UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7 - 8 1992 ÅRGANG 21

Tema: Virkelighet og visjoner

Å, disse fiolette morgentimer

Å, disse fiolette morgentimer
når tiden ennå er en våken drøm
og gleden går i store, blanke stimer
igjennom sinnets klare understrøm.

Når jord og himmel er en gjennomsiktig
bekreftelse på det at du er til,
og alt er godt og ingenting er viktig
unntagen noe skinnende du vil

med dette ufødte som hviler i deg
og rolig lengter etter å bli brukt,
som fugleungens vinger bærer i seg
sin sommerhimmel og sin himmelflukt

Av Inger Hagerup
(Fra "Strofe med vinden" 1958)

Redaksjonen er avsluttet 10.10.92 Framside: Ragnhild Gjerstad

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

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett: 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

Mangfold og muligheter - verdier og veivalg

Det er mangt mellom himmel og jord. Det kan også av og til være langt mellom himmel og jord, mellom visjoner og virkelighet. Men den som har begge beina på jorda, står stille. Uten utsyn kommer vi ikke videre. Stivner vi i hverdagen, kan vi bare se vår egen navle. På den annen side trenger vi bunnsolid bakkekontakt for å kunne omsette idealer og utopier til håndfaste hverdager.

Virkeligheten former visjonene, og visjonene former virkeligheten.

Primærmedisinen - summen av allmennmedisinen og samfunnsmedisinen - befinner seg midt i dette spenningsfeltet. Virkeligheten bestemmer oppdragene og rammene våre, og det er visjonene som inviterer oss til fagutvikling, kompetanseheving og kreativ nytenkning. Våre normer og verdier bestemmer veivalg og utviklingslinjer og synet på hva som er godt og dårlig.

Vi i redaksjonen representerer forskjellige sider av denne virkeligheten, og våre visjoner har ulike nyanser og farger. Vi vil gjerne sende ut signaler om et fargerikt faglig fellesskap, og vi tror på mangfold og samhandling i verden. Vi har lagt vekt på å vise fram mangfoldet i løpet av disse fem årene, i håp om å stimulere til bredde og romslighet i fagmiljøet vårt.

Postmodernistene sier at det finnes ikke *en* virkelighet lenger - vi har alle vår lokale og individuelle virkelighet. Den postmoderne versjonen av normer og verdier, er at alt er like godt - i hvert fall for den enkelte. Da blir virkelighet og visjoner private fenomener som aldri kan gjøres til et felles anliggende.

Dette er kanskje en vulgærversjon av postmodernismen. Men den kan gjøre nytten som en spissformulering som kan vise oss behovet for forpliktende samarbeid for felles visjoner ut fra ulike virkeligheter. Da må vi våge å lære av hverandres erfaringer og reflektere over egne og andres synspunkter.

Men skal vi sammen bygge et konsistent fagfelt i norsk primærmedisin, er det ikke nok å respektere hverandres forskjellighet. Vi må også ta stilling til hvorhen vi vil med faget vårt, slik at vi kan utvikle kritisk refleksjon og tydelige strategier. Vi ønsker oss ikke et virkelighet der alle versjoner av primærmedisinens visjoner skal være akseptable eller ønskelige.

⇛

Vi ønsker oss et faglig klima der vi kan føre faglige debatter og tåle faglige konflikter - et klima der reelle interessemotsetninger kan holdes opp mot lyset, og ikke feies under teppet. Vi tror at fagets framtid er avhengig av at vi klarer å utvikle et forpliktende fellesskap som er i stand til å si tydelig ja til det som er godt, og like tydelig nei til det som er dårlig.

Med dette avskjedsnummeret av Utposten vil den avtroppende redaksjon si takk for seg.

Gjennom våre egne bidrag i dette nummeret vil vi tegne et bilde av verdier og utviklingslinjer som *vi* har tro på, ut fra den faglige virkeligheten som *vi* lever i og kjenner.

Det har vært en flott utfordring for både virkelighet og visjoner å leve med Utposten i disse fem årene. Vi sender stafettpinnen videre til neste redaksjonsgruppe, og ønsker lykke til!

❑

Ansvarlige for dette nummer: Samtlige redaktører

Samfunnsmedisinsk ballade

Mel. "He is dead but he won't lie down".

1

Vi kan huske en trall
fra de gyldne 70-tall
noen brokker av'n i alle fall
På distriktslegens kontor - var optimismen stor,
det var Sundhetslov - og Evangs ord
og han sleit,
det var greit,
og i ensomhet han tenna sammen beit.
Det var kun å stå på,
og det gikk nok så som så,
men han ble der ofte mange år.
Han var elsket med respekt,
fulgte slekt etter slekt,
fikk en innsikt verdt i gull sin vekt.
Hva har skjedd?
He is dead!
og hans aske er for alle vinder spredd.
Men i myter han bor,
i de svulmende ord,
og i folkesjela langt mot nord.
Selv om fredning er for sent
kan vi spørre ganske pent
VAR HAN VERNEVERDIG BENT OG RENT?

2

Vår forventning var stor,
da den landet på vårt bord,
i 84 kom de store ord.
En kommunehelselov
viste vei i snø og kov,
og kommunelegen dro mot nord,
og de sleit,
det var greit,
og de lange dager gjorde lønna feit.
Organisasjonsstruktur
satte legene i bur,
snart så gikk de både trøtt og sur.
Og en driftsavtale god
langt fra rådmann, slit og sno
sør for Sinsen hvor han helst vil bo,
og de dro,
ned seg slo,
tida nordpå ble et alibi må tro.
Rekrutteringsproblem
"Ingen søker" nå igjen,
og på bygda satt de få igjen.
Stimuleringstiltak ble
dømt av KS nord og ned
NÅ TAR VI ROTTA PÅ DE LEGENE!

3

Hvor ble framtidstrua av,
og hvor står vi i dag,
når vi ser så mange tapte slag?
Og kommunelege I
er vår skadeskutte venn,
som så gjerne vil ha makt igjen.
Er han død?
Vann og brød,
er han druknet i en ensom, stille sjø?
Er han syknet i sin seng,
'stoppet ut hos Jakob Eng?
Er han bare blitt et festrefreng?
Men hør: noen har holdt ut
i sin tro til siste slutt,
resusciterer mens det ringes ut.
Til Wadahl de dro,
og i gruppe forsto
at det snarlig kanskje måtte gjøres no'.
Skal det kalles et svik
at det skulle ende slik?
For vi kjenner at det lukter lik.
Eller skal vi reise oss
med en knyttneve i tross:
HE IS DEAD, BUT HE WON'T LIE DOWN!

Veiledersamling kull 5
3. samling, Wadahl Hotell mai 92.

Gruppe 1
v/Henrik Brochmann m.fl. ❑

En hverdagsvisjon våren 1992?

Gunn Aadland var turnus/distriktslege på Træna 1982 - 83. Kommunelege i Vågsøy kommune 1983 - 89, først i Måløy 2 år, deretter på Bryggja i 4 år. Bydelslege II i Storhaug bydel, Stavanger fra 1989. Spesialist i allmennmedisin. Mor til Ane 13 år, Andreas 10 år og Lars Olai 7 år.

Av Gunn Aadland

Hverdagserfaring 1

To jenter på 12 år kommer innom mitt kontor på en av byens skoler. De kommer begge fra tyrkiske kurderfamilier og har bodd kort tid i Norge. Jeg kjenner ikke deres historier, men vet at ferden til Norge har vært lang og kronglete. Nå har de lært seg norsk og er startet i en vanlig norsk skoleklasse. De forteller at begge har vondt i knærne - på akkurat samme måten. Det er særlig vondt når de har gymtimer på skolen. Jeg undersøker jentene og finner friske knær. Etterhvert kommer historien frem: De norske jentene har rosa kortbukser og pannebånd. Etterpå må de dusje sammen med alle de andre jentene. Kulturkløften oppleves tydeligvis å være uoverstigelig. Jeg lover å snakke med frøken, og håper hun har gode ideer. Jeg ser ut vinduet: De rusler stille over skoleplassen igjen. Jeg håper i mitt stille sinn at de treffer fornuftige voksne på vei inn i en ungdomstid i Norge. Det er godt at de er to ungjenter med hodetørkler og gammeldagse klær.

Hverdagserfaring 2

Det går et halvt års tid. Jentene er ferdige på vår barneskole. Nå er de blitt ungdomsskolejenter. Jeg ser dem ikke lenger i skolegården. Men en dag er lærerne på bydelens ungdomsskole i avisa. De er tydelig slitne av integreringsoppgavene i skolen. De etterlyser mer ressurser og vil også ha mer egenaktivitet fra innvandrerne selv. Integreringsoppgavene i forbindelse med gymnastikkundervisningen ble tatt opp som særs vanskelige. Debatten er i gang og ruller noen uker av gårde om: Hvem har ansvaret? Konsekvenser for norske barn? Konsekvenser for bydelen? Snillisme? etc. En av bydelens barneskoler henger seg på: de er alvorlig bekymret for hva den store andelen innvandrerbarn vil gjøre med deres skole.

"En visjon er en billedrekke som viser seg for ens indre blikk"

står det i mitt leksikon. En visjon gir rom for subjektiviteten - og for drømmen. Under avisdebatten om innvandrere og belastning på skolen trer hverdagsbildet av de tyrkiske jentene som rusler duknakket over skolegården frem. Jeg var skolelege for jentene og har min arbeidsplass i bydelen hvor debatten startet. Jeg er likevel ikke i posisjon til å gå inn i den lokale debatten om integrering.

Min drøm er at de tyrkiske jentene en dag skal gå rakrygget over skoleplassen.

Dette er ingen allmennmedisinsk visjon, heller ingen helsepolitisk visjon, mer en tanke som ikke slipper taket.

Selve temaet er overveldende stort og komplisert og kaller på eksperters tale. Men utifra en sterk overbevisning om at visjoner ikke bare er forbeholdt eksperter, lar jeg denne få tiden på seg over sommeren. Jeg prøver å holde fast på bildet av de tyrkiske jentene som går stolt over skoleplassen.

Sommeren gikk med til å kretse rundt hverdagsvisjonen, til å prate med folk og til å lese - innimellom arbeid og ferieliv. Jeg prøvde å finne fram til lesestoff som kunne utfordre mine tanker. Sommeren har det i seg at den gir ro til å la indre bilder tre tydelige frem.

"Jeg er ikke rasist, men....."

Ottar Brox er en av våre kjente samfunnsforskere. Han har tidligere levert viktige bidrag til diskusjon om bygdenæringen og Nord-Norges framtid. Han har vært aktiv i den politiske debatt på venstresida, og var sentral i EF-debatten. Han har skrevet boken *"Jeg er ikke rasist, men....."* med undertittelen *"Hvordan får vi våre meninger om innvandrere og innvandring?"*.

Foto: Kari Gorwitz

Hvordan utvikler vi våre synspunkter på dette at vi stadig får nye landsmenn svært forskjellige fra oss nordmenn, og stort sett fra den fattige del av verden?

Om vi har en saklig, faglig eller praktisk interesse av hvordan innvandring påvirker norske institusjoner, utgjør skoler der innvandrere er i stort flertall, nabolag med sterkt innslag av "nye nordmenn", eller arbeidsplasser som tenderer mot å overtas av innvandrere, eksperimentsituasjoner som kan gi mye innsikt. Hvilke konsekvenser har dette i skolen? Hvordan påvirkes livet i gata? Hvordan blir arbeidsplassen?

Gamlebyen skole i Oslo fungerer som et teater som framstiller visse sider av samfunnsutviklingen for nordmenn i egenskap av tilskuere. En skoleklasse kan utløse symbolprosesser, mot såvel positive utopier som negative skrekkvisjoner.

Hvordan uttrykker vi disse meningene og holdningene? I hvilken sammenheng?

I perioder preges norske media, særlig dagsavisene, sterkt av reportasjer og kommentarer om innvandrerspørsmål. Det er først og fremst drastisk uenighet, sterk språkbruk og klar polarisering som preger mediabildet. Det mest generelle som kan sies om sammenheng mellom folks innvandrerholdninger, er at standplassen bestemmer standpunktet.

Den som er i en utsatt posisjon har lettest for å utvikle negative holdninger. Her bygger Brox på en undersøkelse av Hernes og Knudsen (1989). De dokumenterer en sammenheng mellom positive innvandrerholdninger og flere indikatorer for det som kalles "individuelle ressurser", som utdanning, inntekt og yrkesstatus. Den praktiske betydning av meningsdannelse består først og fremst i at folkemening setter grenser for myndighetsatferd.

Myndighetenes handlingsmuligheter vil et godt stykke på vei bestemmes av hva slags meninger folk flest har om innvandrere og innvandring.

Hva skjer så i den norske befolkning? Brox skriver at motvilje mot innvandrere ofte uttrykkes i kultur- og ikke i rasetermer. "Kulturen" kan få skylden når innvandrere opptrer på en problemskapende måte når de kommer hit. Men mye meningsdannelse bygger også på den oppfatning at innvandrerproblemer er skapt av norske myndigheter, og ikke rasetrekk ved innvandrere eller av kulturforskjeller. Innvandrere får bedre mulighet til velferdsgoder enn de som er født her og har bygd opp dette landet. Brox hevder at disse situasjonelle oppfatningene dominerer over de kulturbestemte.

Hva slags politiske og andre konsekvenser får denne meningsdannelse?

Brox avslutter boka med å gjøre seg opp tanker om mulige prognoser for norsk innvandrerpolitikk. Han peker på muligheter som begynner å bli tydelige i norsk debatt.

- Den norske eliten vil ha åpne grense og stor offentlig ressursbruk på hver innvandrer.

- Det ansvarlige sosialdemokrati vil ha sterk kontroll med sikte på å holde antallet nede, men er villige til å bruke mye offentlige midler på hver innvandrer for å sikre arbeiderklassen strategisk posisjon i markedet.

- Fremskrittspartiet vil bruke minst mulig ressurser på hver innvandrer, og vil dessuten ha færrest mulig innvandrere.

Det er vel det ansvarlige sosialdemokrati som ligger nærmest den en må kalle tyngdepunktet i norsk opinion. Å hjelpe flest mulig, uten at det går ut over den norske arbeiderklassen, og la felleskassen bære utgiftene, det er en politikk i god norsk tradisjon.

Boka er først og fremst et samfunnsfaglig bidrag til innvandringsdebatten. Den har til tider et vanskelig språk, men den er nyttig for å rydde opp i begreper og den gir skarpskodde analyser av norsk debatt. For meg gir den nyttige innspill i den lokale skoledebatten i vår bydel. Den ble synlig som et lokalt teater med symbolverdi.

⇛

"Veien til et mer eksotisk Norge"

Thomas Hylland Eriksen er sosialantropolog og skribent. Han har skrevet boka *"Veien til et mer eksotisk Norge - en bok om nordmenn og andre underlige folkeslag"*, som kom ut i 1991.

Forfatteren presenterer to hensikter med å skrive boka. Han ønsker å rydde opp i en forvirret og forvirrende samtidsdebatt om innvandring og kontakt mellom representanter fra ulike kulturer. Videre ønsker han en debatt av mer moralsk/politisk art. Innvandring er ifølge Hylland Eriksen en logisk nødvendighet, en moralsk forpliktelse og et kulturelt gode. Kulturelt mangfold trenger ikke å utgjøre noen trussel mot den norske egenart - det kan faktisk være med på å styrke det særnorske fordi vi oppdager hvem vi selv er gjennom kontraster.

Forfatteren presenterer oss for en del begreper og tenkemåter fra sosialantropologien. Han skisserer hvordan og hvorfor etterkrigstiden har sett fremveksten av et verdenssamfunn som i visse henseender blir mer og mer flerkulturelt. Det beskrives hvordan verden er skrumpet inn etter kolonitiden og hvilken betydning kommunikasjonsmidler har hatt i å oppløse tidligere veldefinerte grenser mellom kulturelle tradisjoner. Dagens etniske konflikter plasseres historisk gjennom en presentasjon av de vanlige europeiske måter å tenke om fremmedkultur på. Han siterer den franske antropologen Claude Levi-Strauss som har sagt at ethvert samfunn må finne sin likevekt mellom isolasjon og kontakt med andre samfunn for å kunne realisere sitt kreative potensiale.

Boken inneholder en beskrivelse av innvandreres møte med Norge. En del typiske konfliktsituasjoner mellom nordmenn og innvandrere tas opp. Forfatteren skiller mellom grunne og dype kulturkonflikter. De grunne konfliktene kan løses i et felles språk, og de skyldes som regel misforståelser og maktforhold. De dype konfliktene er desto vanskeligere å håndtere. de defineres som konflikter som fundamentalt sett har å gjøre med forskjellige syn på verdens moralske beskaffenhet.

Han går nærmere inn i mange dilemmaene og konfliktene som kan oppstå i et flerkulturelt samfunn. Forfatteren står selv for det han kaller en moderat kulturimperialisme hvor det er mulig å gå inn for bestemte oppfatninger om hva som er riktig og galt.

Hylland Eriksen er ambisiøs og optimistisk når han ser på hvilke praktiske mulighet vi har til å lykkes i å skape et fungerende flerkulturelt samfunn. Hans avslutningskapitel munner ut i et helhjertet forsvar for ghettobyen, der moralen er desentralisert og de tusen blomster får blomstre. Mens debatten pågår om innvandrerpolitkk i Norge, vokser det i stillhet frem bydeler og miljøer som kan fortelle oss at vi har permanente kulturelle minoriteter i dette landet.

Boka er skrevet i et humoristisk og overbevisende språk. Forfatteren legger ikke skjul på sine personlige synspunkter, allerede i bokas innledning får vi tak i disse. Jeg sitter nok med en følelse av at en konklusjoner er lette og kvikke, men likevel - jeg lar meg rive med av den optimistiske grunnstemning: Det er mulig. Det er derfor oppbyggelig lesning en sommer der man prøver å holde fast på en hverdagsvisjon.

"Ungdom med alternative utviklingsruter"

Det er sommer, og min lesning er spredt og utflytende til tross for at de har en slags samlehatt. Jeg føler trang til å hanke meg inn i kjente rekker igjen, og finner derfor fram til en lærebok for fagfolk i helse- og sosialsektoren. Den kom ut i 1992 og har som tittel *"Unge flyktninger i Norge"* og er en artikkelsamling. Nils Johan Lavik, psykiateren med ungdomsundersøkelsen tidlig på 70-tallet og som nå er leder for Psykososialt senter for flyktninger, har skrevet et kapitel om unge flyktninger.

Ungdom som har flyktet fra sine hjemland, bærer med seg psykologiske sår og arr etter påkjenninger de har vært utsatt for. Samtidig flyter disse sammen

Foto: Kari Gorwitz

med en psykologisk utviklingstråd som har vært innom mange sidespor. Disse ungdommene har ikke kunnet følge en ordinær rute fra barn til voksen. I stedet er de, ifølge Lavik presset inn på en "alternativ rute", som etterlater seg andre reaksjonsmønstre enn de som er vanlige under normale samfunnsforhold.

De farer, problemer og trusler som barn og unge i vår del av verden opplever, kan grovt deles inn i de som kommer fra nærmiljøet og de som kommer langt borte fra. "Nærtrusler" kan være tap, eller frykt for tap av foreldre og andre voksne. "Fjerntruslene" er for eksempel angst for krig, økologiske katastrofer og nøden i den tredje verden. Det er en realitet for barn og unge i vårt land at mange opplever nærtrusler. Men stort sett er fjerntruslene ikke umiddelbart ende for liv og helse. I store deler av den tredje verden har situasjonen for barn og unge vært dramatisk annerledes. De har opplevd krig, massakrer, sult, enorm fattigdom og sammenbrudd av lokalmiljø. Det som for barn og unge i vår del av verden har vært fjerntrusler, har for dem falt sammen med nærtruslene.

Lavik skriver at den virkeligheten barn og unge i den tredje verden har vært utsatt for, medfører to ting. For det første en direkte traumatisering med omfattende ettervirkninger, det såkalte "posttraumatiske syndrom". I tillegg har de også ofte bak seg en tapt barndom og ungdom. Det som skulle vært tid for nærhet i familien, lek med andre barn ofte blitt erstattet fattigdom, flukt og liv i flyktningeleirer.

"En lidelse uten grenser -møte med kurdiske flyktninger"

Karoline Frogner tar oss direkte med inn i en flyktningeleir. Hun er en norsk fotograf og filmarbeider som reiste etter kurdiske flyktninger fra Irak. Etter Gulfkrigen flyktet 2 millioner kurdere opp i fjellene, de slo seg ned i leire over grensen i Iran.

Karoline Frogner bodde en lengre periode sammen med dem i disse leirene. Hun fikk deres historie, med sitt kamera og gjennom samtaler. Det er en tragisk historie hun forteller, om sykdom og død. Et folk som sørger over sitt tapte

Foto: Kari Gorwitz

land. Hun forteller også om samhold, om kvinnene som holder livet sammen rundt vannpostene og på markene.

Dette er for meg sommerens sterkeste bok på mange måter. Den har bilder som ikke slipper taket. Den formidler lavmælt enkeltmenneskets stille dramatiske liv i en flyktningeleir. Enkeltmennesket får et navn og et ansikt. Den formidler også sorgen, uten de store dramatiske ord.

Våre beskyttende grenser mot omverdenen rokkes et øyeblikk - i møte med en shiamuslimsk jente som venter ved teltveggen. I møte med den gamle mannen som sørger over sitt tapte land.

Fortsatt en hverdagsvisjon høsten 1992

Høsten er kommet med vestlandsregn og lange arbeidsøkter. Et øyeblikk kan man angre seg at man har gitt seg i kast med visjoner som ikke er knyttet til det nære og kjente. Men desto viktigere kjennes det å holde fast på sine indre bilder. Sommerens leserunde har vært en litt sprikende runde. Den har overbevist meg om at dette stoffet er vanskelig, og den har har gitt grunnlag for nysgjerrighet.

Jeg ønsker at ungjentene fra Stavanger fortsatt skal danse i rosa nylonshorts og pannebånd, trygge og sterke. Men jeg ønsker at de har fått formidlet et verdigrunnlag som gjør at de kan danse sammen med Hacer og Zainad. I visjonen er de to tyrkiske jentene rette i ryggen når de krysser skolegården, og de har kanskje også begynt å danse - selv om de ikke er klar for rosa nylonshorts og pannebånd ennå.

Litteratur

1. Brox O. Jeg er ikke rasist, men... Oslo: Gyldendal, 1991.
2. Eriksen TH. Veien til et mer eksotisk Norge. Oslo: Ad Notam, 1991.
3. Kristofersen O (red). Unge flyktninger i Norge. Oslo: Kommuneforlaget, 1992
4. Frogner K. En lidelse uten grenser. Oslo: Cappelen, 1992.

Bydelslege Gunn Aadland
Storhaug helsesenter
Birkelandsgt. 2-4
4012 Stavanger

❑

En roman om båttur og verdier og livet selv

Pirsig RM.
LILA. AN INQUIRY INTO MORALS. New York: Bantam Books, 1991. 409 sider. Pris: $19.13.

Pirsigs første bok utkom i 1974. *"Zen and the art of motorcycle maintenance"* - en roman om en motorsykkeltur og om vitenskapsteori og om galskap og om livet selv. Forsiden hadde teksten "This book will change the way you think and feel about your life". Og boka holdt det den lovet, fordi den samtidig ga en massiv gjenkjennelse og en ny erkjennelse. Ikke småtteri, altså. En av de virkelig store bøkene jeg har lest, både innholdsmessig og litterært. En av de få bøkene jeg med stort utbytte har lest flere ganger. Et skikkelig oppgjør med firkant-tenkerne.

17 år senere kommer Pirsigs andre bok. Rykende fersk står den og venter på meg i hylla hos Barnes & Noble i New York, og jeg synes det er julaften i mai. La meg si det med det samme: Denne er ikke så fantastisk som den første. Men denne har også mye av motorsykkel-bokas fascinerende blanding av virkelighet og visjoner.

Her møter vi igjen Phaedrus, hovedpersonen fra forrige bok. Han har vært kjemilærer, forbigående gal, språkforsker og suksessforfatter. (Phaedrus' suksessbok kan til forveksling minne om Pirsigs suksessbok, men jeg vet ikke om Pirsig har vært kjemilærer.) Phaedrus leter etter ro og fred på sin havseiler, hvor han skal skrive sin neste bok, bl.a. om antropologer og indianerstammer og filosofiske spørsmål.

Men det blir lite ro og fred, fordi kvinnen Lila havner med ham på reisen. En av Lilas bekjente advarer Phaedrus på det sterkeste, for Lila er "en kvinne av lav kvalitet". Det blir mye trøbbel ombord, og Lilas liv er ikke enkelt. Men dermed blir det også en reise der Phaedrus får mye å tenke på, spesielt når det gjelder kvalitet og moral. "Does Lila have Quality?"

Boka veksler mellom nydelige stemningsbeskrivelser av solnedgangen på havet, reflekterende filosofiske passasjer, handlingsmettede scener mellom menneskene som er med, erindringer om den annerledestenkende sosialantropologen Dusenberry, og humoristiske episoder - f.eks. der Phaedrus selger filmrettighetene for suksessboka til Robert Redford på et hotell i New York.

I motorsykkel-boka skrev Pirsig mye om The Metaphysics of Quality, som handler om det vi ikke kan telle og måle, men som er minst like sant for det. I denne boka lar han Phaedrus tenke videre omkring Quality. Han sier at selv det mest steinhårde her i verden på en eller annen måte utgjøres av verdier, og dermed kan diskuteres. Han skiller mellom statisk og dynamisk Quality - på norsk kan vi kanskje forenkle dette til trygghet og utvikling. Hans favoritt er nok det dynamiske, samtidig som han argumenterer for at det beste er en passelig blanding av statisk og dynamisk Quality. Det nytter ikke å gjengi dette kort og norsk. Den som vil finne ut mer om hva dette handler om, må lese boka. Teorien er interessant, men jeg synes Pirsig innimellom nærmer seg det religiøse i sin trang til å presentere en totalteori om verden og hvorfor. Han setter også opp et hierarkisk system for ulike typer kvalitet som jeg ikke helt har sans for.

Men selv om det metafysiske innimellom tar av og blir litt digert, går det godt an å ha glede av denne boka. For det som er spesielt, også med boka om Lila, er blandingen av det episke, det poetiske og det filosofiske. Vi får en fortelling, vi får stemninger og vi får tanker. Jeg liker å lese bøker der jeg kan være på reise, der det er levende mennesker som tenker de tankene som står på sidene, og der jeg kan oppleve noe nytt både med hodet og hjertet. Fra slike bøker kan gode faglige visjoner hentes.

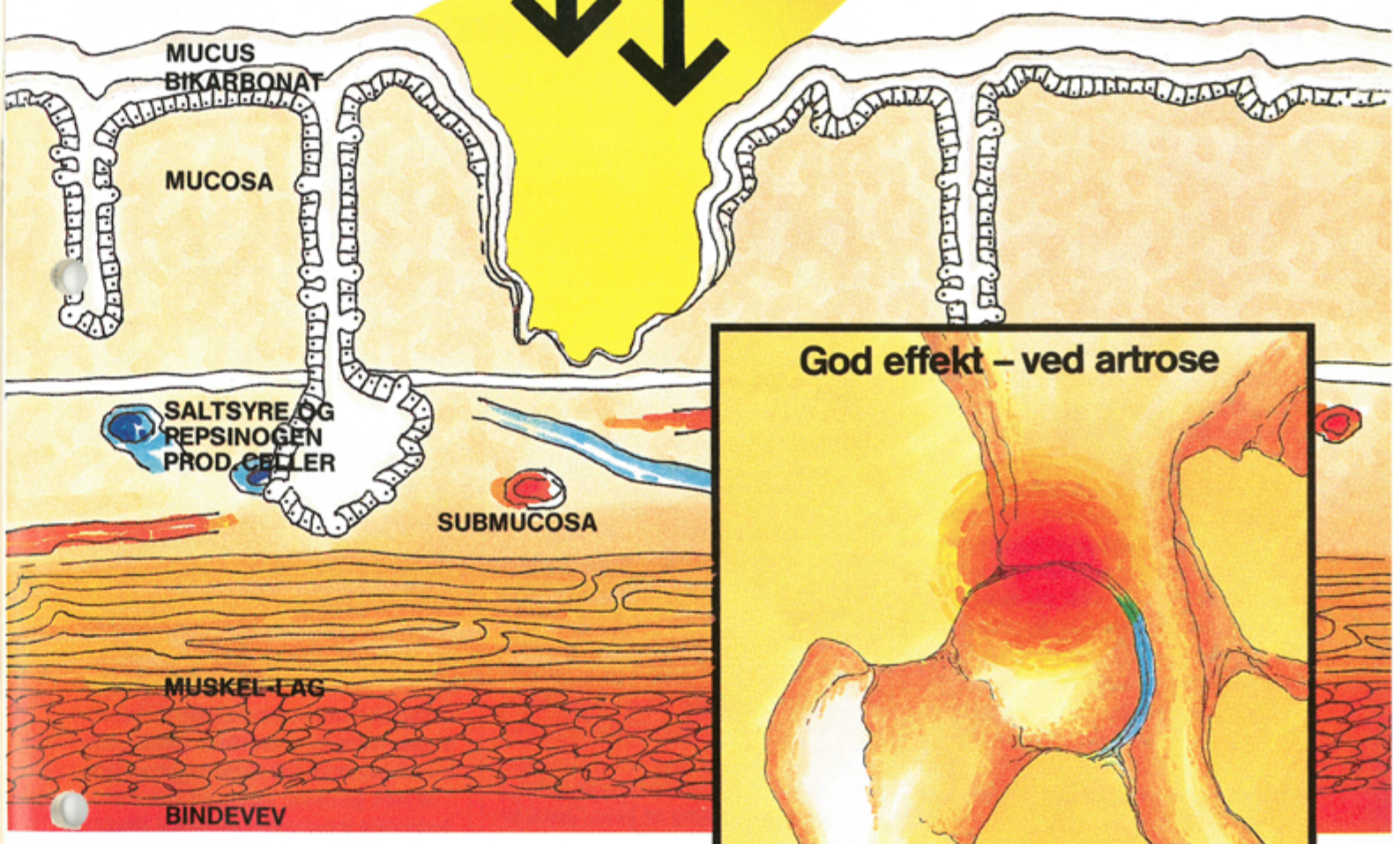
Boka er skrevet på et rikt engelsk, og jeg har brukt ordboka mye for å få med meg de litterære nyansene. Jeg synes den er lettlest - stykkevis direkte spennende. Den som leste motorsykkel-boka og ikke likte den, vil nok ikke like denne heller. Men blir du truffet av Pirsigs form og budskap, kan du se fram til gode timer i selskap med denne boka.

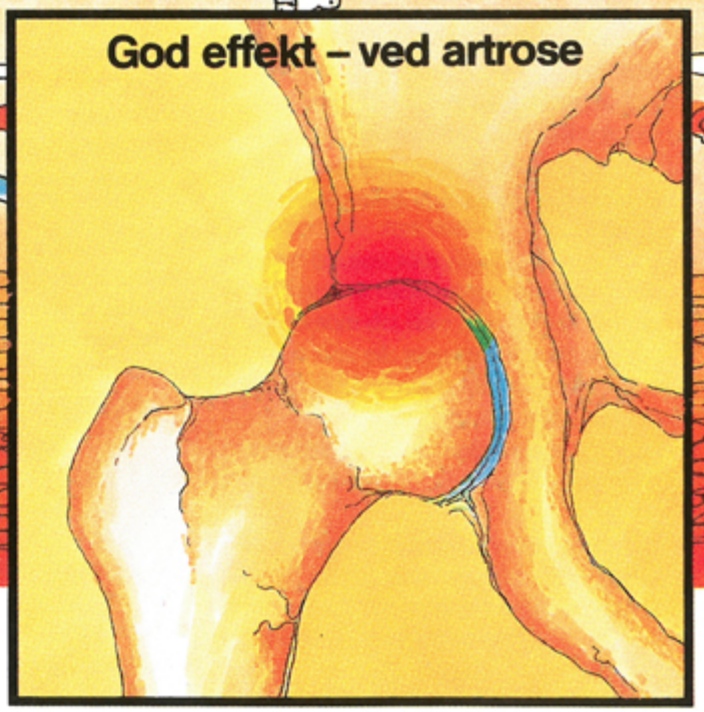
Kirsti Malterud

❑

Færre bivirkninger

enn vanlige naproxentabletter





NAPREN-E®

Enterodrasjerte naproxentabletter

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

Se forøvrig felleskatalogtekst

Nycomed Pharma A/S
Postboks 5012 Majorstua
0301 OSLO
Telefon 02 96 36 36

NYCOMED PHARMA

Helsens mysterium

Mette Brekke (f. 1953) er cand. med. Bergen 1979. Distriktslege i Karasjok 1981-85, kommunelege på Vinstra fra 1985. Siste 5 år halv stilling ved familiekontor og halv kurativ kommunelegejobb.

Hvordan tåler vi påkjenninger

For en som sysler med familieterapi er det ikke uvant å tenke løsning framfor problem. Men man kan merke at det bryter med folks vante tankegang. Forventningen er at "å snakke om problemene" er det som hjelper.

Av Mette Brekke

Hvis så terapeuten er mer interessert i å høre om de gangene familien lykkes enn de gangene den feiler og er opptatt av hvordan familien ønsker seg livet uten det plagsomme problemet - ja, så vil familien ofte oppleve dette som rart og overraskende (1).

På samme måte reagerte jeg da jeg i sommer leste Aaron Antonovskys bok *"Hälsans mysterium"* (2). Antonovsky er professor i medisinsk sosiologi, er oppvokst og utdannet i Brooklyn, men har arbeidet i Israel siden 1960. Han har bl.a. skrevet om ulikheter i sykelighet og dødelighet mellom samfunnsklasser.

Og nå har han skrevet en bok om helse. Den er en videreføring av boka *"Health, stress and coping"* fra 1979 (3). I forordet til den siste boka nevner han en hel rekke faggrupper han mener vil ha glede av å lese den: sosiologer, psykologer, helsesøstre osv. Og så har han ikke gitt opp håpet om at i hvert fall noen leger kan komme til å interessere seg for mer enn sykdom og derfor kan komme til å lese boka. Vel - som en av disse noen vil jeg her dele litt av det uvanlige og overraskende ved bokas tankegang med dere.

Livets turbulens

Det første er selve utgangspunktet - nemlig å spørre "Hva gjør at vi holder oss friske?" i stedet for "Hva blir vi syke av?".

OK - men det har vi leger spurt om lenge, vil noen si. Dessuten vet vi svaret. Eller svarene. Dem gir vi generøst videre som "forebygging" - råd om alt fra mosjon til kondombruk. Vårt utgangspunkt er da at det naturlige og normale er å være frisk, og det er man så lenge man holder seg unna de kjente risikofaktorene.

Riktignok har vi etter hvert lært at også "psykososiale faktorer" spiller en rolle. Skilsmisse, oppsigelse, at barna flytter - slike ting kan vi sette opp i en gradert skala over hva som virker mest skadelig (4). Rammes man av slike hendelser, er det ikke rart man blir syk. Vi ser på sykdom og helse som en dikotomi - enten det ene eller det andre. Man forblir frisk hvis man kan unngå det som gjør en syk.

Antonovsky snur dette på hodet. Han tar som utgangspunkt at når et menneske beveger seg nedover livets elv, er det nettopp ulikevekt, uorden, belastninger, "usunne" livsvilkår, vanskelige relasjoner, traumatiske tap, uholdbare arbeidssituasjoner, politisk uro osv. som er regelen. Vi lever alle i dette. Det er dette som er livet. Homeostasen er en myte, dikotomien frisk - syk likeså. Ethvert menneske kan heller sies å befinne seg et sted på en glidende skala mellom de to polene frisk og syk.

Følgen av dette blir at å spørre seg hva som framkaller sykdom i en organisme i frisk likevekt blir lite relevant. Spørsmålet må heller bli: hva er det som forårsaker helse i en organisme i stadig ulikevekt? Hva er det som gjør at noen

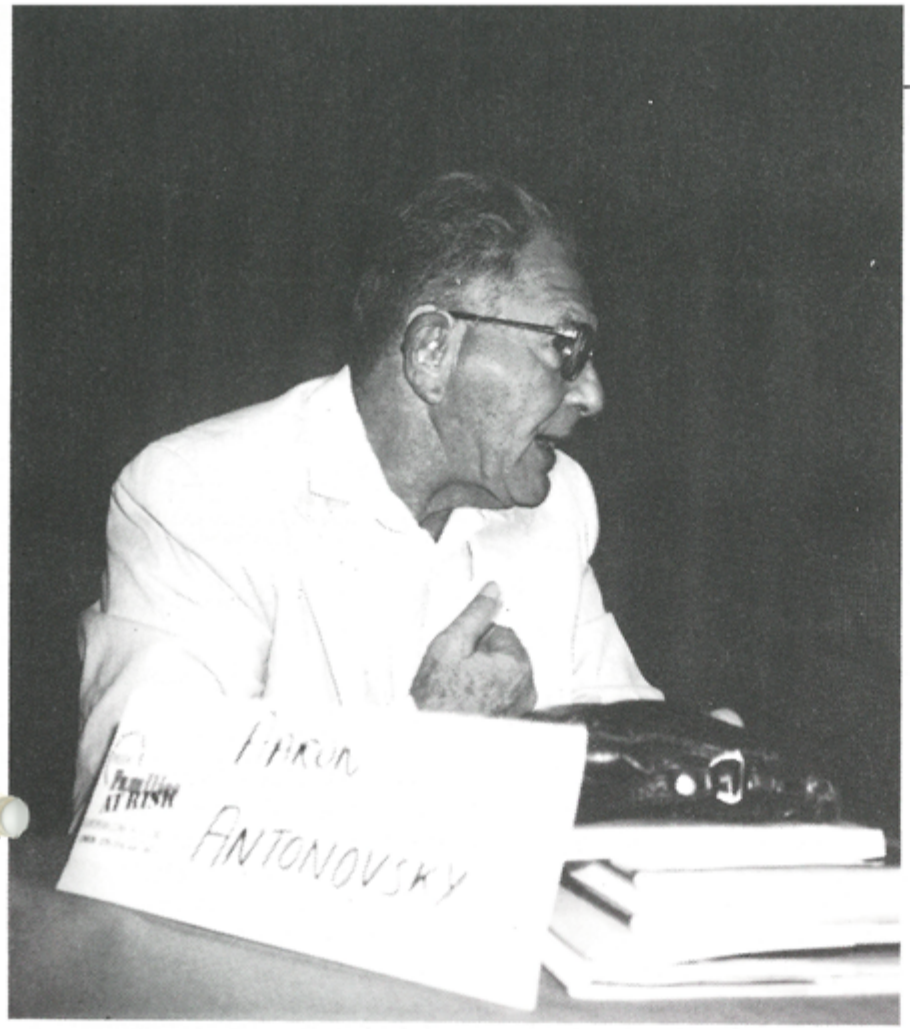


Foto: Kirsti Malterud

mennesker befinner seg nærmere den friske polen enn andre, selv om også de utsettes for livets turbulens?

Sammenheng

Antonovsky forsøker å svare på dette ved å lansere sitt sentrale begrep *"opplevelse av sammenheng"*. Dette beskriver han som en global holdning som uttrykker i hvilken grad man har tillit til at ens indre og ytre verden er forutsigbar og at det er sannsynlig at saker og ting kommer til å gå så bra som man med rimelighet kan forvente.

(Her er det lett å assosiere med Lillebjørn Nilsen:

Se alltid lyst på livet
sa mor og far til meg
tro alltid at det beste
bare hender deg...

Er det så enkelt, altså?)

Vel - Antonovsky går litt mer i dybden. Han mener begrepet "opplevelse av sammenheng" kan sies å bestå av de tre følgende komponenter:

- Forståelighet
- Overkommelighet
- Mening

"Forståelighet" henspeiler på i hvilken grad man opplever indre og ytre stimuli som fornuftsmessig fattbare, ordnede og tydelige og ikke som kaotiske, tilfeldige og uforklarlige. Det som skjer kan være dypt tragisk og ha svære konsekvenser, men man har evne til å fatte det.

"Overkommelighet" sier noe om sammenhengen mellom utfordringer og ressurser. Er kravene for små og grå eller er de overveldende? I hvilken grad erfarer man gjennom livet at man har mulighet til å takle de utfordringer som kommer - enten ved å mobilisere ressurser i seg selv, eller ved å hente dem inn fra f. eks. familie, samfunnsinstitusjoner, religion?

"Mening" uttrykker i hvilken grad man opplever verdien av å investere engasjement og krefter i livets krav. Det betyr ikke at man tar lett på ting - at man f. eks. straks "ser meningen med" tapet av en som står en nær. Tvert imot - man tør å konfronteres med tragedien i sitt fulle omfang. Selve livet er verdt at man investerer krefter for å komme igjennom også dette med verdigheten i behold.

En noe grundigere definisjon av begrepet *"opplevelse av sammenheng"* blir dermed denne:

"Opplevelse av sammenheng er en global holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende og varig opplevelse av tillit til at

1. de stimuli som kommer fra ens indre og ytre verden under livets gang er strukturerte og forståelige,
2. de ressurser som kreves for å møte disse stimuli er mobiliserbare, og
3. disse krav er verdt å investere sitt engasjement i".

Men hva med helsen?

Antonovskys påstand er altså at mennesker som opplever en høy "grad av sammenheng" kan gå friskere gjennom livet enn andre. Da melder spørsmålet seg raskt: Hvordan og hvorfor kan dette skje?

Antonovsky forklarer det slik: Vi kan tenke oss noe som skjer hele tiden, nemlig at et menneske utsettes for et stimulus som det ikke har noe automatisk, tillært svar på, men som det må svare på. Et slikt stimulus kaller vi en stressor. Et menneske i en slik situasjon har et problem, og når dette erkjennes, går personen inn i en tilstand av spenning.

Problemet er dobbelt. For det første har det et instrumentelt aspekt: *"Hva skal jeg gjøre?"* Dernest et følelsesmessig aspekt: *"Hva er jeg verdt?"*

Det utløsende stimulus kan i utgangspunktet være enten noe vi regner som en negativ hendelse, f. eks. tap av et nært familiemedlem eller oppsigelse på jobben. Eller det kan være positivt: et barn blir født eller man blir uventet forfremmet. Hovedsaken er at man ikke har noen automatisk adaptiv respons på stimulus.

La oss tenke oss to personer - X og Y - som begge utsettes for et stimulus S. X er en person som har en meget sterk opplevelse av sammenheng i sitt liv, mens Y's opplevelse av sammenheng er svak. Hvordan vil denne forskjellen påvirke de to personers takling av stimulus S?

⇒

Trolig vil deres reaksjon være forskjellig på flere plan:

1) For det første er det sannsynlig at X definerer S som en ikke-stressor, dvs. som et krav han automatisk kan møte, mens Y ikke ser slik på det. Y vil altså oppleve flere av dagliglivets hendelser som stressorer enn hva X gjør.

2) Men sett nå at X og Y møter et stimulus S som ingen av dem har noen automatisk respons på, og som altså begge opplever som en stressor. Da er sjansen stor for at de to bedømmer stressor meget forskjellig. X vil ha tendens til å vurdere S som ufarlig eller ikke så betydningsfull, mens Y vurderer S som truende. Dette ut fra deres tidligere ulike erfaringer om at det meste som skjer, går an å takle og leve med eller at ting bare skjer som ødelegger alt.

3) La oss så tenke oss at X og Y utsettes for et stimulus S som de begge opplever som sterkt negativt og truende. Hva da? Jo, selv da er det sannsynlig at deres følelser i forbindelse med S vil være ulike. X vil mest sannsynlig oppleve en fokusert og avgrenset sorg, smerte eller sinne, mens Y reagerer med diffus fortvilelse, angst, raseri, forvirring. Forskjellen blir at mens X's følelser utgjør en motivasjonell basis for adekvat handling, så virker Y's følelser lammende. X får aktivert sine mestringsmekanismer, mens Y får satt forsvarsmekanismene i sving. Sannsynligheten er stor for at X med tiden vil komme til å se på S som en utfordring, mens Y vil se på det som en byrde. X vil dermed etter hvert fokusere på S's instrumentelle parametre - hva som må og kan gjøres for å takle dette - mens Y vil være mest opptatt av den følelsesmessige siden - den angst og ulykke som S har ført med seg.

4) Etter at X og Y på hver sin måte har prøvd å takle S en tid, vil ytterligere en forskjell melde seg - nemlig forskjellen i hvordan de mottar feedback, altså omgivelsenes korreks av deres respons. X vil etterspørre og motta konkret feedback på sine konkrete handlinger. Kanskje er feedback brutalt negativ og X må søke helt andre løsningsstrategier. Y på sin side vil få mer diffus respons på sine egne diffuse følelser og vil ikke på samme måte bruke omgivelsene som en korreks.

Konklusjonen på 1) - 4) blir at personen X er bedre rustet enn Y til å takle livets utfordringer. X betrakter stimuli som meningsfulle, forståelige og overkommelige og setter i verk effektive strategier for å møte dem. Y blir værende i en tilstand av overveldende, kaotiske og lammende følelser.
Og hvordan det å vedvarende leve i en slik tilstand virker inn på helsa via CNS, endokrine og immunologiske faktorer, har vi begynt å skjønne mer av de senere år. Jfr. hypoteser om sammenheng mellom "immunsystemforsterkende" personlighet og bedre kreftprognose og Holger Ursins forskning om sammenheng mellom stress og muskelsmerter.

Og hva så?

Hvilke tanker gjør man seg så som kliniker, etter å ha stukket nesa i Antonovskys bok i de lyse sommerkvelder? Dette er noen av dem:

- Det er fascinerende å vrenge brillene og se ting fra motsatt side. Til daglig tenker jeg på hvordan sykdom oppstår i en organisme i balanse. Tanken på hvordan helse opprettholdes i en organisme som stadig trues av ubalanse er en spennende avveksling.

- Det er fascinerende å se beskrevet med ord og fagtermer noe en som kliniker ser til daglig, men ikke har hatt begreper til å formulere. Jeg tror ingen primærlege som kjenner sin populasjon, vil nekte for at samme påkjenning kan manifestere seg helt ulikt fra pasient til pasient. Det forundrer oss at fru A med sin alvorlige leddgikt lever et rikt liv, mens et nakkekink hos herr B utløser de store frustrasjoner. En diagnose i seg selv sier så lite. Min terminologi om slike fenomener har hittil begrenset seg til ordtak som: "det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det" og "gode og onde sirkler". Nå føler jeg at begrepsapparatet blir noe utvidet.

- Antonovskys begreper er nyttig ballast når det gjelder terapeutisk ydmykhet. Selv om vi i helsetjenesten vet noe om risikofaktorer, er det ikke vi som har oppskriften på det gode liv. Behandleren er (forhåpentligvis) ekspert på sitt eget liv, men ikke på pasientens. Det kan være en fare å bli så "holistisk" at man ser omtrent alle forhold i pasientens liv som betydningsfulle for utredning og behandling. Det kan føre på ville veier med urealistiske forventninger både fra pasient og behandler. Og ikke minst kan det føre til at behandleren sliter seg ut. Vi må ha lov til å se og definere vår egen begrensning. De fleste faktorer i livet som påvirker helsen er uten for helsevesenets innflytelse. Heldigvis.

Litteratur

1. de Schazer S. Clues. Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton, 1988.
2. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur, 1991.
3. Antonovsky A. Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
4. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research 1967; 11: 213-8.

Kommunelege Mette Brekke
2640 Vinstra

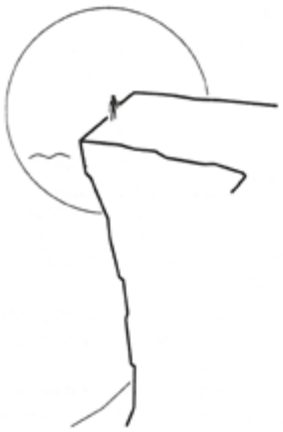
Etterord

En av mine søstre mistet en to-åring i pinsen pga. en Hemofilus-meningitt. Og som hos alle foreldre i en slik situasjon var det store spørsmålet: hvorfor? Hun hadde fått forklart at denne vanligvis så uskyldige bakterien plutselig kunne bryte igjennom immunforsvaret og bli livstruende, men at man ikke vet hvorfor dette kan skje hos et ellers friskt og robust barn.

Hun leste over skulderen min da jeg skrev denne artikkelen. Så spurte hun: "Kan det være fordi han var så sjalu på sin nyfødte bror at immunforsvaret hans var dårlig"?

Jeg ble svar skyldig.

Allmennmedisinsk teori og praksis



Interaksjon i Stavanger

Det har lenge vore ein kjepphest for meg å hevde at vi som legar ville ha stor nytte av å skaffe oss innsikt frå humanistiske fag som filosofi, teologi, språk- og litteraturvitskap. Faget vårt har jo i tillegg til det reint medisinsk/tekniske aspektet både ei etisk, interaksjonell og eksistensiell side som blir lite omtalt og bearbeidd.

Av John Nessa

Eg har sjølv trong for å snakke med reflekterte kollegar om slike emne, og tok difor initiativ til det vi kalla ei interaksjonsgruppe i Stavanger våren 1991 i regi av Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke. Gruppa lot seg realisere fordi vi fann ein som kunne hjelpe oss i gong: Finn Egil Tønnesen, teolog, filosof og halvstudert medisinar ved Stavanger lærarhøgskule. Med stor velvilje, utan lønskrav og utan spesifiserte rammevilkår sa han seg villig til å bistå oss i ei slik gruppe, som bestod av 8-10 namn.

Gruppa gjennomførte seks planlagte møte, kvar på over tre timar, i ein periode på vel eit år. Logisk nok vart opplegget godkjent som teljande med 18 timar til spesialiteten i allmennmedisin. Bortsett frå Finn Egil var alle deltakarane allmennpraktikarar, rekruttert på udemokratisk vis gjennom kjennskap og felles interesser. På den måten vart det ei rimeleg jamn fordeling mellom kjønna.

Møta hadde eit fast mønster: Ein av deltakarane hadde ei innleiing om eit tema vi hadde bestemt på førehand. Etter innleiinga gjekk samtalen fritt i gruppa. Finn Egil deltok på like fot med oss andre, men var i tillegg både fagleg konsulent og kommentator til det som skjedde. Tema for neste møte bestemte vi frå gong til gong. Vi skreiv fyldige referat frå kvart møte som blei sendt rundt til deltakarane før neste møte. Åge Wifstad si bok *Helhetsforståelse og kommunikasjon* (med undertittel "Filosofi for klinikere" - ISM skriftserie nr. 18, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø) blei delvis brukt som referanselitteratur.

Dei fleste gav uttrykk for at dei hadde nytte og glede av å vere med i gruppa. Likevel er slike aktivitetar tvetydig for dei fleste av oss, fordi dei kjem i tillegg til ein timeplan som alt er sprengt på førehand. Dette gjorde også at enkelte fann det for travelt å vere med, og at få eller ingen av oss hadde særleg tid til å arbeide med dette stoffet mellom møta.

For meg personleg bestod nytten først og fremst i å prøva å systematisere og kategorisere dei mellommenneskelege erfaringane vi alle gjer som legar. Her hadde Finn Egil mange gode impulsar å komme med, som både kasta lys over faglege problemstillingar, og som inspirerte til vidare lesing.

Vi bestemte oss på førehand for seks møte, og det var ikkje naturleg å fortsetje etter dette. Personleg meiner eg at ein fruktbar måte å arbeide vidare ville vere til dømes å lage slike grupper for allmennpraktikarar og sjukehuslegar saman. Slike grupper burde både vere meir strukturerte, og i sterkare grad på humanistane sine premiss, slik at dei, gjerne i form av førelesningar, kunne få høve til å banke innsikt inn bak brillene våre. Samarbeidet med Finn Egil gav meirsmak.

Og dersom ein vil vite meir om kva han står for, kan ein til dømes lese hans bok *Livssynsorientering* (JW Cappelen 1982). Kanskje nettopp slike bøker passar bra for liknande kurs?

Kommunelege
John Nessa
Allmennmedisinsk
Forskning Ryfylke
4130 Hjelmeland

❑

Medpassasjer på en reise mot døden

Fortalt til Åsa Rytter Evensen

"Da jeg fikk vite at min venn var HIV- smittet for mange år siden, gjorde jeg et etisk valg. Jeg er avhengig av å se meg i speilet hver dag for å barbere meg. Det er et poeng å kunne akseptere det jeg ser.

Ingen trodde ferden mot døden skulle bli en dans på roser. Det var unødig store torner på veien. Noen av dem var dyrket og spisset av helsevesenet. Samtidig opplevde vi også sider ved helsevesenet som gjorde oss glade og takknemlige.

Spesielt erfaringene vi gjorde fra sykehusopphold var entydig negative. Det er vondt å se et ungt, terminalt sykt menneske vantrives mer enn tilstanden skulle tilsi, fordi en sykehusavdeling ikke fungerer. Mye skyldes dårlig ledelse. Men avdelingen som skulle behandle AIDS-pasienter, egnet seg ikke for oppgaven. Det var vanskelig å være avhengig av medisinsk assistanse over mange år og oppleve at det ikke fantes kontinuitet på legesiden. Når man flyttet 20 meter fra poliklinikken og inn på sengeposten, overtok et annet medisinsk team. Diskontinuiteten i ansvaret gjorde livet ekstra vanskelig, både for Vidar og hans pårørende.

Situasjonen ble så uholdbar at Vidar ikke lenger ville være på sykehuset. Han ble redd, og han stolte ikke på de som stelte med ham.
Han ville være hjemme.
Hans mor og jeg bestemte at koste hva det ville, det skulle han være.

Vi erfarte at livet ble enklere for oss, selv med alt merarbeidet og det fysiske slitet. Vidar var hjemme i vel seks uker etter siste sykehusopphold. Sykepleien, Fransiscushjelpen og hjemmeteamet tilknyttet infeksjonsavdelingen fungerte glimrende. Omsorgen favnet videre enn profesjonsrollen forpliktet til. Medmenneskeligheten, deltagelsen og lagånden gjorde at alle jobbet til Vidars beste.

På sykehuset var inntrykket til dels motsatt, særlig i den kaotiske sommertiden med redusert bemanning. Det som fungerte best der, var personalets vakthold om kjøkkenet. Ingen fikk komme dit inn. Jeg hadde gjerne sett at kjøkkenvakten fungerte litt dårligere og omsorgen for pasientene litt bedre.

Uansett hvor fortvilte vi var, visste vi at avgjørelsen om at Vidar skulle få dø hjemme, i trygghet blant mennesker han stolte på og var glad i, var riktig. Nærheten som et sykeleie hjemme skaper til livsprosessen og dødsprosessen, var helt avgjørende for mine egne følelsesmessige reaksjoner på døden og sorgen. Døden hjemme blir ikke forstyrret av sykehusteknologien. Vi klarte oss med et minimum av hjelpemidler. Det var ingen rør, slanger og lysende lamper.

Vi møtte ikke fra en dag til en annen en dramatisk forverrelse i tilstanden, som vi ikke hadde fått se. Det er mer sjokkpreget å hoppe fra trinn til trinn, i stedet for å stige langsomt ned, hånd i hånd. Å være med i pleien, tørke oppkast, sette stikkpiller, tømme urinflasker og skylle katetre, er gode ting å holde på med. Det er viktig å være beskjeftiget, ikke bare passiv tilskuer.

Den siste måneden ønsket jeg meg av og til en frikveld. Det hadde bare ingen hensikt. Fysisk sett kunne jeg nok være på sjøen og fiske. Men psykisk sett satt jeg ved min kamerats side. Da kunne jeg like gierne være der fysisk også.

Vidar døde i mine armer. Jeg visste ikke at han skulle dø da. Han hadde hostet litt, og jeg spurte om han ville sitte opp i sofaen. Det ville han. Han lente seg mot meg i armkroken min, og så var han død. Det var naturlig og godt å kysse ham. Jeg kjente en nærhet selv i døden, en mangel på frykt for dødens majestet.

Døden kommer som en venn når du dør av AIDS. Den var ønsket og villet og var en befrielse fra uutholdelige smerter. Den ble ikke farlig. I og med at vi var så involvert hele tiden, kunne den ikke bli farlig. Da min søster døde på sykehus, så jeg henne i live det ene øyeblikket. Neste gang jeg så henne, lå hun nystrøket med et kommunalt lys ved det ene hodegjerdet og så enormt død ut. Da ble jeg lammet, greide ikke å forholde meg til henne lenger. Hun ble fremmed i døden.

Foto: Samfoto

Etter at Vidar døde, var det kolossalt fint å være med og stelle ham. Senere var jeg sammen med min døde venn og hans familie. Vi brukte fire -fem timer, røkte og drakk, gråt og lo. Vi tok tiden vi trengte, til vi ble naturlig trette. Jeg råder andre til å sette seg ned i ro når de skal møte en elsket avdød.

Da er det mulig å få kontakt med sine følelser.

I fellesskap arbeidet vi med sørgehøytideligheten. Vi laget vår egen minnestund, renset for de vanlige begravelsesparaphernalia. Vi hadde hatt hånd om sykdommen, døden og likvaken. Vi hadde ikke latt oss overkjøre av profesjonelle. Det var helt naturlig å planlegge og gjennomføre minnehøytideligheten.

Jeg kunne ikke arbeide meg bort fra sorgen. Men det var godt å jobbe når jeg sørget. Og det var ekstra meningsfylt å arbeide med noe som hadde med sorgen å gjøre. Jeg kalligraferte programmet, ringte musikere, diskuterte blomsterarrangementet og lyttet til aktuell musikk for seremonien. Vidars foreldre og jeg pyntet kapellet og kisten. Vi passet på at høytideligheten ikke ble fremmedgjort, slik vi hadde unngått all annen fremmedgjøring.

Vidar og jeg snakket ikke om døden sammen. Han snakket først om døden da han ble blind og hadde forferdelige smerter. Da forsto han at slutten nærmet seg raskt, på en måte som ikke ville innebære noen gleder. Det var riktig. Han ville gjerne gjøre slutt på livet. Det var det eneste han nevnte, og det var den eneste hjelpen han ikke fikk.

Jeg savnet ikke å snakke med ham om døden. Hans strategi var å fokusere på muligheter, ikke på begrensninger, på det han kunne, ikke på det han var blitt fratatt. Da ble det litt uinteressant å snakke om døden. Vi visste den ville komme, og at vi måtte forholde oss til den når den var der. Den delen var ikke problematisk.

Heller ikke sykdommen snakket vi om. Hva kunne vi si? Det finnes ingen kur, bare symptomatisk behandling. Det er en mote at man skal snakke om alt. Jeg tror ikke man behøver å snakke om ting der snakk ikke har noen hensikt, hvor det bare blir tomme ord.

Vi satte noe mer ord på følelsene vi hadde for hverandre enn vi hadde gjort før. Det hadde vært sparsomt, men det ble litt mindre sparsomt etter hvert som døden nærmet seg. Han kunne for første gang si:"Jeg elsker deg". Hvem kunne ikke tørket all verdens oppkast og slim for å høre de tre ordene fra et menneske man ikke bare elsker, men også beundrer så grenseløst for hans mot.

Vi har ulike strategier for å takle det vanskeligste i livet. Vidars måte sammenfalt med min. Moren hans hadde nok

⇒

ønsket ord som hjelp til å gå i dybden.

Vi konsentrerte vår samtale oss om dagligdagse ting. Det kunne være en seier å komme ut i hagen. Når det ikke gikk lenger, snakket vi ikke mer om det. Hva skulle det føre til?

Min erfaring er at man ikke skal la seg overkjøre og fremmedgjøre av profesjonelle hjelpere. Både leger og sykepleiere har et vanskelig forhold til pasienter som selv definerer hvordan de ønsker å bli mottatt og hvordan de ønsker kommunikasjonen.

Jeg var alltid med Vidar. Det var en torn i øyet på flere. En av legene ville ikke hilse på meg. Det var en drøy markering når man har med terminalt syke mennesker å gjøre. Etter hvert myknet holdningen noe. Tilslutt fikk jeg positive tilbakemeldinger. Det gjorde godt.

Det var vondt å måtte slite for at Vidar skulle få god nok smertebehandling i den første perioden. Fordi det var så mange narkomane i miljøet, var legene redde for å gi medisinene som kunne ha hjulpet. Man kan ikke nekte syke mennesker smertelindring av utenforliggende hensyn.

Den hjemmebaserte hjelpetjenesten i Oslo gjorde det mulig for oss å gjennomføre denne reisen i et ulendt landskap uten at vi brakk ryggen. Det var en utrolig støtte. Jeg håper flere kan få dø hjemme, med den tryggheten hjelpen fra familie, venner og et offentlig apparat som fungerer gir."

❑

Denne lyse himmel

Det er på tide at blotte hovedet
og lade solen komme til!
Det er på tide at få de dybe farver frem
i hudens pigment.
De kan ikke ses
men de er der.

Nu lar vi dødemalerne klatte videre
med deres gustne farver
og vender os mod disse stråler
disse toner, disse luner.
Nu propper vi os med ild og ilt.
Alt har vi fået
alt har vi givet.
Nu flytter skyggerne sig,
nu grønnes jorden fyldes munden løftes gangen.
Nu begynder huden at lyse
som honning og kejserfløjl.
Natten sætter kurs mod syd
og krydser op mod vinden.
Sejlet er rødt.
Vi har det viktigste med.

Det er på tide at lade lyset slippe frem
til kroppens mørke celler.
Det er på tide at smide hovedet bagover
og mærke rykket i kroppen.

Vi er ikke længere ubestrålede
vi er ikke længere alene
om denne dag i denne drøm
under denne lyse himmel.

Av Bente Clod
(fra "Solen i øjnene" 1986)

Etsbehandling av inngrodd negl

Operasjonen utføres i ledningsanestesi.

1. På den siden betennelsen sitter fjernes 2-4 mm av neglen ved at det med skalpell først legges et ca. 3-4 mm snitt innover i neglebåndet. Deretter snittes neglen innover, slik at også neglerota blir med.

2. Kimepitelet i neglerota etses så i tilsammen ca. 3 minutter med 80% fenol på 3 bomullspinner.

3. Såret og huda rundt vaskes godt i 1-2 minutter med Pyrisept (bedre buffer enn NaCl).

4. Salvebandasje som første gang skiftes etter ca. 1 døgn.

Pasienten gjøres oppmerksom på at det noen ganger kan det komme gjenvekst av neglen. Dette melder seg som en øm hevelse i neglerota der etsingen har foregått. Dette behandles ved at det i lokalanestesi legges et snitt i eponychiet i dette området, slik at den nye neglen kan fjernes. Deretter gjøres ny etsing med fenol i dette området.

Reposisjon av subluxatio capituli radii hos barn

Hos barn inntil 6 års alder er capitulum radii lite utviklet og har ikke stort større diameter enn collum radii. Ved kraftig trekk i albuen kan derfor capitulum radii trekkes i distal retning samtidig som annulus radii blir interponert mellom capitulum og capitellum humeri.

Tilstanden opptrer mest typisk hos 2-3 åringer som av foreldre eller søsken blir løftet etter en arm. Barnet skriker til, armen blir hengende ned langs siden, og barnet nekter å bruke den. Armen er gjerne litt flektert og pronert. Barnet angir ømhet over caput radii, og det er en slags gummiaktig resistens både mot passiv supinasjon og extensjon i albuleddet.

Reposisjon skjer lett uten anestesi:

Legen legger sin tommelfinger fast fortil lateralt i fossa cubiti svarende til capitulum radii og trykker her mens armen langsomt supineres. Som oftest høres et klikk i det capitulum glir på plass, og barnet begynner gjerne straks å bevege armen normalt.

Dersom denne første manøvren ikke lykkes, kan en prøve å flektere albuen langsomt samtidig som en utfører pronasjons-/supinasjonsbevegelser.

I ortopediske lærebøker er det anbefalt at barnet skal gå med armen i mitella en uke for å forebygge recidiv og utvikling av en tilstand med habituelle subluksasjoner.

Kommunelege
Ola Lilleholt
6657 Rindal ❑

Allmennmedisinens mandat og kompetanse

Kirsti Malterud (f. 1949) er professor i allmennmedisin og bydelslege i Bergen. Opptatt av klinisk kommunikasjon, medisinsk vitenskapsteori og kvinneforskning. Tror at levende kunnskap kommer fra praksis, og at erfaringer og refleksjon er grunnlaget for ny kunnskap.

Faglig selverkjennelse - respekt for egne og andres grenser

Skal primærlegen skal være spesialist på livet og ordne alt, går vi ut over vårt mandat og fortynner vår kompetanse. Jeg ønsker meg ikke en utvikling der primærlegene driver med saker vi ikke har noe med eller ikke har rede på. Jeg er redd for at allmennmedisinen holder på å bli for mye "allmenn" og for lite "medisin". Skal allmennmedisinen fortsatt være et medisinsk fag, trenger vi å styrke oppmerksomheten om det kliniske og det kroppslige.

Av Kirsti Malterud

Det var flott å være allmennpraktiker på syttitallet: Å bli del av et medisinsk fagfelt der pasienten fikk plass i sin sammenheng, og psykososiale faktorer ble ansett som sentralt for sykdomsutvikling og sykdomsforståelse. En slik medisinsk profil passet godt for en frustrert sekstiåtter, som hadde fått sin medisinske utdannelse i de somatiske templene, langt unna folks virkelighet. Slik ble min begeistring for det allmennmedisinske faget tent.

I åttiårene skulle idealene omsettes til realiteter. Allmennmedisinen skulle vise verden at den hadde faglige føtter å stå på - at den ikke var et fag som måtte sitte på skuldrene av sine medisinske tanter og onkler for å nå opp. Det var flott å være allmennpraktiker på åttitallet også - da spesialiteten fant sin form, da primærhelsetjenesten for alvor ble satt på det helsepolitiske kartet, og da forskningen skjøt fart. Vi hadde arbeid, vi fikk ansvar, og vi møtte hverdagen.

Nittiårene er tid for ettertanke. Nå er faget vårt blitt livskraftig nok til å tåle kritisk revisjon, både når det gjelder innhold og form. På dagsorden står kvalitetssikring og kompetanseutvikling, som skal forebygge dilettanteri, billige løsninger og utbrenning. Tiden er inne til å se nærmere både på idealer og realiteter. Jeg er fortsatt entusiastisk, og jeg synes fremdeles det er flott å være allmennpraktiker. Men jeg ser utviklingstrekk som gjør meg ettertenksom, og av og til bekymret.

Primærlegen - ekspert på livet selv?

Jeg vet at man kan bli syk både av skilsmisse og mistrivsel. Og jeg tror det kan være viktig for både pasienten og legen å ha kjennskap til hverdagens drama for å forstå sykdommenes opphav, uttrykksformer og konsekvenser. Men jeg kan ikke med min beste vilje anse hverken skilsmisse eller mistrivsel som sykdom i seg selv. Skal jeg sette det på spissen, vil jeg snarere si at livskriser og hverdagsproblemer kan være viktige bidrag til å gi livet utfordringer og dimensjoner - og i beste fall stimulere mestring og helse.

Mange primærlegers arbeidsdag er overfylt av livsproblemenes uttrykksformer og konsekvenser. Vi kaller det psykososiale problemer, psykosomatiske symptomer, eller sam-sykdommer, og vi prøver etter beste evne å lete fram løsninger sammen med pasientene våre. Allmennmedisinens økende engasjement på dette feltet skyldes nok dels at folk finner det naturlig å søke lege for slikt, dels at andre instanser ikke kan hjelpe. For oss som har vårt medisinske virkefelt så nær folks hverdag, blir de

⇒

RG92

helseskadelige samfunnsformene og levemåtene påtrengende tydelige. Det er ikke rart vi leter etter veier til forebygging og intervensjon overfor psykososiale problemer.

Likevel er jeg alvorlig i tvil om det er her vi skal satse våre krefter i tiden som kommer. Jeg tror vi holder på å miste vårt medisinske ankerfeste hvis vi gjør livet selv til vårt hovedmandat. Jeg tror også det kan være et uttrykk for faglig stormannsgalskap og manglende innsikt i egen begrensning.

Har primærlegen ansvar for alt folk strever med?

Selv om jeg gjerne vil ta brukernes behov på alvor, vil jeg ikke at primærlegen skal bli helsekelner. Vi allmennmedisinere har ansvar for å si fra hva vi synes om de oppdrag og forventninger vi møter - ikke bare passivt tilpasse oss kulturelle forventninger om hva primærhelsetjenesten kan brukes til. Vi må selv ha en mening om hva faget vårt skal være. Vi kan ikke definere vårt arbeidsfelt ut fra erfaringer om at folk blir så fortvilet hvis vi ikke kan løse problemene deres.

I så fall blir vi også nødt til å dyktiggjøre oss i rollen som økonomiske rådgivere for gjeldsofre, og styrke vår komptetanse som åndelige veiledere for ateister som er gått i stå. (I noen grad driver vi vel med dette allerede i dag, ved at vi forvalter de gullnøkler som samfunnet har instituert for å låse folk ut eller inn av livskriser - sykmelding, samtaler, beroligende medikamenter.) Foreløpig er det vel ingen som venter at jeg skal lappe sykkelen for min pasient hvis han ikke klarer det selv - men hvem vet om ikke det snart bare er allmennpraktikeren som har kompetanse for slikt -?

Jeg synes vi må klargjøre grensene for vårt mandat ut fra en ydmyk faglig selverkjennelse, der "allmenn" ikke blir prioritert høyere enn "medisin". Men arenaen for slike avklaringer skal *ikke* være i møtet med den enkelte pasient. Vi må tåle en krevende dobbeltrolle, der vi viser respekt for den enkelte pasient som kommer til legen med problemer som ligger utenfor det medisinske mandat, *og* samtidig arbeider for realistisk og edruelig avgrensning av vårt ambisjonsfelt. Den beste respekten kan vi kanskje vise folk hvis vi ikke blander oss for langt inn i saker vi ikke har noe med eller ikke har rede på, men samtidig er i stand til å møte folk på en verdig og edruelig måte.

Allmennmedisin som medisinsk fagområde

Jeg ønsker meg at allmennmedisinen fortsatt skal være et utvetydig medisinsk fagområde, ikke den nye lillesøsteren til sosialt arbeid, psykologi eller teologi. Et medisinsk fag skal beskjeftige seg med sykdom. Jeg kjenner meg sikker på at mistrivsel på jobben, kjærlighetssorg, eller dramatiske konfrontasjoner mellom foreldre og tenåringer er fenomener som ligger langt utenfor det jeg vil regne som sykdom. (Samtidig har også jeg møtt mange pasienter som kommer til legen med slike problemer.)

Jeg har allerede sagt - og jeg sier det for sikkerhets skyld igjen - at ubehag av denne typen *kan* utgjøre belastninger som *kan* utløse sykdom. Min mening er likevel at slike saker i alminnelighet ikke hører inn under allmennpraktikerens mandat, og at dette ikke er et medisinsk oppdrag. Dette betyr ikke at legen og pasienten ikke kan snakke om slike problemer, - for det gjør de ofte hvis de kjenner hverandre godt nok. Men det er forskjell på å gjøre saker av denne typen til hovedpunkter på den allmennmedisinske dagsorden, og å anse dem som brikker i et puslespill som tilsammen forklarer aktuell sykdom hos den enkelte pasient.

Det er lettere å si hva sykdom *ikke* er, enn å si hva sykdom er. Jeg vil gjøre et forsøk på skriftlig høyttenkning for å se om det kan hjelpe meg i å klargjøre hva jeg anser som allmennmedisinens medisinske kjerneinnhold. (Her ber jeg om leserens overbærenhet og velvilje - det er ikke sikkert jeg til syvende og sist mener alt jeg tenker, selv om jeg tenker det høyt her.)

Hjerteinfarkt er sykdom. Hypothyreose er et medisinsk problem. Acusticusnevrinom også. Smertelindring hos kreftpasienter hører utvilsomt inn under det medisinske mandat. Det samme gjelder incisjon av en abscess.

Jeg tror psykoser er sykdom, men jeg kan av og til bli i tvil når det gjelder angst og depresjoner. Tendinitter og andre belastningssymptomer er trolig sykdomstegn, selv om jeg blir i tvil alle de gangene vi har lite å stille opp med av effektiv symptomlindring eller helbredelse.

Når mishandlete kvinner søker legehjelp for skader, er det viktig at legen har kjennskap til skadeårsaken, og helst også vet noe om samfunnsmessige betingelser for hvordan vold kan oppstå. Det er likevel ikke sikkert at det medisinske mandat skal og kan omfatte forebygging eller endring av de voldsutløsende omstendighetene - ut over den åpenbare forpliktelsen til å si fra, formidle kunnskapen om sammenheng mellom samfunnsforhold og helseproblemer.

Pasienter med symptomer som kan ligne på kreft eller annen alvorlig sykdom, trenger medisinsk hjelp. Det er ikke sikkert at pasienten lider av noen sykdom. Men legens medisinske kunnskap kan være nødvendig for å kunne konkludere slik. Dermed er vi etter min mening fortsatt innenfor det medisinske mandat. Derimot synes jeg ikke det er legens oppgave å ritualisere hyppige helsesjekker som fratar friske folk evnen til å kjenne seg friske uten legens velsignelse.

Når legen påviser arvelig hyperlipemi hos en 35 år gammel mann, vil antakelig de fleste av oss gi aktive råd om forebygging - ikke bare i forhold til ham selv, men også i forhold til sønnen hans, og trolig også datteren. Slik virksomhet er en opplagt medisinsk oppgave. Mindre opplagt synes jeg det er at allmennpraktikeren har noe med å gripe inn overfor spisevaner og kosthold hos en 42 år gammel kvinne som er 163 cm høy og veier 69 kg - spesielt hvis hun ikke har bedt om det selv.

Jeg ser av denne høyttenkningen at jeg gir kroppen en viktig rolle når jeg skal vurdere hva *jeg* oppfatter som sykdom. Pellegrino & Thomasma (1) definerer medisin som et møte mellom personer som arbeider i, med, og gjennom kroppen, med sikte på individuell helse og velvære, og med informert samtykke som grunnlag. Jeg tror medisin og allmennmedisin er aktiviteter som skal forholde seg til folk og tilstander der menneskekroppen ikke har det godt med seg selv.

(Nå skal jeg være forsiktig med å utlede dette resonnementet om kroppen helt fram, for da kan jeg risikere å ekskludere psykiatrien. Jeg tror ikke jeg vil gå fullt så langt - i hvert fall ikke her og nå. Det blir for teoretisk og problematisk.)

Jeg tror allmennmedisinen bør minne seg selv om sitt grunnleggende forhold til menneskekroppen, dersom den fortsatt skal være et fag med et medisinsk teorigrunnlag. (Det er nesten rart at det skulle være nødvendig å si dette.)

For mye snakk - for lite kropp.

Jeg er stolt over å tilhøre et medisinsk fag som erkjenner sine humanistiske røtter og står for et medisinsk grunnsyn som setter hele mennesket i sentrum. Jeg vil gjerne være med på å sette samtale og samhandling på dagsorden. Jeg tror at ordene skaper virkelighet og at virkeligheten skapes av ordene. Dette er for meg et slags kommunikativt livssyn - men likevel bare et delperspektiv i den allmennmedisinske virkelighet. Samtalen skal være middel, ikke mål. Konstruktivismen kan ikke forklare virkelighetens materielle og biologiske grunnlag.

De siste årenes fokusering på verbal kommunikasjon gir meg en ubehagelig følelse av at det holder på å bli for mye snakk, på bekostning av det kroppslige og konkrete i allmennmedisinen. Flere har påpekt tendensen til endimensjonal tenkning - en ny dualisme, der kroppen blir mindreverdig eller usynlig, der alle somatiske symptomer til syvende og sist "egentlig" skal ha en psykososial forklaring. Der det vi ikke helt forstår, skyldes menneskenes levekår (2,3).

Endimensjonale forklaringer blir ikke bedre av å bli speilvendt. Om vi tidligere har forsømt det psykososiale, blir ikke forståelsen mer helhetlig hvis det psykososiale monopoliseres. Da tror jeg det er på tide å stikke fingeren i jorda, eller kanskje heller legge hånden på huden. Glemmer vi kroppen når vi leter etter forklaring på kroppslige fenomener, har vi mistet fotfestet - i hvert fall det medisinske fotfestet.

Misforstå meg rett. Jeg vil *ikke* tilbake til den medisinske reduksjonismen som jeg en gang for alle fikk motvilje mot i studietiden - der sykdom er en objektivt påvisbar maskinfeil i et organ, og der mennesket som bærer organet med sykdommen, bare blir en tilfeldig forbipasserende. Jeg tror ikke på en kontekstfri forståelse der pasienten er et individ uten tilhørighet i et nærmiljø eller i et samfunn. Jeg ønsker meg ikke at allmennmedisinen skal bekjenne seg til sneversynte statiske paradigmer der bare det somatiske er gyldig.

For meg er det mer og mer opplagt at kropp og sjel ikke bare henger sammen, men er to sider av samme sak. Jeg tror på sirkulære og systemiske modeller, der helse og sykdom påvirkes av dynamiske og dialektiske samspill mellom kroppen og hvordan folk har det med seg selv og sine omgivelser. Vi vet f.eks. at dette gjelder for virussykdommer (4) og kreft (5), selv om vi ennå ikke vet nok om det innviklete samvirket mellom immunapparatet og livet.

Holisme er blitt et forslitt og diffust begrep, som ofte har mer preg av velment ideologi enn av konkret virkelighetsforankring. Under en holistisk fane lanseres de psykososiale problemene og livet selv som en del av det allmennmedisinske mandat. Jeg tror vi trenger å utvikle et mer konkret og anvendelig begrepsapparat for helhetstenkning om medisinske sammenhenger. Kanskje vi må la holismen og de andre paradigme-dialektene hvile en stund, for å komme tilbake til kroppen igjen?

Her og nå - i respekt for den andre

Allmennpraksis blir aldri kjedelig. Utfordringene kommer på rekke og rad. Noe av det særegne er forholdet mellom lett og vanskelig. Vi kan løse et problem momentant ved å incidere en abscess - og vi kan forholde oss til de krevende diagnostiske og terapeutiske oppdrag fra MS-pasienten over år. I motsetning til psykoanalytikeren har allmennpraktikeren sitt virkefelt her og nå - gjerne med blikk både framover og bakover i livet, men først og fremst med sikte på å møte pasienten akkurat der akkurat hun er akkurat nå.

Av og til møter vi problemer som varsler om gamle spor. Det kan være fristende for primærlegen å lete seg tilbake til barndommen sammen med pasienten, for å finne ut hvordan alt er blitt slik det er. Men det er ikke sikkert at dette hører inn under allmennpraktikerens mandat eller kompetanse. Dette kan ta oppmerksomheten bort fra nåtiden og framtiden, og det kan friste legen til å overskride den andres grenser.

Det er ikke alltid ting er så innviklet, selv om det kan se slik ut. Saken kan ha en enkel og opplagt løsning, uavhengig av en innviklet forhistorie. Og det kan være galt av den som som ikke har ferdigheter og ressurser for forsvarlig oppfølging å invitere til avdekking av dystre og svære hemmeligheter. Det kan også tenkes at pasienten ikke deler legens oppfatning av tillitsforholdet dem

⇒

imellom. Vi skal ikke innbille oss at hver eneste pasient finner det naturlig eller fristende å dele sine innerste tanker med oss. Det kan være at pasienten ser sine gamle spor tydelig, men ikke ønsker å gi legen adgang til dette rommet.

Likevel vil allmennpraktikeren ofte få vite mye om folk. Og ofte vil slik kunnskap være nyttig for å gjøre bedre arbeid her og nå. Men allmennpraktikeren må også tåle å leve med et kunnskapsnivå der "face value" er gyldig, der sannheten kan ha mange sider, og der mange brikker i puslespillet alltid vil forbli ukjente. Jeg ønsker meg ikke et allmennmedisinsk fag som prioriterer terapeutiske ambisjoner om innsikt og komplett kunnskap på bekostning av jordnær kontakt med pasienten her og nå - på pasientens egne premisser. Jeg ønsker meg heller at vi arbeider ut fra faglige idealer om ydmykhet for alt vi ikke vet. Allmennmedisineren skal ikke være orakelet i Delfi. Hvis vi mener vi må vite alt, har vi tildelt oss selv et invasivt mandat med stor risiko for uetisk maktutøvelse.

Hvem har kompetanse om Det Gode Liv?

Forebyggende helsearbeid kan kjennes som et logisk svar på den fortvilelse primærlegen kjenner over å møte "unødvendig" sykdom og lidelse. Men i vår entusiasme for å arbeide for det gode liv, skal vi ikke glemme at det gode liv ikke er likt for alle. For pasienten kan det kjennes krenkende når legen i beste mening overskrider hennes grenser for hva som er riktig eller mulig. Det er pasienten som skal ha råderett over sine egne grenser i møtet med legen.

Tobakksrøyking og bilkjøring er viktige årsaksfaktorer for alvorlig sykdom og uførhet. Det må være legens oppgave å identifisere slike sammenhenger, og sørge for at folk får del i denne kunnskapen. Det er også legens oppgave å benytte de gyldne øyeblikk som konsultasjonen iblant gir angående forebygging og helseopplysning - i hvert fall hvis dette utøves med tilbørlig respekt for pasientens integritet.

Men med all respekt for entusiastiske primærmedisinske forebyggere, må det være lov å stille et kjettersk spørsmål: Kan det tenkes at kompetanse og virkemidler for effektiv og omfattende endring ligger andre steder enn i den allmennmedisinske konsultasjon? Kan det tenkes at fagfolk med pedagogisk, samfunnsvitenskapelig, psykologisk eller markedsføringsmessig bakgrunn kan gjøre viktig sykdomsforebyggende arbeid vesentlig bedre enn primærlegen? Og kan det til og med tenkes at vi allmennmedisinere mangler den etiske kompetanse som skal til for å skille mellom våre egne og andres verdier, når vi kommer så nær folk som vi gjør?

Hva er allmennmedisinens kjerne?

Påtar vi oss hele det psykososiale og alt det helsefremmende, blir allmennmedisinen grenseløs. Den blir så allmenn at det ikke lenger vil være plass til det medisinske. Vi kan komme i skade for å bidra til å medikalisere dagliglivet og ritualisere helsetjenester omkring alle hendelser som kunne komme til å utløse kriser og problemer. Sannsynligvis vil vi også ganske snart bli utbrente og desillusjonerte, fordi oppgavene vi tar på oss er for store og for vanskelige. Og resten av det medisinske hus vil med god grunn erklære oss som døde og maktesløse, og som et forbigående motefenomen uten verneverdig status.

Fortsatt står det for meg som den aller største utfordringen å overskride dualismene. Allmennmedisineren må være i stand til å tenke sirkulært, og se sammenhenger uten å havne i blindspor og enveisgater. Mer enn noensinne blir det nødvendig å etablere medisinske forståelsesformer som kan forklare sammenhenger mellom livet vi lever og kroppens reaksjonsformer. Men dette er ikke det samme som at vi er nødt til å overlevere all vår innsikt til pasienten. Kunsten er kanskje snarere å håndtere det vi forstår på en respektfull og individualisert måte.

Rudebeck sier at allmennmedisinens egenart blir borte for oss hvis vi definerer faget vårt ved å beskrive alle arbeidsoppgaver vi i dag beskjeftiger oss med. Han etterlyser en teori som viser oss hva som er det spesifikke ved faget vårt, og hevder at vi kan finne fram til dette ved å studere den klinisk kompetanse knyttet til forståelse av pasientens kroppslige symptomer (3).

Som medisinsk fag er allmennmedisinen priviligert ved å være så nær menneskenes hverdag. Fra den særegne allmennmedisinske både-og-posisjonen kan vi på nært hold se vekslingene mellom illness og disease, stort og smått, kropp og sjel. Det er nettopp i disse motsigelsesfylte spenningsfeltene at det ligger muligheter for kreativ medisinsk nytenkning og klinisk problemløsning i form av et møte omkring kroppen. Etter min mening er det her vårt mandat ligger, og her vår kompetanse fortrinnsvis skal utvikles.

Litteratur:

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the health profession. New York: Oxford University Press, 1981.
2. Thornquist E. Å se på kroppen med nye øyne. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 919-21.
3. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy. Scand J Prim Health Care 1992; Suppl 1.
4. Cohen S, Tyrrell AJ, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. N Engl J Med 1991; 325: 606-12.
5. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989; II: 888-91.

Professor Kirsti Malterud
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen ❑

Tid å hausta inn

Desse milde soldagane i september.
Tid å hausta inn. Enno er det tuvor
med tytebær i skogen, njupone rodnar
langs steingardane, netene losnar,
og svarte klasar av bjørnebær skin i kjerri,
trasti leitar etter dei siste vinbæri,
og kvefsen syg ut dei søte plomone.
I kveldingi set eg stigen burt og hengjer
laupen frå meg i skuret. Skrinne bredar
har alt ei tunn breidsle av nysnø.
Etter eg er lagd, høyrer eg dunk frå brislingfiskarane,
dei gjeng ut. All natti veit eg dei glid
med sterke ljoskastarar og leitar yver fjorden.

Av Olav H. Hauge.

infodoc

Tilbyr journalløsninger til deg som tenker selv.

Infodoc AS
Postboks 122
5042 FJØSANGER
Tlf.: 05121990

Foto: Marit Hafting

Janecke Thesen intervjuet for Utposten av Kirsti Malterud

UP: *Hva er dine visjoner?*

JT: For 10-15 år siden hadde jeg en visjon for ethvert problem - i hvert fall det som gjaldt faglige ting. Jeg visste hva vi jobbet for og hva vi jobbet mot. Dengang var det bare å holde øynene på målet, så gikk beina nesten av seg selv i det terrenget som du da måtte gjennom. Nå synes jeg det er mye vanskeligere. Jeg har ikke lenger svar på de vanskelige spørsmålene, og målene virker mer utydelige.

UP: *Er spørsmålene blitt vanskeligere?*

JT: Spørsmålene er forsåvidt de samme - det er svarene som ikke lenger kan lages så enkle. Virkeligheten virker så sammensatt, og samtidig så fragmentert. Det som før var innlysende, er nå ganske innfløkt.

UP: *Hvilke medisinske spørsmål er vanskeligere å besvare nå enn for 15 år siden?*

JT: Det var ikke vanskelig å ta stilling

til om man var for eller mot celleprøver fra livmorhalsen for tidligdiagnostikk og behandling av livmorhalskreft.

Men nå har vi fått en sann flora av avansert medisinsk teknologi for tidligdiagnostikk og forebygging av en rekke forskjellige tilstander . De koster mye penger, og de gir mange falske positive funn. De får brukere og helsepersonell til å gå seg vill i en skog av medisinske distraksjoner.

UP: *Hvor finner vi de medisinske distraksjonene i allmennmedisinen?*

JT: Egentlig tror jeg ikke allmennmedisinen er så veldig komplisert, eller at det skal behøve å være så mye mere komplisert enn det f.eks. var for 10-15 år siden. Men publikum utsettes for påvirkning fra alle kanter i form av oplysningskampanjer, forebyggende programmer og testing. Og resultatet blir f.eks. at folk henger seg opp i kolesterolverdier, selv om de er 70 år gamle kvinner. Folk konsentrerer livet sitt omkring hvorvidt det er riktig eller galt å ta østrogen, eller om de bør ta mammografi, om de bør knytte seg til private tilbud eller gå til sin faste lege.

På denne måten går det mye energi med til å besvare stimuli som egentlig ikke er så viktige.

UP: *Men hvor hører de medisinske distraksjonene hjemme - i visjonene eller i virkeligheten?*

JT: Distraksjonene hører hjemme i ukeligheten. I min visjon skulle jeg ønske at vi fikk skrellet bort de fleste av disse, slik at vi kunne bli stående igjen med noen få klare, men viktige helsebudskap - og så bli kvitt resten. Videre at vi som primærleger i større grad leverte vår kunnskap som premisser til de som skal forme samfunnet utenfor det medisinske hus - i stedet for å gå for langt i å overlevere gruppebasert risikokunnskap til enkeltindivider. Da omformes statistisk kunnskap fort til skjebnetro.

UP: *Vil du skru tiden tilbake?*

JT: Nei, men mye av det vi blir opptatt av i dag, er rene distraksjoner som ikke er viktige. Mer alvorlig er det kanskje at dette også dreier seg om medisinske tilbud som leverer kunnskap som vi mennesker egentlig ikke bør ha.

UP: *Vi må få noen eksempler på distraksjoner som ikke er viktige.*

JT: Fra kolesterolkampanjen husker jeg at de fleste som kom til meg, var folk av et kjønn eller en aldersgruppe der kolesterolverdien var ganske uviktig.

Jeg vil også ta med diskusjonen om kaffe. Lenge før den helsemessige risikoprofilen knyttet til kaffe er skikkelig avklart, går man inn i norske hjem og moraliserer over hva slags kaffe de lager, og hvor mange kopper kaffe de drikker.

Janecke Thesen (f. 1951) er cand. med fra 1976. Hun har arbeidet som primærlege i Lærdal siden 1978. For tiden i permisjon for å være prosjektleder i Samhandlingsprosjektet - et tverrfaglig og interkommunalt psykiatriprosjekt. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Opptatt av kvalitetsheving av allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester til pasienter med kroniske lidelser, og av medisinsk kvinneforskning.

UP: *Du sa at de medisinske tilbudene kan føre til kunnskap som mennesker ikke bør ha?*

JT: Dette dreier seg ofte om tilbud som markedsføres under merkelappen "forebyggende medisin".

Et eksempel er når et gravid par uten spesielle kjente risikofaktorer i forbindelse med rutinemessig screeningundersøkelse med ultralyd får påvist sannsynlig alvorlig avvik hos fosteret, f.eks. Downs syndrom. Det kalles forebyggende medisin. Men det valget som paret stilles overfor, er å fullføre svangerskapet eller å få utført provosert abort.

UP: *Hvorfor er dette kunnskap mennesker ikke bør ha? Har ikke paret rett til å få del i denne kunnskapen, når den er tilgjengelig?*

JT: Nei, jeg synes ikke det. Jeg synes det ligger ubehagelig nær retten til å få en garanti mot feil eller lyte hos fosteret. For meg står dette som uttrykk for et skremmende menneskesyn eller medisinsk syn, der vi som naturens herre skal ha rett til å rense ut individer som det er noe i veien med. For det vi kan tilby, er ikke behandling, men indusert abort - altså å frarøve dette individet retten til liv.

Et annet eksempel er genteknologiens mulighet til å påvise anlegg for arvelige sykdommer, som f.eks. Huntingtons chorea. Ukritisk bruk av denne muligheten gir kunnskap jeg mener mennesker ikke bør ha.

UP: *Er ikke dette et gammeldags syn på den medisinske utvikling?*

JT: Noen vil nok regne meg som en konservativ moralist, og si at jeg gjerne vil tilbake til tiden før elektrisiteten var oppfunnet. Men for meg handler dette om at vi som mennesker må ta på alvor og respektere det at vi er en del av naturen og del av et økosystem. Vi har ikke mandat til å leke Vårherre slik man i dag kan gjøre innen deler av perinataldiagnostikken, genteknologien og in-vitro-fertilisering.

Dette henger også sammen med de synspunktene som Helen Caldicott (1) presenterte på WONCA-kongressen i Vancouver i mai. Punkt for punkt påpeker hun hvordan vi mennesker går ut over de grenser som naturen setter for oss, og dermed undergraver hele klodens eksistens.

UP: *Jeg trodde du var opptatt av forebyggende medisin. Er du ikke det lenger?*

JT: Jo, men jeg savner en gjennomgående prioritering av hva som er

⇒

viktig, og hva vi som medisinere har mandat til å påtvinge andre mennesker av kunnskap som tildels er dårlig bearbeidet, og som hører hjemme på gruppenivå. Dette står ikke i noe rimelig forhold til hva som ellers er viktig for folk i livet.

UP: *Hva blir da oppgavene for forebyggende medisin i dag?*

JT: Ut fra den kunnskapen vi har, har vi mandat til å være tydelige og klare i våre anbefalinger når det gjelder selvpåførte giftstoffer som nikotin og alkohol. Men medisinen har en alvorlig slagside i sin kunnskapsproduksjon, ved at den i all hovedsak legger merke til og legger vekt på ting som kan telles og måles.

Kanskje vi kunne få inn helt nye perspektiver i forebyggende medisin hvis vi kunne måle og legge større vekt på nytelse! Eller på klare grenser, pauser og pusterom, glede, kjærlighet og nærhet - forhold som er med på å bestemme hvilket liv folk kan leve. Slike sentrale, ikke-målbare goder tror jeg er viktigere for helsen enn hvor mange kopper kaffe du drikker i løpet av dagen.

Dagens individrettede forebyggende medisin slår fort over i moralisme og sosial kontroll. Jeg mener at vi må ha meget sikre kunnskaper om at tiltakene vi anbefaler, virkelig er viktige i folks liv, før vi går inn og prøver å manipulere disse enkeltlivene på vegne av medisinen.

UP: *Hvordan kan vi gjøre noe med de medisinske distraksjonene til hverdags i den allmennmedisinske virkeligheten?*

JT: I hver eneste konsultasjon kan vi ha et indre varsko som skal hjelpe oss med at distraksjonene ikke skal forstyrre møtet med pasienten. Først da kan vi blir mere åpne og lyttende til hva pasienten presenterer som sitt problem og har på sin dagsorden. Da kan vi kanskje la være å ta en rekke prøver for sikkerhets skyld, og slippe å ta opp en rekke temaer for fagets skyld, og da kan vi jobbe mere hensiktsmessig sammen med pasienten.

UP: *Du har altså visjoner om at vi skal påvirke den siden av den medisinske virkelighet som distraksjonene, medikaliseringen og "leke-Gud-leken" representerer. Hva blir dine strategier?*

JT: Tidligere sto mine visjoner tydeligere fram som ledestjerner, som kunne vise veien fram i åpent terreng. Nå er ledestjernene mindre tydelige, fordi svarene ikke er så opplagte. Virkeligheten er grell nok, selv om situasjonen her i Norge er idyllisk i forhold til både nære og fjerne himmelstrøk (EF og U-land). Globalt sett er vi på kanten av stupet, og det hjelper lite å sitte i en av de siste vognene på toget når det først bærer utfor.

Allikevel går det an å si noe om viktige veivalg i riktig retning.

Ved Forum for helsetjenesteforskning i september diskuterte man temaet "Marked som prinsipp i levering av helsetjenester". Her ble det hevdet at vi kan få mere helse ut av hver krone dersom vi innførte markedsprinsipper i fordeling av helsetjenester. Det ble også hevdet at vi slik også kunne sikre at brukerperspektivet ble tatt mere på alvor. Viktigere enn den økonomiske siden av dette synes jeg det er å arbeide systematisk for å finne ut hvilke brukere vi vil prioritere, og sørge for at de får en reell innflytelse.

En markedsmekanisme som ikke ble satt på dagsorden på seminaret opptar meg langt mer: nemlig koblingen mellom helseprofesjonene og den farmasøytiske og teknologiske industri. På globalt nivå fører dette f eks til at barn som skulle ha enkel behandling med peroral rehydreringsvæske ved diaresykdommer dør, fordi mer potente, dyrere og mindre hensiktsmessige medikamenter dominerer markedet. Her hjemme fører det til "medisinsk forføring", der profesjonelle og industrielle interesser sammen får helselag og andre til å samle inn penger til dyr og driftskrevende medisinsk høyteknologi.

Dersom ikke denne koblingen mellom fag og industri begrenses, og vi innfører en unyansert såkalt brukerstyrking, vil markedsmekanismene føre til en enda sterkere prioritering av de medisinske distraksjoner. Dette er en utvikling som vil favorisere de som allerede er rike på sosiale og helsemessige ressurser, og som vil styrke en medisinsk virkelighet der høyteknologi settes over omsorg.

Vi må arbeide for å gi bedre plass for den brukergruppen som Lønningutvalget har kalt Gruppe 2 - dvs. de som har kroniske lidelser som de både lever og dør med. Men da trenger vi å utvikle vår evne til tverrfaglig samarbeid, og samhandling mellom den medisinske førstelinjen og annenlinjen. Og vi må vise vilje til å ta veiviseransvar (som er noen annet enn behandlingsansvar) når det gjelder praktiske og jordnære hjelpebehov for folk med kroniske lidelser.

Det er også nødvendig å erkjenne at vi lever i et kjønnsdelt arbeidsmarked, der kvinnene har hovedansvaret for (både det ubetalte og dårlig betalte) omsorgs- og reproduksjonsarbeidet. Det er avgjørende viktig at omsorgs- og reproduksjonsarbeidet oppgraderes statusmessig. Samfunnsmedisinen og allmennmedisinen må synliggjøre hvor galt det går når hjemmelivet og hverdagen utarmes, og levere sitt bidrag til denne viktige samfunnsdebatten.

UP: *Hvor i dagens virkelighet ser du muligheter og potensialer for dine visjoner?*

JT: Selv om hjelpeløshet er det mest dekkende uttrykket for det jeg opplever, har jeg allikevel tro på framtida. Du har selv sagt at det er minst tre forskjellige måter å møte hjelpeløsheten på (forutsatt at vi tør å se den): Vi kan

1) benekte situasjonen,
2) bli overveldet og resignere, eller
3) se på den som en faglig utfordring (2).

Jeg tror flere og flere av oss på ulike vis prøver å ta denne typen hjelpeløshet som en utfordring.

Helen Caldicott gjør det (1), Per Fugelli gjør det (3), Marilyn Waring gjør det (4), Dag Hareide gjør det (5), Trine Normann gjør det (6,7), Anders Evang gjør det (8), og NSAM's referansegruppe for økologisk medisin gjør det.

Jeg tror også det betyr mye at vi har mange primærleger som er opptatt av medisinsk filosofi og kommunikasjon. Dette er fag som ser nærmere på hva som foregår i møtet mellom to mennesker: legen og pasienten. Da kan vi få vite mer om hva slags mening disse spørsmålene har i pasientens liv.

Jeg er snart 42, i ferd med å bli voksen, og aldri har livet vært mere dyrebart og fylt av løfterike muligheter enn nettopp nå. Jeg tror at også jeg skal makte å levere mine bidrag til denne faglige utfordringen med utgangspunkt i *mitt* ståsted: allmenn- og samfunnsmedisinen.

Dette får være min visjon - at vi hver for oss arbeider med akkurat det *vi* har å bidra med, og at vi sammen klarer å ta de avgjørende viktige veivalgene.

Litteratur:

1. Caldicott H. If you love this planet. A plan to heal the earth. New York/London: W W Norton & Company, 1992.
2. Malterud K. Medisinens hjelpeløshet 2. Allmennmedisinens utfordring. Nordisk Medicin 1990; 105: 61-3.
3. Fugelli P. Fribrev. Oslo: Cappelen, 1992.
4. Waring M. Hvis kvinner fikk telle. En ny feministisk økonomi. Oslo: Cappelen, 1991.
5. Hareide D. Det gode Norge. På vei mot et mer medmenneskelig samfunn? Oslo: Gyldendal, 1991.
6. En helsetjeneste mer på brukernes premisser. Hva kan dette innebære i dagens Norge? Hvordan kan vi gå fram for å nå målene? SME, Sosialdepartementet, april 1990.
7. Tilgjengelighet til tjenester for personer med store psykiske lidelser. SME nr I/59, sept 1990.
8. Evang A. Verdier som kompass. Om personlighet, samfunn og framtid. Oslo: Cappelen, 1991.

Prosjektleder Janecke Thesen
Inst. for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

❑

Økologi og medisin

Hvordan kan human økologi stimulere til nytenkning i medisinen?

Human økologi er det tverrfaglige studiet av mennesket og miljø som søker holistiske og integrerende perspektiver. Nordisk förening för humanøkologi" søker å fremme denne faglige integrering ved sitt kvartaltidsskrift "Humanekologi" og sin årlige konferanse. Foreningens sekretariat finnes nå ved Telemark distriktshøgskole (TDH), 3800 Bø.

"Humanekologi" kommer nå ut med et 90 siders spesialnummer om økologi og medisin. Nummeret inneholder de bearbeidede innleggene ved NSAMs Kongsvoldseminar 1992 i tillegg til mye annet stoff om emnet. Med dette spesialnummeret vil bladet og NSAMs referansegruppe "Økologisk medisin" fremme en faglig diskusjon blant leger i Norden om medisinsk teori og praksis sett i økologisk sammenheng.

Noe av innholdet er:

Iver Mysterud, Ivar Mysterud:
Økologi, evolusjon og medisin.
(34s, 200 referanser!)

Anne B. Bystad:
Medisin og paradigmeskifte. En skisse til et helhetlig menneskesyn.

Tore Midtvedt:
Fra fragment til helhet.
Fra tarmmikrober til miljø.

Ole Malmberg, Birgitta Malmberg:
Ekologi och hälsa.

Tor Næss:
Fra humanøkologisk teori til praktisk handling.

Geir Sverre Braut:
Miljørøtta helsevern. Ein arbeidsmodell medan vi ventar på eit paradigmeskifte.

Merete Steen:
På vandring i det økologiske fagfelt - forslag til reiserute for medisinere.

Hans Magnus Solli:
Levende grenser i medisinen.

International Society of Doctors for the Environment:
A presentation.

Spesialnummeret koster 80 kr inkludert porto/eksp. utg. og kan bestilles ved
a) å sende bestilling til Humanekologi, TDH, 3800 Bø
b) ringe tlf. 03 95 26 35 eller faxe 03 95 25 36 eller
c) bestille ved samtidig å betale kr 80 til bladets postgironummer 0824. 0280621
Til undervisningsbruk gis prisrabatter. Ta kontakt!

En visjon om gammelt nytt

Av Marit Hafting

En varm augustkveld rett etter dagsrevyens reportasjer fra Sarajevo, Somalia og den døde skogen i Mellom-Europa, skal jeg skrive om mine medisinske visjoner. Lar det seg moralsk forsvare å sitte her og varme seg på visjoner i vår beskyttete avkrok på verdenskartet mens sult, krig og økokatastrofe truer verden?

Spør man 10 -12 år gamle barn om hva de ønsker seg mest av alt, kommer ofte svar som "fred på jord", "at ingen barn sulter" o.l. De kan kombinere et dypt-følt globalt engasjement med tro på at visjoner som for oss voksne fortoner seg som utopier, lar seg oppfylle. Jeg tror det i vår tid nettopp er viktig å ha visjoner. Har vi et bilde av en fremtid der ingen barn sulter eller der våre faglige idealer er innfridd, har vi et mål å strekke oss mot og en drøm å beskytte.

Mitt håp for medisinen er at den skal finne fram igjen gamle idealer, at faget skal inkorporere lindring og trøst i teori og praksis på lik linje med behandling og helbredelse. Moralsk sett går det ikke an å skille disse elementene i møtet med enkeltpasienten, men praksis viser at altfor ofte er vi ikke i stand til å holde begge disse perspektivene i hodet samtidig. Først helbreder og behandler vi, og deretter trøster og lindrer vi.... hvis det blir tid.
Min visjon er at palliativ medisin i framtiden vil bli oppvurdert.

Lindring og trøst er ikke bare "bløte" emner som kommunikasjon, hudkontakt og empati. Palliativ medisin krever på samme måte som kurativ medisin gode biomedisinske kunnskaper og utvikling av ny teknologi kombinert med praktisk klinisk erfaring.
Jeg vil her bruke Peter F. Hjorts foredrag om dødspleien for gamle som et eksempel på min visjon om framtidsmedisinen som et fag som klarer å holde på flere perspektiver samtidig - kurere og lindre, gi ansvar til pasient og pårørende og ta ansvar når det kreves, kjemper for livet og samtidig respekterer livets grenser:

Foto: Chris Schwarz (Fra Melville J. St. Christopher's Hospice, London 1990)

Dødspleien hos gamle
- hva krever den?*

Konferanselederen ønsket egentlig at jeg skulle stå her som helsetjenesteforsker og legge frem en cost-benefitanalyse av dødspleien i Norge, dvs. en analyse av hva dødspleien koster og hva den gir. Jeg er enig i at det er behov for denne analysen, men ennå har ingen gjort noe slikt.

Av Peter F. Hjort

Det nærmeste vi har kommet i vår forskningsgruppe er en enkel oversikt som viste at utgiftene til pleie og behandling i siste leveår utgjorde 18-26% av de totale offentlige helseutgiftene. 60% av disse utgiftene gjelder pasienter i somatiske sykehjem (1).

Slike beregninger sier intet om selve dødspleien, hverken hva den koster eller hva den gir, dvs. hvor god den er. Det ville kreve spesielle og detaljerte prospektive undersøkelser hvor en fulgte et representativt utvalg av døende og registrerte utgiftene og vurderte innsatsen.

Jeg måtte altså avslå å stå her som helsetjenesteforsker, og i stedet står jeg her som lege for meget gamle mennesker ved Ullern alders- og sykehjem i Oslo. Jeg har vært der i femten år, og jeg vil bruke disse erfaringene til å drøfte dødspleien for gamle mennesker. Dødspleien for yngre - og spesielt for barn - rommer andre problemer, og det er som regel slike problemer som preger debatten om dødspleien. Men den største oppgaven er likevel dødspleien for gamle, for ca. 60% av dem som dør i Norge er over 75 år.

Når er tiden inne?

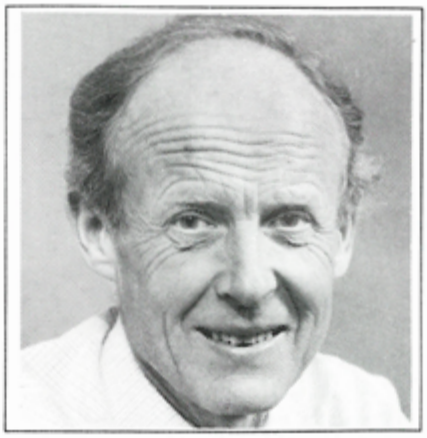
Det mest grunnleggende spørsmål i dødspleien er dette: Når er tiden inne? (2). Dette spørsmålet forutsetter to ting - for det første at det er mulig å svare på det, og for det andre at svaret får praktisk betydning.

I en del tilfelle er spørsmålet irrelevant, fordi pasienten enten dør brått eller fordi dødsprosessen er slik at den ikke kan påvirkes. Etter min erfaring er disse tilfellene i mindretall. I de fleste tilfellene er det mulig både å vurdere når tiden er inne og å påvirke dødsprosessen. Dermed er dette spørsmålet om når tiden er inne utgangspunktet for alle ens vurderinger. Derfor er det så viktig at en legger arbeid, omtanke og alvor i å svare på dette spørsmålet.

Egentlig er det tale om to tidspunkter. Det siste er når det er klart at døden er umiddelbart forestående - timer til få dager før døden inntreffer. Erfarent helsepersonell kan *se* dette tidspunktet. Det første tidspunktet er når det er klart at aktiv behandling ikke lenger har noen mening. Det er dette tidspunktet jeg drøfter her, og jeg karakteriserer det med Cicely Saunders' ord: "*...the moment when "therapy" or "active treatment" is becoming irrelevant to the needs of a particular patient*" (3). Dette tidspunktet ligger dager til noen uker før døden inntrer, og det er dette tidspunktet en må forsøke å fange. For å gjøre det, må en tenke langs tre linjer.

Den første er den *medisinske*. I gamle dager - dvs. før ca. 1930 - besto medisinen av tre store områder - diagnostikk, terapi og prognostikk. Etter hvert har diagnostikk og terapi fullstendig fortrengt prognostikken. Det er viktig å gjenreise denne delen av medisinen. Det er en vanskelig oppgave, for prognostikken er en blanding av vitenskap, erfaring og intuisjon.

⇒



Peter F. Hjort (f. 1924) er forskningsleder ved Folkehelsas senter for helsetjenesteforskning. Han er i tillegg tilsynslege ved Ullern sykehjem.

*) Fra et foredrag på Landskonferansen "Omsorg ved livets slutt", Trondheim 8. mai 1992

Den vitenskapelige delen bygger på en presis diagnose, og gamle mennesker skal ha en presis diagnose. Geriatriens første bud lyder slik: Du skal vite hva pasientene dine feiler, selv om det ikke får behandlingsmessige konsekvenser. En presis diagnose er grunnlaget for alle vurderinger og avgjørelser, og jeg føler at det er en menneskerett å få en slik diagnose.

Dessuten har denne filosofien en sekundær betydning. Den markerer respekt for gamle mennesker, og den har betydning for spirit, yrkesstolthet og kvalitet i eldreomsorgen. For en stund siden la hjemmesykepleien inn en meget gammel mann i sykehjemmet, og han døde etter en uke uten noen sikker diagnose. Jeg ba slektningene om tillatelse til obduksjon, og deres forbausede svar var: "Ja, men vi trodde ikke et gammelt menneske betydde så meget for dere". Det gjør det, og det skaper kvalitet i sykehjemmet. De medisinske vurderingene viser hvor lenge den gamle *kan* leve og hvilke muligheter det er for medisinsk behandling.

De er også grunnlaget for den andre typen av vurderinger, nemlig om *livskvalitet:* Hva slags liv har den gamle igjen? Vil det være smerter, kvalme, anorexi, depresjon og andre negative ting, eller vil det være en naturlig og god sluttfase? Dette er ikke enkle objektive vurderinger, for de må knyttes til personen og hennes personlighet, styrke og familiestøtte.

Denne kvalitative vurderingen fører over til den tredje typen av overveielser: Hva *ønsker* den gamle selv? I de fleste tilfeller vet vi det, fordi vi snakker meget med pasientene om døden. Erfaringen er at disse samtalene oppleves som naturlige og gode for begge parter. De fleste gamle har et naturlig og reflektert forhold til sin egen død, men en må være på vakt mot to feilkilder. Den ene er depresjon som kan få den gamle til å gi opp før tiden virkelig er inne. Den andre feilkilden er den ambivalens som jeg tror alle gamle har. På den ene side har de en naturlig lengsel etter døden fordi de merker at livet nærmer seg slutten. Men på den andre siden - og like naturlig - henger de ved livet. Derfor må en både høre etter hva de sier og lytte etter tankene og følelsene bak ordene.

Foto: Chris Schwarz

Det er selvfølgelig viktig å ha god kontakt med de pårørende, fordi det er helt avgjørende at de pårørende har tillit til personene rundt den gamle. Etter min erfaring er det viktig å markere - ofte uten ord - at det er legen som har det juridiske ansvar for dødspleien, og det skal en ikke skyve over på de pårørende.

Det er også viktig å drøfte dødspleien med alt personell. Målet er å bygge opp enighet om og tillit til prinsippene for dødspleien, og det må i tillegg være enighet om vurderingene i det enkelte tilfelle. Dette er nødvendig for å skape den trygghet som er grunnlaget for en god dødspleie.

Hvorledes bør dødspleien være?

God dødspleie bygger på prinsipper, men er i realiteten en sum av detaljer. I det følgende forsøker jeg å bygge sammen prinsippene og detaljene i en serie utsagn. Jeg ber dere huske den selvfølgelige forutsetningen, nemlig at tiden er inne.

1. Aktiv eutanasi er ikke aktuelt

Spørsmålet om aktiv eutanasi dukker stadig opp, både i den medisinske litteratur, i diskusjoner og i samtaler. I litteraturen er det særlig erfaringene fra Holland som holder liv i debatten om aktiv dødshjelp (4,5). I diskusjoner hører jeg ofte argumenter for eutanasi, særlig i forbindelse med Livstestamentet. Jeg synes jeg har lagt merke til at de mest aktive ennå har lenge igjen til egen død. I personlige samtaler med folk som selv er nær døden kommer muligheten for aktiv dødshjelp ofte opp, men de aller fleste gamle avviser den. Jeg tror det skyldes dels moralske refleksjoner og dels at få gamle har ulidelige smerter. Det er mitt inntrykk at pasientene føler trygghet i en filosofi som avviser aktiv eutanasi, men samtidig engasjerer seg sterkt i lindring av smerter og andre plager. For institusjonen som helhet er det en styrke at det er klare linjer her.

2. Ikke aktiv, livsforlengende behandling

I sluttfasen av livet bruker vi ikke slik behandling, særlig ikke operasjoner, transfusjoner, cytostatica og antibiotika. Gang på gang har vi f.eks. sett at en ubehandlet lungebetennelse er den gamles venn, fordi det er en god død. Jeg bør imidlertid nevne at vi ofte også har sett at gamle, skrøpelige mennesker

overlever lungebetennelser uten antibiotika.

En må selvfølgelig vurdere prinsippene hele tiden. Det kan være riktig å gi antibiotika for å lindre infeksjoner som ikke er dødelige, f.eks. urinveisinfeksjoner. Det kan selvfølgelig også være riktig å gi strålebehandling for å dempe smerter hos pasienter med utbredte metastaser, f.eks. ved prostatakreft.

En praktisk vanskelighet ligger i skillet mellom det en kan kalle godkjente og ikke godkjente dødsårsaker. Pasienter med det jeg kaller *godkjente dødsårsaker* kan få ligge i ro med symptomatisk behandling, mens det er vanskelig å gjøre det samme med pasienter som får *ikke godkjente dødsårsaker.* Blant de godkjente dødsårsakene er hjerneslag, hjerteinfarkt og lungebetennelse, mens de ikke godkjente dødsårsakene er slike som ileus, store blødninger og koldbrann - altså komplikasjoner som i og for seg *kan* behandles. Jeg har imidlertid inntrykk av at holdningene er på gli her nå. I de senere år har vi f.eks. unnlatt å overføre pasienter med slike komplikasjoner til sykehus, dersom pasientene ønsker å få være i ro på sykehjemmet. Jeg har sett at koldbrann kan være en god død som har spart pasienten for en amputasjon i sluttfasen av livet. Dette er selvfølgelig meget vanskelige avgjørelser, og det er viktig å være mentalt forberedt på dem.

3. Ikke kunstig næring
Sonde og intravenøs væskebehandling er gått ut av bruk på de fleste sykehjem. Etter hvert har fler og fler også fått en kritisk holdning til mer eller mindre tvungen mating - ikke minst takket være Liv Wergeland Sørbye's arbeid (6). Som regel lever ikke pasientene lenge etter at de holder opp å spise, men av og til ser vi pasientene leve i mange uker og bli tynnere og tynnere. Dette kan være en stor påkjenning for både pårørende og personell, mens pasientene selv ikke klager. Jeg synes dette hører til de vanskeligste situasjonene vi har på sykehjemmet.

4. God sykepleie
Sykepleien er helt avgjørende i dødspleien, og det gjør alltid inntrykk på meg å se hvorledes en dyktig sykepleier klarer å stelle og legge til rette en pasient som bare svarer med et takknemlig lite smil. Det fins en bok om dette, som alle burde lese. Den heter "*Förlamningen*" (7), og er skrevet av en mann som ble lam fra hodet og ned og samtidig mistet evnen til å tale. Etter måneder fikk han igjen litt førlighet i venstre hånd og skrev ned sine erfaringer på skrivemaskin. Han delte pleierne i to grupper, de som så om han lå godt og de som ikke så det. Sykepleie er et talent som bare delvis kan læres, fordi så meget er taus kunnskap (8) og beror på evnen til å se og fornemme.

Tre ting er spesielt viktige ved sykepleien i sluttfasen. Den første er å unngå trykksår, den andre er et godt munnstell, og den tredje er å sørge for avføring og vannlating. En full blære kan gjøre en pasient urolig og smertepåvirket.

5. God symptomatisk behandling
bør være en selvfølge. Etter hvert har vi lært å bruke smertestillende midler på en bedre måte enn før. Det gjelder å gi tilstrekkelige doser med rett mellomrom, og det gjelder å begynne med sterke smertestillende midler i tide - men likevel ikke for tidlig. Jeg opplever at morfin i tabletter - Dolcontin - har gjort livet lettere for både pasienter og pårørende. Det er ofte rimelig å kombinere smertestillende og beroligende midler, spesielt om natten. Målet er selvfølgelig å få til full lindring av symptomer uten å dope pasienten.

Det er viktig å huske at svært mange gamle mennesker dør uten smerter av noen art. Dødspleie er derfor ikke noen automatisk indikasjon for hverken smertestillende eller beroligende midler.

6. God informasjon
er viktig, men vanskelig. Mange pasienter er sløve og kan ikke gjøre seg nytte av informasjon, og i noen tilfelle føler jeg at det er en klar, men usagt forståelse mellom pasient og personell. Det er et mål å fortelle alle når tiden er inne, men det er et spørsmål om rett tid og rette ord, og det hender at det aldri passer, at det aldri blir naturlig. Jeg tror at dette som regel bør være legens ansvar, og det er viktig at alt personell vet hva som er sagt, slik at pasientene ikke får motstridende signaler.

Det er viktig å velge tidspunktet for denne samtalen riktig. En må sette seg ned, gi seg nødvendig tid og sørge for at en får skikkelig kontakt. Ofte er det slik at pasienten ser og hører dårlig, og bevisstheten kan være fjern. Det hjelper å skape kroppskontakt ved å holde pasienten i hånden, og en må søke seg frem til de rette ordene. Alt dette er selvfølgelig uendelig meget lettere hvis pasienten og legen kjenner hverandre og hvis de har snakket om døden i god tid før det er aktuelt.

Det er selvfølgelig også viktig å informere de pårørende både om situasjonen og om hva en har sagt. Vi oppmuntrer de pårørende til å snakke med sine døende om døden selv. Mange er engstelige og sjenerte og trenger oppmuntring.

7. Menneskelig trygghet
er det siste punktet på listen. Tryggheten er selvfølgelig avhengig av at pasient og pårørende føler kompetanse og engasjement, dvs. at personellet tror på seg selv og føler at de kan og gjør det de skal. Men i tillegg kreves menneskelig nærhet - hele tiden. Det beste er om de pårørende kan sitte hos pasienten hele tiden, og vi gir alltid tilbud om det - med seng og mat. De pårørende gir ofte uttrykk for takknemlighet og føler at de har hatt en god opplevelse på sykehjemmet. Når jeg ser barn og barnebarn bytte om å våke over sine gamle, får jeg en følelse av at "slekt følger slekters gang" og at det er viktig å legge forholdene til rette for naturlige løsninger for livets grunnleggende hendelser. Kanskje kan det være med på å gi menneskelig trygghet i en forvirret verden.

Det er selvfølgelig mange pasienter som ikke har nære pårørende, slik at personellet faktisk er deres nærmeste. Da er det viktig å sette fast vakt hos pasienten, selv om det ofte kan være vanskelig i et travelt, underbudsjettert og nedleggingstruet sykehjem.

Hva er naturlig død?

Det tredje grunnleggende spørsmål gjelder naturlig død - hva er det? Naturlig død godkjennes ikke som dødsårsak i Norge og i det fleste andre land. All død er dermed unaturlig. Alle vet selvfølgelig at slik er det ikke, og en svensk geriater - Alvar Svanborg - har formulert det slik: *"Det er inte sjukt att dø".*

⇒

Vi har forsøkt å nærme oss dette spørsmålet ved å obdusere 100 sykehjemspasienter i Oslo (9). Hos en del pasienter fant vi dette bildet:

- ingen spesielle sykdommer
- svikt i hjerne og hjerte
- ofte bronkopneumoni
- avmagring - 25% av likene veide under 40 kg
- inntørring
- livsgnisten borte (klinisk observasjon)

Dette bildet kaller jeg naturlig død. Jeg forestiller meg at hendelsesforløpet er omtrent slik: Pasienten mister livsgnisten, gir opp, spiser mindre og mindre, tar til sengen, drikker mindre og mindre og dør til slutt av en nesten tilfeldig årsak, f.eks. en liten lungebetennelse eller elektrolytt-forstyrrelser.

Jeg tror det er vår oppgave å la disse pasientene få dø i fred med god pleie og uten medisinsk behandling.

Slutt

Dermed har jeg sagt det jeg kunne få sagt om dødspleien hos gamle på 30 minutter. Mange ting har jeg måttet la ligge, f.eks. Livstestamente og religion. Jeg har forsøkt å konsentrere meg om det jeg oppfatter som det sentrale budskap, nemlig at døden hos gamle mennesker ofte er den naturlige avslutning på livet. Det er vår oppgave å yte en dødspleie som er preget av kompetanse, engasjement og menneskelig nærhet. Jeg opplever dødspleien som en stor og positiv utfordring som det er mulig å løse med enkle midler. Det viktigste er å skape et miljø som preges av tillit, samarbeid og trygghet, et miljø som føler at vi kan dødspleie for gamle mennesker. Et slikt miljø må også ha humor og litt selvironi. Derfor slutter jeg med to små sitater fra pasientene våre:

- En gammel dame så på meg tvers igjennom sin egen sløvhet og sa med et drømmende smil: "*Tenk å våkne i morgen og være død*".

- En kreftsyk mann, litt yngre enn jeg selv, sa til meg med et smil da vi endelig hadde fått overtaket på hans smerter og diarré: "*Denne døden er til å leve med*".

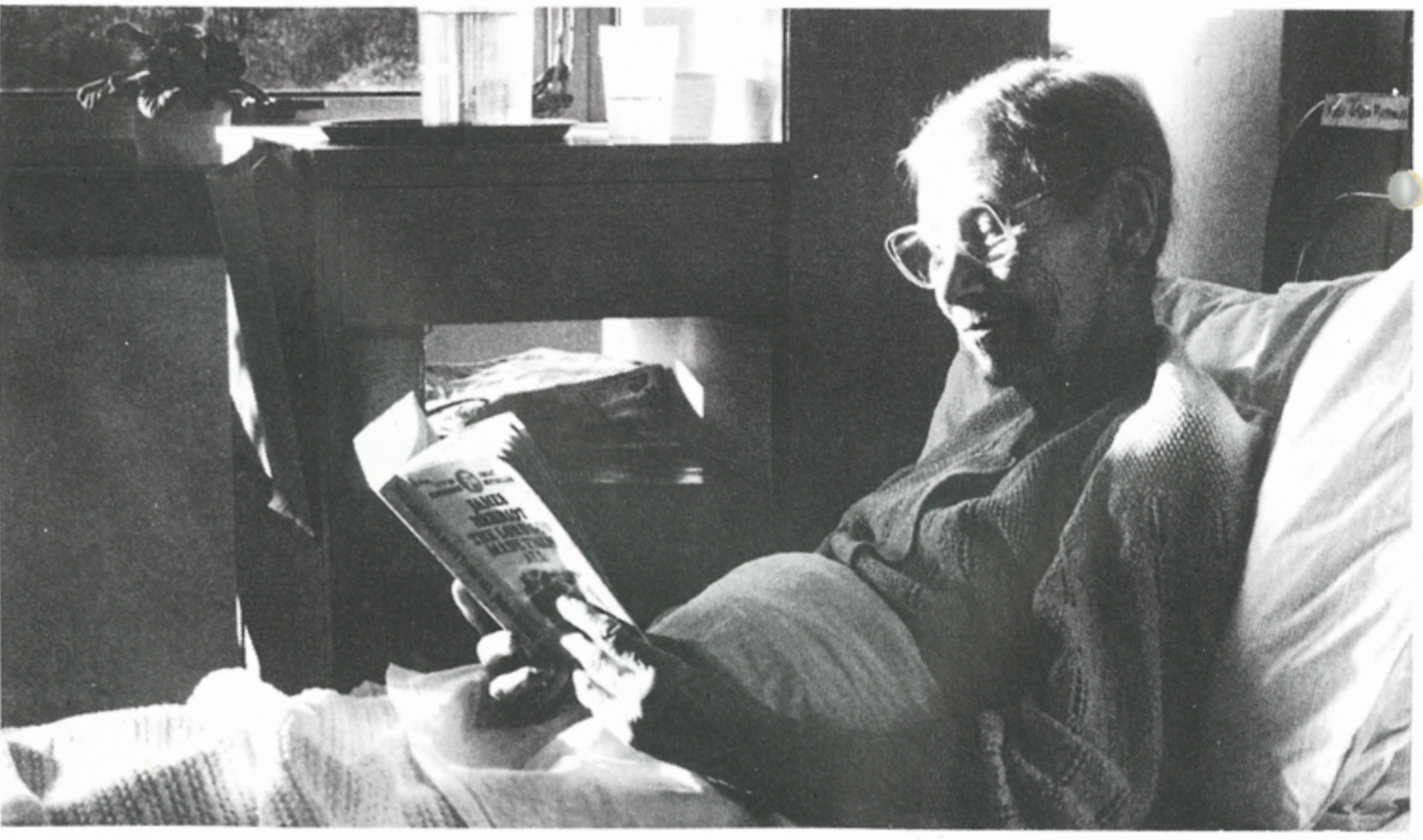
Slik vil jeg håpe at jeg selv kan dø når tiden kommer ...

Referanser

1. Nord E, Hjort PF. Helsetjenesteforbruket i siste leveår. Andel av totalt helsetjenesteforbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108:3265-7.
2. Sørbye LW, Aarseth S, Husom O, Johannesen J, Hjort PF, Skartseterhagen Å. Nøkkelspørsmålet i dødspleien: Når er tiden inne? Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99:1300-6.
3. Saunders CM (edit.). The management of terminal disease. London: Edward Arnold, 1978.
4. Seidal T. Aktiv dödshjelp i Holland - skarp intern kritik avslöjas. Läkartidningen 1990; 78:4215.
5. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 1991; 338: 669-74.
6. Sørbye LW. Respekt for livet - respekt for døden. Rapport nr. 5/88. Oslo: SIFF, Avdeling for helsetjenesteforskning.
7. Åhgren C-E. Förlamningen. Dagboksanteckningar. Stockholm: LIC Förlag och Landstingsförbundet 1986.
8. Josefson I. Från lärling til mästare. Lund: Studentlitteratur, 1988.
9. Løken AC og medarb. Obduksjon av 100 alders- og sykehjemspasienter i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104:1197-1203.

Forskningsleder
Peter F. Hjort
Folkehelsa
Geitmyrsvn. 75
0462 Oslo

Foto: Chris Schwarz



All children deserve a doctor who knows their name

Befolkningens tillit til det norske helsevesen er på retur - det må vi tro om vi følger med i pressens helseoppslag.

Her forleden traff jeg en mann i sin beste alder. Han beskrev et helsestell som nærmest gikk på dunken. Han hadde ingen tro på at han ville få tilgang på helsetjeneste dersom han en gang ble syk, og å tenke lenger fram mot alderdom og død var umulig. Jeg tilkjennegav ikke min tilknytning til dette vesen, og gjorde heller ikke noe forsøk på å forsvare det norske velferdssamfunn. Men mine tanker gikk til den danske forfatter som for noen år tilbake uttalte "Det går nedenom med oss dansker, men det er så'gu på 1.klasse."

Våre medisinske fagmiljøer er ofte på banen for å fortelle om hva som kan utrettes for sunnhet og helse, bare det bevilges mer penger. Det drives en utstrakt markedsføring. Det er tilsynelatende ingen grense for hva tekniske framskritt kan tilføre vårt folk. Vi i primærhelsetjenesten står også i fare for å spenne buen for høyt her. Det faller oss heller vanskelig å fortelle folk hva vi ikke kan ta på oss.

Lægeforeningen fortalte oss her forleden på Dagsrevyen at feil i den medisinske bransje nå skulle elimineres ned mot null, takket være et program for kvalitetssikring.

Som allmennmedisiner har jeg en beklemmende følelse av å være med på å bygge opp forventninger til det medisinske fag som ikke kan eller bør innfris:

- Et lykkelig liv
som varer evig -

Wonca - The World Organization of Family Doctors - er en tung internasjonal allmennmedisinsk organisasjon som rekrutterer godt fra vesten. Organisasjonen inviterer regelmessig til kongresser, så også i 1992 med verdenskongress i Vancouver, Canada.

Det faglige program hadde i år en vinkling mot de store globale helseproblemer. Hovedforedragene tok for seg temaer som miljøtrusselen i verden, de store helseproblemer i den 3.verden og fagets rolle i forhold til politiske endringer. Vi ble grundig utfordret til å tenke i store helsepolitiske linjer.

Dr. Nyi Nyi fra Burma, som har en lederstilling i Unicef, tok for seg barns levekår. I sitt tankevekkende foredrag satte han fokus på de viktigste arbeidsområdene:

- program for brysternæring
- vaksinasjonsprogrammer
- program for rehydrering av barn
- program for å endre livsstilsfaktorer hos ungdom.

Han avsluttet med ordene:

"All children deserve a doctor who knows their name."

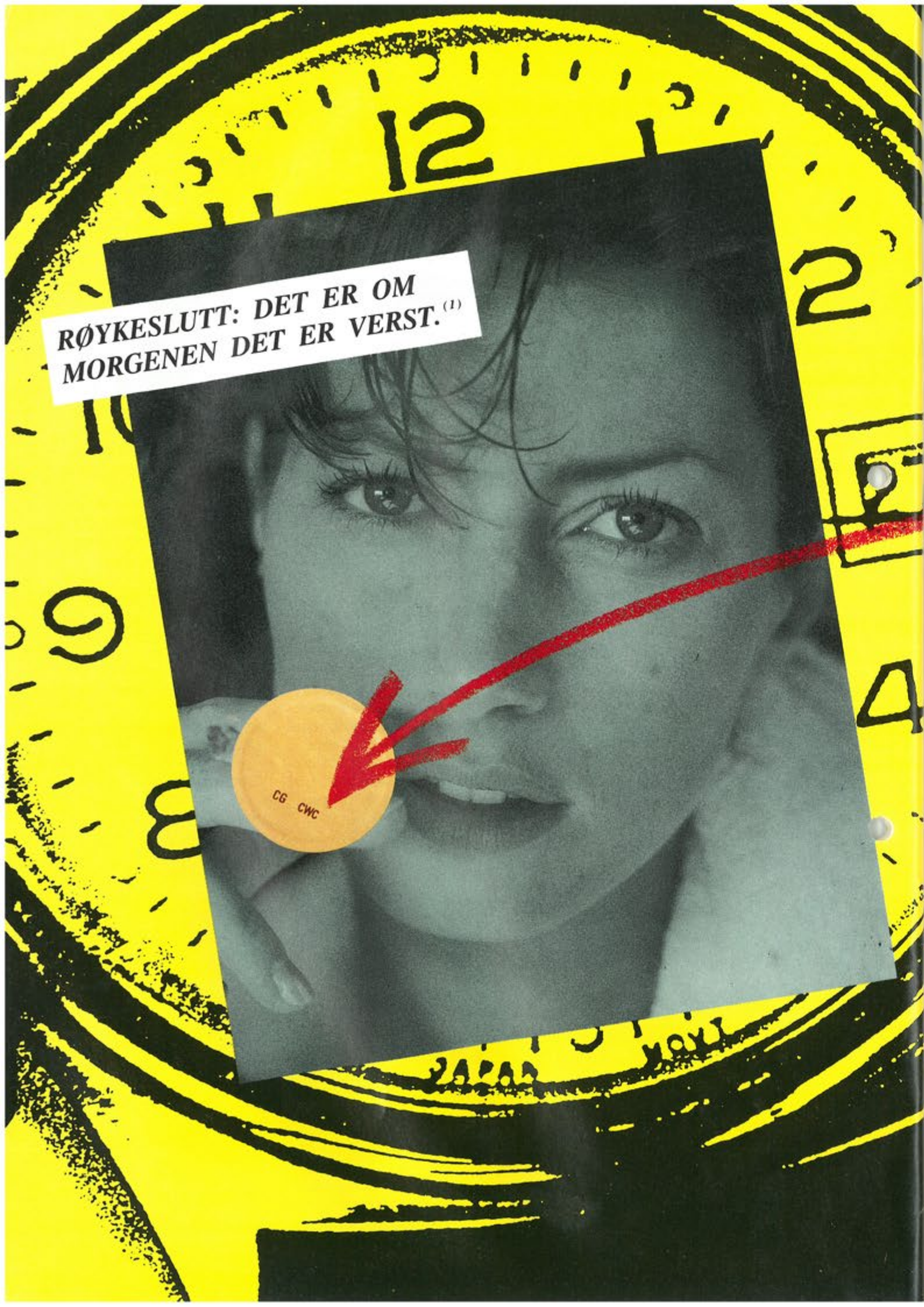
Bilder fra Somalia kommer daglig inn i vår norske virkelighet - vonde bilder som får meg til å tvile på barnetroens innhold om at alle barn er nedskrevet og husket i en bok. Vi ønsker å beskytte oss mot verdens ondskap og urettferdighet - som kjennes umulig å håndtere. Jeg ønsker å beholde en skjør voksentro på at det er mulig å gjøre noe også med dette.

Dr. Nyi Nyi ga et nøkternt bidrag til at det er mulig og at det er et viktig anliggende også på vår norske arena.

"All children need food.
All children need immunization

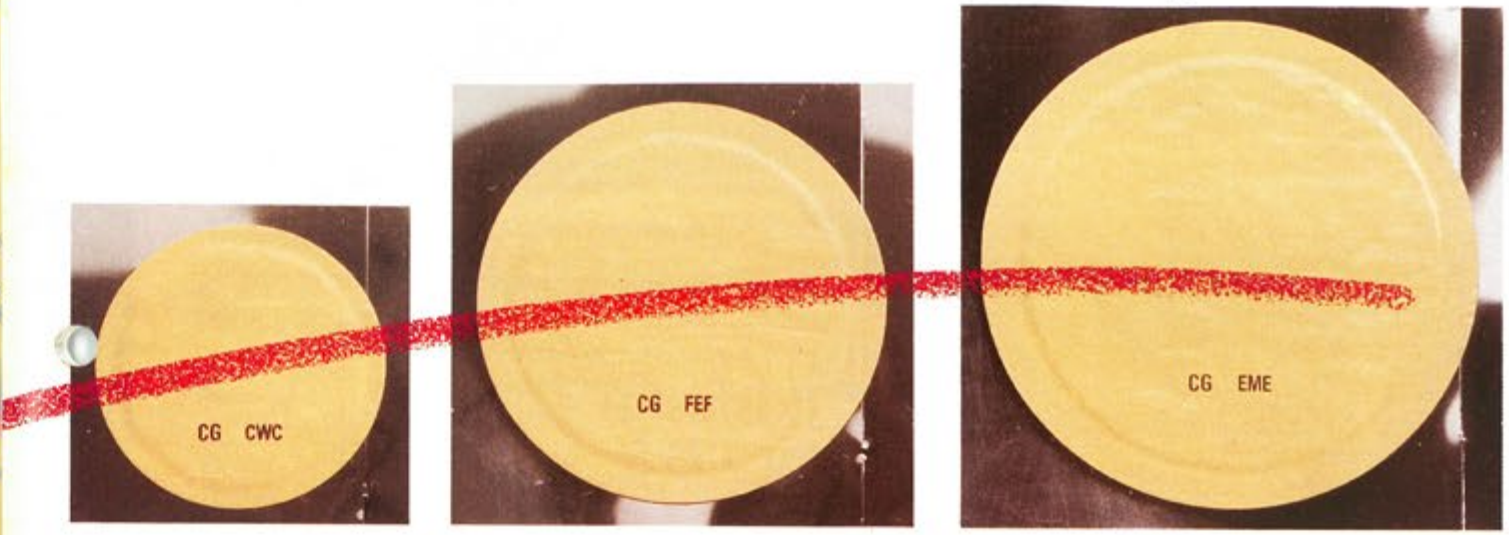
All children deserve a doctor who knows their name."

Bydelslege
Gunn Aadland
Storhaug helsesenter
Birkelandsgt. 2-4
4012 Stavanger ❑


RØYKESLUTT: DET ER OM MORGENEN DET ER VERST.(1)
CG CWC

NICOTINELL DEMPER RØYKSUGET HELE DØGNET -OGSÅ OM MORGENEN.

Mange røykere, særlig de som har røykt lenge, har sterkest røyksug om morgenen[1]. Ved å bruke Nicotinell nikotinplaster hele døgnet tilfører du nok nikotin i blodet til at dette suget avtar - også om morgenen. Nicotinell er en kur - en medisinsk metode for røykeslutt, som gjør det lettere å stå imot fristelsen til å ta en sigarett. Behandlingen går over en tidsbegrenset periode med suksessiv nedtrapping av nikotindosen som letter abstinensproblemene og reduserer røyksuget[2]. Plasteret foreligger i tre ulike styrker, tilpasset røykerens nikotinbehov og brukes i 6-12 uker.



NICOTINELL NIKOTINPLASTER.

NICOTINELL "CIBA"
Nikotinplaster

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

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

INDIKASJON: Hjelpemiddel ved røykeavvenning.

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

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

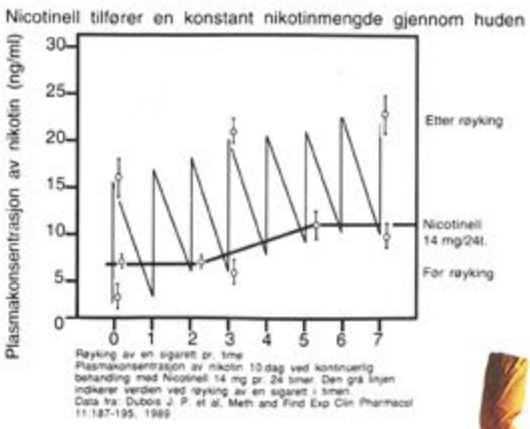
FORSIKTIGHETSREGLER: Nikotin er giftig og milligram doser kan ved rask absorpsjon være fatale. Før og etter bruk inneholder plasteret store mengder nikotin og må oppbevares utenfor barns rekkevidde. Av hensyn til de farmakologiske effekter av nikotin samt manglende klinisk erfaring, skal Nicotinell ved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

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

DEN MEDISINSKE METODEN.

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

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



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

PAKNINGER OG PRISER:
7 mg/24 timer: 7 stk., 21 stk.
14 mg/24 timer: 7 stk., 21 stk.
21 mg/24 timer: 7 stk., 21 stk.

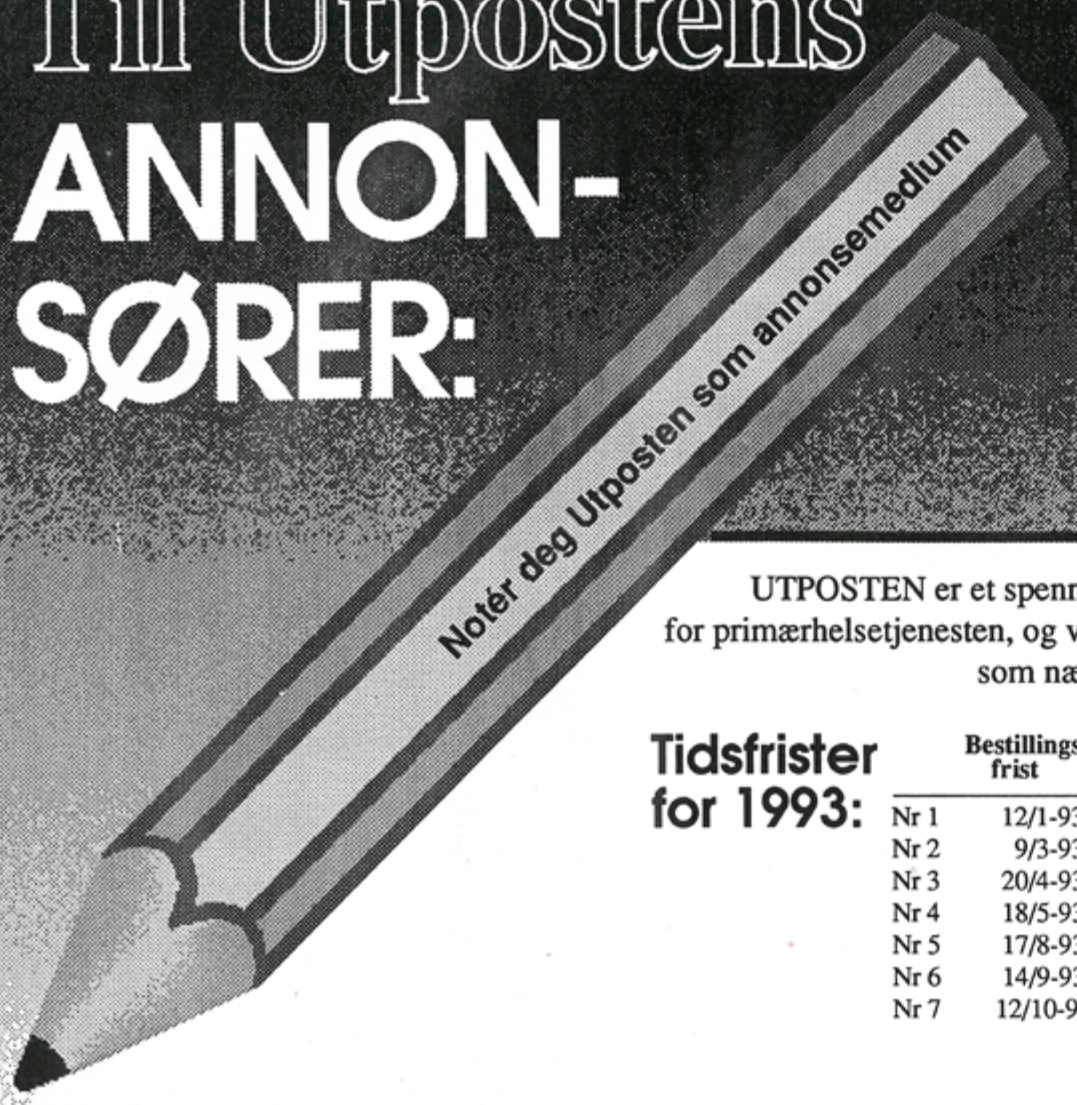
Nicotinell®
nikotin

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

(1) R. West, et al. Time course of cigarett withdrawal symptons while using nicotine gum. Psychopharmacology 1989;1:99/43-45.
(2) Aberlin T, Buchler A, Muller P, et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco on withdrawal. Lancet 1989;i:7-10.

ScP Christania as RIA 124

Til Utpostens ANNONSØRER:



UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag som nærmer seg 3000

Tidsfrister for 1993:

	Bestillings-frist	Materiell frist
Nr 1	12/1-93	9/2-93
Nr 2	9/3-93	13/4-93
Nr 3	20/4-93	18/5-93
Nr 4	18/5-93	15/6-93
Nr 5	17/8-93	14/9-93
Nr 6	14/9-93	12/10-93
Nr 7	12/10-93	9/11-93

Priser:

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

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

Kurs- og fagannonser: Egne priser

Teknisk:

Bestilling:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Telefon 06 - 97 32 22
Materiell:
Avtrykk, reprokopi eller negativfilm med speilvendt hinneside
Format:
A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.
Raster:
48 - 60 linjer
Trykkeri:
Voss Offset, 5700 Voss, tlf. 05 51 24 63

Utsendelse er ca 3 uker etter materiellfrist.

Vi har annonseansvar for UTPOSTEN

RMR
Kursarrangør

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Telefon 06 97 32 22

Akutt otitis media

- antibiotika eller ikke? (nok en gang)

Den som var så heldig (som meg) å få være med på WONCA, World Conference on Family Medicine, i Vancouver i mai 1992, kunne velge mellom et utall symposier over alle tenkelige emner. Ett av dem fanget min interesse: "*Akutt otitis media - antibiotika eller ikke?*"

Et gammelt spørsmål - men er vi sikre på svaret?

Mange med meg var nok ikke det, for symposiet var overbefolket. Det ble ledet på en orginal måte av en nederlandsk allmennmedisinprofessor - de Melker fra Utrecht.

Det første som skjedde var at vi fikk utdelt stemmesedler og stemte over hvorvidt vi ville gi antibiotika til et ellers friskt barn med feber og første gangs otitt.

Ja-siden vant klart (ca. 70-30). Det viste seg at det her var store nasjonale forskjeller. Kolleger fra Belgia og USA ga f.eks. antibiotika alle som en. Blant nederlenderne dominerte Nei-siden, mens skandinaver og briter fordelte stemmene til begge fraksjoner.

Etter dette gjennomgikk de Melker kritisk en rekke studier over virkningen av antibiotika ved akutt otitt. Har man klart å påvise at ungen blir raskere bra?

De fleste studier fant ikke nåde for hans kritiske blikk. En konklusjon ble derfor at det er smått med gode randomiserte placebokontrollerte dobbeltblind studier over antibiotikabehandling ved akutt otitis media. Særlig gjaldt dette for barn under 2 år.

En nyere internasjonal studie som holdt mål viste imidlertid ingen forskjell i forløpet av otitten, enten den ble antibiotikabehandlet eller ei. Konklusjon nummer to ble derfor at selv om man bruker antibiotika ved akutt otitis media i de fleste land, er spørsmålet om det virker ennå kontroversielt.

Neste trinn i symposiet var at en tilhenger av Ja og en av Nei-siden fikk argumentere for sitt syn på saken. Kjente argumenter som beroligede foreldre, tro på raskere smertefrihet og færre komplikasjoner kontra bivirkninger, pris, resistensutvikling og otittens godartede forløp ble hevdet.

Som god Nei-mann ga nederlenderen oss så sin anbefaling: "Gi ikke antibiotika til barn med akutt otitis media! Undersøkelser har ikke klart å vise noen fordel med det. Unntaket er barn under 2 år som allerede har hatt en eller flere otittepisoder".

Jeg ble inspirert til å dra hjem og praktisere hans anbefalinger. Så spørs det om jeg husker dem på legevakt en sen kveldsstund når en svett far tviholder sin feberhete treåring for at jeg skal få sett ungens bukende, røde trommehinne.

Kommunelege
Mette Brekke
2640 Vinstra ❑

Marinade
- et prinsipp for glede og nytelse

Av Janecke Thesen

Matlaging er for meg først og fremst en kilde til *glede*, noe jeg bruker for å skaffe meg helt nødvendige pauser i livet, strø litt festglitter på hverdagen, komme nær unger, kjæreste og dyrebare venner, gi et måltid i gave til noen jeg vil glede. Hvilke erfaringer skal jeg da velge å dele med dere?

Tiden da vi kunne høste blåskjell i fjorden og fore dem med hvetemel i badekaret er forbi. Det er et fåtall av dere som lever slik at reinsdyr- og hjortekjøtt kommer inn kjøkkendøren som tilnærmet hele dyr. Det er heller ikke mange som vil ha glede av oppskrifter på spekepølser eller helgrillet laks, eller som vil kunne dele min begeistring for mørning og nitid partering av en oksebakpart over en ukes tid.

Derfor velger jeg å dele et *prinsipp*, et knep du kan innpasse i den virkeligheten du lever i, alt etter lyst og ambisjon. Utgangspunktet hentet jeg i den kokeboka som jeg alltid vender tilbake til når jeg vil lære noe nytt fra grunnen av, eller lage noe ekstra vellykket (1). Der heter oppskriften "*Marinade sèche*" og er en enkel tørr marinade beregnet på svinekjøtt. Oppskriften er slik, pr. 1/2-kilo svinekjøtt:

1 ts salt
1/8 ts nykvernet pepper
1/4 ts timian eller salvie
1/8 ts malt laurbærblad
litt (a "pinch") allehånde
1/2 fedd presset hvitløk

Marinaden gnis inn i svinekjøttet, det være seg koteletter (2-3 timers marineringstid på benken) eller hele svinesteker (5-6 dagers marineringstid). Før tilberedning av kjøttet skrapes marinaden av - f.eks. med en bordkniv.

Nå lurer du sikkert - var dette alt? Kan dette kalles et prinsipp? Da jeg først begynte å bruke oppskriften, på tinte nakkekoteletter eller ferske svinesteker, ble resultatet en smakssymfoni, en sammensmelting av krydder, salt og kjøttets særpreg som var ny for meg. Derfor begynte jeg å eksperimentere: Måtte det alltid være med timian? Kunne det brukes til andre kjøttsorter? Kunne det brukes både til pannestekt, ovnsstekt og grillet kjøtt? Måtte kjøttet tines først?

Jeg oppdaget til min forbauselse følgende: hvis jeg tok kjøtt rett fra fryseren, smurte det godt inn med marinade og lot det tine kjølig i opptil 6-8 døgn, så beholdt kjøttet saftene i langt større grad enn ved vanlig tining. Ut fra det jeg lærte i fysikken, hadde jeg trodd det omvendte: at en salt-krydder-blanding ville trekke saftene *ut* av kjøttet. Igjen viser det seg at virkeligheten ikke alltid passer med teoriene.

Etter over 20 års eksperimenter ser oppskriften slik ut:

Velg det kjøttet du har tilgang til, eller liker best. Lag en salt-krydder-blanding der basis er 10 ml (= 2ts) salt og litt allehånde pr kilo kjøtt. Det er ikke viktig om det er fint eller grovt salt. Resten av krydderne velger du ut fra hvilket kjøtt det er, og hva du liker best. Bruk gjerne rikelig, og gjerne mange sorter. Hvis du er usikker, start med grunnoppskriften og eksperimenter ut fra denne. Til lam og reinsdyr liker f. eks. jeg bl a einer-

bær, rosmarin, basilikum og rikelig med hvitløk. Mengder tar du etter lyst og intuisjon.

Knus blandingen i en skikkelig morter eller i en liten, elektrisk kaffekvern (fabelaktig til formålet! Hvis den er i daglig kaffedrift så kjør en omgang med salt først. Den lille kafferesten som sitter igjen etter du har tømt ut saltet er en fin kryddertilsetning, og den lille krydderresten som sitter igjen etter du har tørket ut kvernen med kjøkkenpapir vil berike din neste kaffekopp!).

Gni inn kjøttet med blandingen, bruk nevene og kjenn på duften etterpå! Er kjøttet frosset, er det ingen ulempe, men smør det da inn med marinaden rett fra fryseren (skyll av "fryserduggen" først i kaldt vann), og la det tine i kjøletemperatur. Jeg foretrekker å legge kjøttet i en plastpose og trekke ut all luften, så "klebes" resterende krydderblanding til kjøttoverflaten.

La kjøttet ligge i alt fra 2-3 timer (f.eks. ferske koteletter på kjøkkenbenken - pass på evt uoppdragne hunder) til 7-8 dager (frosne eller ferske hele lammelår eller hele lam og/eller smågriser). Skrap av marinaden.

Tilbered kjøttet etter din favoritteknikk, fra helt enkel pannebruning eller sommergrilling, til spesialteknikker for lamme- eller rosastekt reinsdyrstek, eller plankestek. Eller slå til med helgrillet lam på roterende spidd etter de ritualer som gjelder i dine sammenhenger!

Litteratur:

1. Child J, Bertholle L, Beck S. Mastering the Art of French Cooking. Vol 1-2. Revised and reprinted edition. New York: Knopf, 1990.

❑

Allmennmedisinen i fortid, nåtid og fremtid

Åsa Rytter Evensen (f. 1942) er cand.med. fra 1967 og dr.med. fra 1988. Arbeider som førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo (50%) og som bydelslege på Røa (50%). Freelance-skribent om helsespørsmål og sex og samliv i Kvinner og Klær.

Christian F. Borchgrevink intervjuet av Åsa Rytter Evensen

Da Christian fikk det første norske professoratet i allmennmedisin i 1969, var han også innstilt som nummer en til professorat i indremedisin på Aker sykehus.

ÅRE: *Hva var årsaken til at du valgte det nyopprettede, langt mindre prestisjefylte professoratet i allmennmedisin?*

CF: En grunn var at det var en spennende utfordring å få begynne på noe nytt, å kunne tråkke opp løypa selv. I indremedisinen hadde jeg måttet følge i andres spor.

En annen grunn var at jeg hadde erfaring fra distriktslegetjeneste på Vestlandet, ett år etter at jeg var ferdig med studiet i 1951. Det var der jeg fikk sansen for det spennende ved allmennmedisinen.

ÅRE: *Kan du peke på noen viktige trekk i utviklingen av faget over disse årene?*

CF: Hvis du ser på allmennpraktikeren selv, har han utviklet seg fra å være en litt tafatt type, som syntes synd på seg selv fordi han ikke var spesialist eller sykehuslege, til en betydelig grad av selvsikkerhet. Den kan i noen tilfeller gå for langt; vi i allmennpraksis kan klare alt. Men styrkingen av selvtilliten har i det store og hele vært av det gode.

Samtidig har allmennpraksis vunnet større gehør blant politikere og i Den norske lægeforening. Det er gledelig at de foreningene som representerer primærhelsetjenesten, APLF, OLL og NSAM klarer å samarbeide så godt. I en del år har det jo vært vanskeligheter og brytninger mellom dem. Når det gjelder utviklingen innen primærhelsetjenesten, er jeg glad for at det settes i gang ordninger med listepasienter i fire byer. Selv ville jeg foretrukket et geografisk ansvar, fordi det ville være lettere å knytte det forebyggende arbeidet til ansvarsområdet for allmennpraktikeren. Men det kan komme senere.

Allmennpraksis er kommet inn i undervisningen ved alle de medisinske fakultetene. I den nye studieplanen i Oslo, som blir vedtatt i løpet av høsten, blir allmennmedisin det hovedfag som det fortjener å være, på linje med kirurgi og medisin. Det ser jeg som en gledelig utvikling. At vi ikke har fått de ressursene som er nødvendige kan vel rette på seg litt etter litt.

Vår egen allmennmedisinske undervisning har forandret seg fra å være hovedsakelig klinisk rettet til å dreie seg om klinisk epidemiologi, konsultasjonen og kommunikasjonsproblemene i allmennpraksis. Forholdet mellom pasient og lege er i fokus.

Innen forskningen er det skjedd mye. Det kommer jevnlig doktorgrader fra alle fakultetene. Jeg tror likevel det viktigste innen allmennmedisinsk forskning kanskje er legeforeningens støtte til allmennpraktikerstipend. Alle allmennpraktikere bør forske, være nysgjerrige på hva de gjør.

Er man nysgjerrig stiller man spørsmål som krever svar, og man ønsker å systematisere sine funn. De færreste skal ta en doktorgrad, men trenger likevel muligheten til å kunne gjøre mindre arbeider. Legeforeningen har vært flink til å hjelpe til med dette. Jeg håper at ordningen ikke bare fortsetter, men øker. Jeg sitter selv i utvalg innenfor NAVF som skal prioritere søknader om forskningssti-

Christian F. Borchgrevink (f. 1924), cand.med. 1951, dr.med. 1961. Amanuensis hos distriktslegen i Gloppen 1952-53, professor i allmennmedisin (Univ. i Oslo) siden 1969. Initiativtaker til Norsk selskap for allmennmedisin, leder i NSAM fra 1983. formann i Landsforeningen mot AIDS 1989-91. Leder av hovedkomiteen for den 7. nordiske kongress i allmennmedisin Oslo 1991.

pend til vårt fagområde. Det er vanskelig for allmennpraktikere å konkurrere med andre typer forskning. Vi er ikke ikke nok til å lage protokollene så klare at andre skjønner at våre problemstillinger er viktige og at vår forskning er god nok. Vi har noe å lære.

ÅRE: *Er det områder vi kunne mestret bedre i disse årene?*

CF: Jeg stiller spørsmålstegn ved hvordan vi greier å leve opp til idealene våre. KOPF er et utmerket ideal. Men hvis realiteten er, og nødvendigvis må være, fjern fra idealene, er vi i en konfliktsituasjon. Vi kan gå to veier; bedre oss slik at vi oppfyller idealene, eller forsone oss med at idealene er så urealistiske at vi kanskje må skrive kopf med noe mindre bokstaver. Jeg tror vi må redusere idealene noe.

Ved Institutt for allmennmedisin i Oslo har vi ikke vært flinke nok til å holde kontakt med allmennpraktikerne i vårt nedslagsfelt på Østlandet og Sørlandet. Instituttene må betraktes som primærlegenes forlengede arm inn i undervisningen og forskningen ved fakultetet. Da er det viktig at vi ikke kutter av armen som vi er helt avhengige av. Til dels skyldes det kapasitetsproblemer at vi ikke har klart det. Og kanskje er ikke alle allmennpraktikere like begeistret over å bli minnet om instituttet ved at vi maser på dem. Men jeg skulle ønske vi kunne greie å opprette et mer fruktbart samarbeid.

Alle instituttene er blitt oppslukt av undervisning og forskning, noe som på en måte er bra. Vi er dessverre blitt mindre opptatt av helsepolitikk enn vi var de første 5-10 årene. Jeg savner det innspillet.

ÅRE: *Nå vil jeg invitere deg til å fantasere om fremtiden. Hvordan ville du ønske at den ideelle allmennpraktikeren ser ut om noen år?*

CF: Jeg håper den fremtidige allmennpraktikeren er et ungt, entusiastisk menneske, som har fått mye av sin entusiasme gjennom undervisningen instituttene gir. Jeg håper at hun eller han ikke blir fagidiot, men ser at det finnes mange områder utenfor medisinen som ikke bare er spennende i seg selv, men som også er nødvendige for å bli en god doktor. Pasienter skal forstås på mange plan. Hittil har studiet fokusert på en spesiell måte å tilnærme seg pasienten. For å bli en god lege, må man forstå pasientene på en bedre måte enn vi gjør i dag, og det er avhengig av at vi har en større bredde i interesse og i kontaktflate.

Jeg håper hun eller han kan arbeide i et fellesskap med andre allmennpraktikere. Jeg tror det er best å arbeide sammen med andre, ikke sitte for seg selv. Jeg håper fremtidens allmennpraktiker vi ha en rimelig arbeidstid, slik at hun eller han også kan bruke tiden på sine andre interesser, uten at det i for stor grad går ut over økonomien. Jeg håper det blir mulig å kombinere det humane aspektet ved å være lege; å virke som en omsorgsperson for pasientene, med sterk faglig kunnskap.

I mine visjoner om fremtiden inngår også samfunnsmedisinen - eller det man kan kalle anvendt samfunnsmedisin på kommunenivå.

Jeg skulle ønske dette fagfeltet vil få de samme utviklingsmulighetene innen undervisning og forskning som allmennmedisinen har hatt i snart 25 år. Denne viktige del av vårt fagområde har i Oslo falt mellom tre stoler: forebyggende medisin, sosialmedisin og allmennmedisin. Ingen føler et spesielt ansvar. OLL har insett dette og bedt Den norske lægeforening ta et initiativ - og stille resurser til rådighet - til å opprette akademiske stillinger i "anvendt samfunnsmedisin" ved ett eller flere av våre fakulteter. Måtte det snart komme.

ÅRE: *Du er en foregangsskikkelse i norsk allmennmedisin. For å bli personlig: Hva har medisinen gitt deg som du er glad for?*

⇒

Er kilden tørr ?

Essaykonkurransen ble første gang lansert i Utposten i 1984. Hvert år har en rekke bidrag kommet inn, og det har vært kåret mange prisvinnere. Med essaykonkurransen har Utposten vært en viktig kanal for faglige skribenter i miljøet vårt. Ser vi oss tilbake, ser vi at essayprisen har inspirert fram bidrag som senere er blitt stående som helt sentrale grunnsteiner i primærmedisinsk fagutvikling i landet vårt.

Noen år har det vært mange bidragsytere, andre år færre. Noen år har bidragene vært glimrende, andre år har juryen kommet til at det ikke skulle utdeles noen førstepris i konkurransen.

Slike variasjoner hører til tidens gang.

I år har vi imidlertid ikke fått inn noen bidrag til essaykonkurransen.

Det er derfor ikke blitt mye jobb for juryen, men til gjengjeld atskillig grubling i redaksjonen.

- Betyr dette at de vi har, har skrevet det de skal?
- Betyr dette at de som kan skrive, ikke skriver essays?
- Betyr dette at videovold har vunnet over skrivekunsten?
- Betyr dette at kulturen er død i norsk primærmedisin?

Eller betyr det bare at året 1992 har vært en tilfeldighet og et varsel i essaykonkurransens historie?

Vi vet ikke.

Men vi håper at 1993 til gjengjeld vil gi rik grøde på essayistenes kornåker, og benytter anledningen nå til å så og vanne og gjødsle.

Primærmedisinske skribenter - sett PC-en i gir allerede nå, og skaff dere et pent forsprang på konkurrentene til neste års essaykonkurranse!

❑

Langt borte

Rett her borte går ein mann,
ser granskande på meg og seier:
Kom!
Vent, svarar eg,
vent til mi grøde er inne,
barna er mette
og dørene stengde

Langt borte går ein mann,
ser seg ikkje attende.
Sjå kor eg strevar, sveittar
og balar, sjå kor eg hastar,
sjå kor eg

Langt borte går ein mann,
lenger og lenger bort

Av Arnljot Eggen
(Frå "Jegeren" 1955)

RMR-kursarrangør
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: UTPOSTEN nr. 7-8 1992

Å disse fiolette morgentimer side 290
Dikt av Inger Hagerup

Leder: Mangfold og muligheter - verdier og veivalg side 291
Samtlige redaktører

Samfunnsmedisinsk ballade side 293
Henrik Brochmann m. fl.

En hverdagsvisjon våren 1992? side 294
Gunn Aadland

Bokmelding: En roman om båttur og verdier og livet selv side 298
Kirsti Malterud

Helsens mysterium side 300
Mette Brekke

Allmennmedisinsk teori og praksis side 303
John Nessa

Kasuistikkspalten - Medpassasjer på en reise mot døden side 304
Fortalt til Åsa Rytter Evensen

Denne lyse himmel side 306
Dikt av Bente Clod

Lure løsninger og fikse finesser side 307
Ola Lilleholt

Allmennmedisinens mandat og kompetanse side 308
Kirsti Malterud

Hvor er veien side 314
Janecke Thesen intervjuet for Utposten av Kirsti Malterud

En visjon om gammelt nytt side 318
Marit Hafting

Dødspleien hos gamle - hva krever den? side 319
Peter F. Hjort

Prioriteringsspalten - All children deserves a doctor who knows their name side 323
Gunn Aadland

Hverdagsklinikk - Akutt otitis media side 327
Mette Brekke

Matspalten - Marinade - et prinsipp for glede og nytelse side 328
Janecke Thesen

Allmennmedisinen i fortid, nåtid og fremtid side 330
Christian F. Borchgrevink intervjuet av Åsa Rytter Evensen

Til Torbjørn Mork side 333
Redaksjonen

Er kilden tørr side 334
Redaksjonen

Langt borte side 335
Dikt av Arnljot Eggen