

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1993

ÅRGANG 22



Jul allikevel?

Nr. 7, 1993

- 287** *Helge Worren*
Leder: Jul allikevel?
- 288** *Åge Wifstad*
De vellykkedes hevn.
- 292** *Utpostens EDB-spalte: John Leer*
Elektronisk post
- 294** *Elsa Risjord*
Behandling av enurese – PP-tjenesten og helsestasjonen går nye veier
- 298** *Aasmund Storebo*
**Enuresis nocturna:
Eit praktisk behandlingsopplegg med alarmmatte**
- 301** *Helge Worren*
**Nidaros, Nidaris;
Subjektive tanker fra Nidaroskongressen**
- 303** **Presentasjon av nyvalgte ledere i OLL,
NSAM og Aplf**
- 304** *Christian F. Borchgrevink*
Tale ved NSAMs jubileumsmiddag
- 306** *Vidar Bjørn*
Hva vil vi med legevakta?
- 308** *Sigbjørn og Sonja Fossum*
Årets Nobelpris i medisin gitt for splittede gener
- 311** *Petter Øgar*
Kurs om myofascielle smertesyndromer og triggerpunktbehandling
- 312** **ESSAYKONKURRANSENS 2. PRISVINNER
Sølvtråd i min vev**
- 316** *Tom Sørensen, Sidsel Gilbert og Knut W. Sørgaard*
Våre tyngende hverdager
- 320** *Ragnhild Strand*
**Hvordan overleve i primærhelsetjenesten?
Betraktninger rundt Nord-Norge-kurset 1993**
- 321** *Satya P. Sharma*
Akupunktur
- 329** *Harald Bjørnstad*
Tanker om samfunnsmedisinsk uke

Forsidefoto: Kari Svarttjernet

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.

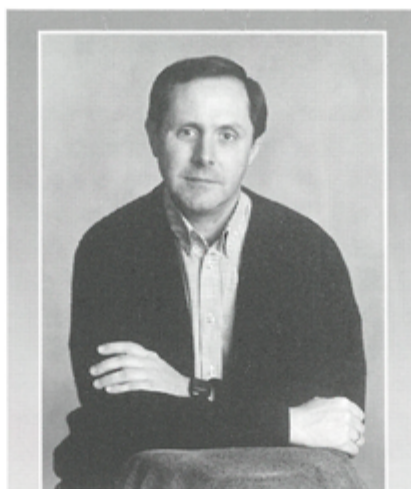
Abonnement:

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

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Jul allikevel?



Helge Worren, redaktør i Utposten.

«Deilig er jorden» er en salme uløselig knyttet til julen. Likeledes «Glade jul» med sin «Fred på jord, fryd på jord» tonende utover supermarkeder og i de mange hjem. Noe bedre billedsymbol på FRED enn et vakkert, snøtungt norsk vinterlandskap skal du lete lenge etter.

Den daglige DAGSREVY er bare en av mange kilder som minner oss om en jord som er langt fra deilig, fredfylt og full av glede. Årets prisvinner av OLLs samfunnsmedisinske prisoppgave Per Fugelli, har sågar kalt sin prisoppgave «Pasienten Jorden» – en pasient som trenger snarlig behandling og omsorg.

Julen er også full av kontraster på det nære plan – mellom de som har og de som ikke har, mellom de som er innenfor og de som på ulike

vis faller utenfor. For noen kan julen fortone seg som en eksamen i familiemedisin. Det kan være vanskelig å feire jul med en bevissthet om slike sterke kontraster. På den ene siden: fred, overflod, velvære og glede. På den annen side: krig, mangel på det meste, smerte og sorg.

Likevel «vi behøver så inderlig godt julen», slik Karsten Isachsen engang sa i en julepreken, selv om noen vil synge «...midt inne i jula finnes det ingenting, bare rundtomkring, bare rundtomkring». Johannesevangeliets julebudskap om «Ordet (som) ble kjød og tok bolig ibant oss» er kanskje fjern historie for noen, men for mange en nærværende realitet som gir innhold til julen. Uansett er de fleste av oss fylt med glede, forventning og omsorgsvilje når julen nærmer seg, selv om mange sliter mer enn godt er og mer eller mindre skjult («Nobody knows the trouble I've seen...») i det vi fortsatt kan kalle velferds-Norge.

Helsetjenesten, av noen harsellerende kalt vår tids kirke og presteskap, med sykehusene og helsesentrene som katedralene og kapellene, møter også denne kontrastfylte virkelighet. I en hverdag preget av jag og ventelister, mas overfor befolkningen om å «gjøre det rette» for å leve lengst og «helsegunstigst» med lavt kolesterol, og hvor trygdens etterhvert kalde hånd er i ferd med å bli en av landets

tøffeste domstoler for syke mennesker, møter julen helsetjenesten med påminnelser om behovet for solidaritet, omsorg, lindring, trøst, nærhet, nettverk og empati. En helse uten glede og trivsel blir en meningsløshet.

Ikke minst møter primærhelsetjenesten julens kontraster gjennom sine mange kontakter med enkeltmennesker og i sitt arbeid i nærmiljøet. I mange tilfeller dreier det seg om å hjelpe mennesker og miljøer å overleve. Våre egne idealer (KOPF) om en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende helsetjeneste blir satt på prøve. Norsk primærhelsetjeneste består av mange samvittighetsfulle utøvere, som gjør sitt aller beste for å ta julens påminnelser og utfordringer på alvor. Skal allikevel julefeiring gi mening, må julens ånd få prege mer av vår vanlige hverdag, samtidig som juletiden ikke er blind for de barske realiteter mange mennesker opplever like under julepynten.

MER JUL INN I HVERDAGEN, MER HVERDAG INN I JULEN!

Utpostens lesere ønskes en riktig god og meningsfylt jul!

Helge Worren

De vellykkedes hevn

Etikk i trygdeinnstrammingstid

Tekst: Åge Wifstad

Åge Wifstad er født 1956. Magistergrad i filosofi 1982 på en avhandling om Immanuel Kants estetikk. 1983–88: miljøterapeut/prosjektleder Åsgård sykehus; 1989–93: universitetsstipendiat, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Har blant annet skrevet om psykiatrisk rehabilitering og medisinsk filosofi.

En lege fortalte følgende:

«Jeg ble stoppet på gaten av en av mine pasienter. Hun skulle gjerne ha vært hos legen for å snakke om forhold som for henne er vanskelige og følsomme. Hun sier hun ikke tør komme, fordi alt hun sier blir notert og etter de nye reglene sendt trygdekontoret dersom sykmeldingene blir for hyppige eller for langvarige. Hun vet også at hennes arbeidsgiver nå kan trekkes sterkere inn i bildet i så fall.

Frykten for at hennes naboer på trygdekontoret og at hennes kolleger på arbeidet skal informeres om hennes problemer blir for vanskelig for henne. Jeg opplever i slike situasjoner at jeg ofte forsøker å bearbeide denne frykten, og hele konsultasjonen får ofte et uvirkelig preg. Vi diskuterer konstruerte problem og ikke pasientens eksistensielle angst, skyld og usikkerhet.»

«En mann er midt i femtiårene. Han har liten skolegang; begynte 15 år gammel som sjømann. Han har gått gradene og har i mange år vært maskinsjef i innenriksfart. Arbeidet medfører lange vakter, mye larm, mye risting og slag. Vedlikehold og reparasjoner må gjøres på akkord og ofte under vanskelige forhold.

For to år siden ble han syk med skiveutglidning i ryggen. Nå er han omsider operert. Operasjonen var teknisk sett vellykket. Ved kontroll går avdelingsoverlegen gjennom pasientens journal og operasjonsbeskrivelsen. Han er meget fornøyd med denne og friskmelder pasienten. Han tar ikke hensyn til at pasienten har fått en kronisk nerveskade – sannsynligvis fordi han måtte vente så lenge på behandling.

Pasienten vet at arbeidsgiveren trenger maskinsjefer til nye hurtigbåter. Dette er båter med mye data-teknologi og noe helt annet enn de dampmaskinene pasienten i sin tid ble opplært på. Han tror ikke han vil klare en slik jobb.

Ved neste konsultasjon har pasienten økende plager, mer smerter, kvalme, hodepine, vekttap, søvnvan-sker, og han viser symptomer på depresjon. Han søker uførepensjon.

Trygdekontoret er lykkelige over neurokirurgens friskmelding. Pasienten svarer med økende symptomer.

Hva er god behandling i dette tilfellet?

Hva er de etiske konsekvensene av å neglisjere helheten i dette tilfellet?»

En måte å forstå disse historiene på er at et lidende menneske er blitt brakt til taushet som følge av innstrammingen av uførhetskriteriene. En annen innfallsvinkel er å si at historiene viser at innstrammingene har hatt en gunstig

effekt: «Eksistensiell angst, skyld og usikkerhet» eller problemer med å skaffe egnet arbeid, er det tross alt ikke helsevesenets oppgave å ta seg av.

Hvilken forståelse er den riktige? Noe enkelt svar på det finnes ikke. Tvert imot konfronterer disse historiene oss med et etisk grunnproblem i dagens norske hel-sevirkelighet: Hvor går grensene for helsevesenets oppgaver? Og i mange tilfeller kan vi formulere problemet slik: Hvor «diffuse» skal lidelser få lov til å være? Et spørsmål som særlig er på sin plass i forhold til den andre historien, der det ikke bare er «livsproblemer» i en litt vag forstand som skvises, men pasientens medisinske tilstand som usynliggjøres.

Det er neppe mulig på det teoretiske plan å avklare dette grunnproblemet. Den enkelte kliniker gir hver dag, bevisst eller ubevisst, i praksis sine svar i møtet med pasientene. Og i en viktig forstand må det alltid være på dette konkrete handlingsnivået en eventuell avklaring foretas. Om direktivene for hva som er «riktig» å gjøre er aldri så klare – en skjønnsmessig vurdering av det enkelte tilfelle kommer man aldri utenom.

Allikevel, noe av mer prinsipiell karakter må det være mulig å si. Og det som umiddelbart springer en i øynene er at historiene ovenfor illustrerer motsetningen mellom to tenkemåter som begge er ektefødte barn av kritikken mot teknologiseringen av moderne medisin. På den ene siden har vi frustrasjonen over den snevre sykdomsorienterte medisin, som har fått mange til å etterlyse et mer helhetlig medisinsk paradigme. På den annen side medikaliseringsfeno-

menet. Kanskje er mye av behovet for en mer helhetlig medisin egentlig uttrykk for at helsevesenets ekspansjon er med på å ødelegge folks evne til å mestre egne problemer?

Helhetsforståelse

Uffe Juul Jensen hevder at det moderne helsevesen – eller «det kliniske kollektiv», som han sier – preges av en *metodologisk krise* (1): De problemløsningsmetoder som ble utviklet i pakt med vitenskapsliggjøringen av medisinen, er ikke adekvate lenger. Det er ikke nok å spørre «hva slags behandling trenger pasienten?», ut fra en forestilling om at en presis viten om hvilken sykdom pasienten har, utvetydig anviser hvilken spesifikk behandling som skal gis. Denne sykdomsorienterte praksis må i vår tid i stor grad kompletteres med det Juul Jensen kaller *situasjonsorientert* praksis. Her er ikke hovedspørsmålet hva slags behandling pasienten trenger, men: «*trenger pasienten behandling?*». Den situasjonsorienterte praksis krever at man har en evne til å gripe *helheten* i det hjelpesøkende menneskets situasjon.

Selv om legen alltid har måttet basere seg på skjønn, treffer Juul Jensens modell opplagt noe viktig: nettopp framskrittene innen den sykdomsorienterte medisinske praksis har tydeliggjort teknologiens grenser. I kjølvannet av teknologiens triumfer blir det bare så altfor klart at mange problemer kan det ikke finnes teknologiske løsninger på. Derfor må man i helsevesenet innse at det bare er helhetlige løsningsstrategier som fører fram.

WHO's utskjulte helsedefinisjon, der det ikke bare er fravær av sykdom det er snakk om, men «fullstendig legemlig, mentalt og sosialt velvære», er på denne bakgrunn kanskje ikke så dum likevel. Selv om «fullstendig» er et nokså uheldig ordvalg, kan en i tråd med resonnementet ovenfor si at WHO nettopp ved å utvide helsebegrepet

til å omfatte mer enn bare sykdom har tatt på alvor at den sykdomsorienterte medisins gyldighetsområde er begrenset, samtidig som det har mening å si at de lidelser helsearbeideren da konfronteres med nettopp er *helsevesenets* problemer også.

La meg utdype dette med et eksempel: Knut Erik Tranøy har nylig argumentert for at «sykdomskontroll er den første og grunnleggende form for helsefremmende arbeid» (2). Selv om han anerkjenner at WHO's helsedefinisjon på visse premisser er legitim, hevder han at det for «en offentlig helsetjeneste av nordisk type» må være sykdomskontrollen som er det primære. Hvis man ikke holder fast på dette, står helsetjenesten i fare for å «miste sin virkelighetskontakt og funksjonsdyktighet». Tranøy peker her utvilsomt på et viktig forhold. Men problemet er jo at det i praksis er vanskelig å angi *hva* det å drive sykdomskontroll egentlig er. Dette får vi allerede et hint om ved måten han definerer begrepet sykdomskontroll på. Han sier at sykdomskontroll er «diagnostiske, prognostiske, kurative, palliative, rehabiliterende og forebyggende medisinske tiltak». Både ved rehabiliterende og forebyggende tiltak rettes imidlertid fokus mot noe *annet* enn sykdom.

Ta psykiatrisk rehabilitering som eksempel: Rehabiliteringsarbeidet i forhold til kronisk schizofrene kan sies å være «sykdomskontroll» i den forstand at det gjelder å bokstavelig talt holde sykdommen under kontroll, slik at det er mulig for klienten å fungere i egen bolig for eksempel. Men begrepet sykdomskontroll er allikevel her omtrent det minst treffende man kan bruke om den realitet ettervernsarbeideren står oppe i. For praktisk rehabilitering dreier seg om å hjelpe klienten til å mestre de krav dagliglivet stiller. Det nytter ikke bare å kontrollere medikasjonen. Man må nettopp *aktivt* forholde seg til og stimulere

den *ikke-syke* del av klientens tilværelse, nemlig de evner den enkelte har, omgivelsenes ressurser, det sosiale nettverket etc. Og her er man fra første øyeblikk forpliktet på å skulle fremme helse i WHO's forstand, der helse nettopp er noe *mer* enn fravær av sykdom (3).

I enkelte tilfeller, for eksempel utstrakt bruk av plastisk kirurgi for å rette opp «skjønnhetsfeil», er kriteriet om sykdomskontroll hensiktsmessig for å avgrense hva som er helsevesenets oppgaver. Men for eksempel i allmennpraktikerens hverdag, er det de «diffuse» plagene som er problemet, der det nettopp er spørsmålet om hvor grensen går mellom sykdom og andre livsproblemer som i praksis er vanskelig å avklare (4). Tranøys forslag til kriterium er derfor problematisk og neppe et avklarende alternativ til den idé om helhetsforståelse som ligger innbakt i WHO's helsedefinisjon.

Medikalisering

Med dette er vi kommet over i medikaliseringsdebatten. Reidun Førde spør: «Kva har vi gjort med befolkninga i opplysningskampanjen mot meningitt, når svært mange foreldre nå blir redde kvar gong ungen får vondt i halsen og lett feber? Er løysinga på problemet å gjere undersøking på C-reaktivt protein lett tilgjengeleg slik at alle kan bli sjekka for sikkerheits skuld? Er det ei løysing å stå fram og opplyse folk om at sjukdom og feber er del av ein normal barndom? Fører symptom og sviktfokuseringa til mindre sjukdom? Eller blir folk meir redde og opptekne av sjukdom når vi i beste meining informerer om risiko og helse?» (5).

Dette er en treffende beskrivelse fra primærhelsenivå av det mer globale medikaliseringsfenomenet, som jo særlig Illich i sin tid var med å sette på dagsorden (6). Barskys tankevekkende artikkel om helsens paradoks (7) blir ofte sitert i denne sammenheng. Kort fortalt

argumenterer Barsky for at mens amerikanernes helse i en objektiv medisinsk forstand har bedret seg utover i vårt århundre, har deres subjektivt opplevde helse heller forverret seg. Terskelen for hva som skal til for å oppleve en plage som et *helseproblem* synes å ha blitt lavere. Selv om forholdene i USA er litt spesielle, er det neppe for dristig å anta at Barsky her har fanget opp en mer allmenn tendens.: Vi tåler mindre enn før, sannsynligvis blant annet fordi den teknologiske utvikling innen medisinen har skapt nye (og kanskje ofte helt urealistiske) forventninger om hva det finnes medisinske løsninger på. Ja, ting kan tyde på at helse i dag har blitt den viktigste livsverdi, at helse rett og slett har blitt en slags religionserstatning (8). Jacob Jervell treffer spikeren på hodet, når han sier at : «(...) da troen forsvant, ble presset på det ene og eneste liv mennesker av i dag har, adskillig større enn før, (...) Det er ikke så enkelt å gjeninnføre det evige liv i helsevesenet, selv om det ville skaffe oss færre syke. I alle fall færre innbilte syke, som blir syke fordi de må være friske» (9).

Skal en ta medikaliseringproblematikken alvorlig, og det er det all grunn til, synes innstrammingen av uførhetskriteriene å være på sin plass. Ett sted må man begynne. De mer objektive medisinske forhold må vektlegges på bekostning av de psykososiale (10). Innstrammingen er i dette perspektivet et nyttig signal, ikke minst til helsearbeiderne selv, om at det går en grense for hvilke lidelser som med rette bør defineres som helseproblemer.

Hvem skal betale?

Men tilbake til de to historiene fra allmennpraktikerens hverdag. Vi har sett at det kan argumenteres godt for begge de to skisserte måtene å forstå disse historiene på.

Ut fra en erkjennelse av at den sykdomsorienterte praksis ikke passer til den primærmedisinske

realitet, synes innstrammingene å være uheldige. Men i et medikaliseringsspektiv, kan en anfekteselve denne realitetsforståelsen og si at det nettopp i en vektlegging av situasjonsorientert medisin på bekostning av en sykdomsorientert, ligger sterke føringer henimot å gjøre folk mindre i stand til å mestre livssmerten i tilværelsen.

Vi synes altså argumentasjonsmessig å ha havnet i en slags utveisløshet. Imidlertid beveger både resonnementet omkring nødvendigheten av en mer helhetlig medisinsk forståelse og påvisningen av helsevesenets medikaliseringseffekter seg på et makronivå. Vi har å gjøre med analyser av dominerende utviklingstrekk innen moderne medisin. Men skal vi foreta en etisk vurdering, må vi på en eller annen måte også ta i betraktning at det er *enkeltskjebner* det her er tale om. Og da kan vi spørre: hvorfor er det akkurat de som er på grensen av uføretrygden som skal betale prisen?

Nå er sannsynligvis de reelle politiske begrunnelser for å stramme inn uførhetskriteriene ganske enkelt et ønske om å spare penger.^{*)} Vidløftige overveielser omkring medikaliseringfenomenet har hatt mindre betydning. Men fra et medisinsk-filosofisk synspunkt, er det, etter mitt skjønn, medikaliseringsspektivet som er det interessante alternativet for argumentativt å underbygge innstrammingene. Og da er det langt fra opplagt at det er uførhetskriteriene som først skal under lupen.

Hva med idrettsmedisinen, IVF-teknologien, hjertekirurgien, ressursbruken i private klinikker, kravene om stadig mer perfekt akuttmedisinsk (helikopter)beredskap eller for den saks skyld folkeaksjonene for den mest avanserte

^{*)} Interessant nok var det bare Finansdepartementets representant i «Uførepen-sjonsutvalget» som foreslo en gjeninnføring av et vilkår om «objektivt registrerbare symptomer» for innvilgelse av uførepen-sjon (11).

teknologi «også på vårt sykehus»? Hvorfor rettes ikke søkelyset i sterkere grad mot disse tingene?

Noe av poenget er selvfølgelig at uførhetskriteriene kan man med et enkelt håndgrep gjøre noe med. En annen måte å si det på er at pasienter med «diffuse» plager står lagelig til for hogg, sammenlignet med det å for eksempel stille spørsmålsteget ved ressursbruken innen hjertemedisinen. Og hvis vi følger denne tankegangen litt lenger: Er det tilfeldig at de vellykkedes helseproblemer skjermes, mens det avkreves mer håndfaste bevis på at muskel/skjelett-plagene er reelle? Tør vi stille spørsmålet: hva brukes *egentlig* ressursene til innen norsk helsevesen?

Etter Lønning-utvalgets innstilling, har prioriteringsbegrepet kommet på alles lepper. Utvalget foreslår, som kjent, at vi tenker ut fra fem prioriteringsnivåer, der sykdommens alvorlighetsgrad er et helt sentralt kriterium. Første prioritet gis til «tiltak som er nødvendige i den forstand at det har umiddelbart livstruende konsekvenser (...) dersom de ikke iverksettes øyeblikkelig» og null prioritet gis til «helsetjenester som er etterspurte, men som verken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi» (12, s.95ff). I siste kategori antyder utvalget at for eksempel deler av bedriftshelse-tjenesten, visse typer høyteknologimedisin og spesialtilbud til konkurranseidrettsutøvere hører hjemme.

Detaljene i dette er ikke så viktige. Et viktig budskap i Lønning-utvalgets innstilling er imidlertid at prioriteringsbeslutninger må ha et grunnlag i en etisk gjennomtenkt modell for avveining av ulike hensyn. Og utvalget antyder hvordan en slik modell kan se ut, samtidig som visse konsekvenser skisseres, blant annet at psykiatrien bør gis høyere prioritet enn hva praksis hittil har vært.

Jeg har ikke klart for meg nøyaktig hvilke etisk relevante sammenhenger det er mellom inn-

stramningen av uførhetskriteriene og prioriteringsproblematikken. Men det er tankevekkende at når det først kommer konkrete forslag med ressursprioriterende effekt, skjer det i form av tiltak som i praksis er rettet mot dem som allerede ligger nede. Samtidig er det få som tør å røre ved den varme potet Lønning-utvalget etterlot seg.

Ansvar for de svake

Lønning-utvalgets innstilling kan leses som en konkretisering av et etisk prinsipp om «ansvar for de svake». Det er flere måter å innholdsbestemme dette prinsippet på. Den viktigste drøfting fra de seinere år er Harald Ofstads etterhvert klassiske analyse av nazismen, der «forakten for svakhet» særlig trekkes fram som karakteristisk for det nazistiske menneskesyn (13). Sagt på en annen måte: når vi tenker over hva det er ved nazismen som virker så avskyelig, så er det nettopp dette at det er en ideologi som synes blottet for følelsen av ansvar for dem som faller utenfor, for avvikerne, for de svake. Nazismen utfordrer oss på et helt fundamentalt plan. Den går til kamp mot et grunnleggende etisk forbilde i vår kultur, et forbilde vi tidlig innforlives i, blant annet gjennom bibelhistoriens beretning om den barmhjertige samaritan.

Uffe Juul Jensen bygger en hel etikk rundt dette prinsippet om ansvar for de svake (14). Det som synes å være et argument mot det, nemlig at det er noe alle snakker nokså uforpliktende om, snur Juul Jensen til et argument for prinsippets grunnleggende betydning. At nær sagt alle politikere, for eksempel, snakker høystemt om å vise «ansvar for svake grupper» i valgkamptider, viser oss, mener Juul Jensen, hvor fundamentalt prinsippet er. Det er nettopp slik at ingen ville finne på å distansere seg fra det.

Her må det riktignok presiseres at Juul Jensen oppfatter «ansvar for de svake» som et prinsipp i betyd-

ningen «forbilledlig handlingsmønster». Det er altså ikke tale om et teoretisk prinsipp, men om en måte å forholde seg på i praksis, et handlingsmønster vi tidlig lærer å etterligne. Hvis vi går på gaten og blir vitne til at en mann brutalt slår et lite barn, vil det ikke falle oss inn å lete etter teoretisk overbevisende grunner for å hevde at han handler uetisk. Vi reagerer *instinktivt*. Og det instinktive henter sin næring fra vår fortrolighet med den måte å forholde seg til verden på som blant annet historien om den barmhjertige samaritan fastholder for oss. Men vår instinktive reaksjon uttrykker allikevel ikke noe «naturlig». Det er ikke et naturgitt faktum at vi reagerer med avsky på en slik handling. Nazismen viser tydeligere enn alt annet at fortroligheten med prinsippet om ansvar for de svake kan gå tapt.

Denne mer moralfilosofiske problematikk om hvordan etiske vurderinger kan grunngis, skal jeg ikke gå nærmere inn på her. Det interessante med Juul Jensens analyse er imidlertid at han trekker fram noe vi alle snakker om (dog uten kanskje å legge så mye i det), for så å utfordre oss til å tenke gjennom hva det å handle kollektivt i tråd med dette prinsippet kan innebære. Når det kommer til stykket, er det bare som *solidaritet* prinsippet om ansvar for de svake kan ha konkret mening, ifølge Juul Jensen. Og enkelt formulert så dreier solidaritet seg om å ikke la noen i stikken.

Spørsmålet det passer å avslutte med er derfor: Er innstramningen av uførhetskriteriene ett av flere foruroligende tegn på at solidariteten i vårt samfunn etterhvert har fått dårligere kår?

Takk til Ivar Aaraas for nyttige korreksjoner underveis.

Åge Wifstad
Universitetet i Tromsø

LITTERATUR

1. U. Juul Jensen, *Sygdomsbegreber i praksis*, København 1986: Munksgaard.
2. K. E. Tranøy, «Etikk som bevaringsverdig tradisjon», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1993;113:2846-9.
3. P. Barham og R. Hayward, *From the Mental Patient to the Person*, London 1991: Tavistock/Routledge
4. B. Dæhli, T. Bjerkedal, «Legens praktisering av lovens medisinske vilkår for rett til uførepensjon», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1991;111:1144-6.
5. R. Førde, «Sjukdomsogrepet – fallgrop og utfordring», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1993;113:2163-6.
6. I. Illich, *Medisinsk nemesis*, Oslo 1975: Gyldendal.
7. A. J. Barsky, «The Paradox of Health», *N Engl J Med*, 1988;138:414-418.
8. O. H. Førde, «Helse – eit livsmål eller ein verdi?», *Utposten*, 1988; 17(7):322-325.
9. J. Jervell, «Mer enn helse», *VitaMin* nr.2, 1991.
10. B. Grünfeld, «Uførepensjoneringens problematiske situasjon – en meningsytring», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1991;111:1151-2.
11. Norges offentlige utredninger. *Uførepensjon*. NOU 1990:17. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1990.
12. Norges offentlige utredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, NOU 1987:23. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1987.
13. H. Ofstad, *Vår forakt for svakhet*, Oslo 1971: Pax.
14. U. Juul Jensen, *Moralsk ansvar og menneskesyn*, København 1984: Munksgaard



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 cc:Mail 56 14 29 96 – E-post: G=john S=leer P=ccmail
A=telex C=no

Elektronisk post

Elektronisk post er en kommunikasjonsform i rask utvikling. Mange primærleger rundt om i landet bruker allerede en form for elektronisk postforbindelse med sitt sentrallaboratorium og henter daglig laboratoriesvar ved hjelp av PC og telefonnettet direkte inn i pasientjournalene.

Et elektronisk postsystem kan benyttes til å sende og motta meldinger, brev, bildefiler og lydfiler. Vi kaller dette asynkron kommunikasjon – det vil si at mottaker leser meldingen og svarer når det passer. Dette har flere fordeler – ikke minst for å slippe unødvendige avbrudd i konsultasjoner og få ønsket struktur på arbeidsdagen.

Jeg har selv brukt e-postsystemet cc:Mail fra Lotus i 2–3 år. På legesenteret vårt bruker vi det samme systemet til interne meldinger og beskjeder som til eksternt kommunikasjon. Antall brukere i helsevesenet har hittil vært ganske lite, men jeg antar at mange nye vil komme i løpet av 1994. Den siste måneden har vi knyttet oss til X400-knutepunktet, og det utvider kontaktmuligheten enormt. X400 er den vedtatte internasjonale standard for elektronisk post. I Norge er det TelePosten som administrerer systemet. Man tegner abonnement enten som enkeltbruker eller som en gruppe, hvis alle på kontoret vil ha tilgang til tjenestene. På vårt kontor prøver vi ut denne tjenesten på den måten at vi bruker vårt kjente og

Av John Leer

funksjonelle cc:Mail som via vår «gateway» holder kontakten med X400-gatewayen «Telex» og derfra sender og mottar meldinger fra enkeltbrukere i X400 eller brukere i f.eks. universitetets e-postnett «uninett» og andre nett i Skandinavia, Europa og verden forøvrig via Internett eller andre nett.

Alle meldinger skrives og sendes i kjent format. Det er vedtatte standarder for adressering i disse nettene. Umiddelbart kan adresseringen virke atypisk, men etter litt prøving går det greit. Adressene er logisk oppbygget. De adressene som brukes ofte, legges inn i egen katalog og hentes fram med et enkelt tastetrykk. Min adresse i telex er: G=john S=leer P=ccmail A=telex C=no. I cc:Mail skrives dette /G=john/S=leer/P=telex/C=n. Hvis jeg var i uninett ville adressen min se slik ut:

JOHN.LEER@CCMAIL.TELEX.NO.

Hvis jeg vil sende en melding til en mottaker som ikke er i noe e-postsystem, men som har en telex, kan jeg adressere meg til vedkommende på denne måten:
/DT=number/DV=94756144042/
DT=attn/DV=John Leer/P=fax/
A=telex/C=no.

Beskjeden fra meg går ut på samme måte som alle de andre meldingene fra PC'en jeg arbeider på i vårt lokale nett, via vår gateway til telex som tar tak i meldingen og sender den til fax-mottakeren med et vanlig fax-utseende. Jeg kan også be om at kontorets logo brukes som heading på faxen. På lignende måte kan jeg også sende meldinger til personsøkere med tekstskjerm. Jeg kan også be om å få kvittering for at meldingen er mottatt.

Vi arbeider nå med å få i gang et prosjekt med sending av henvisningsbrev til en poliklinikk og mottak av epikriser via elektronisk post. Dette kan være begynnelsen til en skikkelig og kontinuerlig oppdatering av informasjon og

undersøkelser vedrørende enkelt-pasienter, forhindre dobbeltarbeid og slippe frustrasjoner over epikrisene som kommer en måned for sent. Opplegget vil bli formet over samme lest som laboratoriesvartjenesten, men kontakten må utvides til å gå begge veier. Med rasjonelle rutiner vil henvisningsbrevet kunne være første avsnitt i den ferdige epikrisen som poliklinikklegen gjør ferdig mens pasienten er på vei ut døra. Henvisende lege kan ha svaret tilbake hos seg før pasienten har satt seg i bilen på vei hjem. Det samme meldingssytemet vil også bli til stor nytte når jeg vil spørre fagspesialisten om et råd. Det går fort å taste ned et

spørsmål og sende det avgårde og så lese svaret senere. Derved unngår jeg ventetider i telefonen mens sykehussekretæren er på jakt etter den som skal svare på spørsmålet ditt. Kommunikasjonen blir asynkron og jeg får ro og oversikt. Med denne rivende elektroniske utviklingen vi ser er det fantastiske framtidsmuligheter med hensyn til bruk av tale, bilde og video i det samme systemet.

Som prikken over i-en har jeg en «remote-pakke» som gjør meg istand til å ringe nettet på arbeidsplassen hjemmefra eller på reise. På den måten kan jeg gi, lese og besvare meldinger og beskjeder.

For de som synes dette virker

interessant vil jeg foreslå at de ser nærmere på tjenesten og kanskje tegner prøveabonnement. Det selges en type programvare som heter Mailmax.400 som gir direkte X400-kontakt for enkeltbrukere. Den vil fungere omtrent som min remotepakke. For legegrupper med eget nettverk vil det opplegget jeg har skissert fra mitt kontor gi den beste funksjonaliteten. Prisen for enkleste programløsning er ca. 1.500 kroner. I tillegg kommer tilknytningsavgift på 500 kroner og månedlig abonnementspris på ca. 100 kroner.

Kom gjerne med spørsmål eller diskusjonsinnlegg direkte til meg og til spalten.

Betnovat[®] 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

Behandling av enurese – PP-tjenesten og helsestasjonen går nye veier

Tekst: Elsa Risjord



Elsa Risjord, 35 år, psykolog. Fra 88 ansatt ved Pedagogisk Psykologisk Distriktstjeneste (PPD) for Vesterålen og Lødingen. Gift, 2 barn, bor på Melbu i Hadsel Kommune. Spesielt opptatt av utviklingsavvik hos spedbarn og førskolebarn, og har ulike prosjekter gående i regionen.

PPD og helsestasjonen har utfyllende oppgaver i forhold til hverandre. Begge institusjoner er pålagt å samarbeide med andre etater slik at hjelp til det enkelte barn skal bli best mulig, og begge er pålagt å jobbe forebyggende.

På denne bakgrunn innledet helsesøster ved Melbu helsestasjon og undertegnede psykolog fra

PPD for en tid tilbake et samarbeid med tanke på behandling av enurese hos barn.

Vi skal her kort redegjøre for årsaker til enurese, og i hovedsak beskrive hvordan vi har utprøvd en behandlingsmodell basert på gruppebehandling og på samarbeid mellom helsestasjon og PP-tjenesten.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten kjenner barna

Vi var nokså sikre på at en del barn med enuresis aldri kom til behandling. Dette at foreldre ikke oppsøker hjelp for barnet sitt som tisser på seg om natta, visste vi forekom, blant annet ut fra helsesøsters intervju med alle 1. klassinger i skolehelsetjenesten.

Ved å være nøye med å spørre alle elevene om de har vansker med å holde seg tørre og ikke tisse på seg om natta, kan man få et bilde av hvor mange det er som sliter med dette, – og samtidig opplyse at det finns hjelp å få! Ingen bør avvises med at «det går nok over av seg selv». Det er viktig at behandling igangsettes straks vætingen representerer et problem for barnet eller familien.

Vedvarende ufrivillig blæretømming kan i en del tilfeller føre til barnemishandling (1), og det er derfor viktig å hjelpe familien før vætingen blir en for stor belastning. Om barnet er 5 eller 6 år spiller mindre rolle – det er uheldig å holde på en fast aldersgrense. Manglende blæretrening gjennom

mange år kan dessuten fastlåse avviket og vanskeliggjøre behandlingen. Dersom en vil jobbe forebyggende, er det altså ikke spørsmål om hvor tidlig enuresis kan behandles, men at det ikke skal gjøres for sent!

Årsaker til enuresis

På tross av forholdsvis stor forekomst av enuresis i barnepopulasjoner finnes det ingen entydige og tilfredsstillende svar på hvorfor enkelte barn tisser på seg om natta. Ved 7-års alder er det én av fem som tisser på seg om natta, ved 10-års alder ca. én av 14, ved 14-års alder er det bare én av 33 som fremdeles er enuretisk (2).

Dette kraftige fallet i raten ettersom barnet vokser seg eldre, er typisk for utviklingsmessige forstyrrelser. *Alle* babyer tisser på seg, fordi de ikke har oppnådd den biologiske kapasiteten det er å kontrollere sin blære, men ved modning blir kontroll mulig, og færre og færre barn tisser på seg. Spørsmålet blir da:

Hvorfor er det slik at noen barn oppnår kontroll ved 2-års alder, mens andre ikke gjør det før i tenårene?

På bakgrunn av de undersøkelsene en har, er det flere faktorer som kan være bidragende årsak til enuresis.

* En ser ofte enuresis hos enkelte familier og ut fra tvillingstudier

ser det ut til at en genetisk faktor kan være viktig i noen tilfeller.

- * Hos noen barn er enuresis assosiert med forsinket fysisk modning (f. eks. ved sen pubertet eller ved hjernebølgemønster typisk for yngre barn). Dette indikerer at det kan ha vært en forsinket utvikling i de biologiske hjernemekanismer som trengs for å oppnå blærekontroll.
- * Noen enuretikere kan ha det som er kalt funksjonelt liten blære.
- * Toalett-trening kan ha vært inadekvat, enten som mangel på å bry seg om, eller bruk av fysisk/psykisk straff.
- * Enuresis kan være et resultat av «stress» i omgivelsene. Det er svært vanlig at barn f.eks. bare tisser på seg hjemme og ikke når de overnatter hos slektninger. Ofte er dette bare en funksjon av barnets større motivasjon for å være tørr når det er borte, men enkelte ganger er det et direkte resultat av stress i foreldre – barn forholdet.
- * Enuresis kan være assosiert med fysiske abnormiteter i urinveiene. Ved urinveisinfeksjon er det viktig å behandle dette først.
- * Omtrent en fjerdedel av enuretiske barn har emosjonelle eller atferdsmessige vansker.

Her kan det være på sin plass å nevne at vi er av den oppfatning at de fleste enuretikere primært ser ut til å ha et «vekkeproblem», og at det ikke nødvendigvis må foreligge psykiske vansker hos barnet eller familien. Psykiske vansker kan like gjerne være en følgetilstand av det å tisse på seg om natta. Kanskje fordi de fleste psykologer og barnepsykiatere uttaler seg om årsaker til enuresis ut fra sin egen praksis, er det blitt skapt en oppfatning om at enuresis i svært mange tilfeller skyldes følelsesmessige forstyrrelser og/eller vanskelige miljøforhold. En har ofte glemt å ta i



betraktning at de barn en ser i en klinisk arbeidssituasjon, utgjør et høyst utvalgt materiale. Det finnes en rekke undersøkelser som klart synes å vise at for de fleste enuretiske barn finnes det ikke noen slik sammenheng (2, 3, 4).

På denne bakgrunn har vi derfor valgt å være forsiktige med å «psykologisere» for mye rundt enuresisproblematikken overfor familiene. Det at foreldrene og barna får høre at nattvæting stort sett kan betraktes som et vekkeproblem, har virket både avskrekende og svært motiverende.

Gruppedmodell

Vi ønsket å prøve gruppebehandling av enuresis. Brukt på enureseproblematikk mente vi dette ville tjene følgende mål:

1. Barna ville få opplevelsen av at «det er flere enn meg som tisser på seg».
2. Foreldrene får dele opplevelsen med andre foreldre med samme problem.
3. Vi ville rekke flere på en gang, altså økonomisering av tid og ressurser.

Går en til litteraturen for å skaffe seg kunnskap om behandlingsmetode for enuresis, finner en at det

er tre behandlingsformer som dominerer:

1. Medikamentell
2. Psykoterapi
3. Alarm-mattebehandling

Felles for disse tre typer behandling er at alle er utført på individuell basis. Vi kan ikke finne at det tidligere har vært anvendt *gruppedmodell* på barn med enuresis. Av den grunn har vi vært nødt til å lage et opplegg selv, og har benyttet oss av kunnskap om gruppepsykologi generelt, samt spesiell viten om enuresis.

Det er lite eller ingen evidens for at bare rådgivning eller psykoterapi vil kunne kurere enuresis (3, 5). Effekten av medikamentell behandling for enuresis gjenstår også å finne (6). Bruk av nesenspray gir forholdsvis god effekt mens den taes, men når barnet slutter med den er det tilbake til «vårflom» igjen. Noen barn har dessuten rapportert at de har fått vondt i magen av sprayen. Vi valgte derfor behandling med alarmapparat, da det både ut fra litteraturen (7) og ut fra egen erfaring, er den metode som har vist seg å ha best resultat.

Rekruttering

Lokalavisen og nærradioen ble brukt som informasjonskanal.

Informasjonen gikk kort ut på hva sengevæting er, årsaker og omfang. Avisartikkelen og innslaget i nær-radioen avsluttet med en oppfordring til alle foreldre med barn som var sengevætere om å melde seg på ei samtalegruppe ved Melbu helsestasjon.

Beskrivelse av opplegg for gruppene

Til nå har vi hatt 2 grupper. Vi fant ut at vi ville prøve med en gruppestørrelse på 4. Dette delvis ut fra den antakelse at et større antall kan skape utrygghet, men også ut fra begrensningen i antall matter vi disponerte. Barnas alder har vært fra 5 til 16 år.

Møtene finner sted på helsestasjonen. Første gang møter vi bare foreldrene til en «bli kjent dag», hvor vi presenterer oss for hverandre. Vi snakker om at målsetting med ei slik gruppe er:

1. Å bli bedre/flinkere som foreldre til å mestre det alle opplever som vanskelig.
2. At barna etter hvert skal lære å mestre dette, og dersom de ikke får full mestring, hvordan kan da familien lære seg å leve med dette på best mulig måte.
3. At gruppa føler forpliktelse overfor hverandre. Det er viktig at de kommer igjen!

Gruppa velger selv om de skal ha taushetsplikt utad.

Videre har vi lagt opp til en uformell dialog mellom oss som fagpersoner og foreldrene, der vi prøver å få fram foreldrenes holdninger til dette problemet:

- * Har de følt seg alene om dette? Hva tenker de rundt dette at barna tisser på seg? Hva tror de er årsaken til sengevætingen? – etc. Vi poengterer at vi trenger hjelp fra foreldrene for å få til dette og at foreldrene må hjelpe hverandre.

- * Videre kommer vi inn på konsekvensene av tissingen. Hva har det ført til for barnets vedkommende og for dem som foreldre? Vet resten av familien om dette? Holdninger hos øvrige familie.

Sammenfattet kan en si at det første møtet har som mål å få fram foreldrenes holdninger, tanker og spørsmål rundt dette med sengevæting. Det har vært artig å oppleve hvordan foreldrene fort finner hverandre, fordi problemet oppleves nokså likt av de fleste. Alt fra aggresjon, oppgitthet og frustrasjon over våte lakener/madrasser, til utgifter til vaskemidler etc. diskuteres.

Ved møte nr 2 er barna med, og det serveres kaffe, brus og boller. Møtet er lagt opp slik at det hovedsaklig er vi som informerer. Informasjonen omfatter definisjon av sengevæting, forekomst, årsaker og enkle forklaringer på hva som skjer i kroppen når barnet tisser på seg, hvilke tiltak som finnes, og hvordan vi hovedsaklig ser på sengevæting.

Men vi kartlegger også i plenum hva som er prøvd av tiltak for å stoppe nattevætingen, om det er primær eller sekundær enuretikere, arv, fødselsvekt, søvnmønstre etc. I denne kartleggingen er barna like mye med som foreldrene. Det er svært tydelig at barna synes det er OK å oppleve at det finns andre barn som også tisser på seg.

Ved møte nr 3 foretas kartlegging av våte netter siden sist. Det settes i gang alarmmattebehandling. Barna får utdelt blyanter og notisbøker, hvor de skal skrive opp våte og tørre netter. Stikkord her er *ansvarsløring*.

De påfølgende møtene foregår stort sett individuelt. Det vil si at vi innkaller alle på én dag og samtaler med dem etter tur. Dette fordi at når en og en skal fortelle, tar det for lang tid for alle å sitte og høre på antall våte netter, klokkeslett etc.

Dato for *avslutningsmøte* bestemmes på andre møte, og er ca et halvt år etter igangsetting av behandling. Her får alle komme fram med sin opplevelse av å ha vært med i gruppa. Evaluering foretas. Dersom noen ikke er helt tørre enda, vurderer vi hvorvidt barnet bør fortsette med mattebehandling.

Diskusjon/avslutning

Ett av de sentrale spørsmål vi har stilt oss er: Vil en gruppemodell på enureseproblematikk gi bedre resultater enn individbehandling? Dersom det gjør det, hvordan kan vi forklare det?

På nåværende tidspunkt har vi for lite materiale til at vi kan trekke bastante konklusjoner, men resultatene synes å være såpass lovende at vi kommer til å fortsette å anvende gruppemodellen på enuretikere. Det kan nevnes at av et antall på 6 enuretikere, er 5 helt tørre, mens 1 har redusert sengevæting fra i begynnelsen å tisse på seg 2-3 ganger hver natt til 2-3 ganger i uka. Vi er for tiden i gang med å foreta oppfølging for å se om resultatene holder seg. Vår erfaring er imidlertid at jo tidligere (5-7 år) behandling starter, jo raskere oppnås kriteriet for å være tørr. Et annet poeng som ikke kan understrekes nok, er at det trenges tett oppfølging både fra vår side og fra foreldrenes side. Svikter noen av disse lykkes ikke behandlingen.

Et annet spørsmål er hvordan vi skal forholde oss til sekundærenuretikere? Vi foretar alltid en vurdering av om enuresis ser ut til å være et symptom på andre store problemer i familien. Dersom dette er tilfelle kan det henvises andre instanser. Det har imidlertid ikke vært noen sekundærenuretikere i noen av gruppene. Det er i seg selv interessant, fordi en kan lure på hvilke typer familier det er vi får tak i ved vår metode/måte å gå ut på. Etter vår foreløpige vurdering ser det ut til at det er «van-

lige» familier uten store sosioemotional vanskene i våre grupper.

Foreldrene har fulgt opp svært bra og har vært fornøyde. De mente det var bra at vi annonserte samtalegruppa gjennom avisen og nærradio, da flere hevdet de trengte et «puff» for å få gjort noe med vanskene. Barna er glade for at de endelig kan ligge over hos hverandre, dra på teltturer, idrettsstevner etc. Og sist, men ikke minst; å jobbe med enuretikere i gruppe er en veldig artig og engasjerende form for jobbing for oss fagfolk!

*Elsa Risjord, psykolog
Pedagogisk Psykologisk
Distriktstjeneste
8400 Sortland*

REFERANSER

- (1) Dische, S. Childhood enuresis. A family problem. *The Practitioner* Vol. 221, 323-330.
- (2) Rutter M, Yule W, Graham P. Enuresis and behavioral deviance: Some epidemiologic considerations. I Kolvin I, Mackeith RC, Meadow SR (Eds). *Bladder control and enuresis*. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1973.
- (3) Werry JS, Cohn J. Enuresis: An etiologic and therapeutic study. *The Journal of Pediatrics*, 1965, 67, 423-431.
- (4) Lovibond SH. *Conditioning and enuresis*. London: Pergamon Press, 1964.
- (5) De Leon G, Mandell W. A comparison of conditioning and psychotherapy in the treatment of functional enuresis. *Journal of Clinical Psychology*, 1966, 23, 326-330.
- (6) Schaffer D, Costello AJ, Hill JD. Control of enuresis with imipramine. *Archives of Disease in Childhood*, 1968, 43, 665-671.
- (7) Venner B. Enuresis Nocturna. En undersøkelse av prognose etter behandling med alarmapparat. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 1982, 7.

Nå er det like før...

At itte 'a Klara får anfall og stress
men nå er det like før!

Hu kjevle ut deig og har sylta i press
for nå er det like før...

Så sveive hu maskina snøgg som en vind
og syr en volang på ei kjøkkengardin,
og titte som snarest i steikeovnen inn.
Ja nå var det like før.

Og mæinn hennes stræva ifjor som i år
for nå er det like før...

Hæinn tælja tel foten der julgrana står
for nå er det like før...

Nå står det så stram som en militærmæinn.
Men plutselig bikke den ørlite græinn
og påkæillte'n itte en skræmendes mæinn
så var det nå like før!

Og onga, ja onga dom pakke og strir
for nå er det like før...

Og sikre seg saksa og julepapir
for nå er det like før...

Så gjømme dom gaver i skuffer og skrin
og der ligg det mere, du storeste min!
Og titte dom itte på julgaven sin
så var det nå like før...

Og så kjem nå dagen og kvellen er nær
og æillt dom har dikte og drømt
blir sæinning med gaver tel æille og hver
og ingen blir sur og forsømt.

Da seie hu Klara: Så sæint je her står
så ska det planlagt litt før neste år
med æillt som ska gjas! Og juldæinsen går
... og så er det longe glømt.

Alf Prøysen

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Kompetansesenter for kliniske ferdigheter for
praktiserende leger

Engasjement for allmennpraktiker

Den norske lægeforenings kvalitetssikringsfond har bevilget midler til etablering av et kompetansesenter for kliniske ferdigheter for praktiserende leger. Senteret er tilknyttet Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Kompetansesenterets oppgaver vil være å utvikle og utprøve praktiske og pedagogiske modeller for læring og kvalitetssikring av kliniske ferdigheter av teknisk, kommunikativ og administrativ karakter.

Vi søker i første omgang etter primærlege i deltidsstilling (1/5 - 4/5 stilling) som vil få hovedansvar for den konkrete og praktiske gjennomføring av senterets etableringsfase. Senere vil det bli ansatt flere medisinske personell, dessuten personell med administrativ, pedagogisk og teknisk kompetanse.

Vi trenger en initiativrik og ryddig person med erfaring fra klinisk primærmedisin - helst spesialist i allmennmedisin. Erfaring fra planlegging og gjennomføring av kursvirksomhet for praktiserende leger og annet faglig utviklingsarb vil bli vektlagt. Personlig egnethet vil være av stor betydning.

Lønn etter avtale. En utredning om kompetansesenteret kan sendes på forespørsel.

Søknad sendes:
Seksjon for allmennmedisin,
Universitetet i Bergen,
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen,
innen 10. januar 1994.

Nærmere opplysninger hos professor Malterud/Hunskår,
tlf. 55 20 61 00.

Enuresis nocturna

Eit praktisk behandlingsopplegg med alarmmatte

Born med enuresis nocturna i Eid kommune har vanlegvis vorte teke hand om på helsestasjonen. Born/foreldre har fått utdelt alarmmatte med ein kort instruksjon. Oppfylgjinga har vore heller tilfeldig og resultatata deretter. Etter ynskje frå helsesøstrene og helsestasjonslegane vart enuresebehandling teke opp som tema på «Hagadagen» på helsestasjonen. «Hagadagen» er den dagen områdepediatr Ole Sverre Haga besøker helsestasjonen og er eit innarbeidd omgrep i Nordfjordkommunane. «Hagadag» har vi omlag kvar tredje månad. I tillegg til å sjå på born vi ynskjer nærare undersøkt eller drøfta, underviser han om ulike tema etter ynskje frå helsestasjonslegar og helsesøstre. Etter slik undervisning om enuresebehandling, bestemte vi oss for å prøve det opplegget Haga skisserte, og som eg vil gjere greie for her.

Første konsultasjon

Opplegget definerer enuresebehandling som ei legeoppgåve. I den første konsultasjonen er det viktig å finne ut kven som «eig» problemet. Er det primært eit problem for foreldra, har det lite for seg å starte handsaming av barnet. Det er også viktig å få fram om andre i slekta har eller har hatt same problemet. Om mor, far, onklar eller tantar også har vore sengevætarar, vil dette kunne vere ei stor trøyst for barnet. Sjølv sagt er det også viktig å danne seg eit inntrykk av barnet si fysiske og psykiske helse.

Tekst: Aasmund Storebø



Aasmund Storebø, f. 1957.
Sosiologi grunnfag, cand. med. Bergen 1989. Etter turnusteneste kommunelege II på Nordfjordeid med deltidsstilling som bedriftslege og ved Nordfjord kyrkjelege familievernkantor.

Enureseproblem er vanleg. Omlag 5% av jentene og 10% av gutane i 7 årsalder har dette problemet. Ved å forklare og understreke dette for barnet, gjer ein problemet alminneleg og mindre flaut og farleg.

Gjennom samtala med barnet og foreldra dannar ein seg eit generelt helsemessig inntrykk. Det kan vere naudsynt å gjere ei enkel nevrologisk undersøking; underekstremitetar, analknip og hudrefleks. Ein bør og gjere ei stixundersøking av urin.

Sentralt i det vidare opplegget står registrering og ansvarleggjeri. Barnet skal registrere si eiga sengevæting i 1-2 veker. Til dette føremålet får barnet eit skjema (figur 1). Bleie skal fjernast i registreringsperioden. Det skal registrerast om barnet har væta seg, om det vakna, klokkeslett og diameter på den våte flekken i senga. Vidare skal det anførast om barnet skifta på senga sjølv. Det er viktig å understreke for barnet at det er eige ansvar å gjere desse registreringane, og at foreldra berre skal vere oppmuntrande støttespelarar. Ei heilt tørr natt kan feirast med gullstjerne eller glansbilete i «tørr»-rubrikken på skjemaet.

Eg har få motførestillingar til at barnet får belønning når det har vore tørt ei natt. Foreldre og barn avtalar seg imellom med legen til stades kva belønninga skal vere. Mi vesle erfaring tilseier at foreldra ikkje må love for store pengebeløp, då dette vil kunne gå hardt utover familieøkonomien!

Under heile konsultasjonen er det viktig å vere optimistisk på barnet sine vegne. Terapeuten må heile tida understreke at om berre instruksjonane blir nøye følgd, vil dette lukkast.

Andre konsultasjon

I andre konsultasjonen går ein gjennom barnet sine registreringar. Nokre barn vil bli tørre berre av å fjerne bleia, og nokre blir tørre av registreringprosedyren. Hos dei andre vil terapeuten alltid kunne finne ting å skryte av på registre-

UKE: 1

NAVN: _____

PRODENTER AS
SØRKEDALSVEI 23B 0754 OSLO
TLF. 02-563192 TELEFAX 02-722535

figur 1

	WAKNER	SOV	TUR	VÅT	KL. UR	LIG. TID	TOA. TID	TOA. TID
MANDAG			★					
TIRSDAG			★					
ONSDAG	X			X	2 ³⁰	7 ⁰⁰		Våkna sjølv ca. kl 2 ³⁰
TORS DAG		X		X	7 ³⁰	4 ⁰⁰		Vart vekt. Låg våt heile natta
FREDAG		X		X	7 ⁰⁰	4 ⁰⁰		Låg våt heile natta.
LØRDAG		X		X	7 ³⁰	5 ⁰⁰		Låg våt heile natta
SØNDAG		X		X	7 ⁵⁵	7 ⁰⁰		Vart vekt Låg våt heile natta

Figur 1: Registreringsskjema med døme på første gongs registrering.

ringsskjemaet. Det må understre-
kast for barnet og foreldra at alt
har gått slik som forventa og at
vidare suksess er avhengig av at
instruksjonane vert nøye følgd.
Ein gjentek instruksjonane for
vidare registrering.

No vert alarmmatta introdu-
sert. Det er ein føresetnad at bar-
net er så gamalt at det er i stand til
å administrere matta sjølv. I prak-
sis vil det seie at barnet bør vere 5-
6 år gamalt. Det er vesentleg at det
i hovudsak er barnet instruksjonen
er retta mot. Barnet får opplæring
i korleis matta skal monterast og
korleis ho skal slåast av og på. For
å oppnå eit vellukka resultat må
barnet sjølv ordne opp. Om ikkje
barnet vaknar av alarmen, må for-
eldra vekke barnet slik at det sjølv
kan slå av alarmen.

Seinare konsultasjonar

Vi tek barnet til kontroll kvar veke
i tre veker, så kvar 14. dag i to
månadar og eit halvt år etter opp-
start. Sjølsagt må ein vurdere om
det er trong for oppfylgjing over
eit lengre tidsrom. Det er viktig at
legen bevarer entusiasmen sjølv
om behandlingstida vert lengre
enn berekna.

Ved kvar konsultasjon må ein
sikre seg at instruksjonane nøye
blir følgd. Særleg er det viktig at
ikkje foreldra tek over administre-
ringa av alarmmatta. Eg har opp-
levd foreldre som slår av matta og
bærer barnet ut på toalettet. Det
lyt heile tida understreke at
alarmmatta er barnet sitt ansvar.
Ein kan også gje råd om blæretre-
ning på dagtid. Det vil seie at bar-
net skal knipe att og halde seg


lengre. Tankegangen er å trene
opp blærefleksen. Kor effektivt
dette er, er vel ikkje dokumentert.

Registreringsskjemaet vert gjen-
nomgått kvar gong. Det er viktig å
bevare optimismen og trua på at
dette vil gå bra.

Alle positive teikn i registre-
ringane må framhevast, til dømes
at flekkane har fått mindre diame-
ter, at barnet vakna, at det går
lengre ut på natta før barnet vøter
seg, at barnet har hatt tørre netter
innimellom, at barnet har admin-
istrert matta sjølv osv. Legen må
sikre at barnet får den belønninga
som er avtala med foreldra. Kan-
skje bør legen også yte ein skjerv?

Ved manglande behandlingsres-
pons lyt ein sjølsagt revurdere
diagnosen både med tanke på meir
kompliserte psykiske mekanismar

UKE: 5 NAVN: _____


 Figur 2

	VAKNET	SOV	TURER	VÅT-	KLOR	MÅL	FLÅSE	BE-OPP	SELV
MANDAG			★						
TIRSDAG			★						
ONSDAG	X			X	0.15	25cm			
TORS DAG	X			X	1.45	25cm			
FREDAG	X			X	0.30	30cm			
LØRDAG			★						
SØNDAG	X			X	23 ³⁰	17cm			

Figur 2: Registreringskjema seinare i behandlingsforløpet.

eller at det kan ligge organisk sjukdom til grunn. Likevel trur eg at den mest vanlege årsaken til manglande behandlingsrespons er at instruksjonane ikkje blir følgd skikkeleg.

Når barnet har vore tørt kvar natt i 14 dagar, blir alarman slått av, men skal framleis vere montert klar til å slåast på att. Etter nye 14 dagar blir alarman demontert og lagt inn i skapet lett tilgjengeleg. Matta skal framleis vere i senga. Når barnet har vore tørt ytterlegare 14 dagar, blir utstyret høgtidleg levert attende.

Andre behandlingsformer

Førstevalet vil nærast alltid vere alarmmatte. Det kan vel også i enkelte høve vere indisert å nytte antidiuretisk hormon i form av

nasespray (Minirin). Denne behandlinga er dyr, men kan nyttast til dømes ved overnattingsbesøk der det å halde seg turr er svært viktig, eller der det av andre grunnar ikkje er mogeleg å nytte enureselarm. Imipramin tablettar (Tofranil) er også eit alternativ, men tilbakefallsprosenten er høg når medikamentet blir seponert.

Resultat

Ved helsestasjonen vår har vi prøvd dette opplegget på nokre barn, og alle forsøka har vore vellykka. Hos einskilde barn har vi valt ikkje å bruke opplegget på grunn av manglande motivasjon hjå barnet.

Det er nokre føresetnadar som er heilt grunnleggande for eit vellykka resultat:

* Terapeuten må vere entusias-

tisk og syne stor tru på barnet og på eige opplegg.

- * Det må setjast av tid til nøye oppfølging slik at foreldre og barn forstår at legen tek problemet på alvor.
- * Familien må vere aktiv støtte-spelar, og butilhøva lyt vere slik at behandlinga let seg gjennomføre. Det nyttar lite med alarm om der er fleire born samla på eit rom.

Om desse føresetnadane er oppfylgd, skulle behandlinga ha alle moglegheiter til å lukkast.

Kommunelege Aasmund Storebo,
6770 Nordfjordeid.

NIDAROS, NIDARIS...

– høyst subjektive (og utvalgte) tanker
til og fra Nidaroskongressen (18.-22.10.93).

v/Helge Worren.

Endelig sitter jeg på flyet en tidlig mandag morgen med kurs for Trondheim – til Nidaroskongressen, til dette allmennmedisinske riksstevne for primærleger og medarbeidere i primærhelsetjenesten, slik kongresskomitèen selv velger å kalle det. Det er lenge siden jeg fikk den første innbydelsen, ja faktisk nesten ett år i forveien fikk jeg et julenissebilde av kongresskomitèen med påminnelse om at Norge nærmest skulle legges øde for primærleger og medarbeidere en uke i oktober 1993, (850 deltakere i løpet av uka) for da var «alle» i Trondheim.

Jeg gleder meg og er forventningsfull, selv om noen bunker på kontoret bare måtte forlates i uferdig tilstand – «til modning». Programmet har vekket appetitten, selv om jeg på vei til hotellet i flybussen nærmest ikke husker hva jeg skal delta på. Det er jo et supermarked i tilbud disse trønderne har stelt i stand.

Så mange reflekterende tanker får ikke synke under kongressen. Til det var det for hektisk fra første til siste stund. Jeg bestemte meg raskt for å notere og merke meg stikkord underveis, så fikk jeg heller prøve å fordøye det skikkelig etterpå.

Hvilke stikkord står skriblet på min notatblokk? Jeg begynner allerede å se på dem på flyplassen på hjemmeveien. Flygelederne sørget jo for skikkelige forsinkelser, så det ble litt tid til å reflektere da. De var visst sykmeldt mange av disse

flygelederne. Jeg har senere hørt at Oluf mente det var luftmerter som plaget dem.

Stikkord: Åpning

For et show! De gjør det ikke bedre på Broadway, tror jeg. Midt i alle inntrykk, ble favoritten min ordfører Marvin Wiseth. Han var faktisk klar over hvor han var. Han ville ikke skryte, sa han, bare fortelle oss litt om virkeligheten. Bl.a.



at med alle de akademiske institusjoner Trondheim hadde, så hadde han regnet ut at byen hadde høyest IQ pr. kvadratkilometer i Norden. Hans pondus sannsynliggjorde at det var riktig at de fine tur-omgivelser rundt Trondheim kun var noe han hadde kjennskap til gjennom andre.

Stikkord: Mangfoldighet

Kongressen bød på nesten alt av kurstyper: emnekurs, miniklinikker, ferdighetskurs, store plenumsforedrag, folkemøter, sosiale arrangement, sightseeing. Jeg hadde tydeligvis overbooket, selv om det på papiret skulle kunne gå. Dobe-søk og frisk luft måtte planlegges. Begge var en lettelse å få ordnet

med. Spekteret strakk seg fra rene tekniske ferdighetskurs til kurs i medisinsk teori og til samfunnsmedisinske kurs, f.eks. «Vårt livsfarlige miljø».

Stikkord: Pauser.

Pausene er noe av det viktigste ved kurs, etter min mening. Da kan man få luftet synspunkter med andre, treffe kjente, stirre i veggen, få vasket hendene (av noen dekknavn for en røyk), få seg en kopp kaffe. Mine pauser ble et virvar av køer, stands, penner, firmakonkurranser. Jeg må lære å planlegge dette bedre. Men jeg fikk nå med meg nok penner, blokker, blomsterløker, medisinsk sjampo til å vare en stund – årets julegaver er ihvertfall sikret! Til å være så mange mennesker samlet – det skal sies – gikk ulike køavviklinger svært bra allikevel. Den standen jeg var mest fornøyd med, var selvsagt den fra UTPOSTEN.

Stikkord: Kurs «Hva vet vi om kildene til menneskers helse?» (emnekurs i medisinsk teori).

Så var jeg endelig kommet til noe av det jeg var reist hit for, nemlig faglig kurs. Jeg kunne vel egentlig trenge å skjerpe meg klinisk ved å velge meg noe i retning av astma eller blodtrykk, men ble pirret av tittelen på ovennevnte kurs. «E' ha no vøri på værre kurs» – er det ikke det trønderne ville ha sagt hvis de skal beskrive noe av det ypperste de har vært borti. Kursansvarlige Anne Luise Kirkengen, Harald Kamps og Morten Lindbæk og foredragsholderne (listen

blir for lang hvis noen spesielle skal fremheves) skal ha stor takk for en stor opplevelse. Mange brikker og a-ha-opplevelser falt på plass. Vår medisinske diagnosekultur og vårt påtrengende behov for å medikalisere alle verdens problemer og menneskers helse, fikk seg et skikkelig skudd for baugen. Jeg gikk fra kurset med en blanding av frustrasjon over hvordan vår strengt naturvitenskapelige forståelsesmåte begrenser, samtidig med en glede over at det er mulig å bryte barrierer og at ikke minst så mange kolleger er positive til å gjøre det. Allerede etter 2 dagers Trondheimsopphold, kunne jeg raskt konstatere at turen ikke hadde vært forgjeves, tvertimot.

Jeg var også på andre kurs, men dette tok klart prisen for meg.

Stikkord: Sosiale tilbud.

Tilbudene var mer enn tilstrekkelige, med Beatles-aften, jazzaften, jubileumsmiddag (NSAM), kongressmiddag, m.m. Jeg følte meg overveldet, og måtte ved en anledning faktisk melde pass og si at min helse og trivsel hadde best av en rolig samtale med en kollega jeg ikke hadde truffet på mange år («vi var i 'krigen' sammen»), besøk av en nevø og kjæreste, et godt varmt bad og ikke minst søvn. Hvor ble det av alle kjente jeg så på deltakerlisten? Ikke lett å få tak i eller få oversikt over dem. En av dem jeg helst skulle hatt en lengre prat med, traff jeg i det flybussen skulle forlate Trondheim. Jeg må nok planlegge bedre neste gang. Kanskje jeg skal legge inn en hviledag slik man gjør på lengre fjellture? Ihvertfall bør jeg grave opp kjent-folk i tide.

Stikkord: Medarbeiderne.

Noe av det gledeligste ved dette års Nidaroskongress, var de mange medarbeiderne (ca. 100, tror jeg) som deltok og det varierte tilbud

de fikk. Det bør vel imidlertid legges sterkere opp til at mange av disse tilbudene fortrinnsvis krever deltakelse av både lege og medarbeider. Nidaroskongressens Medarbeiderpris er en fin idè, og ut-



delingen denne første gang gikk høyst fortjent til Tove Rutle.

Stikkord: Samfunnsmedisin.

Til tross for flere kurs (bl.a. «Vårt livsfarlige miljø») og foredrag (Per Fugellis «Pasienten Jordan») med samfunnsmedisinske tema, savner jeg et nærmere samarbeid med samfunnsmedisinerne, slik det f.eks. skjer i Primærmedisinsk Uke, hvor OLL er en av arrangørene. Primærmedisin består etter min mening både av allmennmedisin og samfunnsmedisin, ikke bare det første. Det virket litt uheldig at Samfunnsmedisinsk Uke ble arrangert uka før i Skien, og at flere kolleger faktisk måtte velge mellom den ene eller den andre uka. Fortsatt har vi mange kombi-doktorer og kolleger med interesse for hele spekteret innenfor primærmedisinen.

Stikkord: Priser.

Nidarosprisen er blitt en fin måte å hedre fortjente kolleger på, denne gangen delt mellom Christian F. Borchgrevink og Bent Guttorm Bentsen. Jeg hadde unnt dem begge å vinne prisen alene, slik Jan Otto Syvertsen fikk gjøre sist gang.

Nidaroskongressens Medarbeiderpris har jeg allerede nevnt. NSAMs Løvetannpris gikk til Eystein Straume – en heder til ham, en glede jeg som medredaktør i UTPOSTEN koste meg spesielt over.

Stikkord: Plenumsmøter.

Det startet med et folkemøte første kvelden med tema «*Truer helsevesenet folks trivsel?*». Til tross for endel bra tilløp fra Bjartveit, Christie, Brøgger og Co., fenget ikke dette meg skikkelig. Muligens skyldtes det at det var for velkjente barrikaderyttere med velkjente standpunkter, muligens skyldtes det at de ikke kommuniserte med hverandre, eller muligens skyldtes det at denne type showmøter ikke egner seg for å drøfte denne slags temaer på en skikkelig måte. I alle fall var jeg skuffet trass i glimt av lett underholdning. Jeg er redd for at svaret på temaet kan være et faretruende ja. En av kveldens beste replikker (etter min mening) stod en ikke-medisiner for, nemlig filosofen Trond Berg Eriksen, når han fremhevet at: «*En sunn kropp er en kropp man glemmer at man har!*».

I beste showstil, lot Per Fugelli oss velge mellom tre foredrag i neste plenums møte etter modell fra et amerikansk teaterstykke hvor publikum i pausen kunne velge hvem som var morderen. Et «klappometer» bestående av en Fugelli-medhjelper, avgjorde at det ble foredraget «*Pasienten Jordan*», forøvrig prisvinner i OLLs samfunnsmedisinske priskonkurranse. En annen av kandidatene til å bli holdt som foredrag, var «*Amerika, Amerika*», 1. prisvinner i UTPOSTENs essaypriskonkurranse og trykket i UTPOSTEN 6/93. «*Pasienten Jordan*» var et fengende foredrag om den enorme utfordring vår jord presenterer – økologisk, økonomisk, politisk, sosialt, osv. – og hvor vi som leger har en klar rolle. Jeg lot meg rive med.

Uten å virke blasfemisk, merket jeg meg Fugellis kommentar vedr. ressursparing: at det går 5 sløyfer på ett slips.

Plenums møte om «Fastlegeordningen» ble av det mer nøkterne slaget, men med klar interesse. Jeg merket meg spesielt at erfaringene hittil er positive, og ikke minst at mange tidligere skeptikere (også blant legene) nå var blitt positive til ordningen.

Stikkord: For flott?

Jeg vil lett kunne bli beskyldt for å lete etter noe å kritisere når jeg spør om hele arrangementet er for flott eller for perfekt. Blir det for overveldende? I en tid hvor vi får høre at det går mot dårligere tider for fondrefusjon, har vi råd til dette? Bevares, jeg nøt det hele: hotellet, rommet, maten m.m. i fulle drag og kunne godt også tilføye et mer eller mindre nevrotisk «jeg har fortjent det». Allikevel tenker jeg på min lærerkone og hennes kolleger, som er lykkelige når de får et rundstykke og en kaffekopp på selvelaget seminar på lærerværelset.

Stikkord: TOTALSUMMEN.

Jeg reiser fornøyd hjem. Jeg er sliten. Det har vært mange inntrykk og hektisk aktivitet fra morgentil sene kveld. Mye kunne jeg selv ha planlagt bedre når det gjaldt bruk av tiden og tilbudene. Er imponert over kongresskomitéens arbeid og lurer på hvor mye familiene deres har sett dem det siste året. Har jeg fått endret mitt kunnskapsnivå? Vil jeg endre noe i mitt virke som doktor?

Uten å virke arrogant, er jeg usikker på svaret på disse spørsmål – selv om Nidaroskongressen igjen har vært en opplevelse. Kanskje det er de små intime kurs som påvirker meg mest allikevel? Kanskje Kongsvold-seminaret til våren var noe å tenke på?

Helge Worren

Vi ønsker lykke til!

Nyvalgte ledere i OLL (Offentlige Legers Landsforening), NSAM (Norsk Selskap for Allmenntilleggsmedisin) og APLF (Allmentpraktiserende Legers Forening).

I UTPOSTEN 1/94, vil vi be hver enkelt av de nye lederne om å komme med programerklæringer for sin funksjonstid.

FOLKE SUNDELIN NY LEDER I OLL



Folke Sundelin ble ved akklamasjon valgt til ny leder i OLL.

Han har en allsidig bakgrunn såvel innen allmenntilleggsmedisin som samfunnsmedisin. Han er 47 år gammel, fikk sin doktorutdannelse i Oslo (ferdig 1972), men dro tilbake til sitt fødefylke Finnmark for turnustjeneste på sykehus såvel som i distrikt. I perioden 1974-76 var han tilknyttet en av landets første gruppepraksiser ved Legehuset på Hokksund. I 12 år (1976-1988) var han kommunelege /helsesjef i Vestre Slidre kommune. I de siste 5 år (1988-1993) har han vært overlege på Avd. for samfunnsmedisin, Statens Inst. for Folkehelse, bl.a. som ansvarlig kursleder for Kommunelegekurset. Fra i år har han gått over i ny stilling, nemlig som distrikts-overlege i Stabekk distrikt, Bærum kommune. Han har innehatt en lang rekke tillitsverv, bl.a. har han vært styremedlem i OLL 1979-1983 og vært medlem av spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin. Han er spesialist i såvel samfunnsmedisin som allmenntilleggsmedisin, og er dessuten godkjent veileder i allmenntilleggsmedisin.

BJARNE HAUKELAND NY NSAM-LEDER



Bjarne Haukeland er 44 år og gikk doktorskolen i Irland (ferdig 1976). Han hadde sykehus-turnus i Namsos, men flyttet på seg til Bø i Vesterålen for distriktturnus. Der ble han etterpå i 4 år som distriktslege og helserådsordfører. Han har sideutdannelse ved Dikemark sykehus, og har dessuten tjenestegjort i 3 år i Botswana (1986-1989). Har vært tilknyttet Tanum legekontor i Bærum siden 1983. Hjelpelærer ved Institutt for Allmenntilleggsmedisin i Oslo. Spesialist i allmenntilleggsmedisin. Foruten faglige sysler, foreningssysler og familie, liker han å padle kajakk og jakte (også under fjerne himmelstrøk).

NY LEDER I APLF



Kåre Reiten, spesialist i allmenntilleggsmedisin, can.med. 1981. Født i Midsund i 1955 med Per Wium som huslege. Han er på Aplfs landsmøte valgt til leder.



Tale ved NSAMs jubileums- middag

NSAMs 10-års jubileum har vært behørig markert i Utpostens spalter. NSAMs første leder, professor Christian F. Borchgrevink, holdt en tale ved middagen som flere enn deltakerne bør få del i. Selv om en tale «skal høres der og da», som han selv sier det, taper poengene seg ikke, heller ikke humoren.

Av Christian F. Borchgrevink

Kjære kolleger og venner

Sist jeg holdt festtale var hovedretten kokt laks. Der lå den i all sin prakt på fatet. Stakkars fisk tenkte jeg, hadde den ikke åpnet munnen sin så ofte ville den ikke ha vært her til bords. Og slik er det vel med meg også.

Et langt liv har lært meg at et festmåltid om aftenen er ikke det rette tid og sted for å holde en lang, ideologisk tale. Likevel hadde jeg tenkt å gjøre det inntil jeg hadde en drøm forleden natt; en liten vri på den gamle historien om de tre professorene. Denne gang dreiet det seg om Kirsti Malterud, Steinar Westin og meg, vi var på rundreise i Afrika for å studere allmennmedisin. Vi ble tatt til fange av en kannibalstamme, men vi

skulle alle få et ønske oppfylt før vi ble spist. Kirsti ville gjerne vite hvor langt likestillingen var kommet og hvilken interesse det var for kvalitativ forskning. Mitt ønske var å holde en flammende tale om norsk allmennmedisin og særlig om Instituttet i Oslo. Steinar ønsket å bli spist før jeg talte. Selv om jeg ikke er noen stor drømmetyder, forsto jeg i alle fall denne drømmen.

Jeg har etter hvert vennet meg til at folk ser på klokken når jeg snakker, men det ergrer meg fortsatt når de rister på den for å se om den virkelig fortsatt går. Derfor skal jeg ikke være lang, men si som Henrik den VIII sa til sine koner: «I won't keep you long».

Som mange av dere vet har jeg gjort ganske mye dumt i mitt liv, men heldigvis også av og til noe lurt. Jeg er glad jeg tok initiativet

til å stifte NSAM for vel ti år siden. Jeg er stolt og glad av mitt barn som nå forlater barnestadiet og går inn i en spennende og utfordrende ungdomstid. Ungdomstiden er jo opprørets tid, men jeg er litt bekymret over NSAMs årsmelding som jeg syntes virker litt defetistisk, noe som fikk meg til å tenke på det gamle spørsmålet. Hva er likheten mellom dagens ungdom og Jesus? De bor hjemme til de er 30, og gjør de noe er det et under.

Det er fint at NSAM holder sitt 10-års jubileum i Trondheim, denne byen og dette fylket som har betydd så meget for allmennmedisinen i Norge, for utviklingen i samfunnet og for vår historie. I min historiebok sto det at uten den norske hær hadde det ikke blitt noe 1814, i seg selv en interessant uttalelse. Vi kan si at uten

allmenpraktikerne i Trondheim hadde det ikke blitt noe Norsk selskap for allmennmedisin, og det hadde vært fint å skrive om mellompermene i Norges historie. Siste gang jeg hørte noe spennende om Trondheim og Trøndelag var Tande P. som berømmet fylket for at de alltid var så tidlig ute, for eksempel med supermarkeder. Som kjent hadde Trøndelag det første S-lag ved slaget på Stiklestad i 1030!

Noe av det mest spennende i norsk medisin er å følge utviklingen av synet på kvinnelige kolleger. I 1881 uttalte Det medisinske fakultet i Oslo: «Det er neppe tvilsomt at en mengde intelligente kvinner vil kunne tilegne seg det samme kunnskapsforråd som menn, men Fakultetet tror at det her kan reises en vesentlig betenkelighet, idet kvinnenes nervesystem og helbred som regel neppe vil tillate det omfattende studie og det strenge åndsarbeid... Regelen er vel den at kvinner som kommer inn på disse åndslivets felter, der like som av natuen ikke er anvist dem, taper deres kvinnelighet... som man ofte får det inntrykk at kvinner av denne art er noe abnormt.» Og videre: «Legens kall fordrer en viss sindig og rolig overveielse, en fasthet i karakteren og viljen, en viss rolighet og likevekt i tanken, som kvinnen oftere savner, eller i alle fall kun vanskelig tilegner seg. Til gjengjeld har kvinnen andre egenskaper, der gjør henne særlig skikket til den egentlige sykepleie, som er et felt, hvortil hun av natur likefremt er henvist, men hvortil der ikke kreves noe egentlig studium.»

Da jeg disputerte for den medisinske doktorgrad for vel 30 år siden fikk jeg som oppgitt emne til prøveforelesning: «Hvorfor er menn mer åreforkalket enn kvinner?» Det kunne jeg selvsagt ikke svare på, men jeg synes det var interessant og lovende at vårt fakultet som den gang besto av vel 100 menn og ingen kvinner, i alle fall var klar over problemet.

På samme måte som fornyelsen av kriminallitteraturen, er litteratur jeg leser med glede, kommer det fra kvinnelige forfattere med tøffe, men menneskelige og innsiktsfulle kvinnelige detektiver, tror jeg mye av fornyelsen av allmennmedisinen, forståelsen av det som skjer i et møte mellom pasient og lege, vil komme fra våre kvinnelige kolleger. Det tror jeg vi skal være glade for.

Jeg er litt bekymret over mekaniseringen og teknifiseringen av medisinen, hvor alt det som kan måles mer eller mindre eksakt tar overhånd og oppfattes som Sannhet. Men vi vet jo alle at vi ikke kan måle i millimeter, smerter i gram og tunge stunder i ampere. Kolesterol kan måles i mmol/l, men hva skal vi måle engstelsen i hos en middelaldrende mann som får beskjed etter et møte på lipidklinikken om at hans kolesterol er 5,9, godt over det ønskelige 5,0.

Dette betyr selvsagt ikke at man skal forkaste den naturvitenskapelige tenkemåte vi er opplært i. Det er jo heller ingen fare for det. Vi må fortsatt kunne gjennomskue tvilsom statistikk som han som rapporterte resultater av effekt av et nytt medikament på mus. 1/3 av musene ble bedre, 1/3 ble uforandret, og den tredje musen kom seg unna!

Som Martin Luther King har også jeg en drøm. Nemlig at fremtidens allmennpraktikere skal være kunnskapsrike og faglig dyktige, nysgjerrige og ydmyke med forståelse for at det er en stor og viktig kunnskapskilde utenfor vår egen medisin som vi skal være åpne for. Jeg ønsker at de skal ha innlevelsessevne og kunne vise sympati, ikke minst ønsker jeg toleranse, akseptere at vi er forskjellige og at vi alle har noe å gi, og at vi godtar hverandres styrke, men også vår svakhet. Det ville jo være forferdelig om alle var like. Jeg er lykkelig over at vi har en Per Fugelli, og jeg er meget fornøyd med at vi har en Dag Bruusgaard, men hvis alle var som dem ville livet bli temmelig

slitsomt. Jeg synes åpningsmøtet på kongressen kunne vise litt lite toleranse. Man kunne for eksempel si at vi skal huske på at røkere er også mennesker, om enn ikke så lenge som oss andre. Vi må vokte oss for at ikke vår propaganda eller informasjonspekefinger blir slik at mannen som ble så sjokkert da han leste om skadevirkningene ved å røke og drikke at han sluttet å lese.

Jeg sa at jeg ønsket at våre allmennpraktikere skulle ha en undrende innstilling. Men vi må heller ikke glemme at livet ikke bare er til å gruble over, eller til å prøve å forstå, men faktisk til å leve. Grubler vi oss over for mye kan vi bli som filosofene av hvem 50% synes livet er tragisk, mens den annen halvpart ikke synes det engang.

La meg avslutte med noen ønsker. Jeg ønsker at allmennpraktikere i denne by fortsatt skal være en viktig spydspiss når det gjelder utviklingen av vårt fag. Det er ikke bare lett som allmennpraktiker å være nabo til et stort universitet. Som vi sier i Oslo: «Det er så mange overleger og professorer på Ullevål sykehus og Rikshospitalet at om man la dem etter hverandre rundt ekvator, så var det en god ide!»

Jeg vil ønske at alle våre 3.000 allmennpraktikere, medlemmer i ApLf, OLL og NSAM, vil få anledning til å utfolde alle sine talenter bruke alle sin ressurser til beste for befolkningen og våre pasienter. Og jeg vil takke dere alle for den innsats dere har gjort i mange år for norsk allmennmedisin, men akkurat idag retter jeg takken til NSAM og til Selskapets leder Olav Thorsen.

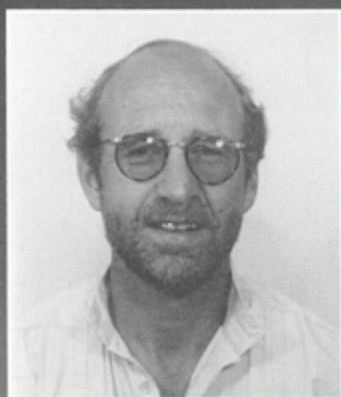
Og til slutt vil jeg bare trekke linjene til Per Fugellis foredrag om pasienten jorden, og minne om at ingen generasjon eier denne verden, vi har heller ikke fått den i arv fra våre foreldre, men vi har fått den til låns av våre barn.

Takk for deres tålmodighet.

Hva vil vi med legevakta

Skisse til metode for kartlegging av legevaktprofil

Tekst: Vidar Bjørn



Cand.med. fra Oslo 1979, MHA fra Oslo 1990. 2 år allmenpraksis Gol i Hallingdal. Ca. 7 år ass.fylkeslege i Vestfold. Siste 3 år helsesjef i Sandefjord kommune. Fra i høst Folkehelse som prosjektleder for bistandsprosjekt innen helseplanlegging i Latvia.

På et seminar i OLL-regi om kvalitetssikring i samfunnsmedisinsk arbeid sist vinter, valgte jeg gruppa som skulle ta for seg legevakt. Under arbeidet ble jeg opptatt av om det er mulig å operasjonalisere en kartlegging av legevaktas profil i spenningsfeltet mellom det faglige ønskelige og forventet servicenivå fra brukerne av legevakta.

Arbeidet som vedrører legevakt er foreløpig ikke fulgt opp fra OLL's side. Pga. overgang til annen stilling får jeg ikke anledning til å arbeide videre med saken. Derfor velger jeg å meddele mine foreløpige tanker gjennom Utposten, i håp om at kreative kolleger kan ta fatt i og videreutvikle en uferdig idé.

Slik jeg ser det, utformes det praktiske legevaktarbeidet i spenningsfeltet mellom to dimensjoner – fag og service.

Den faglige dimensjon

Befolkningen har etter lovgivningen krav på nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Kommunen er også pålagt å ha en legevaktordning. Begrepene «nødvendig helsehjelp» og «legevaktordning» er ikke presist definert. Det er få klager på at folk ikke får nødvendig helsehjelp. De fleste klagen som kommer, skyldes at folk ikke får hjelpen når de vil ha den. Fagfolk vil, litt spissformulert, tendere mot å mene at når problemet er kartlagt, f.eks. via telefon, er det et faglig spørsmål å avgjøre hva som kan vente på vanlig time, hva som bør ses på på kontoret neste dag, og hva som bør komme inn under den øyeblikkelige hjelp-ordningen legevakta er ment å være.

Jeg mener at det ut fra faglige kriterier går an å plassere henvendelser langs en akse med behov for øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp som ytterpunkter.

Service dimensjonen

Sykdom er (etter min natur) plagssomt – enten pga. de direkte symptomer, eller pga. angst for alvoret i situasjonen. Samtidig ligger det i tiden at det moderne servicesamfunnet tilbyr lettvinne «instant»-løsninger på alt – hvorfor ikke også «instant medicine»? Det at prismekanismen er så lite virksom i den offentlige helsetjenesten forsterker selvfølgelig befolkningens serviceforventning. Det er jo en service bare å ha en beredskap for øyeblikkelig opp-

ståtte medisinske behov – men hvor lav eller høy skal terskelen være for å kunne benytte beredskapsordningen? Befolkningen vil, litt spissformulert, tendere mot å mene at servicedimensjonen er deres anliggende, og at fagfolkene får stille opp på servicesamfunnets premisser. Jeg mener at det går an å plassere henvendelser langs en akse med riktig bruk av *beredskap* og *forventning* om «instant medisin» som ytterpunkter.

Jeg tenker meg at det går an å tegne et system med en akse for hver av de to dimensjonene. De oppgavene som mest selvfølgelig er legevaktas vedkommende ut fra både fagtenkning og servicetenkning plasseres ved origo, mens andre oppgaver plasseres i avtagende avstand fra origo, og nærmest fagaksen eller serviceaksen ut fra en mer «kald faglig» vurdering. Det vil selvfølgelig være ulike meninger om hva som er hva i slike vurderinger. Eksemplene i figuren og tabellen må ses på som en måte å tenke på, ikke et endelig gjennomarbeidet forslag.

Soner og sektorer

På denne måten kan det framkomme konsentriske soner med økende avstand fra origo, altså soner med avtagende grad av beredskap/øyeblikkelig hjelp og tiltagende preg av service/nødvendig helsehjelp. Det kunne f.eks. være naturlig å benevne dem

- blå sone («blålys») innebærer maksimal innsats/utrykning
- rød sone («fare») går foran i køen
- gul sone («bør ikke vente») bør tilses på vakt

- grønn sone («medisinsk unødvendig») kunne ventet til ordinær åpningstid

På samme måte kan det framkomme sektorer, som plasserer henvendelsen nærmere fagaspektet eller nærmere serviceaspektet.

Spørsmålet er så: Går det an å komme fram til tilstrekkelig entydige kriterier, slik at enhver konsultasjon kan henføres til og plottes inn i et felt i dette sone- og sektor-inndelte diagrammet? Hvis det er mulig skulle det gå an å skaffe grunnlagsdata for endel interessante diskusjoner:

- hvordan er profilen på vår legevakt?
- hvordan utvikler den seg over tid?
- er den slik vi trodde den var?
- er den slik vi vil den skal være?

har de ansatte tilstrekkelig lik oppfatning av hva som er vaktordningens intensjon?

For å illustrere tenkningen, vil jeg liste opp kriterier som jeg synes kunne passe for de ulike feltene i diagrammet. En slik liste måtte gjøres til gjenstand for nøyere gjennomtenkning og diskusjon enn det jeg har hatt anledning til nå:

Sone sektor

Blå: all hyperakutt somatikk

Rød: 1: uklar, mulig livstruende somatikk
2: større skader
3: suicidalitet
4: paragraf 5 psykiatri
5: sosial indikasjon for prioritert (angst, uro, omsorgsproblem, o.l.)

Gul: 1: somatikk hvor resultatet avhenger av tiden (blødninger, brudd, allergi o.l.)
2: plagsom, men ufarlig somatikk (smerte, feber)
3: sykebesøk til pleietrengende

4: psykiatri med adferdsproblem/sosial uro
5: foreldres naturlige uro ved barns sykdom

Grønn 1: henvendelser fordi pasienten selv ikke prioriterer det på dagtid
2: somatikk som bør tilses, men som ikke er nyoppstått
3: sykebesøk fordi det er behageligst for bruker, f.eks. problem med transport, barnetilsyn e.l.
4: henvendelser fordi det er døgnåpent (håndkjøpspreparater, plaster)
5: alminnelig råd og veiledning uten relasjon til aktuell sykdom

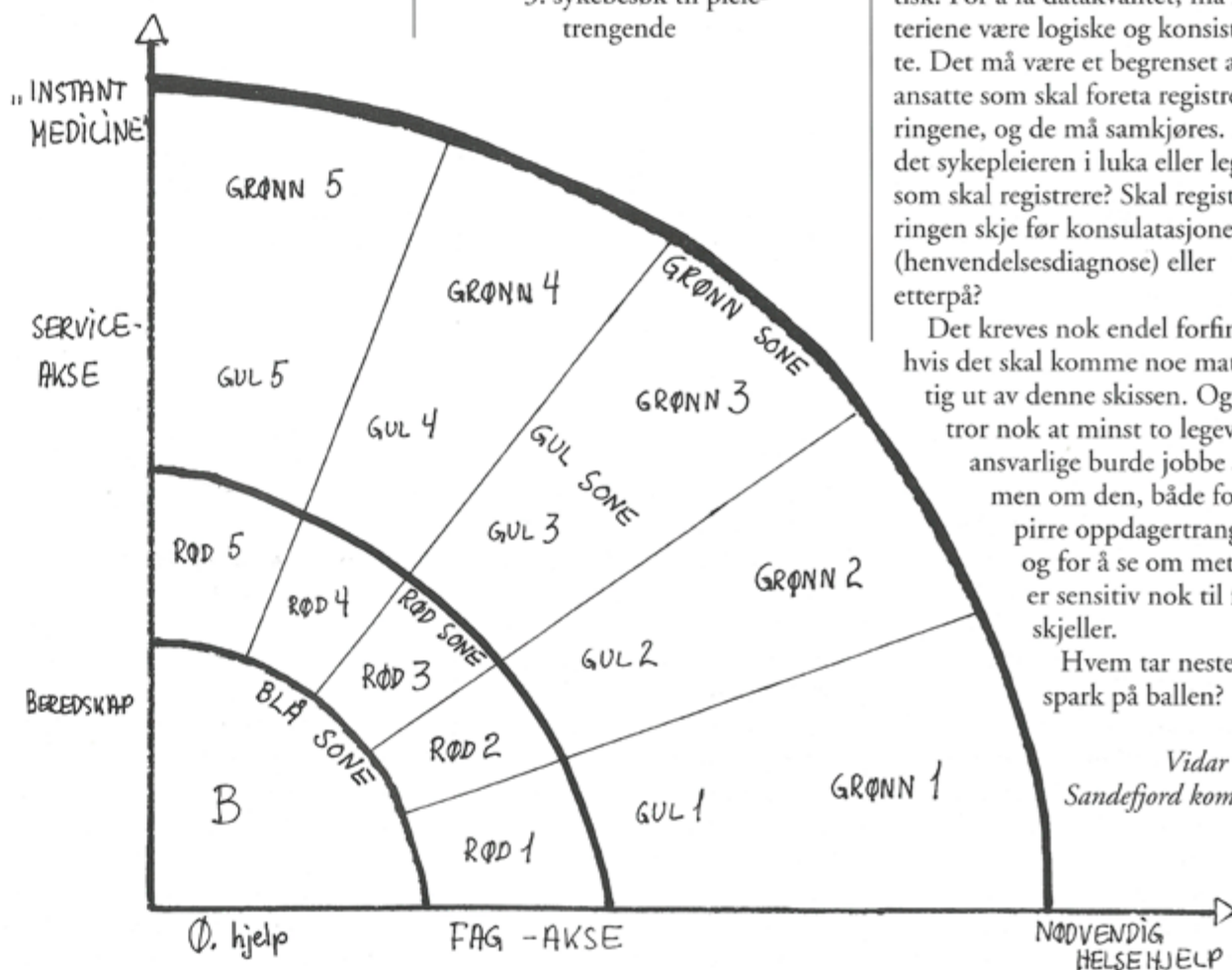
Det ser for meg ut som om det blir vanskeligere å gjøre en konsistent rangering etter serviceaksen jo lenger fra origo man kommer (særlig i grønn sone).

Metoden er neppe uproblematisk. For å få datakvalitet, må kriteriene være logiske og konsistente. Det må være et begrenset antall ansatte som skal foreta registreringene, og de må samkjøres. Er det sykepleieren i luka eller legen som skal registrere? Skal registreringen skje før konsultasjonen (henvendelsesdiagnose) eller etterpå?

Det kreves nok endel forfining hvis det skal komme noe matnyttig ut av denne skissen. Og jeg tror nok at minst to legevaktansvarlige burde jobbe sammen om den, både for å pirre oppdagertrangen, og for å se om metoden er sensitiv nok til forskjeller.

Hvem tar neste spark på ballen?

Vidar Bjørn Sandeffjord kommune



Årets Nobelpris i medisin gitt for splittede gener

Sigbjørn Fossum og Sonja Fossum, professor ved Anatomisk Institutt, Universitetet i Oslo, og allmennpraktiker, Kalbakken legegruppe, Oslo

Nobels medisinpris ble i år gitt til Richard Roberts og Phillip Sharp for oppdagelsen av splittede gener. Medisinere, også allmennpraktikere, bør kjenne noen av de nye begrepene som ble introdusert med oppdagelsen, som ga et helt nytt bilde av hvordan vårt arvestoff er organisert. La oss derfor se litt på hva som menes med at gener er splittet.

I hver eneste av kroppens cellekjerner har vi 46 kromosomer, som hver består av ett enormt langt DNA-molekyl assosiert med ulike proteiner. Langsetter DNA-molekylene ligger genene som avsnitt, hvert av dem med oppskrift for hvordan et bestemt protein skal bygges opp. Når cellen skal danne et bestemt protein, lager den først kopier eller avskrifter av genet for proteinet. Genkopiene, mRNA, fraktes så fra kjernen til cytoplasma. Det er som om vi skulle ha enorme kokebøker fast lagret inne i et eget bibliotek, slik at når vi skal lage en bestemt rett, må vi fotokopiere den relevante siden og deretter ta kopien med ut i kjøkkenet.

Inntil 1977 var vi overbevist om gener var kontinuerlige og at mRNA-kopiene var tro kopier av de tilsvarende avsnittene i DNA. Roberts og Sharp viste at dette ikke var tilfellet, men at gener tvertom kunne være splittet opp i fragmenter adskilt av lange meningsløse biter. Det ble raskt klart at nesten alle genene hos planter og dyr er splittet i mosaikker av meningsfulle og meningsløse sekvenser, og at de meningsløse sekvensene sågar ofte er mange og

utrolig lange. Det er som om kokebokoppskriftene våre skulle ha noen få linjer med mening, så kanskje en hel side med vrøvl, før oppskriften fortsetter med noen få linjer med mening, og så videre i underlig repeterende mosaikker av vrøvl og mening.

Umiddelbart virker det hele tungvint, overflødig, ja like fremt bisarrt. Samtidig er det klart at oppdagelsen av splittingen rommer nye utfordringer. Den første var å finne ut hvordan cellene klarer å overse eller bli kvitt de meningsløse segmentene. De brukes ikke til å lage proteiner – de betegnes derfor stumme intragene-regioner, eller *introner* – og må derfor fjernes på veien fra kjernen til cytoplasma. Denne problemstillingen førte til oppdagelsen av *bearbeiding*, dvs. kutting og spleising, av mRNA. Det viste seg at når genene skal avleses, skjer dette ved at hele sekvensen, inkludert de mange og lange intronene først kopieres i sin helhet. Deretter kuttes intronene vekk og de meningsfylte bitene, som kalles eksoner, spleises sammen. Hvis vi igjen tyr til kokebokbildet, betyr det at vi først tar en kopi av hele oppskriften, deretter klipper vekk bitene med vrøvl og så limer de meningsfylte bitene sammen.

La oss ta et eksempel, og siden det er i dette forum, bruke et klinisk relevant, dystrofin. Proteinene, som er en del av cytoskjelettet og er det defekte genproduktet ved Duchennes muskeldystrofi, er 3 685 aminosyrer langt. mRNA har tilsvarende ca. 13 000 baser (3 685 x

3, svarende til 3 baser per aminosyre, pluss ekstrabiter i hver ende). Dystrofinogenet sprer seg imidlertid over hele 2,5 millioner baser (bp) og har innskutt hele 64 introner, som i gjennomsnitt er 35 000 bp lange. Det lengste intronet er på 250 000 bp! Til sammenlikning er de 65 eksonene i gjennomsnitt ikke mer enn 200 bp lange. Hver gang genet avleses må hele sekvensen på 2,5 millioner baser transkriberes og deretter må intronene møysommelig kuttes ut og eksonene pinlig nøyaktig spleises sammen.

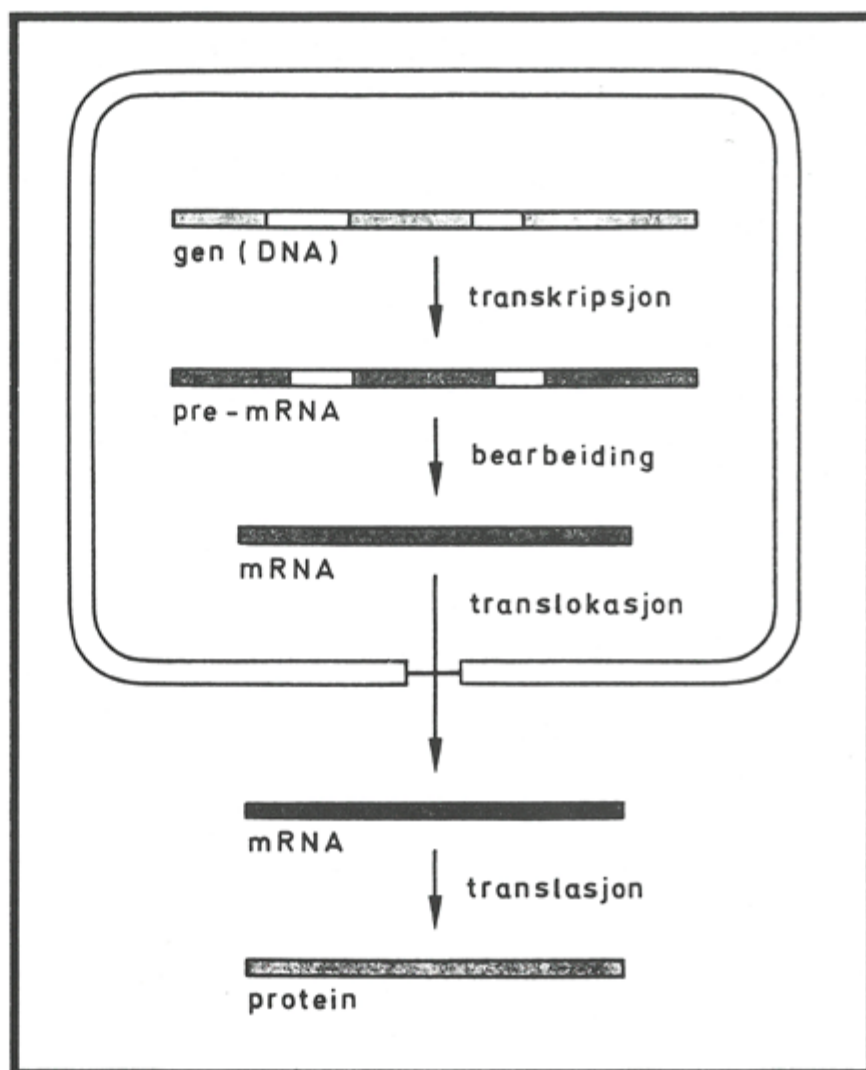
At klipping og liming må skje fullstendig presis, henger sammen med den spesielle måten budskapet i det ferdige bearbejdede molekylet leses på når proteinene skal lages. Husk at det leses fortløpende tre og tre tegn av gangen. (Prøv å lese hunvilblisurnårjeggår ved å dele opp i ord som består av tre og tre bokstaver, gjør så det samme etter å ha fjernet en bokstav tidlig i sekvensen. Som et apropos kan det skytes inn at amerikanerne vanligvis illustrerer dette med sekvensen thecopsawhaimaimthegu.) For å få til presis kutting og spleising trenger cellene åpenbart et sofistikert bearbeidingsystem. I kjernen ligger da også store redigeringsentraler, som har fått den talende betegnelse spleisesomer.

En utfordring har vært å finne årsaker til splittingen av gener. Det er på langt nær enighet om dette ennå, men la oss antyde i hvilke retninger forskere tenker. Det er her verdt å merke seg at genene til vanlige bakterier (eubakterier) ikke er splittet. En mulighet er at gene-

ne til urcellene som senere utvikler seg til planter og dyr opprinnelig ikke var splittet, men at de etterhvert ble det under utviklingen av høyere livsformer. Hvordan kom så splittingen i stand? En teori går ut på at intronene opprinnelig er parasitterende DNA, som i store mengder nå er innskutt i våre gener. Nettopp fordi de er innskutt inne i, istedet for mellom våre gener, har det vært vanskelig å bli kvitt dem ved seleksjon i evolusjonen.

Tanken på at vårt arvemateriale er overstrødd med parasitterende elementer kan synes vanskelig å forsones seg med. Vi er vant til å tenke oss levende organismer som høyt perfeksjonerte, uansett om vi tror de er oppstått ved en skapetakt eller formet gjennom evolusjon. Hvis vi holder oss til evolusjon, som er vitenskapens domene, er det da mulig å finne fordeler som kan oppveie den åpenbare ballast splittingen representerer? En teori er at splittingen av gener har gjort det mulig å stokke om på eksoner og dermed til raskere å utvikle nye funksjonelle proteiner i evolusjonen, slik at arter med splittede gener hurtigere har kunnet tilpasse seg skiftende miljøer. Det er også foreslått at gensplittingen har vært en forutsetning for utviklingen av nye og høyerestående arter. Etterhvert som stadig flere proteinsekvenser er blitt kjent, har det faktisk vist seg at svært mange av våre proteiner er resultat av eksonstokking. (Hvis det er vanskelig å forstå dette poenget, la oss tenke oss at vi ønsker å lage en litt annerledes rett enn dem vi har i kokeboken. Istedet for å utvikle oppskrifter for hver enkelt del (saus, poteter, grønnsaker osv.) til retten fra bunnen av, kan vi hente dem fra forskjellige eksisterende oppskrifter og kombinere dem til en ny rett.)

Oppdagelsen av splittede gener har ført med seg mange andre nye og uventede observasjoner. Her kan nevnes fenomener som alternativ spleising, overlappende gener, gener innskutt i gener og



Figuren viser stegene fra gen til protein. Splittingen av gene gjør det nødvendig å bearbeide det primære transkriptet – pre-mRNA – før translasjonen kan påbegynnes. I samsvar med dette er DNA, transkripsjon og bearbeiding fysisk adskilt ved et kjernehylster fra cytoplasma, hvor translasjonen foregår. Bare ferdig bearbeidet mRNA føres gjennom kjerneporer til cytoplasma. Bakterier har ikke splittede gener, følgelig ikke behov for bearbeiding og separering av DNA i egen kjerne.

kontrollregioner innbakt i intronene. Oppdagelsen inneholdt alle de elementer enn sann vitenskapelig revolusjon skal gjøre: Den løste tidligere uforklarlige fenomener, sendte bølger av vantro forundring gjennom forskersamfunnet, åpnet en ny verden og forandret deler av biologien radikalt.

Av ulike grunner bør vi derfor ha elementært kjennskap til hva splittede gener er. For det første er vi som medisinerer også humanbiologer og bør som sådan ha noe kjennskap til en oppdagelse som

skapte store forandringer. Derne er det et praktisk aspekt. Molekylærbiologien er i ferd med å revusjonere medisinen. Ikke minst vil gjennomføringen av HUGO, det Internasjonale humane genomprosjektet, bety en omveltning. Gentester er på full fart inn i medisinen. Dersom vi ønsker å forstå noe av grunnlaget for disse testene, må vi ha et visst kjennskap til hvordan genene er organisert. Roberts og Sharp viste altså at de er splittet, en oppdagelse som i høyeste grad fortjener en Nobelpris.

Etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis

Etterutdanningen er kommet i stand på bakgrunn av et samarbeid mellom Allment praktiserende lægers forening (APLF), Norsk bioingeniørforbund (NOBI), Norsk hjelpepleierforbund (NHF) og Norsk Legesekretærers Forbund (NLSF).

Kursets mål er å gi en faglig kompetanseheving av det daglige arbeid.

Målgruppen er medarbeidere i allmennpraksis uavhengig av tidligere faglig bakgrunn og geografisk tilhørighet.

Kurset foregår som veiledning via grupper på 5–8 medarbeidere og består av 120 kurstimer fordelt på møter à 3 x 45 min. ca. hver 14. dag over en to-års periode.

Deltakeravgiften er beregnet til ca. kr. 3.000,- pr. år pr. deltaker.

Krav som stilles til veileder er en fagutdanning og god kjennskap til allmennpraksis, og rekrutteres blant NHFs, NLSFs og NOBIs medlemmer. 1. kursuke for veiledere er berammet til 19.–23. januar 1994. 2. kursuke blir etter ca. ett års veiledning.

Oppstart av gruppeveiledning vil bli sommer/høst 1994.

Interesserte bes henvende seg til:

Norske Legesekretærers Forbund, Pb. 9202 Grønland, 0134 Oslo.

Kurs om myofascielle smertesyndromer og triggerpunktbehandling

Smerter i muskel-skjelettsystemet utgjør en betydelig del av vår allmenntilstand hver dag og er ofte en kilde til frustrasjon både for pasient og lege. Kunnskapsnivået står ikke i rimelig forhold til problemets omfang. Særlig tror jeg diagnostikken er for upresis og unyansert. Det er en tendens til å presse ulike tilstander inn i et for snevert utvalg med diagnostiske merkelapper. Er hammer det eneste redskapet en har, vil mange skruer fortone seg som spikre. Behandlingen må nødvendigvis bli suboptimal.

Som et apropos til dette og Satya Pal Sharmas instruktive artikkel om akupunktur i dette nummer av Utposten, vil jeg rette oppmerksomheten mot et kurs om myofascielle smertesyndromer og triggerpunktbehandling. Kurset arrangeres av Norsk Idrettsmedisinsk Institutt (NIMI) og Oslo legeförening og har allerede gått i noen år. Det er åpent for fysioterapeuter og leger.

Foreleserne representerte et

spennende møte mellom praksis og teori i form av fysikalsk medisinere med stort praktisk erfaringsmateriale og forskere med spisskompetanse innen nevrofysiologi og nevroanatomi, men uten sjenerende pasientkontakt.

Det diagnostiske utgangspunkt er at myofasciell smerte ikke sjelden er referert, og at dette skjer på en rimelig lovmessig måte som er empirisk kartlagt blant annet gjennom arbeidene til amerikanerinnen Travell. Når du ikke finner en rimelig lokal årsak til smerten, skal du lete systematisk etter triggerpunkter der de erfaringsmessig er å finne! En viss oppgradering av gammel anatomikunnskap er nødvendig i tillegg til instruktive atlas. Hvem husker at multifidene er et sett med dype ryggmuskler og ikke en øygruppe i Stillehavet? Bruk av lokalanestesi er et nyttig hjelpemiddel for å sannsynliggjøre ømme triggerpunkter som utgangspunkt for referert smerte.

Relevant behandling av aktuelle triggerpunktene vil variere avheng-

ig av til grunnliggende patologi. Ulike former for fysioterapi kan være aktuell; tøyninger, styrkeøvelser, ulike former for varmebehandling, TNS og massasje. Effekten vil ofte være bedre enn det en ellers ser fordi behandlingen rettes mot riktig sted.

Bruk av akupunktur nåler i triggerpunkter eventuelt tilkoblet strøm fra TNS-apparat viser seg ofte å ha god smertesstillende effekt på flere av disse tilstandene. Forskerne forklarte hvorfor. Mye tid ble brukt til praktisk øvelse i nålesetting. Jeg hadde ikke drømt om å ta i bruk akupunktur nåler etter et tredagers kurs, men etter å ha fått satt nålene inn i en faglig referanseramme vi er fortrolige med og har betydelige kunnskaper om, har jeg faktisk skiftet mening. Men det er altså snakk om nålebehandling av triggerpunkter, ikke kinesisk akupunktur med påvirkning av Yin og Yang.

*Kommunelege Petter Øgar,
6790 Hornindal.*

Presisering angående artikkelen i forrige nr. «Hvis helse er et ork, er det helse da?» av Helge Worren:

Denne illustrasjonen manglet dessverre tekst i 6/93.

Illustrasjonsteksten skal være:
Så lett er det nok ikke å omgjøre kunnskap til handling.





2. prisvinneren i essaykonkurransen:

Sølvtråd i min vev

Tekst: Pål Gulbrandsen

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Gift med Karin, 2 fine gutter på 13 og 11. Sitter i Drammen bystyre, spiller piano og fotball, går på skauen med vorstehhund, leser filosofi og hater hagearbeid og småreparasjoner.

«Når alt kommer til alt fortjener vi alle et trygt hjem, mat, klær, en passe uforutsigelig hverdag, litt ro og fred – og noen som er glad i oss. Verken mer eller mindre.»

Alt har en pris. Melk og brød, hofter og hornhinner, bomber og granater har en pris. Begravelser har sin. Akupunktur, homøopater og Ring Medisinske Senter har sine.

I dette liberalistiske teater opererer også vi. Vår pris er høy, uavhengig av hvordan den fordeles mellom enkeltmenneske og stat. Er det derfor Norges mest begavede ungdommer slåss om å delta i denne underlige geskjeft: Å grave i underliv, tømme illeluktende ateromer, studere blå og røde føtter, lytte til de samme tørre lungelydene eller tvilsomme døgeniktens utlegninger om alt de ikke klarer?

Eller er det noe annet – som å få sitte ved livets vevstol?

Med seks allmennmedisinske kasuistikker ønsker jeg å vise hvor umulig det er å sette pris på oss. Hva enten vi gjør rett eller galt blir resultatet ubetalelig.

En dag hilser en ny kvinne på meg, smiler og gruer seg tydelig. Jeg ville ikke snudd meg etter henne på gaten, men hun har et pent smil og varme øyne. Jeg elsker henne alt fra hennes første replikk, «jeg kommer til deg fordi jeg har hørt så mye bra om deg» (Hurra!), og kommer straks til poenget. Skjelvende sitrer hun at det er slett ikke hennes stil, det har aldri skjedd før, hun har vært gift i nesten 20 år, men var altså fort og hektisk og dessuten mislykket utro for 3 uker siden og har ikke hatt ro i sinnet siden. – Har jeg fått chlamydia eller HIV?

– Er du syk? Har du symptomer?
– Nei, jeg er bare livredd.

To møter til blir det, om en mann som ikke vil ha henne, sier hun er blitt så gammel og tykk, noe jeg finner forferdelig lumpent – og det

sier jeg rett ut. Og tårene som da kommer, hun føler seg jo aldeles verdiløs. Vi samtaler og skjønner sammen at det er mannen det er noe i veien med, dette er en enorm lettelse for henne. Jeg kjenner varme for denne kvinnen, det føles naturlig å gi henne komplimenter – for hennes sjarmer, skjønnhet og åpenhet. For disse gråter hun i takknemlig glede, hva som lettet mest av komplimentene eller negative prøvesvar vet jeg ikke, men deilig var det å være med. Etthundreog-syttiseks kroner ga hun meg for denne fellesopplevelsen.

Ulla, noen dager tidligere. Det eneste positive med konsultasjonene med denne lett mentalt tilbakestående kvinnen før – hadde vært kort varighet. Loddselger av «yrke», et lite tilskudd til en selvfølgelig uførepensjon. Oftest ordnet, av og til lett alkoholluktende, og det samme mimikkuløse ansiktet hver gang. Denne gang spør hun meg om hun kan være gravid. Noen korte kontrollspørsmål avklarer at samleie er gjennomført, at hun ikke kjenner mannen, og visst er hun gravid. Jeg kjenner tristheten velte i meg, men spiller et krevende skuespill. Tenker å holde meg nøytral – som vanlig, spørre åpent: Hva synes hun om å være gravid? Svaret tar sin tid. Først ser hun rett fram bak meg – så på sine knær. Jeg hører hun svelger. – Jeg vet ikke, hvisker hun.

– Du virker trist, sier jeg (selv om ansiktet er like uforandret, ikke en trekning), – vet du ikke om du vil ha barnet, eller...

En eneste tåre i stenansiktet. Ny svelging, og nå kjenner jeg det i magen: – Nei, jeg vil ikke ha det – hvis de gjør sånn som forrige

gang. Med denne replikken får jeg et øyeblikks kikk ned i en krypte av sorg. Et tap barn, berøvet henne ved fødselen – av barnevernet. Jeg hadde kjent henne i 4 år, men visste ikke at hun var mor.

Det er ikke det letteste jeg har gjort, å si til henne at det nok ville skje igjen... Etter at hun er gått ut forfatter jeg henvisningen til gynekologisk avdeling. Der ber jeg tydelig om at de tar vare på henne, all hennes sorg er min i det øyeblikket, og jeg må trekke pusten litt ekstra før neste pasient: En trivialitet ganske sikkert.

Forresten, ut av hennes enkle pung må jeg først trekke syttiåtte kroner.

Så nå har jeg to farger i min vev, og mange bilder. Det kunne vel passe nå å fortelle om den uendelig plagsomme gamlingen jeg slet med i hele fjor. For en masekopp! Ille nok er det med alle damene som kommer og klager over slapphet, men når menn også!! Her kommer altså, i april, en meget sprek utseende mann jeg kjenner fra før som selvopptatt og kjedelig, og klager over slapphet! Ingen andre symptomer, jooo kanskje litt forstoppelse hvis han kjenner godt etter – og det gjør han på min like innestengte som tåpelige oppfordring. Klinisk undersøkelse negativ selvsagt.

Men så har han jo til en forandring en høy senkning og litt lav blodprosent, og alt ligger til rette for strak utredning mot en cancer, sannsynligvis i magen. Etter manglende napp på røntgen av lunger og tarm og ultralyd av magen, overlater jeg ham til medisinsk avdeling for resten av detektivarbeidet. I mellomtiden har han da også fått litt magesmerter.

En ukes opphold, frikjent for kreft, ingen forklaring på senkningen og værsgod! Mannen, som etter hvert nå blir tiltagende utålmodig, syter og klager over smerter i muskler og ledd. Han er så paddete når han kommer at jeg blir halvkvalm bare jeg ser navnet hans på dagens liste. Plutselig leg-

ger jeg sammen to pluss to og finner polymyalgia rheumatica, hvorpå han gis prednison – trass i negativ temporalisbiopsi. Ingen effekt – i alle fall ikke på smertene i muskler, ledd og mage. Tarmen er imidlertid velfungerende. Og mannen betaler.

En dag han kommer uforvarende på meg (hadde ikke lest lista skikkelig!) ser jeg plutselig hvor syk han ser ut og bestemmer meg for nytt fremstøt mot medisinsk avdeling. Innleggelse i september, utskrevet med diagnose leddgikt, aktiv behandlet med cellegift, gull og cortison. Like sur. Han virker utakknemlig, og har dessuten etter hvert gitt uttrykk for at han er drittlei kona. Før kunne han gå så mye han ville på skauen. Nå når han ikke orker gikk hun bare rundt og kjefet, klaget over alt han skulle ha gjort og skjønte ikke hvordan han led!

Jeg fant så ut at han var deprimert, så på ham med litt blidere øyne, og ga et antidepressivum. Ikke hjalp det på depresjonen, og ikke hjalp antirheumatika på senkningen. På grunn av en flekk på et nytt lungerøntgen ble han igjen utredet. Man mente å finne tuberkulose. Under sykehusoppholdet bestiltes time ved familievernavdelingen for ekteparet – som på dette tidspunkt ble ansett å være som hund og katt. Før timen døde imidlertid mannen av akutt lungevikt og sepsis, temmelig overraskende oppstått mens han lå på hospitalet. Obduksjonsrapporten viste en kronisk abscess på bakre bukvegg. Jeg tipper den hadde startet hele prosessen.

Kona så jeg aldri før. Nå ser jeg henne av og til. Hun er rasende på sykehuset, ikke først og fremst på grunn av mangel på korrekt diagnose, men på grunn av at hun føler sin innsats som ektefelle mistenkeliggjort. Var det rimelig at hun, som hadde kokt hans mat og vært hans tjener i 50 år, skulle kritiseres for ikke å forstå ham nok, ja sågar bringes til familievernkontor? Og hadde de ikke betraktet

hennes mann som en sytende hypokonder?

«Hypokonderer døde i natt» er et munnhell i våre kretser. Jeg har sett det. Dette er min kunnskap: Vær på vakt når noe ikke stemmer! Stol ikke på spesialistene. Det finnes andre farlige sykdommer enn kreft. Har forøvrig ikke reagert på hvor mange hundre han la igjen i kassa mi før han døde.

I et bitte lite eventyrhus med en eventyrlig liten hage midt i tjukke byen fant jeg en ettermiddag en enorm eggstokk-kreft hos en barnløs eldre kvinne. I stolen 2 meter unna satt mannen hennes stille med hendene i fanget. Mange måneder satt han ved hennes seng på sykehuset, hver dag i fra sju til sju. Til slutt døde hun. Det hadde han forstått og ventet. Tror du han er ensom nå? Jeg ser ham ikke ofte, på langt nær så ofte som jeg tenker på ham. Det gjør jeg nemlig hver gang jeg sykler forbi det lille huset i min fritid. Han har en del mindre kroppslige plager som han av og til dukker opp med, før konas død hadde han ikke vært hos lege på 40 år. I begynnelsen foreslo jeg pensjonistforeningen, eldresenteret, sjakkklubben. Men nei, han hadde egentlig aldri likt seg så godt blant folk – han og kona hadde hverandre – de trengte ikke mer selskap. Etter hvert har jeg forstått at jeg ikke skal mase om aktiviteter, men jeg har ikke forstått at han orker livet alene i det lille huset, han gir jo så tydelig uttrykk for ensomhet! Jeg burde besøke ham, men nå er det vel for sent... – Dessuten er det jo min fritid...

Hver gang vår konsultasjon er avsluttet takker han høflig, setter hatten nennsomt på hodet, og forlater meg – den mest velstelte og pertentlige enkemann jeg kjenner – i alle fall på 81. Han forlater meg. Det er så underlig, det er akkurat som jeg har fått hans ensomhet. Jeg undrer på om det har noe med pengene å gjøre. Det er så mye av det jeg gjør som jeg ikke synes burde koste noe, selv

om det tar tid. Når han betaler meg for selskapet, føler jeg meg nesten prostituert.

Svimmelhet er det mye av her i verden. De første månedene i praksis utredet jeg temmelig mange acusticusneurinomer og mulige arytmier. Bare i dag så jeg to svimle eldre. Den ene var en ganske enfoldig og uendelig takknemlig mann. Han følte seg stort sett ganske bagatellmessig ustø, men av og til hadde han nesten stupe. Min meget grundige vertigoanamnese (det er bryet verdt) avslørte at dette alltid inntraff dersom han gikk i egne tanker. Ikke stive nakke-muskler, ingen arytmier, normale hjernenner. Jeg tillot meg å forklare at hans aldrende hjerne var avhengig av en viss konsentrasjon for å beholde likevekten, på grunn av lett sviktende informasjonsgrunnlag fra de forskjellige sansene. Dette godtok han med stor gjenkjennelse og glede, fordi det ikke var farlig, og fordi jeg sa det. Etter at jeg for noen år siden én eneste gang lyttet lenge til ham, forklarte grundig og forenklet hva hans symptomer betydde for meg, har han vært min trofaste beundrer. Til de grader at han en gang betrodde meg at han manglet testikler og hadde svært liten penis. Dette forundret meg siden han var gift og hadde barn. Etter litt frem og tilbake fikk jeg inspisere terrenget. Det dreiet seg ganske riktig om litt små jo-jo testees, men en normal penis. Han skammet seg fælt under undersøkelsen. Et par år senere sa han en passant at etter min vurdering hadde han nesten sluttet å tenke på noe som hadde plaget ham helt siden puberteten.

Dette ga meg et lattermildt pust av glede. Tenk å få lov til å kikke på hans dypeste skam og ta livet av den i løpet av minutter!

Det er så ubehagelig lite intellektuelt, dette her. Hver dag sitter jeg, med min skarpe hjerne som både elsker statistikker og skjønner signifikanser, og diller med smerter her og tårer der. Krangler om

trygderettigheter, avslår og pruter på B-preparater, lytter til meningsløst senilt paranoid pludder. Forklarer igjen og igjen og igjen til kollektivt bedratte menn og kvinner at det er grenser for hva man kan finne ved en sjekk og gjøre med skolemedisin. Er det fornuft i at landets klareste hjerner blir leger?

Ja, hvis de øser av referansene (1-3) nedenfor. Nei, hvis det er pengene de er ute etter.

Etter at jeg begynte privat praksis ble pengene en viktig del av mitt liv. De er der hele tiden, så synlige som avslutning på konsultasjonen, som irritasjon ved ikke avbestilte ekstra lange konsultasjoner der den psykiatriske syke uteblir. De er der ved dagsavslutning, månedsoppgjør og selvangivelse. De er der når jeg reiser på kurs eller ferie. De måler ut min tilstedeværelse, min effektivitet, min sykdom. De er mange, nærmest en overflod, mye mer enn den forutsigelige sum fastlønnsavtalen ga. Mange sier denne overfloden oppveier alle de tunge avgjørelser, det slitsomme kveldsarbeid, studielån, etableringslån... – at noe må man jo ha igjen for strevet.

Vi selger en vare – vår kunnskap. Men vi gjør også mye, mye mer. Vi deltar i liv etter liv. Vår plass er en annen enn rørløperens. Folk betaler gjerne, det er ingen tvil om. Men kan vi motta gjerne? I «Profeten» sier Kahlil Gibran om å kjøpe og selge: «Men hvis denne byttehandelen ikke skjer i kjærlighet og med vennlig rettferdighet, vil den ikke føre til annet enn overflod for enkelte og sult for andre».

For meg er det et paradoks at de vi ser oftest, og som mest bidrar til vår overflod, det er de vi ikke kan kurere, de som vedblir å lide, eller være redde. Mange har skjor økonomi. Direkte ubehagelig blir det når nettopp disses inntekter bestemmes av oss, av vår diagnostiske kraft eller evne til å omskrive fakta i en norsk stil til trygdekontoret!

La meg fortelle en siste ubetalelig historie fra min vevstol:

Andersen hadde jeg sett et par ganger for influensa. I fjor høst kom han med hodepine og nakkesmerter. Han kunne fortelle at han ni måneder i forveien, under sitt arbeid som lastebiljåfør (og -eier), hadde fått en pakke fra en palle i hodet. Hodepinen hadde begynt noen måneder seinere. Nå var han så plaget at han hadde problemer med å si ja til oppdrag – men det måtte han jo, for å overleve. 60 år gammel, en branne av en mann, med snille, trette øyne. Utredet uten å finne nevrologisk årsak til plagene. Langsomt ble bildet av en utbrent mann tydelig: Uforetrygdet nerveplaget kone, to voksne døtre med leddgikt fra barnsben av, og han en mann av ære. Ikke en dag sykmeldt, ikke et øre fra det offentlige, finansiert universitetsutdannelse for døtrene, hver eneste dag reiser han til den dårligste av dem, hjelper henne å stå opp, stelle huset, omsorg i et omfang jeg er nesegrus overfor.

Etter 5-6 møter kommer han en dag beslutsomt inn. – Jeg vil vise deg noe. – Ja gjerne... Han bretter opp skjorta og ber meg kjenne på en rekke store kuler han har. Det gjør jeg. – Ja, dette er fettkuler. Noen får mange av dem. De er helt ufarlige, men kan noen ganger gi smerter.

Han ser på meg, nølende: – Ja... er det ikke kreft?

Spørsmålet stilles to ganger, hvorpå han sukker som en hund og setter seg: – Jeg har vært redd i 30 år.

Han hadde oppsøkt lege. Legen tok kulene alvorlig og sendte ham til kirurg. Kirurgen hadde sagt at de kunne han ikke gjøre noe med. Min pasient trakk da den konklusjonen at han allerede var uhelbredelig syk. Han sa ikke noe til sin allerede den gang syke familie. Han gikk ikke til flere leger, en dødsdom blir ikke mildere om du får den to ganger. På den tiden var han skomaker. Han gikk til sitt verksted og laget alle de skopar

hans døtre ville trenge gjennom hele oppveksten, og gjemte dem i skapet. Han visste ikke hva mer han kunne gjøre for dem. Jeg synes på samme tid det er så tappert og så feigt. Det er så inderlig menneskelig, forståelig og tragisk.

Mannen er ikke dum. Ettersom årene gikk skjønte han etter hvert at faren for umiddelbar død ikke var der. Ja, innen han kom til meg hadde han til og med forsonet seg med kulene, begynt å tenke at han kanskje skulle dø av noe annet. Men kreft var det, inntil i vinter. Jeg er så utrolig glad for den tilliten.

Ham har det kostet rundt firehundre å oppnå den. Og likevel kan ikke jeg med diagnose eller ren episk kraft åpne pensjonskassa.

Jeg hører til stadighet kolleger hevde at uten normaltariffens belønningsmodell ville køene bli

håpløst lange. Det er mulig, selv om jeg vil hevde at andre mekanismer er tyngre determinanter for kødannelse, eksempelvis urbanisering, økt migrasjon, dårlige bomiljøer, massemedia. Til dels virker også den arbeidsform normaltariffen oppmuntrer til inn. Korte konsultasjoner gir mange konsultasjoner. Men mitt beste argument for fastlønned legearbeid er likevel den forandringen jeg har merket hos meg selv – såfremt den er allmenngyldig. Og hva består så den i?

Jo, gleden over det spennende vevstykket forstyrres av en pekuniær sølvtråd som ser ut til å ville ha en stadig større plass i min årelange billedvev. Den skinner så skarpt at den overskygger det faktum at alle de andre tusener av farger opptrer igjen og igjen, i stadig nye former og konturer. Dette er

jo takknemligheten, at veven lever sitt eget liv der jeg får være skaper og deltager samtidig.

Det slitsomme er at den aldri blir ferdig.

Det bitre er ikke å kunne vise fram resultatet.

*Pål Gulbrandsen
Drammen Legesenter*

Referanser

1. Øynene og ørene
2. Pusten
3. Hjertet
4. Pengeskuffen

Smil i hverdagen



Våre tyngende hverdager

– begrunnelser for en desentralisert psykiatri

Psykiatrihøring i en av Lofotkommunene våren '94: Ordføreren uttaler at han ikke har noe kjennskap til psykiatri eller psykiatiske pasienter. Han anmeldes ikke for tjenesteforsømmelse, men han og de lokalpolitiske system trekkes heretter med i en kontinuerlig dialog. Sju år etter deltar pasienter og pårørende aktivt i planlegging av psykisk helsevern i regionen og i de enkelte kommunene. I mellom ligger en systematisk utvikling av en av de mest konsekvente, desentraliserte og samfunnsnære lokale psykiatriske tjenester i Norge. En paradoksal overskrift i Lofotposten: «Psykiatiske lidelser er helt normalt», gir en viktig del av begrunnelsen for et desentralisert psykisk helsevern.

Omfang av psykiske lidelser

I en undersøkelse som nylig er foretatt i Lofoten og en bydel i Oslo finner man at minst 15% av den voksne befolkningen den siste uken har hatt så mye psykiske plager at de behøver hjelp for dette. Dette bekrefter tidligere undersøkelser, både fra Lofoten, Oslo og andre steder i Norge. I løpet av livet vil ca. en tredjedel av befolkningen ha eller ha hatt en klar psykiatrisk lidelse. I den samme undersøkelsen svarer 80% at de har vært i gjennom hendelser de føler er verre enn det folk vanligvis opplever og som ville være opprivende for de fleste. I realiteten betyr dette at vi alle, direkte eller gjennom noen som står oss nær, rammes av psykiske lidelser eller kriser som kan utløse dette.

Livsbelastninger og psykiske lidelser

Både i Lofoten og Oslo er det klare sammenhenger mellom det å ha

Tekst: Tom Sørensen,
Sidsel Gilbert og
Knut W. Sørgaard

Tom Sørensen: professor dr.med., instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo. Psykiatrisk avd. A, - Ullevål sykehus, Oslo.

Sidsel Gilbert: Avdelingsoverlege, psykiatrisk senter, Gravdal sykehus, Lofoten

Knut W. Sørgaard: spesialpsykolog/forskningskoordinator, Nordland psykiatriske sykehus, Bodø.

psykiske plager og vanlige belastninger i hverdagene. Det kan være problemer hos eller i forhold til ektefelle, hos barna våre eller med økonomien. På samme måte tynges vi når nære venner eller familie dør, særlig dersom det skjer brått. Det samme skjer når vi eller de nære har alvorlige somatiske sykdommer. Det er normalt å ha psykiske lidelser. Normale livsforhold bidrar sterkt til dette, men lidelsen er ikke mindre, krever ikke mindre hjelp og fagkunnskap for det.

Beskyttelse mot psykiske lidelser

Ikke alle som kommer i slike livskriser utvikler alvorlige psykiske plager. På beskyttelsessiden er det særlig viktig å ha (1) noen som setter pris på, er glad i eller respekte-

rer oss, (2) noen som forstår det vi gjør og sier, (3) noen som kan gi oss bistand når vi er syke eller på annen måte trenger assistanse og (4) det å ha tilhørighet i en gruppe som føler samhørighet og forpliktelser overfor hverandre. Dette nære, kanskje selvsagte mennesker i mellom må også stå sentralt i psykiske helsevern; noe vi alle trenger når livet tynger oss.

Også for gruppen med langvarige og svært funksjonsnedsettende psykiske lidelser blir hverdagslivet, det sosiale nettverk og hvordan dette mestres, avgjørende for god eller dårlig livskvalitet. Dette kom klart frem på idedugnadene sammen med pasienter og pårørende i hver av Lofotkommunene. Også helsepersonell i regionen vurderte i en undersøkelse slike behov som helt avgjørende, men anga også store mangler akkurat på dette området.

De uverdige syke

De vedtatte innstramningene i sykmeldinger og trygdeytelser er uforståelige utfra den kunnskap vi har etablert om sammenhengen mellom hverdagsbelastninger og psykisk helse. Vi tror det er en reell grunn til å frykte at folk med forståelige årsaker til deres problemer, som økonomi eller tap av nærstående, ikke skal anses som «verdige syke» i trygdemedisinsk forstand. Noe som kan forsterke en slik utvikling er at diagnosesystemet innen psykiatri i hovedsak bygger på erfaringer fra de pasienter som når frem til spesialistnivå og ikke nødvendigvis speiler det lidelsespanorama som finnes i befolkningen og bare synliggjøres i allmennpraksis. På samme måte som et benbrudd etter en trafikku-

lykke er «like medisinsk» som et som bunner i beinskjørhet, er en depresjon like reell selv om den har bakgrunn i at en har mistet jobben.

Kompetanse lokalt

Det store omfang av psykiske lidelser og den nære sammenheng med belastninger og ressurser i folks vanlige liv, krever at det mest kompetente psykiske helsevern arbeider nær menneskers hverdag, der de bor, arbeider og elsker. I disintegrete lokalsamfunn med sviktende samhandling, ledelse, beskyttelse av individet og økonomisk levedyktighet, finner man oftere mange som sliter med psykiske problemer. I slike lokalsamfunn rammes folk av mange belastningssituasjoner samtidig som den sosiale nettverksbeskyttelse er svekket. Dette at også forhold ved lokalsamfunnet påvirker vår psykiske helse taler enda sterkere for et godt utbygd psykisk helsevern nært vårt dagligliv. Psykiatrien bør være en del av de ressurser lokalsamfunn kan dra på i de store som i de hverdagslige kriser. Vi som arbeider med psykiatriske problemer bør kunne arbeide så nær at det føles helt fremmed å gi time på mandag når mennesker rammes og de eller primærhelsetjenesten trenger bistand fredag kveld.

Den strategiske nettverksmodell – et nettverk for mental helse

Det store omfang av psykiske lidelser tilsier også at dette ikke er en oppgave som alene utføres av psykiatere, spesialister i klinisk psykologi eller andre med lange spesialutdanninger i psykiatri. Behandling av psykiske helseproblemer må være en prioritert og integrert del av den vanlige helse- og sosialtjeneste i kommunene. I den modellen som er utviklet i Lofoten: «Den strategiske nettverksmodellen», har det å integrere spesialistpsykiatri og allmennhelsetjenesten vært en bærebjelke. En

kontinuerlig satsing på nært samarbeide har økt kunnskap og ferdighetsnivået hos alle parter. Dette inkluderer pasienter og befolkningen for øvrig. Målet har vært å gi befolkningen som helhet optimal bistand. For at dette skal oppnås må man forhindre formålsløs oppsplitting i byråkratiske nivåer og sektorer. Det må ikke bli slik at ulike instanser er mer opptatt av å poengtere hva som er andres ansvar enn av at den befolkningen man arbeider i forhold til får optimal service.

Modeller som fragmenterer

En bedriftsmodell, med begreper som konsern og divisjon og hvor målet er lønnsomhet for den enkelte enhet uavhengig av helheten i tilbudet til befolkningen, blir et hinder for et desentralisert helhetlig tilbud. Organisering utfra slike modeller, er etter vår vurdering et alvorlig tilbakeskritt for psykisk helsevern. Organisering med hovedvekt på spesialiserte funksjoner eller pasientgrupper innen en større region vil også uvilkarlig motvirke utvikling av et integrert kompetansenettverk nær pasienters hverdag.

Norge inndelt i kommuner som basisenheten for organisering både av helse-, omsorgs- og sosiale tjenester, og hvor den fylkeskommunale psykiatri skal forholde seg til en avgrenset gruppe av kommuner, gir ideelle rammer for et integrert psykisk helsevern. Det fragmenterte hjelpetilbud man i andre land har måttet rette opp ved «case management» metoder, kan hos oss tas vare på ved at den psykiatriske poliklinikk, de psykiatriske sentra, har relativt små opptaksområder og arbeider nært sammen med kommunehelsetjenesten.

Et integrert ansvar

En pasient med store psykiske problemer har et skiftende og mangfoldig behov for tjenester. De skal

derfor kontinuerlig være 100% fylkeskommunalt ansvar og 100% kommunalt ansvar. Det psykiatriske sykehus, på samme måte som den psykiatriske poliklinikken skal være en integrert del av hver enkelt kommunes og lokalsamfunns mental-helse-nettverk. Sentrum må ikke være sykehuset eller faggrupper, men den befolkningen de arbeider i forhold til.

Et psykiatrisk sykehus, eller en spesialistpsykiatri som på annen måte er konsentrert i store enheter, med ansvar for store befolkningsgrupper, står kontinuerlig i fare for å avskjæres fra en slik nødvendig nærhet og kjennskap til folks hverdagsliv, både pasientenes og primærhelsetjenestens. Grensen for et meningsfylt opptaksområde ligger sannsynligvis omkring 30.000 innbyggere. Dette bør være grunnheten i psykisk helsevern. De psykiatriske sykehusene må internt kjenne seg og organisere seg som del av hver av disse. Fagkompetanse i de mindre enhetene må opprettholdes ved bl.a. bevisst bruk av moderne kommunikasjonsmidler innen nettverk av slike grunnenheter.

Hva er sentrum

Prioriteringer, hva som er faglig viktig, preges av geografisk, demografisk, verdimeslig og organisatorisk ståsted. Det er derfor avgjørende hvor tjenesten er lokalisert og hva man bevisst ser som sentrum for virksomheten. Hva som er faglig prestisjefylt, viktig og funksjonelt blir forskjellig avhengig av med hvem en har tettest kontakt (lokalsamfunnet, primærhelsetjenesten, pasienter og deres pårørende eller med institusjoner med mange spesialister samlet). En universitetsavdeling i Oslo gir ikke nødvendigvis mer adekvat, sentral eller generaliserbar kunnskap om psykiatri enn den kunnskap som kommer frem ved de erfaringer fagfolk og pasienter i et lokalsamfunn gjør når de løser problemer omkring psykisk helse.

Det er sterke krefter i psykiatrien, som ellers i medisinen, som belønner fordypning i spesialområder. En slik utvikling presses frem både fra miljøer innen psykiatrien selv og fra politisk hold. Fylkeskommunen står ofte passivt og ser på at slike spesialinteresser blir det en poliklinikk eller avdeling konsentrerer seg om, til tross for klart prioriterte planer. En ofte lidende part har her vært de mer kronisk psykotiske pasienter som det psykiatriske sykehus tidligere tok seg av. Det er ikke nok med noen få avanserte enheter dersom flertallet av sammenliknbare pasienter står med et mangelfullt tilbud.

Kompetansesentra

Politisk ser man tendensen til fragmentering ved at det opprettes sentre for avgrensede problemstillinger eller diagnoser noen vil prioritere; gjerne knyttet til universitetsavdelingene. Selv om dette kan være helt sentrale problemstillinger, også i et samfunnspsykiatrisk perspektiv, motarbeider dette det vi vet om de komplekse sammenhenger ved psykiske lidelser. Dette innflokke samspill finner vi både hos individet og i relasjon til det sosiale nettverk og de fleste samfunnssektorer. Ved å konsentrere seg om fragmenter eller svært avgrensede perspektiver blir den psykiatriske spesialist mindre motivert og kompetent for de oppgaver en virkelig desentralisert psykiatri innebærer.

Vi tror derfor ikke at man hever kunnskapsnivået innen psykisk helsevern som helhet ved å konsentrere eksperter i nye kompetansesentra knyttet til hver av universitetsregionene. Hovedproblemet er ikke mangel på spisskompetanse, men en kompetanse som når frem til folk der de lever, som kontinuerlig utvikles i de lokale fagnettverk og kan virke i hverdagen. Det vil være grunnleggende feil å ta modeller som passer for kirurgi eller andre høyteknif-

serte felter og overføre dem til psykiatrien. Dette gjelder også betalingsmodeller. Flere steder begynner man f.eks. å se virkningen av å belønne poliklinikkene for de tre første timene som gis en pasient. Når denne måten å drive poliklinikk presses frem, nedprioriteres samarbeid med andre nivåer og sektorer. Likeledes virker det negativt i forhold til langtidsoppgaver, med særlig negative følger for de med langvarige alvorlige lidelser.

Psykiatriens hovedproblem er etter vår vurdering å få kunnskaper til å fungere i den virkelighet psykiatriske pasienter lever, en kunnskap som også eies og brukes av pasienter og deres pårørend. En nødvendig ramme for dette vil være å utvikle kompetanse i de fag – og øvrige ressursnettverk som er nær menneskers hverdag. En psykiatri som på avstand er opptatt av elementer av forståelse eller behandlingsteknikker vil bare kunne ha en fragmentert betydning. En spesialisert psykiatri må, dersom den skal fungere etter intensjonene, være spesialisert på helheten, på samspillet i de situasjoner og faktorer som påvirker psykisk helse. Psykiatri som spesialitet må tillegge arbeid med økning av pasienters velferd og livskvalitet like høy prestisje som psykoterapi eller farmakoterapi. Etablering av regionale høykompetansesentra kan være negative signaler i en slik sammenheng – sammenhenger som handler om hva som er sentrum og hva som har den høyeste faglige prestisje.

Det vil være naivt å tro at sentrale tiltak en gang for alle vil rette opp mangler innen psykisk helsevern. Kjernen må være, slik intensjonen er i «den strategiske nettverksmodellen», å utvikle et kompetent psykisk-helsevern-system som kontinuerlig vedlikeholdes og videreutvikles. Bare et slikt system kan ta vare på og formidle ny kunnskap dit det er behov for den. Både nyvinninger innen psykofarmakologi og psykologiske tilnærminger vil først ha sin optimale

virkning i forhold til individer og på populasjonsnivå dersom de tas vare på innen en slik helhetlig ramme.

Spesialistutdanning

Motstand mot å ta inn over seg den komplekse, kompliserte virkeligheten psykisk helse og psykiatriske pasienter inngår i er forståelig, men må overvinnes gjennom våre spesialistutdanninger. Disse bør styres slik at de fremmer samarbeid med og eksponering for ulike samfunnssektorer. De må fremme erfaring, kunnskap og forståelse om helhet og kontekst – gi erfaringer om samspill og forløp over tid. Internt i det psykiatriske fagmiljø foregår nettopp en viktig kamp omkring utforming av spesialistutdanningen. De siste års praksis med å avholde det obligatoriske psykiatrikurset for de som spesialiserte seg alternerende på mange steder i landet, fremmer en utvikling mot en helhetlig kompetent spesialist. Man får også synliggjort at høyt kompetente fagfolk utøver og kan formidle psykiatrisk kunnskap en rekke steder i landet. Disse vil gi viktige modeller for fremtidig utøvelse av yrket. Samtidig presser spesialistinteresser på for å få størst mulig plass for sine fagområder innen disse kursene; ofte med påfallende liten evne til å tenke helhetlig. Sentrale organer kan kreve blindt rigide formelle krav til enkeltdeler av utdanningen uten å sette dette i relasjon til helheten i det psykiske helsevern man ønsker seg. Kombinert med krav til spesialiserte tjenestesteder kan dette i sin ytterste konsekvens tvinge spesialistutdanningen tilbake til enkelte universitetsavdelinger, med den innsnevring av erfaringer dette igjen må føre til.

All erfaring tilsier at den type arbeid man må gjøre under sin spesialisering og hvor dette foregår veier tungt for hva man gjør og hvor man vil arbeide som ferdig spesialist. De fremtidige psykiatere og andre spesialkompetente innen

psykisk helsevern må få erfare de store krav til faglighet, den utfordrende kompleksitet i arbeidet og store relevans i forhold til folks problemer, det er i en helhetlig desentralisert tilnærming; slik vi bl.a. har utviklet i Lofoten og andre områder i Nordland. De må få oppleve den nære og nødvendige sammenheng det er mellom det som gjøres der og de oppgaver som løses på det psykiatriske sykehuset. Spesialistutdanningen må medvirke til nødvendig kunnskap for å mestre dette kompliserte arbeidet og høyne den faglige prestisje i å arbeide med tilsynelatende «hverdagslige» problemstillinger. Bare da vil fagfolk våge å gå inn i det samfunnspsykiatriske ansvar som implisitt ligger i de lover som regulerer psykisk helsevern i Norge.

Desentralisert psykiatri i Lofoten

Det er allerede mange, spesielt ved de psykiatriske poliklinikkene, som arbeider utfra de problemstillinger som er lagt frem her. I Lofoten har vi nå 10 års erfaring med en konsekvent desentralisert, samfunnsnær psykiatri. Dette har også vært intensjonene i de planer Nordland fylke har lagt for virksomheten innen psykisk helsevern. På tross av begrensede ressurser og nødvendigheten av en kontinuerlig oppmerksomhet for å rekruttere fagfolk, har man klart å gjennomføre og stadig videreutvikle et godt psykisk helsevern i regionen. Kjennetegnene er stor nærhet til befolkningen, kommunens helse- og sosiale tjenester og øvrige formelle apparat. Virksomheten drives i samsvar med en samfunnspsykiatrisk ansvarstilnærming. Dette har ikke vært i motsetning til, men i nødvendig samarbeid med det psykiatriske sykehus og lokalsykehus og likeledes med administrasjon og politikere på fylkesnivå. Forutsetningen har i tillegg til kompetente og engasjerte fagfolk, vært det å ha en eksplisitt sosialpsykiatrisk modell, «den stra-

tegiske nettverksmodell» å relatere arbeidet til. Intensjonene har vært å utvikle en samfunnspsykiatri i to betydninger av ordet. Det ene har vært å bringe psykiatrisk behandling og kompetanse ut fra sentrale institusjoner, ut i kommuner og lokalsamfunn, nær pasienter og de formelle og uformelle ressurser som er der. Men det er også en samfunnspsykiatri som ser på befolkningen som helhet i det aktuelle område og deres psykiske helse som det overordnede mål. Det å utvikle et godt samarbeidende nettverk innen psykisk helsevern har vært og er et nødvendig fokus i begge tilfeller. Vi har også gjennom ulike prosjekter skaffet oss viktig erfaring og kunnskaper for utvikling av samfunnspsykiatrisk forståelse og praksis. Stikkordsmessig har dette vært; større epidemiologiske undersøkelser i den generelle befolkningen både i 1983 (Nordkystundersøkelsen) og i 1990 (kommunedagnoseprosjektet): Vurdering av ulike behov hos psykiatriske pasienter: Forebyggende prosjekter både rettet mot lokalsamfunn og risikogrupper (Liv Laga i Lofoten), involvering av pasienter og pårørende i planlegging og utvikling av psykisk helsevern i området (tilgjengelighetsprosjektet), og vurdering og beskrivelse av hvordan den desentraliserte psykiatri i Lofoten og Nordland har utviklet seg og virker i forhold til de lagte planer. Vi har derfor fått prøvd ut og bekreftet mulighetene i mange av bitene i det puslespillet som legges ved å arbeide profesjonelt i en slik «hverdagslivets psykiatri». Vi tror at et godt tilbud innen psykisk helsevern bare kan oppnås ved at hele fagfeltet beveger seg i en lignende retning.

Opplysninger om omfang og risikofaktorer for psykiske problemer i Lofoten og Oslo i 1990 er hentet fra «Kommunedagnoseprosjektet», hvor foruten Tom Sørensen, cand.med. Inger Sandanger, cand.med. Guri Ingebrigtsen og professor dr.med. Odd Steffen Dalgard har vært ansvarlig for planlegging og gjennomføring.

Litteratur

Dalgard O.S.: Bomiljø og psykisk helse. Universitetsforlaget. Oslo 1980.

Dalgard O.S. og Sørensen T. (red.): Sosialt nettverk og psykisk helse. Tano forlag. Oslo 1988.

Sandanger I. (1992): The composite international diagnostic interview for psychiatric diagnoses as an expounding instrument in the Norwegian Community Diagnosis project: Mental health and physical illness. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3: 137-141.

Sørensen T.: Mental helse i Nordkyst. Nordland fylkeskommune, fylkeshelsesjefen. Bodø 1987.

Sørensen T.: Livskvalitet og psykiatriske pasienter. I Livslinjer. Psykiatri og humanisme. Red.: Gilbert S., Haugsgjerd S. og Hjort H. Tano forlag. Oslo 1989.

Sørensen T. Commuting, community disintegration and psychiatric disorder. In Sørensen T., Abrahamsen P. & Torgersen S. (eds.) *Psychiatric disorders in the social domain*. Norwegian University Press. Oslo 1991.

Sørensen T. (1993): The intricacy of the ordinary. Management of schizophrenia in a community psychiatric-, quality of life-, and life-time perspective. *British Journal of Psychiatry*. Suppl. In press.

Sørensen T. & Sandanger I. (1989): The strategic network position. A feasible model for implementing a decentralized psychiatry. *Health promotion*, 1, 297-304.

Sørensen T., Sandanger I. og Gilbert S.: Samfunnspsykiatri. Ansvar, forståelse og praksis. I Albertsen, C.S., Lund K. og Retterstøl N. (red.): *Psykiatri og vidsyn*. Universitetsforlaget. Oslo 1991.

Sørgaard K.W., Sørensen T. og Herder O. (red.): Lokal erfaring – sentral kunnskap. Kommuneforlaget. Oslo 1991.

Sørgaard K.W. og Sørensen T.: Decentralized psychiatry in a rural area. Changes in patterns of care. *Nordisk Psykiatri*. In press.

Betraktninger rundt Nord Norge kurset 1993

Hvordan overleve i primærhelsetjenesten?

Etter å ha sittet i 11 år i allmennpraksis har den virkelige store utfordringen blitt hvordan man skal kunne bevare entusiasmen og nysgjerrigheten i faget og på mennesker slik at man kan yte god legetjeneste og service overfor pasientene.

Med full kurativ praksis og pasienter på løpende bånd 5 dager i uka blir man fort overmatt av klager, plager og problemer og tom når man burde tilby løsninger, behandling og positive vinklinger. I en allmennpraktikers hverdag har man sjelden tid og anledning til å dele sine faglige problemer og frustrasjoner med kolleger eller andre. Man får ikke daglig påfyll fra et faglig miljø.

En del leger har allmennpraktikergrupper i fortsettelse av, eller etter modell av veiledningsgruppene i spesialistutdannelsen, og dette fyller nok ofte en del av dette behovet. Å drive en form for «vekselbruk» – bytte ut en eller to dager av den kurative uken med annen virksomhet – forskning, fagforeningsvirksomhet eller forebyggende helsearbeid, er en brukbar løsning for andre.

Avbrudd fra det daglige, enten i form av permisjon for å gjøre «noe annet», f.eks. sykhusjobb, eller ferie, kurs eller

kongressreiser kan være en tredje måte å løse dette på.

Redningen for meg denne gangen ble Nord Norge kurset 1993, på hurtigruta Kong Harald strekningen Tromsø–Kirkenes–Harstad.

Forventningene var nok delte. Tanken på Finnmarkskysten om høsten fikk meg til å pakke ned Scopodermen og håpe det beste.

Rammen rundt kurset var flott. Været var praktfullt, nordlyset flommet over himmelen, og sjøen var rolig. Det var satt av god tid til å se Nord Norge – Nordkapp i klarvær, og mulighet til å gå i land på de fleste av hurtigrutas anløpssteder. Det ble god anledning til det etterlengtede samvær med kolleger med utveksling av erfaringer og frustrasjoner.

Kong Harald er et flott cruiseskip, men har store mangler hva angår kurslokalteter. Dette var ett langt og smalt rom der man satt tett i tett, og der bare de som satt foran i lokalet kunne se foreleser eller lysbilder.

Kurskomiteen hadde satt sammen et spennende program. Tema denne gang var cardiologi og Nord Norge medisin. Man klarte på en fin måte å kombinere presentasjon av dagens viten og anbefalinger om hjertesyk-

dommer og behandling, med et kritisk blikk på prioriteringer, helseøkonomi og pressgrupper.

Det faglige utbyttet av kurset var bra, både med hensyn til de konkrete behandlingsstrategier og for perspektivet «Hva er det vi egentlig driver med», helse/sykdomsbegrepet og hva, når og hvorfor man skal/ikke skal behandle.

Nok et perspektiv og en tankevekker var rapporten fra Russlands helsevern, der det store antallet leger var i ekstremt dårlig samsvar med helsetilstand og tilbud.

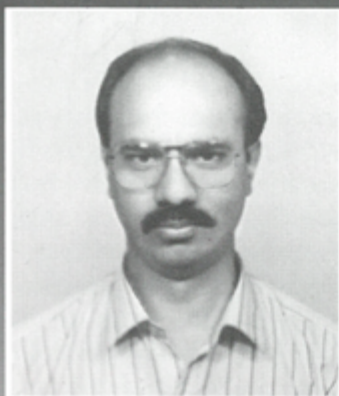
Kurset avsluttet med kuling på LoppHAVET, og enkelte, inkludert undertegnede, fant det nødvendig å forlate forelesningene for å få frisk luft og Scopoderm.

Tilbake på kontoret med fornyet motivasjon til å «holde ut» en stund til, har jeg gått til innkjøp av Telefax for å være raskt nok ute til å komme med på neste høst kurs på hurtigruta Tromsø–Bergen.

Ragnhild Strand

Akupunktur

Tekst: Satya P. Sharma



Satya P. Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Delhi. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamen i ortopedisk medisin med bl.a. manipulasjon ad modum Cyriax, London. To årig deltidskurs og eksamen i akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Kommunelege i Masfjorden kommune fra 1990.

De siste 10 – 15 årene har det vært økende bruk av alternative behandlingsmetoder i Norge. En del leger har også etterhvert interessert seg for og tatt i bruk alternative metoder, i første rekke akupunktur. Akupunktur brukes forskjellig av ulike utøvere avhengig av bakgrunn, kunnskap og pasientgrunnlag. Noen bruker metoden til smertelindring ved triggerpunktbehandling, mens andre følger den tradisjonelle kinesiske metode. Desverre har en del utøvere ikke medisinsk bakgrunn,

men også blant medisinere som bruker akupunktur er kunnskapsgrunnlaget noe variabelt.

Hensikten med denne artikkelen er å gi et kort innblikk i hva akupunktur er, status og utdanningsmuligheter for metoden i Norge idag samt egen bruk og erfaring fra allmennpraksis.

Historikk

Tradisjonell kinesisk medisin er empirisk og utviklet over en tidsperiode på ca. 3000 år. Den har to hovedbehandlingsmetoder; urtemedisin og akupunktur. Allerede under Han-Dynastiet (206 f.Kr.-220 e.Kr.) var basis i kinesisk medisin godt etablert med blant annet Yin/Yang, fem element-teorien, kanal/meridian-teorien og forskjellige nålinnsettingsmetoder. Omkring 400 e.Kr. ble det klassiske medisinske verk Den Gule Kongens Indre Klassisk – en dialog mellom kongen og hans statsråd over Medisin, skrevet. Den består av to deler; Simple Questions, som er en samtale om generelle teoretiske spørsmål, og Spiritual axis som fokuserer mer på akupunktur (1).

Filosofisk bakgrunn

I skolemedisinen tenker en linært; A forårsaker B som kan gi sykdom C. En finner fram til årsakssammenhenger og behandler etter dette. I kinesisk medisin tenker en flerdimensjonalt; man samler symptomer og tegn og ser om disse danner bestemte mønstre som kan gjenkjennes. Slike mønstre blir nokså pasient-individuelle og kinesisk medisin er i langt større grad subjektiv enn vestens medisin. Mens skolemedisinen snakker om psyke og soma som to atskilte

deler, er soma og psyke i kinesisk medisin to forskjellige poler i et kontinuum. En vesentlig forskjell i tenkemåten er det også for begrepene organ og funksjon og relasjonen mellom disse. I kinesisk medisin legges det lite eller ingen vekt på anatomiske organer, men desto mer på funksjon. En kan si at i kinesisk tenkemåte er ikke organet en anatomisk størrelse, men en funksjon som kan bestå av flere anatomiske organer. Kinesisk medisin kan med dette virke noe tvetydig og ha en aura av mystisisme omkring seg.

Yin og Yang

Yin og Yang er to sentrale begreper. De representerer et todelt fenomen som er i sameksistens og ikke står i motsetning til hverandre selv om kvaliteten kan virke motsatt. De utfyller hverandre og er gjensidig nødvendige for å gi tilværelsen mening. Alle fenomener i universet er et resultat av interaksjon mellom disse to, og alle fenomener har i seg disse to aspekter i varierende grad. Noen eksempler i figur 1 belyser dette.

Sykdom kan betraktes som en ubalanse i yin-yang-relasjoner, og behandlingen tar sikte på å gjenopprette balansen.

Det er 12 organer, det vil si funksjonelle enheter; 6 yang-organer og 6 yin-organer. Hvert av disse organene kan omfatte flere av skolemedisinens organer. Yin-organene er hjerte, lunge, lever, milt, nyre og perikard, mens magesekk, tynntarm, tykktarm, galleblære, blære og «triple burner» er yang-organene. Triple burner er ikke et anatomisk organ, men en funksjonell enhet som omfatter funksjoner fra flere anatomiske organer.

Figur 1: Eksempler på Yin og Yang.

YIN	YANG
natt	dag
hunkjønn	hankjønn
kulde	varme
vann	ild
inferiør	superior
forside	bakside
kronisk sykdom	akutt sykdom
mangel	overflod

Fem element-teorien

Denne teorien forsøker å klassifisere fenomener ved hjelp av fem elementer eller faser; Tre, Ild, Jord, Metall og Vann. Elementene er symbolske. Det meste i universet ble forsøkt forklart ved hjelp av denne teorien ved å lage ulike korrelasjoner til de fem fasene. Teorien er komplisert og uensartet og lar seg ikke beskrive kort på en rasjonell måte. Korrelasjoner mellom organer/anatomiske regioner og de fem faser gjorde at teorien ble tatt i bruk i kinesisk medisin. Teorien er noe rigid og ikke så dekkende som Yin/Yang-teorien. Den er imidlertid utbredt i Frankrike, Spania og Japan, og en finner lignende «elementære» korrespondanser i gresk og hinduistisk filosofi; Fire Elementer og Tre Dosha. Interesserte henvises til litteraturen (2).

Vitale substanser

Qi, blod, «Essens» og kroppslige væsker utgjør de vitale substanser. Kroppens og psykens funksjoner er avhengige av interaksjonen mellom forskjellige vitale substanser. Disse substanser manifesterer seg i alle virkelige fenomener, også ikke-materielle. Qi er energien som ytrer seg både fysisk og psykisk og er i konstant forandring. Qi er gitt ulike navn avhengig av hvilke funksjoner den er tillagt. Blod har

en annen betydning enn i skolemedisinen og er en form for qi.

Meridianer

Meridianer er kanaler som qi og blod beveger seg langs. De er ikke synlige og ikke anatomisk identifiserbare strukturer. Noen har satt spørsmålsteget ved deres eksistens og sammenlignet dem med meridianer i geografien (2). I alt er det 14 hovedmeridianer, 8 ekstra meridianer og en del små meridianer. 12 av de 14 hovedmeridianene er oppkalt etter de tidligere nevnte organer. De forbinder ytre og indre deler av kroppen hvilket er en forutsetning for at akupunktur kan påvirke indre organer. De fleste av akupunkturpunktene ligger således på meridianer. Klassisk teori nevner 365 akupunkturpunkter knyttet til meridianene mens moderne teorier opererer med nærmere 2000. I en vanlig praksis bruker en ikke mer enn ca. 150 punkter (3).

Sykdomsårsaker

Sykdomsårsakene deles gjerne i tre grupper: 1) Indre, emosjonelle årsaker som sorg, overdreven glede, angst, sinne, redsel, anspenthet og sjokk. 2) Ytre, klimatiske faktorer som vind, kulde, varme, fuktighet og tørke. 3) Andre årsaker: overarbeid, dårlig kosthold, trau-

mer, overdreven seksuell aktivitet, inntak av giftige stoffer, parasitter, svak konstitusjon m.fl. En vanlig forkjølelse vil f. eks. kunne oppfattes som «et angrep av vind og kulde». Overdreven seksuell aktivitet affiserer menn mer enn kvinner. I gammel kinesisk litteratur (Sui dynastiet 581-618 e.Kr.) er det gitt retningslinjer for hvor mye sex som er optimalt avhengig av ens «helse» og alder.

Diagnostikk

Anamnesen legger bl.a. vekt på utspørring om smerter, søvn, tørste, svetting og feber. Klinisk undersøkelse omfatter inspeksjon av tunga, som er et helt kapittel for seg selv (tungediagnostikk). Pulsdiagnostikk er en annen viktig metode. Det er beskrevet 28 forskjellige typer puls som relateres til forskjellige organer.

På grunnlag av sykehistorie og funn prøver en å finne hvilket sykdomsmønster bildet passer best med idet hvert organ har bestemte sykdomsmønstre. Behandling gis etter disse mønstre for å rette opp disharmonien eller ubalansen i kroppen.

Behandling

Nåler av varierende tykkelse og størrelse settes i aktuelle akupunkturpunkter. Antallet kan variere fra 3-4 til 6-7. Behandlingsvarighet er 20-30 minutter og hyppigheten et par ganger i uka. Antall behandlinger varierer fra 8 til 15. Alternativt eller i kombinasjon med nålene kan en også bruke «moxa». Moxa er en grovpulverisert form av en urt (*Artemisia vulgaris*) som gir varmeeffekt ved forbrenning. Den kan settes direkte over nålen som en klump og brennes langsomt.

Akutrykk er en annen behandlingsform hvor fingertrykk brukes over akupunkturpunkter istedenfor nåler (4). Shiatsu, som praktiseres i Japan, ligner på akutrykk. Enkelte bruker også «øreakupunk-

tur» hvor en setter små nåler i punkter på ørene (1). Rasjonalet er at kroppens organer er representert i ulike punkter på det ytre øre. Øreakupunktur kan brukes alene eller sammen med vanlig akupunktur.

Akupunktur i skolemedisinens begrepsapparat

At akupunktur har effekt som smertebehandling er akseptert, men for skolemedisinere er den kinesiske filosofi og forklaringsmodell vanskelig å fordøye. Etterhvert har forskning i smertebehandling og neurofysiologi avdekket kunnskap som kaster lys over akupunktorens virkemåte innenfor rammen av skolemedisinens begrepsapparat. Kellgren og andre arbeidet med referred pain fra muskelskjelettapparatet i 1930-årene (5). Amerikanerne Travell og Simons, spesialister i fysikalsk medisin, er gurer når det gjelder myofascielle smerter (Myofascial Pain Syndrome - MPS) (6).

Muskelskade som følge av traume eller overbelastning utløser en primær aktivering av triggerpunkter. På grunn av celledskade frigjøres ulike mediatorer som bradykininer, prostaglandiner, histamin, serotonin og kaliumioner. Disse sensitiviserer A-delta (gruppe III) og C (gruppe IV) sensoriske nervefibre. Det er sensitivisering av C-fibre som forårsaker referred pain (7). Triggerpunktene viser seg å falle sammen med akupunkturpunktene. Yang og Ren (5) viste at akupunkturpunktene er punkter med opphopning av perifere nerveender som hovedsaklig har A-delta afferenter og sympatiske efferenter nervefibre. Disse efferente nervefibre sammen med svettekjertler forårsaker lav elektrisk motstand i akupunkturpunktene og danner basis for å identifisere «elektriske punkter». Dersom en forbinder triggerpunktene med vertikale linjer på huden, kan dette gi en grov skisse av det kinesiske meridiansystem.

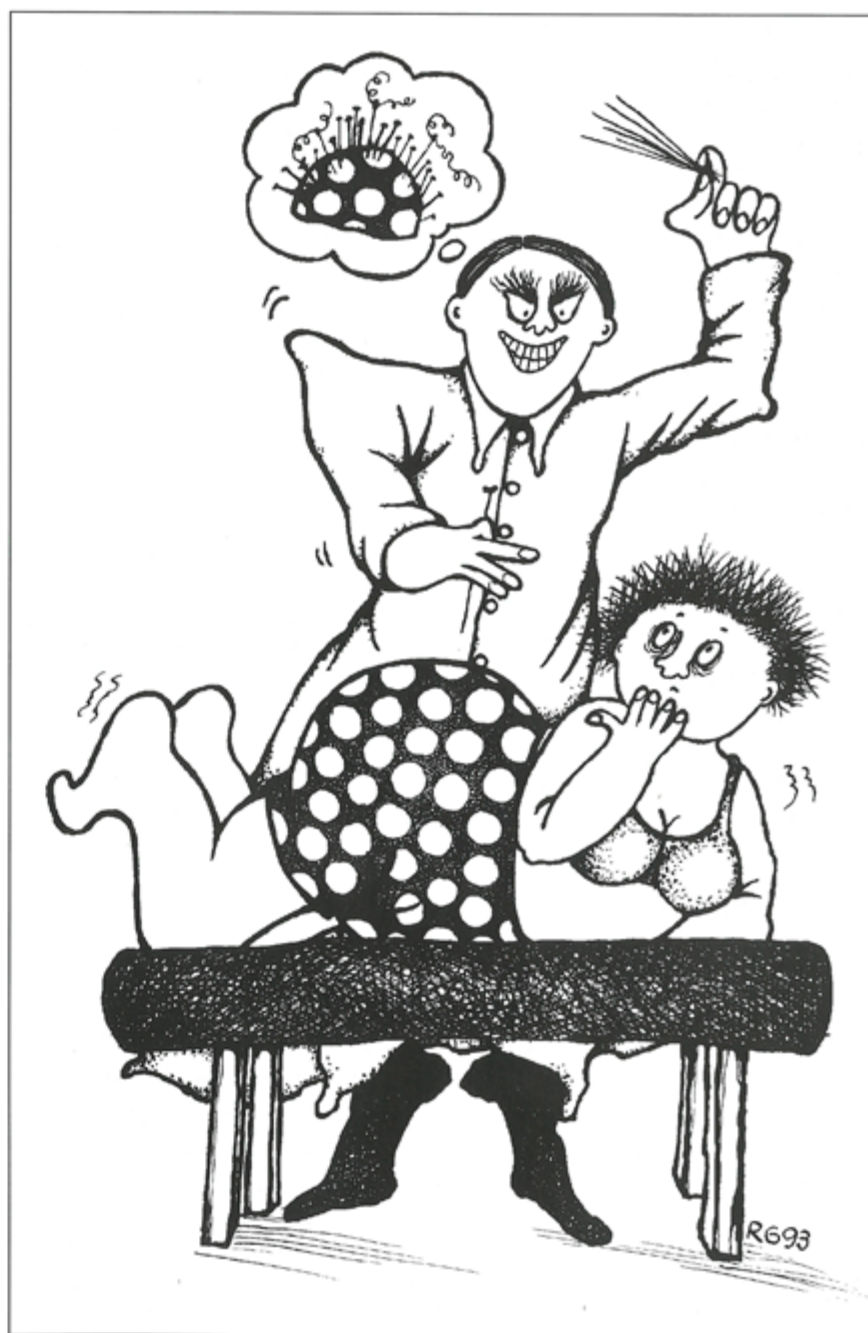
Melzack & Wall la fram sin Gate Control Theory i 1965 (5). Den er senere modifisert, sist i 1988. Fortsatt er det strid om en del detaljer, men teorien står likevel fortsatt sentralt. Det er forsket en god del siden 1970-årene for å kartlegge mekanismene bak akupunktorens smertelindrende effekt. Spannende resultater er kommet fram. Forskjellige typer peptider (endorfiner) med morfinlignende effekt frigjøres i sentralnervesystemet avhengig av stimuleringstypen ved elektro-akupunktur. Effekten av disse blokkeres med naloxone. Årsaken til at ca.

30% ikke får respons ved elektroakupunktur kan være genetiske mangler i endorfinsystemet. Akupunktur øker også produksjonen av serotonin.

Baldry (5) har skrevet en interessant bok om akupunktur i lys av tradisjonelle teorier og nye neurofysiologiske konsepter om smertelindring.

TNS

Ved transkutan nervestimulering (TNS) plasseres elektroder over perifere nerver eller triggerpunkter. Høyfrekvent strøm (10-300 Hz



eller mer) gis med lav intensitet under smerteterskelen i minst 30-45 minutter, gjerne i flere timer. Ved akupunkturlignende TNS gis det lavfrekvent strøm (1-10 Hz) med høy intensitet i kortere tid, ca. 10-15 minutter eller mindre. Ved denne typen TNS kan analgesien reverseres med naloxone. Dette skjer ikke når en har brukt konvensjonell, høyfrekvent TNS. Dette har sammenheng med at akupunkturlignende TNS, manuell akupunktur og elektroakupunktur stimulerer A-delta nervefibre som aktiviserer opioide, peptidmedierte smertemoduleringsmekanismer. Konvensjonell TNS stimulerer A-beta nervefibre som ikke bare aktiviserer naloxonereversibel aktivitet i de opioide, peptidmedierte, nedadgående blokkerende systemer, men også ikke-naloxonereversibel aktivitet i GABA-medierte blokkerende internevroneer (5).

Når akupunktur eller TNS brukes mot kroniske smerter, vil optimal stimuleringslengde variere. Noen trenger kort stimulering og egner seg for manuell stimulering med nåler, mens andre trenger langvarig stimulering og trenger derfor elektroakupunktur eller TNS.

Akupunkturutdanning i Norge

Det fins en rekke skoler og utdanningstilbud i akupunktur. Mange av disse krever ikke medisinske grunnkunnskaper. Norsk forening for klassisk akupunktur (NFKA), som driver Norsk Akupunkturskole har oppgitt følgende skoler: Norsk Akupunkturskole, Norsk skole for tradisjonell medisin, North European College of Additive Medicine, Norske lægers interesseforening for akupunktur, Norsk Naturmedisinsk fagskole, Nordisk akupunkturskole, Norsk skole for helhetsterapi og Nordisk institutt for klassisk akupunktur. Skoler som underviser i akupunkt-massasje er ikke tatt med. Det holdes stadig kurs godkjent av legeforeningen i triggerpunktbehand-

ling med akupunktur.

Mest kjent av skolene er nok Norsk Akupunkturskole som tilbyr et 3-årig deltidskurs til helsepersonell som omfatter ca. 500 timer teori og 300 timer praksis med avsluttende eksamen hvert år. Skolen samarbeider med akupunkturhøyskolen i Nanjing i Kina hvor studenter fra skolen hospiterer siste året. NFKA har ca. 300 medlemmer.

Trolig er det omlag 500 leger som praktiserer akupunktur regelmessig. Det fins ikke sikre tall på hvor mange fysioterapeuter som praktiserer akupunktur, men de utgjør flertallet i NFKA. De siste år har sykepleiere i økende grad tatt akupunkturutdanning.

NFKA jobber aktivt med å få innført minimums kvalifikasjonskrav til utøvere av akupunktur. Idag er det mange som begynner å praktisere akupunktur etter bare å ha vært på et par ukerskurs. Dette vil fort bringe behandlingsmetoden i miskreditt. Utstrakt bruk blant ikke-medisinske utøvere vil også kunne forsinke oppdagelse av alvorlig sykdom som trenger annen behandling.

Egne erfaringer

Jeg har praktisert tradisjonell kinesisk akupunktur siden 1986. På grunn av heltidsstilling som lege har akupunkturpraksisen vært begrenset til ca. 4 timer i uka på ettermiddagstid. Jeg bruker ikke akupunktur i arbeidstiden unntatt ved akutt lumbago. Av praktiske grunner bør en ha to - tre senger til disposisjon slik at en kan ha to pasienter samtidig. De fleste pasientene har hatt smertetilstander i muskel-skjelettsystemet eller hodepine, inkludert migrene. Jeg har også brukt akupunktur ved akutte rygg-/nakkeproblemer og har hatt svært mye glede av denne behandlingsformen på denne pasientgruppen. Jeg har også behandlet enkelte andre tilstander med relativt godt resultat, men tallet er så lite at en ikke kan trekke sikre konklusjoner av det. Vanligvis unngår jeg å henvise pasienter til meg selv med mindre jeg er svært sikker på positiv effekt. De som kontakter meg kommer stort sett av eget initiativ og ber om akupunkturbehandling eller er henvist fra andre kolleger. Som regel er andre, tradisjonelle behandlingsformer allerede prøvd.

Konklusjon

Akupunktur er en effektiv, empirisk veldokumentert behandlingsform som er kommet for å bli. Behandlingsformen praktiseres noe forskjellig avhengig av bakgrunnskunnskap. Det er ønskelig å få innført kvalifikasjonskrav for å kunne få lov til å utøve akupunktur.

*Kommunelege 1
Satya Pal Sharma,
5180 Masfjordnes.*

Litteratur:

1. Shanghai College of Traditional Medicine, Acupuncture - A Comprehensive Text. Eastland press, Seattle; 1981.
2. Mann F. Textbook of Acupuncture, William Heinemann Medical Books. London; 1987.
3. Kaptchuk TJ. Chinese Medicine - The web that has no weaver. Rider & Company, Brookmount House, London; 1983.
4. Houston FM. Akutryks helbredende virkninger - Akupunktur uten nåle. Borgens Forlag; 1977.
5. Baldry PE. Acupuncture, Trigger Points and Musculoskeletal Pain. Churchill Livingstone; 1993.
6. Travell J, Simons D: Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual, Volume I and Volume II. William & Wilkins, Baltimore; 1983.
7. Leading article. How does acupuncture work? British Medical Journal 1981; 283; 746-8.

ABORT?

Ser du tvil hos kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet?
Ønsker du at kvinnene skal ha et godt beslutningsgrunnlag før de tar sitt valg ???

Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.

- * AAN har utdannede rådgivere med erfaring
- * AAN gir klientene god tid i samtale
- * AAN gir klientene oppdatert og saklig informasjon ut fra sosial-, trygde- og abortlov.
- * AAN tilbyr praktisk hjelp og støtte under og etter svangerskapet.
- * AANs tjenester er gratis.

For mer informasjon ring 22 41 82 50 eller
ta kontakt med nærmeste AAN-kontor:



Arendal	37 02 40 25	Kristiansand	38 07 00 45	Sortland	088 24 045
Bergen	05 32 56 77	Lillehammer	61 26 00 49	Stavanger	04 56 16 50
Bodø	081 28 140	Mysen	69 89 23 50	Tromsø	083 89 210
Drammen	32 89 60 75	Namsos	077 70 043	Trondheim	07 53 17 27
Førde	057 26 196	Notodden	35 01 32 70	Tønsberg	33 31 85 99
Gjøvik	61 13 70 33	Oslo	22 41 76 70	Vadsø	085 53 933
Hallingdal	32 08 23 55	Porsgrunn	35 55 91 80	Volda	070 77 960
Haugesund	04 71 77 14	Sarpsborg	69 15 27 10	Ålesund	071 42 073

Alternativ til Abort i Norge består i dag av 24 rådgivningskontor for gravide. AAN er livssynsmessig nøytral og politisk uavhengig. Vi har bred politisk støtte og fikk for 1993 8 millioner kroner i statsstøtte. AAN har ca. 600 frivillige medarbeidere som gjør det mulig å tilby praktisk hjelp som barnevakt og weekendforeldre. AANs mål er at organisasjonens arbeid skal bidra til å redusere antall aborter i Norge.

Til redaktøren!

Vi viser til intervjuet med kollega Anders Grimsmo i *Utposten* nr. 3 1993. Grimsmo retter en meget sterk kritikk mot våre universiteter for deres ivaretagelse av fagfeltet samfunnsmedisin. Det forventes at universitetene innrømmer sine forsømmelser. Hittil har universitetene, i følge Grimsmo, bare beskrevet hvor flinke de har vært og er i forskningen på området.

De andre universitetene kan sikkert svare for seg, vi vil her bare komme med noen kommentarer sett fra Universitetet i Tromsø. Selv om Grimsmo benytter betegnelsen universitet, er hans kritikk mot Universitetet i Tromsø, noe han selv godt vet, rettet mot Institutt for samfunnsmedisin, og da i første rekke seksjonene: allmennmedisin, sosialmedisin, forebyggende medisin og folkehelseutdanningen. Som de fleste sikkert vet, var den store mangelen på distriktsleger i Nord Norge i 1960-årene en viktig brekkstang for å få etablert Universitetet i Tromsø. Allerede fra første stund tok man

sikte på å gi medisinerne en undervisning som skulle gjøre at de var bedre forberedt på de oppgaver som de senere skulle møte som distriktsleger/kommuneleger/samfunnsmedisinere i landsdelen. Som et ledd i slik undervisning ble alle studentene utplassert i distrikter i Nord-Norge i 8 uker og to distriktsleger ble engasjert for å tilrettelegge dette. Senere har distriktsleger/kommuneleger hvert år vært samlet for å samarbeide om undervisningsopplegget som også skulle legge vekt på samfunnsmedisinske oppgaver. Den første norske MPH-utdannelsen, med støtte fra Legeforeningen, ble etablert ved vårt institutt. Målgruppen er i første rekke kommunleger for å styrke deres samfunnsmedisinske basis.

Intensjonene er med andre ord gode og lærematerialet skulle i denne henseende være bra. Mange av de ansatte lærere ved instituttet har hatt årelang praksis bak seg som distriktsleger og kommuneleger. Vi synes ikke at det vi har gjort og gjør er godt nok og vi er selvsagt åpne for kritikk, endog drepende kritikk som Grimsmos. Men vi forventer at den er underbygget. Vi forventer at Grimsmo har satt seg inn i vår undervisning, forskning, veiledning av medisinestudenter, studenter ved folke-

helseutdanningen og kommuneleger i Nord-Norge. Det forbauser oss at Grimsmo ikke har henvendt seg til oss i forbindelse med en slik kartlegging, som må ha vært både vanskelig og tidkrevende. Noe av det vi har gjort må da kunne bli omfattet endog av Grimsmos definisjon av akademisk samfunnsmedisin. Vi forventer altså at Grimsmo redegjør nærmere for sin kartlegging av oss.

Intervjuet med *Utposten* innledes med en beskrivelse av Grimsmos virksomhet og vi finner det imponerende at det har lyktes ham å etablere et forskningssenter for anvendt samfunnsmedisin i Surnadal. Det nevnes også at Grimsmo arbeider med analyser av allmennlegetjenesten gjennom EDB-baserte journalprogrammer. Vi kan ikke motstå fristelsen til å nevne at de første arbeider med EDB-journaler i vårt land, var et samarbeid mellom distriktsleger i Alta og Balsfjord, stadlegen i Tromsø, Institutt for datafag og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Men det er jo lenge siden.

*På vegne av
Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø
Eiliv Lund, Instituttleder
Anders Forsdahl, Nestleder*

Svar på brev fra Eiliv Lund og Anders Forsdahl

Eiliv Lund og Anders Forsdahl mener at jeg i intervjuet i Utposten har kommet med «endog drepende kritikk» som de tolker er rettet mot blant annet Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Det er sterke ord, og det er vanskelig å kjenne seg igjen i det, selv etter å ha lest intervjuet nøye om igjen.

Kritikken i intervjuet gjelder universitetenes forskningsinnsats innen *anvendt* samfunnsmedisin. Jeg har sittet i et utvalg i Legeforeningen som har utredet saken. Jeg stakk hodet mitt frem ved å la meg intervjuet om det og blir derfor oppfattet som den som står for kritikken. Dermed blir jeg også muligens den som skal halshugges. Men Lund og Forsdahl har, i den innstillingen de fikk tilsendt, kanskje ikke oppfattet hvem som først tok opp dette, og hvem som etter hvert har sluttet seg til.

OLL og Spesialistkomiteen påpekte manglene i et brev til Sen-

tralstyret i 1991. Bakgrunnen var klare signaler om misnøye blant mange kommuneleger. Legeforeningens sentralstyre tok dette på alvor og nedsatte et utvalg til å redegjøre nærmere for hvilke områder som var forsømt og hadde behov for en akademisk styrking. Da innstillingen forelå, sluttet Sentralstyret seg fullt ut til dokumentasjonen. Videre har Sosialdepartementet og Helsedirektoratet påpekt det samme behovet (Stortingsmelding nr. 36 (1989–90)), og Stortingets sosialkomité sa seg enig (Innst. S. nr. 219 (1989–90)). Derved var det til slutt bare en innrømmelse fra Universitetene som manglet på at alle involverte parter kunne stå sammen om et løft av *anvendt* samfunnsmedisin. Var det for mye forlangt?

Utgangspunktet for Legeforeningens utvalg var samfunnsmedisins stilling i Norge totalt sett.

Den kritikken som er fremsatt, blir derfor også generell. Vi vet godt at det finnes hederlige unntak på våre Universiteter som har gjort en stor innsats for *anvendt* samfunnsmedisin. Det fremkommer også i det dere har skrevet, og som jeg har vært kjent med. Men jeg håper at Lund og Forsdahl forstår at det neppe ville ha tjent saken om vi skulle ha skilt mellom «hederlige og uhederlige» og delt ut karakterer rundt omkring.

Jeg har tykk hals og tåler hogg. Synspunkter er velkomne. Jeg håper imidlertid debatten skal bli om veien fremover. Legeforeningens utvalg har laget en innstilling om «Akademisering av samfunnsmedisin» som jeg tror kan være et godt utgangspunkt. Den vil bli sendt ut til landets kommuneleger.

Surnadal, 2/11 '93
Anders Grimsmo

Store som små Offentlige og private

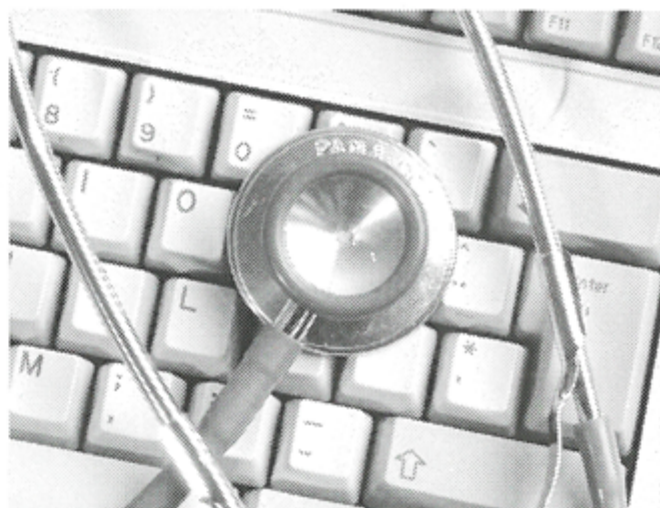
Vi har programvareløsninger for de fleste omsorgsmiljøer: Kommunelegekontorer, Privatlegekontorer, Helsestasjoner, Bedriftshelsetjenester, Poliklinikker etc.

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:

Legekantor:

Adresse:

Postnr:

Postadr:

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

GSI 37 AUTO TYMP

gjør tympanometri enkelt i praksis!

Brukes trådløst.

Minnefunksjon for høyre og venstre øre.

Tydelig direkte avlesing samt papirutskrift.

Eneste i sitt slag med måleområde ned til -400 daPa.

Amerikansk kvalitet til en rimelig pris.



Vennligst ta kontakt med:



Kirkeveien 71 A, 1344 Haslum
Postboks 70, 1355 Bærum Postterminal
Tlf.: 67 53 78 50 Fax: 67 53 38 16

as NorMedica

Konsul Lorcks gt. 16
Postboks 1435, 7002 Trondheim
Tlf.: 73 51 12 00 Fax: 73 51 70 80.

Eller direkte til importøren:

MEDISAN AS

Majorstuveien 36, Postboks 5073 Majourstua, 0301 Oslo.
Telefon: 22 69 30 39. Telefax: 22 69 33 09.

Tanker om samfunnsmedisinsk uke

Skien, 11.–17. oktober

Refleksjoner fra en som ville vite
hva samfunnsmedisinen handler om,
hvem samfunnsmedisinerne er, hva de står for
og hvordan de er ovenfor «nye».

Innledning

Det er kveld. Pasientene er gått hjem. Kontoret er stengt, og rådmannen er ikke lenger på tråden for å få «interessant tallmateriale», visjoner for 1994 og aksept for deltakelse i alt for mange «tverrfaglige møter».

Det er tid for ettertanke. Lurer på hvordan det skal bli? en hel tanke?? Er det andre enn jeg som først nå ikke har skjønt særlig??

Mon tro – er det andre som er litt rolleusikre – usikre på hvilken leir vi egentlig ønsker og makter å bo i? Er det andre som på denne samfunnsmedisinske arena kjenner det som de «Malterudske» kvinnene – de der som driver og strekker seg og strekker seg – – – og strekker seg???

Forventninger

Jeg drar til Skien for å finne meg sjøl. For å oppleve det som vår forbilledlige og altoppførende og dessverre avtroppende OLL-leder beskriver som kraftsentrum og inspirasjonskilde. Kommunelegene på kurs. Klinger ikke akkurat festlig ... eller hva? Klinger ikke spesielt inspirerende eller kraftig heller, spør du meg. Jeg drar nå allikevel, jeg.

Tekst: Harald Bjørnstad

Bydelsoverlege Storhaug
Stavanger.
Cand.med 1984.
Spes. allm.med. 1992

Hvis jeg skal fortsette i samfunnsmedisinen, må jeg i alle fall få vite litt mer om hva det handler om, hvem de er, hva de står for og hvordan de er overfor de «nye».

Det kan vel ikke være særlig smart å tre ut uten å ha vært helt sikkert innefor. Jeg trenger noen dager faglig påfyll. Påfyll og debatt. Debatt og uenighet, og anledning til igjen å tenke annet enn trøste, lindre og av og til helbrede. Fri fra KOPF-tilværelsen – denne mentale tvangstrøyen.

Inntrykk

Programmet

Leif tukter legene. Hvor var – og ikke minst hvor er – den offentlige legen? Er hun rådmannens og stor-

industriens skjødehund? Leif drar saftige poenger, og lar de berettigede beskyldninger hagle. Huff.

Hvor er det samfunnsmedisinske faget? Hvor var engasjementet og ærligheten? Er utøverne av samfunnsmedisinen uten konsistens?? Hvor er de idag? Leif er obstruktiv. Brystkassen hever og senker seg i kjent rytme – Godt at jeg ennå er hovedsaklig allmennmedisiner. Hei Leif – her har du et «puff» eller to. Jeg kan hjelpe deg!!

Forsamlingen ser ned. Noen retter på silkeslipset. Andre vrir seg litt i stolen – akkurat så mye at merkevarerne krøller. Gaute kjemper lakkene med bare nevene. Nå må gammer'n snart gi seg...

Debatten utpå ettermiddagen blir svak. Innlederne virker ikke interesserte i kommunelegen. Hvem er han, hva kan han annet enn å stikke kjepper i hjulene for det øvrige kommunale apparatet?

Etter første dagen er troen på samfunnsmedisinenens mulighet for seriøs premissleveranse på det absolutte nullpunktet.

Jeg er visst kommet til feil klode

Tirsdag entrer Gisle og Elisabeth scenen. Gisle slentrer inn, Elisa-

beth durer inn på – DEN – rotete pulten. Den stilen, den farten den haugen av ugjorte gjerninger – det kunne like gjerne vært meg. De brevveksler en strøm av tro og tvil – jøss – tvil...

Der er altså andre også som lurer på om dette samfunns- «hva det nå var» arbeidet er verdt innsatsen. Hmm. Dette var noe, gitt. Det ville være fint å få audiens hos disse. Nei, det går visst ikke. Samfunnsmedisinsk uke er et treff for gamle gode busser. De nye får se å gå seg litt varme først – er de tørre bak...

Hva er dette?? Komiteen har skaffet oss en vaskeekte livssynser. De har rett og slett importert en professor fra Bergen. Skikkelig professor; en dress som helt sikker har vært moderne, brede slag, vilt skjegg, krittspor rundt lommene, rimelig uslipt kroppsspråk og «Steinfeldtsk» intensitet.

Dette tar av: Autoritetsmonopol, konsolideringsfase, egaliseringsfase, kjerneprofesjon, legens antrekk er kongens klær, aktelse. Aktelse får en gjennom utvist dyktighet.

Hmm. Går det an å være aktet som samfunnsdoktor i min kommune? Neppe. Hvorfor gjør jeg dette? Hvorfor vil jeg meg selv så vondt? Jeg forstår nå at trangen til det «opplyste eneveldet» virkelig er i veien for mine prioriteringer av dette faget. Eller var det determinismen grensende til fatalisme – eller bare latskap??

Det er ikke bare det vi kan telle som teller. Takk og pris. Endelig et uttrykk som passer for oss med interesser for annet enn tall. Kvalitativ samfunnsmedisin: Ekstrapolering eller manipulering? Jeg lærer basale sannheter som at jeg som samfunnsmedisiner skal være både påviser, påvirker og pålegger. Hvem har funnet på dette? Jeg kan ikke huske at noen forsøkte å sette meg i stand til slikt på doktorskolen. Hvorfor ikke? Skal helseNorge styres av dedikerte autodidakter med personlige egenskaper som troll – dere husker sikkert den his-

torien om hodene som kappes av og de nye vokser ut...

Hvorfor er dette faget så vanskelig å internalisere? Hvorfor er det så vanskelig å ta rollen som den som skal prioritere og fordele? Er det jakten på kollegenes gunst som er bøygen? Er det trangen til et yrkesliv med takknemlige og tilsynelatende lydøre pasienter som hovedsamarbeidspart som trekker? Er dette mer meningsfylt og takknemlig enn stadig å måtte argumentere for rett ressursbruk i et terreng der doktoren er blant likemenn, og der mine synspunkter betinger min egne utviste dyktighet for å bli tillagt vekt?



Pausene

Ryggene beveger seg vuggende, nærmest i takt mot kaffebordene. Høflig avmålthet, kledelig reserverthet og dannet overfladiskehet rår. Her, i dette samfunnsmedisinske «kraftfeltet» er flere av oss små aktører som til alt overmål er på bortebane. Mange kjenner visst hverandre. Ja, ja, min tid kommer vel.

Prisene

Tankene om pasienten jorden har vunnet en pris. Er dette samfunnsmedisin? Er det ikke politikk ispedd angrende ungdommelig opprør? Det er stimulerende for tanken å høre Pers syntaksbevisste retorikk. Dette er positiv demagogi – intellektuelt utfordrende – neppe gangbart i min kommune.

Måltidene

Uten mat og drikke fungerer samfunnsmedisinerne ikke. Du verden

for et klima der er rundt laksen og lettølet. Stimulerende bramfri, ja til tider visjonær debatt. Spreke resonnementer som nær på kan løse de vanskene kommunelegene har med dette besværlige medisinske faglige greinene. Synd at måltidene tar så fort slutt. Hvorfor satser ikke komiteen mer på grasrotdebattene?? De ledige prestisjesvake meningsutvekslingene i et trygt måltidsfellesskap?? Noe av det mest vettuge jeg har hørt på lenge kommer fra bordene. Her er samfunnsmedisinens egentlige jeg; Kløktige kolleger som har gjort feilene, og følt vanskene i «mellom barken og veden-rollen» på kroppen. Her der det mye å lære. Tilhørigheten til den store bleke flokk skapes her...

Kveldene

Swingkurs med ny swingkjole og nesten uten damer. Rart at de sirlige innøvde trinnene fra den forrige skolen ikke lenger er gangbare. Det er ikke bare i medisinske verden at halveringstiden for sannheter er kort. Gøy er det allikevel – selv om det nok hadde vært kjekt å fått vise dressgutta at dette kan jeg ihvertfall.

Oppsummering

Selv før uka «tok av» til Brussel og Maastricht, er der en underlig følelse i meg. Jo – der er en plass for meg her. Der er en ledig taburet og en mening med å bruke tid på dette faget. Jeg tviholder på det åpne sinn og vil la meg utsette for disse utfordringene, la meg innlemme i rekkene – ihvertfall for en tid. Der er en gryende identitet i meg. Den er svak, den må pleies. Den tåler neppe en samfunnsmedisinsk uke til...

*Harald Bjørnstad
Bydelsoverlege Storhaug, Stavanger*

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. rhinitt, 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 graviditet 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 tvingende 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 eksacerbasjoner 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 - morgnen 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 kortikosteroidbehandling helt med Pulmicort Turbuhaler. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hver dose tilføres ved vridning av inhalatoren, derved klagjøres 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 munnstykket, 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 spytte 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.: Ro3A 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 bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliær transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **KONTRAINDIKASJONER:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene. **BIVIRKNINGER:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversible 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 FEV₁ umiddelbart etter doseinntak. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertyreoidisme. Diabetes-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofisk 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 dårligere, da 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 beta₂-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. døg. **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. døg. **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. døg. **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. døg. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Mulige symptomer. Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrycksfall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** Lette til moderate tilfeller: Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmatisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerterefreksjonsrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardi selektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmibehandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å induisere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrycksfall, bør et volumøkende medikament gis. (F:65d sympatomimetika). **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 munnstykket. 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.
- Lofdahl 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

Bare en gang
om dagen?!

Ja!

Nyhet!
Astmepasienter 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 ^{1,2}