol: 2-3 timer.

Terapeutisk serumkonsentrasi on: Paracetamol: 0,033-0,133 mmol/l (5-20 µg/ml). Metabolisme: Kodein: I leveren. Paracetamol: Over 80% konjugeres til glukuronat og sulfat. Små mengder deacetylyleres eller hydroksyleres med cytochrome P-450. Ca. 3% forblir uordnætt.

Utskillelse: Kodein: Vesentlig renalt som inaktive metabolitter. 2/3 deler av disse utskilles i løpet av 6 timer. Paracetamol og metabolitter: Renalt.

**Graviditet og amming:** Overgang i placenta: En viss overgang må forventes. Teratogen effekt ikke beskrivet. Overgang i morsmelk: Små mengder er påvist i morsmelk uten at man regner med noen risiko for påvirkning av barnet ved terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises ved vedvarende hoy dosering.

**Indikasjoner:** Moderate til sterke smerten.

**Kontralindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffene. Akutt hepatitis.



Pga. innholdet av aspartam må brusetablettene ikke brukes av barn med Föllings sykdom.

**Bivirkninger:** Allergilignende reaksjoner kan forekomme.

Kodein kan gi obstipasjon og døsigheit, galleveisdysskinesi hos spesielt disponerte. Paracetamol: Tilfelle av trombocytopeni og leukopeni er beskrevet.. Hemolytisk anemi kan forekomme en sjeldent gang.

**Forsiktigheitsregler:** Kan gi døsigheit.. Forsiktighet bør utvises ved betjening av maskiner, motorkjøretøy o.l. Forsiktighet ved nedsett lever- og/eller nyrefunksjon. Risiko for nyrefunksjonskader ved langvarig bruk er ikke klarlagt.. Tilvenningsfare. Brusetablettene inneholder 16,3 mmol Na svarende til 376 mg Na. Hos pasienter med nedsett nyrefunksjon vil dette kunne virke skadelig, særlig ved langvarig bruk.

**Interaksjoner:** Kodein: Potenserer den sentraldepressive effekten av alkohol, sedativa, hypnotika o.l. Paracetamol: Ved vedvarende hoy dosering kan det mikrosomale enzymsystems i leveren induseres og effekten av bl.a. perorale antikoagulantia endres. Ved intermitterende behandling eller daglige doser på opp til 1,5-2 g paracetamol er denne effekt uten praktisk betydning (l: 15 e analgetik).

**Dosering:** **Voksne:** 1 (ev. 2) tabletter (stikkpiller eller brusetabletter) inntil 3-4 ganger daglig.

Brusetablettene skal løses i 1/2-1 glass vann.

PINEX FORTE

30 mg kodein + 500 mg paracetamol

Brusetabletter	20 stk.	37,40
Tabletter	10 stk.	24,80
	20 stk.	30,40
	50 stk.	59,40
	100 stk.	102,40
10 X 100 stk.		949,70
Stikkpiller	10 stk.	30,30
	50 stk.	107,00

Stikkpiller bør fuktes umiddelbart før innføring.

**Barn:** Ved sterke akutte smerten:

Tabletter/brusetabletter:

15-25 kg: 1/2 tablet/brusetablett inntil 3-4 ganger daglig. 25-40 kg: 1/2-1 tablet/brusetablett inntil 3-4 ganger daglig.

>40 kg: 1 tablet/brusetablett inntil 4 ganger daglig.

Brusetablettene skal løses i 1/2-1 glass vann.

Stikkpiller: > 40 kg: 1 stikkpille inntil 4 ganger daglig. Stikkpiller bør fuktes umiddelbart før innføring.

**Overdosering/Forgiftning:** Kodein: Forgiftning gir sentral stimulering, hos barn kramper, dessuten oppkast, døsigheit, respirasjonsdepresjon, cyanose og til slutt koma.

**Behandling:** Symptomatisk, kombinert med evt. antikonvulsiv og respirasjonsstimulerende terapi. Antidot: Naloxon. Paracetamol: Akutt, massiv overdosering kan gi leverskade. Den leverhøksiske dose varierer fra individ til individ, men det er vanligvis liten fare for leverskader ved doser mindre enn 10 g. Symptomene kan komme etter en latentstid på 2 døgn eller mer (F: 34 kodein, 53 paracetamol).

**Pakninger og priser:** **Brusetabletter:** 20 stk. kr. 37,40.

**Stikkpiller:** 10 stk. kr. 30,30, 50 stk. kr. 107,00. **Tabletter:** 10 stk. kr. 24,80, 20 stk. kr. 30,40, 50 stk. kr. 59,40, 100 stk. kr. 102,40, 10 x 100 stk. kr. 949,70.

1) Ref.: LA Skoglund. Paracetamol 1991, s. 20. (ISBN 82-992389-0-0)

AKUTTE  
STERKE  
SMERTER



A/L

APOTHEKERNES LABORATORIUM A.S.  
Harbitzalleen 3, 0275 Oslo. Tel.: (02) 52 90 00

# En exrøkers bekjennelser



Henning A. Nilsen er journalist i ukebladet *Hjemmet*.

Av Henning A. Nilsen

*Å kom hver den som synd har gjort og ei i synden finner hvile....* husker jeg fra barndommens lille sorte, Landstads reviderte. Den som synder har knapt til hensikt å hvile, hvorfor man lett kan si at salmistens fengende oppfordring bygger på et svakt psykologisk grunnlag.

Synden er besnærrende livlig, ja den er i hele sitt vesen aktiv med unntak av den såkalte unnlatelses-synd, som uhøyre sjeldent fører til evig fortapelse.

Nå er det, når sant skal sies, lett å ralje-re med syndsbegrepet i metafysisk forstand. Teknisk sett er jo en synd i vår kulturkrets et brudd med de guddomme-lige lover slik de er nedfelt i de kanoni-ske skrifter.

Uheldigvis er synden, i usalig likhet med kulturen, også utvidet hinsides all rimelighet. Og det utvidede syndsbe-grep spenner over alt fra onani, passende drikke til avkokt torsk, smugrøking på do, skatteplanlegging og til innleve-ring av tippekuponger i arbeidstiden. Ved å sjonglere med det utvidede syndsbe-grep kan vår tids profeter legge et gu-delig press på allerede hudløse sjeler og regenerere en dårlig samvittighet som viser tegn på ned-dyssing.

Når jeg derfor blir oppfordret til å erindre min hardt-røkende tid og erindre "syndens glede", så løper jeg til oppga-vnen med all min elleville begeistring over muligheten til å trampe på de selv-bestaltede profeters ømme likter. Problemet, dessverre, er bare det at det ikke var noen stor glede ved å røke mye, hvorfor jeg da også for noen år siden sluttet.

Innledningsvis, derimot, var gleden enorm. I tenårene hadde man den grøss-blandede erfaring å smugrøke mors si-garetstumper (av merket Cooly med leppestift) med hodet halvveis inn i kaminen. Det var en lystopplevelse som ble ytterligere forsterket ved oppda-gelsesrisikoen, som var betydelig.

Røking i skoletiden var også intenst lystbetont og ingen som noen gang ble knepet av religionslæreren (som var cand. theol. og tidligere sjømannsprest) kunne et øyeblikk være i tvil om at når røking ikke var eksplisitt omtalt i de ti bud, så skyldtes dette en utilgivelig glipp av Moses eller Bibelselskapet. Det vidunderlige ved å røke på skolen lå ikke minst i å oppdage en egen kreativitet i arbeidet med å omgå autoritete-nes bestemmelser. Det er vel noe av den samme mekanikk som gjør at man fre-netisk smuglet en halv whisky ekstra under trussel om tiltale, straff og mulig-heten til å måtte stå skolerett for en kvi-sete toll-aspirant fra Hadeland. I slike tilfeller er syndens sold ikke døden, men 10 ekstra pjoltere med mindre man oppdages og styrtes i fortapelsen av nevnte juvenile hadelending.

En vellykket feriereise for gjennom-snittsnordmannen er avhengig av mengden tollfrie varer medbrakt ved hjem-reise. Man bruker glatt 10-15000 kroner på sin to ukers ferie, men kommer hjem med hodet bøyd av skam og en dyp følelse av utilfredshet hvis man ikke har klart å medbringe avgiftsfrie varer, lov-lig eller ulovlig. Besparelsen, som kan komme opp i adskillige hundre kroner, vil i de fleste tilfeller være for en pølse i slaktetiden å regne. Og likevel er den av nesten manisk betydning.

Betydningen er ikke av realøkonomisk karakter. Den er en ekte syndens glede. Gleden over å ha nappet profetene i skjegget. Selv gamle damer, hvis nytel-sessyke begrenser seg til et glass likør 24. desember, smugler whisky og siga-retter med psykotisk iver når fergene klapper til kai. Nevør og barnebarn overrisles med Prince mild og Kosken-korva:

Hadde vi avgiftsbelagt baderinger hadde norske pensjonister disembarke-dende danskebåtene sett ut som michelin-menn under poplinsfrakkene.



Den ikke-metafysiske synd har med andre ord en glede som ligger i ren trass - og som ikke bør undervurderes. Den spesielle bjartveitske helsepedagogikk synes å undervurdere dette forhold. Desto mer de bjartveitske drabanter gnåler, jo tettere ligger røykskyene over dagligstuene på landets fødeavdelinger. Og det å "holde sin sti ren" er belagt med lite fristende assosiasjoner.

Den brede vei fører til fortapelsen, den smale til saligheten, ifølge skriften. Hvis man skal ha hele nasjonen inn på den smale vei, blir det jo naturligvis grusomt trangt og liten flyt i trafikken. Det katastrofale i det moraliserende helsearbeid er de metafysiske overtoner man gir sitt budskap: Det gode liv er asketisk, syklende og grønnsakspisende, mens det dårlige er fullt av jevnet saus, sigarer og cognac.

Veien til saligheten er ikke så smal, er den vel? Og fremfor alt - den er jo ikke så entydig definert.

I dag spiste jeg ny spisskål til middag - med en herlig klatt kolesterol meierismør på.

Om synden har gleder, så har dyden velsignelser.

Nikker du?

Feil!

Vi må ut og forkynne dydens gleder. Velsignelser er for vagt og for lite konkret. Nei, dyden kan være glad og leken.

I blant trenger vi hjelp for å se disse gledene. For syndens gleder er så mye mer tilgjengelige og så mye mer umiddelbare.

Takket være at jeg har tatt et grep om min egen helse, en bra lege og to gode fysioterapeuter har jeg etter 45 år på den brede vei fått sansen for også dydens gleder:

En god rygg, en kropp som fungerer *for* meg, ikke jobber mot meg, bra kondis og et lekent forhold til de muligheter

min gamle motstander, kroppen min, nå plutselig tilbyr.

Jeg opplever at nøkkelen ligger til oppmuntring til det konstruktive, ikke i hakkingen på det usalige. Jeg har oppdaget dydens gleder, men avskrellet moraliteten er det jo slett ingen dyd. Det er å komme litt nærmere meg selv fra en annen vinkel enn syndens gleder. Og de var jo ikke egentlig syndige. Bare litt mindre kraftfulle på sikt. Og slett ikke noe man bør undervurdere!

□

# Utposten gratulerer!



... sier Norges første kvinnelige professor i allmennmedisin.

**Kirsti Malterud, velkjent medlem av Utpostenredaksjonen, er innstilt som nummer en til professoratet i allmennmedisin i Bergen etter Per Fugelli. Vi som er hennes kolleger er stolte over Kirsti, og benytter denne anledningen til å gratulere henne og norsk allmennmedisin. Lykke til, Kirsti, med den spennende og utfordrende jobben du får.**

**Kirsti Malterud er intervjuet av Åsa Rytter Evensen, det andre medlemmet i Kvinnelige allmennmedisinske halvmanuensers forening, som nå må skifte navn.**

ÅRE: Kirsti, hvordan tok du i mot beskjeden om at du er innstilt som nummer en til professoratet i allmennmedisin i Bergen?

KM: Jeg ble glad, begeistret og forbløffet, og han som overbrakte beskjeden fikk en stor klem.

ÅRE: Forbløffet? Det må du utdype nærmere.

KM: Denne innstillingen forteller at akademiet nå gir anerkjennelse til perspektiver som tidligere har vært regnet som ganske kontroversielle - kvalitative metoder og kvindeforskning. Dette er lovende og forbløffende.

ÅRE: Hva slags planer har du for stillingen du snart skal tiltre?

KM: Først og fremst vil jeg legge vekt på å styrke forbindelseslinjene mellom teori og praksis, mellom virkelighet og forskning, som etter min mening er for svak i dag.

ÅRE: Du har tenkt å være professor med halv klinisk stilling. Er det for å kunne beholde tilknytningen til det praktiske plan?

KM: Jeg kan ikke tenke meg å være professor i allmennmedisin uten selv å være i allmennmedisinsk virksomhet. En dag i uken er for lite. Jeg ser det som en utfordring å få til en situasjon der halve arbeidstiden er universitetsvirksomhet og halve arbeidstiden er pasientarbeid i vanlig hverdagspraksis. Uten den stadige påminnelsen om hva faget er og hva som er allmennmedisinens oppgaver, går det ikke lang tid før vi glemmer hva det handler om.

ÅRE: Er det spesielle deler av praksis du er opptatt av?

KM: Jeg vil gjerne at vi skal nærme oss mer det som er vanlig og det som er vanskelig.

ÅRE: Som de ubestemte plagene hos kvinner?

KM: Det er ett eksempel. Men hvorfor er det ingen som forsker på forkjølelse, hvorfor er det så lite om vondt i ryggen, hva med de "ufarlige" hodepinene. Dette er den typen eksempler på plager som vi ser mye av i allmennpraksis, som har en annen karakter og et annet grunnlag enn det de klassiske sykdommene har.

Det oppfatter jeg som det helt spesielle i vårt felt av medisinen.

ÅRE: Er det de lite statuspregede sykdommene du er mest opptatt av?

KM: Ikke fordi de er lite statuspregede, men fordi disse sykdommene er sentrale i vårt virkefelt og for folk flest. Når de er lite statuspreget, kan det ha mange grunner. Det kan komme av at de forekommer sjeldent i universitetssykehusene, der hvor statusen er sterkt forankret. Men det kan også komme av at de i noen grad har vært vanskelige å utforske med de gjengse metodene, eksperimentelt eller epidemiologisk. Og det kan også skyldes at vi har manglet begreper for å vite hva vi skal se etter. Når slike plager har lav medisinsk status, står det i en paradoksal kontrast til at det er dette som faktisk er folkhelseproblemene. Det er dette folk går til lege for og blir sykmeldt for. I dette store sykdomsfeltet har medisinen til nå hatt ganske lite å stille opp med.

ÅRE: I søkeren din har du en programerklæring, hvor du også har skrevet at du vil bidra til metodologisk og vitenskapsteoretisk nytenkning. Er det fordi du vil komme til kjernen av de problemene du nettopp nevnte?

KM: Jeg synes det blir mer og mer slående at vi må tenke nytt og fantasifullt hvis vi skal komme noen vei med utforskning av de vanlige og vanskelige tilstandene. Til nå har dette ofte blitt løst ved at problemstillingen har blitt liggende ubørørt, eller at den har blitt dreiet på en måte som skal gjøre den rørbar, men som kanskje har tatt vekk en god del av selve problemstillingen. Min erfaring er at det finnes mye aktuell metodologi å låne, hvis vi bare ser ut forbi det medisinske hus. Mye av dette kan tenkes å være anvendelig når vi skal utvikle nye måter å studere hverdagsplagene. Jeg er ikke villig til å godta at de ikke lar seg utforske. Jeg tror dette er et felt der allmennmedisinen kan bidra til medisinsk forskning i særlig grad, fordi vi stilles overfor ikke bare medisinske utfordringer, men også vitenskapelige utfordringer som det er på tide at vi begynner å ta.

ÅRE: Det neste punktet på din programerklæring er at du vil implementere og kvalitetssikre kvalitative metoder. På hvilke måter har du tenkt deg å gjøre dette?

KM: Jeg har gjort mange tunge erfaringer med å være nybegynner og å være alene, og jeg har gjort mange gode erfaringer med hensyn til anvendeligheten av kvalitative tilnærmingar. Og jeg har fått god hjelp fra andre fagmiljøer. Det er ikke nødvendig at alle gjør de samme feilene helt fra bunnen. Det er heller ikke nødvendig at vi finner opp metodene på ny. Skal de kvalitative metodene ha en sjanse i medisinsk forskning, må de ikke frembringe noe som er lettint, annenrangs eller journalistisk. Vi må gjøre to ting; utvikle et vitenskapelig språk der vi kan kommunisere med det medisinske hus også med kvalitative tilnærmingar. Det vil si at vi må lære oss til å formidle allmennvitenskapelige forutsetninger som er like for kvalitative og kvantitative metoder. Jeg vil legge større vekt på likheter enn på forskjeller. For det andre må vi utvikle fagspesifikke tilnærmingar som gjør at det er medisinsk kunnskap vi kan innhente. Vi skal ikke bli kvakksalvere i samfunnsvitenskap eller humaniora. Skal vi stille kvalitetskrav, må det ikke bare være til metode eller prosedyre, men også til hva slags kunnskap denne metoden kan innhente. Dette er også et område der allmennmedisinen kan tilføre medisinsk forskning mye, ikke minst ved å stille de grunnleggende vitenskapsteoretiske spørsmålene som arbeidet med kvalitativ forskning naturlig og påtregende reiser. Når vi skal arbeide med kvalitetskrav, må vi lete etter kriterier for troverdigheit, for gyldighet og for kritisk refleksjon. Vi må utvikle måter å bedømme publikasjoner, søker og kunnskap på, som gjør at det ikke blir intuitivt og tilfeldig. Det skille det er i status og makt mellom forskjellige metoderetninger i medisinsk forskning, spesielt den monopoliseringen av biomedisinsk forskning som vi til nå har hatt, levner ikke de kvalitative metodene en sjanse hvis vi ikke bruker anledningen til å legge kvalitetskrav på det vi kommer med. Dessuten er det bortkastet bruk av tid og krefter å skaffe fram "kunnskap" som ikke holder mål.

ÅRE: Du vil også utvikle tverrvitenskapelige samarbeidsforhold. Hvilke samarbeidspartnere har du spesiell forkjærlighet for?

KM: I egen forskning har jeg funnet gode samarbeidspartnere i sosiologi, i psykologi og i språkvitenskap. Det viktigste for medisinen har likevel noe med en holdningsendring å gjøre, fra å

være seg selv nok og innemurt. Fysisk befinner det medisinske fakultet seg andre steder enn universitetet forøvrig. Fagmiljøet vårt er lukket kunnskapsmessig. Den medisinske kunnskapskultur gjør den isolert og lite mottagelig for andre synspunkter. Noe av det viktigste vi må gjøre er å arbeide med arrogansen, at vårt fag er det første og det beste. Men det er mange veier å gå når det gjelder å knytte tverrvitenskapelig kontakt. Folkeminnevitskap, sosialantropologi, filosofi, historievitskap, organisasjonskunnskap og pedagogikk er eksempler på mulige aktuelle samarbeidspartnere. Samarbeidsfeltet for allmennmedisinsk forskning må knyttes opp mot problemstilling og metodevalg og lokal kjemi. Oppdagelsesreise og utforskning av samarbeidsmulighetene er en viktig del av det hele.

ÅRE: Siste punktet i programerklæringen din er å styrke kvinnesperspektivet i medisinsk forskning. Var du ikke litt redd for å skrive det til en mannsbastion som universitetet fremdeles er, at du skulle tirre de høye herrer.

KM: Jo da. Det har jeg jo også forsøkt gjort. Bedømmelseskomiteen kritiserer meg for mitt ensidige kvinnesperspektiv, til tross for at det faktisk er mitt forskningsfelt. Det kan nok være grunn til å være forsiktig med å bruke slike uttrykk. Men noe av det som driver meg og min forskning er erkjennelsen av at kvinnesperspektivet nesten er uteatt i medisinsk forskning. At vi faktisk vet alt for lite om det som gjelder meg og mine. I det medisinske vitenskapsmiljø finnes det nesten ikke kvinner i faste stillinger. Resultater av det ser vi både på kunnskapssiden og den sosiale siden i vitenskapssamfunnet. Hvis ingen tør å si at kvinnesperspektivet mangler i medisinsk forskning, vil det aldri bli satt på dagsordenen. Det nytter ikke bare å tenke det og mene det, vi må si det og gjøre det også. Kanskje det lønner seg å velge sine ord med omhu, og kanskje det lønner seg å velge rett tid og sted. Men vi må ikke bli så forsiktige og taktske at vi aksepterer at kjønn ikke betyr noe i vitenskap eller i medisinsk forskning. Da blir det mennenes forskning og mennenes kunnskap som blir enerådende, på vegne av begge kjønn. Og det er hverken kvinner eller menn tjent med, så lenge menn og kvinner faktisk er ganske forskjellige.



# Fra Buddha og Lukas til Verdens Helse- organisasjons Ottawa-charter.



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

## Tanker om forebygging og helseopplysning

Av Eivind Meland

*Å få vanskeligheter er å få hell og lykke, å få velvilje er å få motbør.*

Fra Zenrin Kushu

Diktet over er en påminnelse om at smerter, vansker og lidelse hører til livet. Livet kan oppleves som godt og helt nettopp fordi det også har elementer av skygge og sorg. I disse tanker om helseopplysning og forebygging begynner jeg med å stille meg kritisk til helsebegrepet som en fullkommen og ensidig utopi. Diktet over er hentet fra en samling kinesiske folkelige dikt og sanger i taoistisk og buddhistisk tradisjon. Vår egen Einar Skjæråsen forteller også det samme når han sier at "lyset og skuggen er syskjen på jorda".

I det buddhistiske helsebegrepet inngår også et annet viktig prinsipp: Helse kan ikke oppnås ved å betrakte seg selv utenfra for å vurdere om en er god nok eller har feil eller lyter som må forbedres. Zenbuddhismen betrakter slik virksomhet som "dobbelt-tenkning", og i buddhistisk tradisjon sammenlignes denne virksomhet med lyden som opp-

står når man prøver å applaudere med en hånd. Helse har med opplevelsen av helhet og enhet med seg selv å gjøre. Helse har i denne tradisjonen også med respekten for og troen på andre menneskers (og skapningers) livskraft, med ydmyk respekt å avstå fra å betvinge andre eller naturen. Det er den akseptrende tålmodighet som kan elske fram det positive (1).

Per Fugelli har utropt Moses til vår kulturs største life-styler og helseprofet (2). Moses steg ned fra Sinais berg med sten-tavlene med de ti bud i det han forkynne: *Du skal ikke*. En kollega av oss, Lukas, ordla seg annerledes: *Du skal*: Du skal elske din neste som deg selv (3). Uten noen form for biskopal autorisasjon våger jeg meg til å tolke skriftstedet over som at du skal elske deg selv på samme måte som du også skal elske din neste. Lukas' helsebegrep begynner altså med å elske og akseptere seg selv som en er - og på samme måte ha evne til å akseptere og elske sin neste som individ.

I denne aksepteringen ligger også aksepteringen av den svake, den syke, den gale og den utstøtte. Helse har intet med vår tids heseblesende jakt på "perfekthetsidelet".

Figur 1.



## Verdens eneste håp

Til Sirhan B. Sirkans mor

*Det var den dagen dom skulle falle  
du kom inn i den kalde empire-salen  
støttet til en rettsbetjent:  
Liten og tafatt i blitzglintene,  
det glisne hvite håret, håndvesken  
fattig-fint hektet inn på armen,  
de lett krumme leggene  
med tydelige åreknuter under  
billige bomullsstrømper.  
Jeg visste jeg hadde sett deg før.  
En liten kvinne,  
en utslett gammel mor,  
frysende,  
gjennomblåst av en vind  
bitrere enn døden.*

*Og jeg sa til meg selv:  
- der ser du det,  
så lite glansfullt er det,  
verdens eneste håp.*

Hans Børli

Vi skal bevege oss 1400 år fra Lukas til en annen kollega som streifet rundt i Europa på 1500 tallet: Paracelsus. Han revolusjonerte medisinens som inntil da var dominert av den galenske sykdomsforståelse: Sykdom som uttrykk for ubalanse mellom kroppssuftene i *det enkelte individ*. Han kom til at sykdom var et uttrykk for ubalanse mellom individet og dets omgivelser. Han lærte at syk-

dom var mangfoldig, men viktigere: Sunnhet var mangfoldig. Mennesket er i stand til å mestre de mest ulike forhold med bevarelse av sunnhet. Han så på *livskraften* som en legende kraft, en indre ressurs hos alle mennesker. Han så på legen som en som kunne være med å befordre denne livskraft gjennom *innføling* (4).

Vi nærmer oss Ottawa-charteret (5) i det vi ønsker et prinsipielt skille i forståelse av det helsefremmende arbeid mellom to strategier:

1. Jakte på det sykelige og fordømme risikoadferdene.
2. Styrke ressursene, stoler på *livskraften*, befordre helsen gjennom å gi individer og grupper betingelse for egne valg som kan tjene helse og velvære.

To navn fra vår egen tid må nevnes i forbindelse med dette strategivalg: Psykologen Carl Rogers og hans "client centered method" og allmennpraktikeren og tenkeren Ian McWhinney og hans "patient centered method". Empati er et sentralt begrep hos begge. Begge representerer et systemsyn på livet: De stoler på individets egne muligheter til å ta valg ut fra egne forutsetninger som passer i egen hverdag.

Jeg ser på Ottawa-charteret som frigjøringsteologiens gjennomslag i helsevesenet. Vanhelse har med usfrihet, ytre

eller indre tvang, mangel på valg og ressurser å gjøre. Ottawa-charteret ser på det helsefremmende arbeid som det å beføre individers og gruppens evne til å identifisere og virkelig gjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre, eller mestre sitt miljø. God helse betraktes derfor som en *ressurs* i det daglige liv, ikke som tilværelsens mål. Det viktigste, ledende prinsipp er behovet for å oppmuntre til gjensidig støtte - å ta vare på hverandre, våre samfunn og vårt naturlige miljø. (5).

Helseopplysning som ikke tar hensyn til at der er en dobbelhet i alle livsnyttinger, oppfatter jeg som skadelig. Vi må være vise nok til å innse at: Det er aldri så galt at det ikke er godt for noe. Vi må være ydmyke nok til å innse at: Rompa har vi bak uansett hvor vi snur oss.

Figur 1 fant jeg i et populærvitenskapelig magasin som et skrekkeksempel på helseødeleggende adferd. Den vise vil se at chips-spising og røyking kan være et viktig alternativ og et befridende valg for ungdom som trenger en inngangsport til sosiale miljøer hvor de kan hevde seg og bli akseptert. Røyking er et viktig valg for barn som ikke hevder seg i et perfeksjonistisk hjemme- eller skolemiljø (6).



Figur 2.



Helseopplysning som oppfordrer til "å applaudere med en hånd" oppfatter jeg også som skadelig, jfr. figur 2. Helse er ikke noe en oppnår når kroppsvekten er normal, når kroppssettet utgjør mellom 10 og 15 % av kroppsvekten, når kolesterol er normal, når livet er røykfritt, når blodtrykket er kommet ned og gene-ne kjemisk renset for anlegg til dia-betes. Jeg finner det betimelig å minne om Benjamin Franklins ord: Intet er mer ødeleggende for helsen enn at man er for opptatt av den.

Vår tids største paradoks er jo at helsen målt med objektive mål i den rike del av verden aldri har vært så god, mens helsen i betydningen subjektivt opplevd velvære aldri har vært så dårlig.

Forebygging og helseopplysning til gavn bygger på:

- medmenneskelig interesse og forståelse
- at en tar utgangspunkt i individets livssituasjon
- at en gir individet anledning til å formulere egne mål
- at en deltar i å formulere disse mål på en positiv måte
- at en evner å gi positive tilbakemeldinger på endret adferd
- at en er ydmyk nok til å forstå at "motstand" kan være et uttrykk for at hjelperen er en "krykke" til å forstå pasientens livssituasjon.

## De nære ting

*Ditt sinn monne flyve så vide omkring  
det er som du glemmer de nære ting  
det er som du aldri en time har fred  
du lengster beständig etter annet sted.*

*Du synes dine dager er usle og grå  
hva er det du søker, hva venter du på?  
Når aldri du unner deg rast eller ro  
kan ingenting vokse og intet gro.*

*Gå inn i din stue om liten den er  
så rommer den noe ditt hjerte har kjær  
på ropet i skogen skal ingen få svar  
finn veien tilbake til det du har.*

*Den lykke du søker bak blånnende fjell  
kan hende du alltid har eiet den selv  
du skal ikke jage i hvileløs ring  
men lær deg å elske de nære ting.*

Arne Paasche Aasen

## Litteratur

1. Watts AW. Zen-veien. Oslo: Gyldendals Fakkelsbøker, 1973.
2. Fugelli P. Helsevesenets muligheter for livsstilsplåvirkning. I: Hindal S, Haug K, Aarø LE, Eriksson CG, red. Rapport fra den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen, Gøteborg: The Nordic School of Public Health, 1990: 73-83.
3. Lukas' evangelium. 10. kapitel, vers 27. I: Bibelen. Oslo: Det Norske Bibelselskaps Forlag, 1964: 79.
4. Juul Jensen U. Den historiske baggrunn for situations-orienteret praksis. I: Sygdomsbegreber i praksis. 2. utgave. København: Munksgaard, 1986: 259-76.
5. Ottawa Charteret om Helsefremmende Arbeid. Helsedirektoratet, 1987.
6. Aarø LE. Skolens rolle i det helsefremmende arbeidet. I: Hindal S, Haug K, Aarø LE, Eriksson CG, red. Rapport fra den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen, Gøteborg: The Nordic School of Public Health, 1990: 85-94.



# NSAMs Logokonkurransen

NSAM lover hermed ut en pris til den eller de som kan lage en egen logo til NSAM. Logoen kan gjerne inneholde en løvetann, men alle står fritt til selv å fantasere om dette.

Det er satt opp en pris på kr 3000,- til det forslaget som juryen, i samarbeid med NSAMs styre finner verdig å benytte som NSAMs offisielle emblem. Juryen består av Elisabeth Swensen og Olav Thorsen fra NSAMs styre, foruten Trygve Barstad som kunstnerisk konsulent.

Prisen vil bli overrakt på NSAMs årsmøte under Primaærmedisinsk uke i oktober.

Forslaget sendes: Norsk selskap for allmennmedisin  
Fr. Stangs gt. 11/13  
0264 Oslo 2

Frist for innlevering: 1. september 1992

**Invitasjon til**

# **Emnekurs i geriatri**

**Kristiansund 7 - 9. september 1992**

**Kurskomite:**

Stipendiat Anette Hylen Ranhoff, poliklinikk for eldre, Kristiansund.  
 Kommunelege Halvor Naustdal, Frei legesenter.  
 Kommunelege Marit Krohg, Frei legesenter

- Sted: Rica hotell, Kristiansund, tlf. 07 37 64 11
- Kurstimer: 20
- Kursavgift: kr 900,-

Påmelding innen 25. august 1992 til

Marit Krohg  
 Frei legesenter, 6520 Rensvik  
 Telefon 07 32 58 11  
 Fax 07 32 53 75

Program blir annonsert i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Velkommen !



## **Løvetannprisen 1992**

### **Anmeld en kollega**

Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Soria Moria 7. oktober dele ut Løvetannprisen for 7. gang. Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene.  
 Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.

Fristen for gode forslag på kandidater er 1. september.

Forslaget sendes til

**NSAM, Institutt for allmennmedisin,  
 Fr. Stangs gt. 11/13, 0264 Oslo 2.**

**Bidrag til  
Utpostens  
essay-  
konkurranse  
1991**



*Michael F. de Vibe er utdannet i Cardiff i 76. Han har vært allmennpraktiker i Skien i 8 år, men tok permisjon fra jan. 89 og arbeidet med familieterapi på familievernkontoret i Alta - kjempespenende. Medlem av NSAMs referansegruppe i diabetes fra 85, og medforsatter av handlingsprogrammet for diabetes. Er nå prosjektleder for planlagt evaluering av handlingsprogrammet.*

# En reise i mitt sinn

**Våren 91 tok jeg permisjon fra arbeidet og dro på et 3 måneders meditasjonskurs i England. Min motivasjon var ønsket om større innsikt i meg selv og mitt forhold til mine medmennesker. Essayet beskriver meditasjonsmetoden og prosessen, samt de erfaringer jeg gjorde under oppholdet.**

Av Michael F. De Vibe

Jeg forlot våren 91 min familie, min jobb og mine venner til fordel for 3 måneder i stillhet på et ukjent sted. Motivasjonen for dette avbrekket i mitt yrkesliv hadde utviklet seg over flere år. Erfaringer fra allmennpraksis og spesielt fra videreutdanning og veilederoppgaver, hadde vist meg betydningen av lege-pasient forholdet. Etterhvert var jeg kommet til at det jeg gjorde som allmennpraktiker var en refleksjon av den jeg var, og at økt selvinnsikt kunne være en farbar vei til videreutvikling av lege-pasient forholdet.

En annen viktig inspirasjon har vært de siste 2 års arbeid som rådgiver ved Alta Familievernkontor, ledsaget av en 2 års videreutdanning i systemisk familiterapi. Sentrale element i den Nord-Norske terapitradisjonen har vært respekt og likeverdighet mellom terapeut og klient, noe man tilstrebet blant annet gjennom alltid å stille spørsmål ut fra en "vet ikke" posisjon. Dermed ble klienten ekspert på sin livssituasjon og terapeutens oppgave å være med og utforske klientens opplevelse og forståelse av sin virkelighet. I dette arbeidet benyttet vi oss vel så myc av vår intuisjon som vårt intellekt, og etterhvert oppdaget jeg at den intuitive delen av meg var både rik, spennende og nyttig. Ved å ta i bruk denne delen av meg selv, ut fra hva som "rørt" meg i møtet med mennesker i vanskelige livssituasjoner, tillot jeg også dem som kom å være mer seg selv, og åpnet derigjennom for forandring.

En annen viktig faktor for å prøve dette var den lengselen jeg i mange år har hatt etter å forstå mer av livets grunnleggende eksistensielle spørsmål: Hvem er jeg og hva gjør jeg her? Etter å ha rundet 40, har tanken på å stoppe opp og tenke seg om blitt stadig mer aktuell.

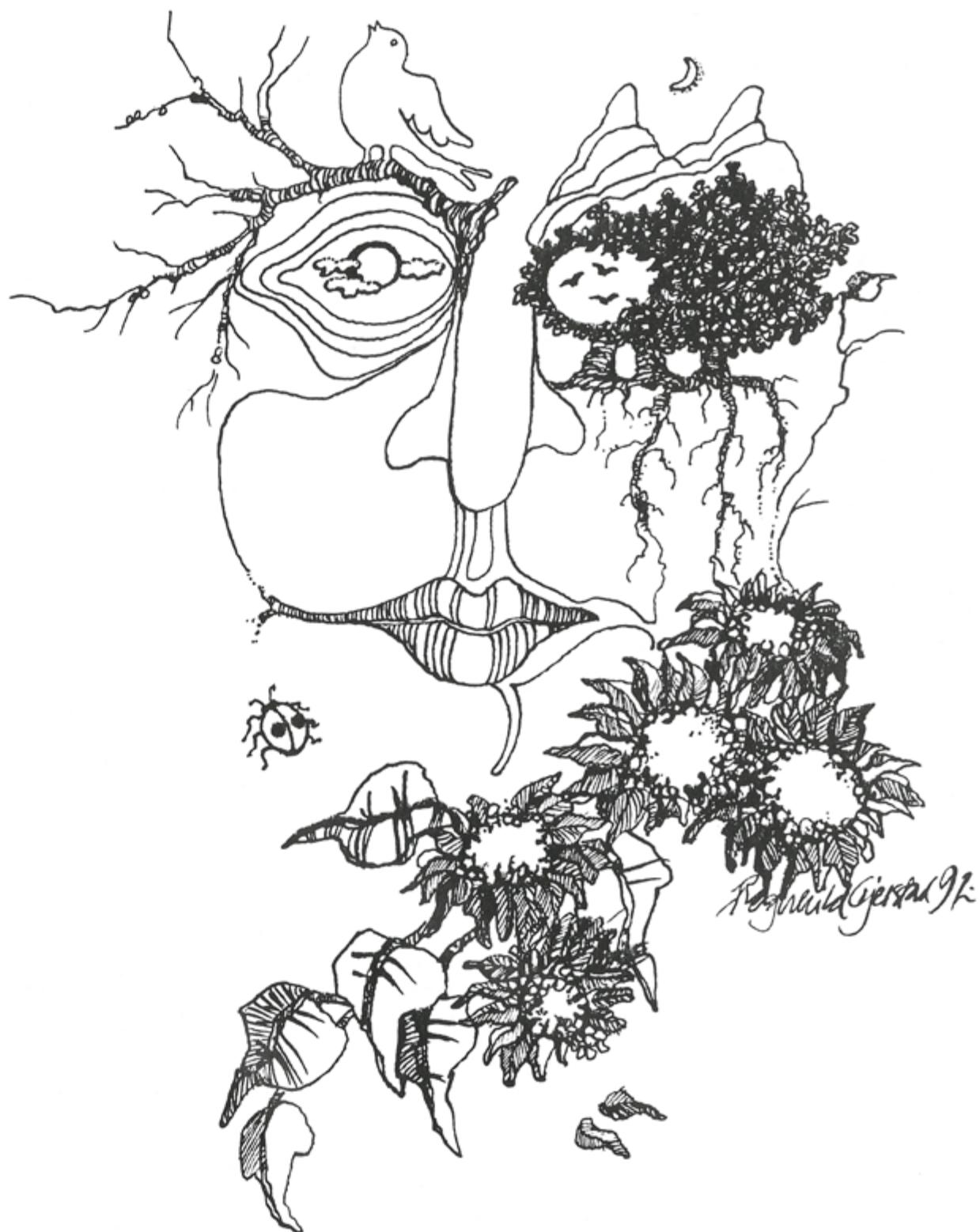
Jeg hadde allerede i noen år drevet litt med meditasjon, og følte at dette kunne være en metode til videre selvinnsikt. Fra noen venner og kolleger i England ble jeg anbefalt Gaia House, et meditasjonssenter i Devon, som arrangerte kortere og lengre kurs, samt tok imot enkeltpersoner til lengre opphold. Prisen var overkomelig, 100 kr døgn, så da anledningen bød seg i forbindelse med flytting og skifte av arbeid, tok jeg sjansen.

## Rammen for oppholdet

Senteret holdt til i et stort, trekkfullt hus i landlige omgivelser med plass til 35 personer. Den daglige driften ble besørget av fire husvæter som bodde og arbeidet der i seks måneder av gangen. Det var enkel og god vegetarkost tre ganger daglig. Under oppholdet ble vi oppfordret til å følge fem leveregler som skulle bidra til en gunstig atmosfære for meditasjon. Disse var: Observere stillhet til alle tider, også under måltidene. Unngå å drepe noe levende vesen. Ikke ta noe som ikke klart var tilbudd en. Unngå seksuell aktivitet. Unngå stoffer som endret bevisstheten.

Oppholdet startet med et introduksjonskurs i meditasjon, og sluttet med et intensivt månedskurs med 22 deltakere





fra 11 land. I de periodene det ikke var noe kursopplegg ved senteret, fulgte jeg mitt eget dagsprogram etter råd fra meditasjonslærerne som var tilknyttet senteret. Jeg møtte en av disse til veiledning 3 ganger ukentlig. Mitt daglige program var stort sett som følger:

- 05 30 Yoga
- 06 30 Meditasjon
- 07 30 Frokost
- 08 30 Arbeid
- 09 45 Meditasjon
- 12 30 Lunsj
- 14 30 Meditasjon
- 18 00 Aftens
- 19 00 Foredrag
- 20 00 Meditasjon
- 23-24 Dagen avsluttes

Arbeidsperioden kunne bestå av alt fra hagearbeid til husarbeid. Meditasjonene var oppdelt i perioder på 45-60 minutter med sittende meditasjon og 30-45 minutter med gående meditasjon. Foredra- gene ble gitt av meditasjonslærerne til- knyttet senteret. I perioder uten kurs kunne vi istedet høre opptak av foredrag i lydbiblioteket, som inneholdt ca. 1000 foredrag gitt av forskjellige meditasjons- lærere. I tillegg var der et lite bibliotek med relevant litteratur. Dette var stengt under kursene, da vi ble anbefalt å avstå fra lesing og skriving. Dette og den enkle rammen omkring oppholdet, hadde til hensikt å redusere stimuleringen av sansene og intellektet, og derved gjøre det lettere å være fullt og helt tilstede med hele seg, her og nå. Dermed håpet vi å åpne for den intuitive delen av oss, eller sagt på en annen måte: å åpne for hjertets visdom i tillegg til hodets visdom.

#### *Meditasjonsmetoden:*

Metoden det ble undervist i kalles "innsikt meditasjon" og ble utviklet innen buddhismen for 2500 år siden. For å oppnå innsikt i seg selv og ens forhold til livet, søker en å utvikle "her og nå"- oppmerksomhet, for på den måten å kunne være fullt og helt tilstede med det som skjer. Primærobjektet for utvikling av oppmerksomheten er pusten. Den knytter oss direkte til livet her og nå. Stopper pusten, stopper livet. Pusten er alltid i forandring, fra inspirasjon til ekspirasjon, og virker inn på kropp og sinn og vice versa. Puster jeg dypt og rolig, roer kropp og sinn seg, og er jeg sint og opphisset, virker dette inn på pusten.

Den første fasen i meditasjonen besto i å sitte i den kroppsstillingen som var mest bekvem, enten på en stol eller på gulvet, med oppmerksomheten rettet mot pusten. Vi registrerte til å begynne med om åndedrettet var jevnt eller ujevnt, kort eller langt, raskt eller langsomt. Når oppmerksomheten gled bort og vi ble klar over det, skulle vi bringe den tilbake til pusten på en var- som måte. Under hele prosessen skulle vi ha en akseptrende ikke-dømmende holdning til oss selv slik vi var, og vi skulle ikke søke å forandre på pusten på noen måte.

Etterhvert ble det lettere å være tilstede med pusten som et anker for oppmerksomheten, og vi skulle da i tillegg registrere kroppsformemmelser som smerte, trykk eller uro. Vi skulle se på hvordan det vi registrerte i kroppen hele tiden var i forandring. Når oppmerksomheten gled bort, skulle vi igjen bringe den tilbake til pusten.

Det neste vi rettet oppmerksomheten mot var lydene som omga oss, enten det var hostingen til sidemannen eller fuglesangen utenfor. Vi skulle prøve å begrense oppmerksomheten til bare det å høre, uten å fortolke eller bearbeide hørselsinntrykkene intellektuelt. Ved å være akseptrende overfor lydene, uten å skyve dem bort eller gripe fatt i dem, ble det større plass til dem og lettere å være tilstede med dem. Ble vi borte i dagdrømmer eller tankespinn, skulle vi varsomt fokusere oss ved hjelp av pu- sten og så gå tilbake til lydene.

Etter lydene var det følelsene vi skulle merke oss: spesielt hva de kalte "feeling tone". Det vil si om de følelsene som oppsto i forbindelse med pusten, kroppsformemmelser eller lyder var behagelige, ubehagelige eller nøytrale, og hvordan vi lett grep tak i det som gir behagelige følelser og skjøv bort det som var ubehagelig. Ved å akseptere de følelsene som kom, ble det lettere å se at de hele tiden forandret seg og lettere å unngå å fortape seg i dem.

Dernest var det tankene og tankemøn- strene vi skulle være oss bevisst. Intel- lektet var utrolig aktivt og laget ustansel- lig historier omkring den informasjonen vi mottok, enten den kom utenfra eller innenfra. De vanligste tankemønstrene som dominerte i meditasjonen var dag-

drøm eller gjentatt fokusering på en tankerekke, ofte med negativt innhold, og de samme mønstrene gikk ofte igjen i dagliglivet. Vi skulle spesielt legge merke til hvor mye av tiden vi var opp- tatt av fortid eller fremtid.

Etter tankene var det intensjonene vi skulle fokusere på. Hva det var som be- veget oss til å ta de valg vi gjorde i lø- pet av dagen, enten det gjaldt mengden av mat vi spiste eller den søyven vi mente vi trengte. Vi ble oppfordret til å utfordre alle vaner eller faste oppfatninger vi hadde om egen person, og den måten vi oppfattet virkeligheten på, for å bli klar over hva det var som styrte oss i våre valg.

Etter denne trinnvise utviklingen av meditasjonen, beveget vi oss over i det som ble kalt valgfri oppmerksomhet. Det vil si at fokus for vår oppmerksam- het skulle til enhver tid være det som oppsto i bevisstheten, enten det var pusten, kroppsformemmelser, lyder, fø- lelser eller tanker. Ingen ting var viktigere enn noe annet, og det å være fullt bevisst tilstede med det som var, på en ikke-dømmende måte, ville tillate den nødvendige innsikt å utvikle seg.

I den gående meditasjonen var objektet for vår oppmerksomhet bevegelsen av foten fra den forlot bakken, gjennom hele steget til den igjen fikk kontakt med bakken. Vi skulle ikke tenke på foten og bevegelsen, men være i den. For å gjøre dette lettere, ble vi anbefalt å senke tempoet betydelig, og innen visse meditasjonsformer kan ett skritt ta mange minutter. Prosessen var ellers den samme som i sittende meditasjon, med unntak av synsinngang og reaksjone- nene på disse, som var et område for oppmerksomhet under gående medita- sjon. Det ble vektlagt at skillet mellom periodene i og utenfor meditasjonene skulle utviskes, slik at vi skulle ha den samme nærværenhet og åpenhet overfor alle dagens gjøremål, enten vi spiste, ar- beidet eller var opptatt med andre gjøremål.

#### **Mine erfaringer**

Den enkle livsformen og stillheten fant jeg meg fort til rette i. Stillheten tillot meg å se hvor utrolig aktivt mitt sinn var. Jeg hadde på forhånd hatt et bilde av at jeg bevisst kunne bestemme og kontrollere aktiviteten i mitt sinn, men

innså raskt at det ikke var tilfelle. Etter noen sekunders fokusering på pusten kunne jeg fortape meg i dagdrømmer og spekuleringer som kunne fylle det meste av meditasjonen. Som et hjelpemiddel til å være nærværende tellet jeg åndedrettene fra en til ti, og startet på nytt hver gang jeg kom ut av tellingen. Enkelte timer kom jeg ikke lenger enn til to. I denne første perioden opplevde jeg mye rastløshet og trethet i meditasjonene, og jeg falt flere ganger i søvn. Etterhvert ga dette seg, men etter perioder med innsikt og klarhet i meditasjonene, kom ofte rastløsheten og trettheten tilbake. Dette var ifølge lærerne helt vanlig og ble tolket som egoets ønske om kontroll over situasjonen.

Jeg fikk raskt plager med smerter i knær, hofter og rygg, noe jeg slet med gjennom mange uker. De ble på mange måter mine viktigste læremestere. Jeg oppdaget gjennom smertene at jeg hadde kommet med den oppfatning at jeg burde kunne sitte rolig i meditasjonsstillingen uten problemer. Når jeg derfor fikk ubehag, tok jeg ikke hensyn til disse signalene. Jeg ville være den som skulle bestemme hvordan mine meditasjoner skulle være. Min kulturbakgrunn og oppdragelse hadde også innspillet i meg ideen om at uten slit og smerte blir det ikke noe utbytte, og jo mer jeg ble plaget, jo mer skulle jeg stå på for å få den fortjente belønningen. Denne strevingen og mitt ønske om kontroll måtte jeg etterhvert gi opp, og jeg måtte lære å lytte til meg selv for å justere sittestilling og meditasjonstider etter behov.

Jeg oppdaget snart hvor mye av tiden jeg var opptatt av fortid eller fremtid, og hvordan dette gjorde det vanskeligere å være tilstede med det som skjedde i nuset. Fokuseringen på fremtiden opplevde jeg også som uttrykk for ønsket om kontroll over hva som skulle skje.

Gradvis opplevde jeg større ro i meditasjonene, og jeg kunne være mer tilstede med det som oppsto i bevisstheten. Flere fortengte opplevelser fra fortiden dukket da frem, både fortengt sorg og aggressjon. Jeg følte at det var mer plass til disse opplevelsene og den ledsagende gråt og sinne, og at prosessen ga meg ny innsikt i disse forholdene.

Meditasjonene høynet min følsomhet både overfor indre hendelser og ytre

stimuli. Jeg ble mer var for lyder og synsintrykk, og hadde en mer intens opplevelse av naturen enn tidligere. Oppmerksomheten omkring hvordan alle fenomener i og utenfor meg var i evig forandring, ga meg en ny og sterk opplevelse av hvordan alle ting avheng av hverandre; slik for eksempel maten jeg spiste avheng av de som laget den, de som dyrket den, jorden den vokste i og solen og regnet som gav næring. Denne gjensidigheten i alt fylte meg med glede og kjærlighet og en sterk opplevelse av enheten i tilværelsen.

Veilederne gjorde meg oppmerksom på at det var lett å gjøre denne sinnstilstanden til et mål, som egoet så tar æren for. For å komme videre var det nødvendig å rette søkelyset på subjektet, egoet, det vil si den som føler, tenker og mener, for å se gjennom egostrukturen. Prosesen videre dreide seg mye om dette. Det var virkelig overraskende å merke hvor mye av mitt sinns aktivitet som var egosentrert. Hvordan alle mine dagdrømmer hadde meg i sentrum.

Vi ble oppmuntrert til å se på faktorer som vi lett tar for gitt om oss selv og vårt forhold til verden. Den første var troen på at tilfredsstillelse av sansenes behov vil gi varig trygghet og tilfredshet. Bare jeg får den spesielle maten, eller de spesielle klærne, så blir jeg tilfreds. Den andre var de meninger og ideer som styrer oss, samt de ritualene i livet som vi mener må følges for å ha det bra. Den siste var troen på at vi har et uavhengig og selvstendig selv eller ego, adskilt fra resten av verden. Så lenge jeg har den troen, vil jeg være opptatt av hva jeg kan få ut av verden og hva verden kan gi meg, og jeg vil streve etter å kontrollere min verden.

Gjennom meditasjonene fokuserte jeg på hvordan de forhold som jeg tok for gitt om meg selv var i stadig forandring. Det jeg mente og følte var ikke det samme som for et år siden. Min kropp var også i stadig forandring. Intellektuelt var ikke dette vanskelig å skjonne, men det var ikke en intellektuell forståelse meditasjonen tok sikte på. Intellektet fungerer alltid dualistisk. Når jeg tenker, er det alltid jeg som tenker, og det jeg tenker på. Intellektet deler opp tilværelsen i jeg og andre. Meditasjonen åpner for en ikkeintellektuell, intuitiv forståelse, og jeg erfarte i korte øye-

blikk at det ikke lenger var jeg og forandringsene jeg var utsatt for, men at jeg var forandringsprosessen, og ikke noe annet adskilt fra denne. Dette hadde en sterk effekt på meg, og ga meg opplevelsen av å være en uadskillelig del av helheten. Jeg følte at det ikke lenger var noe separat ego som behøvde å kontrollere det hele, men at jeg ved å lese denne erkjennelsen, hadde mulighet for å leve i pakt med tingenes egentlige natur.

## Veien videre

Hvorledes disse erfaringer vil slå ut når jeg nå starter opp igjen i allmennpraksis vet jeg ikke. Men jeg håper at jeg vil kunne være mer åpen og akseptende og litt mindre dogmatisk både i mitt forhold til mine pasienter og til meg selv. Åpnere for at være sannheter, selv de med stor S, er relative, og at det som ikke kan sies, men bare erkjennes, er en viktig og berikende del av livet og av lege-pasient forholdet. En åpnere holdning overfor andre måter å oppleve og beskrive virkeligheten på tror jeg vil bedre min evne til å forstå hvor pasientene befinner seg, og hva deres plager består i. Erkjennelsen av alle tings fundamantale enhet håper jeg vil hjelpe meg til å møte pasientene med større respekt og kjærlighet. Dersom noe av dette kan leveres og ikke bare skrives, vil jeg være svært fornøyd med den reisen jeg har foretatt.

## Bibliografi:

1. Hanh TN. *The miracle of mindfulness*. Wisdom books, London, 1987.
2. Hanh TN. *A guide to walking meditation*. Wisdom books, London, 1985.
3. Goldstein J. *The experience of insight*. Shambhala, 1976.
4. Keightley A. *Into every life a little zen must fall*. Wisdom books, London, 1986.
5. Levine S. *A gradual awakening*. Rider, 1987.
6. Suzuki S. *Zen mind, beginners mind*. Wisdom books, London, 1986.
7. Welwood J. *Awakening the heart. East/west approaches to psychotherapy and the healing relationship*. Shambhala, 1983.



# Blodtrykk og allmennpraksis



*Harald Reiso f. 18.10.55. Cand. med. Bergen 1981. Kommunelege i Vågå siden 1985.*

Hva kan vi gjøre for å hindre devalueringen av allmennmedisin? Per Fugelli stiller spørsmålet i foredraget "Allmennmedisin i 1990-årene" (1).

**Han gir to svar:**

- Vi må bestemme hva vi kan
- Vi må lære oss å si nei

Dette er om hva vi kan si nei til.

**Av Harald Reiso**

## Høyt blodtrykk og helsegevinstvurderinger.

Ved beregninger over antatt tap av leveår hos individer med hypertensjon, forutsettes det at helsegevinsten ved å redusere deres blodtrykk, er tilnærmet lik det forventede leveårstapet hypertonien kan gi dem (2). Hypertensjon gir slik et teoretisk tap av 1 030 000 leveår hos nordmenn eldre enn 20 år (2,3).

Beregningene er videreført i NSAMs handlingsprogram ved høyt blodtrykk (4). Ut fra medisinske og økonomiske avveininger av intervensionsgrenser, trenger 113 000 hypertonikere medikamentell blodtrykksbehandling i Norge (2).

Antas en 50 % reduksjon i hjerneslagdødsfall hos medikamentelt behandlede hypertonikere, estimeres en behandlingsgevinst i unngåtte hjerneslagdødsfall i Norge i aldersgruppen 40-79 år til 520 pr. år ved behandlingsgrense 90 mmHg diastolisk blodtrykk, og til 317 pr. år ved behandlingsgrense 100 mmHg diastolisk blodtrykk (4).

Det er usikkert om medikamentell hypertensjonsbehandling kan redusere dødeligheten av ischemisk hjertesykdom.

## Resultat av studier.

Blodtrykksundersøkelser viser svært varierende helsegevinster, målt ved dødelige og ikke-dødelige hendelser.

Resultat fra noen hypertensjonsundersøkelser blir nærmere presentert i denne gjennomgangen, se tabell 1. Noen studier som ikke er med her og av hvilke årsaker, vises i tabell 2. Enkelte karakteristika for studiene i tabell 1 er presentert i tabell 3. Antall dødelige hendelser for studiene i tabell 1, vises i tabell 4. Oversikt over ikke-dødelige hendelser for studiene i tabell 1 er ikke tatt med her.

## Diskusjon.

På grunn av etiske hensyn ble VA I studien avbrutt etter 1,5 år. Undersøkelsen dannet "skole" for senere studier, hvor de spesielt høye blodtrykk ble utelukket og det ikke ble gjort sammenligninger mot placebo.

MRC-studien viste en gevinst på ni hjerneslagdødsfall over 5,5 år i en behandlingsgruppe på 8 700 personer med essensiell, ukomplisert hypertensjon, dvs. 1,6 dødsfall pr. år. Legger vi de tallene til grunn og beregner for norske forhold med en antatt behandlingstrengende gruppe på 113 000 hypertonikere, tilsvarer det 21 "sparte" hjerneslagdødsfall pr. år. (Noen av disse 113 000 hypertonikerne kan ha komplikasjoner til sin hypertensjon. Noen kan ha trykk over 109 mmHg diastolisk og noen er yngre, noen eldre enn MRC populasjonen. Gevisten ved behandling kan derfor være noe høyere enn ovenfor nevnt).

**Tabell 1.**

Noen hypertensjonsstudier som sammenligner medikamentelle behandlingsgrupper mot placebo eller kontrollgrupper

VA I	Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents I (5)
VA II	--- * --- II (6)
OSLO	Oslo studien (Blodtrykksdelen) (7,8)
ANBP	Australian National Blood Pressure studien (7)
EWPHE	European Working Party on Hypertension in the Elderly (7)
MRC	Medical Research Council Trial (7)

**Tabell 2.**

Noen hypertensjonsstudier som er uteatt i denne gjennomgangen og hvorfor

*USPHS US Public Health Service Study (7)*  
Bortfall 46 % i behandlet gruppe, 61 % i placebo

*HDFP Hypertension Detection and Follow-up Programme (7)*  
Ikke placebogruppe  
Stepped Care (SC) versus Referred Care (RC)

*MRFIT Multiple Risk Factor Intervention Trial (7)*  
Ikke placebogruppe  
Special Intervention (SI) versus Usual Care (UC)

*IPPSH International Prospective Primary Preventive Study in Hypertension (7)*  
15 % i placebogrupper etterhvert  
Betablokker (BB) versus ikke betablokker (NBB)

*HAPPY Heart Attack Primary Prevention i Hypertension (7)*  
Ikke placebogruppe  
Diuretika versus betablokker

*GPPT Gothenburg Primary Preventive Trial (7,9)*  
Multifaktoriell intervasjon. 2 kontrollgrupper.

**Tabell 3** Enkelte karakteristika for hypertensjonsstudiene i tabell 1

	VA I	VA II	OSLO	ANBP	EWPHE	MRC
År publisert	1967	1970	1972	1980	1985	1985
Antall invitert	*	*	27 700	-	-	695 000
Antall screenet	*	*	18 000	115 000		515 000
Ukomplisert essensiell hypertensjon?	nei	nei	ja	ja	ja	ja
Diastolisk inklusjons- trykk	115-129	90-114	95-110	95-109	90-119	90-109
Kjønn	Menn	Menn	Menn	Menn og kvinner	Menn og kvinner	Menn og kvinner
Gjenn. alder ved inklusjon	51 år	51 år	45 år	50,5 år	(≥ 60 år)	51 år
Oppfølgingstid	1,5 år	3,3 år	5,5 år	4 år	4,6 år	5,5 år
Antall pasienter i placebo/kon- trollgruppe (K)	70	194	379	1706	424	8654
Antall pasienter i aktiv gruppe	73	186	406	1721	416	8700
	VA I	VA II	OSLO	ANBP	EWPHE	MRC

\* Selektert fra sykenus. Dels komplisert hypertensjon. Bare respondere på blodtrykksmedikamentene ble inkludert

NSAMs helsegevinstberegninger virker urealistiske. Men hvordan kan et så usikkert helsegevinstgrunnlag gi så liberale behandlingsindikasjoner med så potensielt farlige medikamenter som det vi har praktisert til nå?

Dødeligheten av apoplexi i Norge har avtatt i perioden 1951-83 (10). Nedgangen startet før medikamentell blodtrykksbehandling ble innført, jfr. figur 1 (11).

Nedgangen har trolig sammenheng med et redusert saltintak i befolkningen (10).

Mål på *livskvalitet* må også med i gevinstavveininger ved blodtrykksbehandling. Mennesker kan sykeliggjøres ved at de får merkelappen hypertensjon (12-15). Legemiddelindustrien bruker livskvalitet i markedsføringen av sine preparater. Livskvalitetsannonserne som er mest inn nå viser bestefar og barnebarn på sykkel-, fiske-, eller tandem seilbrett-tur. Andre bringer budskap om at hypertonikere blir bedre til å stå på skateboard av å stå på en beta-blokker.

Den beste livskvalitetsforbedring for de fleste hypertonikere er å fjerne sykliggetsstemelet hypertoni har gitt dem, og eventuelt å seponere blodtrykksmedisinene deres.



Tabell 4 Antall dødelige hendelser for hypertensjonsstudiene i tabell 1.

P = Placebogruppe, K = Kontrollgruppe, A = Aktivt behandlet gruppe,  
 G = "Gevinst"

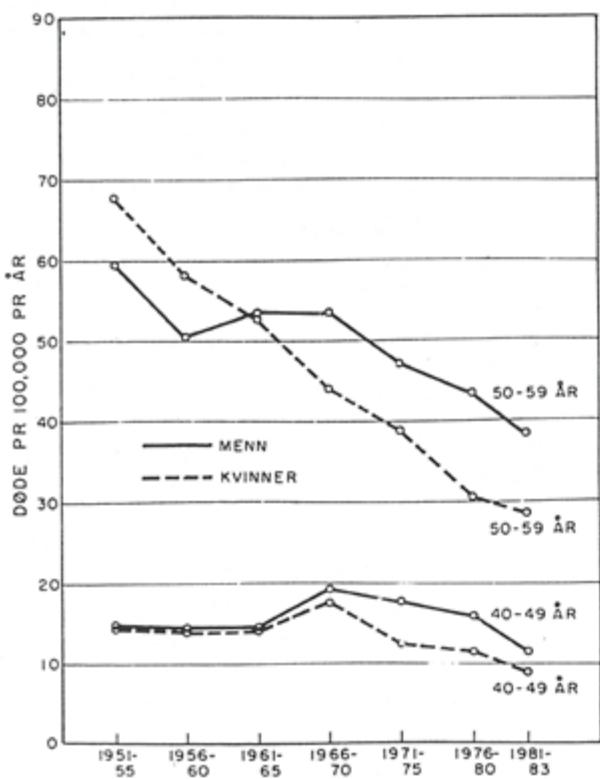
	VA I			VA II			OSLO			ANBP <sup>1</sup>			EWPHE <sup>1</sup>			MRC <sup>1</sup>			
	P	A	G	P	A	G	K	A	G	P	A	G	P	A	G	P	A	G	
Koronar																			
hjertesykdom/	1	0	1	11	6	5	2	6	-4	11	5	6	47	29	18	97	106	-9	
mors subita																			
Hjerneslag	0	0	0	7	1	6	2	0	2	6	3	3	31	21	10	27	18	9	
Annen kardød	3 <sup>2</sup>	0	3	1	1	0	2	1	1	1	0	1	15	17	-2	15	10	5	
Ikke kardød	0	0	0	2	2	0	3	3	0	17	17	0	56	68	-12	114	114	0	
Totalt	4	0	4	21	10	11	9	10	-1	35	25	10	149	135	14	253	248	5	
Antall behandlede																			
pasienter pr.																			
unngått tilfelle		27			56						688			138			9570		
pr. År																			

1) Intention to treat analyse

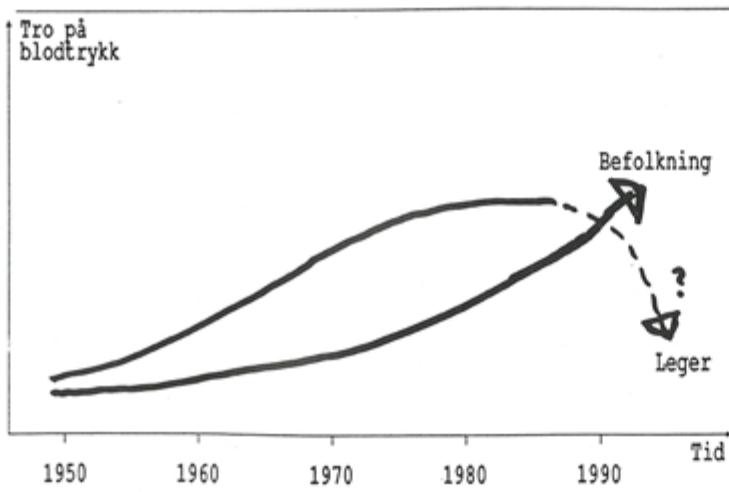
2) 2 dissekerende, 1 rupturert aortaaneurysme

Figur 1 Dødelighet av karlesjoner i sentralnervesystemet.

Norge



Figur 2 Tro på blodtrykkets betydning for helse blant befolkning og leger over tid



I lederen "Helsetjenestens effektivitet - et moralisk anliggende" (16), skriver Arild Bjørndal bl.a: "Den pågående omprøving av blodtrykksbehandling som massefenomen vil bli en smertefull prosess". Det vil den ikke bli for majoriteten av medikamentelt behandlede hypertonikere. De vil tvertimot bli lettet, slik mange kolleger erfarer det ved seponeringer. For deler av legestanden og industrien blir omstillingen en bitter pille å svelge.

Det blir et paradoks, at årtiers legetro på blodtrykk og blodtrykksbehandlingens sin betydning for folkehelsen nå er for nedadgående, idet den samme tro har fått bredt gjennomslag i befolkningen. Eksempler:

- "Jeg føler meg ikke bra doktor; kan det være noe med blodtrykket?"
- "Kan du ikke måle blodtrykket, den jeg er her likevel?"

Diskrepansen lege/publikum i forhold til troen på blodtrykk, kan illustreres som i figur 2 (omformet fra (17)).

## Konsekvens.

Hvilke pasienter skal vi eventuelt behandle medikamentelt mot hypertensjon, og i hvilke situasjoner skal vi måle blodtrykk? Her er et forslag:

### I Behandle:

- Sekundær hypertensjon (5 % av hypertonikerpopulasjonen (4))
- Spesielt høye blodtrykk
- Symptomgivende hypertoni
- Hypertoni og familieanamnese på slag/hjerte-sykdom
- Komplisert hypertoni/tilstander som forverres av hypertoni:
  - gjennomgått slag/TIA
  - hjertesykdommer
  - nyresykdommer
  - diabetes

### II Måle:

- Akutt/intensiv medisin
- Kontroller/utredninger av pasienter med:
  - slag/TIA
  - hjertesykdommer
  - familieanamnese på slag/hjerte-sykdom
  - annen karsykdom
  - nyresykdommer
  - diabetes
  - "svimmelhet"

- graviditet
- P-piller
- noen helseattester

Vi kan satse mest på å behandle pasienter med komplikasjoner til sin hypertensjon. Dvs. "sitte på gjerdet" til hypertonikere får sitt slag, sin hjertesykdom osv, og starte behandlingen da. Slik forsvinner mye av medikamentell blodtrykksbehandling som forebyggende helsetiltak.

## Ressurs/tidsbruk.

I Rutles praksisundersøkelse fra 1978, utgjorde hypertensjon 7,6 % av diagnosene som ble registrert (18). Regner vi at hver person her til lands i gjennomsnitt søker lege 2,3 ganger pr. år (19), foretas det om lag ni millioner konsultasjoner i allmennpraksis pr. år. (Det er et lavt anslag. 12 millioner pr. år (20), og 20 millioner pr. år (!) er angitt (21)). Regner vi at 7,6 % av 9 millioner konsultasjoner er pga. hypertensjon, blir det 675 000 hypertensjonskonsultasjoner hos allmennpraktiserende leger i Norge pr. år. Jeg antar at vi kan "kvitte" oss med minst 3/4 av dagens hypertensjonspasienter ved å endre indikasjonene for medikamentell behandling. 3/4 av 675 000 er 505 000. Om vi regner at en "rendyrket hypertensjonsallmennpraktiker" bruker 15 minutter pr. blodtrykkspasient, kan ta 20 slike pasienter pr. kurativ arbeidsdag, har fire kurative arbeidsdager pr. arbeidsuke i 44 arbeidsuker pr. år, blir det 3 520 blodtrykkskonsultasjoner pr. lege pr. år. 505 000 hypertensjonskonsultasjoner vil kreve 144 slike legeårsverk.

## Farvel.

En omlegging av indikasjonene for blodtrykksbehandling, vil lette frustrasjonstrykket hos mange allmennpraktikere som etterhvert er blitt temmelig nihilistiske overfor en arbeidsinnsats som kanskje har skapt mer uhelse enn helse.

Noen hevder at de nyeste blodtrykksmedikamentene vil gi større helsegevinster. Det gjenstår å se.

I stor grad sier jeg:

- farvel til blodtrykket
- farvel til våpnene - som er blodtrykksmedisinene
- og farvel til blodtrykksritualene i allmennpraksis.

## Litteratur:

1. Fugelli P. Allmennmedisin i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 110: 2268-72.
2. Waaler HT, Helgeland A, Hjort PF, Lund-Johansen P, Lund-Larsen P, Mathisen R, Storm-Mathisen H. Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. NAVF. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 5/78. Oslo: 1978.
3. Eilertsen E, Hummerfelt S. The blood pressure in a representative population sample. Acta Med Scand 1968; 183: 293-305.
4. Holmen J, Forsdahl H, Kvamme JI, Stokke HP, Baksaas J, Helgeland A et al. Høyt blodtrykk. NSAM's handlingsprogram for allmennpraksis. Gruppe for Helsetjenesteffektivisering i kommunehelsetjenesten. Rapport 11/86. Oslo: MEDLEX, Norsk Helseinformasjon, 1986.
5. Veterans administration cooperative study group on antihypertensive agents: effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mmHg. JAMA 1967; 202: 1028-1034.
6. Veterans administration cooperative study group on antihypertensive agents: Effects of treatment on morbidity in hypertension. II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. JAMA 1970; 213: 1143-52.
7. Berglund G. De stora hypertensionsstudien. Design, resultat och kliniska implikationer. Goterna, Kungälv: Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB, 1987.
8. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: A five year controlled drug trial. The Oslo study. Am J Med 1980; 69: 725-32.
9. Wilhelmsen L, Berglund G, Elmfeldt D, Tibblin G, Wedel H, Pennert K et al. The multifactor primary prevention trial in Göteborg, Sweden. Eur Heart J 1986; 7: 279-88.
10. Westlund K. Apoplexienes epidemiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1974; 94: 2300-05.
11. Håndbok for hjerte-karundersøkelsen. Oslo: Statens Skjermobilfotografering, 1985.
12. Lunde IM, Hafting M, Malterud K. Kan forebyggelse blive helbredskadelig? Nordisk Medicin 1990; 105: 275-6.
13. Bloom JR, Monterosa S. Hypertension labeling and sense of wellbeing. Am J. Public Health 1981; 71: 1228-32.
14. Stoate HG. Can health screening damage your health? JR Coll Gen Pract 1989; 39: 193-5.
15. Læchen ML. Blodtrykksbehandling - farligere enn sitt rykte? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 78-80.
16. Bjørndal A. Helsetjenestens effektivitet - et moralisk anliggende. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 300.
17. Siem H. Masseundersøkelser og helsekontroller. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, rapport 2/79. Oslo: Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, 1979.
18. Rutle O. Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesta. Gruppe for helsetjenesteforskning, rapport 1/83. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse, 1983.
19. Grimsmo A. Sosiale forskjeller i helse. Hva kan allmennmedisineren gjøre med det? Utposten 1985; 14: 200-4.
20. Fugelli P. Medisinsk politikk. Grafitti. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 986-91.
21. Bruusgaard D, Andersen F, Grimsmo A, Forsdahl A, Haug K, Lærum E et al. Allmennmedisinsk forskning i Norge. En strategi for utviklingen i 90-årene. Oslo: Institutt for allmennmedisin, 1991.

# De velsignede vaktene

Berit Tveit er født 1931. Cand. med 1956, spesialist i allmennmedisin. Allmennpraktiker og husmor fra 1958.

Av Berit Tveit

## To erindringer

Det var en gang to hus: Doktorboligen og Telegrafen. Barna der hadde mye å vise hverandre av tekniske mysterier, men en kombinasjon var selvsagt for dem alle: En seng, med telefon ved siden av. Doktorbarnet undret seg over at telegraf-menneskene skiftet på å sove i den sengen. "De har nattevakt" sa telegrafbarna. Doktorbarnet hadde aldri hørt ordet "vakt", men skjønte hensikten: Når folk ringte etter far om natten, måtte noen på sentralen koble telefonen over.

År gikk, og doktorbarnet ble selv doktor. I distriket var det fire av sorten. En ide dukket opp: Enn om vi delte på "kveldens feberbarn", i allfall i helgene? Den ene legen snøftet foraktelig, men to av de andre ble enige om å dele helgene, og fritok grandiost "damedoktoren": "Du har jo små barn." Et vidunderapparat ble innkjøpt: Telefonsvarer. Min ektefelle plasserte den i stua, og tilbrakte den første frilørddagen med å glo forelsket på svareren, og le høyt hver gang den lyste rødt, sa "pling" og fortalte at distriktslegen hadde vakt.

Reaksjonen var så uventet, og så sterkt, at jeg begynte å forstå hva kontinuerlig vakt gjennom flere år innebar av belastning.

## Dagens problem

Nå klager mange leger over hard belastning når de har vakt, og jeg underer meg over den raske utviklingen: Det er ikke mer enn 35 år siden den tredje legen snøftet. Jeg begynte å fundere: Hva er vakt, hvorfor maser vi sånn? Moderne forskere har beskrevet en tilstand de kaller "alarm": Øyeblinkelige og sterke fysiologiske endringer, som setter mennesket i stand til å mestre en varslet fare. Men det synes å være farlig å finne seg i "alarm" over lengre tid, sær-

lig når mennesket føler seg liten og hjelpelös overfor en opplevd trusel.

## I begynnelsen var ordet

Ordbøkene forteller om "vakt": Ordstammen fins på de fleste europeiske språk (Wacht - Watch - vigil) Gammelnorsk har verbet "Vakta"- synonymt med passe, vokte, vente. I alle språkene er det sammenheng mellom "vakt" og våken, å vekke/våkne/våke. Indo-europeisk grunnstamme kan være "veq" med bi-betydninger som "kraftig, sunn, livlig" og plutselige hendelser som "tordenkile".

Jeg prøvde å si "veq" med ettertrykk noen ganger, og kom til at det er et av mange "onomatopoietikon" i våre gamle språk: Når vi sier ordet, vil kroppen innta en alarm-holdning.

## Vakthold - et system for å mestre fare

Eventyr og tradisjoner forteller hvor farlig verden er, og hvordan vi kan mestre den: Et norsk barnerim: Veren og grisen og hanen skulle ut og sigla. Hanen sto framme, grisen med draget, og veren sto med volen og styrde. "Brott i lei!" sa hanen. "Luff, luff" sa grisen. "Bære meg, bære meg" sa veren. For første bud er: *Noen må alltid våke.*

Æsop fablet om gjetergutten som ropte "Ulv!" for moro skyld. Tredje gangen ble gutten ikke trodd, og ulven åt sauene. For annet bud er: *Varselrop må være ekte.*

Gardistene foran Kongens slott har vaktskifte med strenge formaliteter og prangende seremonier. Dette er ikke sirkus, men et levende rituale. For tredje bud er: *Vakter skal deles*, og alle skal vite hvem som har vakt.

"Vekke skipperen unødig" er like galt som å rope "ulv!" uten ulv, for fjerde bud er: *Sjefen har kontinuerlig vakt, for han er siste ledd i en kommandolinje.*



Påkjenningen ved vakt er erkjent ved disse strenge kravene, ved å væpne vakten og ved å gi ham høy prestisje. Det er neppe tilfeldig at kravene til en god vakt minner mye om vårt mannsideal: Han må kunne se og høre godt, bevege seg raskt, ha kraftig stemme og evne til å vurdere saklig, selv når han er vettskremt.

Vakthold gjelder mer enn materielle verdier. Når noen våker, kan de andre sove trygt, og arbeide bedre om dagen - kanskje tilmed tenke. Vaktsystemer har også en bivirkning: De virker siviliserende på menneskenes rovdyr-tendenser, ved å skape en åpenlys forbindelse fra trygghet og velvære til samarbeid, gjensidig tillit og godt utførte plikter.

### Leger og husmødre

Disse to yrkene er like ur-gamle som fedrift, krig og sjøfart. Men de har en påfallende mangel på formell vakt-tradisjon.

Både leger og husmødre er fritatt for deltagelse i allmenne vaktordninger. Begrunnelsen kan være svært enkel: "Hvis legen har portvakt, kan han ikke komme straks for å besverge ryggnit eller stille blod." - "Hu mor på vardevakt? Hvem skal da gi meg mat og trøst når jeg kommer hjem?" Dette er ingen nedvurdering, bare en saklig erkjennelse av at lege og husmor har andre oppgaver i samfunnet, like vesentlige som å glo etter villdyr: "Dere passer oss, vi passer dere."

Både huslege og husmor kan fungere brukbart med "kontinuerlig vakt". I en liten befolkning skjer ikke så mange katastrofer samtidig. Begge yrkene utøves også i nærmest utallige små bitar, uavhengige av hverandre (en og en pasient, godt oppblandet med instrumenter, papirer osv. - mor kan passe både, høre etter ungene og lappe klær *samtidig*). Ved hjelp av en smule oppfinnsomhet og frekkhet kan man "ta seg fritid". "Legen er ikke hjemme" kan bety både sykebesøk og fisketur.

Jeg tror at de gamle leger orket sin kontinuerlige vakt av flere årsaker:

1. Det har alltid vært slik (*lang tradisjon*)
2. Legene hadde oftest samme sort prestisje og økonomi som nåtidens flykapteiner. Den første normaltariff ble funnet i Babylon: Helbredelse av en frimanns sår kostet ti shekel - det svarer til husleie i to år for en brukbar bolig.

I 1940 var konsultasjonshonoraret kr 4,-. Det svarer til 16-18 000,- årlig for en arbeidsbyrde som vi i dag anser som rimelig, i en tid hvor bankfunksjonærer tjente 1200,- pr år. Legens utgifter var små (kontor i egen bolig, kona som intermitterende hjelper).

3. "Mye å gjøre" innebar høy prestisje. Det viste jo at man var i stand til å tiltrekke seg pasienter (fortrinnsvise fra overklassen). De kunne betale. Konkurransen om pasienter var høyst reell: "Mine" pasienter. De etiske



regler om å ikke stjele pasienter, snakke høflig om hverandre og drive sømmelig reklame er gamle - og dessverre like aktuelle ("Snorking helbredes på dagen" medfører hoderist og sukk hos mer beskjedne ørene-hals-leger).

Men fremdeles sukkes vi alle skinnhellig over travelhet.

4. Pensjon og sykelønn eksisterte ikke. Legenes tendens til å "samle i lader" er tydelig fremdeles, men årsaken var saklig nok: Å sikre alderdom, enke og barn.

Husmødre klarte sin jobb av samme årsaker. I dag har vi litt vanskelig for å se at "god husmor" innebar reell prestisje, for en effektiv bondekone var gull verdt, sjømannskoner forvaltet hyren, og "doktorfrua" ga mannen frihet til å tjene penger.

Mange vil gjerne tilbake til "huslegen". Et listesystem ligner "gammeldags" praksis: Hver lege "sine" pasienter, med den forskjell at trygdesystemet betaler mye av honoraret.

Noen undres over at legene i land med listesystem sjeldent snakker om vakter, i sterkt motsetning til norske leger. Kanskje vi ikke har hørt godt nok etter. For de "tar seg fri", listelegen også, delvis like usystematisk som husleger og husmødre, delvis ved å gå sammen i grupper og dele nettene, eller de skaffer seg "barnevakt" i form av unge kolleger.

## Vidunderlige nye verden

Men så endret verden seg radikalt, og i Norge skjedde attpå til flere ting samtidig, i tiden 1945-60.

1. Moderne vitenskap førte til deling av kunnskap, ikke uten spetakkel. Bråket om Semmelweis og hans håndvask viser hvor ømskinnet legene var for sitt rykte. Men vi snudde, og det ble prestisje i å offentliggjøre sine behandlingsmetoder.

(Før var salver og eliksirer dyrebare hemmeligheter - selv om helbredelsen kom etter sårvask og -skift.) "Mixtura Fröhlich" lever ennå, men jeg tviler på om et moderne apotek vil lage min fars hostesaft. Den inneholdt en del morfin. Men den smakte godt.

Konsekvensen, både i verden og Norge, var at pasientene kunne anta at alle leger ga samme sort behandling - og hvordan kunne man nå drive konkurransen?

2. I Norge ble sykehusene utvidet til å gjelde alle (også legene selv). Folk flest fikk råd til å gå til lege. Før var det vanskelig: "Doktor til kåkallen? Da må vi slakte ei ku -"

3. Folk flest oppdaget også at diverse plager kunne helbredes eller lindres av moderne medisiner/metoder. Listen er lang, nok å nevne: Penicillin mot pneumoni, Cortisonsalve mot eksem, antihistamin mot høysnue. Konsekvensen av punkt 2 og 3 var at antall legekontorer steg til ufattelige høyder, og innholdet i dem skiftet: Fra "tann og puss ut, suturer og hostesaft inn" til ganske så innviklede undersøkelser og overveielser.

4. Sykehusene utviklet seg eksplosivt, med ennå flere krevende metoder - fra laboratorium til operasjonssal. Det urgamle systemet for opplaring fortsatte i spesialist-utdannelsen: Overlegen var mester, reservelegen svenn og kandidatene læringer. Det passet utmerket inn i utviklingen av et *vakt-system*. Kommando-linjen eksisterte, det var bare å dele passe. Det føltes meget trygt. Min yndlingsbakvakt messet sovnig: "Har han appendicit da?" Hvis jeg sa "ja" kunne jeg alarmere operasjonsstuen. Hvis jeg sa "N-tja" kom han sjøl bort først.

5. Norske leger fikk en ny studieplan, med *turnustjeneste*. Da fikk de erfare livets sødme etter studiets lese-orgie: De fikk *fri* (kanskje bare annenhver ettermiddag/natt, men helt ekte *fri*). De oppdaget forskjellen mellom "vakt" og "fri", på samme måte som allverdens gjeter, sjøfolk og soldater har gjort, i tusener av år.

## Ingen vei tilbake

Disse fem punktene, sammen, måtte ende i revolusjon, også for primærhelsetjenesten, og i allfall i Norge. Tross alle vakre ord om listesystem, finns ingen vei tilbake til "huslegen", for alt tyder på at legene vil nekte å gi slipp på vakt-systemer. De aner også hva historien hvisker om:

"Å ta seg fri" uten system kan fort ende med kalamiteter, som at alle legene tar sommerferie samtidig. Ille nok med alle telefonsvarerne.

Erfaringen de siste 35 år tyder på at pasientene aksepterer "legevakt". De vil gjeme ha en bestemt lege som støtte-

spiller i sine liv, men ofte ønsker de "bare en lege", - og helst på minutten. Vi *kan* gi dem begge deler, men ikke i samme person.

For så mange leger kan ikke ta så feil: "Kontinuerlig vakt" er en "langvarig alarmitstand", med innebygget hjelpe-løshet (kanskje bare i fantasiene, men det oppfattes jo ikke av vårt fysiologiske system). Tilstanden er helsefarlig, og har sannsynligvis vært det i tusener av år. Legers gjennomsnittlige levealder har vært lav. Nå nærmer vi oss de andre. Deling av vakter kan være en viktig faktor, vi får "tvungen fritid", og motvirker den urgammle prestisje i å "ha det så veldig travelt".

Likevel tror jeg vi bør holde opp å syte. Vårt arbeid er ikke så enestående vanskelig. Vår følelse av hjelpe-løshet forsvinner også ganske kjapt når pasienten er tilstede. Vi *vet* at vi har et brukbart system å arbeide etter, selv om vi ikke alltid kan vinne i "spillet med Døden".

Noen klager over påkjenningen ved å møte innviklede menneskelige problemer, nokså bardus. Men det er da ikke noe spesielt for *vakt*? Beredskapen for det uventede og farlige må være like stor i vanlig kontortid. Bilulykke haster bare noe mer enn en cancer.

Men vi har full rett til å bruke de erfaringer som finns i andre yrker: Vakthold er en nødvendig samfunnsfunksjon. Deling av vakter er hensiktsmessig for å mestre funksjonen godt nok. Det er mulig å dele på saklig vis. Er vi siviliserte nok til å klare det?

Jeg vrir litt på Vaclav Havels kjente ord: Jeg er ikke optimist, for jeg tror ikke alt skal gå bra. Jeg er ikke pessimist, for jeg tror ikke alt går galt. Men jeg har håp, for jeg kjenner så mange leger.

## Litteratur:

- Mjell, J. Hvordan kan vi mestre angst for vakt? Utposten 1992; 21 (2): 82-86.
- Bokmålsordboka Universitetsforlaget Bergen-Oslo-Stavanger-Tromsø 1986.
- Aschehougs konversasjonsleksikon H Aschehoug & Co, Oslo 1972.
- Lyons A, Petrucci RJ, Medicine, An Illustrated History, Gyldendal Norsl forlag, Oslo 1987.
- Falk H, Torp A: Etymologisk ordbog. Opptrykk av utgave 1903-06, Bjørn Ringstrøns antikvariat, Oslo 1991.

Berit Tveit  
Oasen legesenter  
Boks 3555  
5033 Fyllingsdal



# Seriesex -glede eller gru?

Gjermund Huseby og Roy Carlegård intervjuet av Åsa Rytter Evensen

**Hva er gleden ved å ha en mengde seksuelle forhold?**

Både etter de ti bud og etter helsebudene er det syndefullt å skifte partnere som andre skifter undertøy. Hvilke gleder kan oppveie helserisikoen ved en slik adferd? For en kvinne som har feiret sølvbryllup, er det ubegripelig at seriesex kan være givende annet enn som en ren gymnastisk øvelse for å tilfredsstille primitive behov.

I et forsøk på å finne en forståelse for den tilsynelatende hemningsløse utlevingen av seksualitet som finner sted innenfor noen mannlige homoseksuelle miljøer, intervjuet jeg to menn som har reflektert over dette, Gjermund Huseby, 26 år og Roy Carlegård, 45 år. Gjermund debuterte seksuelt som 14 åring, Roy er sykepleier. Det er stort sett det jeg vet om dem. Min interesse var ikke knyttet til deres personlige liv, men til deres erfaringer fra det homofile miljø. De er intervjuet separat, men svarene deres står sammen her.

**ÅRE:** Hva er gleden ved å ha en rekke seksuelle forbindelser som jeg innbiller meg må være uten følelsesmessig engasjement.

**GH:** Det er jo ikke følelser. For veldig mange dreier det seg nettopp om at de unngå alt som har med følelser å gjøre. Det skal være så enkelt som mulig, ingen av partene skal være mer interessert enn den andre. Det blir som en tannlegetime omtrent.

**RC:** Jeg mener at en seksuell kontakt alltid har en egenverdi. Den er lystfull og nytelsesfull. En er ikke nødvendigvis uten emosjonelt engasjement. Jeg kan trenne en mann og være sammen med ham en halv time og likevel ha følelser for ham der og da. Jeg kan synes han er pen, jeg kan føle ømhet for ham, glede over å treffe han, vi har en felles opphissende opplevelse. Når vi etterpå skiller kan jeg tenke: Det var en fin fyr, han likte jeg. Men i og for seg har jeg ikke lyst til å treffe ham igjen. Sex er spennende, utfordrende. Ved å ha en sexkontakt får du bekrefte på at du er attraktiv, du har evne til å hisse opp andre.

Det er en glede som kanskje er veldig viktig for noen. Du får erstattet andre måter å bli bekreftet på som person. Det å sjekke kan være spennende nok og tilfredsstillende nok i seg selv. For alle menn, homse eller ikke, har sex en egenverdi som man skal ta vare på og være glad for.

**ÅRE:** Hva får du Gjermund ut av sex når så lite annet er involvert?

**GH:** Du får sex ut av det. Du får dekket et fysisk behov. Jeg tror at for menn er sex et behov som er tilstede absolutt hele tiden. Vi lever i et samfunn som egentlig ikke aksepterer homoseksualitet. Det er få homoseksuelle som har akseptert det 100% selv. Ingen er oppdratt til å bli homoseksuell. Derfor blir man ikke fullt inneforstått med at man selv er blitt det. Det kunne godt være broren din eller noen andre, bare ikke deg. Det er i hvert fall en periode hvor mange har det forholdet til seg selv.

**ÅRE:** Hvilen rolle spiller det for hvordan man lever ut sin seksualitet?

**GH:** Det spiller en stor rolle. Et eksempel er sjekking i parker, et fenomen som er uforståelig for heteroseksuelle. En mann går inn i parken og snakker ikke en gang med den han sjekker opp. Han går bort til en annen og begynner å klå på ham, i en offentlig park, midt på natta. Mange husker ikke etterpå at de har vært der. De fortrenger det, rett og slett. Dette dreier seg stort sett folk som lever et tilsynelatende heteroseksuelt liv. Det er mye skam i slik adferd, fra det mest ekstreme: at du ikke husker hva som er skjedd, til at du har et dårlig forhold til din egen seksualitet. Men å ha partnere som bare skal tilfredsstille sitt seksuelle behov innimellom tror jeg ikke er skadelig. Det kan være sunt.

**ÅRE:** Forutsatt at du tar forholdsregler så du ikke blir smittet av sykdommer. Men det er jo folk som er villige til å gi blaffen i forholdsregler.

**GH:** Det tror jeg dreier seg om en destruktiv holdning til livet i det hele tatt. Det er mange ting mennesker kan gjøre som fører til den sikre død. Risikofylt



seksualatferd kan ha sammenheng med selvhat, som jeg tror alle mennesker har litt av. Med en seksualitet som man i alle fall ikke har vært oppdratt til å få, ligger muligheten for selvhat der, og med det selvestruktiviteten. Det er knapt noe miljø hvor man finner så mye alkohol- og narkotikamisbruk som innenfor homsemiljøet. Samtidig kan man ha en pen fasade. Å leve ut sin seksualitet selvestruktivt har foregått i alle år. Seksualiteten er en enormt sterk følelse. Der og da kobles vettet ut for mange. For 100 år siden var det verdens undergang å få en "lausunge", men det skjedde jo. Og folk fikk syfilis.

**ÅRE:** Å leve ut sin seksualitet på den måten noen homoseksuelle gjør, er jo virkelig gjøringen av fantasier et mer forsiktig menneske kan ha om et helig sexliv. Men det du forteller, har ikke særlig mye gledesynt ved seg.  
**GH:** Da jeg var svært ung, var ikke AIDS en aktualitet. Fri sex var måten man levde på. Det var ikke så mange hemninger.

Det var gledesynt. Man valgte selv. Hvis det lå i lufta at muligheten for å gå til sengs var tilstede, tenkte man ikke: Er det her lurt? Da bet man over så store stykker som man kunne få av gangen. Det var ikke noe moralisk krav om at "Du skal ikke". Hadde du lyst, hadde du lov. Men det er en veldig dobbelhet i dette. Innenfor et miljø hvor bare seksualiteten er felles, finnes mange forskjellige mennesker. Noen har utbytte av det de driver med. Andre kan godta seksualiteten, men ikke følelsene sine, ikke at de egentlig vil leve i et fast parforhold. Det blir for vanskelig å ha et sosialt liv som involverer familie og foreldre, naboer, slektninger og arbeidsplass. For foreldre er det et sjokk å få et et homoseksuelt barn. Det er ikke slik de helst ville ha det. Dette gjelder også for mennesker som mener homoseksualitet er helt sosialt akseptabelt, bare det gjelder andres unger. Det er mange homoseksuelle som bryter helt med familien sin. Det koster. Det er også mulig å opprettholde en tilsynelatende prikkfri fasade. Men da er du i fullstendig avstand fra mennesker som burde stå deg nær, og det er i realiteten et brudd.

**RC:** Jeg tror også at det er mange homoser som ønsker en fast partner mest av alt. Samfunnet har til nå ikke oppfordret homofile til å leve i faste parfor-

hold. Det er politisk motstand mot homofilt samliv. Synet på deg selv og hva du tror du har å tilby spiller også en rolle. Mange anstrenger seg slik for å få en kjæreste at det nesten blir krampaktig. De synes ikke de er gode nok før dette lykkes. Da er du en bra nok soper. Men det handler ikke bare om å få til et godt forhold, det handler om å være fornøyd med seg selv.

For homofile kan det dreie seg om en forsiktig pubertet. Man kan være godt voksen før man blir klar over sin seksuelle legning. Da skal man gjøre alt det kameratene gjorde da de var 15. Det blir hektisk, forvirret og usikkert. Resultatet blir mange tilfeldige partnere. Mange opplever det som ganske negativt.

**ÅRE:** Når det gjelder kjærlighet mellom homofile og heterofile, er det egentlig så store forskjeller?

**GH:** Jeg tror det finnes forskjeller, fordi de to kjønnene er så ulike. En tiltrekning og forståelse mellom to forskjellige kjønn vil være annerledes enn mellom to av samme kjønn. Forhold mellom homoseksuelle menn kan bli kortvarige fordi du for raskt forstår for mye. Kjenner du deg selv godt igjen, trør du kanskje den andre for nært. Det at du forstår den andres måte å tenke på, fordi du er av samme kjønn, kan føre til at fascinasjonen forsvinner.

**RC:** Jeg tror ikke det er noe forskjell egentlig. Men rammene kjærligheten skal utvikles i, og hvordan man tenker seg forholdet skal være, blir jo forskjellig. I en heterofil pardannelse ser man muligheten til å få barn og oppdra barn. For oss blir det viktigere å ha den lojale kameraten som alltid er der. Dette burde ikke være forskjellig fra et heterofilt par. Følelsene når du blir forelsket tror jeg er like.

**ÅRE:** Man leser om homofile som kan ha opptil 1200 partnere på et år, og undres om det er mennesker som aldri blir tilfredsstillet, og derfor må jakte fra den ene til den andre.

**GH:** Når du er oppe i 1200 forhold, vil jeg regne det som relativt sikkert at du er blitt misbrukt som barn. Det dreier seg ikke lenger om seksualiteten din, men at du trenger bekrefelsen på din verdi som menneske ved å bli ettertraktet. Jeg kjenner en heteroseksuell jente som lever promiskuøst. For henne tror jeg Jean Genets fornedringsbehov kommer inn, hun søker faktisk skuffelsen.

Det samme har jeg sett hos enkelte homoseksuelle menn. De oppsøker skuffelsen. De har en naiv tro på kjærligheten. Men mørsteret deres er at de oppsøker dem som kommer til å skuffe dem mest. Det er kanskje det som er seksualiteten deres, at de liker å bli nedverdiget, ikke fysisk, men psykisk sett. En slags psykisk sadomasochisme. Det er mer av dette i medmenneskelige forhold enn vi tror. Det er ikke uhell når kvinner finner sin tredje mishandler. Hun må kjenne igjen trekkene, slik at hun vet hva hun blir utsatt for.

**RC:** Dette er ekstreme tilfeller. Jeg forstår ikke hvordan noen får tid og anledning til dette i lille Oslo. I homsesau-naer i Amerikanske storbyer, før AIDS-epidemien, kunne man i løpet av en kveld utføre seksuelle handlinger med fire, fem stykker. Den rene seksuelle nyttelsen som man da kunne være i, var kjempemorsom.

**ÅRE:** Suzanne Brøgger har i en av sine bøker beskrevet en homoseksuell nattklubb i New York der det ligger en mann i et badekar og blir tisset på av forbipasserende. Det er vanskelig å forstå gleden ved dette. Er det også en oppsøking av fornedringen.

**GH:** Jeg tror denne praksisen også har en sammenheng med at du ikke godkjener din seksualitet. Men når du tar den fullstendig ut til sin ytterste grense blir den pervers, og da er det greit.

**RC:** Helt siden AIDS-epidemien begynnelsen har jeg ment at nettopp når vi er truet av konsekvensene av vår seksualitet, er det ekstra viktig å hevde seksualitetens glede. Det er farlig å havne i en grøft der sex blir så komplisert og farlig at vi ikke tør å nyte det. Få med deg det tekniske som er nødvendig for ikke å bli smittet, og glad deg over at du er et seksuelt menneske. I epidemien begynnelsen var det mange som isolerte seg og ikke turde treffe andre fordi de var redde for AIDS og var usikre på smitteveiene. Så kunne det hende at de fikk en "sprekk" i forbindelse med en fest, slo ut håret og ga blaffen. Skal du ha sikker sex, må du ha sex du er fornøyd med og glad i. Ellers havner du i seksualangst.

# Kjerneklassifikasjon for primærhelsetjenesten (ICPC)



Bent Guttorm Bentsen hadde ansvar for en allmennpraksis i Vormsund i 23 år, avbrutt av 5 år som invitert forsker ved Universitetet i Oslo og ett år som invitert forsker ved University of Western Ontario, Canada.

Av Bent Guttorm Bentsen

## Hvorfor en ny klassifikasjon?

Det var Verdens Helseorganisasjon, WHO, som tok initiativet. "Health for all by year 2000" var temaet for WHO-konferansen i Alma Ata i 1978. Konklusjonen var at bare ved å styrke primærhelsetjenesten kunne en nå dette målet. Men denne utfordringen kunne bare løses ved først å få vite hvilke helseproblemer som befolkningen hadde.

Det var enighet om at ICD, Den internasjonale sykdomsklassifikasjon, var uegnet for slik kartlegging. Derfor oppnevnte WHO en ekspertgruppe i 1978 som fikk som oppgave å utarbeide en ny klassifikasjon for primærhelsetjenesten. ICPC ble resultatet. To andre forhold har gjort denne klassifikasjonen til en nødvendighet.

- Utviklingen av EDB har gjort det påkrevd å få et standardisert, internasjonalt informasjons-system.
- Medisinsk kunnskap har gjort det påkrevd å bryte grensene for gammeldags oppfatning av "sykdom". En persons helseproblemer omfatter også symptomer og plager, bekymringer og nedsatt funksjonsevne. Dette kan vi kartlegge ved hjelp av ICPC, men ikke med ICD.

## ICPC bygger på forskning

Helt siden 1950-årene har primærleger arbeidet med målet å finne frem til en kortfattet klassifikasjon som er bedre egnet for bruk blant allmennpraktikere enn ICD, som i denne sammenheng har vært oppfattet som lite hensiktsmessig. Mange hundre leger, tildels tilknyttet universiteter, i mange land, både I- og U-land, har forsket om hva som egentlig skjer i helsetjenesten. Mange hundretusener pasient-legekontakter er blitt analysert (1,2). ICPC angir en ramme. Tre hovedprinsipper har vært grunnleggende:

- Hva er hyppigst? Dette er tilnærmet populasjonsepideologi.
- Hva er farlig for pasienten eller får plagsomme følger?
- Hvorfor søker folk helsetjenesten?

ICPC gjenspeiler allmennmedisinens virkeligheter (3):

- Uselekerte pasienter, som betyr et meget bredt spektrum av helseproblemer med lav prevalens av mange spesifikke sykdommer.
- Primærlegen ser ofte pasientene i så tidlige sykdomsfaser at klassifisering i en endelig sykdomskategori ikke er mulig.
- Alle de mindre helseproblemer som aldri blir synliggjort i sykehus, er ikke tilstrekkelig og systematisk ivaretatt i ICD-systemet.

Rekkefølgen av rubrikkene er tildels bestemt av andre internasjonale klassifikasjoner.

## ICPC er hierarkisk

Dette betyr en systematisk, logisk oppbygging av ICPC som en pyramide. Du kan ikke vente å finne "en fotballbane på toppen" av den. ICPC har 322 koder i Symptomdelen og 363 i Diagnosdelen. ICD-9 har minst 15000 betegnelser, og dens alfabetiske stikkordliste mer enn 60000. Med et så detaljpreget system som ICD-9, vil man få svært få tilfeller i hver kategori.

Vi (og Verdens Helseorganisasjon, WHO) valgte anatomi som hovedprinsipp for kapittelinndelingen. Det du kan etterøke finnes naturligvis spesifisert under de enkelte rubrikker. ICPC er et relativt enkelt system å sette seg inn i og lett å bruke.

Den fullstendige ICPC med kriterier for diagnoser og en alfabetisk stikkordliste på ca. 4000 begrep finnes i boken "Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten" (4). Det finnes



også en dataversjon for ICPC. Denne kan du få fra KITH.  
(Kompetansesenteret for informasjons-teknologi i helsevesenet. Medisinsk Teknisk Senter. 7005 Trondheim.)

## ICPC's bruksområder

ICPC er et instrument som brukes til minst tre formål:

- Registrering av kontaktårsaker. Hvorfor oppsøker en person helsetjenesten?
- Registrering av diagnoser. Hvilke diagnoser kommer lege eller annet helsepersonell frem til på grunnlag av utredningen?
- Analyse av klinisk prosess. Fra pas-sientens symptomer eller plager, gjennom diagnostisk prosess til diagnose og behandling.

For spesialister og leger ved sykehus og poliklinikker har ICPC naturligvis sine begrensninger. Imidlertid er det WHO-godkjente overskriftskoder til ICD-9, og det er under arbeid en EDB-versjon som kobler ICPC og ICD-9.

## ICPC er kommet for å bli

Når RTV har godkjent ICPC som en standardklassifikasjon, skyldes dette anbefalinger fra alle hold:

- Sosialdepartementet, Helsedirektoratet
- Den norske lægeforening og spesialforeninger for primærleger: NSAM/APLF/OLL
- Universitetsinstitutter og Norsk institutt for sykehusforskning.

ICPC er internasjonal og blir sannsynligvis også standard for EF.

ICPC vil i likhet med alle klassifikasjoner stadig bli revidert. Det internasjonale revisjonsarbeidet med ICPC-2 er allerede i gang, og den kommer i 1996. Vi som er ansvarlige i Verdensorganisasjonen for allmennmedisin (WONCA) vil gjerne motta kommentarer som kan forbedre klassifikasjonen. Og dine kom-menter vil bli nærmere studert.

## Litteratur:

1. Bentsen BG, Hjordahl P. Hvorfor søker folk lege? Utviklingen av klassifikasjon for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2867-70.
2. Bentsen BG. International Classification of Primary Care. Scand J Prim Health Care 1986; 4: 43-50.
3. Hasvold T. Nytt klassifikasjonssystem for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2830-1.
4. NSAM/Bentsen BG. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten, Oslo: TANO forlag, 1991.

### NICOTINELL "CIBA" Nicotinplaster

DEPOTPLASTER 7 mg/24 timer, 14 mg/24 timer, 21 mg/24 timer: Hvert depotplaster innholder Nikotin 17,5 mg (10 cm<sup>2</sup> avgir ca. 7 mg/24 timer), resp. 35 mg (20 cm<sup>2</sup> avgir ca. 14 mg/24 timer), resp. 52,5 mg (30 cm<sup>2</sup> avgir ca. 21 mg/24 timer), hjelpestoffer.

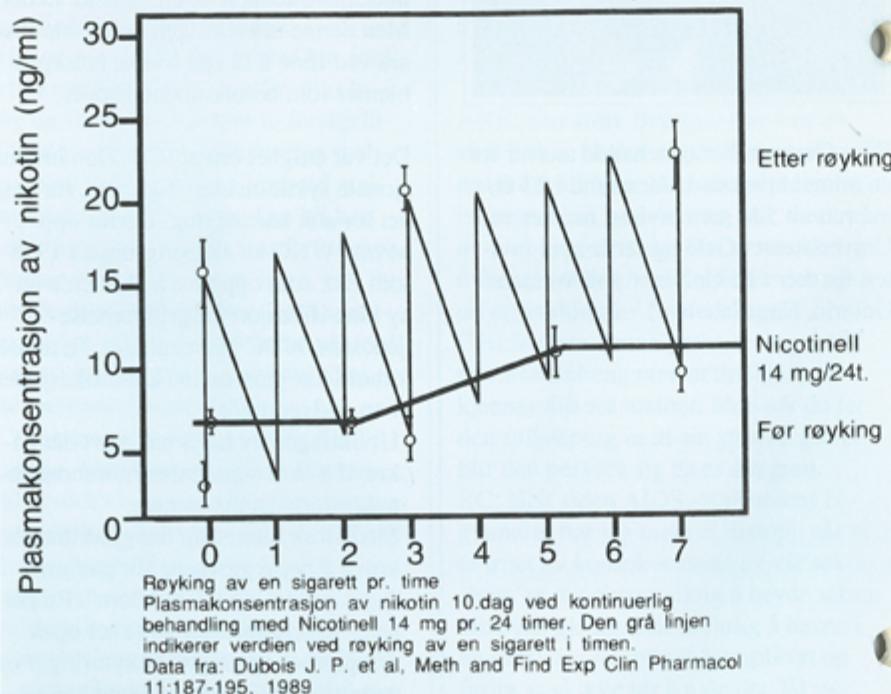
**EGENSKAPER:** Klassifisering: Depotplaster for transdermal tilførsel av nikotin til hjelpe ved røykeavvenning. Nikotindepotet omgås av en matrix som sikrer kontrollert og kontinuerlig frigjørelse over 24 timer. Egenskaper: Nicotinell øker muligheten for en vellykket røykeslutt og synes å redusere symptomer på nikotinabstinens. Absorpsjon: Et jevnt plasmamåtvært neds-10 timer etter at første plaster er påsatt. Ved gjentatt applikasjon av doses 21 mg/24 timer, ligger plasmakonsentrasjonen i området 10-18 ng/ml, og for doses 14 mg/24 timer i området 7-12 ng/ml. Dette tilsvarer plasmakonsentrasjonene målt ved moderat sigaretterøyking. 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 myocardinfall, ustabil angina pectoris, alvorlig hjertearrytmier og nylig gjennomgått cerebrovaskulær sykdom. Hudsykdom som vanskelig gjør plaster terapi. Overomfintlighet for nikotin.

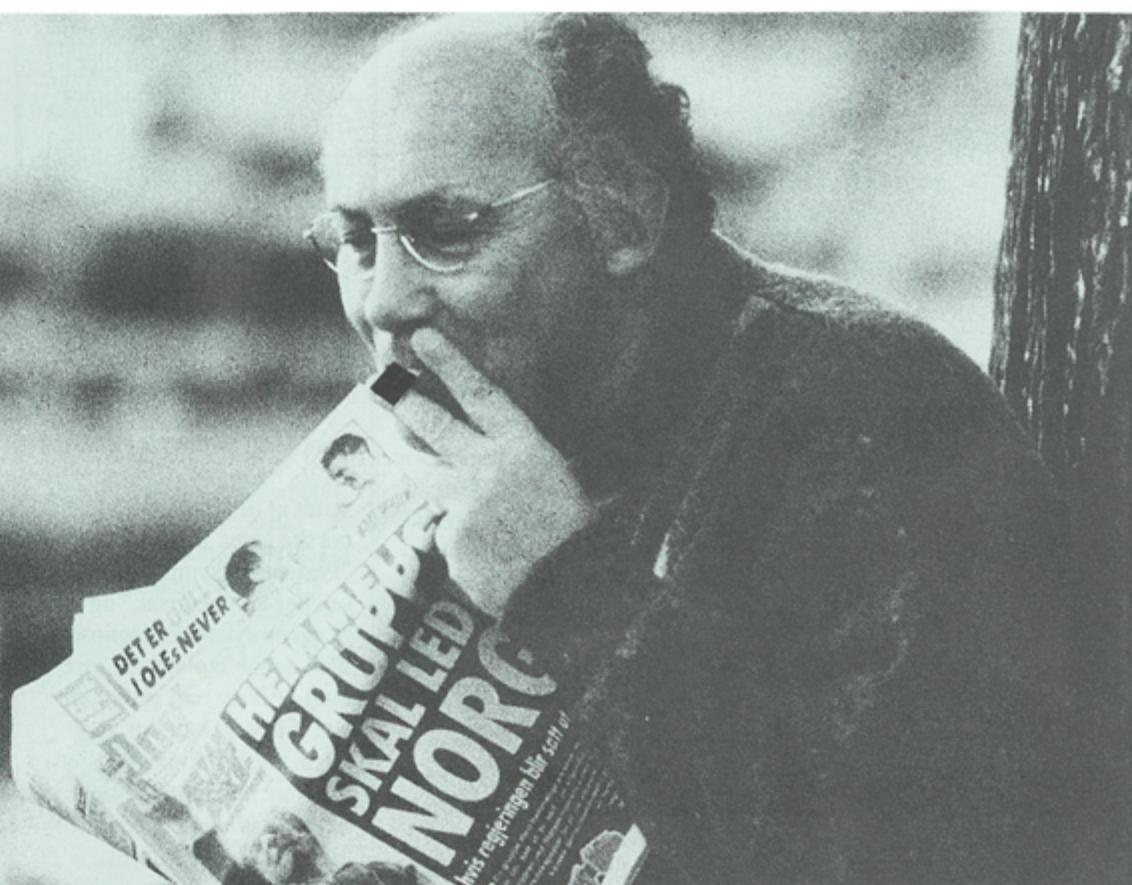
**BIVIRKNINGER:** I prinsippet kan Nicotinell gi de samme bivirkningene som nikotin tilført ved røyking, men mindre markert da maksimal plasmakonsentrasjon er lavere og plasmamåtvært fluktuerer mindre enn ved røyking. Vanligste bivirkning er ulike former for hudreaksjoner på applikasjonsstedet. De fleste er milde og forsvinner innen 48 timer. 1 kliniske forsøk avbrøt ca 6% behandlingen p.g.a. hudreaksjoner. Enkelte CNS bivirkninger kan vanskelig skiller fra abstinencessymptomer ved røykeslutt. Følgende bivirkninger/abstinencessymptomer er rapportert hyppigere enn ved placebo-behandling i kliniske forsøk, men uten at årsaksammenhengen nødvendigvis er klarlagt: CNS: Sovnløsning, konsentrationsproblemer, hodepine, trøsthet, svimmelhet, livlige drømmer. GI: Kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hud: Klok, sve, øretym, av varierende alvorlighetsgrad, evnt. med lokal inflamatorisk infiltrat, generelt utslett. Andre: Forkjølesesliknende symptomer, blodtryksforandringer, brystsmerter, dysmenore, allergi, myalgi, motorisk dysfunksjon.

### Nicotinell tilfører en konstant nikotinmengde gjennom huden



Han er 55 år,  
har røkt nesten hele sitt liv  
- og kost seg mye.

SCPF UNIVERSITETSFORSKNING



Nå synes han det er på tide  
å slutte.  
-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 hudens overflate, 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.*

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



**Nicotinell®**  
nikotin



# ICPC og begrepsforvirring

- et svar til innlegg fra Sverre Lundevall

Av Søren Brage og  
Gunnar Tellnes.

Sverre Lundevall tar opp vesentlige sider ved ICPC i sitt innlegg om klassifikasjonsystemet i Utposten 4/92. Han kommenterer tre ulike ting i sitt innlegg: vår artikkel om "Erfaringer med innføring av ICPC i allmennpraksis" i Utposten 1/92, Rikstrygdeverkets utsendte hefte om ICPC og hvordan leverandørene av dataprogrammene presenterer ICPC. Lundevall ønsker mere ensartet bruk av klassifikasjonssystemet. Vi er delvis enige i dette, og vil klarlegge noen punkter for å unngå videre misforståelser.

I vår artikkel ga vi en oversikt over hvordan ICPC kan brukes i allmennpraksis til registrering av diagnoser, slik de kan anføres på lege-regningskort og sykmeldinger. Noen av disse diagnosene, f. eks. "hoste" og "mavesmerter" er egentlig bare beskrivelser av det helseproblem pasienten presenterer. Oftest kan legen, etter samtale med pasienten og klinisk undersøkelse, sette en mere presis diagnose, f. eks. "pneumoni" eller "ulcus duodeni". Diagnosene havner derigjennom på ulike nivåer av nøyaktighet, og for å skille disse benyttet vi begrepene "symptomdiagnose" og "sykdomsdiagnose" om diagnosene på henholdsvis et lavere og et høyere nivå. Ved registrering av diagnosene kan man ta i bruk kodenummer fra 1-29 og fra 70-99 innenfor hvert

kapittel. Når man fyller ut regningskort til trygdekontoret må man i noen tilfeller også ta i bruk kodenummer fra 30-69, f. eks. ved svangerskapskontroll og cytologisk prøvetaking. ICPC kan også benyttes til å registrere kontaktårsaker. Når disse kodes brukes alle kodenummer (fra 1-99) og det er riktig at dette gjøres i Bentsen og Hjortdahls undersøkelse.

Lundevall kommenterer også RTVs hefte om ICPC som er sendt ut til samtlige 15 000 norske leger. Betegnelsene "Pasientens symptomdiagnose eller kontaktårsak" og "Legens sykdomsdiagnose" ble i denne innledende fasen tatt i bruk av rent pedagogiske hensyn. Dette for at de fleste legene skulle få et inntrykk av hovedprinsippene i ICPC-inndelingen. Når RTV i løpet av året tar i bruk ICPC, vil en ny korrigert liste bli trykket i takstheftet. Betegnelsene "Symptomer og plager" (ICPC kodenummer 1-29) og "Diagnoser/sykdommer" (kodenummer 70-99) vil da bli tatt i bruk. ICD-9 vil kunne brukes av de spesialister som ønsker det. RTV og Dnlf samarbeider med Kompetansesentret for informasjonsteknologi i helsevesenet (KITH), Trondheim, om et konverteringsprogram for koding fra ICD-9 til ICPC.

Enkelte leverandører av dataprogrammer har introdusert ICPC på en uheldig måte. Det er ikke tilfredsstillende å bare kunne notere en diagno-

se ved hver konsultasjon. Følgende bør etter vårt syn være med i programvaren:

- ICPC skal foreligge i full alfabetisk versjon, til bruk for stikkordsleting.
- ICPC skal foreligge i kortversjon, inklusive del 2-6, for oversikt av kodenummer.
- Legen skal kunne skrive minst 4 kodenummer ved hver konsultasjon.
- Programleverandøren bør holde seg ajour med de justeringer av ICPC, som gjøres ved KITH, og hele tiden bruke riktig versjon av ICPC.

Dette har latt seg gjøre med andre leverandører, og hver enkelt databruker må ta det opp med sitt eget firma.

□

# Tilbod om fristad i akademisk miljø!

Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen har fått nye lokale i samband med samlokalisering av det nye Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjonen har der innreia eit gjestekontor til bruk for allmennpraktikarstipendiatar, hjelpeararar og andre som kjem på besøk. Rommet har ein del ledig kapasitet som seksjonen ynskjer å tilby til interesserte fagkollegaer. Rommet er utstyrt med kontorteknisk utstyr, IBM-kompatibel pc samt sovesofa for overnattingar. Dusj og toalett er der også.

Fleire primærlegar, deriblant underteikna, har høve til å prøve "gjestestatus" ved seksjonen. Gjestekontoret er førsteklasses, men langt viktigare er atmosfæren ved seksjonen, måten du vert teken imot på, formelle og uformelle møte du har høve til å ta del i. Slitne praktikarar får nytt liv etter nokre dagar her!

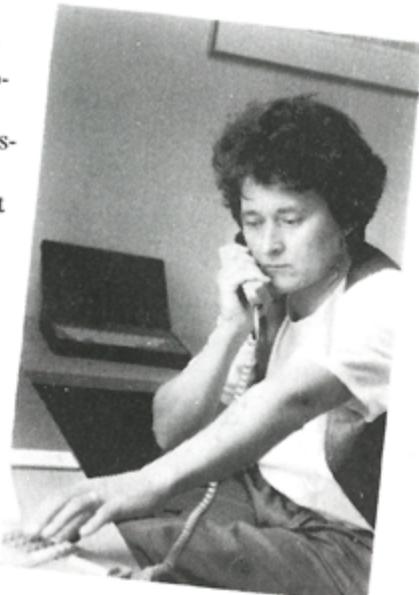
Det er og sars stimulerande å møte eit så breitt fagmiljø, samlokaliseringa har ført seksjonane for allmennmedisin, forebyggjande medisin, geriatri, sosialmedisin og sjukepleievitskap saman.



Dersom du kunne tenke deg å arbeide ved seksjonen i nokre dagar eller veker, så har du her sjansen til å få ein fristad i akademisk miljø. Plikter? Ja, miljøet føreset at du er villeg til å ta lunsjen saman med dei tilsette ved seksjonen slik at dei kan få høre mye nytt frå verda utanfor.

Ta kontakt med:  
Seksjon for allmennmedisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen.  
Tlf 05206100

*Steinar Hunskår      Janecke Thesen  
- styrar, vert            - primærlege, gjest*



□

## Norsk selskap for allmennmedisins fond for allmennmedisinsk forskning

Årets utdeling er på kr 10 000,-. Det kan søkes om støtte til forskningsprosjekter, idéutvikling, utredningsarbeid eller reisestipend i tilknytning til slike oppgaver.

Begrunnet søknad sendes NSAMs sekretariat, Fredrik Stangs gt. 11/13, 0264 Oslo, innen 1. oktober 1992.

## Wonca/SIMG kongress i Haag, Nederland 13-17 juni 1993.

Temaet for kongressen er "Quality of Care in Family Medicine/General Practice". Temaet skulle være midt i blinken for norske allmennpraktikeres interesse.

Kongressen er rettet både mot den forskningsinteresserte og den praksisinteresserte generalist.

Vel møtt i Haag i 1993.

□

# Dødelig

Av Ivar Sønbø Kristiansen

Gunn Aadland reflekterer i Utposten nr 7/91 over helsevesenets fortredeligheter, og harselerer over helsearbeideres decibelbruk av media. Hun tar utgangspunkt bl.a. i Rogalands dårlige primærlegedeckning. Hun ser for seg at Stavanger Aftenblad skal proklamere sammenbrudd under overskriften "Nå dør folk av legemangel...." Hun ser for seg en folkereisning mot Legefordelingsutvalget som har nektet Rogaland nye legestillinger. Uker senere melder Østlendingen at ønsket er gått i oppfyllelse: På førstesiden troner en fortvilet legerådsformann som truer med aksjoner fordi Legefordelingsutvalget har nektet Elverum kommune å opprette flere kommunelegestillinger. Lange kør er det håndgripelige bevis på at Elverum må ha flere primærleger.

For oss to som sitter som statens representanter i Legefordelingsutvalget (LFU) er det lett å forstå frustrasjonen i Rogaland, på Elverum, i Alta, på Haukeland Sykehus og ørten andre steder som ble nektet nye legestillinger i 1991. På Lillehammer tillegges LFU ansvaret for vaktordningen på fødeavdelingen. I Bergens-distriktet har LFU vært omtalt som et statlig byråkratorgan i Oslo. Fra Tromsø kommer signaler om at uskyldige sykehushavdelinger lider under maktglade byråkrater i Oslo. Fra Nordland melder primærlegene om krisetilstander. Utvalget som skal styre landsfunksjoner i sykehus, er fortvilet over at regionsykehusene ikke får flere stillinger.

Vi må gå tilbake til begynnelsen av 1980-årene for å forstå dagens problemer. I 1982 uttalte Willumsen-utvalget at Norge gikk mot overskudd av leger, og utdanningskapasiteten i Norge ble derfor noe redusert. Prognosene slo imidlertid feil. Mens det omkring 1980 kom hjem nesten 150 utenlandsmedisinere årlig, er tallet nå kom-

met ned på 50. Verre var det at det ble opprettet stadig flere legestillinger - bortimot 500 hvert år i midten av 1980-årene. Dette resulterte etterhvert i mange ledige stillinger. I 1988 registrerte man bortimot 500 ledige stillinger, og Stortinget vedtok samme år stillingsstopp for leger. I 1989 ble loven erstat tet av en avtale mellom Legeforeningen, Staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) om tiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk. Avtalen hjemlet opprettning av et parts-sammensatt utvalg - Legefordelingsutvalget - som skal godkjenne alle nye legestillinger og praksisavtaler. Utvalget har fire medlemmer fra Legeforeningen, to fra KS og to fra Staten.

Sosialdepartementet oppnevner lederen som er en av forfatterne (ISK) mens Berit Olsen er i Moskva.

I utvalgets funksjonstid har ønsket om å få opprette nye stillinger vært stort. I 1990 ble det søkt om 290 nye legestillinger, og i 1991 362. I 1990 godkjente LFU 189 nye stillinger mot 167 i 1991. Når vi vet at nettotilgangen på leger er ca 300 pr år, skulle det bety at ubesatte stillinger langsomt ble fyllt opp. Dette har dessverre ikke skjedd. Det er riktig nok vanskelig å skaffe helt pålitelig oversikt, men så langt vi vet (og vi har brukt mye tid på å skaffe oss brukbar statistikk!), har tallet ligget mellom 400 og 500. Det økte heller enn avtok i 1991.

Kommunehelsetjenesten har vel 100 ledige stillinger, og ledigheten er prosentvis størst i Nordland og Nord-Trøndelag. Dette er fylker hvor hver kommune oftest har få stillinger, og mulighetene for vaktarbeid på tvers av kommunegrensene kan være vanskelig pga geografien.

Når ledigheten ikke går ned, må det bety at vel 100 leger "forsvinner" hvert eneste år. Økende andel kvinnelige leger, flere universitets- og forskerstillinger, avtaleløs heltdspraksis er noen av mange mulige forklaringer. Det

# legemangel



er imidlertid ikke tvil om at regulære avtalebrudd også er en forklaring. Legefordelingsutvalget får stadig informasjon om slike brudd, og fenomenet er formodentlig sørgetlig utbredt.

LFU's årsrapport for 1991 gir grunn til ettertanke. "Årsoppgjøret" viser at kommunehelsetjenesten fikk 20 flere stillinger og sykehuse 60. Selv om tallene er beheftet med usikkerhet, tyder de på at vakanseproblemets snarere har økt enn avtatt. Og det er heller ikke mye håp om bedring i de nærmeste årene. I årene fremover vil flere og flere leger pensjoneres fordi legekullene økte i 1950-årene, samtidig som den økende kvinneandel vil bety flere langvarige

permisjoner. Etter forslag fra Legefordiningsutvalget har Kultur- og vitenskapsdepartementet økt studentopptaket på de medisinske fakulteter i Norge. Men dessverre vil jo ikke det hjelpe oss før i neste årtusen!!

Hva kan vi så gjøre i mellomtiden?? Først og fremst må vi sørge for at det ikke opprettes flere nye stillinger enn det er leger til å fylle. Hvis man i alle deler av helsetjenesten oppretter så mange stillinger som det er "medisinsk behov" for, vil antall stillinger øke drastisk. Ledigheten vil ramme periferien: Utkantdistrikter, utkantsykehus og "perifere spesialiteter" som allmennmedisin og psykiatri.

Vi må bruke de legene vi har på mest mulig fornuftig vis. Vi må bruke stimuleringsstiltak for å få dem best mulig fordelt utover i landet. Vi må si fra til politikerne hvilke oppgaver helsevesenet ikke har kapasitet til å påta seg.

Vi kan altså ikke love noen umiddelbar løsning for Rogaland eller andre lender. Vi må bare oppfordre til lojalitet mot en avtale som tross alle synlige ulemper har til hensikt å tjene fellesskapet. Men en ting kan vi love: Statens to representanter (som begge kommer fra primærhelsetjenesten!) skal være strenge der vi tror nøden er minst!

# Valg og vår i Nottingham



Anne Luise Kirkengen er cand. med. fra Hamburg 1971 og tok norsk tilleggseksamen i 1972. Turnus Bærum sykehus og privat praksis i Asker. Hun har vært allmennpraktiserende lege i Oslo fra 1973.

## EGPRW-vårmøte 9-12 april 1992 i Nottingham, England

Av Anne Luise Kirkengen

EGPRW er fremdeles et ukjent tegn for mange norske allmennmedisinere. Men det burde det ikke lenger være. European General Practice Research Workshop er spennende nok til å våge et bekjentskap.

Det var valg og vår i Nottingham, og det siste syntes best. Forbausende lite tydet på at England praktiserte demokrati den dagen. London hadde jeg kun sett fra undersiden mellom Heathrow og St. Pancras Station. Og den siden var folksom og trekkfull. Men intet tydet på et valg så omtalt og omstridt at opinionsmålere og andre værfrosker omrent gikk i fistel. (Og flere kjente politikere skulle gå senere, men det er etterpåklokskap).

Et kjent fjes på stationen: Gigi fra Milano, dernest Gertraud fra Wien og så Paul fra London. Større er ikke verden. Man møtes. Pauls prognose var klar: "It has not been acceptable to show up with stickers from one of the big parties, but I am sure that nothing will change." Right he was.

I Nottingham blomstret kirsebærtrærne i gågaten, slottsbakken gynget av påskeliljer, og Wordsworth's dikt om "the daffodils" steg opp fra et glemt sted. Små jenter hadde hvite sokker på, og plenene var befolket av unge par som var intenst opptatt av hverandre. Nottingham Castle fortalte om makt, kunst og kultur, om en rekke europeiske kriger og mye lidenskap bygget inn i dets vegger. Dets store attraksjon: Mortimers Hole, inngangen til slottets flukttunnel. Gjennom den forsvant Richard Mortimer, dronning Isabellas elsker og hennes manns morder. Sønnen,

Charles III, skulle hevne faren og brøt inn i borgen. Richard rømte. Året var 1330. (Det må ha vært ganske turbulent i de dager, vår tid synes å mangle dramatikk i sammenligning.) Historiens utgang? Richard ble tatt! Tunnelens utgang? Jerusalem (obs)!

Men jeg var ikke her for å la fantasiom Isabella og Richard bære meg avsted, heller ikke for å møte Robin og Maid Marian i Sherwood Forest. Lord Byron inviterte til drømmende Newsted Abbey, men jeg hadde ikke tid. Og selv om Sheriffen av Nottingham hadde innkalt meg, det hadde ikke nyttet. For vert på stedet var collega Mike Pringle og The Royal College General Practitioners. Da sier man selvsagt ikke: vent, jeg må først se...

The Royal College feiret sin 40 års dag. Prince Charles var invitert, men kom dessverre bare i form av en lang og høytidelig hilsen. EGPRW holdt sin andre møtedag sammen med The Royal College i The Queens Hospital, en del av University of Trent. I tre parallelle sesjoner foregikk forelesningene. Og for å si det tydelig, ubeskjedent og med en gang: vårt auditorium 3 var det best besøkte hele den dagen, der var taket høyest og horisonten videst i faglig forstand, der var spenst, ideer og mangfold. Men så stilte EGPRW også med 19 europeiske nasjoner pluss Israel som assosiert og Canada som observatør. Til og med Sydney's Dept. of General Practice hadde meldt sin interesse og kommer neste gang.

Og emnene? Overskriften var Health Promotion. Det var påfallende mange studier som handlet om relasjoner, og om primærlegers holdninger, vaner, uvaner, vil si den profesjonelle kultur i

konteksten av den sosiale kulturen. Noen eksempler: Europas allmennpraktikere viser i sin henvisningspraksis hvor dypt de er en del av sitt lands selvforslælse (tyske leger henviser mest, og de synes alt haster, intet kan vente.) Hos 1550 praktikere i 15 land er 860000 konsultasjoner med 44000 henvisninger evaluert. Kollega Douglas Fleming fra Birmingham inviterer allmennpraktikere til å stille spørsmål, datamaterialet rommer et hav av muligheter.

Demente pasienter, integrerte psykisk retarderte mennesker, selvmordskandidater, HIV positive samfunnsborgere og doctor-shoppere setter vår profesjonaltet på prøve. Og det viser seg: vi er mindre åpne, omsorgsfulle og tolerante enn vi sier at vi er. Faget har en dobbel bunn og dobbel tekst. Den offisielle retorikk samsvarer ikke med det vi virkelig gjør. Men i all annen helsekontroll tar vi oss best av "the worried well", de som selv er ustanselig bekymret, følger ethvert opprop til å undersøke hva som helst, og trenger oss minst. Prototyp: 25-45 år, kvinnelig, yogautøvende, slank, ikkerøkende, normotensiv vegetarianer.

Viten og praksis spriker. Det viser en studie fra Holland om forskriving av digitalis, som blir gitt til alt for mange sviktpasienter med normal hjertertyme. En annen stor studie fra Holland beskjefte seg med legers prestasjon i hverdagen, stilt overfor instruerte, simulerende pasienter - og deres kompetanse ved den samme oppgave i en eksamenslignende setting. Hverdagens prestasjon lå 50% under den overprøvbare kompetansen. En norsk studie om risikovurdering for hjerte-kar-død, fremlagt av Eivind Meland fra Bergen, viser at leger bruker sin teoretiske viden kun delvis og usystematisk, med både under- og overvurdering til følge. Denne studien viser også at medisinsk forskning bare fremskaffer relative sannheter som kan være usanne i morgen (kolesterol), at mennesket i forskningen er manlig så sant ikke det motsatte er bevist (se kolesterol), og at leger fremdeles tenker matematisk additiv ved flere lett økte verdier, og ikke kybernetisk. Men livet er ikke euklidisk matematikk, og har aldri vært det.

Shmuel Reis fra Haifa fortjener en spesiell omtale. Han fremla den første helt

kvalitativt gjennomførte studie av ryggpasienter jeg kjennen til, med intervjuer, fokus-grupper og stegvise analyse av transkripsjonene. Hans budskap var: "there was a central metaphor in almost all the narratives, namely limitation." Jeg følte med umiddelbart minnet om boken John Nessa henviste til på et Lysebu-kurs nylig: Icons of Disease av Per Sundstrøm fra Universitetet i Linköping.

Og konferansens siste og mest bevegende tema: hva vet de unge engelske medisinstudenter om døden? 262 studenter svarte. Svært mange visste ingenting, hadde aldri sett døende eller døde, og hadde gjennom hele sitt studium ikke lært å snakke med dødssyke, døende eller pårørende av døde. De som visste noe hadde sin erfaring fra livet, ikke fra studiet. Påfallende ofte skrev de om voldsom død, selvmord eller dramatisk død bland venner. Og altfor mange skrev om uforløst sorg, om innestengt raseri, om angst og skyld, og om manglende hjelp til å bearbeide sine følelser. De hadde kun lært å disseker lik. *For slik er det enda.* (Min uthevning).

What is next in EGPRW? 15.-18.10.92 i Leuven/Belgia, tema: *Research on under/postgraduate education.*

Det angår vel flere norske kolleger!!  
22.-25.04.93 i Moskva, tema: The elderly. Skulle historien gå amok blir det Ljubljana. Høst 93: Paris. Vår 94: København. Høst 94: Madrid. Hva mer?

SIMG var til stede i Nottingham ved dens sittende og en tidligere formann. De ønsker seg årlige fellesmøter med EGPRW for tankeutveksling om den mulige og ønskelige fremtid i allmennmedisin i Europa.

Helt spesielt og nevneverdig: *Wonca 1993 i Den Haag har invitert EGPRW å holde et seminar om Methodological problems in quality research.* Det ville undre meg om vi fra Norge ikke hadde noe å bidra til dette emnet. (Kontakt kan skaffes, ring meg).

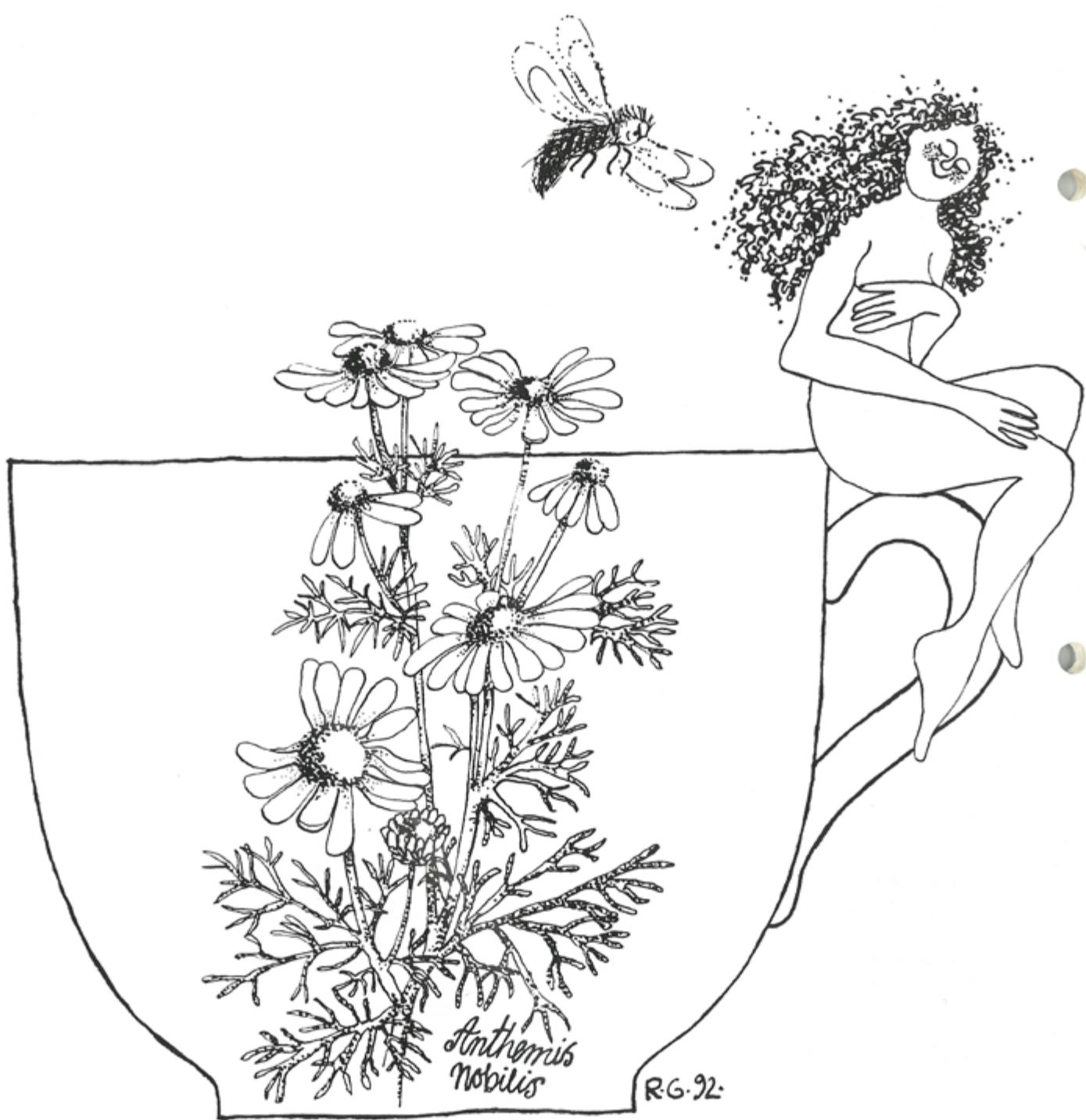
Dessuten tenker man tanken om et Europeisk Tidsskrift i Allmennmedisin.

Personlig lærte jeg to viktige ting:  
Det ene er faglig og handler om min tidligere litt for respektfulle forestilling om forskningsnivået i The Royal

College. Jeg hørte flere av deres foredrag. Dette sies helt for egen regning og absolutt ikke til forkleinelse for vårt rause vertskap. Og det kjentes godt å sitte i auditorium 1, der fremtid og etterutdannelse ble diskutert. For hva omtalte man? Riktig gjettet, nemlig det norske program for spesialitet i allmennmedisin, veilederutdannelsen, og særlig resertifiseringen.

Det andre er smaklig og handler om min før litt respektløse forestilling om engelsk øl. Det kan være en nydelse etter mye tørr vitenskap, særlig inntatt i Nottinghams eldste pub, der selv kingelene er middelaldrige. Her tok korsridderne avskjed før de dro til det hellige land, derav navnet "Last inn before Jerusalem". Og nå har den oppmerksomme leser alt skjønt at ringen er sluttet. I pubens tak er et hull. Det er utgangen av Mortimers tunnel. Her ble han tatt. England er rar.

Anne Luise Kirkengen  
Institutt for allmennmedisin  
Fredr. Stangsgt. 11-13  
0264 Oslo.



## *Prinsesse Urtete*

*Drej blot hodet bort!  
 Mine blikke er en bisværm  
 du alligevel ikke kan undgå.  
 Du må hellere lægge benene overkors, ja  
 og passe bedre på dit skin.  
 Det stråler altfor stærkt herover  
 til at virke helt tilfældigt.  
 Prinsesse Urtete!  
 du fylder min antikke mund  
 med kagekrummer og vanddråber.  
 Ventemand fra et camoufleret hjerte.*

*Jeg sidder her, på den anden side af bordet  
 mens mine øjne leger hænder, tunge, arme!  
 Mens mine øjne ler  
 ad billedeerne på indersiden af vores tanke  
 mens mine øjne lukke sig halvt  
 i længsel efter mørket hvor vi kan ligge tæt,  
 kun iført neglelak og myggestik,  
 og med det udtryk som elskende og evnesvage  
 har tilfælles.  
 Kun svagt klare over lydene udenfor,  
 fragmenter af vores liv  
 drysser til jorden som aske  
 i takt med vores åndedræt.*

*Noget med kroppe der styrter sig mod hinanden  
 noget med stikflammer i skødet  
 (nu går du i spænd)  
 noget med hud mod hud  
 mod hud. Noget med øjeblikket  
 hvor vi kommer ud af tunnelen  
 og træder ind i hinanden  
 (nu går du i spinn)-*

*Prinsesse Urtete!  
 Du fylder min skøre tekop  
 med smil og vild honning.  
 Drej hellere hodet væk  
 og pas lidt bedre på dit skin!  
 Du lugter af kærlighed helt herover nu.*

*Ja, mine øjne griber mindst et par timer endnu.  
 Jo, du kan trygt lægge dig tilrette.  
 Ja, jeg sidder lige her,  
 og jeg blir siddende.*

## Farmakoterapi i allmennpraksis

### 23-25 november 1992

Kurset er først og fremst beregnet på allmennpraktiserende leger, men er også åpent for andre med interesse for farmakoterapi. Kurset teller med 25 timer i relasjon til spesialistreglene i allmennmedisin.

**Formålet** med kurset er å

- gi økt innsikt i generelle prinsipper for medikamentell terapi
- gi større innsikt i vurderingen av legemidlers effekt hos den enkelte pasient
- gi økt innsikt i egen forskrivningspraksis, inkludert legemiddeløkonomi
- gjøre allmennpraktikeren bedre rustet til å vurdere legemiddelinformasjon/legemiddelforskning

**Kurssted:** Soria Moria (deltakerne må selv bestille rom, oppgi "kurs 2428" som referanse)

**Kursavgift:** kr 900,-

**Deltakerantall:** Maksimum 60

**Kurskomité:** Førsteamanuensis dr philos Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, lege Trine Bjørner Dybwad, Bogstadveien legegruppe, førsteamanuensis dr med Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin, amanuensis cand med Jens Eskerud, Institutt for farmakoterapi.

#### Program:

##### Mandag 23. november 1992

Møteleder: Ivar Aursnes/Jens Eskerud

09.45	Presentasjon av kurset Opprop, krav til kursbevis	Trine Dybwad
<b>5-10 minutter diskusjon er inkludert i hvert innlegg.</b>		
10.00	Gruppearbeid, farmakoterapeutiske problemer; hjerte-kar-kasuistikk. Presentasjon og diskusjon av løsninger. Ivar Aursnes, Jan-Ivar Kvamme.	
13.00 - 14.15	Lunsj	
14.15 - 15.00	Kommunikasjon knyttet til reseptutskriving. John Nessa.	
15.00 - 15.40	Etterlevelse. Bruk av skriftlig informasjonsmateriale. Marit Andrew, Jens Eskerud.	
15.40 - 16.00	Pause	
16.00 - 17.00	Legemidler og eldre - strategi for bedre forskrivningsrutiner og bedre farmakoterapi. Jørund Straand, Marit Andrew	
17.00 - 18.00	Handlingsprogram for hypertensjonsbehandling. Jan-Ivar Kvamme. Terapivalg, legemiddeløkonomi, diskusjon.	
ca. 18.30	Felles middag	

##### Tirsdag 24. november 1992

Møteleder: Trine Dybwad

<b>5-10 minutter diskusjon er inkludert i hvert innlegg.</b>		
08.30	Gruppearbeid: Kasuistikk - hofte/ryggpasienter med diverse tilleggsproblemer Per Knut M. Lunde	

09.20	Presentasjon og diskusjon. Per Knut M. Lunde
10.15	Smertebehandling ved kroniske artritter og artrose. Anne Glennås
10.45-11.15	Pause
11.15-11.45	Status for ulcusbehandling. Per Knut M. Lunde
11.45-12.45	Osteoporose. Hvem skal ha østrogener? Diskusjon. Jan Falch
12.45	Lunsj
14.00-15.30	Medisinsk kreftbehandling: Forventninger hos lege og pasient. Hva er realistisk? Stener Kvinnsland
15.30-16.00	Pause
16.00-17.00	Klinisk prøvning i allmennpraksis. Vurdering av forskningsprotokoller. Sidsel Graff Iversen
17.00-18.00	Hva skal det fokuseres på; hva er relevant for allmennpraksis? Effekt/bivirkningsregistrering med særlig vekt på fase 4. Terje Risanger/Egil Bodd

**Onsdag 25. november 1992**

Møteleder: Olav Rutle/Ingrid Matheson

**5-10 minutter diskusjon er inkludert i hvert innlegg.**

08.30 - 10.30 Gruppearbeid, farmakoterapeutiske problemer, kasuistikker med psykofarmaka. Presentasjon og diskusjon av løsninger. Bjørn Gunby, Olav Rutle

**Kaffe kan hentes fra kl. 9.30 på vei til plenumsalen**

10.30 Kvalitetssikring av legemiddelbruk i primærhelse-tjenesten. Per Hjortdahl  
Selvevaluering av egen forskriving i Nord-Gudbrandsdalen, samarbeid mellom apotek og primærhelsetjenesten. Felles standard/kriterier for forskrivning av benzodiazepiner. Samtale mellom deltakerne og Halvard Eskeland (allmennpraktikerens erfaringer), Arne Rudjord (apotekerens erfaringer), Ingrid Matheson (forskerens erfaringer).

12.30 Lunsj

14.00 Tema: Klinisk farmakologi; Interindividuell variabilitet, praktiske doseringsprinsipper, verdi av serumkonsentrationsmålinger, interaksjoner - når er dette viktig? Forholdet mellom allmennmedisin og klinisk farmakologi.  
Odd Brørs

15.00 Oppsummering, evaluering, kursbevis.

15.30 Slutt

Det tas forbehold om mindre endringer i programmet.

**Påmelding:** Skriftlig innen 15. september 1992 til Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, postboks 1065 Blindern, 0316 Oslo.



MELDINGER



Jacques Honore er cand. med. fra Odense universitet 1982. Han har en lang sykehuskarriere bak seg med ansættelser på kirurgisk, indremedisinsk, nefrologisk, psykiatrisk, pediatric og gynekologisk-obstetricisk avdeling. Praksisreservelege i 6 måneder. Fra januar 1990 kommunelege i Stavanger, først som legevaktsjef og fra april 1992 ved Kvernevik legesenter.

## Guide to Clinical Preventive Services.

**An Assessment to the Effectiveness of 169 Interventions Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Williams & Wilkins, 1989, ISBN 0-683-08507-7.**

Denne bog indeholder en vurdering af effektiviteten af 169 profylaktiske procedurer overfor 60 forskellige lidelser.

Den er en rapport fra "The U.S. Preventive Services Task Force", en arbejdsgruppe under det amerikanske sundhedsministerium. Arbejdsgruppen består af 20 eksperter, de fleste læger og ca halvdelen samfundsmedicinere. Til at assistere sig med udarbejdelsen af denne rapport havde gruppen ca 100 "staff members, coauthors and senior advisors" og ca 300 "reviewers". Gruppen blev dannet i 1984 med det formål, at "udvikle anbefalinger for klinikere i brugen af preventive foranstaltninger, baseret på en systematisk vurdering af beviserne for foranstaltningernes kliniske effekt". En væsentlig inspirationskilde var en tilsvarende kanadisk gruppe, som har offentliggjort flere rapporter med anbefalinger om indholdet af periodiske helbredsundersøgelser. Arbejdsgruppen og dens mere end 400 medarbejdere har arbejdet med projektet i mere end 4 år. Det er flere grunde til at det amerikanske sundhedsministerium igangsatte dette mammoutprojekt: flertallet af dødsfald hos personer under 65 år kan forebygges, og en stor del kan forebygges gennem

en medicinsk indsats. Selvom vi har viden om, hvordan disse dødsfald kan forhindres, undlader vi ofte at viderebringe denne viden til vore patienter. Dette skyldes blandt andet dårlig betaling for profylaktisk arbejde og dårlig tid. Arbejdsgruppen mener imidlertid, at to væsentlige grunde er usikkerhed blandt lægerne om, hvordan vi bedst "forebygger", og skepsis til, om forebyggelse nytter. Især har mange været skeptiske til værdien af rutineundersøgelser af raske personer, som vi f.eks. ser det på helsestationen, i skolehelsetjenesten og i bedriftshelsetjenesten. Mange forskellige instansers til dels modstridende anbefalinger bidrager også til at øge vor usikkerhed.

Det var derfor behov for en systematisk vurdering af nytten af forebyggende foranstaltninger og behov for praktiske, kliniske anbefalinger af, hvordan læger bedst udfører forebyggende arbejde.

Arbejdsgruppen beydte sit arbejde med at optegne 60 forskellige sygdomme og skadeårsager; udvalgt fordi de kvantitativt og kvalitativt er vigtige, og fordi de er potentieltilgængelige for medicinsk profylakse.

For hver lidelse udvalgte gruppen profylaktiske foranstaltninger, som man ville vurdere nytten af. Kun primær- eller sekundærprofylaktiske foranstaltninger (dvs. som tager sigte på at forhindre lidelsen i at opstå eller på at opdage subklinisk lidelse) blev vurderet. Kun foran-

staltninger, som er relevante i almindelig klinisk praksis blev medtaget.

Foranstaltningerne kan inddeltes i 4 grupper: screening, rådgivning, vaccination og kemoprofilakse.

Dernæst fastsatte man kriterier, som skulle opfylles, for at betegne en foranstaltning som effektiv.

Den relevante (engelsksprogede) litteratur blev indsamlet ved hjælp af EDB-baseret litteratursøgning og vurderet af de 400 medarbejdere i henhold til de opstillede kriterier.

Forarbejdet beskrives i bogens 2 indledende kapitler. Dernæst følger arbejdsgruppens vurderinger og anbefalinger.

Først opstillet i 8 skemaer, som angiver anbefalede foranstaltninger i forskellige aldersgrupper - fra fostertilværelsen til alderdommen.

Hvert skema anfører risiko-grupper, som bør tilbydes særlig tiltag.

Skemaerne resumérer gruppens anbefalinger, som herefter beskrives i detaljer i 60 kapitler, et for hver lidelse. Hvert af de 60 kapitler indeholder gruppens anbefalinger, omtale af lidelsens betydning, effekten af profylaktiske foranstaltninger, effekten af tidlig opdagelse af lidelsen, andre gruppens anbefalinger, diskussion og til sidst konkrete, praktiske anbefalinger til klinikeren.

Konkluderende fremhæver arbejdsgruppen, at selvom screening og vaccination er af meget stor værdi, så ligger den væsentligste profylaktiske gevinst i at påvirke pa-

tientens (uheldige) livsstil. I den personlige kontakt med den enkelte patient har lægen en enestående og effektiv mulighed for at påvirke. Desværre forsømmer lægen nok ofte forebyggende rådgivning, selv i situationer, hvor rådgivning er relevant, og hvor patienten forventer den. Rapporten lægger stor vægt på, at rådgivningen må tilpasses den enkelte patient, med andre ord "skräddersys" efter alder, køn og tilstedevarrelsen af individuelle risikofaktorer. Derfor er en vurdering af patientens risikofaktorer væsentlig.

Hvis vi skal blive i stand til at motivere patienten til at ændre livsstil, må vi selv ændre stil. Patienten er sin egen behandler og må ud af sin passive modtagerrolle. Rolleskiftet kan være vanskeligt for patienten; men måske vanskeligst for lægen, som har fordelt rollerne, og som ser sig selv som den vidende, den som skal bestemme. Det ene problem er så centralt, at bogen indeholder et selvstændig kapitel om at vejlede. Arbejdsgruppen mener, vi må lære at indpasse forebyggelse i alle vore konsultationer. Mange af vores patienter ser vi kun i forbindelse med sygdom eller skade. De fleste er vel også meget modtagelige for rådgivning i disse situationer.

Der er store forskelle mellem det amerikanske og det norske sundhedsvæsen. I USA bruger man næsten dobbelt så stor en del af bruttonationalproduktet på sundhedssektoren. Det er centralt for

forståelsen af amerikanske forhold at vide, at man i USA betragter sygdom som et individuelt problem. Dette afspejles i private lægeskoler, private sygehuse og private sygeforsikringer. Vi har tradition for at betragte sygdom som uforskyldt, og har blandt andet derfor ment, at behandling og betaling for behandling af sygdom skal være fællesskabets ansvar.

Trots væsentlige forskelle i organiseringen af sundhedsvesenet, er der ikke den store forskel på de problemer, vi har at slås med: mangel på penge, tiltagende afstand mellem behandlingsmuligheder og resourcer, stigende utilfredshed hos patienter og læger.

Vi må nok påtage os vor del af skylden for denne misere. Vi har bidraget til medikaliseringen: flere og flere samfundsproblemer er blevet gjort til medicinske problemer.

Vi har bidraget til troen på, at man kan behandle sig ud af ethvert problem. På en måde er vi blevet ofre for vores egen succes.

Skal vi bedre sundhedstilstanden, er den eneste realistiske mulighed at lægge større vægt på forebyggelse.

Tidligere generationer af læger var langt mere opmærksomme på betydningen af at forebygge. Paradoksalt nok skyldtes det vel, at deres kurative muligheder var langt mindre end vores. Indsatser for at sikre rent vand, ordentlig mad, gode boliger, opsporing og behandling af smitsomme sygdomme og vaccinationer har, sammen med

velstandsudviklingen, lagt årtier til vores livslængde og øget vores livskvalitet.

Den gamle erfaring, at det er bedre at forebygge end at helbrede, synes delvis at være gået tabt.

Jeg mener ikke, vi skal kassere den kurative medicin og heller ikke, at vi skal påtage os ansvaret for at reformere samfundet. Til gengæld har vi et ansvar for at gøre opmærksom på konsekvenserne af vores levevis. Ansvaret har vi i politisk sammenhæng og overfor den enkelte patient. Vi må gøre opmærksom på, at ikke alt kan behandles væk.

I bogens indledning hedder det, at "the publication of the U.S. Preventive Services Task Force "Guide to Clinical Preventive Services" is a significant event in the health of the nation", og at bogen er resultatet af "the most comprehensive evaluation and synthesis of preventive interventions to date". Det er store ord, men næppe overdrevne.

"Guide to Clinical Preventive Services" er velskrevet, inspirerende og praktisk nyttig. Den har forslag til individuelt tilpassede helscundersøgelser og har kapitler om de fleste af tidens kontroversielle "profylaktiske" emner: Højkolesterolæmi, hypertension, HIV, cancerscreening, alkoholismescreening, osteoporosescanning, østrogenbehandling og meget, meget mere.

Når dine patienter spørger dig, når du selv bliver i tvivl eller når "ekspert", interesse-

organisationer, konsensusrapporter og andre f.eks. anbefaler regelmæssig mammografi af kvinder over 50 år, rektoskopি eller afvøringsundersøgelse for blod hos personer over 50 år, belastnings-EKG af 50-årige mænd, acetylsalicylsyreprofylakse, influenza-vaccination osv. så vil "Guiden" fortælle dig, hvilke fakta som foreligger, og den vil give dig fornuftige vurderinger og anbefalinger.

**Legevакtsjef i Stavanger  
Jacques Honoré  
Korporalstubben 18 B  
4045 Hafrsfjord**

# Primærmedisinsk uke 1992

Primærlegen - spesialisten på livet?

Oslo 5.-10. oktober 1992

Soria Moria og Lysebu



Årets største begivenhet innen primærmedisin i Norge, arrangert av Alment praktiserende lægers forening, Offentlige legers landsforening og Norsk selskap for allmennmedisin.

## Primærmedisinsk uke 1992

Soria Moria og Lysebu, Oslo

5.-10. oktober

## Primærlegen - spesialisten på livet?

Uansett hva du som primærlege er faglig opptatt av vil du finne noe av interesse i Primærmedisinsk uke 1992.

Uka tilbyr et mangfold av kurs - fra diagnostikk til helsepolitikk. Kursene søkes godkjent til spesialiteten i allmennmedisin/samfunnsmedisin.

En fin mulighet til å møte primærmedisinske kolleger fra forskjellige arbeidsfelt.  
Daglige sosiale aktiviteter.

Hent inspirasjon og kunnskap - knytt nye sosiale og faglige kontakter.

Limerick- og fotokonkurranse med tema fra den primærmedisinske hverdag.

- **13 emnekurs**
- **11 praktiske småkurs a 2 timer**
- **Forskningsdag/frie foredrag**
- **Helsepolitisk formiddag**
- **Debattmøte om listepasientsystemet**
- **Internasjonal dag**
- **Stands og informasjon (teknisk utstyr, litteratur, medikamenter etc.)**

Program fås ved henvendelse til RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

C

Olav Rutle  
Sjøbergvn. 32

2050 JESSHEIM

Returadresse:  
UTPOSTEN  
5890 Lærdal

1341

## Innhold: UTPOSTEN nr. 5 1992

Leder Åsa Rytter Evensen	side 195
Livets opplevelse NN	side 196
Teknologien og den mangetydige legerollen - Intervju med Inge Lønning Åsa Rytter Evensen	side 199
Fra tyvens dagbok NN	side 202
En exrøkers bekjennelser Henning A. Nilsen	side 204
Intervju med Kirsti Malterud - norges første kvinnelige professor i allmennmedisin Åsa Rytter Evensen	side 206
Tanker om forebygging og helseopplysning Eivind Meland	side 208
En reise i mitt sinn Michael F. de Vibe	side 212
Blodtrykk og allmennpraksis Harald Reiso	side 216
De velsignede vaktene Berit Tveit	side 220
Seriesex - glede eller gru? Åsa Rytter Evensen	side 223
Kjerneklassifikasjon for primærhelsetjenesten (ICPC) Bent Guttorm Bentsen	side 225
ICPC og begrepsforvirring Søren Brage og Gunnar Tellnes	side 228
Dødelig legemangel Ivar Sønbø Kristiansen	side 230
EGPRW-vårmøte 1992 i Nottingham Anne Luise Kirkengen	side 232
Prinsesse Urtete Dikt av Bente Clod	side 235
Bokmelding: Guide to Clinical Preventive Services Jacques Honoré	side 238



- 100 % returfiber