

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1993

ÅRGANG 22



## Fremtidens konsultasjon?

- 239** *Geir Sverre Braut*  
**Leder:** «Økologisk medisin» – det er farleg det!
- 240** *Hans Magnus Solli*  
 Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi
- 246** *Eivind Vestbo*  
 Ønske om «heilsjekk»
- 250** *Helge Worren*  
 Hvis helse er et ork – er det helse da?
- 257** *Odd Kvamme*  
 Om å leve og døye heime
- 259** Utpostens EDB-spalte  
 Telemarkspermen og Mørepermen
- 260** *Petter Bugge*  
 «Bråk med støy»
- Erik Langfeldt*  
**262** Medisinsk katastrofeberedskap  
 i en mindre kommune
- 266** BOKMELDING  
 – Katastrofepsykologi
- 267** DEBATT  
 Arbeidsløshet, valutasamarbeid og uhelse
- 269** Prinsipielle betenkeligheter  
 omkring mammografirutiner
- 270** Utposten gratulerer!  
 Prisutdelinger ved Nidaroskongressen
- 272** ESSAYKONKURRANSENS PRISVINNER  
 Amerika, Amerika!
- 275** Stortingsmelding nr. 37 (1992–93)
- 279** *Odd Winge*  
 Skal man pese, skal man pese med vett
- 280** *Øivind Svening*  
 Hadde det ikke vært for denne tåa...

Forsideillustrasjon: Roland Tucker

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

**Kontor:**

RMR  
 Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim  
 Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

**Redaksjonen:**

*Geir Sverre Braut*  
 Tuholen 14, 4340 Bryne  
 Tlf. privat: 51 42 63 69  
 Tlf. arbeid: 51 56 87 17  
 Fax: 51 53 36 27

*Sonja Fossum*  
 Svenstuvn. 2, 0389 Oslo  
 Tlf. privat: 22 14 11 97  
 Tlf. arbeid: 22 25 34 72

*Betty Pettersen*  
 Tussan, 8372 Gravdal  
 Tlf. privat: 76 08 32 25  
 22 44 49 77  
 Tlf. arbeid: 76 08 32 25  
 22 04 23 65  
 Fax: 76 08 32 26

*Eystein Straume*  
 9550 Øksfjord  
 Tlf. privat: 78 45 81 18  
 Tlf. arbeid: 78 45 81 04  
 Fax: 78 45 84 46

*Eivind Vestbo*  
 4160 Judaberg  
 Tlf. privat: 51 71 22 74  
 Tlf. arbeid: 51 71 24 44  
 Fax: 51 71 26 64

*Helge Worren*  
 Langmyrgrenda 59b  
 0861 Oslo  
 Tlf. privat: 22 95 04 80  
 Tlf. arbeid: 67 06 00 83  
 Fax: 22 23 57 13

*Petter Øgar*  
 6790 Hornindal  
 Tlf. privat: 57 87 95 76  
 Tlf. arbeid: 57 87 94 86  
 Fax: 57 87 95 73

**Annonser:**

RMR  
 Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.  
 Tlf.: 63 97 32 22.

**Abonnement:**

Kr 250,- pr. år.  
 Bankgiro 3838.07.68248  
 Postgiro 0825 0835 397

**Grafisk fremstilling:**

Nikolai Olsens Trykkeri a.s



# «Økologisk medisin» – Det er farleg det!

Den norske medisinen Peter F. Hjort set nemninga sam-sjukdomar på den utfordringa helsetesta står framfor i åra som kjem (1). Den svenske økonomen Edgar Borgenhammar meiner at årsakene til dette fenomenet kan samlast under nemninga tillitsbrist (2). Det handlar om sviktande tillit til seg sjølv, sine næraste og storsamfunnet samt manglande tiltru til at det finst svar på eksistensielle spørsmål. I ein artikkel i denne utgåva av Utposten, ser allmennmedisinen og trygdelegen Hans Magnus Solli dette som uttrykk for ein global stressepidemi (3). Her ser vi omrisset av ei spanande grenseflate for medisinsk verksemd, nemleg den som handlar om medisinen sin plass i forhold til vårt samla livsmiljø – medisinen si rolle for menneskets økologi. Dei medisinske mikrobiologane har kome inn på denne banen. Men kor vert det av samfunnsmedisinarane?

Brått vert det svært farleg for oss. Vi må finna fram til nye omgrep som kan forklåre det vi ser kring oss. Vi må byggja nye modellar som set oss i stand til å handtera dei nye kunnskapane. Kanskje vert vi nøydde til å leva ei tid i uvisse om vi er retteleg

vitskapelege. Men om vi skal nå fram til eit fornya syn på menneskets plass i tilveret, slik det ligg implisitt i det Solli skriv, må vi kanskje leva litt i denne uvissa. Dette formative tidspunktet, då eit verdsbilete kan vera i ferd med å endrast, må ikkje gå forbi utan at medisinen legg merke til det. Sjølv sagt er det viktig for medisinen sin eigen del, men det er minst like viktig at dei observasjonane som medisinen sit på, vert dregne inn i det empiriske grunnlaget som skal byggja opp under eit endra verdsbilete. Av og til er det freistande å seia at der kor samfunnsvidarane berre sit med modellane, der har medisinen empirien.

Dette kan leia oss til å koma med for kjappe slutningar. Epidemiologen Dag Thelle årvarar mot det i eit innlegg i Tidsskriftet – midt i all glede over opprettinga av professorata i anvendt samfunnsmedisin (4). Miljøvernet har måtta gjera ein del attendetog av di det vitskapelege grunnlaget for tilrådingane har vorte i veikaste laget (5). Dette er lærdom som vi bør leggja oss på hjartet og hjernen. Likevel må lengten etter det endelege sikre svaret, ikkje hindra oss i å setja i verk nødvendige tiltak.

Medisinsk fagkunne kan gje oss ord til å forklåre det vi ser omkring oss og modellar som gjer at vi kan handtera verda. Men, seier Aaron Antonovsky, vi må også ha ei tiltru til at det er ei fundamental mening med menneskelivet (6). Dette kan korkje medisinsk eller økologisk kunnskap gje oss. Det har mennesket gjennom alle tider måtta ha med seg, nett i kraft av det å vera menneske. Leitar vi etter meininga med livet i vitskapen åleine, vert vi skuffa.

Om vi ikkje balanserer godt, kan vi på eine sida risikera å sitja att med for gammalt tankegods; på andre sida kan vi risikera å hamna i ei felle kor dei nye tankane vert som ein ny religion for oss. Denne balansen, mellom det verande og det komande, har samfunnsmedisinarane ein viss tradisjon i å meistra. Nøktern vurderingsevne kopla opp mot undring og nyfikne, vart sett som standard for samfunnsmedisinsk arbeid allereide av John Snow og andre føregangsfolk midt i det førre hundreåret.



Geir Sverre Braut

## Litteratur:

1. Hjort PF. Helse, miljø og levekår. Oslo: NAVF, 1989.
2. Borgenhammar E. Att vårda liv. Organisation, etik, kvalitet. Stockholm: SNS Förlag, 1993.
3. Solli HM. Mitt ideal. Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi. Utposten, 1993;22(6):240-45.
4. Thelle D. Akademisk eller anvendt samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen, 1993;113:2958.
5. Olimb EB. Vann blir storindustri. Teknisk Ukeblad 1993; nr.34:18-20.
6. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass, 1987.



Mitt ideal:

# Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi

Av Hans Magnus Solli.

(I den medisinske lederutdannelsen «Medled» ga professor Ole Berg oss anledning til å skrive om «Mitt ideal» i helsetjenesten. Fantasien ble satt i sving og jeg lot noen grunnleggende idéer forme et ideal for et medisinsk behandlingssted i primærhelsetjenesten. Jeg vil takke Ole Berg for både konstruktiv og kritisk tilbakemelding til besvarelsen. Denne artikkelen er en bearbejdet utgave av oppgavebesvarelsen.)



Allmennlege i 15 år. Kulturantropologisk nysgjerrighet etter tre års liv og arbeid i Asia og Afrika. Interessert i medisinen i en historisk, filosofisk, samfunnsmessig og økologisk sammenheng. Rådgivende overlege ved Trygdeetatens fylkeskontor i Telemark fra 1992.

## Den tredje epidemi – et ubekvent speilbilde.

Etter epidemiene med infeksjoner og livsstilssykdommer, som dog ikke er nedkjempet, er vi langt inne i en tredje epidemi. Denne sykdomsbølgen er ikke lett å beskrive. Den har ikke fått noen entydig betegnelse. Samsykdomsbølgen og global stressepideemi er to forslag. Noen trekk ved den er:

### *I den rike verden:*

Utbredte smerter både i sjel og kropp.  
Kroniske trøtthets- og avmaktssyndromer.  
Følelsesmessig avkapsling.  
Opplevelse av meningsløshet.  
Ettvirkninger av seksualisert vold i stort omfang.  
Depressivitet.  
Stor andel sykefravær pga. psykosomatisk sykdom.

### *I den fattige verden:*

Fattigdomspatologi – aldri så tydelig som nå.

### *Globalt:*

Forurensningssykdommer

Selv tenker jeg meg at grunnlaget for den tredje epidemi er en dekompenisering overfor stressorer av både fysisk/kjemisk, psykisk, sosial, kulturell og økologisk art. Disse stressorene overgår det vi er adaptert for gjennom evolusjonen. Det moderne samfunnet ledes som kjent av mektige overnasjonale kynikere som stjeler av menneskehetens viktigste skatter: tid, kjærlighet og rettferdighets-

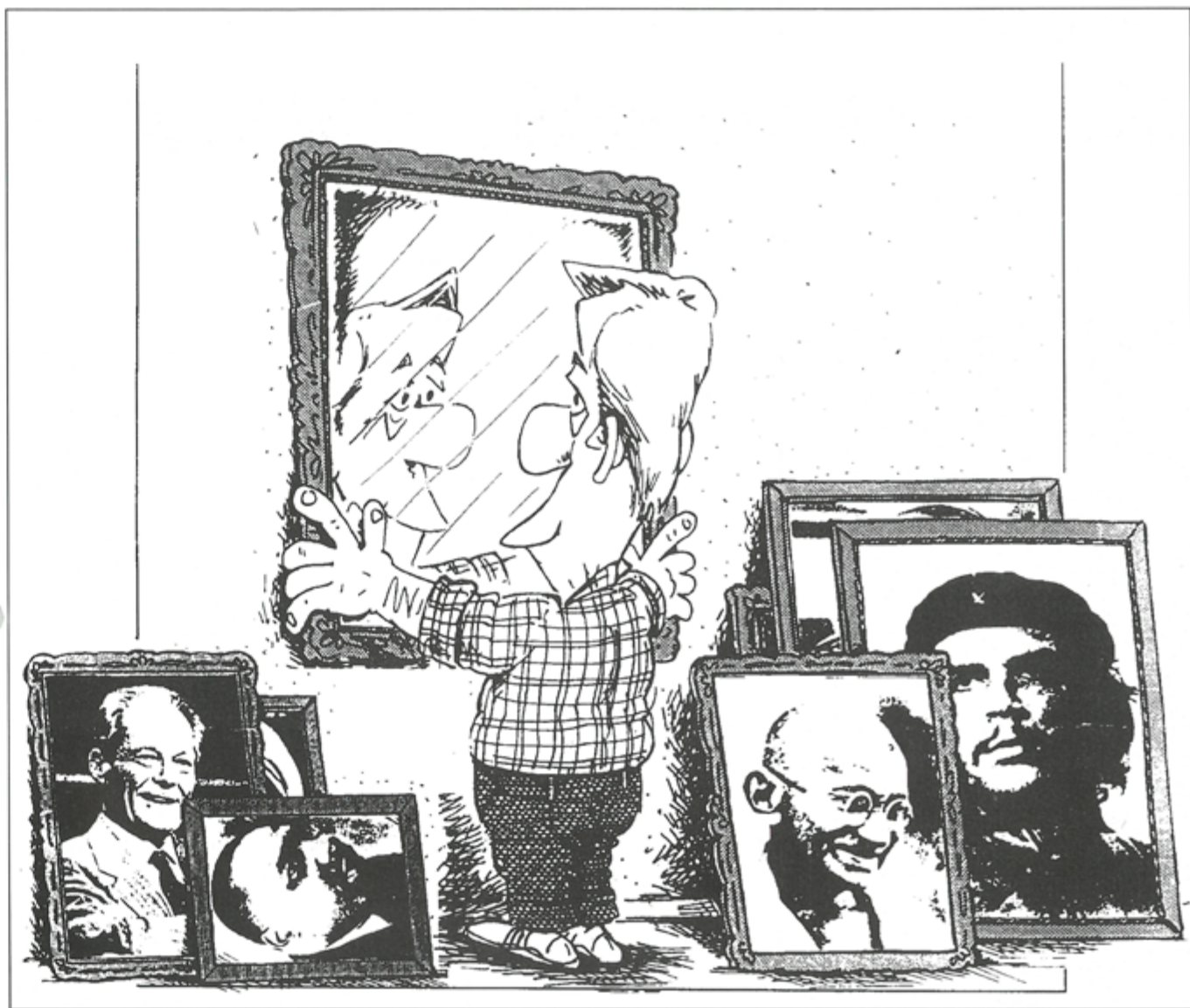
sans. Vi ledes på veier som naturens og kulturens adaptasjon ikke har gitt noe godt grunnlag for.

Den etablerte virkelighetsbeskrivelse er at «aldri har vi hatt det så godt som nå». Situasjonen er derfor både underlig og paradoks. Motstridende virkelighetsbeskrivelser eksisterer side om side. Det er imidlertid en gammel erkjennelse at den medisinske virkelighet kan brukes som et speil for samfunnets tilstand.

Anvendes dette speilet sees et bilde av et samfunn med uløste mellommenneskelige problemer av enorme dimensjoner både lokalt og globalt. Våre «fireårs» politikere er stort sett ikke i nærheten av å gripe fatt i dem. Politisk sett er det medisinske speilbildet ubekvent fordi det også reflekterer maktøveres feilgrep og hjelpeløshet. Derfor er det heller ikke noe tema i de gode selskap, heller ikke de medisinske.

På legekontorene sitter nå vi og vi har neppe noen gang hatt det så travelt som nå. Dette på tross av en offisiell sannhet som sier at folk aldri har vært sunnere. Folk strømmer til, og vi forsøker å gjøre så godt vi kan. Vi har forsøkt å holde oss til den somatiske patologien som vi har lært noe om. Men menneskelivet er en somato-psyko-sosial, kulturell og økologisk realitet. Sykdom iklær seg derfor en mangslungen drakt. Jeg har en forstemmende følelse av vi ikke så rent sjelden bommer på skiven med våre prøver og remedier. En del, kanskje mange plager har vi gjort verre med å sykelliggjøre dem. Medisinen har





heller ikke skaffet seg noen teori som syr menneskelivet sammen til et hele.

I infeksjonsepidemien var det nok å forestille seg at det var mikrobene alene som var årsak til sykdom. Nå vet vi at det ikke bare er én årsak til sykdom, men mange. Livsstilssykdommene er utpreget multifaktorielle. Men i den nye epidemien ser vi at både kroppen og sjelen og til og med livsmeningen rammes. Nå må vi finne ut av hvordan kroppen, sjelen og de to sammen virker i et miljø når sykdom oppstår og helse skapes. Og så må vi også finne ut hvordan kunnskap og mening kan knyttes sammen til et hele. Som leger står vi framfor store

utfordringer dersom vi ikke skal redusere oss selv til «spesialiserte barbarer» (den spanske filosofen Ortega y Gasset's uttrykk).

Hvordan ville et helsesenter se ut dersom det ble innsett at sykdom og plager ofte har sammenheng med mellommenneskelig samfunnspatologi i et miljø på avveier? Hvordan ville det ta i mot og forsøke å tyde det budskapet og den informasjon som ligger skjult i vår tids smerter, depressivitet, psykosomatiske lidelser og «diffuse» tilstander? For å få svar på dette, tar jeg nå utgangspunkt i noen sentrale idéer som mange vil kjenne igjen. På disse idéene bygger jeg så opp et «idealsenter».

## Idéene

### 1. Målene

Målene med mitt «idealsenter» vil jeg formulere slik:

1. å vise vei til den eller de arener der plagen eller smerten har sin kilde (kropp, psyke, verdier, relasjoner til andre mennesker, til samfunnet eller naturen), altså en bio-psyko-sosial, kulturell og økologisk sortering.
2. å skille mellom helsebegrepet og sykdomsbegrepet. Helse er noe annet og mer enn fravær av sykdom.
3. å hindre medikalisering og at symptomer befester seg kroppslig (somatisk fiksering).



4. å bidra til at menneskene, både pasientene og behandlerne, blir bedre i stand til å hanskkes med reelle problemer og utfordringer.

For enkelthets skyld brukes begrepet «pasient» for å betegne et menneske som har en smerte eller en lidelse som hun eller han gjerne vil få gjort noe med og derfor oppsøker et medisinsk behandlingssted.

## 2. Møtet mellom jeg og du

Det kan knapt være tvil om at dagens legevirkosomhet primært skjer på legens premisser. Jeg tenker på konsultasjonsrommet som er så og si enerådende i primærlegetjenesten.

Det kan være nyttig å se på konsultasjonsrommet som et revir. Legens redskaper (skrivebordet, undersøkelsesbenken, bokhylla, datamaskinen, blodtrykksapparatet) tar stor plass og dominerer i rommet. Stolen på kanten som er det som oftest tilstas pasienten, tar liten plass. Av legekontoets typiske arkitektur kan vi avlese reelle maktforhold. Legen har makten og styringen. I rommet får legens jeg og mitt stor plass mens pasientens du og sitt får liten plass.

Konsultasjonen dreier seg om en dialog mellom legen med sin person og sin profesjonalitet og pasienten med sin person og erfaring. Derfor spør jeg meg: Hvordan kan konsultasjonen uttrykke klart dette likeverdige forholdet mellom et jeg og et du?

Mitt forslag er at møtet mellom lege og pasient primært skjer i et annet rom enn i dagens legekonto. Legens/ helsearbeiderens og pasientens revirer eller domener bør være like store. Det kan oppnås dersom møtet skjer i et vanlig rom med et enkelt, tiltalende preg. Det må være plass til flere mennesker der. Pasienten vil

kanskje å ha med seg ett eller flere familiemedlemmer eller en eller flere venner. Legen vil noen ganger være sammen med andre medarbeidere for å kunne arbeide tverrfaglig.

I dette rommet kan så problemstillingene få sin primære avklaring. Dette møtet er egentlig en forhandlingssituasjon. Det blir klart hva legen kan bidra med og hva legen ikke kan bidra med, hva pasienten kan gjøre selv og hva som ellers skal overlates andre arenaer og til livet. Møtet må skje på de to parters mest mulig like premisser. Møtestedet tenker jeg meg må uttrykke dette konkret for å bli skikkelig virkelighet.

## 3. Forskjellige arenaer

Problemen slik de blir presentert i det innledende møtet må løses på forskjellige måter. Jeg foreslår slik sortering:

Noen ganger blir det klarlagt at *det aktuelle problem ikke hører hjemme i helsetjenesten*. Personen forklares dette på en vennlig og oppmuntrende måte og går hjem, lettet, skuffet eller sint. Helsepersonellet har lært at konflikter kan være produktive!

Møtet kan også bestå i at *premissene blir avklart for videre samhandling*. Det skjer en avklaring på hvilket grunnlag det skal skje (etisk, økonomisk, tidsmessig). Det skjer en del informasjonsutveksling og helt enkle undersøkelser og behandlinger kan ha blitt utført så og si på sparket. Dermed blir dagens spørsmål løst på stedet og møtet avsluttes.

Andre ganger blir det avklart at det trengs *somatisk undersøkelse og behandling* med det nødvendige tekniske utstyr (laboratorieundersøkelser, undersøkelsesrom og skiftestue). Slike undersøkelser blir gjort i rom som ligner det nåværende legekonto.

Det kan også være at et *samtaleopplegg for personlige eller sosiale*

*problemer eller former for psykoterapi/sosioterapi* er det rette å gå videre med. Da vil det bli avtalt et opplegg for det på sitt sted.

Så tenker jeg meg *en arena for integrert legemetsjel arbeid*. Vi opererer idag med idéen om at symptomer og plager enten er kroppslige eller psykiske. Vi tenker dualistisk. Men det finnes den tredje mulighet at symptomer og plager er uttrykk for helheten av sjel og legeme. I et vitenskapelig språk kan det ved hjelp av systemteori uttrykkes hvordan helheter er mer enn summen av delene. Soma, psyke og gjerne sosiale forhold også kan sees på som subsystemer. Disse subsystemene slått sammen danner en integrert systemisk helhet hvor nye egenskaper dermed kommer til. Dette fenomenet kalles *emergens*. Det hele mennesket er en emergent helhet i forholdet til kroppen og til sjelen. Slik vil systemspråket uttrykke det. De praktiske konsekvensene kan bli revolusjonerende fordi vi på denne måten kan skaffe oss en terapeutisk tilgang til helheten av både kroppslige, psykiske og sosiale plager. En del kroppslige plager, særlig de som nå blir ansett for å være «diffuse», behøver da ikke å bli behandlet rent somatisk (sprøyter eller tabletter). Endel psykiske problemer behøver ikke å bli forsøkt snakket vekk.

Det finnes *praktiske metoder som kan ta seg av hele menneskers lidelser og plager* og som dermed vil kunne påvirke både subsystem «soma», subsystem «psyke» og subsystem «sosialt liv» på en hensiktsmessig måte. (Jorunn Sjøbakken og Truls Fleiner, personlig meddelelse, gjort tilgjengelig gjennom deres tverrfaglige utdanningsprogram «Kommunikasjon og forandring basert på forskningstilnærmingen nevrologisk programmering», Skandinavisk institutt for kommunikasjon og forandring, Postboks 40, 3295



Helgeroa). Seriose og nøkterne former for helhetlig arbeid med mentale program, språk og langsomme bevegelser som jeg også selv har lært noe om, har gitt meg tro på at det finnes nyttige praktiske ferdigheter på dette feltet. Mitt senter har forsket og funnet at denne type tilnærming er effektiv. Smerter f.eks. blir bearbeidet ved enkle øvelser for og med pust, muskulatur, sanser og språk som fremmer indre, gjerne ubevisste prosesser hos pasienten. Traumatiske opplevelser, mishandling og ødelagte selvbilder blir bearbeidet med metoder som fremmer nødvendig distansering og gir endrede, mer positive og konstruktive oppfatninger av en selv. Former for hypnose og transe blir brukt på fornuftige måter. Disse typer erfaringer åpner opp for nye og mer fruktbare måter å handle sosialt på for den personen det gjelder.

Videre tenker jeg meg at folk trenger å møte andre mennesker, dele med dem og lære av andre. Dette blir en *allmennmenneskelig arena*. Vi trenger å forstå vår egen biografi og våre egne verdier i livet. Det er bedre å uttrykke seg enn å skjule seg. Det finnes derfor ved mitt senter også lokaliteter og muligheter for å møte andre mennesker (pasienter), enten strukturert i form av grupper, eller ustrukturert som møte med andre pasienter over en kopp te. Spaserturer i naturen er populære.

*Arena for utdanning.* Etter decennier med reduksjonistisk medisin med ensidig vekt på somatisk sykdomsoppfølging, med dualismer i kulturen som har tjent som skalkeskjul for asymmetriske maktforhold mellom kvinne og mann, med løst kunnskapstegnelse i utdanningssystemet og tro på at økonomisk vekst løser de fleste problemer, er det mye som trengs å læres på nytt. All virksomhet ved

senteret blir derfor belyst ved åpne utdanningsprogrammer. Kosthold er populært!

*Arena for holdning, etikk og samfunnsdialog.* Mitt «idealsenter» prøver å forhindre medikalisering eller terapeutisering av samfunnsbaserte lidelser. Den erfaring og forståelse som oppnås i møtet med mennesker blir søkt brakt inn i politiske sammenhenger i storsamfunnet. Senteret arbeider systematisk med etiske spørsmål.

Disse arenaene eller rommene behøver ikke alle å være i samme bygg eller organisasjon men de kommuniserer og samordner seg i mellom.

*Målet* med denne differensieringen av arenaer er å vise oppgavene dit de hører hjemme. Alle slags problemer langs den bio-psyko-sosiale, kulturelle og økologiske akse kan ikke bearbeides bare ett sted. Løsningene må finnes på et mangfold av steder.

#### **4. Helsearbeid og sykdomsbehandling**

Idéen om at helsearbeid og sykdomsbehandling er to dimensjoner som skal holdes atskilt, selv om de har sammenheng med hverandre, vil jeg la gjennomsyre mitt «idealsenter».

Helse skapes ikke hos den enkelte person i isolasjon, men i personens samspill med sine omgivelser, fysisk/biologisk, psykososialt og kulturelt, altså økologisk. Helse forstår jeg som en aktiv prosess der omgivelsene, biologisk, sosialt og kulturelt, integreres i den enkelte persons virkelighet. Mestringsaspektet står sentralt: Det dreier seg om å vokse og modnes som helt menneske i de utfordringene og vanskelighetene vi står overfor. Mennesket trenger både motstand og støtte for å kunne utvikle seg. Det har stor betydning at vi involverer oss personlig, tar

ansvar og at vi ser mening med det vi holder på med. Vi må erkjenne den store betydningen følelse av tilhørighet til et sted og en gruppe har. Vi vet at mennesket gjennom hele sin evolusjon har hatt behov for og glede ved kreativitet, spenning og utfordringer. Videre vet vi hvor viktig tilfredshet er, og hvor essensielt samhold, kjærlighet og gjensidige tillitsforhold er. Alt dette har betydning for helsen.

Helsearbeid anser jeg for å være en generell, tverrfaglig og politisk oppgave i samfunnet som angår alle samfunnets sektorer. Alle ansatte ved mitt senter har utdanning i helseteori og -praksis.

*Sykdom* forstår jeg som en forstyrrelse eller blokkering i hele organismens funksjon og utspiller seg også økologisk. Ved å skille mellom subsystemene soma, psyke og sosial liv slik vi gjorde ovenfor har vi fått et utgangspunkt for å tenke nytt. Systemtenkningen forutsetter oppadefekter (fra soma, til psyke og sosialt liv) og nedadffekter (fra sosialt liv, til psyke og soma). En forstyrrelse innen ett subsystem vil altså kunne virke forstyrrende inn på de andre subsystemene. Dette passer med klinisk erfaring. Tap av livsledsager vil f.eks. kunne gi somatisk sykdom. Mobbing kan gi høyt blodtrykk. Somatisk sykdom får psykologiske og sosiale følger. Helsevesenet bør være opptatt av å forstå når, hvorfor og på hvilket nivå i en bio-psykososial modell det kan være hensiktsmessig å gripe inn diagnostisk eller terapeutisk. Ved mitt idealsenter arbeides det etter en slik helhetlig modell.

Senteret forsøker å klargjøre at bak mange funksjonsblokkeringer som gir seg utslag i smerter eller avmaktsfølelser kan det finnes konstruktive muligheter både biologisk, psykologisk og sosialt og at sykdomsfiksering kan være lite hensiktsmessig.



Ved mitt senter er det selvsagt at det går an å være syk og likevel ha god helse fordi evnen til mestring og organisering av nye muligheter er inntakt. Når sykdom er manifest, blir det lagt stor vekt på individuell sykdomsbehandling.

Med mitt senter blir en medisin som kun arbeider med somatiske funn og molekylærbiologiske årsaksforklaringer og hvor det psykososiale liv bare blir ansett som betydningsløst «påheng» regnet som aldeles antikvert.

Målet er å stimulere menneskers mestringskapasitet og vise at det finnes konstruktive muligheter. På den måten unngås unødig sykeliggjøring.

### **5. Faglig, tverrfaglig og overfaglig kompetanse**

Ved senteret har de ansatte på tverrfaglig basis arbeidet seg fram til en felles forståelse av den faglige virkelighet. Det dreier seg igjen om den felles helseforståelse, den bio-psyko-sosio-kulturelle sykdomsmodell og en økologisk helhetsforståelse. Denne generelle og tverrfaglige kompetansen er senterets bærebjelke. Denne kompetansen er basert på evnen til å kunne kommunisere, til å forstå en sak fra flere sider og til å forstå hvilke forutsetninger og verdier som ligger under. Denne kompetansen vil jeg betegne som overfaglig kompetanse eller meta-kompetanse. Senteret er kjent for sine barokke vitser!

Innenfor denne felles ramme, finnes det mange måter å spesialisere seg på. Spesialiseringen vil kunne skje i sosial, psykologisk, pleiefaglig eller somatisk retning. All spesialisering har den helhetlige emergenstenkningen som sitt kontrapunkt. Spesialisering gir en faglig kompetanse med klart definerede grenser. Den samme personen kan imidlertid ha forskjellige typer kompetanse alt etter interesse og erfaring.

Det synet på helsearbeid og sykdomsbehandling som er lagt fram her, framtvinger en egen organisering av senterets kompetanse. Det er den brede og generelle overfaglige kompetansen skissert ovenfor som en pasient møter først når hun eller han oppsøker senteret slik det ble beskrevet ovenfor i avsnitt 2. Dette tror jeg er viktig for å kunne gi mennesker alternative muligheter til å forstå og bearbeide sin situasjon på uten å måtte bli eller forbli syke. Dersom det er en lege som pasienten møter, har legen komplettert doktorskolens «sykdomskompetanse» med brede studier (helse, bio-psykososio-kulturelle sykdomsmodell, økologi). Jeg tror det er viktig å erkjenne at en fagperson med kun «sykdomskompetanse» uvegerlig ser og tolker inn sykdom også der hvor det finnes andre og mer fruktbare tilnæringsmåter. «Slik du roper i skogen, får du svar» heter et ordtak. Ved mitt senter tas konsekvensene av denne innsikten. Derfor plasseres den brede, allmenne, overfaglige kompetansen i første linje.

Først når det er avklart om former for spesiell kompetanse trengs, trer fagpersonene med sine forskjellige kompetansefelt inn i et tverrfaglig samspill.

Ved senteret samles kunnskap om hva som fremmer helse og bidrar til et godt liv fra de forskjellige fagfelt. Særlig er en interessert i alt som fungerer bra og det forsøkes i grunnene til at det fungerer bra.

*Målet er å treffe gitt utfordring med rett kompetanse, med «hjelp til selvhjelp» som overordnet målsetting.*

### **6. Kompetanse i å være syk med god helse**

Ved senteret vil de ansatte være på utkikk etter personer som mestrer sin sykdom på en god

måte, som altså bevarer helse på tross av sykdom. Disse personene blir engasjert i behandlingsvirksomheten. Personer som har god mestring, er av uvurderlig betydning som modeller for andre som ikke er kommet så langt og som strever tungt med sin sykdom. Gruppevirksomhet er allerede nevnt. Jeg kan tenke meg at grupper av pasienter settes sammen nettopp for å finne ut hvordan en kan leve rimelig med kroniske smerter, ubehag og begrensninger skapt av sykdom og i dødens skygge. Disse gruppene kan ledes av en helseprofesjonell og en erfaren pasient sammen, evt. av en erfaren pasient alene. Det samme gjelder i arbeidet med utdanning, holdning, etikk og samfunnsdialog. Pasienter er også med i ledelsen av senteret.

Målet er å avmystifisere og alminneliggjøre kompetanse i å leve og dø med sykdom.

### **7. Økonomi**

Lokalene for den virksomhet som her er beskrevet er ikke store eller luksuriøst utstyrte. Rommene uttrykker heller nærhet til mennesker og (annen) natur og er estetisk tiltalende. Sykdomsbehandlerne og helsearbeiderne er på fast lønn. Jeg tror ikke arbeid med den tredje epidemi kan avlønnes med akkordtakster.

Det kan hevdes at driften av mitt senter må bli dyr. Ja, innenfor herskende økonomisk tenkning vil den kanskje bli dyr. Til det vil jeg gi to svar:

1. Er det dyrt, er det fordi dagens uvettede råkjøring mot menneske og natur koster oss svært mye egentlig. Under den gjeldende virkelighetsbeskrivelse «aldri har vi hatt det så godt», er disse kostnadene usynliggjort. Min modell synliggjør de store reparasjonskostnadene.



2. Økonomisk tenkning og teori er like lite «objektiv» og forutsetningsfri som alle andre menneskelige aktiviteter. Med andre premisser vil vi kunne få en annen økonomi, en økonomi hvor markedsøkonomiens ensidige dominanse er brutt og hvor arbeid til beste for menneskefelleskap og natur er blitt produktivt også i økonomisk forstand. Arbeidet i samfunnet vil kunne bli delt på og den tåpelige arbeidsledigheten opphevet.

### Avslutning

Denne utopiske modell illustrerer at det er en mangfoldig kompetanse som trengs for å ta seg av vår samtids og framtidens sykdoms- og helseutfordringer. Videre vises det at denne kompetansen trenger helhetlig samordning og oppbygging på grunnlag av en felles

virkelighetsforståelse. Ikke minst viktig er det å støtte og bygge opp personers (pasienters) egen kompetanse.

Jeg gjør meg altså tanker som sprenger konsultasjonsrommet som hovedarena for allmennleger. Mitt spørsmål og min uro er om dette rommet ikke er blitt for lite, for trangt og for ensomt i forhold til tidens utfordringer. Jeg spør altså etter tverr- og overfaglige og helhetsorienterte allmennleger. Allmennleger som forlater den ensomme allmakt men som i stedet får gledene og sorgene ved å arbeide i og for menneskefelleskap.

Mitt utopiske ideal er i alle fall en metafor for et samfunns sykdomsbehandling og helsearbeid der legene og andre helsefagfolk tar tak i sin tids åpenbare krise. De forsøker å gjøre noe med den i samhandling med konstruktive sosiale bevegelser.

Det er det viktigste jeg ville fortelle ved denne historien.

*Hans Magnus Solli  
Sveene 36, 3731 Skien*

### Litteratur for videre studier:

- Ende M. Momo eller kampen om tiden. Oslo: Ex Libris, 1986.  
 Evang A. Verdier som kompass. Om personlighet, samfunn og framtid. Oslo: Cappelen, 1991.  
 Goldsmith E. The way. An ecological world view. London: Rider, 1992.  
 Meadows DH, Meadows DL, Randers J. Over grensen. Mot globalt sammenbrudd. Med en visjon om en bærekraftig fremtid. Oslo: Cappelen, 1992.  
 Veatch RM. The patient-physician relation. The patient as partner, part 2. Bloomington: Indiana University Press, 1991.  
 Uexküll, T von. Psychosomatische Medizin. 4. utg. München: Urban & Schwarzenberg, 1990.

# Store som små Offentlige og private

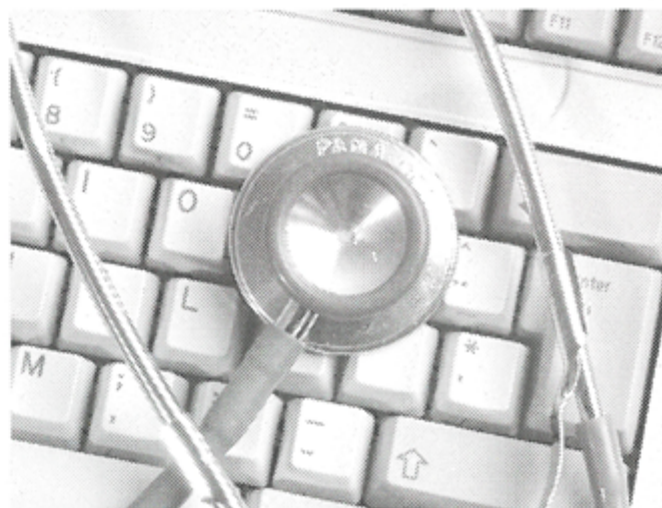
*Vi har programvareløsninger for de fleste omsorgsmiljøer: Kommunelegekontorer, Privatlegekontorer, Helsestasjoner, Bedriftshelsetjenester, Poliklinikker etc.*

## PROFDOC®

PROFDOC A/S, SCHWABESGT. 5, BOKS 440, 3601 KONGSBERG,  
TLF 32-73 11 33, FAX 32-72 02 81

SVERIGE: PROFDOC AB, S-T OLOFSGATAN 9,  
BOX 1841, 751 48 UPPSALA

AUSTRALIA: RX HEALTHCARE SYSTEMS, 97 BROADWAY NEDLANDS,  
W. AUSTRALIA 6009



*Vi tilbyr helsesektoren EDB-system for journalføring hvor det er blitt fokusert på brukervennlighet, funksjonalitet, rask og lett tilgjengelig service og god opplæring.*

Send informasjon om Profdoc journalsystem

Navn: .....

Legekontor: .....

Adresse: .....

Postnr: ..... Postadr: .....

*Sendes med post eller faxes til 32-72 02 81.*



# Ønske om «heilsjekk»

– ein situasjon som krev omtanke

Det allmennmedisinske landskap er ikkje lett å orientera seg i. Oversjå ikkje! – seier spesialist-professoren, pasienten og media. Ikkje sjukeleggjer! – seier samfunnsmedisinaren og den allmennmedisinske ideolog.

Dei to krava går diverre dårleg i saman. Beslutningsteorien gir oss ingen mulighet til å stetta begge i fullt monn (1). Det er eit inverst tilhøve mellom desse ideelle målsetningane. Med matematisk presisjon blir vi hindra i å få både i pose og sekk. Mykje tyder på at vi for tida har eit kulturpress i retning av kravet om å oppdaga allt. Dersom vi gir etter for dette presset, står vi i fare for å bli «falske profetar» (2). Den rette diagnostiske følsomhet – balansen mellom krava – blir såleis eit av dei viktigaste kvalitetskriterier i den allmennmedisinske risikoklinikken. Vi må oversjå minst mogleg utan at dei falske sjuke blir for mange. Svaret er meir enn medisinsk fagleg, men krev likevel eit fagleg standpunkt og ei ressursforvaltning som vi må ta på oss med støtte i behandlingsprogram og konsensuskonferansar.

Helsekontrollsituasjonen gjer diagnosen ekstra vanskeleg

Vanskane ligg både i sjukdomslandskapet og i vårt diagnostiske orienteringsverktøy. Ekstra kronglete blir sjukdomslandskapet når «pasienten» ikkje leng er selektert til undersøking gjennom symptomer, men til dømes gjennom alder, kjønn eller yrke (helsekontrollar).

Det er ikkje overraskande at desse tilsynelatande friske har mindre sjukdom enn dei symptomselekterte. Og når andelen av

Tekst: Eivind Vestbo

**I UTPOSTEN**  
nr. 3/93 tok leiaren opp temaet, beslutningsteori knytta til kjende situasjonar i allmennpraksis. Pasienten som kjem til kontoret for ein «grundig sjekk», er ein slik kjent situasjon som krev eit fagleg svar.



*Forfatteren, Eivind Vestbo født i 1943, er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Han har hatt sitt arbeid i Finnøy kommune som kombilege i 20 år med avbrudd for etterutdanning. Var medlem i Lægeforeningens helsekontrollutvalg og er medforfattar i Helsekontrollboka som blir gitt ut i haust.*

friske aukar, vil også dei falske positive bli fleire. Årsaka er at dei diagnostiske testane då får fleire friske å bomma på. Samstundes vil det vera ferre sjuke å diagnostisera til sanne positive. Slik vil talet på falske positive utgjera ein svært stor del av alle positive.

## Heilsjekksituasjonen

Det er ikkje alltid like lett å møta kontorkvardagen med teoretisk ballast av denne typen. Kva med pasienten som hevdar at han ikkje har symptomer, men som likevel gjerne vil ha «heilsjekk»? Vi veit jo så altfor vel kva som ligg bak av haldningar:

Allereide ordet, reflekterer den diagnosekrevande og forventningsskapande sida av av den sjukdomskulturen vi lever i. Sjekken står for for organ, pasientpassivitet, og manglande tru på eiga friskhetsoppleving.

Heil står for trua på eit omfattande knippe av valide metodar for diagnose og tryggleik.

Men det dreier seg heldigvis om eit møte mellom lege og pasient. Og rama er den allmennmedisinske klinikk. Situasjonen krev omtanke, men det lar seg gjera å finna muligheter, setta opp mål, og forma retningsgivande tankar om tilnærming.

## Ein individinitiert kontroll

I utgangspunktet er «heilsjekken» ein helsekontroll.

Helsekontrollar kan inndelast på mange måtar – etter kven dei er retta mot, kvar dei finn stad, etter føremål eller etter initiativ-



takaren. Tabell 1, viser døme på kontrollar delt inn etter initiativkriteriet.

Dersom helsekontrollane blir sett i verk av andre enn individet sjøl, er seleksjonen av populasjonen til testing knytta til innkallingskriterier. Når individet sjøl tek initiativet, er den personlege motivasjonen det viktigaste seleksjonskriteriet. Dette vil vera tilfelle i «heilsjekksituasjonen». På mange måtar liknar denne på ein vanleg konsultasjon. Ønsket om å snakka med lege, er eit viktig felles trekk. Dette pasientperspektivet er eit sentralt poeng som kan vera med på å gjera «heilsjekken» til god medisin, trass i tilsynelatande mager screeningmulighet.

### 3 perspektiver på «heilsjekken»

Det er truleg klokt å leggja 3 ulike synsm tar til grunn for denne type helsekontroll:

- pasientperspektivet
- screeningsperspektivet
- helseopplysningsperspektivet

#### Pasientperspektivet

Birger var 53 år. Eg kjente han godt, men fr  legekantoret berre i samband med fornying av klasse 2 sertifikat. Han kjem nå med ei nokså vanleg bestilling:

«Er det ikkje slik at ein bør ta

ein sjekk år om anna når ein kjem i min alder?»

Han slår frampå om blodprøver og hjertelytting. Eg nyttar høvet til å samtala om livstil og coronar risiko. I det han skal gå



på laboratoriet for å ta kolesterol, seier han i forbifarten. «Magen er heller ikkje så god som f r, men det kan vi vel snakka om ein annan gong?»

Det skulle visa seg at han dei siste 3 – 4 månadane hadde hatt plagsom dyspepsi. Han var uroa over smertene, men ville ikkje vera hypokonder. Difor kom han under dekke av heilsjekk. Diag-

nosen blei ca. ventriculi! Sjølv med klare og ikkje stigmatiserande symptom, trong han ei forkledning.

Andre gonger kan heilsjekken vera vikarierende for eit livsproblem, for ønske om å snakka om eit seksuelt problem eller ønske om «second opinion».

Vi har med andre ord med ein vanleg konsultasjon å gjera. På vanleg vis blir då den første oppgåva å finna ut den eigentlege grunnen til at pasienten kjem. På same måte som ein kan gå seg vill i neurologisk undersøking av hodeverken, kan ein fortapa seg i eit helsekontroll opplegg.

Pasientperspektivet bør også fokusera tidlegare igongsett behandling. Problemstillingane er mange: Blir medisinene teke

rett? Er det grunn til å slutta med medisinene nå? Har pasienten slutta for tidleg? Er biverknadane tolerable?

Heilsjekkpasienten kan og vera ein sjelden gjest. D  blir helsekontrollen ein arena der eit lege/pas forhold blir skapt. Helsetenesta blir introdusert, barrierer kan brytast ned og rett leges kingsprofil kan fremmast.

#### Screeningsperspektivet:

Heilsjekkpasienten har altså ofte eit helseproblem, og helsekontrollen bør d  enda som ein vanleg konsultasjon. Men situasjonen kan og ofte vera slik at han kjenner seg frisk, og vil vita om han har rett. Det er venta at legen skal svara på dette spørsmålet. Kravet om ikkje å oversjå sjukdom ligg d  implisitt og overdiagnostisering truar. Vi som tek imot, må vedg  problemet med den diagnostiske balan-



se. Ideelle løysingar finns ikkje, men vi kan prøva å nærma oss problemet på ein klok og optimaliserande måte.

Lægeforeningens helsekontrollutvalg har tilrådd at ein tek omsyn til 3 hovedfaktorar i eit sceening opplegg (3).

- Eit basalt screeningprogram basert på kjønn og alder.
- Individualisering av dette programmet etter personkunnskap og anamnese
- Pasientens egne ønske

### Eit standardisert basisprogram

Det er utvikla krav til testar som bør inngå i eit basalt screening program der alder og kjønn er dei einaste seleksjonskriteriene (tab. 2).

Lægeforeningens helsekontrollutvalg har arbeidd ut eit framlegg som prøver å tilfredsstilla desse (3). Arbeidet kjem i desse dagar ut i bokform.

Då kravet til diagnostisk sikkerhet ligg i botn, vil tiltrådde screeningtestar vera få. Dette er og hovedkonklusjonen i fleire større vitenskapelege arbeider om helsekontrollar gjennom 60 og 70 åra (6,7,8).

### Kari, 56 år – eit døme på bruk av basisprogrammet

Kari på 56 år hadde alltid vore

#### Tabell 1. Inndeling av helsekontrollane etter initiativtakar.

1. Statleg initierte helsekontrollar (Døme: cervixcytologi)
2. Kommunalt initierte helsekontrollar (Døme: helsekontroll av eldre)
3. Allmennpraktikarinitierte helsekontrollar (Døme: Case – finding på legekontoret)
4. Bedriftsinitierte helsekontrollar (Døme: I bedriftshelsetenesta)
5. Individuinitierte helsekontrollar (Døme: «heilsjekk» på legekontoret)

nøye med helsa. Ho kjende seg heilt frisk, men hadde med aukande uro konstantert at alderen auka samstundes som ho ikkje var fanga opp av nokon helsekontroll. Andre ho kjente, gjekk til bedriftshelsetenesta.

Då kolesteroldebatten var på sitt høgaste, blei motivasjonen større enn kvilefriksjonen. Ho kom på kontoret for «heilsjekk».

Tidlegare kjennskap og dagens samtale gav ikkje haldepunkter for spesiell risiko. Til slutt var vi samde om å halda oss til Lægeforeningens basisprogram. Den reine undersøkinga blei derfor avgrensa til BT, syn, hørsel,vekt og mammalpasjon.

### Basisprogrammet må individualiserast

Det er meininga at programmet skal modifiserast etter primærlegens kunnskap om pasienten. Eit kontinuerlig lege/pasient tilhøve og stadige kontaktar på fleire arenaer for kommunal helseteneste, gir mange allmennpraktikarar ei opplysningsmengd som langt overskrid den situasjonsspesifikke anamnesen. Dette gir dei ein seleksjonsmulighet til individualiserte testar som aukar den diagnostiske presisjon og langt på veg optimaliserer tilhøvet mellom falske negative og falske positive.

### Olav, 37 år – eit døme på tilpassing av programmet

Olav var 37 år gammal då han kom og ville ha ein sjekk. Basisprogrammet blei stor sett fulgt med omsyn til samtaleagenda og prøvetaking. Under samtalen gjekk det m.a. fram at han tilhørde ei slekt med mykje congenitt cardiomyopati. Han hadde ikkje hatt symptom som hadde tatt han til lege. Men han kunne likevel fortella om «dunk i brystet» som han ikke kunne relatera til nokon spesiell situasjon. Han

blei sendt til cardiologisk testing og hadde positive funn. Ingen test er altså for spesialisert dersom kjennskapet til pasienten selekterer godt nok.

### Heilsjekkpasienten har og sine ønsker

Målet må vera at ein greier å ta vare på pasientens usikkerhet gjennom å undersøka etter reine faglege kriterier. Men mange brukarar har meiningar og forståing som ikkje er i samsvar med dette. Det må i slike situasjonar vera mogleg å modifisera programmet noko i retning av pasientens ønske. Føremålet med dette er å oppretthalda tilliten. Det må likevel advarast mot markedsføring av ein lettvtint «testgrundighet» der tørrkjemien og pasientkulturen altfor lett finn kvarandre i opportunistisk diagnoseglede. Sjølv i den lågprevalente heilsjekkssituasjonen, må det faglege forsvarleghetskravet stillast. Nøkkelpunktta til ei løysing er eit alder og kjønnsbasert testprogram modifisert av individuell risiko og pasientens eiga helseforståing.

#### Tabell 2. Krav til helsekontrollundersøking (4, 5)

1. Sjukdommen som ein leiter etter, må ha alvorlege konsekvenser for levetid, funksjonsevne eller trivsel.
2. Sjukdomsutviklinga må kunna endrast med dei verkemiddel vi i dag rår over.
3. Sjukdommen må ha ein asymtomatisk periode der den kan oppdagast med positive konsekvenser.
4. Resultatet må vera betre enn det ein kan oppnå ved å venta til symptomfasen.
5. Det må finnast tilstrekkelig enkle, akseptable og gode testar.
6. Sjukdommens prevalens må vera så høg at den rettferdiggjier utgifter og ulemper ved helsekontrollar.



## Ola, 55 år, fekk sitt testønske stetta

Ola kom til sjølmotivert helsekontroll 55 år gamal. Vi snakka om risiko og levestett på vanleg måte. Etterkvart blei vi vel forlikte om eit undersøkingsprogram som inneheldt basisprogrammet supplert med tonometri og serumglukose p.g.a. slektsbelastning.

Men han ville plent ha SR i tillegg. Prøven er ikkje med i basisprogrammet og det var ingen individuell risiko hos han som skulle tilsei ein slik prøve.

SR blei likevel tatt utan vidare diskusjon då han kunne fortella om ein nær venn med myelomatose som var oppdaga gjennom høg SR nyleg.

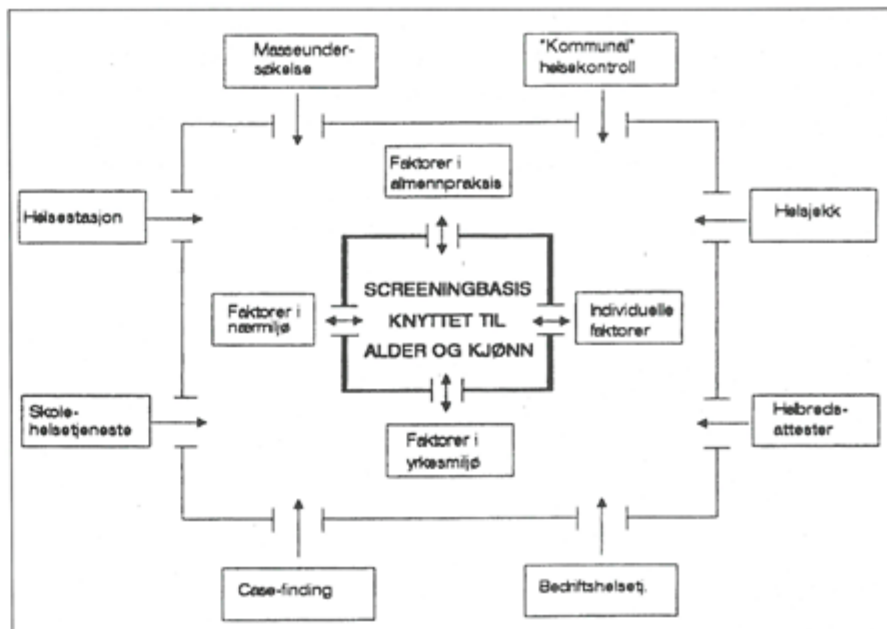
## Helseopplysningsperspektivet

Den sjølmotiverte helsekontrollen gir rike muligheter for individuell helseopplysning.

Vilkåret er igjen at pasientens uro blir smelta saman med god bakgrunnskunnskap slik at samtalen og rådgevinga blir individspesifikk, forståeleg og meningsfull. Det dreier seg om rett budskap, til rett person, i rett tid, stad og situasjon.

## Per, 38 år – eit døme på tilpassa helseopplysning

Per på 38 kom på kontoret og ville ha «ein grundig undersøkelse». Siste journalnotat var for 12 år sidan. Han kjente seg frisk og meinte sjøl at han ikkje var av «den nervøse typen». Som grunn til oppmøtet, gav han at kona hadde sendt han. Min bakgrunnskunnskap var: Han kom frå coronarslekt, var storøykar og litt overvektig. Vidare visste eg at broren nyleg hadde døydd brått – truleg av hjerta. Fleire søskenbarn var symptomatiske og faren døydde av infarkt 64 år gamal. Heilsjekken blei difor raskt styrt i retning av tilpassa helseopplysning om tobakksbruken. Då han



Figur 1. Samanhengen mellom innfallsportar til helsekontroll, eit basisprogram og modifikasjon av dette.

responderte positivt, blei allt anna lagt på hylla. Vi la opp eit røykeavvenningsopplegg som han har greidd å gjennomføra uten sprekk så langt (1 1/2år).

## Heilsjekkønsket er først og fremst ein inngangsbillett

Dei praktiske dømene som er nevnt i denne artikkelen har ein del fellestrekk.

Dei har alle eit helsekontrollønske som inngangsbillett. På same måte finns det ei rekke andre inngangsbilletter til helsekontrollar i primærmedisinen (Fig. 1). Utgången av kontrollen er derimot høgst forskjellig. Heilsjekkønsket er å sjå på som eit kva som helst anna symptom på allmennpraktikarkontoret. Etter symptompresentasjonen byrjar ei diagnostisk søking langs ei vifte av stiar som først og fremst blir styrt av bakgrunnskunnskap og epidemiologisk tankegang slik som fig. 1 viser. Resultatet kan på denne måten bli spesifikt, variert, pasientsentrert og god allmen medisin.

Det går og fram at screeningdelen oftast er liten i høve til ei

rekke andre muligheter som situasjonen kallar på.

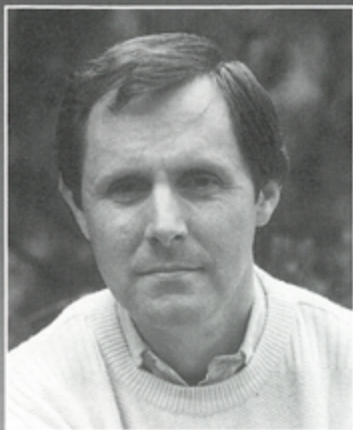
Eivind Vestbø  
4160 Judaberg

## LITTERATURLISTE

1. Siem, H. Masseundersøkelser og helsekontroller. NAVF rapport nr. 2, 1979;30 -2.
2. Meland, E. Om falsk positivitet og falske profetar, Utposten 1993,3; 100-4.
3. Helsekontrollutvalget DNLF,1989; kap. 6.1.
4. Siem,H.Kap. 3 i (1).
5. Frame,P.S. A critical review og adult health maintenance. J Fam. Pract., 1986,4; 341 - 446.
6. Wilson and Jungner. The principal and practice of screening for disease. WHO publ. hlth. pap. 1968.
7. Loring G. et al. Evaluating periodic multiphasic health checkups. J. Chron. Dis. 1979 ; 385 - 404.
8. South-East London screening study group. Controlled trial of multiphasic screening in middleage. INT J. Epidemiol. 1977; 657.

# Hvis helse er et ork – er det helse da?

Tekst: Helge Worren



F. 47, cand. med. 76. Ass.lege Dikemark 79-80, kommunelege Sør-Aurdal 80-88, SHUS – avd. for helseopplysning 88-90, bydelsoverlege Vinderen, Oslo 90-92, privat allm.pr. Nittedal siden '92. Spesialist i allmenntilleg og samfunnsmedisin. Interesser: helsefremmende arbeid, formidlingsarbeid, belastningslidelse, fjell-turer. En av UTPOSTENS redaktører.

Artikkelen er en lett omarbeidet utgave av foredrag holdt ved APLF-kurset «Primærlegen og Medarbeideren».

## Innledning

Tittelen på mitt foredrag er stilet som et spørsmål. Mitt svar på spørsmålet er (selvsagt) NEI. Det er fristende å forlate talerstolen nå. Jeg beveger meg nemlig inn i mange vanskelige og kontroversielle spørsmål, hvor det er rikelig anledning til å bli misforstått og å provosere.

Dette tror jeg skyldes:

- 1) at sammenhengene mellom årsaksfaktorer og helse-effekter er komplekse og sammensatte, og tildels gjenstand for stor uenighet.
- 2) at virkemidler for å oppnå bedre helse er omdiskuterte
- 3) at helse spørsmål rører ved verdier og valg, både individuelle og samfunnsmessige.
- 4) at det lett blir oppfattet som manglende forståelse for syke mennesker når man setter spørsmål ved helse som verdi.

## Inn i minfeltet

Jeg våger meg allikevel inn i minfeltet, fordi jeg tror det er viktig å fokusere på paradoksene og dilemmaene (umulige valg?) vi står overfor. Muligens vil noen oppleve at jeg spissformulerer meg, men jeg finner at det er en økende forståelse for disse problemstillinger – både i og utenfor helsetjenesten – kanskje mest utenfor.

## Mitt standpunkt

La meg allerede nå si hvor jeg selv står. Helse er en viktig verdi i mitt liv, men ikke den eneste og kanskje ikke engang den viktigste. Selv har jeg også en klar formening om hva som er et sunt liv. Å prøve å forstå hva som ligger bak det vi ofte oppfatter som usunn atferd – eks. røyking, uheldige kostvaner, fysisk inaktivitet – er selvsagt ikke det samme som å forsvare denne levemåten

for egen del. LA DETTE VÆRE HELT KLART.

## Hvorfor spørsmål?

Når et slikt spørsmål – «Hvis helse er et ork – er det helse da? – overhodet stilles, er det fordi mange mennesker opplever helse som et tema belagt med et evindelighet, autoritært og moraliserende mas om hva man bør gjøre eller ikke bør gjøre med sitt liv.

La meg sitere hva Eva Schramm skriver, på sin humoristiske og ironiske måte, i Kvinner og Klær (nr. 1-88 -> merk årstiden!): «Sunnhetens apostler»

*«Vi er smittet av et alvorlig nyttårsvirus. Forsettene ligger som en klam tåke over hjemmet og stenger ute alle tegn til lys og varme. I snart to uker har vi eksistert i et fargeløst tomrom uten tilsetning av kunstige smaksstoffer. Vi røyker ikke. Vi nyter ikke alkohol. Vi gumler ikke lakrisbåter og seigmenn. Vi slafser ikke i oss færikål. Vi spiser ikke fersk loff med syltetøy. Vi heller ikke i oss kaffe. Vi rører ikke smør, fløte, svinestek, Cola, saltstenger, rekesalat, hamburgere, bløtekake, fromasj, sjokolademoussé, biff med bærnaise, kjøttkaker, majones, eller karameller. Vi rører ingenting som er farlig og skadelig og direkte dødbringende for kropp og sjel. Vi har viet våre liv til sunnhetens apostler og er ikke til å være i hus med.»*

Karikert? Satt på spissen? Javel, men allikevel en snev av sannhet? Mas om «riktig» helseatferd kan bli et ork. Med det tenker jeg ikke på utfordring, krav (som ofte er kilder til vekst), men et



urealistisk fremmedelement som forsurer livet.

Kravet til prestasjon og vellykethet – «Enhver er sin egen helses smed» – kan for mange bli en trussel mot helsa. Mange snakker sågar om helseterrorisme. Det er derfor kanskje på sin plass å spissformulere spørsmål som flere har gjort før meg: «Er det helsefarlig å leve sunt?».

### Helseparadoks

En amerikansk lege som heter Barsky har i flere artikler og bøker beskrevet det han kaller tidens store helseparadoks. Denne og flere lignende bøker fikk stor oppmerksomhet i bladet «TIME» for noen år siden. Barsky beskriver stort sett forhold i USA, men flere mener det med stor grad av gyldighet gjelder alle vestlige land. Paradokset består i at man på den ene siden har opplevd tildels betydelige forbedringer av folkehelsen i de vestlige land, mens den tilsvarende forbedring av folks opplevelse av god helse og velbefinnende uteblir. Forventet levetid har økt, spedbarnsdødeligheten er redusert, en rekke infeksjonssykdommer er blitt minimale folkehelseproblemer, hjerte- kar-dødelighet og sykkelighet er redusert, og store fremskritt har vært gjort innen moderne biomedisin. Folks opplevelse av helse og velbefinnende ser ut for å være redusert, og vi finner økende forekomst av psykosomatisk sykdom og lengre perioder av uførhet pr. sykdomsperiode. Hva kan dette skyldes? Barsky o.a antyder følgende forklaringer:

- 1) Mange akutte livstruende sykdommer (ikke minst infeksjonssykdommer) er byttet ut med kroniske og degenerative lidelser.
- 2) Vi lever lenger, men en større

andel av våre liv innebærer dårlig helse. Barsky kaller dette «the failure of success» – suksessens fiasko.

- 3) Vår moderne levemåte innebærer nye typer helseskader
- 4) Medikaliseringen av alminnelige menneskelige problemer
- 5) Økende krav til det «gode liv», noe enkelte har betegnet som en forventningskrise

### Helsebevissthetsparadoks

Dette siste poenget, forventningskrisen føre oss over i et annet paradoks, nemlig paradokset omkring helsebevissthet. Vi snakker gjerne om økningen av bevissthetsnivå som en utelukkende positiv verdi og som en forutsetning for god helse. Det er utvilsomt mange positive effekter ved å øke bevisstheten omkring helse. Problemet er imidlertid at det slår så ulikt ut for de forskjellige sosiale lag i befolkningen. De som har høy grad av styring over sine liv, vanligvis de øvre sosiale lag og folk med utdanning, har et mer direkte forhold til den kunnskap som formidles – ofte kort vei mellom kunnskap og handling. Dette henger delvis sammen med grad av kontroll over egne liv, men viser seg også å være avhengig av kultur og holdning til forandring. Det er ikke til å undres over at helseopplysning har hatt best effekt på de øvre sosiale lag. Mennesker med lav grad av kontroll over egne liv, ofte lavere sosiale lag, kan oppleve kunnskap og økt helsebevissthet som en byrde – gapet mellom mål og muligheter blir så pressende synlig. At økt helsebevissthet kan bidra til økt ulikhet i helse er et paradoks. Det er samtidig et dilemma, fordi det neppe er etisk forsvarlig å fortie kunnskapen. Formen blir derfor helt avgjøren-

de, og den må ikke minst være tilpasset kultur.

Den økende bevissthet omkring helse kan føre til økt opptatthet av egen kropp og for mange et prestasjonspress – kutt ut røyken, drikk ikke, jogg mer, spis mindre fett, osv. – noe som for mange er fremmed og dermed vanskelig. Det oppleves som mas, og vil nok også for mange være en belastning for selvbildet, noe som ifølge mange undersøkelser, er i ferd med å bli et av de helt store helseproblemer i dag.

### Må man bekymre og engste seg for å oppnå / bevare en god helse?

En mindre undersøkelse, sannsynligvis med stor overføringsverdi, fra Sverige, gjengitt i bladet VIGÖR, er tankevekkende. Her har man såkalt dybde-intervjuet en gruppe mennesker om ulike forhold vedrørende deres helse. Jeg kan ikke gå i detalj, men gruppen deler seg klart i to. Begge grupper hadde det til felles at de ikke hadde vært registrert syke de siste fem år. Den ene gruppen, den klart minste, var markert selvkontrollerende, sterkt opptatt av de til enhver tid regjerende helsebudskap, og levde relativt strengt mht. mosjon, nikotin og alkohol. De var hele tiden på vakt for å følge med i siste nytt fra helsefronten. Den andre gruppen, den største, var utlevende, spontan og avslappet, understreket sterkt betydningen av å ikke overdrive helseaktiviteter, fordi «de lett skaper angst og blir til fengsel.»

Vi skal selvsagt ikke trekke for mange slutninger av denne (lille) undersøkelsen, men jeg synes den bekrefter en erfaring mange har, nemlig at man ikke nødvendigvis må gå bekymringens og angstens vei for å holde seg frisk. Det går an å understreke det positive og livsbejaende i helsebudskap.



## Kommersialisering

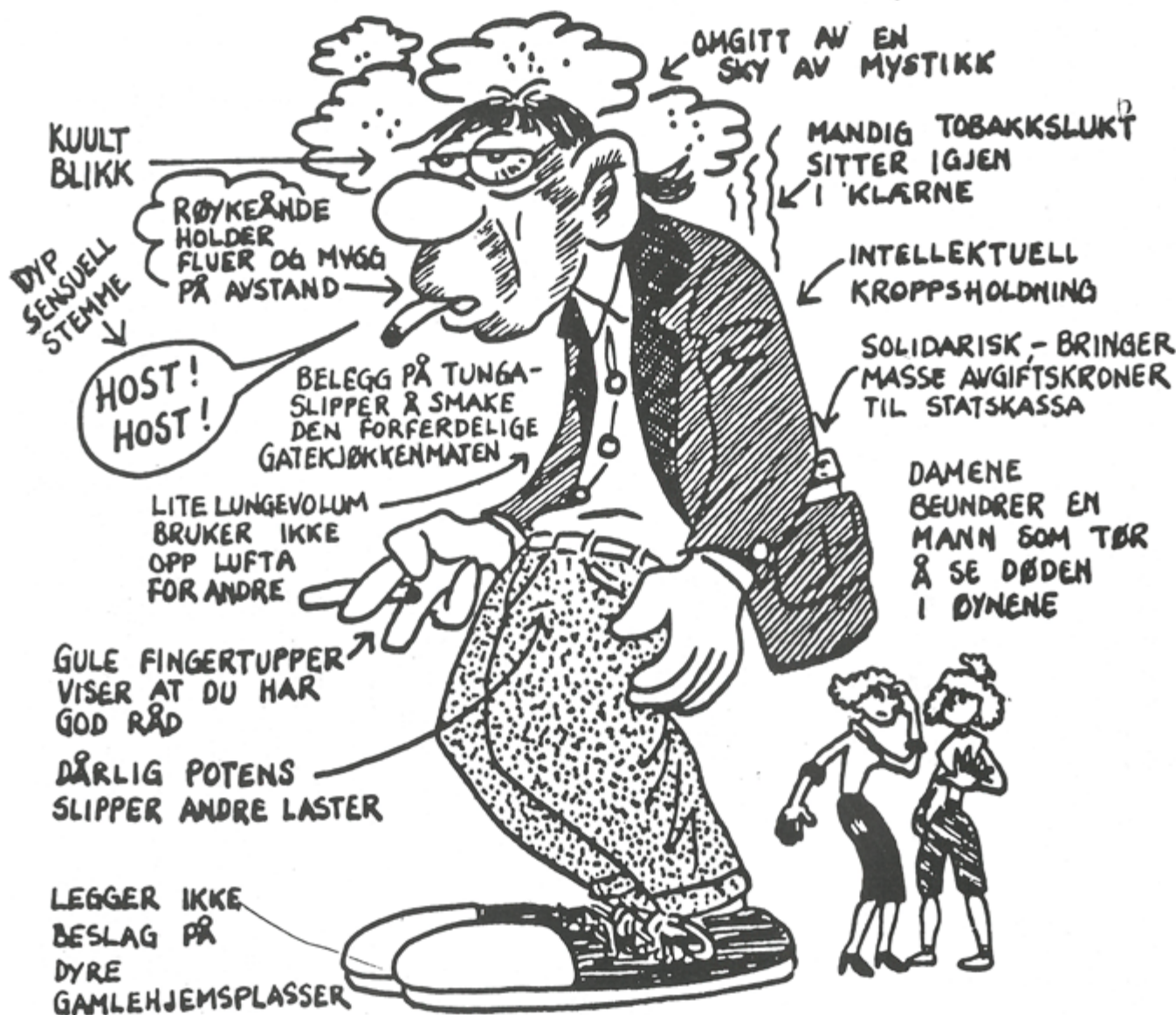
Kommersialisering av helse-, f.eks. treningsstudio, treningsutstyr, fibermat i forskjellige fasonger, m.m. øker presset til helseprestasjon ytterligere. Jeg synes dog ikke det er grunn til å si eller mene noe stygt om mange av tiltakene – misforstå meg ikke – men illusjonen om at helse er noe som kan kjøpes, bør man – etter min mening – prøve å ta hull på.

## Streben etter det perfekte liv

Det hele kan munne ut i – slik vi ser i mange vestlige land, og med tendenser i vårt eget – en streben etter og forventning om det perfekte liv – uten problemer, uten sykdom, uten skavanker, nærmest evig ungdom. «Klarer jeg ikke dette, må det være noe galt med meg.» Helseatferd kan få preg av en prestasjonsreligion, med inn-

lagte bots-øvelser mer eller mindre utenpåklistet. I denne spesielle sammenheng, kan det være relevant igjen å stille spørsmålet: «Er det helseskadelig å leve sunt?» Jeg tror det bør være unødvendig å si at jeg selvsagt ikke mener det bør være en streben etter det motsatte, men den betydning og rolle denne helse-aktivitet får i våre liv bør vi vel stille spørsmål ved. Det kan dessuten for mange

# FORDELENE VED Å RØYKE



FOR IKKE Å SNAKKE OM ALLE DE INTERESSANTE SYKDOMMENE DU KAN PÅDRA DEG!

## RØYKING ER TØFT!!



oppleves som dypt urettferdig å stadig møte et slikt press, når vi vet at en rekke forhold vedrørende vår helse kan vi lite gjøre med hver enkelt alene. Valgfriheten er ofte svært begrenset. Det dreier seg om rammebetingelser i vårt samfunn, eksempelvis miljø, arbeidsmarked, skolevesen, m.m. Her er det ofte politisk handling som er medisin.

### Helse høyeste verdi?

Jeg tror det er riktig at helse for mange mennesker er en høy verdsatt verdi. Ofte vil nok allikevel andre verdier rangere vel så høyt, ja kanskje høyere. Ofte vil det nok dessuten oppstå kollisjon mellom verdier, så som f.eks. skjønnhetsidealer (først og fremst for kvinner), spenning, samhørighet, kos og hygge. Noen eksempler til på kollisjon mellom helse og andre verdier:

- Kvinner som slanker seg og samtidig røyker for å hjelpe på har neppe helse som høyeste verdi.
- Vi kjenner vel til flere som har strevd flere ganger for å slutte å røyke, (det har jeg gjort flere ganger). Muligens er gleden for slike mennesker å røyke et større gode, tross alt, enn alt strevet, bekymringen, maset ved å prøve å slutte. Misforstå meg ikke. Det er mange morsomme (dog alvorlige) måter å få sagt dette på. Kfr. tegning.
- *Alkohol* er utvilsomt kilde til mye vondt, men er også nøye knyttet til glede, fest og fellesskap for mange. For en tid tilbake var det i Dagbladet en helside om en essay Peter F. Hjort har skrevet om Olaf Bull, som var kronisk alkoholiker og som døde i en alder av 49 år. Hos ham forløste alkoholen kreativiteten – hos en av



### VALGFRIHET – EN ILLUSJON?

– Hvis dere kunne velge mellom hinderløype, tennisbane eller friidrettsanlegg, – hva ville dere da helst ha i nabolaget?

Nordens største diktere. Det er farlig å trekke noe annet ut av dette enn at slik virket det for Olaf Bull, og at *alkohol* var en vesentlig ingrediens i det han opplevde som «det gode liv».

- Det har vært skrevet mye positivt om risikoatferd. Å stå slalåm, å kjøre racerbil, å sykle Trondheim-Oslo er neppe risikofritt, men er trolig forbundet med mye mening og glede for de som gjør det. Å forholde seg konsekvent rasjonelt til risiko går ikke. Da lurar galenskapen like om hjørnet.

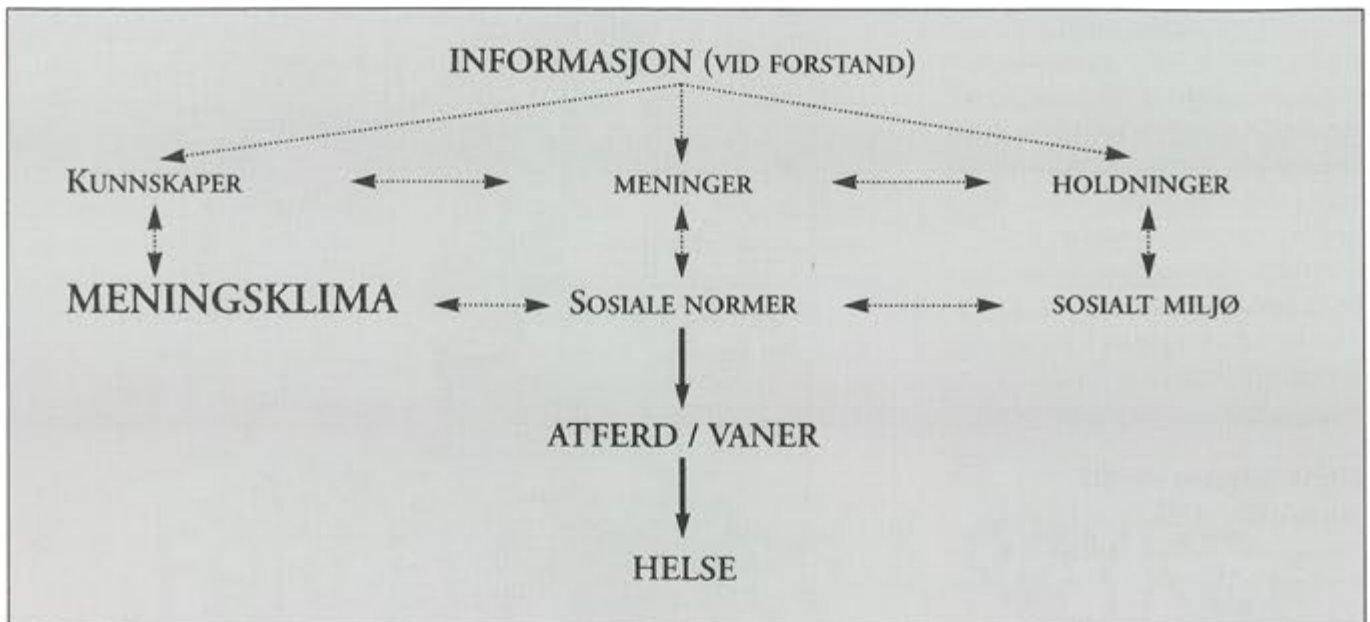
Helse er ofte ikke det høyeste motiv for vår atferd, og det er fristende å igjen å nevne Peter F. Hjort, hvor han som overskrift på et intervju ble sitert å ha sagt: «Livet er mer enn helse». En annen har sagt: «Helse er ikke alt, men uten helse er alt intet». Det «gode liv» er altså *ikke nødvendigvis* det «sunne liv».

### Hva ligger i helse?

Det ligger snublende nær å gå inn i diskusjonen om hva man legger i helse. Slike diskusjoner blir ofte lange. La meg allikevel si at jeg selv er svak for en definisjon som spiller på funksjon, nemlig Peter F. Hjorts «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav». Denne definisjon kan:

- 1) tilpasses den enkelte
- 2) forutsetter ikke nødvendigvis fravær av sykdom, skade eller lyte, og
- 3) fører ikke ansvaret alene over på den enkelte

Erkebiskop Vikstrøm i Finland holdt et foredrag om helse ved en nordisk helseopplysningskonferanse. Han fremhevet at vi ikke bare må snakke om en «helsa för de stärka» – symbolisert ved kronen – triumfens og maktens symbol, men også en «helsa för de svaga» – symbolisert ved korset –



*Meningsklima avgjørende for atferdsendring. Aarø 1986.*

en helse midt i lidelsen. Å ha helse betyr ikke å være perfekt. Jeg tenker på den blide sentralbordmannen i en av Oslos helseinstitusjoner som sier: «Jeg er så glad jeg har helsen». Han er blind.

Helse henger nøye sammen med livskvalitet. Det er noe paradoksalt med disse to ord. Begge er de uunnværlige, og selv om vi umiddelbart føler at vi forstår dem, er de vanskelig å definere på en tydelig måte. Det er problematisk å definere helse for vidt,

men det er samtidig viktig å få frem at helse har med helhet (gmr. «heill») å gjøre. Det er dessuten vanskelig å tenke seg en helse uten trivsel. En helseatferd som ikke er forankret i trivsel og kultur vil oppleves som et ork. Å motivere til helseatferd må oftest også spille på andre verdier som rangerer høyt.

#### **Hva kan vi gjøre?**

Kan vi gjøre noe? Skal vi bare gi

opp? Det tror jeg avgjort ikke. Jeg tror imidlertid vi og våre pasienter står overfor en lang rekke dilemmaer. Valgene vil i høy grad gjenspeile de verdier i livet som betyr noe for oss. Jeg tror ikke det finnes noen enkle gimmicks/tricks eller smutthull for å påvirke atferd, selv om mindre merkbare endringer (eks. skifte til fluor-tannpasta og til skummet melk) kan gå greit. Mer enn gimmicks/tricks, tror jeg vi må gjøre noe med den grunnleggende måten å forstå det som skjer på. Dette vil i annen omgang farge det vi gjør. La meg nå i siste delen av mitt foredrag få gjengi noe av den kunnskap – først og fremst hentet fra samfunnsfagene – som ihvertfall for meg har økt forståelsen.

*Hva fremmer, hva hemmer atferdsendring? Aarø 1989.*

<b>ATFERDSENDRINGER</b>	
SKAPES IKKE	SKAPES
passivitet enveiskommunikasjons ekspertvelde individansvar (alene) ensidige fakta	medvirkning dialog følelser med dele ansvar miljøprosess

#### **Hva fremmer atferd?**

Helseatferd er atferd. Som vi ser av skissen dreier det seg om et komplekst spill. Vi merker oss imidlertid at meningsklima (rådende meninger og holdninger i et miljø) er den faktor som slår sterkest ut. Påvirkning av denne på ulike vis – ofte over lang tid – vil kunne gi uttelling.



Leif E. Aarø har også skissert og summert i en tabell hva vi vet om fremmende og hemmende faktorer i atferdsendring. Vi merker oss igjen at prosessen krever tålmodighet over tid.

### Locus of Control

En måte å forstå hvordan personer plasserer kontrollen for hva som skjer med dem og forklarer hvordan de klarer oppgaver, kan psykologiens LOCUS OF CONTROL (kontrollsenner-plassering) gi oss. Her ser vi en firefeltsmo- dell med ytre og indre faktorer, som igjen er inndelt i stabil og ustabil. Det er avgjørende for effekten av helseopplysning at vi vet hvordan personer/grupper tenker om dette. Å påvirke en person til å endre f.eks. kostholdet når vi vet at vedkommende tror at skjebnen avgjør alt, eller tilfeldighetene rår uansett, er sannsynligvis bortkastet. Det er fristende her å sitere Kierkegaard:

*«For i sandhed at kunne hjelpe en anden, må jeg forstå mer end ham, men dog først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjælper min merviden ham slett ikke.»*

### Fishbein

Vi vil gjerne tro at atferd fremkommer slik, kfr. «helseopplysningstrappen». Vi vet imidlertid at det sjelden er tilfelle.

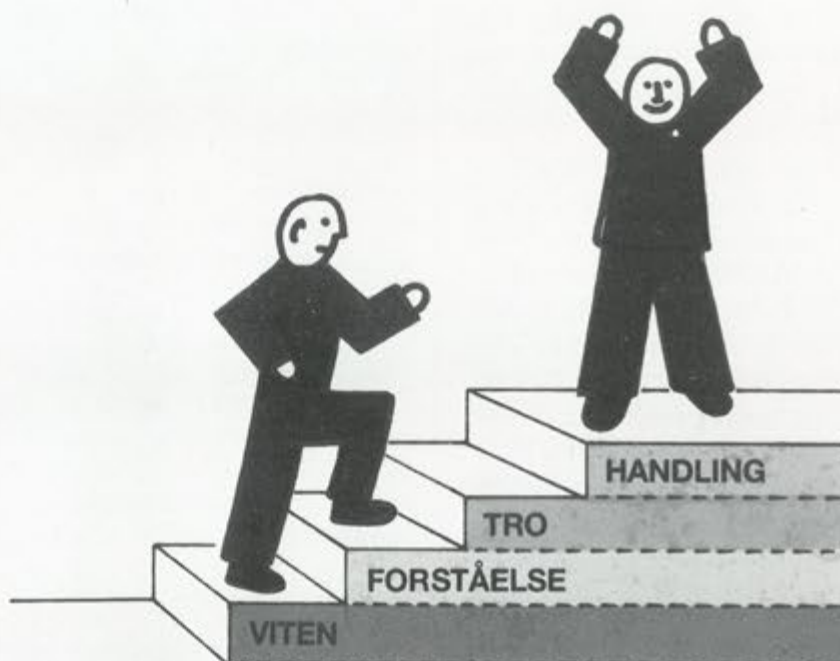
En siste modell, som jeg synes er litt komplisert, men allikevel oppklarende hvis man bruker tid, er den såkalte FISHBEINs modell for atferd. Holdning går ikke automatisk over i atferd. Det vet man mye om. Skal vi kunne påvirke, må vi igjen forstå hvordan de bakenforliggende faktorer bak holdninger og sosialt press er. Her er det klare forskjeller mellom sosiale klasser uten at det er mulig å kunne gå inn i disse her.

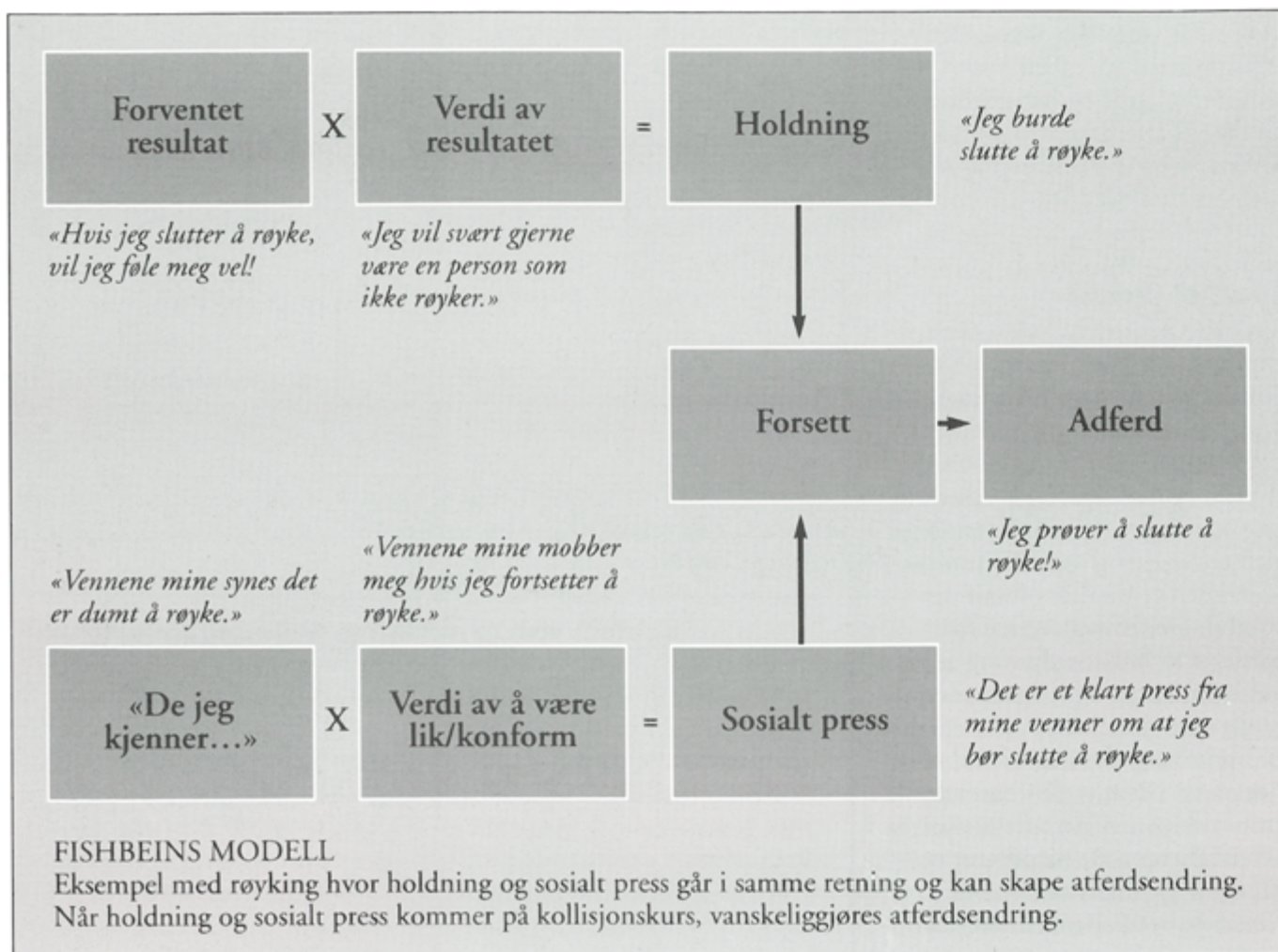
## KONTROLLSENTERET

ytre	Skjebnen	tilfeldigheter
indre	evne	innsats/«dagsform»

*locus of Control*

## Helseopplysning:





### Oppsummering

Skulle jeg våge meg inn på noen oppsummerende punkter etter dette (og uttrykke egne verdier), vil jeg si:

- 1) Spør mer, gi mindre svar. Da vil du bedre «forstå hva han forstår».
- 2) Vi har ikke ansvar for andres liv. En helse-u-gunstig atferd kan vi ikke ta ansvar for. Vi kan påvirke og gi råd. Vi kan vise omsorg med utgangspunkt i folks problemer, men vi må respektere folks verdier og valg.

**Veiledningsgruppe for spesialiteten allmennmedisin starter i Skien i januar 1994!**

Interesserte bes kontakte:  
**Torbjørn Tvedten**  
 Telemarksgt. 8, 3724 Skien.  
 Tlf.: 35 52 39 68. Fax: 35 52 10 52.

- 3) Vi bør være profesjonelle – ikke la oss rive med av enhver «helsebølge».
- 4) Vi bør fremheve det positive og livsbejænde.

Jeg kan heller ikke helt glemme Eva Schram i Kvinner og Klær som avslutter sin lille epistel med følgende:

*«Catrine freak på seksten holdt ut i syv døgn. Deretter pakket hun snip-pesken og flyttet inn til bestevenninnen.*

*– Der har det iallfall ikke klikka helt for opphavet, var hennes treffsikre avskjedsreplikk idet hun forlot barndomshjemmet. Storesøster som alltid pleier å dukke opp til søndagsmiddagen, har holdt seg borte etter første besøk. Hennes kommentar var at hun respekterte forsåvidt vårt nye livssyn, men det fikk være grenser til hysteri.*

*Jeg tror jeg aner hva hun mener.*

*Kanskje jeg skal prøve å overtale min elskede til å lempe en smule på kravene. To knøttsmå biffer med urtesmør og bakt potet med rømme på lørdagskvelden ville sikkert ikke ta livet av oss. Samt kanskje en halv rødvin på deling. Det kunne jo være artig med et lyspunkt i vintermørket. Særlig fordi han blir så søt og erotisk når oksekjøtt blander seg med Beaujolais i magen hans. Den som intet våger, får iallfall ingen elsker til dessert.»*

Helt til slutt et lite kort dikt av Eli K. Norskag. Det heter «MITT LIV»

*Æitt liv – en hørseilas  
 ofte i full orkan  
 så i laber bris  
 og til slutt – vindstille*

*Helge Worren  
 Langmyrgrenda 59b, 0861 Oslo*



# Om å leve og døy heime

## Tema for denne artikkelen er livskvalitet

Dei fleste av dei menneska eg kjenner, ønskjer å leva og å døy heime. Det er der livet er, og det blir naturleg å avslutta det der. Livskvalitet er knytt til den heimen vi bur i. Likevel flytter vi dei som skal over dørstokken til det ukjente, bort frå heimen.

## Hva er helse?

WHO's helsedefinisjon er Utopia, og livsframand.

Rene Jules Dubois sa det slik i boka «The Mirage of Health» alt i 1959: «Helse er ingen tilstand med vitalitet og velkjensle, ikkje eingong eit langt liv. Å vera frisk betyr ikkje at du er fri frå all sjukdom, det betyr at du kan fungera, gjera det du har lyst til å gjera, og vera det du har lyst til å vera.»

Mi eiga oppfatning av helse er livskvalitet for den enkelte. Ikkje fråvær frå sjukdom eller lidning, ikkje livslengde i år, men i oppleving. Helse er relatert til individ og situasjon.

Ein viktig del av helse blir for mange å få døy heime, saman med ein familie som også ønskjer det slik. Ikkje alle pårørende kan med eigne ressursar oppfylla eit slikt ønskje. Vi kan gje dei hjelp. Det blir ei verdig avslutning på livet.

## Døden, kjent eller framand?

Tidlegare døyde folk heime. Kista stod klar på låven. Det var naturleg. Olav Ervik seier det slik: «Eg kjem frå ei bygd der husa er låge og værslitne, men dørene er breie nok til at kista går ut.»

Tekst: Odd Kvamme



Odd Jarle Kvamme f. 24.09.50. Oppvaksen på Stamneshella i Nord-Hordaland, med kystfart og småbruk. Skulle ha vore sjømann, og klarte 3 års fartstid til studiene var avslutta. Cand.med 1976. Turnus i Finnmark etter eige ønskje. Frå 1979 distriktslege, kommunelege, seinare praksis med driftstilskott på Halsnøy i Sunnhordland. For det meste åleine lege for 2500 menneske. Permisjon til sjukehussteneste og til flyktningearbeid i utlandet. Spesialist i allmennmedisin. Veileder i allmennmedisin. Ferdig med veiledning til samfunnsmed. 3 års deltidsutdanning i akupunktur. Går med MEDLED 3 ferdig juni 94. Medlem DNLF-fagutvalg i akupunktur. Medlem styret Norsk Bedriftslegeforening. Held diverse kurs for leger: – Om akupunktur. Terminal omsorg og smertebehandling. Arbeidsmedisin for allmennmedisinere. Engasjert i Miljømedisin, terminal omsorg og legeetiske tema. Er sjølsagt sjømannslege og dykkerlege. Innimellom seglar han vikingskip eller flmar isbjørn. Interesser: alt for mange.

Omsorg ved livets slutt er allmennmedisinen sitt ansvar. Med stadig større ansvarsområde for primærhelsetenesta, høyrer terminal omsorg naturleg med her. Smertebehandling og omsorg ved livets slutt skal vi ta oss av i nærmiljøet. Den enkelte pasient må sjølv få høve til å bestemme korleis og kvar ho vil leva og døy. Primærlegen er pasientens rådgjevar og koordinator av behandling. Legen er med i diskusjonen med pasient, familie, pleie- og omsorgstenesta i kommune og sjukehus.

To påstander, som kan hjelpe til å avklare ansvar og rettar i dagens helseøkonomiske virvar:

## Pasienten eig sin sjukdom Primærlegen «eig» pasienten

Primærlegen og pasienten har best oversikt over pasientens eigne ressursar, og kva ressursar i nærmiljøet som er tilgjengelege. Dei kan best uttale seg om pasientens behov for omsorg, pleie, utredning og behandling.

Fleire studiar syner at pasienter sjølv ved alvorleg sjukdom kan få god behandling og pleie i heimen, til sterk reduksjon i kostnad. Dessutan plasserer vi ansvaret der det høyrer heime. I den sjuke sitt eige miljø.

## Samarbeid mellom primærhelseteneste og sjukehus

Vi veit kva det betyr for pasient og familie at mor eller far må leva dei siste månadene av sitt liv på sjukehus, pga. ei behandling som ingen trur at vil hjelpa: Sagn, framandgjerding, ubesvarte spørs-



mål, reising til og frå. Vanskeleg å snakke ut om dei mange tankane, umyndiggjering, mangel på privatliv.

Samarbeid betingar at primærlegen trør inn på sjukehusarenaen, som eit bindeledd mellom 1. og 2.-linjetenesta. Vi treng snarast å få oppretta «einogeinhalvlinjetenester» for å fylla eit vakuum. Målet er å få pasienten heim så snart dette let seg gjere på ein forsvarleg måte. Heime har den sjuke dei beste føresetnadene til å oppnå livskvalitet, uansett kor skrøpeleg ho er. Gode minner. Vener på besøk. Mulighet for besøk i eigne omgivelser. Livsutfalding på det nivå ho fungerer på. Høve til å velje einsemd eller fellesskap. Å kunne dø med fred, utan å vera åleine.

Korleis gjer vi det?

Vi begynner heime. I kommunene eller bydelen oppretter vi grupper for smertebehandling og terminal omsorg. Enkelte har alt gjort det. Den naturlege basen er pleie- og omsorgssektoren. Med i gruppa kan vi ha primærlege, hei-

mesjukepleie, lokal sjukeheim, fysioterapeut, sosionom, prest eller andre som høver naturleg inn.

Gruppa har oversikt, kan planleggja, lære av kvarandre og andre. Den sjuke sin familie treng eit nettverk. Hjelparane treng sjølve omsorg.

Gruppa oppretter kontakt med sjukehus. Blir det for vanskeleg, kan den sjuke takast imot i sjukeheim eller sjukehus over natta.

Vi begynner også i sjukehus. Allmennpraktikeren må inn dit, og arbeida med dei same spørsmåla frå innsida. Det vil letta arbeidet for sjukehusa, som får eit informasjons- og kontaktledd mot primærhelsetenesta. Vi er godt kjende i sjukehus. Vi er utdanna der, og har deler av vår spesialistutdanning der. Vi kjenner arbeidsmåtane og strukturen. Sjukehusa kjenner dessverre mindre til oss. Leger under utdanning i medisinske sjukehusfag burde tilpliktast etterutdanning i 1. linje.

Vi kan det vi vil og forstår.

Primærlegen kan

- instituera og følgja opp smertebehandling, inkludert dosepumpe og enkle blokader
- setje realistiske mål og inspirere den sjuke og familien til å halde ut og gjera det beste ut av situasjonen
- informera igjen og igjen
- skape håp
- bringa den døydande, familie og vener nært saman, og ta vare på stundene
- lytta istaden for å dosera
- vera tilgjengeleg
- ta vare på sjela

Det er på tide å ta døden på alvor, la den vera gjest heime, ikkje henvisa den til sjukehusa.

Slik skaper vi livskvalitet for våre pasienter, og bidrar til eit verdig liv og ein verdig død. Då blir det ikkje så farleg å dø. Då kan dei som lever, ha fred med sine minne.

*Odd Kvamme  
5454 Sabøvik*





Når nettene blir lange...

## UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42

E-post: 56 14 29 96 – Helsesenteret – John

Om EDB-versjoner av prosedyrepermer:

# Telemarkspermen og Mørepermen

De siste par ukene har jeg hatt anledning til å prøve Telemarkspermen og Mørepermen (prosedyrebøker) i edb-versjoner.

Telemarks-utgaven er skrevet i programmet ExpertHelp og Møre-varianten i HyperWriter. Begge disse prosedyrebøkene er ment å være en oppslagsbok i det daglige kliniske arbeid. Programtypen kalles «hypertext», som betyr at hjelpetekstene kan ligge i mange lag med et stort antall kryssreferanser, som man kan hentes fra der man står i teksten i øyeblikket. Telemark har en alfabetisk oppslagsliste hvor det er naturlig å starte, og fra denne kan man arbeide seg i de retninger man ønsker med enkle menyvalg. Møre er tema- og organorientert og har også et enkelt og oversiktlig menysystem.

Begge utgavene er raske å bli kjent med. Etter installasjonen, som tar 5–10 minutter, er programmene klare til bruk.

Telemarksprogrammet er tekstbasert og kan legges resident i maskinminnet eller hentes fram via bat-fil eller menyvalg fra journalprogrammet eller via pif-fil i windows. Møreversjonen har et grafisk format og kan derfor også

håndtere bilder, illustrasjoner, video og lyd.

Eksperthjelpen fra Telemark er en ferdig utviklet edb-prosedyreperm for Telemark. Temadelen er allmenngyldig mens alle adresser og prosedyreforslag er Telemarkspesifikke. Mørehjelpen er på utviklingsstadiet, men gir også et bra og lovende inntrykk.

Jeg håper at begge versjonene utvikles slik at hver bruker kan modifisere og tilføye oppslag og prosedyrer etter egne behov og geografiske forhold.

Jeg ønsker ikke en sentral styring av utredningsalternativer og forslag til praktiske prosedyrer. Prosedyreprogrammene som nå er kommet i første generasjon er begge lovende. Jeg har planer om å se nærmere på utviklingsprogrammene ExpertHelp og HyperWrite og vil gi en beskrivelse av funksjonalitet og muligheter i denne spalten i et senere nummer.

Min oppfordring er at mange skaffer seg de prosedyreprogrammene som nå er tilgjengelige slik at det kan stimulere til knoppskyting på utviklingsiden. Det finnes også andre hypertextprogrammer som kan brukes til

utvikling av prosedyrepermer, men det vil jo være det enkleste hvis ideer og utviklingsarbeid kan smeltes sammen når det måtte være ønskelig. Det betyr at filformatene bør være ens eller kunne oversettes til samme grunnformat.

Hittil har utviklingsarbeidet vært koordinert hos fylkeslegene i Telemark og Møre og Romsdal. De skal ha ære for at dette arbeidet har kommet i gang, og det er å ønske at lignende arbeidsgrupper etableres i alle fylkene våre – ikke for å finne opp hjulet på nytt, men for å utarbeide versjoner tilpasset lokale forhold. På kommunenivå kan man så «henge på» oppslag, prosedyreforslag, adresser og telefonnummer som er viktige i den enkelte kommune og til slutt kan hver enkelt lege/legekontor legge til og redigere slik at sluttproduktet er tilpasset arbeidshverdagen. Oppdatering og videreutvikling bør kunne foregå på samme måte.

Mer om dette i et senere nummer.

I mellomtiden vil vi gjerne ha synspunkter og diskusjonsinnlegg om dette og andre edb-relaterte emner.

John Leer



# «Bråk med støy»

## Bråk med støy

Diskotekstøy og hørselsskader har vært mye omtalt. Bråk fra diskotek som årsak til helseproblemer hos naboer er et mindre vanlig tema. I idyllisk småhusmiljø i Eid sentrum ble det høsten 1992 åpnet diskotek i et tidligere butikkløkale. Dette har skapt mye hodepine både for naboer og helse- og sosialstyret. Etter aktiv intervensjon fra helse- og sosialstyret blir diskoteket nå stengt. Saken illustrerer praktisk håndtering av dagliglivets støyproblemer og antas å ha generell interesse.

## Råd etter § 1-4 (medvirkningspragrafen)

Teknisk utvalg i kommunen oversendte sak om bruksendring av tidligere butikkløkale til restaurant, diskotek og bowlinghall til helse- og sosialstyret for uttalelse sommeren 1992. Helse- og sosialstyret pekte i administrativt vedtak på mulige konflikter på grunn av støy fra musikk, bowlingbane og tekniske installasjoner samt trafikk til og fra lokalet. Ut fra planene konkluderte helse- og sosialstyret med at en rekke konflikter kunne oppstå, og en ba om støysakkyndig vurdering. Helse- og sosialstyret skrev videre at dersom det oppstod støyplager av betydning for naboene, kunne det bli aktuelt å legge restriksjoner på driften.

## Støysakkyndig vurdering

Teknisk utvalg viste i sitt vedtak om bruksendring til helse- og sosialstyrets vedtak, men tok ikke inn krav om støysakkyndig vurdering. Dette ble anket til Fylkesmannen som mente at teknisk

Tekst: Petter Bugge



*Petter Bugge, født 51 og cand. med. i Oslo 79. Etter turnus 2 år i gruppelegepraksis i Oslo. Fra 83 distriktslege 1, helsesjef og kommunelege 1 i Eid kommune i Nordfjord. Ass. lege med. avd. Fylkesjukehuset på Nordfjordeid 1 1/2 år fra 88. Spesialist i samfunns- og allmennmedisin.*

utvalg burde gjort en konkret vurdering av støyplager og forlangt støysakkyndig vurdering før vedtak i bygningrådet. Fylkesmannen viste til §§ 17 og 78.1 i bygningsloven.

Diskotekeier kontaktet selv støysakkyndig som først vurderte tiltak på bakgrunn av tegninger. Senere ble det foretatt synfaring og avgitt en mer omfattende uttale. Støysakkyndig la til grunn at diskotekstøy maksimalt når opp i 95dB(A). De foreslo en del støyreducerende tiltak og konkluderte med at dersom disse ble gjennomført, ville naboene ikke bli sjenert av støy fra bowlingbane og diskotek.

## Åpning av diskotek og bowlingbane

Til julebordsesongen åpnet dis-

kotek, restaurant og bowlingbane. Da startet også en vanskelig tid for naboer, helse- og sosialstyret og ansvarlige for diskotek og bowling. Fra første stund var naboene sterkt plaget. Glass i stueskapene vibrerte for hvert uregelmessig nedslag på bowlingbanen. Med åpent soveværelsevindu kunne de eldre naboene danse hip-hop som om de var på diskotek. Bassdunkene slo inn over alt i huset. Lecaveggen, som ifølge støysakkyndig skulle redusere støyen til akseptabelt nivå, virket nærmest som en kjempemessig resonanskasse.

## Gransking etter § 4a-5

Helse- og sosialstyret vurderte at selv om det gikk på helsa løs, ga ikke forholdet grunnlag for stansing etter § 4a-8. Naboene var uenige i det. Ut fra synfaringer og målinger ved kommunelege 1 fant en det godt gjort at det var grunnlag for granskning. Helse- og sosialstyret foreslo at utgiftene ved granskning skulle deles mellom diskotek/bowlinghall og kommunen. Dette ble anket og kommunen måtte dekke alle utgiftene. Regelverket er nå foreslått endret slik at «forurenser» skal betale. På grunn av tidligere erfaring med støy fra diskotek ble Multiconsult Lyd og Vibrasjoner engasjert. Konsulentutgiftene for kommunen var omlag kr. 12.000,-.

## Folkemøte om støy

I forbindelse med at konsulenten var på besøk og gjorde støymålinger ble det avholdt et folkemøte med deltakelse fra kommuneadministrasjon, politikere, naboer og ansvarlige for diskotek og bowlinghall. Kommunelege 1



snakket generelt om støy og saks- gangen etter lov om helsetjenes- ten i kommunene. Støysakkyndig gjennomgikk resultatene av målingene. De viste verdier inne hos naboene rundt 42dB(A), det vil si ca. 20 dB(A) over anbefalt maksimalgrense. Støyen fra dis- koteket var preget av dunking. Støy fra bowlingbanen var lavere, men medførte følbare vibrasjoner.

### Retting etter § 4a-6

I neste møte gjorde helse- og sosialstyret i grove trekk følgende vedtak: «Bygger på vedtak i Bø helse- og sosialstyre sak 29/92, saksbehandler kom- munelege 1 Gunhild Rogn- stad»

1. Ved lydnivå på 95 dB(A) i diskotek skal lydnivå inne hos nabo med åpent vindu være under 22 dB(A).
2. Arrangement med levende musikk med lyd over 95dB(A) tillates inntil 3 ganger i måneden til klokka 24 dager før fredag og til klokka 23 dager før hverdag.
3. Inntil punkt 1 er oppfylt, kan diskoteket ha dans inntil 12 kvelder i måneden til klokka 00.30. Innen en måned skal det monteres lydspærre ved 95 dB(A) på diskoteket.
4. Bowlingbanen skal vibrasjons- isoleres, og det skal monteres lydabsorberende himling.

Utbedringskostnadene for å opp- fylle vilkårene i vedtaket ble anslått til ca. 500 000 kr. Det var klart at dette ville sette arbeids- plassene både på diskoteket og i bowlinghallen i fare. Dette for- holdet ble eksplisitt vurdert opp mot helseplagene til naboene i saksutredningen.

### Anke

Innen fristens utløp ble det anket over punkt 3 i vedtaket. Disko-

tekeier mente at han av konkur- ransemessige grunner måtte ha åpent til kl 01.00. Dersom helse- og sosialstyret ikke imøtekom diskotekeier på dette punkt, ville han anke hele vedtaket. I anken ble det også opplyst at bowling- banen var solgt og bowlingen slutt. I nytt møte i juni 1993

imøtekom en anken. Vedtaket var dermed gyldig.



### Sommerdiskotek for full musikk

Utover sommeren gikk diskote- ket fortsatt for full musikk tors- dag, fredag og lørdag. Lydspærre var ikke montert. Søndagene arrangerte man noe som ble kalt «Søndagsklubben» og hevdet at dette ikke var diskotek. Kommu- nelege 1 og helse- og sosialsjef ble tilkalt av fortvilte naboer til alle døgnets tider.

### Tvangsmulkt etter § 4a-7

I påfølgende helse- og sosialstyre- møte gjorde en vedtak om tvangsmulkt etter forskrift om fastsettelse av tvangsmulkt i med- hold av lov om helsetjenesten i kommunen av 10. oktober 1988. For fortsatt drift uten lydspærre ble det ilagt en løpende dags- mulkt på kr. 3500,- med en ukers frist for montering. For hver

kveld utover 12 kvelder pr. må- ned med hørbar musikk ute ble det ilagt kr. 7000,- i bot. Med noe lenger frist ble det ilagt en løpende dagsmulkt på kr. 3500,- om ikke lydisolering av lokalet var utført.

Naboene var meget indignert over at diskoteket skulle få enda en frist, men helse- og sosialstyret valgte å følge hovedregelen i § 3 i forskrift om tvangsmulkt om at det skal fastsettes ny frist. Ellers ville man ventelig fått en ny anke med ytterligere utsettelse av ved- taket om retting.

Lydspærre kom på plass noen dager etter at vedta- ket var fattet. Dette redu- serte støyp lagene for nabo- ene mye. Ifølge diskotekei- er og eier av bygget vil dis- koteket stenge 30. septem- ber.

### Ettertanker

Lov om kommunehelsetjenes- ten er som arbeidsredskap lite effektiv med hensyn til tidsaspek- tet. Naboene, som vesentlig er eldre mennesker, har opplevd et lite helvete i nesten 10 måneder. Loven er mer effektiv for å rette på det som er gått galt enn å fore- bygge det som kan gå galt. Det var helt tilfeldig at jeg fikk høre at Bø i Telemark hadde hatt en tilsvarende sak. Det sparte meg for mye arbeid og mange feil- skjær. Et siste moment er at alle støysakkyndige ikke er like flinke. Kanskje kommunene burde få en liste over anbefalte sakkyndige på forskjellige støyområder? Etter denne saken har tallet på støysa- ker i en fredlig vestlandskommu- ne økt sterkt. Min erfaring er at en kommer langt i disse sakene med sunt skjønn, støyhåndbok for kommunene og telefon.

*Kommunelege I Petter Bugge,  
6770 Nordfjordeid.*



# Medisinsk katastrofeberedskap i en mindre kommune

Hvordan kan vi bli bedre til å takle ulykker av større omfang?

Tekst: Erik Langfeldt



Erik Langfeldt er cand.med. fra Tromsø 1979. Fast legestilling i Nordkapp kommune siden 1982. Mesteparten av tiden som kommunelege I. De senere årene arbeidet særlig med tuberkulose og etableringen av en fellesordning integrert i kommunehelsetjenesten, der den yrkesrettede helsetjenesten nyttes som et samfunnsmedisinsk verktøy.

## Geografi og befolkning

Nordkapp kommune har 4000 innbyggere fordelt på seks tettsteder. Med få unntak er befolkningen bosatt på Magerøya. Vei knytter tettstedene sammen. Største reiseavstand på øya er 35 km. Dette er også avstanden fra senteret Honningsvåg til turist-

magneten Nordkapp. Besøks-tallet var i år 220.000 i løpet av tre hektiske sommermåned. En 45 minutters ferjerute forbinder øya med fastlandet. Enten turistene kommer per bil eller buss, skip eller fly, må de transporteres i kjøretøy fra Honningsvåg til klippen. På Magerøya er det flyplass tilknyttet stamrutenettet.

## Ekstern hjelp i en krisesituasjon

Nordkapp legevakt-distrikt har i praksis ikke noe nabo-distrikt. Raskeste bistand utenfra er per fly. Under gunstige forhold må en regne med minimum 1 – 1 1/2 time før hjelp kan nå fram. Hjelpen omfatter assistanse av ambulansfly stasjonert i Alta og Sea-King rednings-helikopter fra Banak. I ferje- og bilavstand befinner Hammerfest sykehus seg i praksis drøye tre reisetimer borte, når forholdene er optimale. Vinterstid er det regelmessig transportproblemer både på veien og i lufta på grunn av vind og føyke.

## Katastrofeerfaringer

To større ulykker på øya har på en særlig måte stimulert til nytenkning omkring beredskapsorganisasjonen. En bussulykke med skoleungdom førte i 1984 til at elleve personer ble videre-transportert til sykehus. I -91 krasjlandet et militært TWIN-

Otter fly for enden av rullebanen ved innflyvningen til Honningsvåg lufthavn. Ulykken resulterte i flere døde, flere alvorlig skadde og enda flere med mindre skader. I tillegg har vi regelmessig hatt trafikkulykker med til dels alvorlige skadetyper, men færre skadde involvert. Hvordan kan vi ved en mer hensiktsmessig organisering og opplæring bli bedre rustet til å takle ulykker av større omfang, tross begrensede lokale ressurser?

## Beredskapsteamet

I 1989 oppfordret vi lensmannen til å innkalle aktuelle ledere til et møte om katastrofeberedskapen i kommunen. Det ble da dannet et katastrofeberedskaps-team. Lensmannen er leder. Øvrige medlemmer er kommunelege I, teknisk sjef i kommunen, leder for ambulansetjenesten, leder for en lokal, frivillig redningsgruppe og nestleder hos lensmannen.

Siden har dette teamet vært viktig for videreutvikling av beredskaps-organisasjonen. Opp-gavene omfatter utarbeiding av prosedyreskriv og samordning av innsatspersonell og utstyr. Teamet står også ansvarlig for avvikling av en større, årlig fellesøvelse. Fram til teamet etablerte seg, var det ikke uvanlig at de ulike instansene som var pålagt å drive øvelser gjorde dette ukoordinert: Flyplassen, kommunehelsetjenesten, luftforsvaret, hjelpekorpsset.



## Personellressurser

Det er fire fast ansatte leger i kommunen, samt kandidat. Det er mer enn tyve yrkesaktive sykepleiere. De fleste i arbeid i omsorgstjenesten. I tillegg har vi ganske mange hjelpepleiere.

Den privatdrevne ambulansetjenesten utgjør en hjørnestein i beredskaps-organisasjonen. Ambulansene er tomanns-betjente. I praktisk arbeid fungerer helsetjenesten og ambulansetjenesten samordnet. Alle de fire faste sjåførene har gjennomgått den særlige opplæringen for ambulansesjåfører. I tillegg er det flere reservesjåfører.

Lensmannskontoret har om lag ti ansatte. Alle vil kunne ha oppgaver i forbindelse med en katastrofe.

En lokal, frivillig redningsgruppe har et tyvetalls medlemmer. De har røykdykkere, froskemenn og lavinehund. Dessuten har de særlig utstyr og kompetanse innen fjellklatring og samband.

Hjelpekorpsset har hatt en noe ustabil organisasjon, men omfatter i dag ti til femten medlemmer.

Det særlige å merke seg er en betydelig grad av stabilitet i alle disse personellgruppene. Og at både den formelle og den uformelle kommunikasjonen i og mellom gruppene er god.

## Utstysressurser

Kommunen har sykestue. Der oppbevares det på eget, avlåst rom et omfattende medisinsk katastrofeutstyr. Her skal vi bare helt kort gjøre rede for utstyret. Det omfatter blant mye annet en standard utstyrt Thomas-sekk, en stor medikamentenhet, bandasjemateriell og ti liter ferdig oppvarmet infusjonsvæske i thermobag. Utstyret er merket med henholdsvis blå eller gul tape, avhengig av om det skal ut med

første eller andre ambulansebil. Der er også markeringsvester for innsatspersonellet. Mørketid og regelmessig mye innsatsvillig helsepersonell innblandet i turisttrafikken, nødvendiggjør markering av ansvarspersoner. Det stedlige næringslivet innen transport og turisme har ut fra egeninteresse bidradd vesentlig med økonomi til utstyret.

Ambulanseselskapet har tre ambulanser. To av dem er meget godt utstyrte. Hjelpekorpsset har egen ambulanse. I tillegg til vanlig sanitetsmateriell har korpsset hydraulisk sag, som er lokalisert til brannstasjonen.

Dessuten har sivilforsvaret et omfattende utstysdepot i kommunen. Dette har vi fått forhåndsavtale om å kunne nytte både for utbringning under øvelse og for bruk i tilknytning til en aktuell katastrofe. Det er utarbeidet egen instruks for utkjøring av dette utstyret. Redningsgruppa har ansvaret. Spesielt interessant er to store surstoffenheter og et stort antall bærer og ulltepper.

Luftforsvarets stasjon og sjøforsvaret har beltebiler. Om nødvendig kan disse bilene navigeres etter satelitt. Dessuten har instansene mannskaper med etablerte kommandolinjer.

## Kommunikasjon

I påvente av innføring av medisinsk nødmeldetjeneste med tilhørende sambandsutstyr, nytter vi lensmannens kommunikasjonsutstyr. På lokal sykestue er ferdig opplegg for tilkobling til dette nettet.

## Instruks for medisinsk beredskap i Nordkapp

Egen instruks redegjør for den medisinske delen av beredskapsorganisasjonen. Den er utdelt til alt aktuelt innsatspersonell. Det er lagt til en mannskapsliste, som

ajourføres tre ganger årlig på bestemte datoer. Instruksen redegjør punktvis for følgende prosedyrer :

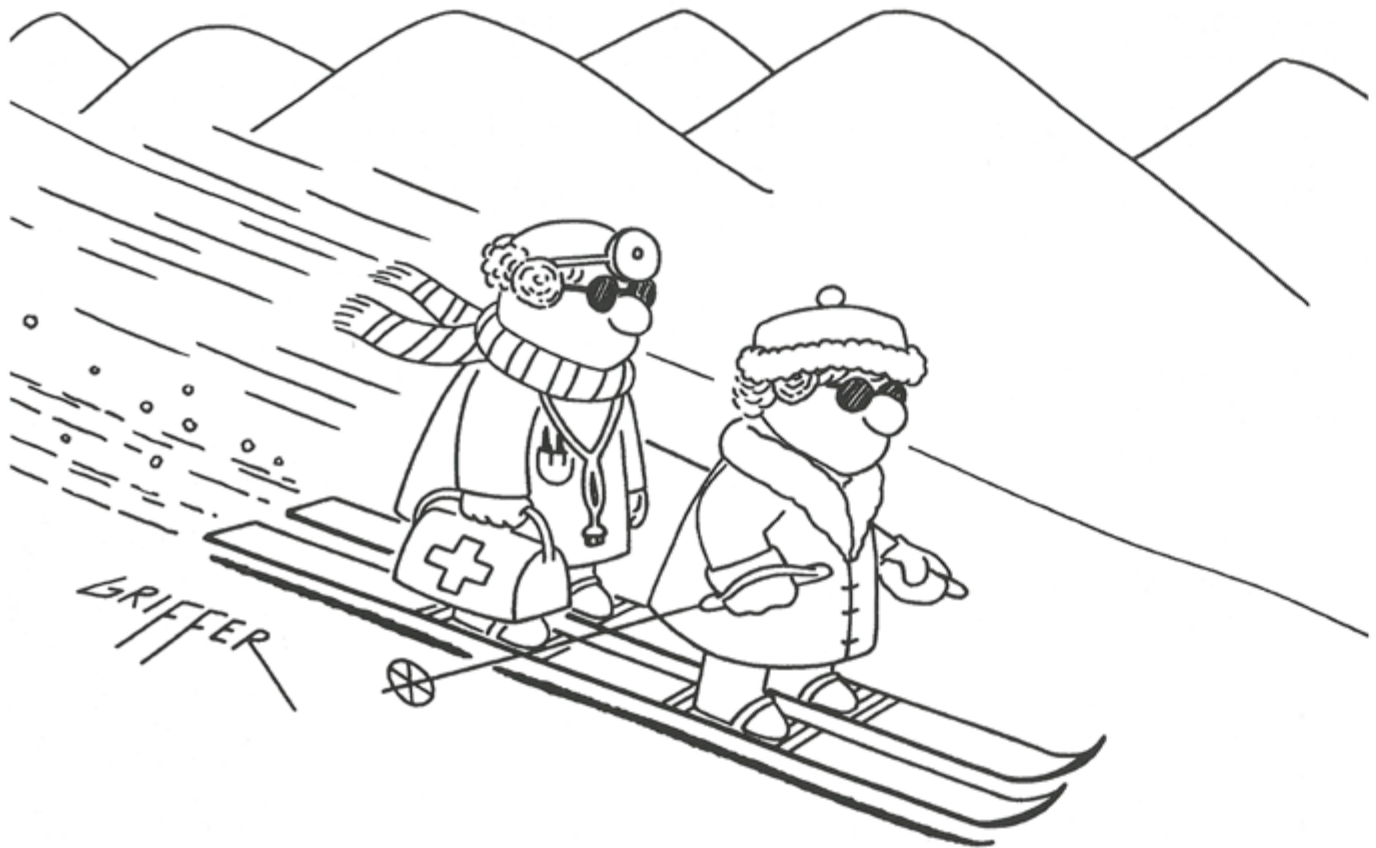
- melding om ulykke
- utkalling av mannskap
- utrykning
- utstyr
- skadested
- samleplass
- ambulanseskjerpunkt
- hjelpeplass
- sykestua
- ledelse og kommunikasjon

Lensmannen er ansvarlig for meldetjenesten. Han skal forvise seg om at melding er gitt til ambulanse, lege og sykestue. Sykestue og ambulanse er hver for seg ansvarlige for videre melding til eget personell. Når vakthavende lege er oppringt, forestår den først oppringte sykepleier den videre utkallingen over sin egen hjemmetelefon. Slik minskes belastningen over sykestuas telefon. Ved mindre ulykker er det aktuelt å utkalle begrensede ekstrapmannskaper.

Personellet møter fortrinnsvis på sykestua, om ikke annet avtales. Det medbringes godt med tøy.

Første ambulanse rykker ut til skadestedet uten opphold. De øvrige ambulansene og privatbilene møter på sykestua for å hente personell og utstyr, som er spesifisert i instruksen. Mannskapene ifører seg markeringsvestene. Vanligvis vil den første faste kommunelegen som møter opp, fungere som leder sanitet.

Det personell som møter først på skadestedet sikrer stedet, og starter livreddende førstehjelp. I samarbeid med skadestedsleder opprettes samleplass så nært skadestedet som mulig. Viktige funn og tiltak noteres på skadelapp etter som pasienten forflyttes videre gjennom evakueringskjeden via framskutt samleplass til



hjelpeplass og derfra til sykehus.

Dersom værforhold tilsier det og oppgaveomfang og personell-tilgang muliggjør det, kan det være aktuelt å starte evakueringen fra framskutt samleplass til hjelpeplass før skadeområdet er ryddet for skadde.

### Særlige elementer i den medisinske beredskapen

#### Hjelpeplass

Selv om kommunen har en sentralt beliggende sykestue, har vi etter nøye vurdering bestemt at ekspedisjonsbygget på lokal flyplass alltid skal nyttes som hjelpeplass. Det foreligger egen instruks for formålet. Ekspedisjonsbygget er hensiktsmessig med tanke på de forestående transporter til sykehus og på grunn av sin innredning. Tilleggsargumenter er at det er vesentlig å holde personell og utstyrsressursene mest mulig samlet. Slik får en mest mulig ut av dem. En slik samling letter også kommunikasjonen internt i helsetjenesten. Vi sparer dessuten

den dobbeltkjøringen med ambulansebilene vi tidligere hadde, da sykestua var hjelpeplass. Etter innbringning til sykestua ble pasientene den gang transport nye 5 km til flyplassen, når den videre tranporten til sykehuset var klar.

Et par sykepleiere avsees i tidlig fase for å forestå istandsetting av ekspedisjonsbygget til sanitetsformål. Uvedkommende sendes hjem. Løst inventar og fysiske hindringer ryddes bort. Slik sikres fri ferdsel mellom byggets bruksarealer. Bygningen lar seg naturlig dele inn i seksjoner, som anbefalt for hjelpeplass. Ankomsthallen blir inngang til hjelpeplassen. Den har garasjedør for ambulansebil. Pasientene avleveres fra avgangshallen for videre transport til sykehus eller lokal sykestue. Alle andre dører låses. All trafikk inn og ut av bygget registreres.

Kroker for oppheng av infusjonsvæske er fast montert i taket. Liner med S-krok er lagret sammen med akutt koffert flyplass.

De tjener som tilkoblingsstykke mellom takfaste kroker og infusjonssett. Båreplasser arrangeres under krokene. Surstoff bringes ut fra sivilforsvarets lager. Øvrig utstyr suppleres fra helsetjenestens lager og fra sivilforsvarets depot.

#### Utrykningsteamet ved Hammerfest sykehus

Fra sykehuset kan vi rekvirere et team bestående av anestesilege og to anestesisykepleiere. Leder sanitet må i tidlig fase avgjøre om en slik rekvirering skal gjøres. I såfall må ambulansflyet dirigeres til å gå innom Hammerfest for henting av teamet før ankomst Honningsvåg.

#### Ekstra lege i bakvaksordning

På grunn av den store tilstrømmingen av mennesker i motorisert ferdsel sommerstid, har vi etablert en ordning med fast kommunelege i reserve i juli måned. Denne ordningen ønsker vi å utvide til å omfatte hele tidsrommet 15. juni – 15. august.



## Kompetansebygging i sanitetsarbeidet

### Øvelser

Hensikten med en årlige storøvelse er å minne alle deltakerne om at de har en definert plass i beredkapsorganisasjonen. Vi forsøker å skape klare forventninger både til egeninnsats og mellom de ulike gruppene av innsatspersonell. Oftest har katastrofeområdet omfattet ulykke med buss, bil eller fly, men også hotellbrann har vært gjenstand for øvelse. Samtidig har vi spesielle elementer vi vektlegger særskilt under den enkelte øvelsen. Eksempler er frigjøring av fastsittende tilskadekomne, eksplosjonsfare, adgang til og evakuering fra røyklagte lokaler, etablering av framskutt samleplass og utprøving av ny, fast hjelpeplass.

Neste øvelse skal særlig teste ut beredkapsorganisasjonens evne til å mestre evakuering fra skadeplass i mørke og kulde. Klarer vi å etablere tilfredsstillende lysforhold og takle hypotermifaren for de tilskadekomne? For den øvelsen har vi alliert oss med det lokale rutebilselskapet, som stiller med buss. Mekanikere vil fjerne et antall seter i bussen mens den under oppvarming er på vei ut til skadestedet. Vi har til hensikt å prøve ut bruken av buss

som en del av framskutt samleplass, for å optimalisere mulighetene for å stabilisere pasienten og motvirke hypotermi i ventetid på videretransport.

Adgang til deltakelse i øvelser er ikke en demokratisk rett for alt interessert personell. Det er de som må påregne oppgaver i en gitt katastrofesituasjon, som skal øves best mulig opp for en målrettet innsats. Alle skal etter øvelsen sitte tilbake med nyttige, personlige erfaringer og en klarere kunnskap om beredkapsorganisasjonens funksjonsmåte. Kritisk gjennomgang skal muliggjøre organisasjonsforbedringer. Negative oppsummeringer skal ikke rettes skarpt mot den enkelte deltaker. Innsatspersonell skal stimuleres til samordnet ytelse i henhold til kompetanse. Da er det viktig at følelsen av gjensidig trygghet er utbredt blant deltakerne.

### Undervisning

Legene og ambulansesjåførene har i begrenset omfang trent spesielt på arbeid i katastrofesituasjoner. I mindre utstrekning har vi trent sammen. Dette samarbeidet bør få fastere former utover den årlige øvelsen.

Internopplæring av sykepleiere i grupper i de aktuelle første-

hjelpsoppgavene, ligger mye tilbake hos oss. Målet er å utvikle en kurspakke innen sentrale emner, som eksempelvis kan avvikles med en fast time i arbeids-tiden hver måned. Med om lag 15-20 emner, starter en forfra igjen etter et par år.

### Oppsummering

En særlig utfordring i en krisesituasjon er den relativt lange tiden som går før vi kan få hjelp utenfra. Ikke minst gjelder dette under turisttrafikken, som finner sted på den tiden av året da vi har vår egen ferieavvikling. Om vinteren stiller uvær og mørke særlige krav til beredkapsorganisasjonen. Faren for hypotermi er regelmessig til stede gjennom hele året.

En særlig ressurs i beredkaps-sammenheng er stabiliteten i innsatsgruppene og et motivert og rimelig kvalifisert personell. På plussiden teller også at Nordkapp er en oversiktlig kommune med gode samarbeidsordninger. Men vi er stadig under veis og mottakelige for gode forslag til endring.

Erik Langfeldt

Kommunehelsetjenesten

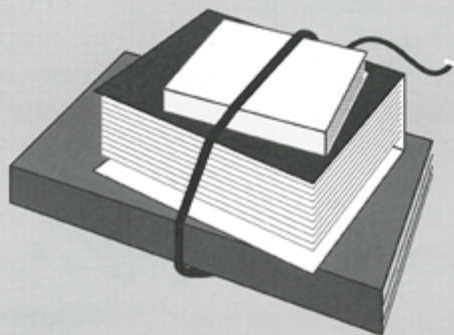
i Nordkapp

Postboks 174, 9751 Honningsvåg

Smil i hverdagen



## Bokmelding



**ATLE DYREGROV:**

## Katastrofepsykologi

*Gyldendal ad Notam*  
293 sider, pris kr. 295,-

**Anmeldt av Eystein Straume**

Plutselige og uventede ulykker med alvorlig skade og død til følge forekommer ofte i vårt land. Vi topper ulykkesstatistikken i Skandinavia. Av og til får ulykkelige et omfang som gjør dem til katastrofer. Selv om det er en erklært målsetting å få ned ulykkestallene så er ulykker en del av hverdagen. Med årene er det samlet mye erfaring og kunnskap om hvordan mennesker som rammes av slike hendelser reagerer og hvordan de kan hjelpes. Begrepet katastrofepsykiatri er preget og brukes i tide og utide av media. Folk har krav på katastrofepsykiatri som er noe spesielt innvierte eksperter kan, særlig har anestesilegene vært i medias fokus som katastrofepsykiatre.

Tilsvarende har kommuneleger og allmennmedisinere vært passive og lite synlige i denne sammenheng.

Atle Dyregrov har levert en glimrende bok som han beskjedent kaller katastrofepsykologi. Han er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Han har arbeidet mye med barns reaksjoner og fra 1988 har han ledet Senter for

Krisepsykologi i Bergen. Han har således solid erfaring på dette området. På en nøktern og vel-skrevet måte bruker han sin erfaring og sine kunnskaper, som en rød tråd går det gjennom hele boken også når alt er meningsløst og kaotisk.

Pragmatisk og usentimentalt beskrives katastrofereaksjoner hos overlevende og etterlatte i det første kapitlet. Deretter følger kapitler om organisering av psykososialt støttearbeid, umiddelbart psykososialt støttearbeid og langtidsoppfølging.

For disse 3 kapitlene er anaesteselege Mads Gilbert og spesialpsykolog Renate Grønvold Bugge medforfattere.

Videre kommer omtale av barns katastrofereaksjoner og omtale av hjelp til barn i katastrofer. Boken fortsetter med omtale av hjelperes psykologiske reaksjoner under og etter katastrofer og slutter med hjelp til hjelperne. Som et appendisk følger eksempel på psykososial katastrofeplan, eksempel på tekster rettet til overlevende, etterlatte, barn og hjelpere, manual for gjennomføring av debriefing og beredskapsplan ved ulykker eller dødsfall fra en skole.

Boken avmystifiserer begrepet katastrofepsykiatri og kombi-

nerer gode kunnskaper med praktisk erfaring. Spesielt viktig synes jeg det er at barns reaksjoner får stor plass. Fra egen erfaring kjenner jeg til at barns reaksjoner ofte overses eller glemmes. Viktig er det også at hjelpernes reaksjoner og behov kommer i fokus. Kapitlet er et viktig bidrag til å redusere slitasjen og påkjenningene for hjelperne. Dette skulle ikke minst være viktig for legestanden å tilegne seg. Både for egen del og for arbeidet med andre.

Den sterke understrekningen av planlegging med gode eksempler på tverrfaglig samarbeid under vanskelige forhold bør vekke enhver kommunelege til dåd. Her er mye stoff som snarest bør innarbeides i kommunale beredskapsplaner av ulikt slag.

Når jeg legger boken fra meg fester den tanken seg at nå er tiden overmoden for kommunehelsetjenesten til å komme på banen når det gjelder ulykker og katastrofer. Boken gir konkrete anvisninger på slikt arbeid. Og den inneholder rikelig stoff som kan brukes i utdanning av såvel allmennpraktikere som samfunnsmedisinere. Det bør vurderes om boken skal inngå i det allmennmedisinske kjernepensum. Kjøp boken, les den, bruk den.



# debatt

## Arbeidsløshet, valutasamarbeid og uhelse

**Dag Thelle,**  
professor i epidemiologi  
ved Nordiska hälsovårds-  
högskolan i Göteborg

I Göteborgsposten, GP, lørdag 7. august, fortelles det om barn og ungdom som betaler for krisen i landet, med psykiske skader. Dette burde ikke komme som noen overraskelse. Arbeidsløshet leder til uhelse. Tidligere i år oppdaget danskene at deres helsetilstand var den dårligste i Norden. Noe kan skyldes på tobakk, noe på alkohol, noe på kostholdet, men svært meget av dette henger også sammen med en lengre periode med arbeidsløshet enn i noe annet nordisk land.

Nå er Sverige på samme nivå som Danmark på det verste, og virkningene har meldt seg. Det er de mest følsomme som reagerer først, og det betyr barna.

Få dager før rapporten i GP om barns psykiske plager brøt det europeiske valutasamarbeidet sammen. Har barnas plager noe med valutasamarbeidet å gjøre?

Husker De høsten 1992? Da korttidsrenten steg dramatisk, og plasserte Sverige på første siden i verdens aviser? Da forsvarte man kronkursen med alt man hadde, og folk betalte. En ganske alminnelig familie med en gjeld på 700.000 og som begynte 1992 med en flytende rente på 12%, fikk økt sine renteutgifter med

28.000 i løpet av det året. Tjueåttetusen kroner, en formidabel utgiftsøkning. Som mange heller ikke klarte. Utlendinger forundrer seg over at svenskene ikke gjorde opprør. Hvorfor satte man inn denne finansielle høstaksjonen som vanlige mennesker måtte betale for i 1992?

Oppkjøpene av svenske kroner og renteøkningen ble forsvart med at kursene måtte sikres, ellers sprakk grunnlaget for valutasamarbeidet. I dag skriver tyske aviser gledesstrålende at «der Markt bleibt». Man ønsket ikke at valutasamarbeidet skulle fortsette.

Og hvorfor skulle det egentlig holde?

Aksjekurser går opp og ned avhengig av tillit og tro på bedriftens produktivitet og lønnsomhet. Prisen på fremmed valuta er også uttrykk for tillit til fremtidig produktivitet og ikke minst, stabilitet. Det er et tankekors for en ikke-økonom at den såkalte frie del av verden, som har vært advokat for frihandel for alle slags varer, f.eks. gjennom GATT, samtidig legger seg på strenge prisreguleringer når det gjelder valuta. Skulle ikke penger nettopp være en vare der markedet må være den bestemmende faktor? Eller er det slik at markeds mekanismer bare passer for bestemte vareslag og tjenester?

Renteøkningen var et forsøk på å skape tillit der tillit ikke fantes. Det kan sammenliknes med å øke prisen på en bil ved å legge

en plate med gull over bensintanken. Prisen øker uten at bilens funksjonelle egenskaper bedres, og bare noen få faller for gullet.

Markedet hadde bestemt seg for at den svenske kronen, eller det arbeidet den representerte, var mindre verdt enn f.eks. DM eller dollar. Men det prestisjetapet ville man ikke ta. Og heller ikke de såkalte langsiktige økonomiske konsekvensene. Hvem ville ikke ta det? Politikerne? Økonome?

Valutasamarbeidet kostet alminnelige mennesker tusener av kroner. Noen tålte dette, andre ikke. De som ikke tålte påkjenningen møter vi igjen som gjeldsøfne, arbeidsløse, og konkursrammede. Flere av disse kommer også til å klare seg, men andre bukker under.

Kampen mot kronen hadde en pris som nå betales med økt uhelse i befolkningen. Var dette nødvendig? Må man gi økonomer større makt enn politikere? Økonome forstår kanskje ikke at finanspolitikk og folkehelse har en sammenheng. Men politikerne burde vite bedre. Det kan ikke være slik at såkalte langsiktige økonomiske gevinster må betales med økt uhelse i befolkningen. I så fall får folket finne seg andre politikere med sans for flere verdier enn de tradisjonelle økonomiske, og økonome vurdere om deres teorier kanskje ikke er brukbare i dagens samfunn.

Fra en kommunelege i Østlandsområdet har Utposten mottatt kopi av følgende brev, som tar opp flere viktige prinsipielle spørsmål.

Av hensyn til pasientens personvern er legens navn og geografiske plassering endret.

# Prinsipielle betenkeligheter omkring mammografirutiner

Røde Kors Klinikk  
Trygdekontoret i Nesdalstind

*Til Utposten, 2050 Jessheim*

På baksida har jeg kopiert mammografisvar fra Røde Kors Røntgeninstitut. Jeg står oppført som henvisende lege i den rubrikken. Jeg har aldri henvist pasienten til noen mammografi.

Lenger nede i svaret står det: «Det er også nødvendig med en henvisning til denne kliniske mammografiundersøkelsen. Av praktiske grunner vil vi lage den i Deres navn, hvis vi ikke får beskjed om annet.»

Jeg har fått bekreftet fra andre primærleger at dette er en vanlig måte å ordne «henvisninger» på til og etter screening-mammografier.

Jeg har valgt å dekke over pasientdataene, og jeg har ikke gitt noen tilbakemelding til Røde Kors Klinikk om at jeg ikke ønsker pasient henvist dit, da dette vil oppleves som forskjellsbehandling i forhold til andre. Jeg velger istedet å ta opp saken på prinsipielt grunnlag.

Spørsmålsstillinger:

1. Mammografi som screeningundersøkelse på friske kvinner er omdiskutert. Vi har enda ikke fått noen offentlige ret-

<b>RØNTGENREKVISISJON</b> Røde Kors Røntgeninstitut Rt. Stanggt. 11-13, 0264 Oslo Tlf. 22 43 10 00		<b>PASIENT:</b> Fødselsdato: Efternavn: Fornavn: Tante Sofie Adresse: Telefon:
<b>HENVISENDE LEGE:</b> Kommunelege Jonas Fjeld, Nesdalstind		<b>DIAGNOSE:</b>
Klinisk problemstilling:		
<b>HVA ØNSKES UNDERSØKT?</b>		
Ø. Hjelp <input type="checkbox"/>		Dato Underskrift
<p>0986 /abs 1</p> <p>120093 BK/als MAMMOGRAFI RUTINEUNDERSØKELSE - GJEVIK Denne pas. har vært til rutinemammografi ved Brytteinstituttet i Gjevik og oppgitt Dem som egen lege. Bildene er nå ferdig gransket her i Oslo og det er for denne pas. nødvendig med komplette u.s.</p> <p>Det foreligger en litt diffus ukarakteristisk tetthetsøkning medalt i høyre mamma. Videre utredning nødvendig.</p> <p>Etterundersøkelsen vil bli gjort ved Røde Kors Klinikk i Oslo og vi kaller pas. direkte hit. Her har vi muligheten til å ta forsterrelsesbilder, ultralyd, klinisk u.s. og event. finnålspunksjon.</p> <p>Jeg håper De vil hjelpe pas. hvis hun henvender seg til Dem med spørsmål. Det er også nødvendig med en henvisning til denne kliniske mammografiundersøkelsen. Av praktiske grunner vil vi lage den i Deres navn, hvis vi ikke får beskjed om annet. Svar på etterundersøkelsen gles av oss direkte til pas. og vi sender et skriftelig svar til Dem.</p> <p>Pas. har krav på refusjon for reise etter vanlige regler.</p> <p>Vennlig hilsen Gunnar Kullmann Radiolog Røde Kors Klinikk</p>		
SØK. RADIOLOG		Timebestilling: Tlf. 22 43 10 00 - linje 117

ningslinjer eller anbefalinger. At markedet er stort og at mange kvinner på eget initiativ og egen regning får utført undersøkelsen, kan vi ikke gjøre noe med. Når jeg står opp-

ført som «henvisende lege» på en undersøkelse jeg aldri har tatt stilling til eller anbefalt, føler jeg at mitt navn blir direkte misbrukt. Jeg hadde ikke kommet til å anbefale



henne å foreta screening-mammografi ut ifra gjeldende retningslinjer.

2. Ved positivt funn kommer vi sjølsagt ikke utenom videreundersøkelser. Naturlig rekkefølge ville være palpasjon først, dernest henvisning til biopsi hvis det foreligger palpasjonsfunn, eller til klinisk mammografi/ultralyd/finnålpunksjon uten palpasjonsfunn. I dette tilfellet hopper man over palpasjonen og henviser direkte til klinisk mammografi/ultralyd/finnålpunksjon. «Av praktiske grunner» finner radiologen det riktig å lage denne henvisningen i mitt navn – til sin egen klinikk – «hvis man ikke får beskjed om annet».

Hva synes Rikstrygdeverket om denne typen «bokklubbmetode» for viderehenvisninger? Er den i tråd med regelverkets intensjoner? Jeg har aldri likt å måtte avbestille en vare for å unngå å få den når jeg aldri har bedt om den.

3. For meg har det tidligere vært naturlig å henvise til vårt regionsjukehus – Ullevål sjukehus – ved indikasjon for klinisk mammografi. Jeg er svært fornøyd med servicen derfra. Hvilke konsekvenser har det egentlig for det offentlige helsetesen at henvisningene styres til private klinikker der offentlig tilbud finnes?
4. Reint juridisk: er ikke dette dokumentfalsk? Så lenge det

offentlige ikke finner å ville finansiere spesialundersøkelser uten etter henvisning fra primærlege, må vi ikke finne oss i at våre navn blir brukt på denne måten. Følgen er at systemets spilleregler undergraves og at myndighetenes mulighet for å styre pengestrømmen dit det er mest behov for den svekkes ytterligere. Hvis myndighetene «av praktiske grunner» finner det riktig å droppe henvisningskravet ved denne typen spesialundersøkelser, får de også regelfeste det – ikke bare se gjennom fingrene på at slike regelbrudd stadig vekk skjer.

Nesdalstind 13.05.93.  
Jonas Fjeld, kommunelege

## PROLOG

### Ved Oll's samfunnsmedisinske seminar 11.10.93

Av pensjonert lektor Leif K. Roksvund, Skien

*Stolt og steil og sta til tusen  
doktor Tomas Stockmann var.  
Han var aldri kravsmått lusen,  
den miljømoderne kar.  
Han var faglig meget dyktig,  
sekelforut for sin tid,  
tem'pramentsfull noe flyktig,  
sint og vred, men også blid.*

*Uredd var han for sin stilling,  
satte gjerne den på spill,  
trengte ingen sjeftsbevilling  
eller byråkratisk drill  
for å gjøre det han måtte  
av respekt for men'skeverd.  
Om det kostet alt han åtte,  
han holdt fram sin legeferd.*

*Tankens frihet var ham hellig.  
Om den ble en casus belli,  
skremte ikke vann av ham.  
Rank han sto når hånsord suste  
og ga «folkefienden» skam.  
Men i doktor Stockmann bruste  
samfunnsansvar for sitt folk.  
Han var svake men'skers tolk.*

*Ingen byfogd fikk forby ham  
stå på sitt når det var rett.  
Om så alle ville sky ham,  
folkedommen tok han lett.  
For han visste det han visste,*

*han var ingen dilletant,  
samfunnslege til det siste,  
om han så ble fillefant.*

*Han var ikke den som tidde  
på en overordnet bud,  
ikke den som lett vint fridde  
til en pengemaktens gud.  
Han sto fri og fullt selvstendig  
midt i alkens fusk og løgn,  
som han med en kraft ubendig  
sto imot det hele døgn.*

*Han var sannhetens forkynner,  
talte Roma midt imot.  
Ingen løgnens giftfortynner  
fikk hos ham slå rot.  
Kunnskaps quantum satis  
gjorde han til pedagog.  
Han var doctor veritatis  
og slett ingen demagog.*

*Men han brølte for å vekke  
alle dem som sov for tungt,  
ville ikke bare tekke  
styresmenn på alle punkt.  
Han slo aldri av på krava,  
sto og falt for tanken sin.  
En må undres: Var'n lava  
av no' mer enn bein og skinn?*

*Men, se det er lenge siden  
doktor Stockmann viste vei.*

*Finnes der i denne tiden  
leger som går samme lei?  
Leger som tør stå og falle  
når de vet at de har rett,  
ikke blott tilbakekalle  
på kommando rett og slett?*

*Samfunnsdoktor emeritus  
han for ettertiden står.  
Uten akademisk ritus  
vi ham ridder slår.  
Han kan være leidarstjorn  
for det ganske folk,  
og han som et Romsdalshorn  
står i medisinsens bolck.*

*Mine damer, herrer leger,  
ars curandi ER et kall –  
kall, som ikke blott beveger  
seg i festens tomme skall.  
Doktor Stockmann var en ener  
i sitt virke og sitt liv.  
Gå du hen – hva enn du mener,  
la ham bli for deg ny giv.*

venerandus – som bør vise respekt  
casus belli – høve til strid  
quantum satis – passe mengde  
veritatis (gen. av veritas) – sannhet  
emeritus – som har tjent med ære  
ars curandi – kunsten å lege

# Utposten gratulerer!

Nidaroskongressen (18. – 22. oktober) utmerket seg ikke minst med prisutdelinger.

## NIDAROSPRISEN 1993

Nidarosprisen deles ut til allmennmedisinere som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon, informasjon og fagutvikling innen allmennmedisinen.

Prisen ble i år delt mellom to nestorer i norsk allmennmedisin – Professor Christian F. Borchgrevink og Professor Bent Guttorm Bentsen.

## Professor Christian F. Borchgrevink.



Christian F. Borchgrevink er vår første professor i allmennmedisin. I sin overrekkelsestale, fremhevet Ola Lilleholt spesielt 3 stikkord ved prisvinnerens virksomhet:

– «A Man for All Seasons» peker på allsidigheten i Borchgrevinks innsats og engasjement

- «Jordmor(-far)» knytter seg til hans innsats for å drive og hjelpe frem andre, eksempelvis doktorander og studenter
- «Skapende menneske» fører assosiasjonene til hans kreativitet og gode humør (Sitat : «Jeg tror jeg har ledd mer enn de fleste mennesker i dette landet..»)

Borchgrevink takket for prisen ved å si at det var spesielt godt å bli anerkjent av sine egne. Han holdt deretter et innlegg om alternativ medisin. Han oppfordret kolleger til å vise åpenhet for feltet, dog uten å gi avkall på den kritiske sans.

## Professor Bent G. Bentsen



Bent Guttorm Bentsen har en lang og allsidig karriere bak seg i norsk allmennmedisin, både i praksis og i forskning. Han har utallige tillitsverv bak seg i Den norske lægeforening og har dessuten vært formann i APLF (Alment Praktiserende Legers Forening). Mye av den positive status vi i dag

nyter godt av i norsk allmennmedisin, kan knyttes til prisvinneren. Hans bok «Illness and General Practice» blir stående som et standardverk. Han er Norges fremste representant i WONCA (Verdensorganisasjonen for allmennmedisin), og han er ICPC (diagnoseklassifiseringssystemet) sin far i Norge. Hans takketale førte oss tildels inn i allmennmedisins historie i Norge – en historie med mange hindre og spenningsmomenter – en historie det er lett å ta som en selvfølge, men som er båret frem med stor innsats av staute allmennmedisinere som Bent Guttorm Bentsen.

## Utpostens Essaykonkurranse 1993

Til årets konkurranse innkam 3 bidrag. Juryen synes dette er litt spedt, men i forhold til fjoråret hvor det faktisk ikke kom et eneste essay, må man si seg fornøyd. Vi får håpe dette er uttrykk for en oppadgående trend igjen, og at rekorden på 9 bidrag fra 1991 ikke er uslåelig.

Juryen finner at alle tre bidragene er lese- og publiseringverdige. De omhandler aktuelle og sentrale temaer i dagens allmennmedisin. Likevel er kvaliteten vekslende, og det hersket fullstendig enighet fra første stund om at førsteprisen på 7.000 kroner tildeles bidraget:

**AMERIKA, AMERIKA!**

En introspektiv, double-biased, sosialmedisinsk safari.  
*Skrevet av Per Fugelli.*

Essayet er glitrende skrevet, fengslende, personlig vekkende, stimulerende, kontroversielt. Temaet er



## NIDAROSKONGRESSENS MEDARBEIDERPRIS 1993

Prisen ble utdelt for første gang under kongressens festmiddag. Prisen tildeles en medarbeider som i særlig grad har utmerket seg til fremme av medarbeiderens rolle og funksjon i allmennpraksis. Prisen ble tildelt:

### Legesekretær Tove Rutle



Tove Rutle er legesekretær i en allmennpraksis på Jessheim. Hun er en kvinne med stort overskudd, ikke bare i sitt daglige virke, men også gjennom sin utstrakte virksomhet i mange år i forbindelse med kurs for medarbeidere,

i Norske Legesekretærers Forbund, i denne organisasjonens tidsskrift, i firmaet RMR (som bl.a. tar seg av Primærmedisinsk Uke hvert 2. år), m.m. Få som har kommet i kontakt med Tove Rutle, kan annet enn å bli smittet av hennes sterke og positive engasjement. Få (om noen) er mer ansvarlig for den fine profil medarbeiderne etterhvert har oppnådd i allmennpraksis. UTPOSTEN er spesielt glad for denne tildelingen – RMR er nemlig vårt sekretariat! Det beste er bra nok!

## LØVETANNPRISEN 1993

Dette er en pris som utdeles av NSAM (Norsk Selskap for Allmennmedisin). Denne gangen skjedde prisutdelingen under jubileumsmiddagen (10-års jubileum) til NSAM 19. oktober. Løvetannen er NSAMs blomst – en blomst som er tegnet på at vi som allmennmedisinere vil overleve tørke, storm og motganger. Årets pris ble tildelt:

### Kommunelege Eystein Straume



NSAMs leder Olav Thorsen fremhevet spesielt Eystein Straumes utstråling, utholdenhet og evne og vilje til refleksjon som viktige egenskaper ved årets prisvinner. Eystein Straume har vært distriktslege/ kommunelege i Loppa kommune i Finnmark siden 1972

(med noen kortere avbrekk). Få har vært i Finnmark lenger. Han har ikke minst vist stort engasjement i den utvikling Finnmark har opplevd de senere år med problematisk fiske, stor arbeidsledighet og vanskelig økonomi. Han er primærmedisiner i ordets riktige forstand – hans engasjement for pasientene stanser ikke ved kontordøren, men går også ut til det livsmiljø hans pasienter lever i.

UTPOSTEN vil spesielt få glede seg over denne prisen, da Eystein er en av bladets redaktører. Gratulerer Eystein Løvetann!



Fra venstre: Per Fugelli, 1. prisvinner, og Pål Gulbrandsen, 2. prisvinner

helsetjensten i USA, med vekt på de «skumle trekkene», og spesielt nå med debatten om helsereformen der dette

er hyperaktuelt. Perspektivene til utviklingen i vårt land er også tankevekkende og skremmende.

Like enstemmig var juryen i beslutningen om å tildele annenprisen på 3.000 kroner til essayet

#### SØLVTRÅD I MIN VEV

*Skrevet av Pål Gulbrandsen*

Her er elegante og levende kasuistikker som alle allmennmedisinere vil gjenkjenne og fryde seg over. Riktignok har dette temaet hatt en tendens til å gå igjen, og rammen er heller ikke helt klar. Noen poeng blir imidlertid tatt vel på kornet. Dette essayet gir oss stimulans til å baske videre med alle slags pasienter og krav, og gir et nydelig perspektiv på hvor givende jobben egentlig er. Og det er klart prisverdig!

Tromsø/Rindal/Oslo/Kongsberg 30.09.93

Ivar Aaraas, Ola Lilleholt,  
Åsa Rytter Evensen, Inger Marie Steinholt





# Amerika, Amerika!

«En introspektiv, double-biased, sosialmedisinsk safari»

Essayprisvinner Per Fugelli

*Et Ophold i Amerika er ganske sikkert et virksomt stimulationsmiddel.*

*Knut Hamsun (1).*

Faiv-tiiin, skrek Jill og jeg måtte bare hoppe, for hun tror at etter faiv-tin kommer hundred. Jeg løp mot naboens hekk og satset som en ung gepard. PANG, sa det der og da i venstre legg. En dum-dum-kule fra naboens Winchester, tenkte jeg, der jeg lå begravet i roser og torner.

Men så var det ruptur av Achillessenen. En passende straff for en på femti som leker gjemsel sin siste kveld i USA, med en på fem som bare kan telle til femten.

Jeg har studert medisinsk antropologi en måneds tid ved Harvard og Berkeley, men også livet selv om dagen og om natten i New York, Boston, Seattle og siste stopp: San Francisco. Jeg har hverken tid eller penger til å la meg operere her, så nå, dagen derpå, er jeg på vei hjem med fly via Atlanta City, New York og London til Oslo. Det er en pinefull reise. Prøv å bære to koffertter med tungt stoff når du går på krykker. Jeg har stort sett båret krykkene også, og haltet og lidd meg fram de mange og lange mil storflyplasser byr på. Smertene har vært ille, men lindres av sinne. For verre enn å ha vondt, er det å bli behandlet som en feil. Jeg har lært en lekse dette døgnet om hvordan det er å være syk og sen når du skal være frisk og rask. Ingen har gitt en hånd. Mange har gått brått forbi i køene. Mange har sendt meldinger med

blikk og mimikk: dra hjem til rullestolen din misdannelse, du forstyrrer farten og vellykketheten her. På John F. Kennedy holdt jeg på å miste mine siste krefter. Det var enda en kilometer til utgangen og bare minutter igjen til avgang. Will you please give me a hand, spurte jeg en ung, sterk, solbrent mann. Han screenet meg med sine computer-øyne, svarte *Piss off*, og hastet videre. Plutselig kom jeg på at James Bond en gang hadde en krykke med kuler i, egentlig en skjult rifle. I et ondt håp løftet jeg min, og skjøt den unge ego-ulven i ryggen.

Nå sitter jeg endelig på flyet. Gastrocnemius trekker seg opp som et rullegardin. Achillessenen legger seg til ro nede ved foten, som en slapp slange. Det gjør vondt i helen og i sjelen. Her er bare en behandling: HEVN! Jeg finner fram min dag- og nattbok, blar fort forbi de mange positive sidene, dveler dypt ved de negative observasjonene. Dette vil jeg bruke flyreisen til: å lage en kriminalføljetong om skumle trekk ved sosialpolitikken og helsekulturen i USA. Plussene underslår jeg. Her kommer bare minusene med. Nå skal Amerika pines, og jeg er bedre i leggen allerede!

Min eneste motforestilling er et mulig løftebrudd i forhold til visumsøknaden. Hva var nå ordlyden på spørsmål B og C? Jeg slår opp i passet for sikkerhets skyld:

#### Question B

Are you seeking entry to engage in criminal or immoral activities?  
Yes No

#### Question C

Have you ever been or are you now involved in espionage or sabotage or in terrorist activities or genocide?  
Yes No

For en måned siden krysset jeg ærlig av nei på begge. Jeg tviler på hvordan det vil gå neste gang, hvis CIA leser *Utposten*.

Cut the cackle, som vi sier på amerikansk, over til *The real thing*, som ikke er *Coca Cola*, men:

#### Det sosiale klimaet

Amerika er konstruert som et gigantisk, sosialdarwinistisk klatrestativ hvor 240 millioner individer strever seg oppover i en alles kamp mot alle. Den amerikanske drømmen er å komme til topps i penger, ære og makt. Du er din egen lykkesmed i survival of the fittest kampen. Vinn eller forsvinn. Svøm eller synk.

En morgenstund i New York så jeg forskjellen på de som har gull i munn og de som ligger på bunn. Jeg tok en taxi til Central Park for å jogge. Med fasader mot Parken ligger Amerikas mest fasjonable appartementshus. Her koster en kvadratmeter 10 000 dollars å kjøpe og 1000 dollars å leie. Nå rullet *Rolls Roycer* av sølv og *Cadillacer* av gull opp foran de fornemme baldakinene, hvor livrekledde tjenere bukket kapitalismens vinnere ut til en ny dag i silketapetserte styrerom.

Inne i Parken krøp *Det hjemløse* folket, kapitalismens tapere, fram fra busker, opp av hauger med gamle aviser, ut av svarte



plastsekker til en ny dag med skitt, sult, sykdom, forakt og hat. Det vil si ikke alle, for to, tre, fire, fem dør hver natt der inne i Central Park.

Det har vært en diskusjon, fikk jeg senere høre, i velforeningen til de rike på andre siden av gjerdet. Noen vil ha uteliggerne bort. De er ekle og forstyrrer utsikten. Men flertallet vil ha de elendige der, fordi de ved å gi kontrast, forsterker bildet av Den amerikanske drømmen.

Sosialismen er død – leve kapitalismen, lyder det nå over hele verden. Det er fritt fram for markedskreftene, spekulasjon, utbytting og undertrykking.

New York er kapitalismens hovedstad. Samhold, ansvar for hverandre, fellesskapsløsninger står lavt i kurs på New York Børsen. Her kan vi på nært hold studere følgene av et samfunn og en livsstil som bygger på profittjag og egoisme:

New York har nå 90 000 hjemløse. Volden og kriminaliteten øker stadig. Det skjer nå 2000 mord i året. Helsevesenet ligger på rygg, utmattet av pengemangel, overanstrengt av den sterke økningen i slumsykdommene: AIDS, syfilis og tuberkulose. Skolevesenet er sulteforet gjennom mange år. Analfabetismen stiger i de fattige bydelene. Hver tredje elev faller ut av grunnskolen. Offentlig renovasjon er redusert til et minimum. Sjøpeltømming skjer langt sjeldnere enn før. Gatene i Harlem, Bronx, Queens og Brooklyn er fylt med boss og brukes som avtrede for dyr og mennesker.

Kapitalismens brutalitet viser seg ikke bare i New York. 30 millioner mennesker går tapende ut av livskampen i Den amerikanske jungelen. De er fattige, mangler utdanning og arbeid, mange er uten hus, de er æreløse, helseløse og uten håp. Og når desperasjonen tar overhånd som i Los

Angeles gettoen forleden år, sier Dan Quale at Amerika er frihetens land. Alle som vil, kan bare klatre opp av slummen og bli vinnere. Han er blind for at oddsen er ulik alt etter om du stammer fra en hallik i Bronx eller en lege på Long Island. Det finnes ingen politisk vilje til å utjevne levekår og skape rettferdige muligheter. Det er ikke et samfunnsansvar å gi barn brukbare oppvekstkår og mennesker anstendige hverdagsrammer. Du er *alene* i Amerika. Hvis du ikke fikser livet, er det *din* skyld.

*Alene* var Alzheimer-pasienten der han satt forlatt i sin rullestol på hundeveddølsbanen i Denver sist søndag. Han hadde på seg en skitten T-skjorte hvor det sto: Proud to be an American! Ellers var alle kjennetegn fjernet fra den rundt 80 år gamle mannen, et nytt offer for Granny Dumping, en sosial epidemi som nå brer seg over USA: barn og barnebarn som ikke gidder mer, kjører sin senile mor eller bestefar over i en annen stat og hensetter den gamle på et supermarked eller i en kinosal.

*Alene* er også John Kingery, en 24 år gammel puertoricaner som jobber på et gatekjøkken i Queens 12 timer i døgnet for 60 dollar i uken. Han bor på syv kvadratmeter og spiser rester fra gatekjøkkenets avfallsbøtte. Slik klarer han å spare til den John Kingery som hver lørdag viser seg fram på Fifth Avenue. Da ser dere en stilren, ung mann i håndsydde sko, silkedress fra Giovanni, med minen til en mann med suksess, med en gange som melder om styrke og målbevissthet. Håret er bleket og huden gjort lys med kostbare medikamenter. Bare en mangel forstyrrer hans lykke på lørdagene: den bærbare telefonen han gir ordre til aksjemeglerne i når han står og venter på grønt lys, er en imitasjon. God nok til å bløffe andre, men

han kan ikke lure seg selv. Derfor sparer han videre for å øke nytelsen, for å gå rankere, merke de misunnelige skråblikkene, kjenne øynene fra de som snur seg, være en ekte vinner denne ene dagen, som gjør det mulig å holde ut livet som taper.

Gamlingen i Denver og ynglingen på Manhattan vitner om det harde, kalde sosiale klimaet i USA. Men de setter også spotlys på fire dystre trekk ved:

### **Den amerikanske helsekulturen**

For å være en vinner er det ikke nok med penger og makt, du må være ung, pen, hvit og ren.

Hundrevis av private klinikker og tusenvis av høyt utdannede spesialister tjener nå millioner av dollar på å sprøyte silicon inn i hengende bryster og romper, fjerne rynker, skjære bort dobbelthaker, transplantere hår, operere proteser inn i slappe penisser. Det har vokst fram en svær medisinsk industri med ett mål: å gjøre penger på amerikanernes panikkangst for å bli gamle.

Et av de mest populære tidskriftene i USA heter Longevity. Hver uke kan du lese om nye gjennombrudd i anti-aldringsforskningen. Og du kan sende dine bidrag til ett av de 80 laboratoriene som nå manipulerer med gener og eksperimenterer med stoffer som kan stoppe aldersforandringene i cellene, i blodårene, i hjertet, i hjernen – og ikke minst i huden. Men Evig liv er dyrt. Det er ikke for alle, heller ikke i Amerika. En av de fremste anti-aldringsforskerne uttalte nylig: Amerikanere som blir født i 1990-årene, og har råd til å gjøre seg nytte av anti-aldringsforskningens resultater (teknologi og medikamenter), kan regne med å bli 120 år.

Og mange er åpenbart rike og redde nok til å bruke alt fra



1 000 til 10 000 dollar i året for å skjule årenes spor. Det mest vellykkede forretningsforetak i USA i 1991 var Louis Liconi Perpetual Youth and Beauty Institute, med filialer i 120 byer.

Den nyeste, gyldne nisjen som samvittighetsløse leger frårser i, heter post-mortem plastisk kirurgi. Markedet består av eldre, velhavende kvinner som har brukt et langt liv til hard krig mot aldring og død. Nå begynner de å forstå at slaget er tapt, at Vår Herre snart vil seire, men likevel vil de prøve å ta det siste stikk. De er besatt av at mann, barn og barnebarn skal se dem unge og vakre i kisten når de tar det siste farvel. Derfor leverer de inn en sjekk på 7 000 dollar samt et foto av seg selv som 18-åring, gjerne collegebildet, til post-mortem-klinikken og kirurgen lover dem evig ungdom og skjønnhet – etter døden.

Forskjønnende kirurgi har lenge vært big business i Amerika. Det startet med filmstjernene, men spredte seg snart, først til de rike, så til den velhavende middelklassen. Markedet begrenser seg ikke til gamle enker. De siste årene har de medisinske skjønnhetspekulantene oppdaget at unge jenter og gutter, fra 12 til 16, ser seg mye i speilet, er usikre på eget utseende og leter etter identitet. Nå kan du kjøpe deg «selvbilde» på ten-årings-klinikken. Kirurgene modellerer deg et ansikt som ligner helten i Hollywood, eller tar bort særpreg slik at du blir «som alle andre».

Kosmetisk rasekirurgi er også inne. På Manhattan finner vi doktor Diamonds privatklinik for korreksjon av jødiske neser. I San Francisco spesialiserer de medisinske haiene seg på å fjerne asiatiske kjennetegn: rette skjeve øyne, meisle bort høye kinnben. Hvis du er neger, skal du dra til Black and White klinikken i Chicago hvor de er eksperter på å

fjerne pigmentceller og sugе fett fra leppene.

Men du er ikke frisk hvis du bare er ung, pen og hvit. Du må være ren også. Kleenex og andre hygienespekulanter har klart å innbille amerikanerne at de er syke hvis de ikke renser ørene, nesen og navlen med anatomisk designede plastinstrumenter påsatt desinfiserende bomull. I Seattle så jeg på TV og trodde det var en skrekkefilm med Steven Spielberg monstre, men så var det elektronmikroskopisk reklame for Umbilex som du må bruke hver dag for å holde skabb, midd og sopp borte fra navlen.

Den ekleste av alle kroppsåpninger er rompehullet. For amerikanerne er det så vemmelig at de har fortrent det. Når du vet hvilke uhyrer som truer i ørene, i nesen og i navlen, blir tanken på rompehullets hemmeligheter ikke til å holde ut. Man bare aner den kollektive gru gjennom den flid de desinfiserer sine toiletter med. «Dette toilett er kjemisk sterilisert med MicroKill og bestrålt med UVirocid klokken 17.10», sto det da jeg kom inn på mitt siste hotellrom klokken 18.00. Selve doskålen med lokk og sete var forseglet som en statshemmelighet med tre pompøse og nesten ubrytelige segl. Magasinet Sophistication lover bedre tider. Amerikanerne skal snart befris fra den daglige folkehelsestrussel: å tørke seg med hånd og papir. Nå kommer high-tech toilettet HANDFREE med desinfiserende dusjer, lufttørking og parfymeapplikasjon.

### Dollar og medisin

Hva gjør legene i dette landet:

- hvor 30 millioner mennesker befinner seg i en sosialmedisinsk katastrofetilstand
- hvor over- og middelklassens helsekultur perverteres i retning av skjønnhetsmedisin,

narcissistisk kroppsspleie og alderdomsprofylakse

- hvor helsekostnadene er i ferd med å eksplodere fra nå 12%, til i år 2000 18% av brutto nasjonalproduktet (2)?

For å svare med Hamsun (1), de praktiserer «den stormusklede Materialisme, uden Udsmkning.» De teller sine penger, og det tar tid. Netto inntekt var i 1990 i gjennomsnitt 236 400 dollar for kirurger, 219 400 dollar for billeddiagnostikere, 106 500 dollar for allmennpraktikere.

På mine besøk til medisinske miljøer i fire stater fant jeg liten vilje til kritisk politisk analyse. Mange var bekymret og forvirret. Bare få forsøkte å granske hvilke maktstrukturer og økonomiske interesser, innbefattet legestanden, som tjener på dagens helsevesen. Man bør ikke blande medisin og politikk, lød omkvedet som flertallet gjemte sin egeninteresse bak. Argumentet blir hulere for hver dag som gjør klarere at American Medical Association sammen med de store hospitalkonsortiene, de mektige legemiddelprodusentene, de rike medisinske teknologibedriftene og de private forsikringsselskaperne, konsekvent obstruerer Hillary Clintons forsøk på å få til reelle helsereformer.

Ved de medisinske skolene i USA er børsanalyse og aksjelære de mest populære valgfagene.

Søkningen til øyespesialiteten er enorm fordi oftalmologene ranker høyest på listen over bekvemme legeliv: mye penger, lite vakter, lett fag.

Forskningsmiljøene forsømmer samfunnsmedisinske emner og investerer sine hjernekrefter der hvor profitten er: i en subtil raffinering av diagnostikk og terapi av sykdommene til de kjøpekraftige pasientgruppene. Om

*Forts. side 276*



# Stortingsmelding nr. 37 (1992-93)

## Høringsuttalelse om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

Jostein Tørstad, saksbehandler,  
Finnmark Legeforening

Meldingens hovedtyngde og kanskje beste del ligger i beskrivelse av problemområder og i oversikt over de forskjellige instanser som berøres av disse. For en stor del understøtter den også allerede vedtatte reformer og varsler en videreføring av disse. Dette gjelder spesielt prinsippet om desentralisering av tjenester. Det bebudes økt kommunalt ansvar for psykiatriske pasienter med blant annet delbetaling for institusjonstjenester. Meldingen drøfter også modeller der kommunene får ansvar for å forvalte den totale helseøkonomi gjennom kjøp av andre og tredjelinjetjenester i et fritt marked, og gjennom ansvar for sykepenge og trygdeutbetalinger. En håper med dette å motivere kommunene for økt forebyggende innsats.

Foruten desentralisering ser områdetenkning ut til å bli det nye midlet å møte framtidens utfordringer innen forebyggende og helsefremmende arbeid med. Det varsles altså om vesentlige organisatoriske endringer etter mønster som er utprøvd i frikommune-forsøkene. Dette vil si at det legges opp til ny nemndstruktur.

Meldingen slår fast at forebygging ikke skal gå på bekostning av kurativ virksomhet, men motiser seg selv i siste kapittel der det påpekes at endringer skal skje gjennom omfordeling av ressur-

ser. Det slås ellers fast at forebyggende og helsefremmende arbeid for 90% vedkommende skjer gjennom tiltak utenfor helsesektoren. Dette skulle plassere ansvaret sentralt i de administrative systemer, og kanskje løfte en bær fra helsetjenestens allerede belastede skuldre. Når en ser hovedsatsingsområdene

1. mentale lidelser og psykososiale problemer
2. belastningslidelser
3. ulykker og skader,

er det også åpenbart at det må kjempe løft til fra hele samfunnet. Hvilke løft som må til og hva disse koster, sier meldingen lite om. Den sier derimot en del om hvordan den sentrale helseforvaltningen skal fungere. Det skal satses på utvikling av informasjonsutveksling. Det skal utvikles indikator-systemer for å kunne evaluere effekt av forebygging. Det legges opp til en ganske sterk sentral pådriverrolle med økonomiske incentiver som et virkemiddel overfor kommunene. Kapitlet om økonomiske virkemidler drøfter inngående eksisterende og mulige framtidige ordninger med tanke på å sette kommunene friere til å prioritere forebyggende arbeid. Det pekes på en rekke ordninger blant annet gjennom særlovene og rettighetslover som i dag styrer kommunenes ressursbruk. Det pekes også på at det i liten grad er kommunene som betaler regningen for manglende forebygging. (Sykepenge, trygd, andrelinjetjenester).

### Innvendinger mot meldingen

Som praktisk verktøy for en helsearbeider på kommunenivå har meldingen ingen verdi. Den omhandler de store organisatoriske linjer og varsler om nye omveltninger. Hvilken plass og hvilket ansvar kommunehelsetjenesten, og da spesielt kommunelege I skal ha er ikke omtalt i meldingen. Det ligger imidlertid i kortene at det i stor grad vil bli opp til kommunen hvordan de vil organisere dette arbeidet. Faren ved dette er at en vil oppleve en lang og ressurskrevende strid som ved innføringen av kommunehelseloven. Vi tror en ved neste omstrukturering gjør klokt i å gi klarere direktiver om hvordan den medisinskfaglige delen av det forebyggende arbeidet skal ivaretas. Vi forstår likevel meldingen dithen at ansvaret for forebyggende og helsefremmende arbeid forskyves mot maktens sentrum i kommunene. Vi er enige i dette prinsippet men savner en diskusjon om maktforhold, ansvarsforhold og sanksjonsmuligheter.

Hvorvidt økte kommunale oppgaver, mindre hindringer i særlover og økte overføringer til kommunene vil fremme forebyggende tiltak, gjenstår å se. Det er grunn til å vente store forskjeller i kommunenes evne til å ivareta nye oppgaver, begrunnet i både ressursmessige og kompetansemessige forhold. Vi savner en drøfting av de økonomiske forhold omkring forebyggende og helsefremmende virksomhet.

*Forts. neste side*

## Amerika, Amerika...

Forts. fra side 222

få år er det ingenting som heter blodtrykk. Da opererer vi med kontorblodtrykk, bilblodtrykk, fritidsblodtrykk. Det er utviklet elektroniske, telemetriske instrumenter for døgnkontinuerlig trykkmåling. Den, for menneskehetens helse aldri hvilende farmasøytiske industrien, har designet nye molekyler spesifikt for kontor-, bil- og fritidsblodtrykk.

De samfunnsmedisinske praktikerne mestrer heller ikke situasjonen. Public health tradisjonen i USA har alltid vært politisk jomfrunalsk og valgt tekniske løsninger på sosiale problemer. Plutselig i Boston en ettermiddag, så jeg et skinnende og blinkende juletre av en buss midt i et slumkvarter med forfalte bygninger, stinkende søppel og sosialt syke mennesker. Free Medical Van og Screening for Cholesterol and Blood Pressure sto det utenpå. Inni var det leger og teknikere i lekke uniformer og elektronikk svarende til et middels romfartssenter. Inn sjanglet horer og schizofrene, ut vaklet narkomane og hjemløse.

### Landkjenning

Reisen er snart forbi. Jeg kjenner at både helen og sjelen har hatt

godt av disse ondsinnede flyvetankene. Men kan det tjene til noe å sende dem videre til Utposten og norske kolleger?

Kanskje, fordi en oppdagelsesferd i USA nå er som en reise i den norske framtiden. Amerika er et speil hvor vi kan se egne feil om ti, om tyve år.

Jeg tror på Per Fugelli når han klargjør at:

- også Norge er truet av sosial brutalisering med splitting av folket i en tilfreds majoritet og en fattig, forkommen underklasse (3)
- også norsk medisin trues av et helsebegrep som rommer mer og mer kommers, komfort og kosmetikk, mindre og mindre reell patologi (4).

Denne reiseskildringen kan være med på å synliggjøre det sosialpolitiske og helsekulturelle fiendebildet, også i Norge.

Så kan du innvende at sosialpolitikk og helsekultur ikke er allmennpraktikerens bord. Primærlegen har nok med de nære ting, med å kvalitetssikre reseptene og laboratorieprøvene. Men vi må ikke nøye oss med å kvalitetssikre trærne, vi må kvalitetssikre skogen også. Kvaliteten på norsk allmennpraksis blir ikke bedre hvis vi kvalitetssikrer på kontoret

i smått, men lar den norske sosialpolitikken og helsekulturen forfalle i stort. Primærlegene har betydelig formgivende makt både over sosialpolitikken og helsekulturen:

- som fagkyndige deltakere i den offentlige debatten og leverandører av fakta til de politiske beslutningstakerne
- som helsekulturelle påvirkningsagenter i de 12 millionene møtene vi har med pasientene hvert år.

Nå får vi landkjenning, og jeg kommer på Jens Bjørneboes bok Norge, mitt Norge hvor han skriver (5): For angsten for Amerika er frykten for en indre tilstand, for *Amerika i oss*.

### Litteratur

1. Hamsun K. Fra det moderne Amerikas Aandsliv. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1962.
2. Lundberg G. En amerikansk helsereform er uunngåelig. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1118-9.
3. Fugelli P. Ulv! Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1894-7.
4. Fugelli P. Allmennmedisinen i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2268-72.
5. Bjørneboe J. Norge, mitt Norge. Oslo: Pax Forlag, 1971.

### Høringsuttalelse...

Forts. fra side 275

Tidligere tiders tro på forebygging som en økonomisk lukrativ virksomhet er ikke lenger rett lære. Eventuelle økonomiske gevinster ligger mange valgperioder frem i tid. Med de utfordringer kommunene står overfor i pleie- og omsorgssektoren og

med den fokusering denne sektoren har fått de siste årene er det liten grunn til å tro at helsefremmende og forebyggende oppgaver får særlig høy prioritet før disse problemene er løst. Vi vil også stille spørsmål ved om nedtoning av særlover og rettighetslover er gangbare virkemidler i en tid da nettopp enkeltindividets rettigheter blir så sterkt fokusert.

Det viktigste inntrykket etter å ha lest meldingen er at det er langt frem, og at det på nytt tas tak i det administrative system fra topp til bunns. Skyldes dette at vi i dag har systemer som i vesentlig grad hindrer forebyggende arbeid, eller at rådløsheten er stor når det gjelder konkrete tiltak.

Jostein Tørstad  
Finnmark Legeforening



# Daivonex<sup>®</sup>

calcipotriol

## Gjenoppretter de naturlige prosesser i psoriatisk hud



### Opplev det nye behandlingsresultat for psoriatikeren

DAIVONEX • Leo-

ATC-nr.: D05A D

#### Middel mot psoriasis

**SALVE:** 1g inneh.: Calcipotriol 50 mikrog., natr. edetas, dinatr. hydrogenophosph.,  $\alpha$ -tocopherol, paraff. liquid., polyoxyethylenstearylester, propylenglycol., aqua purif., vaselin. alb. ad 1 g. Uten lukt og farge. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Calcipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1.25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Calcipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsättning, ca. 1% av 1.25 (OH)2D3. **Virkningsmekanisme:** Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering og inhiberer den økte proliferasjon av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokin-påvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytforandringer som sees ved psoriasis.

**Absorpsjon:** Calcipotriol absorberes i liten grad. Det nøyaktige omfanget er imidlertid ikke kjent. **Metabolisme:** Calcipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. **INDIKASJONER:** Plaque psoriasis. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffene. Hyperkalsemi. **BIVIRKNINGER:** Hyppigst sett er forbigående irritasjon av behandlet hud. Enkelte tilfeller av

ansiktsdermatitt er sett. Hyperkalsemi (sjeldent) - se overdosering/forgiftning. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfolds/intertriginøse områder. Erfaring ved behandling av barn mangler. Daivonex bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Høndene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som forhøyer serumkalsium. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og under behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Teratogen effekt er ikke sett i dyreforsøk. Pga. manglende klinisk erfaring bør preparatet ikke brukes av gravide eller ammende. **DOSERING:** Påsmøres tynt de affiserte hudområder 2 ganger daglig til huden er leget. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker. Total ukedose bør ikke overskride 50 g. Verdien av vedlikeholdsbehandling er ikke klarlagt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Enkelte tilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt Daivonex salve i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsiumnormaliseres ved seponering av Daivonex. **PAKNINGER OG PRISER pr. 01.02.93:** Salve: 30 g kr 146,00, 100 g kr 374,30.

### JA jeg vil absolutt oppleve dette og tar gjerne imot:

- Besøk av legemiddelkonsulent fra Løven
- Mer trykket informasjon om Daivonex med en gang.
- Løpende informasjon

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./Sted: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_



Løvens kemiske Fabrik A/S.  
Postboks 7186 Homansbyen,  
0307 Oslo.  
Tlf. 22 46 58 15.

# Carduran<sup>®</sup>

doxazosin



Referanse: Hjermann, I. Strategier overfor hjerte- og kar- sykdommene  
Tidsskr Nor Lægeforen nr. 21, 1992; 112: 2738-9

## VEKTIGE ARGUMENTER

Carduran  
doxazosin

IKKE BARE ET GODT ANTIHYPERTENSIVUM

For ytterligere opplysninger:  
Se Felleskatalogen



# Skal man pese, skal man pese med vett

Tekst: Odd Winge,  
kommunelege



Født 1943. Cand. med. 1970.  
Kommunelege I i Stord fra  
1985. Spes. i allmennmedisin  
og samfunnsmedisin. Interes-  
sert i konsultasjoner, helse-  
opplysning og naturvern.

Vi måtte nesten vente det, at folk klager over at legen sitter bøyd over PCen og klaprer, slik at maskinen får 95% av oppmerksomheten, mens skarve 5% blir igjen til pasienten (1). Data er gøy, og data er nyttig, men jobben vår er likevel den samme som før, nemlig å ta oss av våre pasienter.

Våre pasienter har stor tillit til oss, og betrakter oss som faglig dyktige personer (2). Kritikken går ofte på at legene er uinteresserte, arrogante og uhøflige (3). Dette går det an å gjøre noe med, det koster verken tid eller penger, bare at vi tar oss selv litt i nakkeskinnet og er bevisste på hvordan vi virker overfor våre pasienter.

Vårt omdømme vil stige betraktelig dersom vi blir litt mer vennlige, litt mer oppmerksomme, og ga litt mer kontakt. Jeg tror også en datafrelst lege skulle ha de beste forutsetninger for å komme godt ut av det med sine pasienter dersom han bruker EDB-verktøyet på en fornuftig måte.

Følgende er et forslag til data-vett i konsultasjonssituasjonen:

1. Pasienten, ikke skjermen og tastaturet, er hovedpersonen.
2. Finn frem pasientens EDB-journal før pasienten er kommet inn på kontoret, les gjennom tidligere notater, slik at du er orientert. Pasienten vil

bli mektig imponert over hvor godt du husker ham og hans sykehistorie.

3. Dersom pasienten ikke er registrert i maskinen, vent med å klapre inn fødselsdato, telefonnummer og arbeidsgiver til pasienten har fått fortelle hvorfor han kommer. Inn-tasting av persondata kan gjøres mens pasienten kler av seg.
4. Plassér skjerm og tastatur slik at det er kort vei å flytte blikket fra skjerm til pasient. Å snakke med noen uten blikkontakt er uhøflig, å snakke med noen med ryggen til er bortimot en fornærmelse.

## Legene peser på PC'n

(Kommentar til et tidligere innlegg.)

Jeg håper at riktig mange leger leste innlegget ditt og tenker seg om. Dette tror jeg nemlig vi alle har opplevd. Det er både frustrerende og leit å snakke til ryggen til legen og heller-ikke vite hva han skriver på PC'n!

Derfor: All honnør til legen som i stedet leser inn/dikterer det som skal skrives. Han som stopper opp innimellom, spør om det stemmer eller om pasienten ønsker å legge til noe. Dermed vet vi også hva som står i journalen. Det gir trygghet.

Hilsen Bea.

5. Vent med terminalarbeidet til pasienten er gått. En del journalarbeid, f.eks. resepskriving må gjøres mens pasienten er inne, og det vil sikkert våre pasienter akseptere. Sørg likevel for at du løfter blikket av og til.
6. Lær deg EDB-systemet godt. Etter hvert som du blir flink, er det utrolig hvor få tastetrykk det skal til for å få maskinen til å gjøre de riktige tingene.
7. Lær deg touch. Får du hukommelsen inn i fingrene, kan du ikke bare skrive adskillig raskere, du kan også se på pasienten mens du skriver. Det finnes diverse øvelsesprogrammer for touch, det kan fås for en 50-lapp i firmaer som formidler share-ware-programmer.

#### Litteratur

1. Leserbrev. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:1752.
2. Informasjonsavdelingen Dnlf. Fire av fem nordmenn tilfreds med behandlingen hos lege. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:1913.
3. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H, Vigen T. Klager på leger i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113: 863-6.

### Legene peser på PC'n

Hei! Jeg har et godt råd til legene. Mitt inntrykk er at de mesteparten av konsultasjonstiden bare sitter og klapper på sin PC.

Ved siste legebesøk «glemte» jeg det jeg skulle spørre om, fordi legen bare henvendte seg til meg noen få minutter. Resten av tiden forholdt jeg meg taus for ikke å «forstyrre» legen mens han klapret på sin PC.

Jeg har snakket med flere som føler seg like ille berørt som meg. Avbrytelser fra kontorsøster og telefoner i tillegg er også en uting.

Leger – tenk dere om. Konsultasjonstiden må legges opp på en annen måte, slik at pasienten får inntrykk av å komme i første rekke.

Med beste hilsener fra John A.

Takk for brevet. Det varierer sikkert fra lege til lege, noen er bedre til å lytte og vise pasienten oppmerksomhet og likevel få klapret ned det de skal på PC'n sin, men dette brevet er ikke den første klagen jeg hører om slikt.

Hilsen Peder.

# Betnovat<sup>®</sup> betametason 17 - valeriat

Et referansepreparat til behandling av EKSEM

Krem	15, 50, 100 g.
Salve	15, 50, 100g .
Oppløsning	30, 100 ml.
Liniment	20 ml.

se  
Felleskatalogen



Glaxo AS, Postboks 224, 5001 Bergen  
Telefon: 55 31 91 30, Telefax: 55 23 01 56



# Hadde det ikke vært for denne tå...

Tekst: Øivind Svenning



*Gift, 2 barn. Privat legepraksis og halv bedriftslegejobb i Rakkestad 1976–80. Distriktslege i N-Fron (Vinstra) 1981. Distriktslege/kommunelege Spydeberg 1982–86. Ass.fylkeslege i Østfold 1987. Allmennpraksis i Ski fra 1988. Innimellom 1 års sykehustjeneste v/med.avd. Sarpsborg/Askim s.h. Deltatt i prosjektarbeid vedrørende konsultasjonsanalyse og Akershus legeforenings «Helsetjeneste for leger». Utdannelse og praksis i akupunktur, praktiserer vesentlig smertebehandling.*

– Kom inn, sa han, og jeg gikk tre skritt innenfor den åpnede døra før jeg ble stående litt i villrede om hva som skulle skje videre.

– Du får bare sette deg ned, sa han igjen – jeg må bare se om jeg har deg her...

«Har deg her?». Jeg sto jo rett ved siden av skrivebordet hans.

– Der har vi deg! Stemmen var lett triumferende idet den unge legen, han kunne umulig

være over førti, stirret begeistret inn i den knallblå skjermen.

Jeg bøyde meg litt framover.

– Er jeg på skjermen?

– Ja, men vi mangler noe på deg.

– Mangler noe på meg?

Han tastet stadig like ivrig på en knotteplate av plast. – Ser man det, du har ikke gitt oss personnummeret ditt, og derfor har vi merket deg med to kommaer bak navnet.

Jeg følte meg uvel, likte absolutt ikke å bli merket, hverken på den ene eller andre måten.

– Fikk du ikke skjemaet til utfylling?

Sakte demret det for meg, at jeg var innom for å bestille time hos legen og ikke kunne få noen før om tre uker. Men den blide sekretæren hadde gitt meg et papir i handa, «om jeg kunne være så snill å fylle ut dette skjemaet med en gang?»

Skjemaer er det verste jeg vet. Vi er ikke videre vant til slikt vi som er født før den første verdenskrigen, og i løpet av den andre ble ikke mitt forhold til registreringsskjemaer særlig bedret, men det kunne jeg jo ikke fortelle henne.

Jo, det var spørsmål etter personnummeret der også, det har jeg aldri kunnet, og sertifikatet la jeg bort da stæren ødela synet mitt. Det var spørsmål om yrke også, og sivilstand. Gift, skilt, enslig, samboer, enkemann, du verden så mange muligheter, men det var ingen spørsmål om ensomhet. Hadde ikke det vært et mer relevant spørsmål fra et legekontor? Dermed hadde jeg gitt opp, levert skjemaet forlegent

til sekretæren og gått.

Hvis det bare ikke hadde vært for denne tå...

– Kan det være så viktig med det personnummeret da, dere har jo både navn og fødselsdato? Men det skulle jeg visst ikke sagt, for straks startet et sjeldent velformulert foredrag om kommunikasjonsamfunnet og dets vel-signelser. For sikkerhets skyld skrudde jeg høreapparatet et par hakk ned.

Jeg tenkte det var klokt å blidgjøre doktoren litt, som en start på løsningen av mitt eget problem, og sa forsiktig, i det jeg kikket bort på den flimrende skjermen: – Det er visst noen fine greier det der, jeg mener, nå har man jo slike overalt, så det må vel være svært nyttig?

Han lente seg tilbake, så nærmest kjælent på den grå kassa foran seg på bordet og strøk med fingrene over tastebordet. – Hadde det ikke vært for dette EDB-systemet, tror jeg ikke jeg hadde holdt ut i praksisen lenger.

– Hva? Jeg trodde ikke jeg hadde hørt rett og skrudde lyden opp igjen.

– Her har jeg alt jeg trenger, skrivefelt til journalnotater, henvisningsbrev, alle skjemaene, hele takstsystemet, ja, se bare her, du kan få kvitteringen rett ut, ferdigskrevet! Ja, du har vel tenkt å betale kontant, ikke sant?

Jeg nikket, selv om det kanskje var litt tidlig å snakke om betalingen ennå.

Legen tastet i vei og en sprakende lyd kom plutselig fra maskinen bak ham. Han tok ut et lite ark og ga meg. Jeg så på det. Kr. 78,- 0,- i tillegg. Godt



jeg slapp å betale noe i tillegg i alle fall. Jeg ga ham en hundrekroning og puttet vekslepengene i den vesle pungen i jakkelomma.

Telefonen ringte. Først la jeg ikke merke til det og skulle akkurat til å si noe om hvorfor jeg hadde bestilt denne timen, da legen plutselig snudde seg i den elegante stolen, høyrygget og med armlener, tok av røret og svarte samtidig som han tastet i full fart på tastebordet sitt. Et øyeblikk ble jeg fascinert sittende og se hvordan fingrene løp fram og tilbake over knottene, men plutselig kjente jeg en redsel for at det var min journal han satt og skrev i, og reiste meg for å se skjermen litt bedre. Et vennlig vink fikk meg tilbake i stolen igjen.

Utrolig hvor lang en slik samtale kan virke når en selv bare må sitte og vente. Jeg begynte å se meg rundt. Det hang noen bilder på veggene, kjedelige, billige plakater med brun innramming sammen med en større plansje av en mann uten hud og hår. Mus-

kler og skjelett grein mot meg, så motbydelig at jeg straks etter snudde meg for å se om det snart var min tur. Der startet den sprakende maskinen igjen, og en resept dukket opp. Han signerte den og la den til siden på skrivebordet.

– Utrolig kjekt med et slikt system, nå fikk jeg både notert i journalen og skrevet ut resepten samtidig. Slikt sparer tid, og det er viktig når det er nesten en måned ventetid på time, vet du. Jeg bare nikket.

– Så var det oss da, hva var det du sa du kom for? Jeg kunne ikke huske å ha sagt noe som helst, men begynte forsiktig å snøre opp den høyre skoen.

Det banket på døra, og sekretæren fra forværelset tittet inn. – Fru Jensen har kommet, jeg tror du bør komme ut ganske snart og se til henne. Hun er temmelig dårlig.

– Er det foten du har problemer med? Han virket plutselig litt interessert. – Nei, stortåa. – Har det vart lenge? – Ja, et par

måneder nå. – Såpass. Vel, så veldig hoven er den jo ikke. Han beveget den litt opp og ned. Smerten fikk meg til å bite tenene sammen.

– Den der bør nok kontrolleres både med blodprøver og røntgen, men du forstår sikkert at jeg har det litt travelt akkurat i dag. Kan du ikke være snill og bestille en ny time så snart som mulig, sekretæren ordner nok det, så ser jeg deg igjen om ikke så lenge. Det går vel bra, ikke sant? Han var allerede på vei bort mot døra.

Jeg nikket. Det gikk nok å vente litt til, tross alt gjaldt det jo bare en vond tå, og når man er over åtti vil en helst ikke være til bry.

Jeg snørte skoen forsiktig igjen og ruslet litt haltende ut på gangen. En av de nærmeste dagene skal jeg stikke innom og bestille meg en time for den forbaskede stortåa.

Godt jeg fikk betalt for meg i alle fall.

Lurer forresten på hvor jeg skal få tak i det personnummeret?

## «Kjøreregler for konsultasjon m/data-journal»

1. Start alltid med hendene i fanget og hold dem der til du har fått hele sykehistorien.
2. Husk, konsultasjonen er dine øynes møte med pasientens, dine hendes berøring og dine tankers nærhet.
3. «Bruk hue» og memorer hva pasienten sier slik at du kan notere det viktigste etter at undersøkelsen er ferdig.
4. Del konsultasjonen i to og ta resepter, attester, lab.rekv. i den siste, «tekniske delen».
5. «Gjem deg» aldri bak maskinen og bruk sjelden pasientens tid til å fortelle om alle dets vidunderlige egenskaper. Den er bare et verktøy.



Bare en gang  
om dagen?!

Ja!

**Nyhet!**

Astmapasienter som bruker vedlikeholdsbehandling  
med Pulmicort® Turbuhaler® 200 eller 400 µg/døgn  
kan nå ta hele dosen en gang om dagen.



Budesonid  
**Pulmicort®**  
⊗ Turbuhaler®

Det potente lokalsteroidet  
hvor styrken ligger i sikkerheten <sup>1,2</sup>



# Større fleksibilitet i astmabehandlingen

## Pulmicort® Turbuhaler® behandler inflammasjonen



100 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

200 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

400 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

## Bricanyl® Turbuhaler® behandler symptomene



0,50 mg/dose,  
200 doser  
rent terbutalin.

0,25 mg/dose,  
200 doser  
rent terbutalin.

### PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

#### Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02  
**INHALASJONSPULVER:** 100µg/dose, 200µg/dose og 400µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid. 100µg resp. 200µg et 400µg. **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **KONTRAINDIKASJONER:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinit, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvungende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **DOSERING:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisonol (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munestykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytt ut etter hver dosering. **PAKNINGER OG PRISER:** 100µg/dose: 200 doser kr. 336,60. 200µg/dose: 200 doser kr. 553,00. 400µg/dose: 50 doser kr. 312,50, 200 doser kr. 942,90. T: 2, 30

### BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

#### Adrenergikum

ATC-nr.: R03A C03  
**INHALASJONSPULVER 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler:** Hver dose inneh.: Terbutalin. sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **INDIKASJONER:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstruksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliær transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **KONTRAINDIKASJONER:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **BIVIRKNINGER:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibler i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV<sub>1</sub> umiddelbart etter doseinntak. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertyreoidisme. Diabets-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta<sub>2</sub>-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofiisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonsterapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårlig eller gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaanfall ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **GRAVIDITET/AMMING:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **INTERAKSJONER:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta<sub>2</sub>-stimulatorer. **DOSERING:** Individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonspulver:** 0,25 mg/dose: **Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks 24 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks 16 doser pr. døgn. **0,50 mg/dose: Voksne og barn over 12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks 8 doser pr. døgn. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Mulige symptomer. Hodepine, uro, tremor, toniske muskeltremor, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykkfall. Hyperflykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** Lette til moderate tilfeller: Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmodytisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerterefreksjonsrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å induere bronkial obstruksjon. Dersom den beta<sub>2</sub>-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkfall, bør et volumøkende medikament gis. (F:65d symptomomimetika). **ANDRE OPPLYSNINGER:** Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene når pasienten inhalerer. Det er derfor viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munestykket. Når produktet foreskrives til små barn, er det viktig å forsikre seg om at de er i stand til å følge disse instruksjonene. Pasienten trenger verken å føle eller smake noe av pulveret ved inhalasjonen p.g.a. den lille mengde virkestoff som avgis. **PAKNINGER OG PRISER:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr 131,00, 0,5 mg: 200 doser kr 194,10. T: 2, 30

#### Referanser:

- Johansson S.-Å., Andersson K.-E., Brattsand R., Gruvstad E., Hedner P. Topical and Systemic Glucocorticoid Potencies of Budesonide and Beclomethasone Dipropionate in Man. Eur J Clin Pharmacol, 1982;22:523-9.
- Løfdahl C.G., Mellstrand T., Svedmyr N. Glucocorticoids and asthma. Studies of resistance and systemic effects of glucocorticoids. Eur J Respir Dis 1984;65 (Suppl 136):69-79.

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skårer  
Telefon 67 90 15 90. Telefax 67 90 08 78