

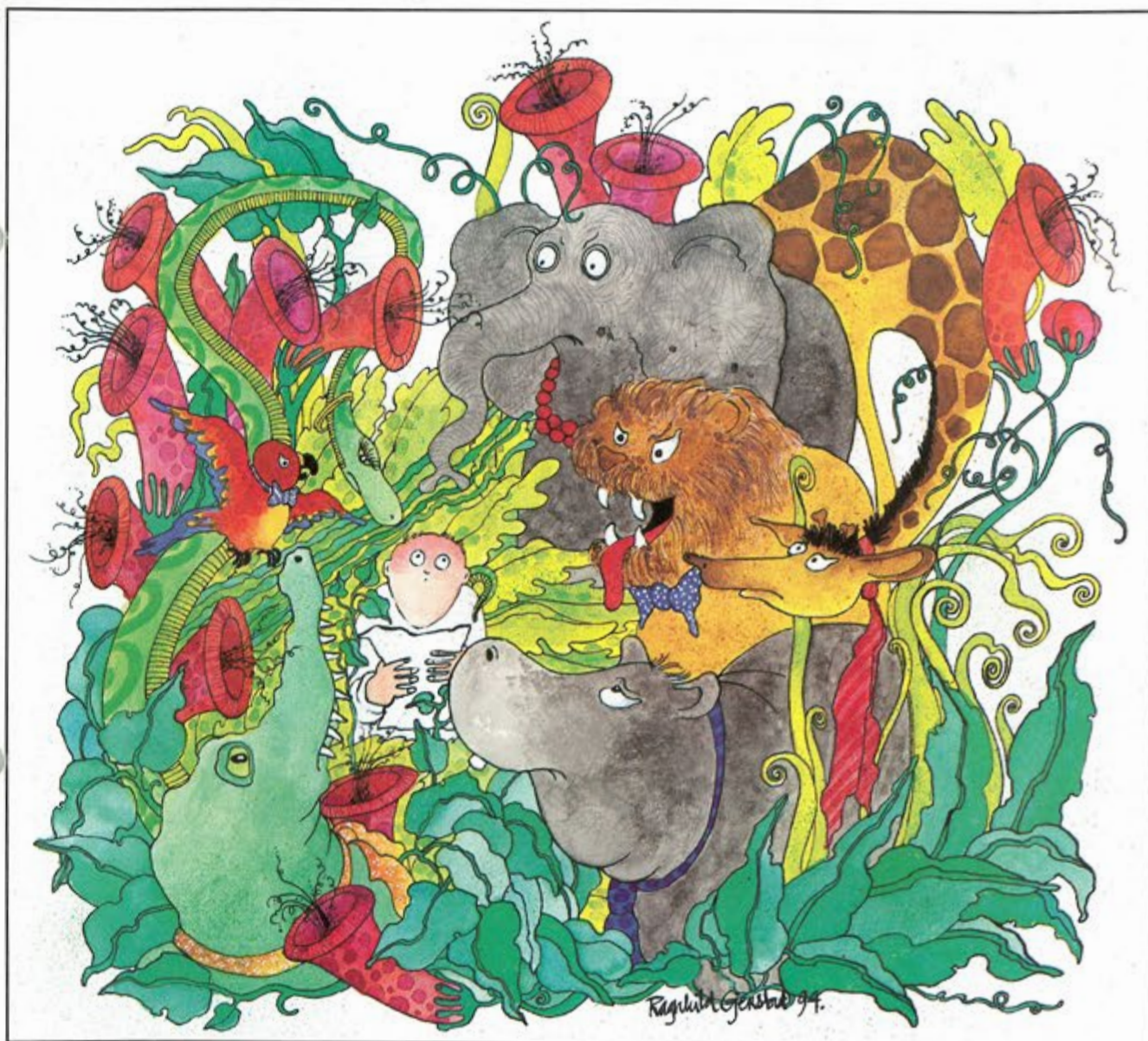
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1994

ÅRGANG 23



**– Fornøyd premissleverandør  
eller frustrert autoritet?**

Nr. 2, 1994

47

Betty Pettersen:

**Leder:** Den kommunale samfunnsmedisiner...

48

Petter Øgar

**Kommunelege I – hvem er det?**

51

Eystein Straume

**Primærhelsetjenesten  
i en liten norsk utkantkommune**

56

Frode Veian

**Kommunehelsetjenesten og Lillehammer-OL**

59

Eivind Vestbø

**Nyttig om gnagsår**

60

Bård Natvig

**Helsestasjonslegens ønskeliste**

63

Helle Dunker og Ludvig N.W. Daae

**Laboratoriearbeid i allmennpraksis**

67

Bokmelding

**Eldreomsorg og aldring**

68

Bokmelding

**Rekende på ei fjøl?  
Innføring i eldreomsorgens framvekst**

69

Data

**ExpertHelp**

70

Per Wium

**Helsedirektoratet svarer**

72

Torunn Selberg

**Folkemedisin og alternativ medisin**

76

Trond F. Aarre

**«– og helvite sløkkjer me so langt me rekk»**

Forside: Ragnhild Gjerstad

## 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

Kræmmervikveien, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 22 04 24 08

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 Vestbø

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 300,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

**Grafisk fremstilling:**

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

# Den kommunale samfunnsmedisineren – fornøyd premissleverandør eller frustrert autoritet?



Gjennom Aanjesens artikkel i forrige nummer og Øgars artikkel i dette nummer av Utposten åpner vi spaltene for en forhåpentligvis aktiv debatt om samfunnsmedisinens rolle og organisatoriske plassering i kommunene. Disse to debattinnleggene går rett inn i en viktig diskusjon som nå foregår både på sentralt hold og i mange kommuner: Hva vil vi med det miljørettede helsevern, til hva trenger vi samfunnsmedisinere og på hvilken måte skal de arbeide? Dette er ikke et nytt debatt-tema. Men det har fått ny aktualitet, delvis som konsekvens av ny kommunelov og delvis som en konsekvens av reorganisering av den sentrale helseforvaltning.

Forfatterne er enige i deler av beskrivelsen av situasjonen for mange samfunnsmedisinere i dag – at den nok for mange er tung og vanskelig. De er på den annen side uenige i analysen av årsak og sine forslag til forbedringer. Aanjesen gjør seg til talsmann for en stor gruppe samfunnsmedisinere når han vil flytte samfunnsmedisineren og det miljørettede helsevern inn i interkommunale ordninger, og vil ha en mere regel- og forskriftsstyrt forvaltning. Han sier indirekte at dette vil bety mere fag i yrkesutøvelsen. De problemene han og vi andre kan beskrive har imidlertid ikke i så stor grad bunnet i mangel på regler, men i mangel på anvendelig samfunnsmedisinsk kunnskap, dårlig utnyttelse av mulighetene i den kommunale organisasjon og manglende faglig engasjement. Forbedring av disse forholdene må gå foran utarbeiding av regler og forskrifter!

En annen gruppe, blant andre OLL, vil ha samfunnsmedisineren plassert nærmere rådmannen. Avhengig av kommunestørrelse vil dette etter min mening kunne gi for stor avstand til brukerne, kolleger i helsetjenesten og til øvrig administrasjon og politikere, – alle vesentlige samarbeidspartnere for samfunnsmedisinere. Den nye politikerrolle som følger av ny kommunelov kan invitere til sterkere samarbeid med samfunnsmedisineren enn den nye rådmannsrollen. Og det er begynt å bli nokså tett rundt rådmannen!

Øgar er talsmann for en tredje gruppe som vil beholde dagens ordning. Han mener at vi ikke har tatt ut det potensiale som ligger i den organisatoriske plassering vi har i dag. Vi takler ennå ikke rollekonfliktene som samfunnsmedisinsk arbeid gir, ei heller kommunal organisasjon, kommunikasjonsmønstre og forvaltning.

Den organisatoriske plassering vil ikke kunne endre disse forholdene.

Det er bruk for tilnæringsmåter og holdninger som er tilpasset mennesker uten sykdom eller symptomer og som i alle fall ikke alltid føler at legen er den naturlige autoritet. «Konsultasjonsteknikken» må da i alle fall suppleres – om ikke erstattes. Vi trenger opplæring i dette.

Et annet problem i samfunnsmedisinen er at det kunnskapsmessige grunnlaget ikke er fullstendig. I tillegg er det begrensede hjelpemidler til rådighet for å finne nøyaktig kunnskap. Her må forskerne og den sentrale helseforvaltning ta fatt.

Vi må også arbeide videre med

samfunnsmedisinsk skjønnsutøvelse. Møtet med andre sterke profesjonsgrupper og fagområder hvor medisinsk kunnskap ikke har tradisjonsrik anerkjennelse og ikke er det eneste kunnskapsgrunnlaget for saksbehandling og skjønnsutøvelse kan være svært krevende og utmatende. Imidlertid er vi som samfunnsmedisinere vant med skjønnsutøvelse, og bør kunne akseptere skjønnsbehandling som en skjønnsforbedring.

Det har ikke vært lett å være samfunnsmedisiner de siste 10 årene. Det vil heller aldri bli lett – fagområdet er både sammensatt og bærer i seg grunnleggende usikkerhetsmomenter i utøvelse. Men når vi nå tar fatt på nye 10 år må vi holde tunga rett i munnen og søke løsninger på problemene slik de er, ikke bare lette symptomene. Vi må se innover, se hvor vi mangler noe på det personlige plan, på faglig og kommunikativt plan – og søke de riktige botemidler i forhold til dette. Samtidig må vi være kreative og vise overfor samarbeidspartnere både hva vi kan og hva vi ikke kan.

Samfunnsmedisinerne har en vesentlig jobb å gjøre. For pasientene. For helsetjenesten. For miljøet. For legestanden. La oss få gjøre den og la oss gjøre den!

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Betty Petersen'. The signature is written in a cursive, flowing style.

# Kommunelege I – hvem er det?

Tekst: Petter Øgar  
Illustrasjon:  
Ragnhild Gjerstad



*Petter Øgar født 1953, cand.med. 1978. Ass.lege med.avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Siden kommunelege I og helsesjef i Hornindal. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Veileder i allmennmedisin. Medlem NSAM's diabetesgruppe. Leiar av kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Brenner for allmennmedisinsk ideologi og med spesiell interesse for helseøkonomi, helsetjeneste – utforming og helsepolitikk.*

## **Rolleforvirring og frustrasjon**

Det er uklarhet, strid og frustrasjon knyttet til kommunelege I-rollen. Årsakene er flere, men den viktigste tror jeg er diskrepansen mellom hva mange leger mener stillingen burde bety av makt og muligheter i forhold til det de opplever i den kommunale hverdag. Diskrepansen og den ulykken den representerer tidfestes til dato-

en for innføringen av kommunehelseloven. Andre årsaker er den svake stillingen faget samfunnsmedisin har og har hatt, og at kommunelege I er blitt en lavtlønnsgruppe i forhold til alternative legestillinger. At dette i sum har medført frustrasjon og en betydelig flukt fra kommunelege I-stillingene av de best kvalifiserte legene, bør ikke forundre noen.

At dette er meget bekymringsfullt, bør vi også fort kunne bli enige om. Men hvordan skal vi forholde oss til denne bedrøvelighet? Hva er de beste veivalg og strategier for å komme ut av uføret? Jeg vil her la problemene knyttet til lønnsforhold og den samfunnsmedisinske fagutvikling ligge. Isteden vil jeg konsentrere meg om problemet med den maktmesig kastrerte og degraderte kommunelege.

En ikke uvanlig strategi for å møte dette problemet er det jeg velger å kalle etablering av uformelle sutregrupper. I slike grupper kan en fritt gremmes over den lovgivende forsamlings uforstand og en kommunal jungel bebodd av udugelige og maktsyke kommunebyråkrater og politikere. La oss få tilbake den gode tiden før 1984 da legens ord ble lyttet til og fulgt. Sørg for en trygg og gjennomført statlig regelstyring og innfør næringsmiddeltilsynskvivalenter på alle samfunnsmedisinske områder. Da vil lykken være sikret. Et vitnesbyrd for denne strategi har nylig stått å lese i Utposten (1).

En annen og ikke fullt så regredierende variant er Oll's løp om å flytte kommunelege I nærmere rådmannen og maktens sentrum. Med en mer sentral plassering i maktens irrganger skal vi prøve å kompensere for tapte formelle skanser.

Med fare for utstøtelse av det gode selskap må jeg bekjenne at jeg ikke er tilhenger av noen av disse strategier. Jeg vil prøve å utdype dette gjennom en virkelighetsoppfatning og analyse av situasjonen.

## **Helse er ikke et mål i seg selv og ikke en verdi nødvendigvis høyere enn alle andre**

For å sette ting i et riktig perspektiv og få en god utgang fra hoppet, kan det være fornuftig å filosofere litt over begrepet «helse». To forhold synes sentrale:

1. Helse er faktisk ikke et mål i seg selv. Rimelig god helse vil riktig nok være en viktig forutsetning for de fleste av oss til å føre et lykkelig liv, men helse i seg selv er ikke målet.
2. Helse, uavhengig av hvilken helsedefinisjon en bekjenner seg til, er et flerdimensjonalt og verdiladet begrep. Hvilke sider en vektlegger vil i betydelig grad avhenge av eget ståsted og interesser.

Av disse to fundamentale erkjennelser følger to like avgjørende konklusjoner: Det er desverre legitimt å verdsette andre ting høyere enn helse! Og hva nesten like ille er; «rimelig god helse» er et beklagelig relativt begrep.

## **Hvem er legitime verdsettende av helse?**

Et ubehagelig sentralt spørsmål trenger seg da på: Hvem er legitime verdsettende av helse? Hvem har rett til å fastsette verdien av en smertefri hofte eller verdien av et hygienisk betryggende drikkevann?



disse spillereglene er flertallets rett til å være «dumme». Den patriarkalske, bedrevitende holdning vi leger historisk sliter med er ikke bare avlegs i pasientbehandlingen. Den er også avlegs innenfor samfunnsmedisinen.

Ropet på faglig regulering underkjenner godtfolks ansvar og valgfrihet. Konflikten mellom hensynet til nærdemokratiet og hvor langt storsamfunnets toleranse for lokale ulikheter skal strekke seg, er for meg den vanskelige og reelle avveiningen i dette problemfeltet.

### **Om å leve i et kommunalt forvaltningssystem**

Kommunelege I er en kommunal tjenestemann eller kvinne i et kommunalt forvaltningssystem. Det er på tide vi realitetsorienterer oss til dette faktum og de konsekvenser det innebærer. I dette systemet finnes det visse spillereglene som skal følges. Jeg er helt klar over at reglene praktiseres ulikt og at unfair play og juks ikke er noen sjeldenhet. Jeg vet at det fins dumme og maligne helse- og sosialsjefer og rådmenn som heller tar knekken på en kommunelege enn å dra på rypejakt. Det er også et faktum i mange småkom-

muner at våre administrative og politiske overordnede utdanningsmessig ikke rekker oss til skuldrene. Likevel kan jeg ikke se at det forandrer det grunnleggende utgangspunkt.

Hva du klarer å oppnå i dette systemet avhenger av flere faktorer hvorav en av de viktigste er deg selv. Du må med andre ord dyktiggjøre deg som spiller i det kommunale organisasjons- og forvaltningsspillet. Det går meget godt

Tradisjonelt har dette i stor grad vært gjort av fagfolk, det vil si oss leger. Jeg kan ikke finne gode grunner til at det skal være slik. Fagfolkens oppgave er å utrede årsakssammenhenger og konsekvensanalyser. Verdsettingene og veiingene burde gjøres av pasienten selv, eller i et samfunnspektiv; deres politisk valgte representanter. Helsepersonell har verken større forutsetninger eller større rett enn andre til å verdsette ulike

helsetilstander eller helserisikoer.

I så måte burde dommen i støysaken på Fornebu bli obligatorisk pensum i enhver samfunnsmedisinsk utdanning. Her blir de helsemessige ulempene akseptert, men de blir samtidig veid og funnet for lette i forhold til andre samfunnsmessige kostnader og nytteverdier. Dette synes vanskelig å fordøye for mange kolleger.

Men helse kan ikke unndras demokratiets spillereglene. En av

an, og leger er i utgangspunktet ikke de mest ressursvake og minst taleføre i systemet. Ikke minst er vi profesjonelle menneskeverdere. Det gjelder å utnytte disse egenskapene, arbeide taktisk riktig, inngå konstruktive allianser og ikke minst lære seg å bruke massemedia for hva de er verdt. Samtidig må vi avlære og/eller avlive en del gammelmodige holdninger og væremåter som legestanden har vært og dels er preget av. På denne måten kan vi i de fleste kommuner oppnå en rimelig grad av innflytelse. Men det krever altså arbeid, tid og dyktighet. Dersom dette likevel ikke skulle gi deg nok makt, bør du vurdere å søke en stilling som gir større innflytelse, f.eks. en helse- og sosialsjef- eller rådmannsstilling.

Jeg kan ikke se at det i det kommunale forvaltningssystem ligger noe som automatisk krenker min faglige integritet, men nekter ikke for at noen i praksis kan prøve å gjøre det. Bevaring av faglig integritet må være et kompromissløst krav vi må kjempe for og holde hellig. Men er du god nok, er det svært få, om noen, som ikke på en eller annen måte kan få fram sine faglige synspunkter og vurderinger. Men vi har selvsagt ingen garanti for å bli hørt eller tatt hensyn til.

Istedenfor å overfokusere på begrensningene i systemet, burde vi bli flinkere til å lete etter og utnytte mulighetene. Overgangen fra distriktslege til kommunelege betød nok mindre makt til å trumfe gjennom helsesaker, men muligheten til å markedsføre helsetenking i hele det kommunale systemet er mye større idag. Utenfor helse-tjenesten fins det i den kommunale organisasjon faktisk flere potensielt langt bedre produsenter av forebyggende helsetiltak enn oss.

Oll's løp for å flytte kommunelege I nærmere rådmannen synes jeg smaker av unfair play og manglende tro på egne ressurser. Jeg kan ikke se at helsehensyn skal behandles på noen sær måte framfor f.eks. skolesaker, sosiale eller

kulturelle saker. Det er argumentene våre og politikernes verdsetting av dem som bør avgjøre prioriteringen.

### **Grunnleggende samfunnsmedisinske prinsipper**

Jeg har ingen ambisjoner om å komme med en større utlegning om hva som er god samfunnsmedisin. Derimot vil jeg peke på noen grunnleggende prinsipper og poenger jeg mener det er særlig viktig for kommunelege I å søke å ivareta.

Kommunelege I har et særlig ansvar for å ivareta den helsemessige helhetstenking. For å klare dette blir det helseøkonomiske begrepsapparat et nødvendig hjelpemiddel og alternativkostnad det viktigste begrepet. Alternativkostnaden er den nytten du går glipp av ved ikke å kunne bruke ressursene til det nest beste formålet. Sørg for at nye tiltak ikke har en alternativkostnad som er større enn nytten av det nye tiltaket!

I vurderingen er det viktig å huske at helsetjenestens betydning for folkehelsen er betydelig overdrevet. Kommunelege I må skjønne implikasjonene i Wildavsky's påstand fra 1977 (2), om at det bare er 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med. I den interne kommunale ressurskampen vil mer penger til helsetjenesteformål som regel bety mindre penger til andre kommunale formål. Det trenger verken bety mer helse eller større lykke for befolkningen. I et slikt perspektiv kan det ut ifra en helsemessig vurdering være riktigere å prioritere oppstart av en ungdomsklubb framfor en økning i helsebudsjettet. Som kommunelege I eller helse-sjef er en ikke forpliktet til å arbeide for mest mulig midler til helse-tjenesten, jeg hadde nær sagt tvert imot. Det er ingen oppgave for helseledere med osteoporotiske rygger å målbære slike tanker i egne rekker.

Faren ved regelstyring og normer er at de i så liten grad ivaretar

helhetsperspektivet. Normene kjempes ofte fram av de særlig interesserte på ulike fagområder. Pålagt standardheving på noen områder vil ubønnhørlig ha alternativkostnader som rammer andre felt. Disse alternativkostnadene har man sjelden tenkt på, og de kan fort bli ubehagelig store. Som regel blir de svakeste gruppene taperne. Derfor er en høygradig regelstyring et farlig og høyst tveegget sverd, som bør brukes med stor varsomhet. Av samme grunn er det også en høyst tvilsom fordel å skille den faglige vurdering helt fra den økonomiske. Noen må stå for helhetlige vurderinger ellers går det galt.

### **Sluttord**

Det er viktig for kommunelege I å bevare kontakten med grasrota og være seg bevisst lokalsamfunnets kulturelle særtrekk. For å klare det må vi ut av legekantorene og bli deltagende i lokalsamfunnet på ulike måter. Jeg tror også at en viss kontakt med klinisk allmennmedisin er et svært nyttig fundament for å drive god samfunnsmedisin. (Selv Per Fugelli har visst skjont det etter at han ble professor i sosialmedisin). Men jeg innser at kombilegen av ulike grunner ikke alltid kan holdes i live. Som et avsluttende paradoks er det jo pasientlegen som er grunnlaget for den status vi har hatt i samfunnet. Jo mer vi fjerner oss fra pasientene, jo mindre status får vi. Slik er det desverre bare.

*Kommunelege I Petter Øgar,  
6790 Hornindal*

### **LITTERATUR**

1. Aanjesen T. Hvordan er hverdagen i en kommune? Utposten 1994; 23: 11-4.
2. Wildavsky A. The political pathology and health policy. I: Knowles J, red. Doing better and feeling worse. New York: 1977.

Drøm og virkelighet:

# Primærhelsetjenesten i en liten norsk utkantkommune Status 1993

Det er 15 år siden verdens helseorganisasjon vedtok sin Alma Ata deklarasjon om primærhelsetjeneste. Dette ble markert med en kongress i regi av verdens helseorganisasjon i Alma Ata i desember 1993. Kongressen fremhevet sterkt at veien til helse for alle forutsetter en godt utbygd primærhelsetjeneste.

Jeg ble spurt om å gi en beskrivelse av primærhelsetjenesten i en norsk utkantkommune. Foredraget gjengis her i lett bearbeidet form.

#### *Ærede tilhørere:*

Jeg har en underlige følelse. Det er som å våkne av en god drøm og finne at virkeligheten er anderledes enn drømmen. Jeg vil fortelle dere om drømmen og om den virkeligheten jeg aner. Til slutt vil jeg si noe om morgendagen, noe om fremtiden.

#### **Loppa kommune**

Av eventyrlyst valgte jeg etter endt utdanning i 1972 å dra til Loppa kommune for å arbeide der. Eventyrlyst fordi stedet ligger langt mot nord, med en spesiell og eksotisk natur, fordi det er lang vei til sykehus, noe som stiller store krav til den lokale helsetjenesten og fordi det er nærhet til havet og den viktige primærnæringen fiskeriene.

Loppa kommune ligger ved kysten mot Nordishavet på 70 grader nordlig bredde, om sommeren har vi 3 måneder med midnattsol, da natten tar ferie, om vinteren er det 3 måneder hvor solen ikke kommer opp over horisonten. I dag bor det bare 1600 mennesker i kommunen, halvparten bor slik at jeg må bruke båt for å komme frem til dem. Det tar fra 3 – 6 timer å transportere pasienter til det nærmeste lokalsykehuset. Av

Tekst: Eystein Straume



*Eystein Straume, f. 42, cand. med 68, München. Høy flyttefrekvens i tidligere år. Fra 72 i Loppa, med div. sykehustjeneste: patologi, indremedisin og kirurgi. Nå kommunelege I. Interesser: Lokalsamfunnets tilstand, seile fembøring på Loppahavet, allmennmedisinsk filosofi.*

og til blir været slik at transport er umulig, ofte kan transporten bli farligere enn den sykdommen som truer pasienten. Kommunens eksistensberettigelse har vært fiske og fiskeindustri, idag avtar dette. Hovedsysselsetting er nå innen offentlig virksomhet som lokal administrasjon, skole og helsetjeneste.

#### **Kommunens historie**

I 1944, mot slutten av den 2. verdenskrig ble hele bebyggelsen brent ned, ikke et eneste hus sto tilbake da tyskerne trakk seg ut av området.

Etter krigen måtte kommunen bygges opp fra grunnen. Det ble en stor og enestående anledning til å bygge det samfunnet som alle hadde drømt om. Hver familie fikk sitt hus, hver husstand sin lille fiskebåt og mange små gårdsbruk ble etablert. I tillegg ble infrastrukturen bygget opp med fiskemottak, kommunikasjoner, skole og helsetjeneste.

#### **Visjonen**

Gjenreisningen ble båret av en drøm om en bedre fremtid. Alt skulle bli bedre, større og rikere. Det var en sterk tro på at god poli-



tisk ledelse og planlegging ville skape Utopia.

Folk så omrisset av en sosialdemokratisk velferdstat med likhet og rettferdighet, med velstand og sosial sikkerhet og med et trygt og faglig godt helsestell.

### Prosesen

Jeg kom til kommunen i siste fase av denne prosessen, og har fått lov å delta i utbyggingen av en fullverdig primærhelsetjenesten.

Prinsippet om likhet og rettferdighet tilsa at alle i Norge skulle ha det samme helsetjenestetilbudet uavhengig av hvor de bodde (1). Dette var en voldsom utfordring – en vellykket helsetjeneste i Norge kunne måles på om vi lykkes i Loppa.

Filosofien var at utkanten – randsonen – var en følsom indikator på om landets helsetjeneste ble utbygget svarende til intensjonene. Det var faglig stimulerende og det ga trygghet for at også vi skulle få en god helsetjeneste.

Vi satset på å bygge opp en helsetjeneste med nærhet til brukerne av våre tjenester og med god tilgjengelighet, den lokale helsetjeneste skulle gi et tilbud som var preget av kontinuitet, den skulle

være omfattende, personlig og forpliktende (2)

### Forutsetninger for at det gikk bra

Det er en rekke ulike grunner for at det gikk bra.

I 1977 ble det bygget et nytt helsesenter i kommunen. Dette hadde rom for 3 leger med hjelpepersonell. Vi har et lite laboratorium, skadestue og røntgenutstyr. For få år siden tok vi i bruk edb som omfatter administrative forhold og pasientjournalene. Helse-

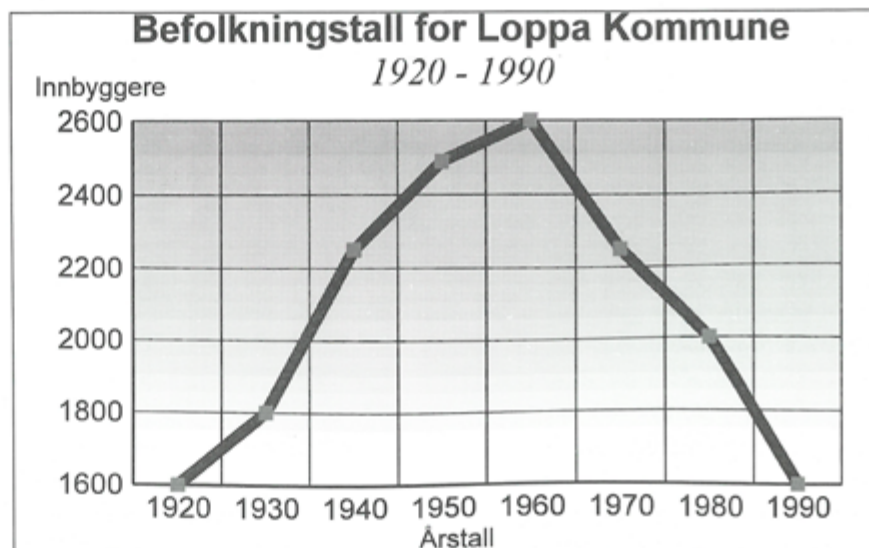
senteret har videre tannlege, fødestue (som nå er nedlagt) fysioterapeut og helsesøster. Vi har egen sykehjemsavdeling med 17 senger og en sykestue med 4 senger. Det skal være tilsammen 7 sykepleiere i helsesenteret.

Senteret har eget kjøkken og vaskeri og egen vaktmester. De siste årene har vi også fått plass til kontorer for hjemmesykepleie.

Dette ga oss de fysiske forutsetningene for å bygge opp en god primærhelsetjeneste slik Alma Ata charteret sier (3). Men jeg kan neppe hevde at det er noen nær sammenheng mellom charteret og det som skjedde hos oss. Vi fullbyrdet den visjonen som lå nedfelt i gjenreisningen etter krigen og som fulgte fremveksten av vår moderne velferdstat.

Samtidig fikk vi en ny god legeskyssbåt og moderne sykebil. Det var også viktig at det lokale sykehuset i Hammerfest ble utbygget til høy faglig standard. For den faglige utviklingen ble det svært viktig at Nord-Norge fikk sitt eget universitet i begynnelsen av 1970 årene. En av de viktigste grunnene for å bygge et universitet i Nord-Norge var behovet for å bedre helsetjenesten i landsdelen. Universitetet har blant annet trukket den lokale helsetjenesten inn i en prosess for å kartlegge og behandle

Figur 1. Befolkningstall i Loppa kommune.





hjerter kar sykdommer. Epidemiologiske studier har vist at vi har en betydelig overdødelighet av slike sykdommer i vårt område. Vi har også fått oppgaver når det gjelder praktisk opplæring av medisinske studenter.

På sentralt hold i Norge var det et sterkt ønske om en bedre primærhelsetjeneste. Vi fikk i 1982 en egen lov om kommunehelsetjenesten. Dette representerte en viktig ny orientering. Tidligere var helsetjenesten et statlig ansvar med en statlig styring. Med den nye loven fikk hver enkelt kommune ansvar for å organisere en lokal helsetjeneste som skal fremme helse og behandle sykdom. Tjenesten skal organiseres i en forebyggende og en behandlende del. Det skal være tjeneste for rehabilitering og for pleie og omsorg. Det skal også være et lokalt ansvar som ivaretar det miljørettete helsevern. Tjenesten har sin egen lokale administrasjon og en lokal politisk styring.

I dag kan vi si at vi har en vel fungerende primærhelsetjeneste. Vi har gode boliger, et rent miljø med rent vann og nok mat. Befolkningen er godt vaksinert og vi har nesten ingen farlige smittsomme sykdommer, vi har lite kreft, (sannsynligvis fordi miljøet er rent) og hjerte-kar-sykdommene er redusert.

Befolkningen er meget godt fornøyd med helsetjenesten.

Når status skal gjøres opp idag så kan jeg si at visjonen er oppfylt, drømmen er blitt virkelighet. Og langsomt våkner jeg til en virkelighet som er anderledes. Jeg innser at jeg har vært med på å løse gårsdagens problemer. Dagen i dag er anderledes og jeg må smertelig innse at jeg langt på vei er rådløs overfor det som venter meg nå når drømmen er blitt virkelig.

### **Dagens virkelighet**

Jeg tror vi står overfor en alminnelig menneskelig erfaring. Men en erfaring som vi ikke har tatt nok hensyn til.

I iveren og gleden ved å oppfylle visjonen, har vi glemt at sam-

funnet omkring oss forandret seg og det forandret seg fort. Vi har også glemt at den kunnskap, forståelse og innsikt som bar visjonen, var som all menneskelig innsikt, mangelfull og ufullstendig.

Jeg vil forsøke å beskrive den nye virkeligheten jeg ser:

### **Demografiske forhold**

I gjenreisningstiden etter krigen øket folketallet. Det nådde en topp omkring 1966 og senere har det avtatt (fig 1). Ingen la noe vekt på dette før ut i 80-årene. Visjonen forutsatte at alt skulle vokse. Det er heller ikke mulig for noen politiker å planlegge nedgang. Ingen kan vinne noe valg med et program som forventer stagnasjon og tilbakegang.

### **Ny politikk, men ingen visjoner**

Fra midten av 80-årene har nye politiske trender kommet i sentrum, med omlegging fra plan og regelstyring til markedsorientert styring. Omleggingen har vært smertefull og truende for lokalsamfunnet. Storsamfunnet har ofret solidaritets- og likhetsidealet på den økonomiske veksts alter. Med en markedsorientert politikk blir de små og sårbar samfunnene i utkanten tapere. I første omgang har den nye politikken ført til økende fraflytting. Det har også ført til at mange mister troen på at lokalsamfunnet har en fremtid. Lederne har lagt om politikken, men de har ikke klart å skape noen ny visjon. Fremtiden for lokalsamfunnet har ingen verdi lenger. Situasjonen oppleves meningsløs og utrygg.

### **Sviktende næringsgrunnlag**

Samtidig har vi hatt en vanskelig periode med sviktende tilgang på råstoff, det har vært lite fisk i havet. Og underlig nok, til tross for lite fisk så har fiskeprisene gått ned. Konkurs og nedleggelse av fiskebruk truer de små samfunnene. Før kunne fiskeren leve som en fri mann i en sunn økologisk balanse med naturen rundt seg.

Denne eldgamle levemåten duger ikke lenger av økonomiske grunner. Menneskets grådighet, som er den største skadelige siden av en markedsstyrt utvikling, truer vårt lokalsamfunn.

Arbeidsledighet er blitt et permanent faktum. Den er idag omkring 10 %.

### **Velferdstatens utgifter for store**

Stadig flere mennesker er avhengig av velferdsamfunnets sikkerhetsnett for å klare seg.

Det kommer nå sterke signaler som sier at de sosiale tiltakene blir for kostbare og reglene for tildeling av støtte er blitt strengere. Det fører igjen til at de svakeste får mindre å klare seg med.

Det er en betydelig kulturomveltning. Den gamle kulturen taper for moderne utvikling. Den nye kulturen har ikke tatt form enda, vi har en sterk følelse av at samfunnet oppløses og at hvert enkelt menneske finner tilværelsen uten mening.

Lokalsamfunnet forvitrer. For de vellykkede blir solidaritet og samhold bare noe brysomt.

### **Kriser og forvirring i helsetjenesten.**

#### **Helsetjenestens dilemma**

Den helsetjenesten som er bygget opp er ikke tilpasset forandringene i samfunnet og vet ikke hvordan helsesvikt og sykdom som følge av oppløste nettverk, arbeidsledighet og manglende tro på fremtiden skal mestres. Helsetjenesten har fått sitt eget liv og utvikler seg på sin måte uavhengig av det som skjer i samfunnet.

Den moderne, vestlige medisinen er inne i en metodologisk krise (4). Den høyt teknifiserte og spesialiserte sykehusmedisinen oppløses i stadig mindre biter til en stadig høyere kostnad. Den bygger på et forenklet menneskesyn hvor mennesket på mange måter forveksles med en maskin hvor det søkes etter maskinfeil når sykdom skal behandles.

Primærhelsetjenesten på sin side har vansker med et holistisk syn hvor legen tar Guds plass når det gjelder ansvar for såvel det syke medmennesket som lokalsamfunnet tilstand. Resultatet blir medikalisering av samfunnet, der helse blir selve målet med tilværelsen (5). Det er et samfunn hvor angst for sykdom blir fremtredende og der døden blir et nederlag som må forties.

### **Styring**

Samtidig synes styringen av helse-tjenesten å være kommet ut av kontroll. Det er en allianse mellom media, pasientgrupper og enkelte fagfolk som ofte bestemmer hva ressursene skal brukes til. Det kan gi et bedre tilbud til noen spesielle pasientgrupper, men for befolkningen totalt sett blir tilbudet dårligere.

### **Problemer jeg ser for primærhelsetjenesten i min kommune kan sammenfattes i følgende hovedområder.**

#### **1. Økonomiske og menneskelige ressurser**

For 15 år siden ble det satset penger og vi fikk nye stillinger. Dette var nødvendig for å oppnå målsettingen i Lov om kommunehelse-tjenesten. Senere har vi fått finansiering gjennom statlige rammetilskudd. Vi får nå en fast sum penger og for disse pengene skal vi utøve den lovpålagte primærhelsetjenesten. Dette gir oss råderett over midlene, men det er ikke midler til omstilling og nytenking. Finansieringen med rammetilskudd fryser utviklingen fast til 1982 nivå og vi mister muligheten for fleksibilitet og tilpassing.

Det er også vanskelig å få kvalifiserte fagfolk til lokalsamfunnet. Legene vil ha bedre betalte stillinger, og sykepleiere og andre fagfolk vil ha tilfredsstillende boliger, barnehageplass, arbeid for sin ektefelle og mulighet for meningsfull fritid – ikke bare hardt arbeid. Det er også en tendens til at arbeidet i lokalsamfunnet vurderes som min-

dre faglig utfordrende enn arbeid i f.eks. et spesialisert sykehusvesen. Det blir vanskelig for lokalsamfunnet å møte disse kravene, resultatet blir underbemanning og lav status. Det oppstår vonde sirkler som er vanskelige å bryte.

#### **2. Organisasjonsmessige forhold**

Primærhelsetjenesten er vel etablert og det er gitt betydelig ansvar for tjenesten til lokale ledere. Målsettingen er å få en tjeneste som best mulig er tilpasset lokale forhold. Erfaringen viser at det er vanskelig for lokale ledere og lokale politikere å utnytte denne muligheten. Dialogen mellom lokale politikere og helsepersonell er viktig. Men det er vanskelig for partene å bli enige om grunnleggende verdier og mål og det er vanskelig å gjøre prioriteringer. Dette er selvfølgelig en prosess som tar tid, men vi må passe oss for å komme dit at helsetjenestetilbudet blir ulikt i de ulike lokalsamfunn når det gjelder såvel kvantitet som kvalitet.

Statlige myndigheter skal føre kontroll med at den lokale tjenesten oppfyller loven. Kontrollen er vanskelig, både fordi kommunen selv har ansvaret for tjenesten, men også fordi det er uklart hvilke parametre som skal benyttes i kontrollen.

Tilbakemeldingen til sentrale myndigheter lider under at kanalene for tilbakemelding ikke er godt nok etablert og at indikatorene som skal meldes ikke er fastlagt.

En godt utbygget primærhelsetjeneste fører nødvendigvis til en oppdeling av helsetjenesten. Dermed mister den lokale helsetjenesten noe av sin makt. Det må en gjennomgående mentalitetsendring til før en lokal tjeneste får like stor gjennomslagskraft som en sentral tjeneste har idag.

Planlegging er også problematisk. Hver kommune skal lage sin helseplan med utgangspunkt i lokale forhold og lokale behov.

Samtidig lager staten sin plan. Her er utgangspunktet et annet,

blant annet skal WHO's strategi helse for alle innen år 2000 inn i den nasjonale helseplanen (6) Det er ikke sikkert at disse to planene er sammenfallende. Hvilken plan skal så gjelde for lokalsamfunnet? Resultatet blir ofte at lokalsamfunnet ikke lager noen egen plan og legen i primærhelsetjenesten konsentrerer seg om kurative tjenester og ikke samfunnsmedisinske oppgaver.

#### **3. Urealistiske forventninger til det helsetjenesten**

WHO's berømte helsedefinisjon kan være nyttig i den strategiske planleggingen av helsetjenesten. Det kan imidlertid ikke skjules at den også skaper forventninger om et fullstendig velvære som er fjernt fra vår menneskelige realitet. Samtidig har medisinen selv, blendet av sine fremskritt og i kampen om ressurser sterkt bidratt til å skape forventninger som er både urealistiske og for kostnadskrevenende. Når forventningene ikke innfries får publikum fort en følelse av krise i helsetjeneste tilbudet, også når forventningene er urealistiske.

#### **4. Måter for forståelse av medisin og den menneskelige eksistens**

Moderne medisin bygger på et reduksjonistisk naturvitenskapelig grunnsyn, der mennesket ofte betraktes som en maskinlignende organisme hvor det gjelder å finne og reparere en «apparatfeil». Dette grunnsynet forklarer bare deler ved vår menneskelige eksistens, det sier aldri noe om hele vår tilværelse. Sykdomspanoramaet forandrer seg og med det må forståelsen av sykdom og helsetjenesten forandre seg.

Sosial forvitring, oppløsning av nettverk, arbeidsledighet og tap av mening og tilhørighet skaper tilstander i befolkningen som krever at helsetjenesten lærer seg å tenke på en ny måte (7).

#### **Utfordringene**

Jeg har tegnet et mørkt bilde, men situasjonen er full av utfordringer.

Svarende til problemene jeg ser finnes det 4 hovedutfordringer for at primærhelsetjenesten i Loppa skal utvikle seg videre.

### 1. Ressurser

Helseøkonomi og beslutningsteori er metoder som kan hjelpe oss å omsette LEON (laveste effektive omsorgsnivå) prinsippet til praktisk virkelighet. Det krever at vi finner pålitelige helseindikatorer og at vi blir enige om grunnleggende verdier som helsetjenesten skal ivareta. Det tvinger også fram en etisk debatt knyttet til spørsmål om prioriteringer (8).

### 2. Søk sammenhenger, ikke deler

Vi trenger nye organisasjonsmodeller både internt i primærhelsetjenesten, i forhold til samhandelnde instanser og i forhold til sentrale myndigheter. Nye problemer krever nye løsninger. Vi trenger større fleksibilitet i vår organisasjon samtidig som vi trenger rutiner som sikrer god kvalitet på de tjenestene vi yter. Organisasjonutviklingen er viktig også for å sikre at tilgjengelige ressurser blir utnyttet best mulig.

En slik fleksibilitet og evne til å forholde seg til nye instanser setter krav til menneskelige sider ved hver enkelt helsearbeider. Åpenhet forutsetter trygghet på egne verdier, holdninger og følelser. Samhandling er ofte vanskelig fordi vi føler egne områder truet. Stridighet mellom profesjoner hjelper sjelden pasienten!

### 3. Realisme

Forventningene til helsetjenesten må være realistiske. Ingen er i det lange løp tjent med falske forhåpninger. Det er et faglig og politisk ansvar å definere helsetjenestens oppgaver og plass i samfunnet. Fra primærhelsetjenesten må det komme faglig begrunnede premisser til lokale beslutningstakere. Primærhelsetjenesten må også kunne samhandle slik at den kan gi sentrale beslutningstakere premisser for deres valg og prioriteringer. Særlig gjelder dette utviklingen av den øvrige helsetjenesten og sykehusvesenet. Primærhelsetjenesten vet ofte best hva befolkningen trenger av hjelp og dette må få betydning for hvordan sykehusene skal drives. De siste årene har jeg sett hvordan særlig tekniske nyvinninger har preget utviklingen i sykehusene. Det gir ofte en skjev fordeling av ressurser og er ofte sterkt kostnadsdrivende. Resultatet blir at noen pasientgrupper får et godt tilbud, mens andre blir uten et adekvat tilbud.

De siste årene har primærhelsetjenesten fått ansvar, nå må den også få makt og påvirkningskraft.

### 4. Forståelse

Medisinen har alltid vært opptatt av mennesket. Studiet av sykdom, lidelse og død har gitt viktige impulser for å forstå den menneskelige eksistens. Det tvinger seg nå frem et dypt behov for å kunne forstå på en ny måte. Kausalitetsbegrepet alene kan ikke gi oss den innsikt vi trenger. Spørsmål etter balanse og likevekt melder seg og

nye idéer fra medisinsk antropologi og økologisk medisin utdyper vår forståelse av vår eksistens og av sykdommer og lidelsens vesen. Vi kan ane nye måter for behandling der mestringsevne og menneskets evne til å holde seg frisk blir sentrale elementer (9).

Den dagen slike tanker blir sentrale vil vi få et nytt helsevesen. De nye tankene bringer medisinen tilbake der den alltid bør være: En lære som befatter seg med det spesifikke menneskelig – der ligger profesjonens eksistensberettigelse.

### En ny drøm

Gjennom utfordringene skimter jeg fremtiden og en ny drøm tar form: Jeg drømmer om

- et levedyktig lokalsamfunn med sunn balanse mellom menneskene og mellom menneskene og naturen,
- et varmere og vennligere samfunn hvor vi gjør mot andre det vi vil andre skal gjøre mot oss,
- et samfunn som legger vekt på kvalitet,
- en helsetjeneste som setter pasienten i sentrum og hvor pasientens integritet og ansvar for egen helse blir viktig.

En videre utvikling av ideen om primærhelsetjeneste vil være en viktig faktor på veien mot et slikt samfunn.

*Jeg vil takke helsedirektør Anne Alvik som ga meg oppdraget og som stillet meg helt fritt til å si min mening.*

*Eystein Straume  
9550 Øksfjord*

### LITTERATUR:

1. NOU 1982: 35. Nasjonale tiltak for en geografisk likeverdig helsetjeneste.
2. Tenkekomitens lille grønne. Oslo 1977. Den norske lægeforening.
3. Alma Ata charteret.
4. Juul Jensen U.: Sykdomsbegreper i praksis. København 1986. Munksgaard.
5. Illich L., Medisinsk nemesis. Oslo 1975. Gyldendahl
6. St.meld. nr 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Oslo 1988. Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor.
7. Kirkengen A.L. og Jørgensen J. (red). Medisinsk teori. Oslo 1993. Allmennpraktiker serien – Tano
8. NOU 1987: 3 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo. Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor.
9. Aaron Antonovsky, Health, stress and coping. Jossey-Bass Publishers 1985

# Kommunehelsetjenesten og Lillehammer-OL

Dette skrives når OL på Lillehammer nærmer seg slutten av den første konkurranseuken, og den foreløpige suksess er enorm. Alt synes å lykkes, arrangementsmessig og sportslig.

For kommunehelsetjenesten, i hovedsak på det samfunnsmedisinske og allmennmedisinske området, har planleggingsfasen og arrangementet vært en stor utfordring. Mange har deltatt, i første rekke kommuneoverlegene/kommunelege I i de 5 arrangørkommunene Hamar, Gjøvik, Ringeby, Øyer og Lillehammer, samt bokommunene i arrangementsområdet, Gausdal og Ringsaker.

Øystein Hveding, som har vært fungerende kommuneoverlege i Lillehammer det siste året under min permisjon, har nedlagt et betydelig arbeid i sluttfasen.

Ved et arrangement som OL vil helsetjenesten på mange plan involveres. I tillegg til kommunehelsetjenesten har arrangøren – Lillehammer Olympiske Organisasjonskomite (LOOC) – gjennom sin kontrakt med IOC påtatt seg omfattende forpliktelser om helse- og sanitetstjenester for arrangementet. Annenlinjetjenesten i de to arrangørfylkene Hedmark og Oppland og regionhelsetjenesten har viktige oppgaver.

LOOCs ansvarsområde:

- Lege- og sanitetstjeneste på alle arenaer, for aktive, publikum og akkrediterte som oppholder seg der under trening og konkurranser.
- Egen helsetjeneste for deltagere, øvrige akkrediterte og frivillige, samt politistyrkene.
- Ambulansetjeneste, herunder luftambulansetjeneste i tilknytning til arenaer.

Tekst: Frode Veian



*50 år. Cand.med Oslo -68. Spesialist i allmennmedisin og veileder i allmennmedisin. Turnustjeneste ved Sentralsykehuset i Akershus og Dovre/Lesja legedistrikt. Kommunelege, dvs. tilsynslege ved alders- og sykehjem og allmennpraksis i Stange 71-76. Distriktslege, senere kommunelege llhelsesjef i Lom 76-89, og fra -89 kommuneoverlege i Lillehammer frem til våren -93. Fra da av prosjektleder for Fastlegeforsøket i Lillehammer i deltid, kombinert med allmennpraksis. Permisjon som kommuneoverlege så lenge prosjektet pågår.*

- Dopingkontroller med prøveanalyser.

Planlegging av LOOCs oppgaver er ivarettatt av en egen, liten stab under ledelse av Inngard Lereim som medisinsk ansvarlig for arrangementet. Annen og tredjelinjetjenestens oppgaver avviker ikke nevneverdig fra det de har normalt,

men LOOCs forpliktelser om spesialisthelsetjenester har ført til styrking av tjenesten ved Lillehammer fylkessykehus (LFS), både kvalitativt med spesialister sykehuset normalt ikke har, og kvantitativt. Tjenestene har også beredskapsmessige disposisjoner og planer.

Ansvar på kommunehelsetjenestenivå omfatter de samfunnsmedisinske oppgaver, spesielt miljøhygiene, samt styrket legetjeneste under lekene. Legetjenesten vil ha et ansvar for publikum etter kommunehelseloven, de som midlertidig bor eller oppholder seg i kommunen og som ikke blir tatt hånd om av det øvrige apparatet. Pasienter som har rettigheter innen LOOCs egen helsetjeneste kan henvises dit om situasjonen tilsier det.

Jeg vil nå gå mer i detalj om de kommunale oppgavene.

## Planleggingsfasen

Samaranch berømmelige «the decision is Lillyhammer» vil jeg påstå var en avgjørelse bare få hadde trodd på. De fleste, inkludert i Lillehammer, hadde vel ikke tatt søknaden helt på alvor. Derfor var det lett for Stortinget å gi sin økonomiske garanti, men få hadde sett kritisk på planer og kalkyler, og Lillehammer kommune var lite forberedt.

Avgjørelsen utløste en voldsom aktivitet på alle hold, alle skulle delta med planer og profilering, og ha en bit av OL-kaka.

Også i helsesektoren så vi utfordringene, men legene med samfunnsmedisinsk ansvar i arrangementsområdet har vært av de desidert mest edruelige og nøkterne i denne prosessen. Dette har trolig straffet seg, nøkternhet har ikke blitt verdsatt i denne prosessen.

Planleggingen hadde 3 hovedelementer:

- Utbyggingsfasen/anleggsperioden
- Miljøhygiene
- Legetjeneste under lekene.

I tillegg kom viktige elementer som:

- Organisering.
- Smitteovervåking, smitteberedskap og statistikk.

Utbyggingsfasen – anleggsperioden  
Med de betydelige utbygginger som skulle skje, spesielt i Lillehammer og nærområdene, forventet man en betydelig tilstrømming av pendlere og anleggsarbeidere.

I første fase ble det planlagt brakkebyer for inntil 3.000 anleggsarbeidere i Lillehammer. Vi ventet at en slik konsentrasjon av anleggsarbeidere ville føre til en stor merbelastning på helse- og sosialtjenesten.

I 1989/90 ble det skissert egen helse- og sosialtjeneste lagt til brakkebyen(e), der det bl.a. skulle være inntil 2 leger.

Planene ble støttet av LOs OL-kontor, og grunnlaget var LOs erfaringer fra andre større utbygginger.

Innad i kommunen fikk vi ikke, heldigvis, gehør for slike planer. Sannsynligvis er det lavkonjunkturen som har ført til at utbyggingsfasen nærmest gikk ubemerket hen for helsetjenesten. Brakkebyene ble ikke etablert.

Utbyggingen har stort sett blitt ivaretatt av arbeidskraft fra regionen. Dessuten har mange pendlere hatt såkalte «Nordsjøavtaler» som har medført betydelig arbeidstid mens de har vært her, med lengre friperioder hjemme. Det hevdes også at arbeidsmarkedet har ført til at standarden på arbeidsstokken innen bygg og anlegg er en helt annen og bedre enn man hadde for en del år siden.

Trolig har utbyggingen kun hatt den effekt at det har forhindret en formidabel arbeidsledighet i det indre Østlandet, ikke gitt nevneverdig økt sysselsetting fra nivået før OL-aktiviteten startet.

Utbyggingsfasen har gitt en

styrking av legetjenesten i Lillehammer med et årsverk, i første omgang finansiert over kommunens OL-budsjett nå innarbeidet i den ordinære legetjenesten. Folketallet i Lillehammer har i perioden økt med vel 1.000 innbyggere.

Legevakten er omorganisert og styrket i samme periode med utbygging av stasjonær legevakt i motagelsen ved LFS, der samarbeidet med sykehuset har gitt en effektiv, god og rimelig legevaktstjeneste.

I de andre kommunene, Hamar, Ringsaker, Gjøvik, Gausdal, Øyer og Ringeby, har det ikke vært endringer i legetjenesten som følge av OL-utbyggingen.

### Miljøhygieniske utfordringer

I Lillehammer har man tradisjonelt hatt et nært samarbeid mellom næringsmiddeltilsynet og kommuneoverlegen, der byveterinæren har tatt hånd om det meste, og etter fleres mening for mye, av de miljøhygieniske oppgaver.

Næringsmiddeltilsynet for Sør-Gudbrandsdal har sitt ansvar innen de fire sørligste kommunene i Gudbrandsdalen.

Byveterinæren i Lillehammer tok tidlig initiativ til et miljøhygienisk samarbeid innen arrangementsregionen. Han fikk opprettet et arbeidsutvalg som skulle utarbeide et premissdokument for miljø- og næringsmiddelhygiene under OL, samt plan for virksomheten.

Deltagerne i utvalget var byveterinærene i Lillehammer, Gjøvik og Hamar, som ledere for hver sine interkommunale næringsmiddeltilsyn innen OL-regionen, og kommuneoverlegene i Gjøvik og Lillehammer.

Legene på sin side etablerte et samfunnsmedisinsk samarbeidsforum. Deltagere her var kommuneoverleger/kommunelege I fra de 5 arrangørkommuner, bo-kommunene Gausdal og Ringsaker og fylkeslegene i Hedmark og Oppland. Det var dels fellesmøter med næringsmiddeltilsynene og deltagelse fra LOOCs helse- og sanitetsstab.

Her skal det tilføyes at kommuneoverlegen i Lillehammer også har vært med i LOOCs plangruppe for helsetjenester, ledet av Ingrid Lereim, øvrige medlemmer var fylkeslegen i Oppland, fylkeshelsesjefen i Oppland, direktør og sjefslege ved LFS.

Premissdokumentet og plandokumentet forelå våren -92. Den ressursøkning som ble angitt for å kunne ha kapasitet til å gjennomføre det godkjennings- og kontrollprogrammet som var planlagt fikk man ikke midler til, aktiviteten måtte tilpasses vesentlig trangere økonomiske rammer.

Planarbeidet innenfor det miljøhygieniske arbeidsfeltet har vært konstruktivt, og bidratt til etablering av et godt samfunnsmedisinsk miljø rundt i regionen, samtidig som samarbeidet med næringsmiddeltilsynene også har blitt meget konstruktivt.

Det løpende arbeidet har i hovedsak vært godkjenning av serverings- og skjenkesteder, mange provisoriske. Godkjenning av planer for overnattingssteder, provisoriske campingsplasser, og ikke minst plan for provisoriske toaletter og sanitæranlegg. Planene for renovasjon har vært godt ivaretatt i et samarbeid mellom LOOC og teknisk etat. For å begrense renovasjonsmengden er det inngått avtale med alle leverandører om at de samtidig med leveranse av varer har ansvaret for retur av emballasje.

Arbeidet med disse sakene har medført en betydelig merbelastning den siste tiden før OL: De fleste søkere, spesielt de som skulle etablere midlertidig virksomhet, har vært svært sent ute. Majoriteten av godkjenningssøknader har kommet i løpet av det siste halve året før lekene, med en topp så sent som omkring årsskiftet.

Næringsmiddeltilsynet står for det meste av kontrollvirksomheten i Lillehammer under OL, men assistanse av kommuneoverlegen og en kommunelege til, med enda to i reserve.

## Legetjenesten under OL

Planlegging av legetjenesten på kommunalt nivå anså vi som det enkleste. Løsningen var døgnkontinuerlig legevakt, organisert som en 3-skiftsordning bemannet med interesserte leger utenfra.

Problemet var dimensjonen. Man hadde ingen erfaring fra andre arrangører å forholde seg til. Den beste statistikken man hadde var fra lekene i Calgary, men det omfattet bare helsekontakter innen arrangørens ansvarsområde, mao. tilsvarende LOOCs ansvarsområde her. Den viste imidlertid 3.000 helsekontakter under lekene, hvorav pressearbeidere sto for 1/3.

Den «sivile» tjeneste har det aldri tidligere vært foretatt registrering i ved noe tidligere arrangement. Belastningen har antagelig heller ikke vært særlig stor, i det tidligere arrangører enten har vært større byer eller veletablerte turiststeder der slike befolkningsøkninger tilhører det normale.

Vi måtte dimensjonere en tjeneste som skulle ta hånd om ca. 6 ganger normalbefolkningen i Lillehammer på 24.000 innbyggere. Imidlertid ville en stor del av disse reise til og fra hver dag, antagelig ville det være en frisk populasjon, og mye av tjenestebehovet også til sivile ville bli tatt hånd om av arenahelsetjenesten.

Økt belastning er heller ikke uvanlig i Lillehammer med relativt stor turisttilstrømming vinterstid, med topper i vinterferie og påske.

I utgangspunktet dimensjonerte man en tjeneste som skulle kunne tåle en belastning 3 ganger det man kunne ha i påsken, dvs. at den måtte kunne ta hånd om inntil 300 henvendelser pr. døgn. I slutfasen ble dette ytterligere styrket, noe jeg anså unødvendig. Den endelige planen gikk ut på etablering av 2 legevaktenheter med til sammen inntil 4 leger ved hver enhet dag og kveld (08–24) med mulighet til forlengelse av tjenesten til kl. 03 om natten det ene stedet, mens det skulle være 2–3

leger på vakt natt ved hovedlegevakten ved sykehuset.

Tjenestene måtte også styrkes med hjelpepersonell.

Den store skuffelsen i dette arbeidet har vært den fullstendige neglisjering av kommunens ansvar, og behovet for ressurser, fra overordnet hold i Lillehammer kommune, dvs. fra helse- og sosialsjef og oppover. Tjenesten er oversett, og lederen av helse- og sosialstyret gikk i siste møte før jul -93 så langt at hun på vegne av Lillehammer kommune fraskrev seg alt ansvaret for slike oppgaver, det kunne man ikke bruke kommunale midler til, «andre» fikk ta det ansvaret.

Heldigvis kan vi si at det så langt i lekene har gått mye bedre på helsefronten enn fryktet. Det etablerte apparatet er overdimensjonert. Toppbelastningen på legevakten i Lillehammer har vært ca. 70 pasienter pr. døgn, og det er ikke mer enn i en vanlig vinterferie og påske. I de andre kommunene har det ut fra innsendte meldinger ikke vært registrert merbelastning pga OL. Avlastningen fra LOOCs apparat betyr en del, og vi har vært forskånet for epidemier, der gastroenteritter, influensa og øvrige luftveisinfeksjoner inkl. streptokokkinfeksjoner var det vi fryktet mest.

Seksuelt overførbart sykdom har vi heller ikke registrert noen forekomst av så langt.

## Organisering

Som nevnt har arrangementet mange aktører på helsesiden, mange nivåer er involvert: LOOC i 5 arrangørkommuner pluss dopinglaboratorium på Aker sykehus, regionhelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten i Hedmark og Oppland og kommunehelsetjenesten i de 5 arrangørkommunene samt nærliggende kommuner som ville kunne vente storinnrykk av tilreisende som ville bo der under arrangementet. I tillegg kommer 3 interkommunale næringsmiddeltilsyn i regionen.

Ansvaret kunne lett bli frag-

mentert, uten at noen ville kunne se helheten. Man måtte ha en instans som kunne ha myndighet til å ivareta det overordnede, koordinerende ansvaret. Fylkeslegen pekte seg naturlig ut.

Riktignok hadde man 2 fylkeslegeembeder å forholde seg til, men på det planet var det lett å overføre myndighet til det ene. Fylkeslegens tilsyns- og kontrollfunksjon skapte visse problemer mht. å gå inn med et koordinerende driftsansvar, men det ble løst gjennom at Helsedirektoratet oppnevnte fylkeslegen i Oppland som koordinator for helsetjenesten under OL, samtidig som han fikk permisjon som fylkeslege.

Det ble etablert en helseovervåkingsgruppe, kalt Fagstab Sanitet på Lillehammer, under ledelse av Fylkeslege Øyvind Rolstad, der de øvrige medlemmer var medisinsk ansvarlig i LOOC, kommuneoverlegen i Lillehammer, byveterinæren i Lillehammer, overlegen ved infeksjonsavdelingen LFS og overlegen ved Mikrobiologisk laboratorium, Lillehammer.

Gruppens ansvarsområde var helseovervåking, spesielt epidemioovervåking, og ressursdisponering på tvers av kommunegrenser og ansvarsnivåer, som situasjonen skulle tilsi det.

Overføring av fullmakter fra LOOCs og kommunenes ansvarsområde krevde vedtak i de enkelte kommuner og innen LOOC, noe som ikke medførte problemer.

Mindre satelittgrupper ble etablert på Hamar og Gjøvik, bestående av kommuneoverlege, byveterinær og infeksjonsmedisiner.

## Smitteovervåking, epidemiberedskap og registrering

En av Fagstab Sanitets viktigste oppgaver er epidemioovervåking og belastningsregistrering, samt skaderegistrering. På dette planet har det vært samarbeid med Folkehelsen, som også har en viss beredskap med tanke på støtte ved behov.

Det er etablert daglige melderutiner fra kommunehelsetjenes-

# Nyttig om gnagsår

Den allmennmedisinske kvardag er ein av dei 4 pillarane som Utposten er meint å kvila på. Det har ikkje vore lett å fundamentera dette hjørnet av bladet. Som eit botemiddel vil vi nå starta ei spalte der kvar og ein kan skriva om sine personlege løysingar på vanlege kliniske problemstillingar.

Kunnskapsflaumen er stor. Fakta og perspektiv er mangslungne, og skyller inn over oss gjennom lesing og kursdeltaking.

Men kunnskapen må gjerast operasjonell til tid stad og situasjon. Denne prosessen er krevande og tidvis smertefull. Konsensusverktøyet slik vi møter det gjennom konferansar og behandlingsprogram, hjelper berre eit stykke på veg. Eit endeleg mål vil vi aldri nå. Røynsle, intuisjon og legekunst tek meir og eir over når samhandlinga med den einskilde pasient tek til.

Men dersom vi strevar mot tilpassa kunnskap, kan vi likevel koma nærare «the real thing» i klinisk praksis enn gjennom tidskriftartikkelen, foredraget og læreboka. I heile studiet og i det meste av vidare- og etterutdanninga får vi dømer på slik kunnskap. Men «pønkarane» er diverre altfor sjelden allmennpraktikarar.

Den operasjonelle kunnskapen er ikkje ei kokebok, men gir oss

løysingsframlegg for sjølvalde justeringar og inspirasjon til egne operasjonelle framtøyt.

Grip derfor pennen og send innlegg til spalta. La oss visa kvarandre korleis vi tilpassar kunnskapen til våre eigen praksissituasjon.

Nærast for å prøva spalta og for slå fast at ho er i gong, kjem her eit lite innlegg som ikke berre er tilpassa, men nærast sjølvkonstruert kunnskap.

Men røynsle har likevel rettferdiggjort han – og på «vidda» kan vi tala om 3 epokar.

Fram mot 1960 var det beksaumannane som rådde i fjellet. Då var det gode tider for alle «gnagsår-ekspertar».

Deretter kom dei mjuke skistøvlane som meir apellerte til innsyn på områder som brukande overtrekk, og behandling av frostskafer.

Den tredje epoken er nå godt igong. Telemarkstøvlane har gjort sitt inntog, og med dei gnagsår av omfang og djupne som høgfjellsverda aldri før har sett. Og i møte med eit hundretals offer er det eg har utvikla mi bursa *artificialis palliativa*.

Metoden har fått slagne kvinner og menn til igjen å stå opp, gripa til stavane og gløyma bøn om snøscootertransport til næraste bygdelag.

Og feriepraktikaren har fått rikelig løn for strevet. Naturalia som røykt elghjerte, Ektroms frysetørka, fiolett klister, 1/4 appelsinjuice, rett til seng, lån av slalombriller ein føykedag og ei viss oppmerksomhet frå fjellets kvinner, er for alle som kjenner høgfjellets kultur og lover – ein normaltariff av ypperste slag. Eg er dum som lærer dykk metoden.

Den byrgjar standard med skumgummi. Klipp 1 cm tjukk skumgummi på ca. 5 x 8 cm. Klipp hol i denne tilsvarende sårflata. – framleis ikkje serleg originalt.

Men fyll så opp holet med Citanest gel, 2%. Som eit lokk over legg du så eit stivt plastikkstykke (t.d. av ei plastikkomslag som vi alle har til våre papir på kontoret). Til slutt blir den nylaga bursaen forankra til hælen med vanleg sportstape. Husk at holet vidar seg noko ut når skumgummien blir klemt saman.

Deretter er det bare å venta på forløyning, ny von og nye vidder.

*God tur!*

*Judaberg den 18. febr. 1994  
Eivind Vestbo*

ten, fylkeshelsetjenesten og LOOC til Fagstab Santiet, med daglig tilbakemelding til meldehenetene.

Meldesystemet omfattar kontaktregistrering etter en forenklet ICPC-liste, skaderegistrering etter en forenklet ICD-9-liste, daglig meldinger om smittsomme syk-

dommer etter MSIS-meldesystem, samt nominativ melding av en del sykdommer. De nominativt meldbare sykdommer er utvidet, der det viktigste tillegget er at de skal omfatte alle mistenkte mage-tarminfeksjoner og matforgiftninger.

Etter noe startproblemer siste

uken før OL, synes meldesystemet og tilbakemeldingsrutinene å fungere tilfredsstillende, slik at alle aktører har god oversikt over det som skjer fra dag til dag.

*Frode Veian  
Slyngvn. 8, 2600 Lillehammer*

# Helsestasjonslegens ønskeliste

Artikkelen er basert på et foredrag på konferansen «Helsestasjonen i fremtiden» arrangert av Fylkeslegen i Akershus 9. november 1993.

Jeg er en vanlig helsestasjonslege 5 timer i uken. Dette er mine personlige ønsker for hvordan jeg ønsker at jobben min på helsestasjonen skal være.

Utgangspunktet mitt er at

- det er viktig med forebyggende helsearbeid for barn
- det trengs aktive, entusiastiske og stabile leger i dette arbeidet

Det siste tror jeg ofte er mangelvare! Hvorfor?

For å ta utgangspunkt i meg selv:

- Jeg liker barn
- Jeg liker mødre
- Jeg er mere interessert i forebyggende helsearbeid enn leger flest.

Jeg burde være toppmotivert for helsestasjonsjobben!

Hvorfor er det da at jeg ofte tenker om mandags-morgenen når jeg skal på helsestasjonen— «skulle ønske jeg skulle ha kontordag i praksisen isteden i dag» Det er ikke bare fordi det er mandag.

Jeg føler at det er problemer på to områder som gir meg disse motivasjonsproblemer som helsestasjonslege:

1. og viktigst: Jeg føler at det faglige innholdet og min rolle i det sårt trenger en fornying/modernisering!
2. og minst viktig (for meg): Arbeidsforholdene trenger oppjustering.

Jeg vil nøye meg med å si noe om pkt. 1, faglig modernisering.

Tekst: Bård Natvig



*Bård Natvig er født i 1955, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Halvtids allmennpraktiker med deltidsengasjement på helsestasjon, på Hagan sør i Nittedal. Halvtids forskningsstipendiat på muskel- og skjelettplager i Ullensakerundersøkelsene. Medlem av NSAMs referansegruppe i helseopplysning. Far til to gutter på 11 og 9 år. Orienteringsløper, sportsidiot og frimerkesamler.*

## **Faglig modernisering:**

Helsestasjonsmedisin er et eget «lite» fag. Det bygger mest på allmennmedisin, men har også elementer fra pediatri, barnpsykiatri og samfunnsmedisin. Jeg tror faget har ganske lav status blant leger, og at det blant annet skyldes at det skjer så lite FAGUTVIKLING i helsestasjonsmedisinen!

## **Ønsker for fagutviklingen på helsestasjonene:**

1. Utviklingen av pasientrettede arbeidsmetoder må inn i helsestasjonene i mye større grad:

I dag har vi styringen med når det skal være kontakt (med helsestasjonslegen), til faste kontrollintervaller og hva som er hovedinnholdet i denne kontakten. Hvorfor ikke la ihvertfall de foreldrene som har barn der alt utvikler seg bra gjennom det viktige første leveåret (80%?), selv få overta mer av ansvaret. De kan få ta kontakt når det er noe som bekymrer dem eller noe de gjerne vil spørre om og få vurdert?

Dagens screening-virksomhet har etter min mening en ganske farlig bivirkning, nemlig signalet om at: «Hvis du tror barnet ditt er friskt, så kan det være fordi det er så lenge siden det har blitt grundig undersøkt!»

Mange helsesøstre etterlyser at helsestasjonslegene kommer på «banen» når det gjelder psykososiale problemer. Jeg er enig i at vi må prøve å se barnas utvikling i et helhetsperspektiv, men jeg tror ikke vi kommer langt med det uten å løse opp på vår screeningdagsorden, og flytte ansvar og «makt» over til foreldrene.

2. Jeg ønsker meg også en utvikling der helsestasjonslegens tidsbruk ikke smøres jevnt utover som et velferdsgode, nesten like mye til alle.

Hvorfor prioriterer vi ikke de som trenger hjelp og støtte i mye høyere grad? Vi bør bruke 80 % av tiden vår på 20 % av barna/foreldrene med behov (betrykingsbarne), og 20 % av tiden på de resterende 80 %-ene. Kontaktform og hyppighet må individualiseres, og





Vi må være mer åpne for foreldrenes og barnas problemstillinger på helsestasjonen

helst bør vi ha individuelle målsettinger for hva vi vil oppnå gjennom helsestasjonen for hvert enkelt barn.

3. Det er ikke bare når det gjelder innsatsen (til helsestasjonslegen) at jeg synes tilbudet vårt er for likt – vi gjør det for likt helsestasjonene i mellom!

Rettferdighetstanken har jeg ikke noe i mot, men samme hvor mye vi samordner og legger like planer blir tilbudene ganske ulike. Vi som jobber på helsestasjonene er nemlig svært forskjellige, både når det gjelder interesser, entusiasme, innlevelsesevne, dyktighet og dagsform. Det blir ulikt uansett, og derfor taper vi kvalitet på å prøve å lage minste felles multiplum. Vi bør utnytte våre gode ideer, vår entusiasme og kreativitet – og utnytte våre sterke sider i langt høyere grad enn i dag!

Forutsetningen for dette er selvkritikk og evaluering/ helst forskning på effekten av de ulike måtene å gjøre arbeidet på!

4. Forskning, ja – forskning i helsestasjonsmedisin, finnes det? (Frode Heian, forfatteren av Helsestasjonsboka (1) har spennende prosjekter. Peter Major undersøkte blant annet om hans henvisninger til øye- og ØNH-leger fra helsestasjonen ble brukt (2). Selv om jeg kanskje ikke har full oversikt over hva som skjer,

har jeg som menig helsestasjonslege ikke følelsen av at dette er et område der det er en livlig fagutvikling. Jeg hører av og til om spennende prosjekter på helsestasjonene rundt omkring. Hvor blir disse prosjektene beskrevet skriftlig, og er det noen som leser om dem? Vi må ha mye mer forskning for å bringe LIV inn i HELSESTASJONSMEDISINEN. I dag er det ingen fordel for et helsestasjonsprosjekt som man søker økonomisk støtte til, at det er knyttet forskningsmål til det. Hvorfor ikke???

Jeg mener det er nødvendig med en gruppe for helsestasjonsmedisin, f.eks under Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, knyttet til instituttene for sykepleievitenskap og allmennmedisin.

#### Hva slags forskning ønsker jeg meg?

Jeg synes det trengs enkel telforskning. Hvorfor vet vi ikke f.eks hvor stor sjansen er for et viktig screeningfunn hos en 1 åring, der alt har vært normalt ved 6 ukers og 6 måneders kontroll, og mor eller far ikke er bekymret for noe. Jeg tror at sjansen er nær 0 (men jeg vet det jo ikke!). Og jeg er så nevrotisk bundet til helsekontroll-skjemaet at jeg gjør undersøkelsen mest for skjemaets skyld. Jeg er for ÆRLIG til å sette haker for undersøkelser jeg ikke har

gjort, og jeg er for FEIG til å la nesten hele kontrollkolonnen stå tom – i redsel for å få kritikk (før eller helst siden vil jeg jo gå glipp av et viktig funn!) Og på den måten kaster jeg bort mye av tiden på helsestasjonen til screening av nesten helt sikkert friske barn – TID SOM JEG ER SIKKER PÅ AT JEG BURDE BRUKT TIL NOE NYTTIGERE! Det er jo ikke så mange legetimene jeg, eller andre helsestasjonsleger, har på helsestasjonene, så hvorfor utnytte de få legetimene så fantasiløst?

Men det trengs også forskning på hvordan vi bedre kommer til hjelp for alle de barna som har det virkelig vanskelig, med omsorgssvikt, mishandling eller incest. Vi kan sikkert lære endel av samarbeid med barnevernet og PP-tjeneste når det gjelder metoder, men først og fremst ønsker jeg meg god forskning av effektene av ulike intervensjoner ved mistanke om «barnevernsproblemer». Det blir krevende og utfordrende kvalitativ forskning, slik jeg ser det! Men barnevernet står kanskje på trygge forskningmessig grunn enn jeg har fått inntrykk av – eller er det noe barnevernet også trenger?

5. Hvordan skal vi klare å bli flinkere til å oppspore og gi riktig intervensjon ved alvorlige problemer, uten at vi i større grad blir assosiert med barnevernets «foreldrepoliti-funksjon»?

Hvis vi vil være et kompetansesenter for foreldre, der de kan søke råd og støtte når de har problemer, enten det er med spedbarnet eller tenåringen, må de være trygge nok til å komme frem med sine bekymringer, sine dumme spørsmål og sine svake sider, uten at de får følelsen av at de kan bli straffet for det – fordi de er FOR DÅRLIGE FORELDRE FOR OSS!! Jeg ønsker meg at man her går varsomt frem i samarbeidet, som helsestasjonslege er jeg helt avhengig av at det er trygghet nok til at jeg kan bygge en allianse både til foreldrene og til barna!

6. Mitt siste faglige ønske går på minst like sterk prioritering av første leveår som vi har nå.

Barker (3) har skrevet en bok som viser at barnets trivsel, målt som vekst, i mors liv og første leveår er en meget sterk prediktor for blant annet hjerte- og lungesykdommer i voksen alder. Positive mestrings sirkler som er så viktig for å forebygge kroniske smertetilstander starter også trolig i det første årets kommunikasjon mellom spesielt mor og barn.

Da Arild Bjørndal (4) anmeldte denne boka til Barker i Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening skrev han: «Vi (legene) har nærmest overlatt ansvaret for barna til



*Kan vi starte positive mestrings-sirkler for barn og foreldre på helsestasjonen?*

helsesøstrene». Jeg tror ikke helse-søstrene vil ha det ansvaret alene, men de tar det nok hvis legene gjør helsestasjonsjobben med sure miner, av plikt eller fordi arbeidsgiveren krever det.

Som oppsummering vil jeg si: Dette var ingen snau ønskeliste, og enda har jeg hoppet over de praktiske arbeidsforholdene. Men, alvorlig talt, klarer vi å skape liv og utvikling i faget, variasjon og hyggelige arbeidsforhold på helsestasjonen KAN vi gjøre en kjempejobb sammen! Og da skal jeg love at det kommer til å være entusiasme og ikke motivasjonsproblemer som skal prege meg på helsestasjonen.

*Bård Natvig  
Hellinga 8  
1481 Hagan*

#### REFERANSER:

1. Heian F, Misvær N. Helsestasjonsboka. Oslo; Kommuneforlaget, 1989.
2. Major P. En helsestasjonsundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1466-8.
3. Barker DJP (red). Fetal and infant origins of adult disease. London: British Medical Journal 1992.
4. Bjørndal A. I begynnelsen var barndommen. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2153-4.

## Skriver for få kvinner i Utposten?

Vi ønsker at såvel kvinner som menn fyller våre spalter med bidrag. Våre fire grunnpilare:

- klinisk allmennmedisin
- praktisk samfunnsmedisin
- teoretisk allmennmedisin
- teoretisk samfunnsmedisin

bør være av interesse for begge kjønn. Vi registrerer imidlertid at flere menn enn kvinner fyller våre spalter. Våre grunnpilare er ikke til hinder for at flere kvinner kommer med bidrag. I

utgangspunktet tar vi imot alle bidrag med glede. Utposten er åpen for alt som faller innenfor de fire grunnpilarene. En slik åpen linje innebærer på ingen måte likegyldighet overfor kvalitet, men at våre kvalitetsmål er preget av mangfoldighet og åpen dialog med bidragsyterne. Kvinner står ikke på noen måte tilbake for menn når det gjelder kvaliteten av bidrag. Er kvinner for kvalitetsbevisste? Er det gode ikke godt nok? Hva skal til for at flere kvinner griper til pennen?

*Redaktørene*

# Laboratoriearbeid i allmennpraksis

## Spørsmål og svar innen viktige problemområder

Tekst: Helle Dunker og Ludvig N.W. Daae



**Helle Dunker** er bioingeniør. Har arbeidet i primærhelsetjenesten i 18 år. Har i de senere år arbeidet en del med veiledning av medarbeidere (og leger) gjennom kurs og oppsøkende virksomhet. Arbeider og bor i Bagn (Sør-Aurdal) i Valdres.

**Ludvig N.W. Daae** er avdelingsoverlege dr. med. Har gjennom årene ledet (og forelest på) flere kurs for allmennpraktikere i klinisk kjemi. Har også forelest en god del for annet helsepersonell innen samme område. Arbeider nå ved Klinisk Kjemisk laboratorium, Diakonhjemmets sykehus, Oslo.

Denne artikkelen bygger på et miniseminar som ble holdt på APLF-kurset «Primærlegen og medarbeideren» på Gol i august '93. Seminaret dreide seg om laboratoriearbeid i primærhelsetjenesten. Det var viktig å være mest mulig praktiske, og vi ville gjerne gå rett inn i hverdagen på legekontoret. Vi fulgte prøven fra den ble bestemt i legens hode til den var ferdiganalysert, og underveis kom vi inn på faktorer som kunne påvirke prøvesvaret i negativ retning. Vi stilte selv spørsmål og gikk sammen om å gi svarene.

### Når er det så indikasjon for å få tatt en blodprøve?

Å bestemme at det skal tas en blodprøve er av de siste ledd i en lang beslutningsrekke. Allmennpraktikeren vil tidlig ta i betraktning pasientens familieanamnese, pasientens tidligere og aktuelle sykehistorie, kliniske funn, muligheten for å få gjort analysen og økonomien forbundet med dette. Siden alle laboratorieprøver av og til av ulike årsaker blir falskt positive eller falskt negative, bør *prevalensen* av den aktuelle, mistenkte sykdom også komme sterkt inn i

bildet. «Man må fiske der fisken står – napp i en stim betyr som regel fast fisk. Får man napp der det er langt mellom fiskene, skyldes napp som regel at snøret har satt seg fast i bunnen.»

I forbindelse med selve prøvetakingen må man ikke bli så opp-tatt av å finne blodåren at man glemmer å se direkte på pasienten, evt. slå av en prat. Hvis blodåren er vanskelig å palpere, kan det hjelpe å legge på et varmt omslag i noen minutter. Stasen bør ikke vare mer enn max. 1/2 min. og må løsnes med en gang blodet begynner å renne. Pasienten må også frarådes å «pumpe».

### Hva er så årsaken til disse forholdsreglene? Hva skjer egentlig hvis stasen står for lenge og pasienten «pumper»?

Langvarig stase (egentlig stuvning) tenderer til å gi hemolyse. Det kan oppstå lekkasje fra plasmafasen i blodet inn i vevet, og omvendt. Man kan derved få falske laboratorieverdier for en del komponenter i forhold til hva som egentlig finnes i normalt rennende blod. Ved stase under tappingen kan blodet treffe glassveggen med for stor kraft. Pumping vil forsterke effekten og bidra til hemolyse.

### Hvorfor er det så viktig å unngå hemolyse?

Hemolyse vil si frigivelse av innholdet i de røde blodlegemene ved at de sprekker. Dette vil i varierende grad kunne gi høy blindprøveverdi ved fotometri, og således forstyrre analysen rent fysikalsk. Hemolyseres mange røde blodlege-

mer, vil dette gi for lavt telletall av røde blodlegemer (skal mye til). Viktigst er imidlertid at røde blodlegemer inneholder langt høyere konsentrasjon av en del analytter enn det finnes i omgivende plasma. Man kan således få falskt for høy verdi i serum av kalium, transaminaser, LD m.fl.

### **Mange lurer på om det skal vaskes eller ikke ved prøvetaking – og hva man eventuelt skal vaske med**

I flere tiår har det nå vært uvanlig å vaske før punksjon av kapillærer eller vener hos ordinære pasienter. Vask betyr tidsspille, og problemer som omtalt nedenfor kan oppstå. En god regel er imidlertid alltid å vaske ved prøvetaking på pasienter med nedsatt resistens, dvs. nyfødte og immunsupprimerte. Ved arteriell prøvetaking og innsetting av venflon, bør det alltid vaskes. Hvis vi vasker, må vi påse at det er helt tørt på stikkstedet.

### **Hva skjer egentlig hvis vi får sprit i prøven?**

Ved vasking brukes gjerne 70% etanol, isopropanol eller klorhexidinsprit 5 mg/ml. Det gir selvsagt stor feil ved prøvetaking til alkoholmåling om det er sprit igjen på stikkstedet. Videre vil sprit denaturere hemoglobin og lage brunfarger som kan forstyrre strimmel-reaksjon på glukose osv.

Det er ikke likegyldig i hvilken rekkefølge vi tapper blod. Dette gjelder for så vel venøst som kapillært blod.

### **Hva er så årsaken til dette og hvordan skal tappe- rekkefølgen være?**

For at ikke substanser fra vev på stikkstedet eller tilsetninger i analyseglassene (f.eks. ved tilbakeslag) skal forstyrre analysene, finnes en «rang-orden» for tapping av blod, se Tabell 1.

Det anbefales ellers i størst mulig grad å ta veneblod framfor kapillærblod fra pasienten. Man

#### **Tabell 1**

#### **Venepunksjon – rekkefølgen av glass med forskjellig tilsetning**

1. Blodkultur
2. Glass uten tilsetning + gel-rør (husk å blande glasset 5 ganger)
3. Glass til koagulasjonsanalyser
4. Heparerglass
5. Glass med tørr-tilsetning: Fluorid/oxalat-glass  
Trombinglass  
EDTA i frysetørret form
6. SR
7. ACD-glass
8. EDTA-K3-glass (vanlige til hematologiske analyser)

har da bedre kontroll med blodsøl, i tillegg vil den lange rekken av feilkilder som kapillær prøvetaking er forbundet med elimineres. Særlig Hb og hvite blodlegemer kan vise relativt store avvik. Antallet hvite faller for hver dråpe, slik at antallet er omtrent halvert i dråpe nr. 15 i forhold til dråpe nr. 1. Husk at det må klemmes minst mulig ved kapillær prøvetaking – oppvarming er viktig.

Ved kapillær prøvetaking må man stikke på siden av hæl eller finger. Det er lurt å vente noen sekunder før man tar blodprøven, slik at nerveimpulsen som fører til at blodårene trekker seg sammen like etter et traume får slippe. Fjern alltid de første bloddråpene. Ved kapillær prøvetaking på barn er regelen at man tar i hælen på barn som ikke kan stå eller gå. Det finnes en spesiell serie med lansetter og rør egnet for slik prøvetaking. Man må være spesielt varsom så man ikke stikker for dypt (kan føre til osteomyelitt). Hos nyfødte ligger benhinnen 2,7 mm under huden, mens årene vi skal benytte ligger 0,35-1,6 mm under overflaten. Benytter man silikongel eller vaselin for å lette oppsamlingen av blodet, må denne føres på meget tynt, ellers vil overskudd kunne følge med i prøveglasset og skape store problemer i laboratoriet.

Når vi tapper blod på glass med tilsetning, er det viktig at de fylles helt opp. Der hvor tilsetningsvolumet er relativt stort, slik som til SR, vil den fortynningsfei-

len som oppstår ved mangelfull fylling føre til at vi får for lav SR. Årsaken til dette er at citrat hemmer senkningsreaksjonen. Der tilsetningen er i dråper eller tørstoff (EDTA, heparin etc.), kan mangelfull fylling føre til for høye konsentrasjoner av tilsetningsstoffet som igjen kan interferere med enkelte analyser.

Det finnes en rekke spesialrør på markedet. Gelrør, med enkel eller dobbel gelmengde, er tilsatt partikler som aktiverer koagulasjonen når prøven blir godt blandet. Fordeler med gelrørene er hurtig koagulering (20 min.) og god separasjon uten at man trenger å avpipettere serum. Gelrør bør ikke brukes ved medikamentanalyser, parametre som kalium og kalcium kan bli ubetydelig endret av gelen. Det bør frarådes å måle LD i gelrør, svaret vil ligge opp mot 20% for høyt (av ukjent grunn). Trombinrør er en annen type rør som er greie hvis man ønsker hurtig koagulering. Disse er tilsatt koagulasjons-faktoren trombin og koagulerer på 5 min. De kan brukes til alle typer serumanalyser, men koagulet må løses forsiktig før sentrifugering.

Når vi har tatt prøven, er det ikke likegyldig hvordan den behandles videre. Prøveglass med tilsetning må blandes godt, og blod som skal sentrifugeres må koagulere skikkelig. Rør uten tilsetning bør stå 30-60 min. Ingen blodprøveglass bør stå mer enn 2 timer før sentrifugering.

### Hva skjer egentlig hvis prøven blir stående for lenge?

Det kan skje hemolyse. Viktigere vanligvis er *lekkasje* fra erytrocyttene til det omgivende serum – konsentrasjonen av kalium, transaminaser og LD, m.fl. kan stige betydelig uten at dette kan sees i form av hemolyse.

Blod som det skal måles glukose i behandles spesielt, avhengig av hva slags tilsetning som benyttes.

Glukose blir omsatt til melkesyre av erytrocytter og leukocytt (glukolyse). I en blodprøve med normalt glukoseinnhold kan reduksjonen være på 0,5 – 1 mmol/l pr. time. Dette gjelder i prøveglass tilsatt EDTA eller heparin. I glass med fluorid/heparin skjer det også noe glukolyse initialt. Ved mange laboratorier har man gått over til å analysere glukose i serum. I prøveglass uten anti-coagulans skjer det til å begynne med nesten ingen glukolyse. Man kan benytte vanlige glass med rød kork eller gelglass. Prøven må sentrifugeres innen 2 timer. Serum må avpippeteres fra glass uten gel. Hvis man benytter serum til glukosemåling, kan prøveglasset benyttes til mange andre analyser (stor fordel for laboratorier med barkodemerke primærglass dersom gelrør benyttes). Bruk av fluorid mot glukolyse kan hemme enzymer i visse målingssystemer for glukose, i tillegg kan andre analyser forstyrres.

Glukoseverdien i kapillært og venøst blod er tilnærmet lik i fastende prøver, mens det vil ligge lavere på vensiden etter måltid. Forskjellen er større jo høyere insulinnivået i blodet er.

Når blodprøven skal sentrifugeres, får man best resultat i en sentrifuge med frittvingende hode. I gelrør bør det sentrifugeres ved 1000 x G i 10 min. Gelen legger seg som en barriere mellom blodlegemer og serum. Det er viktig å sentrifugere i en sentrifuge med frittvingende hode der rørene ligger vannrett under sentrifugeringen. Blir gelen stående på

skrå, vil den kunne løsne under transport. Enkelte sykehus har prøvd ut rør med dobbel gel til sine brukere. Det viser seg at denne ikke løsner selv om man bruker de billige skråsentrifugene. Ta kontakt med laboratoriekonsulent hvis det er tvil om beregning av G-verdien. Det finnes greie skjemaer til slik utregning. Urinprøver bør sentrifugeres ved lavere hastighet, 400 x G i 3 min. er passe. Sentrifugerer man for sterkt, kan enkelte skjøre partikler bli ødelagt. Ved bruk av skråsentrifuger på urin, vil sedimentet ligge langs hele glassveggen – ikke bare i bunnen. Dette kan føre til feiltolkninger.

Etter å ha gått gjennom prøvebehandling, var det naturlig å omtale noen av de viktigste analysene i almenpraksis.

### Hemoglobin

HemoCue-metoden ser ut til å ha erobret største del av markedet. Metoden er pålitelig, den har få feilkilder, og den er svært enkel i bruk. Det man må være ekstra påpasselig med er oppbevaring og behandling av engangs-kyvettene. Reagensinnholdet er svært sårbart for fuktighet. Man må derfor bare ta ut en kyvette av gangen. Det hender at noen tar ut en del kyvetter om morgenen til dagens forbruk – det er helt forkastelig. I boksen ligger det en liten beholder med silica-gel. Den er blå – etter hvert som den suger til seg fuktighet blir den rød. Hvis denne beholderen fortsatt er blå når kyvettene er oppbrukt, har de fått korrekt behandling. Er beholderen blitt rødlig, er det et tegn på slurv med påsetting av lokket. Husk at fuktighet er tørrkjemis verste fiende! I en del reagensbokser ligger silica-gelen i lokket og er da ikke alltid lett å sjekke. Hvis kyvettene blir utsatt for for mye fuktighet, vil ikke den komponenten i reagenset som skal hemolysere blodet være virksom, og vi får helt gale – altfor høye resultater. Det er derfor en god regel å holde kyvetten opp mot lyset etter analyse for å sjekke

om hemolysen har funnet sted. Den vil da være klart gjennomskinnlig rød. Gjør i alle fall dette om dere får unormalt høye resultater!

Når vi tar selve prøven, må kyvetten alltid fylles i én operasjon. Får vi først med litt blod, vil det løse opp en del reagens. Ved neste gangs påfyll av blod, vil vi få en annen reagenskonsentrasjon. Det er viktig at kyvetten fylles helt opp. Dette sikres best ved å holde kyvetten et ekstra sekund i dråpen. Velger man å tørke av kyvetten, må dette kun gjøres ved å føre den flate siden mot cellestoff. Man må være oppmerksom, slik at ikke blod suges ut. Det kan være like greit bare å tørke av overflødig blod mot kanten av prøveglasset, for så å legge kyvetten i apparatet. Før målingen starter bør man forsikre seg om at det ikke er luftblære i det optiske vinduet. Kyvetten kan legges i kammeret straks. Husk bare på at dersom det brukes hemolysat-kontroller, må disse ligge 1 min. før avlesning. Kontrollchipsen som følger apparatet er kun en elektronikk-kontroll. Den bør brukes hver dag. Bruk aldri denne til justering av apparatet!

Kammeret inni apparatet kan bli forurenset og må renses med jevne mellomrom. I instruksjonsheftet angis hvordan. Enklere og bedre enn å skru opp apparatet er å gå inn gjennom hulrommet der holderen er. Vask først med lunke vann på fuktet bomullspinne, deretter 70% sprit. For å unngå forurensning inni kammeret, bør man fjerne kyvetten etter måling. Blodet i kyvetten vil ellers fordampe etter en tid og etterlate smuss. Likeledes er det en god regel å dytte inn holderen med litt forsiktighet – ikke kjøre den som en katalpult med fare for at blodet nærmest skytes ut!

### Glukose

Til glukose-analysen kommer det stadig nye apparatsystemer som etter hvert gjør målingene enklere og bedre. Bloddråpens størrelse vil influere på måleresultatet i en rek-

ke enkle systemer til blodglukosemåling. Flere systemer har nå kyvette som fyller seg selv med optimal blodmengde, det dreier seg om få ul, og mange vil synes at disse systemene er fordelaktige. Man må også her se at kyvetten har fylt seg ordentlig før måling. Ved bruk av målemetoder der man ikke må tørke av blodet, elimineres en vesentlig feilkilde. Kontakt laboratorie-konsulenten i fylket ved valg av nytt apparat!

## SR

Ved siden av Hb og glukose er vel SR fremdeles en mye brukt analyse i almenpraksis.

Allmenpraktikere har stor erfaring i bruk av senknings-reaksjonen, og det er fortsatt rimelig å benytte seg av dette. SR utført korrekt med 10 cm lange vakuurrør er i seg selv en reproducerbar analyse, variasjonskoeffisienten ligger rundt 6% i hele måleområdet. Men senkningsreaksjonen har en rekke mulige feilkilder. Dersom røret ikke vendes opp-ned 10 ganger umiddelbart etter tapping og før oppsett, «slenger» analysen langt mer. Prøven er temmelig temperaturavhengig, og røret må ha romtemperatur før oppsett (gjelder når blodet er nytappet eller har stått i kjøleskap). Høy romtemperatur gir falskt forhøyet verdi. Senkningen bør utføres snart, ellers vil feil kunne oppstå som angitt i Tabell 2. Tid for avlesning er tradisjonelt én time etter oppsett. Fordi senkningsforløpet ikke er helt lineært, innføres usikkerhet dersom man leser av før timen er omme og multipliserer opp for å erstatte manglende minutters senkningseffekt. I 10 cm vakuurrør er imidlertid forløpet for de lave senkningsreaksjoner relativt lineært (i alle fall ved SR < 30 mm i løpet av 1/2 time). Den feilen man gjør ved å avlese slike lave senkningsreaksjoner etter 1/2 time for deretter å multiplisere med 2, må veies opp mot de feil man innfører dersom prøven blir satt bort til neste dag, kfr. Tabell 2.

## Tabell 2

### Momenter rundt holdbarhet av SR målt i vakuurrør

- SR bør settes opp umiddelbart etter tapping, så snart røret har fått romtemperatur.
- Alle avvik fra dette kan føre til avvikende resultat.
- Avviket er størst (både absolutt og relativt) ved høy SR.
- Oppbevaring av prøven i kjøleskap minsker avviket (husk romtemperatur før oppsett!)
- Avviket er relativt lite i løpet av de første 4-6 timer etter tappingen.
- For SR-verdier mindre enn 30 mm/time er resultatet lite avvikende dersom prøven oppbevares som citratblod (i vakuurrøret) i kjøleskap i mindre enn 12 timer.
- Avvik i prøve oppbevart som EDTA-blod gir som regel for lav SR.
- Avvik i prøve oppbevart som citratblod (i vakuurrøret) gir også som regel for lav SR, men kan i enkelte tilfelle gi for høy SR.

NB! All slik manipulering må kun skje i nødsfall, SR er definert som avlesning etter én time, og avvik fra dette kan medføre mer usikkert resultat, dette bør noteres sammen med svaret.

Citrat hemmer senkningsreaksjonen som tidligere angitt, for lite blod i avmålt mengde citrat vil gi for lav SR. Husk også at vibrasjon påvirker prøven! Senkningsstativet må derfor ikke plasseres på benk der sentrifugen går. Stativet må heller ikke flyttes under bruk. Fysiologisk følger SR kroppens «akutt fase-reaksjon», og dette er for de viktigste komponenter en treg reaksjon. Reaksjonen går over dager og uker fra stigning til fall selv om sykdommen har vært kortvarig. Det har ingen hensikt å ta SR med for få dagers mellomrom. SR gir diagnose ved et fåtall sykdomsbilder (f.eks. arteritis temporalis), men er ellers et uspesifikt tegn. Hos en «ny» pasient med mistanke om akutfase-reaksjon er det rimelig å måle SR og CRP (se senere), ved raskt sykdomsforløp er det rimelig å bruke CRP som oppfølgings-parameter.

## TT

TT er en analyse som er grei å utføre i almenpraksis. Analysen er spesielt følsom for temperaturavvik. Den skal utføres ved 37,0 ± 0,5°C. Dette betyr at forvarming av reagenset er spesielt viktig:

Frosset reagens skal forvarmes:  
10 min. i vannbad  
15 min. i varmeblokk

Brukes vannbad må man påse at vannet dekker ca. 1/2 reagensglasset, det kan ellers være fare for avkjøling mot glassveggen når analysen utføres. Reagenset må fryses og tines hurtig. Det betyr at isoporstativ er uegnet. Fryseren må holde minimum -20°C og vannbad/blokk må være oppvarmet til 37°C før man setter glass til tining. Riktig bruk av automatpipetter er viktig – søk veiledning! Husk at kvaliteten på engangsspissene til pipettene er varierende. Hvis det siver ut væske fra spissen når pipetten holdes loddrett 1/2 min., er noe galt. Kjør TT-kontroller hver dag analysen utføres. Kontrollene kan deles opp og fryses, og er da holdbare 1 uke.

## CRP

Fullblod CRP test er mange blitt glade i, for glade hevder mange av de som jobber for å holde seg innenfor budsjetttrammene. Ved NycoCard CRP fullblodtest må blodet hemolyseres før man drypper fortynningen på platen. Hvis ikke blodet er hemolysert, vil blodlegemene tette til hullene i membranen. En prøve på at noe er galt, er at blodfortynningen tar mer enn 15-20 sek. på å suges opp. Da må man begynne på nytt.

# Eldreomsorg og aldring

Øyvind N. Nøhr (red.): Gerontologisk oppslagsbok.  
Ord og uttrykk om eldre og aldring. Kommuneforlaget.  
197 sider, pris kr. 198,-.

Anmeldt av Gunnar Kvalvaag

Boka *Gerontologisk oppslagsbok* med Øyvind N. Nøhr som redaktør, bygger til dels på Gerontologisk håndbog utgitt av Dansk gerontologisk selskap i 1990, men er i tillegg utvidet med nesten 250 oppslagsord tilpasset norske forhold. Gerontologisk oppslagsbok er det første forsøk på å avgrense et fagområde som kanskje ikke så klart avgrenser seg fra andre fagområder. Det vil derfor være noen oppslagsord som noen vil finne enten faller litt utenfor det som enkelte vil regne til gerontologiens område eller som en vil savne.

Målgruppen er stor og mangslungen. Utgiverne ønsker at boka skal være et redskap for dem som arbeider med eldrepolitiske spørsmål og alle som jobber med eldre i det daglige. Målgruppen er dessuten studenter innen alle nivåer i helse- og sosialsektoren, både i grunnutdanningen og i videreutdanningen i gerontologi og geriatri. Eldre selv og deres pårørende

vil, i følge forlaget, også ha nytte av boka.

Nettopp dette at en så heterogen gruppe skal ha nytte av boka, gir den et preg av å være både «hummer og kanari». Her er eksempler på begrepsdefinisjoner fra samfunnsvitenskapene (ex. «kohorteffekt») og omtale av spesielle behandlingsmetoder (ex. parafinbad). Bokas største svakhet er likevel mangel på systematikk i oppbyggingen. Her er tatt med omtale av grå stær, mens f.eks. grønn stær er utelukket. Her brukes latinske og norske begreper om hverandre. For enkelte tilstander har man samlet all beskrivelse under en fellesbetegnelse (arteriosclerose: Myocardinfarkt, blodpropp), mens andre tilstander omtales flere steder (ufrivillig vannlating, urgeinkontinens, stressinkontinens, overløpsinkontinens). Begrepet osteoporose er omtalt både under osteoporose og under benskjørhet. Her er tatt med begreper som «sosial død» og



«legd», mens begreper brukt i dagligtale, som lårhalsbrudd og hjerteinfarkt ikke er med.

Det er også litt vemodig at begrepet «helseråd» er tatt med. I følge boka er dette rådet hjemlet i Sunnhetsloven av 1860. Mange vil nok beklage at dette ikke lenger er tilfelle. Boka er til tross for omlegging til norske forhold preget av at den opprinnelig er dansk. Dette sammen med de ovennevnte anmerkninger, gjør at helhetsinntrykket blir noe negativt. Boka vil ved senere utgaver stå seg på en bedre systematikk. Dette sammen med en bedre tilpasning til norske forhold og retting av det som faktisk er feil, vil kunne gi en oppslagsbok som mange vil ha glede av. Spørsmålet for redaktøren vil da måtte være om målgruppen ikke må reduseres.

Hemolyse sikres ved at reagens 1 (NycoCard CRP) har romtemperatur og at det etter risting i 10 sek. går minst 45 sek. før man går videre. Ha det ikke for travelt! Ikke bland reagens 2 og 3 fra forskjellige batcher. Bruk pipetter og ikke sprøyter til fortyningen!

## Kvalitetskontroll

Alle vet at det er viktig å sjekke kvaliteten på de analysene som utføres, men her slurves det nok mye. Med NOKLUS har vi nå kommet et stort skritt videre for å sikre kvaliteten på analysene i almenpraksis. Det er ikke alltid like lett å finne fram til en god

kvalitetskontroll. Til en fullblodtest som f.eks. hemoglobin burde kontrollen ideelt sett være en pasient-fullblodkontroll. Det er vanskelig å få til en stabil kontroll, og i stabiliseringsprosessen går noen av kontrollens kvaliteter tapt. Det kan gi seg utslag i at feil ved reagenset ikke blir avdekket. I stedet for fullblods-kontroller produseres ofte hemolysater. Bruker vi en slik kontroll til f.eks. HemoCue Hb, vil vi ikke få avslørt om kyvettene har vært utsatt for fuktighet. Kontrollen vil gi korrekt svar, men pasientprøvene vil eventuelt bli gale.

Det er for øvrig uhyre viktig å skille mellom elektronikk-kontrol-

ler, standarder og kvalitetskontroller. De har hvert sitt anvendelsesområde, henholdsvis apparatkontroll, apparat-innstilling (kalibrering) og prosedyrekontroll.

På kurset omtalte vi også urin og fæces analyser, men vi har valgt å konsentrere oss om blod i denne artikkelen.

*Bioingeniør Helle Dunker  
Kommunelegekontoret  
2930 Bagn*

*Avdelingsoverlege dr. med.  
Ludvig N. W. Daae  
Klinisk kjemisk laboratorium  
Diakonhjemmets sykehus  
Postboks 23 Vindern, 0319 Oslo*



## Rekende på ei fjøl? Innføring i eldreomsorgens framvekst

Tellef Raustøl. Kommuneforlaget  
85 sider, pris kr. 153,-.

Anmeldt av Gunnar Kvalvaag

Boka *Rekende på ei fjøl – Innføring i eldreomsorgens framvekst* – gir en framstilling av eldreomsorgens framvekst fra 1950 og frem til i dag og gir et tilbakeblikk på hvordan desentralisering og ikke minst endrede finansieringsformer har bidratt til å skape vekst i institusjons- og tjenestetilbudene. Den retter seg først og fremst mot de som utdanner seg innen eldreomsorg eller som arbeider med eldre i den kommunale omsorgstjenesten.

Forfatteren ønsker å svare på følgende to spørsmål: Hvilke oppgaver bør løses i kommunal regi? Hvilke oppgaver kan overlates til andre i lokalsamfunnet? Svarene blir forsøkt gitt ved en analyse av utviklingen i perioden fra 1950 til i dag. Tida fra 1950 til 1960-åra betegner forfatteren som «Differensiert institusjonalisering». «Lokalsamfunn, desentralisering og nærmiljø» er tema for 1970-åra og 1980-åra drøftes under overskriften «Fortsatt nærmiljøoptimisme». Boka gir en interessant framstilling av viktige trekk ved utvik-

lingen av eldreomsorgen i en tidsperiode som vi kan kalle vår nære historie. Kjennskap til denne historien, er som forfatteren understreker, viktig for de som skal lede utviklingen av eldreomsorgen i åra framover.

Her beskrives viktige utviklingstrekk som framvekst av velferdstaten med basis i en optimistisk tro på produksjonsvekst, utvikling av samarbeidet med de frivillige organisasjoner og ikke minst utvikling av en ny tenkning rundt spørsmålet om de eldres egne ressurser. Det er interessant å lese at det allerede på 50-tallet ble dokumentert at mange av de skrøpeligheter som vi møter hos de eldre, ikke nødvendigvis er en følge av alderen, men kan forebygges, behandles og attføres. Toneangivende i denne debatten var overlege dr. med. Per Hansen og professor Axel Strøm. Denne tenkning dannet grunnlaget for at mange allerede på 50-tallet hevdet at forholdene bør legges til rette slik at folk kan bo hjemme lengst

mulig. Eldre som ressurs i samfunnet ble likevel først nærmere utredet på midten av 80-tallet.

Boka avsluttes med en understrekning av at eldreomsorgen i åra framover ikke må bli overlatt til tilfeldighetenes spill eller til tilfeldige og velmenende aktører i lokalsamfunnet f.eks. aksjonistene. Det bør derfor lages en samlet plan for eldrepolitikken og i dette arbeidet bør de eldre selv være sentrale deltakere, i følge forfatteren.

Bortsett fra en viss tendens til gjentakelse av sentrale referanser i flere av kapitlene, er dette ei bok som mange vil ha nytte av å lese. Boka er en nyttig informasjonskilde for dem som ønsker å delta i ledelsen av eldreomsorgen i åra framover. Til tross for visse svakheter, er dette altså ei bok som jeg kan anbefale for de som er opptatt av å forstå dagens eldrepolitikk og som ønsker å delta i utformingen av framtidens politikk på et viktig område. Boka er kortfattet, men dette gjør det overkommelig å lese den i en travel hverdag.



Avføring kan ver så som så. Vatne hadde hatt problemer i mange år. Han hadde prøvd alle de kurane han hadde fått råd om, men same ka han gjorde så produserte han bare någon små, knallharde lammalortar.

Til slutt gjekk han til doktoren. Doktoren undersøkte og klemde litt her og der.

«Sånn, nå skulle alt ver i orden», sa doktoren etter fem minutt. Og alt var i orden. Det gjekk som smurt, og Vatne blei så kjempelykkelig at han ringde til doktoren et par dagar seinare. «Det er heilt utroligt», sa han, «ka var det du gjorde med meg?»

«Eg bare heiste opp helsetrøya di».





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

# ExpertHelp

I nr. 1 1994 kikket vi på HyperWriter. Nå skal vi se litt på ExpertHelp. Prosedyreboken for Telemark er i edb-versjonen laget med ExpertHelp – et dos-basert hypertextprogram fra Santa Barbara, California, USA. Hovedprinsippet for hypertextproduksjon er det samme for programmene: Det skrives tekstdokumenter som omdannes til programfiler eller databasefiler ved å kjøre filen gjennom en «kvern» – en kompilator. Deretter knyttes de forskjellige dokumentfilene/databasefilene til hverandre slik at det lar seg gjøre å hoppe fra et definert oppslagsord i ett dokument til relaterte emner i andre dokument. I ExpertHelp kreves det at den som skal ha ansvar for sluttproduktet har noe kunnskap i programmering og håndteringen av programmeringsprogrammene.

EH leveres med elektronisk manual, og jeg vil anta at også en ferdig trykket manual er å få ved kjøp av programmet. Jeg har sett på en versjon tilsendt fra Sigbjørn Hernes som har ledet utviklingen av edb-versjonen av Telemarkprosedyrepermen. Jeg har sett på programfilene «EHC.exe» som er kompilatoren som brukes til å lage databaser av tekstfilene. «EHML.exe» er «linker»-programmet som knytter en kompilert tekst til det ferdige produktet som kommer ut som «NG»-filer. For å lese de ferdige NG-filene trengs

programmet EH.exe. Det leter opp aktuelle databaser (NG-filer) i samme katalog og slik kan det med relativt enkle maskinressurser bygges opp et meget godt verktøy for oppslag og informasjon. Programpakken har også en «dekompile» som kan forandre NG-filene tilbake til opprinnelig tekstfilstruktur. Med denne kan man ta en ferdig utviklet oppslagspakke, gjøre endringer som måtte være ønskelig, og så kompilere på nytt. Med litt trening og flittig bruk av veiledningsfilene (ehmaker.ng og eh-info.ng) kan man komme i gang med egenproduksjon i løpet av noen dager. Det foreligger planer fra «Telemarkgruppen» om å arrangere kurs i bruk av ExpertHelp. Dette vil åpne for at trofaste brukere av dos-maskiner (som ikke vil bruke penger og tid på maskinoppgradering, Windows, OS/2 osv. – eller som synes at funksjonaliteten i dos er god nok) kan få et verktøy som kan brukes til å bearbeide eksisterende prosedyrebøker, utvikle egne og delta i nyutviklingsarbeid i eget fylke.

ExpertHelp Versjon 1.01 fra 1992 som jeg har sett på, skal kunne skaffes som «shareware» – dvs. prøv programmet først og betal når du begynner å bruke det. Kontaktperson i følge programversjonen jeg har sett på er: William R Treese, Camelot South, 595 Hal Kirk Street, Santa Barbara, California 93110 USA. Gisle Roksend,

Helsesjef i Skien opplyste på et møte nylig at programmet kan kjøpes for ca kr. 3.500,- (?) og jeg vil anta at han, Sigbjørn Hernes eller Fylkeslegen i Telemark kan opplyse om evt. forhandler i Norge. Alternativt kan man henvende seg direkte til W.R. Treese i Santa Barbara, California eller lete opp sharewareversjonen på en rikholdig BBS (elektronisk tavle). De som måtte ha tilgang til elektronisk post kan gi melding til Treese direkte via CompuServe. Hva sharewareversjonen koster vet jeg ikke, men vanligvis er slike versjoner mye, mye billigere enn de vanlige kommersielle versjonene, men så er også de kommersielle langt mer forseggjorte, påkostet og feilfri.

Som en oppsummering av mine inntrykk fra gjennomgangen av HyperWriter og ExpertHelp vil jeg anbefale det første for de som liker å jobbe med grafiske programmer og som ikke har særlig peiling på maskinspråk og programmeringsspråk. For de som liker litt mer fikling og som vil bruke enklere utstyr og mindre penger, er løsningen ExpertHelp. Og husk: Hypertextprogrammer kan brukes til mye mer enn bare prosedyrepermer! Bruk fantasien og

*Lykke til!*

*John Leer*

# Helsedirektoratet svarer:

Jeg sitter her på den siste dag i 1993 og filosoferer over at det også er den siste dag i Helsedirektoratets mer enn 100 årige historie.

Som en av de tre initiativtagere til Utposten i 1972, var jeg en ivrig kritiker av Helsedirektoratet. Faksimilen av innlegget: «En autentisk telefonsamtale» gir et inntrykk av hvordan vi følte det som unge distriktsleger på Mørekysten.

Mitt spørsmål var: Har distriktslegen bruk for Helsedirektoratet, og kan vi vente hjelp fra dette store direktorat i den store hovedstaden?

I et halvt år har jeg nå vært

ansatt i Helsedirektoratet, og siden nyttår altså i Statens helsetilsyn. Min tittel er rådgiver, og det er vesentlig internasjonale spørsmål som er mitt arbeidsområde.

Sammen med helsedirektør Anne Alvik håper jeg at Statens helsetilsyn, innbefattet fylkeslege, skal bli til nytte for kommune- og fylkeshelsetjenesten.

Er så Statens helsetilsyn noe nytt, eller er det det samme gamle om igjen?

Det er nytt at kompetansestriden mellom Helsedirektoratet og Sosialdepartementet er bilagt. Sosialdepartementet har den

politiske og økonomiske styringen og planleggingen av helsetjenesten. Statens helsetilsyn skal ha det helsefaglige overordnede tilsyn med tjenestene. I sitt tilsyn vil Helsetilsynet legge stor vekt på veiledning til helsetjenesten.

Det er også nytt at vi har laget en strategisk plan for det nye Helsetilsynet. Planen går fra 1994 til -97 og har 4 strategiske områder. Det første er *kvalitetsutvikling* i helsetjenesten og de andre er dessverre *rettssikkerhet*.

Jeg sier dessverre fordi altfor mange klager på helsetjenesten. Utdelingen er å få kvaliteten på tjenestene så god at klagen forstummer. Det skal ikke legges skjul på at det også har noe med kvantiteten å gjøre, og oppe i det hele skal pasientenes og helsetjernerets rettssikkerhet ivaretas.

Det 3. strategiske området for Helsetilsynet er å ha et *oppdatert faktagrunnlag* både om befolkningens helsetilstand og om helsetjenestens tilstand.

Som mange kan tenke seg er det siste strategiske området å *få budskapet ut*. De informasjonen og de fakta vi sitter inne med må kunne formidles på en slik måte at helsetjenesten og befolkningens helse bedres.

Hele tilsynsfunksjonen skal ha som grunnlag prinsippet om internkontroll. Det vil si at fylkeslegene og Helsetilsynet sentralt ikke skal bruke all tid på detaljtilsyn med stikkprøver og tilsynsbesøk.

Helsetjenesten er selv ansvarlig for at det finnes systemer for internkontroll i tjenesten, og Helsetilsynet skal kontrollere disse internkontrollsystemene. Dette kalles naturlig nok systemkontroll. Internkontrollsystemene er skrevne planer for hvordan virksomheten skal imøtekomme lovens krav til tjenesten.

## EN AUTENTISK TELEFONSAMTALE

Man sveiver på en meget lite automatisk sveiv og hører en vennlig damestemme som sier: "Sentralen." Jeg skulle få "Helsedirektoratet i Oslo." sier jeg, "det er nr. 417950." Det går en halv time, da ringer telefonen og jeg får Osloger telefonen og en vennlig damestemme som sier: "Hjelping - kvartale?" "Jeg skal få Helsedirektoratet," sier jeg. "Hvem da?" "Helsedirektoratet?" "Ja, hvem i Helsedirektoratet?" "Litt overrasket over hennes spørsmål, stammer jeg frem at jeg skal få avdelingen for søppel." "Et øyeblikk," sier den vennlige damestemmen, "det er 5 sek. og mestemmen." Det går 5 sek. og damen på den lokale sentralen bryter inn og spør: "Er du ferdig her?" "Jeg beklager at jeg ikke er ferdig ennå. Etter ytterligere sekunder hører jeg igjen en vennlig damestemme som kaller seg "etasjeavdelingen" eller noe slikt. Jeg spør om hygienavdelingen til Helsedirektoratet ligger under hennes domene, og dette svarer den rundkrefte på. Mitt problem blir fremlagt med spørsmål om å få tilsendt de rundskriv og regler, samt lover som gjelder for offentlig renovasjon med spesielt henvisning på kontrollerte rundskriv jeg skal ha, men da jeg ikke kan hun at jeg skal sette opp til Statens trykkesesjonspedisjon. "Et øyeblikk sier en vennlig damestemme igjen, "jeg skal sette Dem over, jeg." Etter ca. 5 min. kommer det en herrestemme som forteller at han heter "Statens trykkesesjonspedisjon" og jeg legger frem hele mitt ærend igjen. Han spør



hvilke rundskriv det dreier seg om, og da jeg fremdeles ikke husker numrene på disse, gir han opp. Men jeg ser på den saken som jeg gjør hvert år det i departementene, de sier: "Et øyeblikk, jeg skal sette Dem over, jeg." Og så blir jeg satt over igjen, å bli satt over over flere minutter. Jeg får den koselige stemmen fra etasjeavdelingen eller noe slikt igjen, og hun sier: "Et øyeblikk, jeg skal sette Dem over, jeg." Litt fortvilet og forvirret, samt endel enstøyet, lurar jeg nå på hvem hun svarer vennlig at det er en konsulent jeg skal settes over til. Så går det noen sekunder dukker opp på damestemmen dukker opp og sier: "Dessverre, han er ute og spiser, han, jeg skal sette Dem over til en annen." Etter ca. 5 min. får jeg en god som mulig å fremføre mitt ærend, men fremløpsen blir vel uskikkelig nu noe vaklende og usikkert etter at jeg har vært gjennom Regjeringskvartalets "sette over"-maskineri i nesten en halv time. Vedkommende ten en halv time hyggelig er imidlertid meget hyggelig sånn som alle de andre. Han forstår sikkert mine problemer, men han skal kunne riktig hvordan han skal hjelpe meg. De har nemlig så veldig mye å gjøre og han vet ikke om det er noe slikt som jeg ber om som på våkner det hele tatt. Men på våkner det noe i meg igjen, tilsynsvis gynner i bli trett, tilsynsvis for alle de hyggelige menneskene, Trettheten svekker mine hemninger, og min ellers så gode oppdragelse blir skjævet litt i bakgrunnen.



der jeg litt brysk forteller ham at jeg vil snakke med overlegen. Han sier like vennlig at jeg skal bare vente et øyeblikk så skal han sette meg over. Akkurat da holdt jeg på å spreke for meg men jeg tar meg kraspaktig sammen og klarer å beholde telefonen i høyre hånd. Et tidsintervall på ca. 10 min. gikk, og jeg som ellers ikke pleker å røke, tok en sigarett og innhalete kraftig. Den hyggelige konsulent kom igjen og fortalte at overlegen dessverre ikke var tilstede, for vedkommende holdt foredrag et eller annet sted. I mitt stille sinn tenkte jeg at kanskje hun holder foredrag om søppel, men at jeg på grunn av at jeg sitter her på denne saken på Mine hemninger til å ha meg litt igjen, og jeg fortalte brysk at jeg ville ha samtale med overlegen når hun kom tilbake igjen. Det skulle jeg få lov til å se på jeg pent på røret. Hele samtalen tok vel nesten en halv time, og jeg ventet en halv time før jeg fikk kontakt med Oslo, så det tok meg altså en time uten noe resultat. Det gikk 2 måneder, og overlegen ringte ikke til meg. Dere er kanskje spente på hvordan saken endte, men saken har ikke endt enda. Jeg ringte til overlegen igjen, og hun var veldig hyggelig og fortalte hvor vanskelig det hadde det på grunn av at jeg blant naturvernfolkemere. Jeg forklarte henne at hun var like populær hos meg i begynnelsen, men at populariteten etter hvert hadde begynt å synke og at den ikke ville begynne å stige igjen før jeg fikk tilsendt det som jeg hadde forklart for hennes kontor 5 - 6 ganger, og dette lovet hun at hun skulle gjøre. Det har gått 2 måneder, og jeg har ikke hørt noe enda. Jeg skulle ønske at dette ikke var sant, men det er det.

Per Wiium

Nå synes jeg å høre min egen stemme fra 20 år tilbake: Internkontroll og systemtilsyn! Hva i all verden har det med mitt arbeid å gjøre? Her sitter jeg som sliten kommunelege og med pasienter både dag og natt. Jeg har lange ventelister og sykebesøk til langt ut på kvelden. Denne byråkraten bak skrivebordet i Oslo burde komme seg ut av stolen og hjelpe til!!!

Mitt svar er at jeg nok var noe arrogant som distriktslege i 70 årene. Det er en del erfaringer fra andre deler av helsetjenesten og fra andre land for den saks skyld, som kan hjelpe den enkelte kommunelege.

Det er ikke nødvendig at nye kommuneleger gjør samme feil som jeg gjorde for 20 år siden. Rådgivning med erfaringsoverfø-

ring fra andre deler av helsetjenesten er en viktig del av Statens helsetilsyn.

Vi skal heller ikke se bort fra at enkelte helsepersoner har en faglig og personlig adferd som er uforenlig med trygge helsetjenester, og da har vi plikt til å gripe inn med advarsel eller inndragning av autorisasjon.

For å drive tilsyn må vi vite hva som er god helsetjeneste. Vi må ha en slags gullstandard. Helsetilsynets oppgave blir å lage denne nasjonale norm, og det kan selvfølgelig ikke gjøres uten hjelp fra tjenesten selv. De vet hvor skoen trykker, men bare Statens helsetilsyn vet hvordan trykket ser ut i hele kongeriket og i hele spekteret av helsetjenester.

Heldigvis har helsetjenesten

selv gjort mye på egen hånd når det gjelder å kvalitetssikre sine tjenester, og Helsetilsynet må stimulere dette arbeidet videre.

Hva vil skje fremover i samarbeid mellom Statens helsetilsyn og helsetjenesten? Som den strategiske planen for Helsetilsynet sier, vil vi legge vekt på kvalitetsutvikling og rettssikkerhet.

Vi regner med å treffe med felles mål på disse områdene. Det er et stort forbedringspotensiale i den norske helsetjenesten. Det gjelder ikke minst i Statens helsetilsyn. Velkommen til konstruktivt samarbeid.

Per Wium  
Statens helsetilsyn  
Calmeyersgt. 1  
0183 Oslo



## NORSKE LEGESEKRETÆRERS FORBUND

*Inviterer til kurs  
i forbindelse med Landsmøte 23.-24. april 1994  
på Royal Christiania Hotel i Oslo*

**Kursstart: fredag 22. april kl. 11.00**

### Tema:

Faglig trygghet i tverrfaglig miljø. Føler du deg trygg, både faglig og personlig i din hverdag på arbeidsstedet? Hvordan opplever du samarbeidet? Blir mellommenneskelige verdier godt nok ivarettatt?

NLSF har lagt opp til et kurs som skal ta for seg disse problemstillingene og sette fokus på samarbeide, både til kolleger med samme bakgrunn og andre yrkesgrupper.

Foreleseren har bred erfaring med å tilrettelegge kurs for tverrfaglige grupper og har gitt ut en bok i temaet:

### «Kunsten å omgås hverandre»

Professor Guttorm Fløistad er foreleser ved kurset. Han er professor i idehistorie ved Universitetet i Oslo. Guttorm Fløistad har bred erfaring som foreleser og er en opplevelse du bør få med deg.

**Påmeldingsskjema sendes innen 1. april 1994 til:**

NSB Reisebyrå  
Att.: Mariann Wrålid  
Jernbanetorget 2  
Postboks 461 Sentrum  
0105 Oslo  
Tlf.: 22 36 61 63



**Påmeldingsskjema** (for de som ikke skal delta på landsmøtet)

**Kurs 22. april 1994 på Royal Christiania Hotel i Oslo**  
(Vennlist bruk blokkbokstaver)

Etternavn: ..... Fornavn: .....

Adresse: .....

Postnummer: ..... Poststed: .....

Tlf.: ..... Telefax: .....

Ev. dele rom med: .....

Lokalavdeling (for NLSF-medlemmer): .....

<b>Deltageravgift:</b>	<b>NOK:</b>	<b>Totalt:</b>
Kursavgift medlem	kr. 550,-	
Kursavgift ikke medlem	kr. 800,-	

Overnatting må deltagerne selv bestille.  
NLSF har gjort avtale med Royal Christiania Hotel

<b>Hotell</b>	<b>Enkeltrom</b>	<b>Dobbeltrom</b>
Royal Christiania Hotel	995,-	795,-
Biskop Gunneriusgt. 3		
0155 Oslo		
Tlf.: 22 42 94 10		

Prisene gjelder pr. døgn og inkluderer overnatting og full pensjon. Skulle det være ønskelig med billettbestilling i forbindelse med arrangementet, kan NSB Reisebyrå være behjelpelig med dette. Vennligst ta kontakt på telefon: 22 36 61 63.

# Folkemedisin og alternativ medisin

Den offentlige diskusjonen om sykdom og behandling bærer preg av at de som diskuterer betrakter sykdom, helse og helbredelse fra et medisinsk ståsted. På den måten blir alle former for helbredelse som skiller seg fra skolemedisinen oppfattet som én kategori og definert som «alternativ medisin», «naturmedisin», «folkemedisin» og noen ganger «humbug og svindel».

De forskjellige «alternative» behandlingsmåtene blir med jevn mellomrom gjenstand for offentlig diskusjon. I fjernsynsdebatter kan da f.eks. en medisinere som inkluderer homøopati i sin behandling representere alternativ behandling sammen med en frikirkepredikant som ser på helbredelse som del av sin forkynnelse. Det å inkludere alle ikke-profesjonelle behandlingsmetoder og ikke-profesjonell helbredelse i en og samme kategori skaper forvirring. Vi står overfor helt ulike tenkemåter og tradisjoner.

## Helseomsorgssystemet.

I boken «Patients and healers in the context of culture» fra 1980 (1), introduserte den medisinske antropologen Arthur Kleinman begrepet *Health Care System*, eller «helseomsorgssystemet». Han definerer og beskriver dette som et sosialt og kulturelt system som integrerer de komponenter i samfunnet som relateres til helse. Disse komponentene utgjør til sammen et system av oppfatninger og forestillinger om årsaker til sykdom, normer som styrer valg og evaluering av behandling, sosialt legitimerede statuser, roller og maktrelasjoner, interaksjonsrammer og institusjoner.

Helseomsorgssystemet innbefatter kunnskap og forestillinger

Tekst: Torunn Selberg

Illustrasjon:  
Ragnhild Gjerstad



Torunn Selberg er dr. philos og arbeider som førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, Institutt for Kunsthistorie og Kulturvitenskap.

om, og vurdering av helse, sykdom og behandling både blant lekfolk og profesjonelle. I alle samfunn er sykdom, reaksjonene på sykdom og helseinstitusjoner av ulikt slag relatert til hverandre, og som helhet utgjør de helseomsorgssystemet. Kleinman hevder at på samme måte som man innenfor antropologi oppfatter religion, språk og slektskap som kulturelle systemer, kan man se på helseomsorgssystemet som et kulturelt system. Hans modell for helseomsorgssystemet inneholder tre sektorer; leksektoren («popular sector»), den profesjonelle sektor («professional sector») og den folkelige sektor («folk sector»).

Leksektoren består av folks egne avgjørelser om sykdom, selvhjelp og evaluering av ulike typer behandling. Deler av det som

noen vil definere som folkemedisin (2), som kjerringråd og egenomsorg hører til i denne sektor. Den profesjonelle sektor vil i vårt samfunn bestå av «skolemedisinen». I andre samfunn, f.eks. India og Kina, utgjøres den av andre profesjonelle medisinske systemer som er spesifikke for akkurat disse kulturer. Den folkelige sektor vil i vårt samfunn inkludere folkemedisin og alternativ medisin. Sett innenfor Kleinman's modell er det viktigste kriteriet for å plassere disse i én sektor at de avgrenser seg fra den profesjonelle medisin ved sin ikke-profesjonalitet. I et medisinsk perspektiv er hans modell svært nyttig, men i andre sammenhenger er det viktig å være oppmerksom på at de behandlingsformer og sykdomsoppfatninger som finnes innenfor den folkelige sektor er svært forskjellige og at ikke alle kan forstås innenfor et medisinsk perspektiv.

## Folkemedisin – hva er det?

Interessen for «den folkelige sektor» i helseomsorgssystemet er økende. I debatter oppfattes ofte naturmedisin, alternativ medisin, «healing» og lignende mer eller mindre som synonyme begreper. Men det er viktig å være oppmerksom på at vi her står overfor fenomener som tilhører ulike ideverdener. Noen behandlingsmåter, som f.eks. homøopati, befinner seg i grenselandet til den profesjonelle medisin og kan gjerne kalles alternativ medisin. Helbredelse ved håndspåleggelse eller helbredelse som del av kristne vekkelsesmøter er noe helt annet og tilhører det jeg vil kalle tradisjonell folkelig medisin. Disse kan ikke forstås ved hjelp av en medisinsk tilnæringsmåte.

Tradisjonell folkemedisin, som er mitt felt, er et emne som har vakt interesse innenfor flere fagdisipliner. Et vanlig perspektiv har vært å oppfatte folkemedisin som en (forfeilet eller utviklet) folkelig variant av den vitenskapelige medisinen (2, 3) eller som en form for «medisinsk sjarlataneri» (4). Dette perspektivet har ført til at folkemedisinen har vært studert som «medisin» og ikke som en del av et større forestillings- og kunnskapskompleks. Derfor blir også alle ikke-profesjonelle behandlingsmetoder behandlet som varianter av hverandre. Jeg mener imidlertid at den folkelige medisinen bør forstås som et aspekt av en folkelig forestillingsverden heller enn som et aspekt av medisinen. Prefikset *folk*, innebærer kvaliteter som tradisjonelt, uformelt og ikke-institusjonalisert. Innholdet i prefikset *folk* er viktigere enn medisin fordi folkemedisin handler om noe annet og mere enn *medisin* (5).

### Den folkelige helbreder.

Jeg vil konkretisere dette ved først å beskrive en folkelig helbreder, som jeg her kaller Anna. Fortellingen om Anna er utdrag fra et materiale om nåtidig folkemedisin innsamlet gjennom flere år (6). Anna er idag noen og åtti år. Gjennom tyve år hadde hun en stor «praksis» som folkelig helbreder. Da jeg ble kjent med henne for ca. femten år siden var denne praksisen blomstrende. Nå har hun trukket seg tilbake.

Anna har helbredende evner i hendene. Hun kan helbrede sykdom ved berøring og er med en folkelig betegnelse en «håndspåleger». Gjennom berøring og bønn har Anna hjulpet mange syke til et bedre liv. Kraften som hun har i hendene, er «en gave fra Gud Allmektige», som hun uttrykker det, og det er i «Faderens, Sønnens og den Hellige Ånds navn» at Anna ber om hjelp til å kunne få hjelpe. Bønnen er også viktig i helbredelsene. Før helbredelsen ber hun om kraft til å kunne få hjelpe, og etter

helbredelsen takker hun for at hun har fått lov til å hjelpe.

Anna er en religiøs helbreder, men hun tilhører ikke noen religiøs menighet, og hun helbreder ikke i offentlige sammenhenger. Hun mener selv at hun bare er et redskap i Guds hånd; kraften kommer *fra* Gud *gjennom* henne. Hun er utvalgt. Anna er svært ydmyk overfor dette. Hun sier: «Eg kan enda ikkje forstå at eg – en almindelig småtøs – skulle få lov å få en sånn gave.» Når pasientene vil takke henne for at de er blitt friske, sier hun: «Nei, det er ikke meg du har å takke. Det er Gud Fader og De høyere makter».

Et vesentlig punkt i en folkelig helbreders liv er selve oppdagelsen av at man forvalter krefter som kan helbrede sykdom. For Anna skjedde dette i et samarbeide med hennes nærmeste. Da Anna var omkring femti år gammel ble svigermoren syk. Anna pleiet henne mye. Hun forteller: «Hun lå syk, og eg var nere hos henne, ofte, selvfølgelig. Satt og pratet med hun og holdt hun i hendene.» Og en dag sa svigermoren: «Du har så vidunderlige hender du. Kan du ikkje holde meg i hendene for jeg blir så rolig.» Anna la ikke noe særlig i dette. Men senere ble søsteren hennes dårlig, og Anna holdt og strøk på henne. Dagen etter var søsteren frisk og mente at Annas «gode hender» var mer enn bare gode. Hun så en annen betydning i gode hender enn det Anna hadde sett og oppmuntret Anna til å forsøke seg med andre personer som hadde vondt, og var med Anna når hun besøkte syke. Etter hvert begynte Anna å ta i mot folk hjemme.

Anna uttrykker takknemlighet for muligheten til å kunne få hjelpe: «Det store i livet er det at det var meg virkelig som kunne få en sånn evne til å gi hjelp. Og at folk ble hjulpet».

Det viktige for henne er å kunne *hjelp* folk som trenger det. Men det at folk ble helbredet er for henne også et bevis på Guds

eksistens og at Guds kraft er til stede.

Annas praksis som folkelig helbreder skiller seg vesentlig fra det å være f.eks. homøopat. Det er en personlig egenskap ved Anna som gjør at hun kan behandle syke. Det er en evne som ble oppdaget av andre, uten at hun selv har gjort noe for å få en slik evne, eller lært seg å bruke denne. Anna forbinder evnen med Gud; den kommer fra Gud gjennom henne. Det er Han som helbreder de syke, ikke hun. «Takk Gud, ikke meg», sier hun.

Også på andre måter skiller hun seg fra homøopater og andre utøvere av alternativ medisin. Hun ble kjent gjennom at folk fortalte om henne. Fornøyde «pasienter» var hennes reklame. Hele sin praksis drev Anna fra sitt hjem. Folk kom hjem til henne. De satt i stuen hennes når hun behandlet dem, og de ventet på gangen utenfor når de ventet på tur. Noen ble voldsomt påvirket av de kreftene hun tilførte dem, og de ble veldig trøtte. Da sov de på sofaen hennes en time eller to. Bekreftelsen på at hennes «behandling» virket, fikk hun fra folk selv. Hun var alltid takknemlig hvis de kom tilbake og fortalte at de var blitt friske. Det var bare i dette fellesskapet bekreftelsen på hennes virksomhet lå. At Anna forklarte sine evner i religiøse kategorier betød ikke at hun ventet at de som ba om hennes hjelp også måtte tenke på denne måten. «Jeg tror for oss begge», sa hun om det.

Mange av de folkelige helbruderne i vår tid helbreder ved berøring, men de forklarer ikke sine evner nødvendigvis slik Anna gjør. Noen ser på den helbredende kraften som universelle energier som medieres gjennom dem. De bruker navn på kraften som elektrisitet og magnetisme. Men likhetene mellom dem og Anna er mange; først og fremst er kraften et trekk ved deres personlighet, å helbrede er ikke noe de kan lære seg. Oppdagelsen av evnene kan skje plutselig og deres praksis som helbreder er

like uformalisert og privat som Annas.

### «Alternative terapeuter»

De såkalte alternative terapeutene har en annen plass i samfunnet enn de folkelige helbrederne. I dag har vi en rekke «nye» behandlingsformer som velger å presentere seg som et alternativ til skolemedisinen. Jeg tenker på terapiformer som homøopati, soneterapi, akupunktur, aromaterapi osv. I Norge foretrekker utøverne av slike terapiformer å kalle seg naturterapeuter. Mange av dem har utdannelse fra Norsk Akademi for Naturmedisin. De fleste av disse behandlingsformene hviler på teorier og ideologier om sykdom og helse som avviker fra den vitenskapelige medisinen. Derfor blir de også presentert og oppfattet som et alternativ til denne. Disse teorier og ideologier er tilgjengelig i bøker, og de kan læres på kurs. Man kan *utdanne* seg til å bli soneterapeut eller homøopat.

Naturterapeuter presenterer seg i kontekster som har mye til felles med den profesjonelle medisins. De har kontor og mottar sine pasienter sittende bak et skrivebord omgitt av diplomer og oppslagsverk. De har forværelsesdame, faste takster for behandling osv. Tjenestene avrettes gjennom offentlige kanaler som aviser og yrkeslisten i telefonkataloger. En nyetablert aromaterapeut sender f.eks. brev til alle legekontor i distriktet med anmodning om at de gjør sine pasienter oppmerksom på hennes tilbud. Brevet er skrevet på brevpapir med firmamerke og henvisning til medlemskap i Norsk Aromaterapeutforbund. De ser på seg selv som en del av det offentlige og profesjonelle helsetilbud. Ved hjelp av formalisert utdanning, fagforbund og beskyttelse av titler tilstreber de en økende profesjonalisering. Ofte ønsker de, og ofte har de også et samarbeide med medisinerer som ser på slike terapiformer som interessante for bestemte sykdommer. Det finnes

også medisinerer som lærer seg alternative behandlingsformer for påkommende tilfeller f.eks. akupunktur for migrene og homøopati for fordøyelsesbesvær. Men til forskjell fra de alternative terapeuter, ser medisinerer sjelden slike alternative terapiformer som generelle, mer som spesielle.

Alt i alt kan vi si at mange av de alternative terapiformer ligger mye nærmere den profesjonelle sektor enn folkelig medisin gjør. Det viser seg også i at enkelte former som f.eks. kiropraktikk blir refundert gjennom trygdekassen etter henvisning fra lege. Alternativ medisin eller naturterapi befinner seg i den profesjonelle medisins grenseområder.

### Utenfor samfunnets offisielle og institusjonaliserte kultur

De folkelige helbredernes plass i samfunnet er en helt annen. De er en del av en folkelig kultur, og den kommer ikke offentlig til uttrykk på samme måten som den etablerte og institusjonaliserte kulturen. Folkemedisinen har ingen plass i vårt samfunns offisielle definisjon av sykdom og behandling. Den er en del av en «annen og skjult virkelighet» (6) og utspiller seg i sammenhenger som befinner seg utenfor samfunnets offisielle og institusjonelle kultur. Som folklorister må vi ut og lete etter denne virkeligheten. Hvis en vil ha kjennskap til folkelige helbrederer må en benytte seg av den folkelige kulturs kommunikasjonsmønster, det som vanligvis kalles «på folkemunne». Det er gjennom den at informasjon om folkelig helbredelse kommuniseres, ikke gjennom samfunnets offentlige kanaler.

Det er vesentlig at man ikke kan *lære* å bli en folkelig helbreder. Folkelige helbrederer går ikke på kurs og lærer ikke sine ting gjennom bøker. De har evner som ikke andre mennesker har. De lærer å bruke sine evner gjennom kontakt med medmennesker, erfaring og den folkelige tradisjon. Det er ikke nok at de selv mener å ha slike

evner, omgivelsene må ha den samme oppfatning. En helbreder får ingen sanksjon for sin virksomhet gjennom anerkjente kanaler, gjennom kursbevis og faglig fellesskap. Anerkjennelsen og bekreftelsen for sin virksomhet får de bare fra dem som er blitt hjulpet.

### Det mirakuløse

Men selv om vi hittil har sett at det er avgjørende forskjeller på folkelige helbrederer og naturterapeuter, er det ikke dermed sagt at ikke en og samme person oppsøker både folkelige helbrederer og alternative terapeuter og at disse i folks øyne *kan* gå over i hverandre. Men ikke helt. Det er noe som skiller. En av mine informanter som har prøvet det meste skilte mellom dem slik: «Det må være to vidt forskjellige måter. Den ene gruppen går jo i lære, de går jo med opplæringstid. Det andre er noe som de har i seg. Det må være atskilt mener jeg absolutt». Ideene om deres behandlingsmåter er altså forskjellige, og det legges vekt på at det å være en folkelig helbreder er en egenskap ved personen selv. Dermed er også *forventningene* til en folkelig helbreder annerledes enn til en alternativ terapeut. Når man kommer til en folkelig helbreder venter man seg ikke behandling i vanlig forstand, man forventer seg noe som mere ligner et *mirakel*. Dette som «de har i seg», er noe som kan gjøre mirakler, ikke noe som kan gjøre folk friske ved hjelp av gjentagne og langvarige behandlinger. Noe må skje med en gang, ellers har det ingen virkning.

Ideen om de krefter man står overfor hos en folkelig helbreder er at de enten virker med en gang, eller så ikke. Dette gjelder også selv om folk ikke tolker helbrederen inn i en religiøs sammenheng, slik det neste eksemplet viser. Den følgende historien, fortalt av en kvinne inneholder mange typiske trekk knyttet til folkelig helbredelse.

«Min far, han gjør bare narr av det der (med helbredelse). Men så viste det seg et år at han fekk trubel med balansenerven. Det var heilt plutselig. Han hadde jobba litt for mykje, og veldig varmt var det. Og så ville mor at han skulle gå til ho Margit Evanger. Jaja, han trodde no ikkje nokke på det der. 'Ja, men for min skyld. Kan du ikkje forsøka', seie ho. 'Jo, det var greit'. Så fulgte han bussen der inn, også kom han med toget. Den tid gikk jo toget til Hauke-land. Så var eg borte og henta han. Så reiste vi til byen samme kvelden med buss herifra. Så seie eg, 'vi går bort'. 'Nei', sa han. 'Eg klarar ikkje gå, vi må ta drosje'. 'Ja, all right', seie eg. Vi fekk drosje, og kjørte bort. So var han inne då, ja eg kan tenke meg et kvarters tid. Ho preikte med han, og spurte om han trudde på det. 'Nei', sa han, 'men eg har lovt min kone at eg skal forsøka det'. 'Kanskje eg skal få deg til å tro', seie ho. 'Ja, det var no berre bra om so var'. Og etter et kvarter, så kom han ut igjen. Og så seie eg, 'kan du ikkje spørre om ho kan bestilla ei drosje til oss, sånn at vi kommer oss bort igjen'. 'Nei, ka ska vi med drosje', seie han, 'eg er jo helt all right'. Og han har vært frisk, og har ikkje merka nokke så helst. Det var to år til jul. Siden har han ikkje sagt et nedsettande ord om sånne ting.»

Denne historien inneholder mange typiske trekk knyttet til forestillinger om folkelig helbredelse. Den vantro som blir omvendt og tryggheten den kloke opptrer med. «Kanskje jeg skal få deg til å tro», sier hun til den vantro, og ikke minst den helt mirakuløse helbredelsen. Mønsteret for slike helbredelser finner vi blant annet i Nye testamentet, i historiene om Jesu helbredelser. Men det er viktig at dette mønsteret har en folkelig gjennomslagskraft langt utover kristne miljøer. Enten vi er kristne eller ikke, er fortellingene om Jesu helbredelser en del av vår tradisjon. De kan utgjøre et mønster vi bruker for å strukturere og

gjenfortelle opplevelser om helbredelser på (6).

Helbredelsene kan – slik det fortelles her skje allerede mens en er hos helbrederen. Noen ganger kan det skje over natten. Noen ganger oppleves det dramatisk, en kan formelig se sykdommen forsvinne. Slik forteller en kvinne om hvordan hennes lille datter ble frisk fra eksem: «Så gikk vi til (helbrederen) Krüger. Da var hun i barnevogn, så hun var vel ett år. Så da sa han 'før du er kommet hjem, du må ikkje være redd, så vil det her eksemet begynne å renne av ansiktet hennes. Og kroppen hennes.' Og det er sant altså. Innen to dager så var det ikkje hud igjen på hennes kropp.» Her finner vi igjen et typisk trekk; den kloke forteller hva som skal komme til å skje.

På folkemunne kalles folkelige helbredere ofte håndspåleggere eller *synske*. Deres evner blir knyttet til mere enn helbredelse av sykdom. De kan mere enn å helbrede ved berøring. De kan «se» det som er skjult for oss andre. De kan ofte «se» hva som feiler folk uten å være i nærheten av dem. Og når de kan se sykdom på denne måten, så kan de også se andre ting, som for eksempel forsvunne mennesker eller forsvunne gjenstander. De kan se hva den syke bør gjøre, fortelle ham eller henne at de skal bruke en bestemt plante som vokser et bestemt sted i hagen deres, uten at de noensinne har vært der. Har man kraften til å kunne helbrede betyr det at man også har kraft til å kunne gjøre andre ekstraordinære ting.

En folkelig helbreder kan se det skjulte, og kan helbrede som ved et mirakel. Det er noe helt annet enn å behandle mennesker ved hjelp av fotsoneterapi eller homøopatiske medisiner. Derfor handler folkelig medisin om noe annet enn alternativ medisin. Folkemedisin er ikke et aspekt av medisin, det er et aspekt av en folkelig forestillingsverden eller folkelig religiøsitet. Det handler om sykdom og helse forstått i andre kategorier og

andre sammenhenger enn de medisinske. Jeg tror deler av den såkalt alternative medisin kan bli en del av den etablerte medisinen. Vi er nå kanskje inne i en prosess hvor deler av den ikke-profesjonelle naturterapi kan bli del av den profesjonelle sektor. Folks forventninger til soneterapeuten er nok andre enn til legen, men jeg tror de ligner.

Derimot mener jeg at den folkelige behandler, håndspåleggeren eller den kloke innehar en annen plass i folks bevissthet enn den legen og homøopaten har. Folkelig medisin kan ikke forstås i medisinske kategorier. Folkemedisinen er ikke nødvendigvis i sin helhet del av helseomsorgssystemet slik Arthur Kleinman har beskrevet det. Den er like mye del av andre kulturelle system, og må forstås som det.

Torunn Selberg  
5300 Kleppesto

#### LITTERATUR:

1. Kleinman A. Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, medicine and Psychiatry. Berkeley California: University of California Press, 1980.
2. Bø O. Folkemedisin og lærd medisin. Norsk medisinsk kvardag på 1800-talet. Oslo: Det Norske Samlaget, 1972.
3. Tillhagen CH. Folklig läkekonst. Stockholm: Nordiska Museet, 1958.
4. Fugelli P. Naturmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 883-6.
5. Alver B, Selberg T. Trends in Research on Folk Medicine in the Nordic Countries. Ethnologia Scandinavica 1987; 59-70.
6. Alver B, Selberg T. «Det er mer mellom himmel og jord». Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Oslo: Vett & Viten, 1992.

# «— og helvite sløkkjer me so langt me rekk»

## Om depresjonar i allmennpraksis

Depresjon er ein vanleg sjukdom som gjev psykiske og somatiske plagar og er ein viktig årsak til psykososial dysfunksjon og tapte lev-år. Ei rad terapiformer er effektive. Underdiagnostikk og underbehandling er likevel vanleg. For å bote på dette publiserte U.S. Department of Health and Human Services i 1993 retningslinjer for diagnostikk og terapi av depresjonar i primærhelsetenesta.

### Bakgrunn

Agency for Health Care Policy and Research utviklar systematisk retningslinjer for diagnostikk og terapi av kliniske tilstandar. Når dei no publiserer retningslinjer om depresjonar i allmennpraksis, skuldast det

- 1 at depresjonar er vanlege i allmennpraksis. I primærhelsetenesta er prevalensen omlag 6,5%. Kommunelækjaren som har 2000 konsultasjonar i året vil statistisk nytte 130 av desse til deprimerede pasientar.
- 2 at dei fleste deprimerede personar søker hjelp frå primærhelsetenesta.
- 3 at det finst ei rad effektive terapiar som er i vanleg bruk.
- 4 at det er godt vitskapleg grunnlag for å arbeide fram retningslinene.
- 5 at praksis-granskingar tyder på at det trengst forbetring av primærhelsetenesta si evne til å kjenne att og handsame depresjonar.
- 6 depresjonar gjev vesentleg morbiditet og mortalitet.

Retningslinene er altså motivert av optimisme med omsyn til dei

Tekst: Trond F. Aarre



Trond F. Aarre har arbeid i to år ved Nordfjord psykiatrisenter og er no assistentlækjar ved medisinsk avdeling, Fylkessjukehuset på Nordfjordeid.

effektive terapiformene og den omfattande kunnskapen me har om stemningsforstyringane, og på den andre sida av otte for at dette ikkje i stor nok grad kjem pasientane til gode. Berre ein av tre depresjonar vert diagnostisert. Av desse får mange gal eller ufullstendig handsaming.

Me har ikkje grunn til å tru at stoda er vesentleg betre i Noreg. I den tradisjonelle psykiatriske diagnostikken vår har ukritisk bruk av kategoriar som «reaktiv depresjon», «reaktiv psykose» og «borderline» vore til hinder for adekvat diagnostikk. I visse psykodynamiske miljø har det vore liten interesse

for korttids- eller symptomorientert intervensjon. Dermed høyrer inadekvat diagnostikk og terapi av stemningsforstyringane til dagens orden også i Noreg. I tabell 1 er nokre av årsakene presentert av Bergsholm og medarbeidarar (1).

I lys av dette er det sannsynleg at me i dei affektive lidningane har eit av dei største uutløyste terapeutiske potensiala i medisinen. I spesialistlitteraturen har det ikkje mangla lesestoff om korleis me kan optimalisere praksis i andrelinetenesta. Eigne retningslinjer for primærhelsetenesta er ei kjærkomen hjelp i arbeidet for å spreie den glade budskapen og eit verdfullt middel i kvalitetskontrollen.

### Metodar

Retningslinene tek eksplisitt sikte på å omsetje det vitskapleg dokumenterte til det som er klinisk rett eller tilrådeleg. Dette arbeidet krev omfattande kompetanse, ikkje minst fordi det vitskaplege materialet ofte berre er indirekte relevant for våre praktiske tiltak ein onsdag formiddag.

Tilrådingane i dokumenta byggjer på gjennomgang og meta-analyse av 3.500 vitskaplege publikasjonar. Dokumenta vart granska av Depression Guideline Panel og 28 uavhengige vitskaplege kommentatorar, 73 profesjonelle forbund og 3 pasientsamskipnader. Det meste av den offisielle psykiatrien i USA tok stilling til retningslinene.

Eit viktig problem med dei tilgjengelege studiane er at dei stort sett er utførte i andrelinepopulasjonar og betalte av lækjemiddelin-dustrien. Kohortane er utvalde for å demonstrere effekt av interven-



Tabell 1

Iatrogene årsaker til behandlingssvikt ved affektive syndromer

- \* Fokusering på ett eller to symptomer uten å få fram hele sykdomsbildet
- \* Manglende kunnskap om atypiske manifestasjoner
- \* Karaktertrekk tillegges for stor vekt
- \* For store psykoterapeutiske ambisjoner
- \* Skepsis til medikamenter ved lidelser man synes bare er forståelige psykososiale reaksjoner
- \* Mangelfull orientering av pasient og pårørende om sykdommen og behandlingsmulighetene
- \* Inadekvat dosering og behandlingstid ved antidepressiva
- \* Litiumbehandling brukes for sjelden, særlig ved depresjon
- \* Litiumprofylakse brukes for sjelden og for sent
- \* Overdreven frykt for MAOH
- \* Redusert og forsinket bruk av elektrokonvulsiv terapi (ECT)
- \* Overforbruk av nevroleptika og anxiolytika
- \* Mangelfulle rutiner for behandlingsskontroll og oppfølging

sjonar og har derfor tendens til større homogenitet og morbiditet enn ein vanlegvis ser i allmennpraksis. Den typiske inkluderte pasienten er eit elles friskt menneske med veletablert stemningsforstyrning som er moderat til alvorleg deprimert, ikkje har annan psykiatrisk sjukdom og får handsaming i ein spesialistpoliklinikk. Gode studier frå allmennpraksis er framleis mangelfulle. Dei største skilnadene mellom polulasjonane er venteleg mildare depresjonar, vanskelegare diagnostikk og større somatisk og psykiatrisk komorbiditet i allmennpraksis.

Dette tyder ikkje at intervensjonane er mindre effektive i primærhelsetenesta. Held ein seg til depresjonar som stettar krava i tabell 3, tyder praksisstudier på at terapi er *meir* effektiv i fyrste- enn i andrelinetenesta. For mildare depresjonar er det sparsamt med vitenskaplege data i det heile, men à priori – og ut frå dei studiane som er gjorde – er det von om like god effekt av dei same intervensjonane. Mildare depresjonar er oftare sjølvavgrensande enn dei alvorlege og responderar ofte godt på støtteterapi eller antidepressiva.

I tilrådingane er det spesifisert kor sterkt vitenskapleg grunnlag ein

byggjer på. Der data manglar, er det presisert at tilrådingane byggjer på klinisk skjønn, logiske slutningar og semje mellom ekspertar. Publikasjonsserien er oppgitt i litteraturlista (2-6). Eg har lese dei siste fire tekstene med stor glede. Dei er enkle, oversiktlege og har rikeleg med referansar, gode tabel-

lar og klare diagram. Eg skal kort referere hovudpunkta.

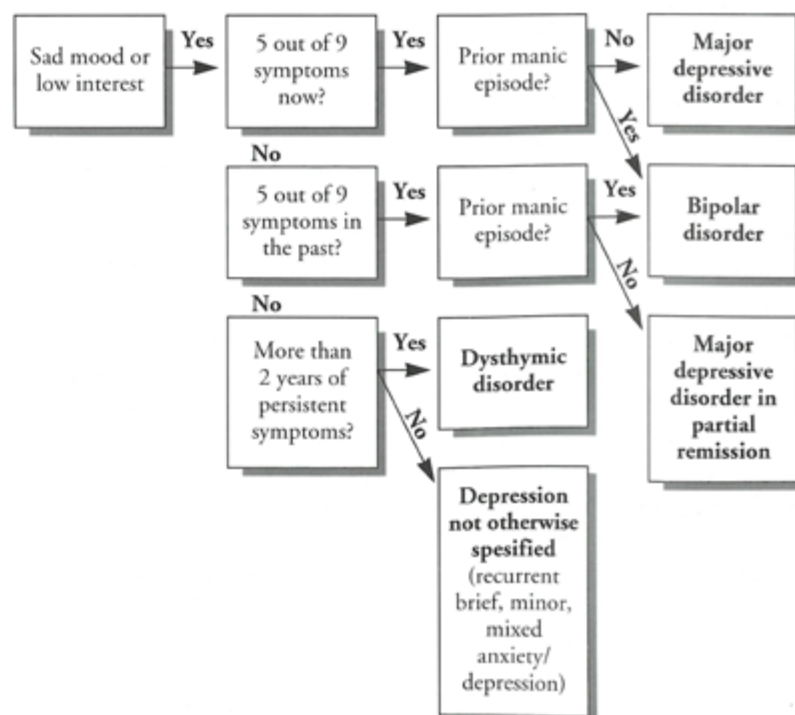
**Diagnostikk og differensialdiagnostikk**

I diagnoselista DSM-III-R frå den amerikanske psykiatarforeninga, skil ein mellom *major depressive disorder* (frå no kalla alvorleg depresjon), *dysthymi* (også kalla depressiv nevrose), depresjonar som ledd i ein *bipolar* (altså manisk-depressiv) stemningsforstyrning og ein del sub-syndromale (men ikkje subkliniske) depresjonar som kallast *depresjon INA*. Hovudtrekka i differensialdiagnostikken går fram av figur 1.

Bipolare depresjonar skil seg ikkje frå vanlege depresjonar med anna enn verifisert mani eller hypomani i anamnesen. Av terapeutiske og prognostiske omsyn er det viktig å diagnostisere bipolare depresjonar. I tabell 2 presenterer Bergsholm og medarbeidarar (7) anamnesticke data som bør skjerpe mistanken om bipolaritet. Dei diagnostiske kriteria for alvorleg depresjon går fram av tabell 3.

Ved mistanke om depresjon

Figure 1. Differential diagnosis of primary mood disorders



Tabell 2

Karakteristika som gir mistanke om bipolar lidelse ved depresjon

- \* Debutalder 25 år eller yngre
- \* Brå start
- \* Psykotisk depresjon
- \* Postpartum start
- \* Depresjon med hypersomni og retardasjon
- \* Farmakologisk hypomani
- \* Bipolar slekts historie
- \* Stor slektsbelastning av depresjon
- \* Alvorlig affektiv lidelse i flere suksessive generasjoner

skal ein ha opplysingar om alle symptomta i tabell 3. Dei fleste symptomta vil pasienten omtale spontant, men det er naudsynt å vite om dei andre symptomta også er til stades. Dette gjeld særleg tankar om død og sjølv mord som er notorisk underrapportert og som er viktige prediktorar for suicidal åtferd.

Diagnosen stillast etter eit klinisk intervju som omfattar symptom, tidlegare sjukehistorie, slektsanamnese, psykososiale stressorar, funksjonsnivå og bruk av medikament og rusmiddel. Einskilde depresjons-skjemata, til dømes etter Montgomery og Åsberg (MÅDRS) og Beck (BDI), har blitt vanlege i bruk også i allmennpraksis (8). Desse «testane» har høg sensitivitet, men er ikkje spesifikke nok til å vere diagnostiske verkty. Men når diagnosen er stilt, kan dei vere uvurderlege for gradering av intensitet og monitorering av terapi.

Om det ligg føre ein depresjon som stettar krava i tabell 3, er vidare differensialdiagnostikk berre interessant dersom det fører til gyldige prediksjonar. Derfor er skiljet mellom endogene og reaktive depresjonar neglisjert. Denne dikotomien kan ikkje lenger forsvast. Det er ikkje vesentleg skilnad mellom desse to undergruppene med omsyn til familieanamnese, symptom, komplikasjonar, respons på terapi eller prognose. I staden vert allmennpraktikaren oppmoda om å skilje mellom psykotiske, melankolske, atypiske og

årstidsbundne depresjonar og identifisere post partum-depresjonar (sjå tabell 4).

Retningslinene inneheld mykje godt stoff om depresjonar i nærvær av somatiske sjukdomar, i nærvær av andre psykiatriske lidningar og assosiert med bruk av medikament. Her skal berre nemnast at affektive symptom veg tungt i differensial-diagnostikken av psykiske lidningar. Personlegdomsforstyringar bør ikkje diagnostiserast hjå deprimerde pasientar p.g.a. stor fære for overdiagnostisering av karakteravvik.

### Terapi

Det vert indirekte understreka at all terapi for depresjonar er symptomatisk. Det er ikkje vitskapleg haldepunkt for at handsaming kan kurere depresjonar permanent. Depresjonen sitt naturlege forløp er karakterisert av stor tendens til spontan remisjon etter seks til tolv månadar og stor fære for nye episodar. Det er 50% sjanse for å få ein ny depresjon dersom ein har hatt ein episode, etter to episodar stig sjansen til 75%. Rasjonell terapi må difor sikte mot full restitusjon på kort sikt (d.v.s. før spontan remisjon kan ventast) og betring av langtidsprognosen.

I akuttfasen skal den deprimerde ha anten antidepressiva eller spesifikk, veldokumentert psykoterapi. *Kognitiv psykoterapi* er spesielt retta mot dei karakteristiske depressive tankefeila som ofte vert sjølvoppyllande profetiar: negativt syn på seg sjølv, omverda og fram-

tida. Den er godt dokumentert for handsaming av depresjonar og angstlidningar og strekk seg over 12 til 20 timar. *Interpersonleg psykoterapi* for depresjonar fokuserer vanskelege interpersonlege tilhøve som kan vere disponerande faktor, årsak, utløysande omstende, komplikasjon og konsekvens av depresjonen. Den har synt seg effektiv på kort sikt, men har til no ikkje dokumentert profylaktisk effekt. *Korttids dynamisk psykoterapi* vektlegg i større grad samanhengar mellom tidlegare livshendingar og noverande symptom. Overføringsaspekt vert oppfatta som viktige. Terapien tek vanlegvis 20 til 40 timar. *Åtferdsterapi* og *parterapi* treng neppe nærare presentasjon utover at begge har dokumentert effekt. *Langtids psykoterapi* er ikkje indisert som fyrstehands tiltak fordi det tek for lang tid før effekt kan ventast og fordi effekten er udokumentert.

Felles for psykoterapiformene er at dei krev spesiell kompetanse og høvesvis store tidsmessige og økonomiske ressursar. Antidepressive lækjemiddel vert difor eit naturleg fyrsteval i dei fleste høve. 60-70% av pasientane kan ventast å respondere på fyrste adekvate medikamentforsøk (d.v.s. i tilrådd dose eller terapeutisk serumnivå i fire til seks veker). Dei fleste non-responderar får effekt av eit antidepressivum av ei anna gruppe (t.d. ein serotonin-reopptaks-hemmar etter at eit trisyklisk preparat er forsøkt). Kombinasjonar av antidepressiva eller tillegg av litium eller triiodo-thyronin (T3) gjev effekt for dei aller fleste. Det vil oftast svare seg å rådføre seg med ein spesialist før ein gjev seg ut på polyfarmasi.

*Dosering* av antidepressiva krev særleg omtale. For låg dose er den viktigaste årsaken til terapivikt. For ein skilde preparat, til dømes mianserin (Tolvon), har underdosering vore eit stort problem som med urette har sett medikamentet i miskreditt. Etersom metabolismefarten er ulik, er det vanskeleg

å seie på førehand kva som er adekvat dose. 150-200mg av eit trisyklisk, 90-150mg mianserin, 400-600mg moclobemide (Aurorix), 20mg paroxetin (Seroxat) og 200-300mg fluvoxamin (Fevarin) vil som oftast vere tilstrekkeleg. For mianserin og dei trisykliske antidepressiva kan serumkonsentrasjonar vere til stor nytte. Nortriptylin (Noritren) har det best definerte terapeutiske serumnivået (190-570 nmol/l), for dei andre trisykliske vert nivået 400-1000 nmol/l oftast tilrådd. Mianserin bør doserast til 200-400 nmol/l.

Poenget med desse doseforslaga er at dei gjev pasienten større statistisk sjanse til å respondere. Mange pasientar får fullgod effekt av lågare dose, men ein skal ikkje

avskrive medikamentet som ineffektivt før ein har forsøkt full dose i fire veker. Doseauke må alltid vurderast dersom pasientar som har respondert på låge dosar får residiv. Det er god dokumentasjon for at fulle dosar har best profylaktisk effekt. Slik eg ser det, er låg dosering berre indisert dersom biverknader vert eit problem som trugar pasienten sin medverknad i terapien. Nyare preparat som sederer mindre eller har mindre antikolinerg profil, kan ofte eliminere dette problemet.

I *akuttfasen* er målet, uansett terapiform, 100% restitusjon – alt anna er terapivikt. I *vedlikehaldsfasen* er målet å vedlikehalde full remisjon i seks til ni månader før terapien vert seponert. *Profylakse*

rettar seg mot neste episode og er indisert for dei med mange episodar, kroniske forløp, stor funksjonssvikt, livstrugande episodar, tidleg debut og familieanamnese med bipolare eller stadig tilbakevendande depresjonar. Berre antidepressiva og litium har synt seg effektive som profylaktika.

Terapi i akuttfasen for dei diagnostiske undergruppene er skissert i tabell 4.

### Kva med andrelinetenesta?

På dette området er det lita hjelp i amerikanske retningslinjer som har bakgrunn i eit samfunn med større psykoterapiressursar og valfridom enn me har i Noreg. Nokre generelle punkt bør me likevel merkje oss.

Det fyrste er at andrelinetenesta må vere *tilgjengeleg* på kort tid dersom det skal vere hjelp i. Retningslinjene krev at ein får konsultasjon hjå spesialist same dag eller dagen etter. I mange strok av landet vårt er dette utenkjeleg. Men det seier oss i det minste av det er absurd å setje pasientar på venteliste for psykoterapi dersom ein ikkje samstundes ser til at pasienten i mellomtida får optimal terapi med andre metodar.

Det andre er at andrelinetenesta må vere *kompetent*, både med omsyn til avansert farmakoterapi og dokumentert, effektiv korttids psykoterapi for depresjonar. Spesialistenestene må dessutan rekne med å ha fleire konsultasjonar og færre heile terapiar.

Det psykiske helsevernet må dessutan vere i stand til å ta imot deprimerte for straks-innlegging, særleg der pasienten er sjølv-mordstruga, psykotisk, utviklar depresjon post partum, har særleg uttalt symptomtyngd eller funksjonssvikt eller treng ECT. Sjølv dette kravet er vanskeleg å oppfylle i visse område.

For eiga rekning vil eg presisere at førstelinetenesta bør ta hand om dei aller fleste som lir av depresjonar. Grunnsteinene i tilbodet vil då verte farmakoterapi og det som

Tabell 3

#### Diagnosekriterium for alvorleg depresjon etter DSM-III-R

- A Minst fem av dei følgande symptoma har vore tilstades i same to-vekers periode og utgjer ei endring frå tidlegare funksjon; minst eit av symptoma er anten 1) senka stemningsleie eller 2) tap av interesse eller glede.
- 1) senka stemningleie mesteparten av dagen nesten kvar dag
  - 2) tydeleg minka interesse for eller glede av alle eller nesten alle aktivitetar mesteparten av dagen nesten kvar dag
  - 3) vesentleg vektap eller vektauke (t.d. 5% på ein månad) utan spesiell diett, eller minke eller auke i mathug nesten kvar dag
  - 4) for lite eller for mykje svevn nesten kvar natt
  - 5) psykomotorisk agitasjon eller retardaasje er tilstades nesten kvar dag og kan observerast av andre
  - 6) trøytt og utan energi nesten kvar dag
  - 7) kjensle av verdløyse eller overdriven eller unaturleg skuldkjensle (som kan ha karakter av vrangforestillingar) nesten kvar dag
  - 8) minka evne til å tenkje, konsentrere seg eller fatte avgjerder nesten kvar dag
  - 9) tilbakevendande dødstankar, tilbakevendande sjølv-mordstankar utan ein spesiell plan, sjølv-mordsforsøk eller ein spesiell plan for sjølv-mord
- B
- 1) forstyrninga er ikkje utløyst eller halden oppe av ein organisk faktor
  - 2) forstyrninga er ikkje ein ukomplisert sorgreaksjon
- C Det har ikkje vore vrangforestillingar eller hallusinasjonar så lenge som 14 dagar utan utprega stemnings-symptom
- D Depresjonen kjem ikkje i tillegg til ei psykotisk lidning

**Tabell 4. Overview of Mood Disorders**  
Major depressive disorder subgroups

Subgroup	Essential Features	Diagnostic Implications	Treatment Implications	Prognostic Implications
Psychotic	Hallucinations Delusions	More likely to become bipolar than non-psychotic types. May be misdiagnosed as schizophrenia.	Antidepressant medication plus a neuroleptic is more effective than are antidepressants alone. ECT is very effective.	Usually a recurrent illness. Subsequent episodes are usually psychotic. Psychotic subtypes run in families. Mood-incongruent features have a poorer prognosis.
Melancholic	Anhedonia Unreactive mood Severe vegetative symptoms	May be misdiagnosed as dementia. More likely in older patients.	Antidepressant medication is essential. ECT is 90% effective.	If recurrent, consider maintenance medication.
Atypical	Reactive mood Overeating/ weight gain Oversleeping Rejection sensitivity Heavy limb sensation Fewer episodes	Common in younger patients. May be misdiagnosed as personality disorder.	TCA's may be less effective. MAOIs are preferred. ?SSRIs preferred.	Unclear.
Seasonal	Onset, fall Offset, spring Recurrent	More frequent in non-equatorial latitudes. Patterns occurs in major depressive and bipolar disorders.	Medications have ? efficacy. Psychotherapy has ? efficacy. Phototherapy is an option.	Recurr.
Postpartum psychosis/ depression	Acute onset (<30 days) in postpartum period. Severe, labile mood symptoms. 1/1.000 is psychotic form.	Often heralds a bipolar disorder.	Hospitalize. Treat medically.	50% chance of recurring in next postpartum period.

Note: ECT = electroconvulsive therapy. TCA = tricyclic antidepressant. MAOIs = monoamine oxidase inhibitors. SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors.

i retninglinene nemnast «good clinical care» og som er ein dårleg utforska og venteleg uunnverleg intervensjon, når den utøvast inn-anfor det gode tilhøvet mellom pasient og allmennpraktikar. Også i psykiatrien bør me ta hand om folk på lågaste effektive omsorgsnivå og reservere andre linetilboda til dei som ikkje kan hjelpast på anna vis. Bland deprimerte vil desse oftast vere dei som er psykotiske eller akutt sjølv-mordstruga, som ikkje oppnår remisjon etter to ade-

kvate forsøk med antidepressiva eller som treng spesialisert terapi som ECT, psykoterapi eller ljosterapi.

#### **Kva er nytt i desse retninglinene?**

Som venteleg kan vere, er det langt mellom det nye i dokument som desse. For den velinformerte allmennpraktikaren er det mest kjend og kjært stoff som ein godt kan friske opp att. Det eg tykkjer

skil seg klårast frå vanleg norsk standard er:

*Optimismen* – det vert gong på gong understreka at det einaste akseptable målet for terapien er full remisjon. Det vert presisert at det kan føre til større kronisitet, vanskar i seinare terapi, kompliserte forløp av medisinske sjukdomar og smerte og lidning i utrengsmål dersom ein siktar mot mindre. Full normalisering er oppnåeleg for det store fleirtalet av pasientane.

*Systematikken* – det er klare retningliner for når og korleis pasienten skal kontrollerast og for monitorering av respons. Det er eintydige algoritmar for framdrift som sikrar at ein ikkje ligg for lenge på veret, men sikrar pasienten optimal terapi i heile forløpet.

*Kravet om effekt* – klårare tidsfristar for evaluering og skifte av strategi ved manglande suksess, gjer det klart at me ikkje kan forsvare uthalingstaktikkar som pasienten må bere kostnadene av.

#### **Konklusjonar**

Depresjonar vert underdiagnostisert både i fyrste- og andre-linestetene. Depresjonane som vert diagnostiserte blir ofte inadekvat handsama. Det kan føre til kronifisering, yrkes-uførleik, sosiale vanskar, kompliserande kroppslig og psykisk sjukdom, misbruk, subjektiv lidning og sjølv-mord.

Det finst meir enn nok vitenskaplege data til å avgjere kva som er rasjonelle tiltak. Men denne kunnskapen har ikkje nådd ut til brukarane i stor nok grad. Kunnskapsformidlinga er eit langt større problem enn kunnskapstilfanget.

Allmennpraktikaren som ynskjer å gjere ein endå betre innsats på dette området enn han gjer idag, vil oppdage at han har lite litteratur å støtte seg til som primærlækjar. Han vil oppdage at Clinical Practice Guideline – Depression in Primary Care er ei heilt uvanleg grei rettesnor i arbeidet. Dersom han følgjer denne rettesnora, vil han truleg betre kvaliteten i eige arbeid og i pasienten

sitt liv og gjere sitt til å førebyggje kronifisering og sjølvord bland deprimerde pasientar.

Takk til overlækjar Per Bergsholm, Førde, som vederlagsfritt lot meg nytte tabellane hans.

*Trond F. Aarre  
Sjukehusvegen 36  
6770 Nordfjordeid*

#### LITTERATUR

- 1 Bergsholm P, Martinsen EW, Holsten F, Neckelmann D, Aarre TF. Inadekvat behandling av affektive lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2647-50.
- 2 Depression Guideline Panel: Depression Guideline Report. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. (omlag 1200 sider)
- 3 Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Volume 1. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No.93-0550. April 1993. (125 sider)
- 4 Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No.93-0551. April 1993. (175 sider)
- 5 Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment. Quick Reference Guide for Clinicians, Number 5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No.93-0552. April 1993. (22 sider)
- 6 Depression Guideline Panel. Depression Is A Treatable Illness. A Patient's Guide. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No.93-0553. April 1993. (34 sider)
- 7 Bergsholm P, Martinsen EW, Svoen N, Olsen T, Holsten F, Neckelmann D, Aarre TF. Affektive lidelser 1-V. Førde 1992. (Upubliserte manuskript)
- 8 Nilsen FS. Depresjonsskala - et nyttig hjelpemiddel. Utposten 1991; 20: 36-7.

*Ég fekk dokument 3, 4, 5 og 6 fritt tilsende ved å skrive til: AHCPR Publications Clearinghouse P.O. Box 8547, Silver Spring, MD 20907-8547, USA.*

## Emnekurs i lungesykdommer

Kurset teller som emnekurs for spesialitet allmenntmedisin med 25 timer

**Sted:** Glittrelinikken i Hakadal, 30 km nord for Oslo.  
**Tid:** 28.-29.-30. april 1994  
**Kurskomité:** Liliana Bachs Larsen, ass. lege Glittrelinikken (formann), Øyvind Råstad, spesialist i allmenntmedisin, Bård Natvig, spesialist i allmenntmedisin.  
**Kursavgift:** Kr. 1 200,-

Overnatting enerom hotellstandard på klinikken m/full pensjon: kr. 550,- pr. døgn. Kost inkludert lunch og middag for de som ikke bor på Klinikken: kr. 150,- Påmelding med beskjed om overnatting og bospising: Til Liliana Bachs Larsen, Glittrelinikken, 1487 Tøyenhaugen. Tlf.: 67 07 52 00. Max 30 deltagere. Påmeldingsfrist 30.03.94.

### Torsdag 28.04.94

kl. 10.00-10.10 Innledning (kursets formann)  
kl. 10.15-11.00 Lungefunksjonsmåling (Overl. Haanæs, Aker sykehus)  
Pause  
kl. 11.15-13.00 Obstruktive lungesykdommer  
- Asthma (pause) (Overlege Hansen, Glittre)  
- KOLS  
kl. 13.00-14.00 Lunch  
kl. 14.00-15.30 Gruppearbeid med pasient (anamnese, u.s., prøvetolkning)  
pause  
kl. 15.45-16.30 Gjennomgang av gruppearbeid (Overlege Refvem, Ullevål sykehus)  
pause  
kl. 16.45-18.00 Farmakologi ved obstruktive lungesykdommer (1 pause) (Overlege Refvem)  
kl. 18.30 Middag  
kl. 20.00 Bading/Treningsstudio

### Fredag 29.04.94

kl. 09.00-10.45 Andre lungesykdommer  
- Sarkoidose  
- I. fibrose (1 pause) (Overlege Morland, Ullevål sykehus)  
- Tbc  
pause  
kl. 11.00-12.00 Gruppearbeid kasuistikk  
pause  
kl. 12.15-13.00 Medikamentell beh. i praksis. Gjennomgang gruppearbeid. (Dr. Råstad)  
kl. 13.00-14.00 Lunch  
kl. 14.00-14.30 Pasient informasjon. Sykepleie. (Avd.sykepleier H. Kilstad, Glittre)  
kl. 14.30-15.00 Ergoterapi (Ergoterapeut T. Hagelund, Glittre)  
pause  
kl. 15.15-16.00 Fysioterapi (Fysioterapeut S. Muri Hansen, Glittre)  
pause  
kl. 16.15-18.00 Røykeavvenning  
Sykdomsmestring (1 pause) (Psykolog K. Dahl, Glittre)  
kl. 18.15 Bading m/forfriskninger i bassengkanten  
kl. 20.00 Festmiddag

### Lørdag 30.04.94

kl. 09.00-10.45 Nedre luftveisinfeksjoner (1 pause) (ass. lege Bachs Larsen)  
pause  
kl. 11.00-11.30 Oxygenbehandling (Overlege Gabrielsen, Ullevål)  
kl. 11.30-12.00 Søvnnapnesyndrom (Overlege Bergholtz, Aker sykehus)  
kl. 13.00-13.30 Evaluering/Opplæring  
kl. 14.00 Middag

# Arbeidsmedisinske seminarer, Svalbard

19.-24. august 1994

Kurset er en sjølstendig oppfølging av seminarene i arbeidsmedisin som ble holdt våren 1993.

**Kurssted:** Longyearbyen, Svalbard

**Kursledelse:** Håkon Lasse Leira, Tormod Risholt, Knut E. Andersen

**Påmelding til:** Kurs & Kongresservice, «Svalb», 7340 Oppdal, tlf.: 72 42 34 48, fax: 72 42 34 40

**Påmeldingsfrist:** 15. mai 1994

**Antall deltakere:** 45

**Antall kurstimer:** 25. Kurset søkes godkjent for spesialitetene i arbeidsmedisin, samfunnsmedisin, allmennmedisin og for bedriftslege Dnlf.

**Kursavgift:** kr. 2 000,-.

**Opphold og bespisning:** kr. 5 100,-. Betales etter at bekreftelse er mottatt.

**Reise:** Priseksempel; fra Tromsø: ca. kr. 2 700,-, fra Oslo ca. kr. 3 400,-. Deltakerne får tilsendt bestillingsskjema for fly sammen med bekreftelsen.

## Sosiale aktiviteter:

**Cruise med M/S Nordstjernen 23.-25. august,** kr. 5 000,-. *Reisen bestilles sammen med påmelding.* – Etter seminarene vil det fra tirsdag kveld 23. aug. bli mulig å følge M/S Nordstjernen på ferd opp langs vestkysten av Svalbard til Magdalenafjorden med besøk i Ny Ålesund og retur til Longyearbyen torsdag kveld. Hjemreise fredag kl. 8.00. Obs! Begrenset antall plasser.

## Utfukter søndag 21. august

– Helikopterturer til Ny Ålesund, Barentsburg, Pyramiden eller Tuna von Postbreen.  
– Dagtur til forskjellige mål bl.a. Pyramiden og Nordenskiöldbreen. Nærmere opplysninger og bestillingsskjema for sosiale aktiviteter søndag blir sendt ut sammen med bekreftelsen.

## Program

*Fredag 19. august.*  
Ankomst

*Lørdag 20. august*

09.00–12.00 Psykososiale forholds betydning ved hjerte/kar- og muskel/skjelettlidelser. Prof. T. Teorell, Institut för psychosocial miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm.  
14.00–17.00 Temaet fortsetter, også med eksempler på praktisk tilnærming.

*Søndag 21. august*

Fri – med rike opplevelsesmuligheter.

*Mandag 22. august*

08.00–12.00 Gruvebesøk  
14.00–17.00 Årsaksforhold og patofysiologi ved yrkesbetingete lungesykdommer. Avd. overlege Bjørn Hilt, arbeidsmedisinsk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim.

*Tirsdag 23. august*

08.00–12.00 Arbeidsledighet og helse. Amanuensis B. Claussen, Institutt for trygde- medisin, Universitetet i Oslo.

13.30–16.30 Det er bedre å forebygge enn å behandle, men vet vi hvordan? Ass. fylkeslege i Hedmark, Trond Lutnæs.

*Onsdag 23. august*

Avreise  
(Fredag 25. august. Avreise for deltakere på tur med M/S Nordstjernen)

Internasjonal fagkonferanse, Oslo 2-5-juni 1994

# Rådgivning til gravide og etterabortproblematikk

Konferansen retter søkelyset mot hvordan helsepersonell bør møte kvinner som står ovenfor et ikke planlagt svangerskap, og hvordan møte kvinner som har hatt en abort og opplever etterreaksjoner. Kjente foredragsholdere fra inn- og utland deltar på konferansen.

- \* Tid: 2-5 juni 1994
- \* Sted: Soria Moria, Oslo
- \* Konferanseavgift: Kr. 1510,-
- \* Påmelding: Snarest
- \* Konferansespråk: Engelsk
- \* Arrangør: Alternativ til Abort i Norge

## Fagkomite:

Jordmor Britt Eide,  
Prof.dr. med Torleiv O. Rognum,  
Prof.dr. med Ola D. Saugstad

## Konferansekomite:

Bente Bjerknes-Haugen, Gunnar Gravidahl,  
Paul Karlsen, Jacob Landsvik, Terje Mikalsen  
Grethe Gaarder Næsje, Wenche Frogne Sælleg,  
Elsa Skarbøvik

For program og informasjon ring:

22 41 82 50



## 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



Holt Møller & Co

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

Send informasjon om Profdoc journalsystem

Navn: .....

Legkontor: .....

Adresse: .....

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

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

## C Diflonid "Dumex"

Analgetikum ATC-nr.: N02B A11

T TABLETTER 500 mg: Hver tablett inneh.: Diflunisal 500 mg, hjelpestoffer q.s. Filmdrasjert. Forgestoff: Titondioksyd (E171). Delstrek på 500 mg tablett.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk effekt.

Virkningsmekanisme: Hemmer prostaglandinsyntesen. Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt.

Absorpsjon: Tilnærmet fullstendig. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 2 timer. Preparatet har langvarig virkning, effekten etter en enkelt dose kan vedvare i 12 timer eller mer.

Proteinbinding: Ca. 98%. Halveringstid: 10-12 timer ved terapeutiske doser. Kinetikken er dose-avhengig. Metabolisme: Det er ikke identifisert noen metabolitter i plasma, fluoratomer frigjøres ikke fra molekylet. Metaboliseres ikke til salisylsyre.

Utskillelse: Ca. 95% via nyrene. Overgang i morsmelk: Ca. 2-7% av plasmakonsentrasjonen gjenfinnes i morsmelk (se Forsiktighetsregler).

Indikasjoner: Akutte inflammasjonstilstander i muskel-/skjelettsystemet, postoperative smerter, dysmenoré, ortrose, reumatoid artritt.

Kontraindikasjoner:

Akutt gastrointestinal blødning. Aktiv ulcus pepticum. Alvorlig nyresvikt. Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene i preparatet, acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler.

Bivirkninger: Vanligst rapportert er: Kvalme, dyspepsi, gastrointestinale smerter, diaré, hode-

pine, utslett. Øvrige: Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, flatulens, anoreksi. Noen få tilfeller av ulcus pepticum og gastrointestinal blødning, inkl. perforasjon (dødsfall er rapportert). Ikterus, kolestase, hepatitt. Sentralnervøse/psykiske: Tretthet, somnolens, insomnia, svimmelhet, tinnitus, forbigående synsforstyrrelser, ørhet, parestesier, nervøsitet, depresjon, hallusinasjoner, forvirring, asteni. Dermatologiske: Kløe, svette, tørre slimhinner, stomatitt, fotosensibilitet, urticaria. Noen få tilfeller av erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom. Toksik epidermal nekrolyse. Eksfoliativ dermatitt. Urogenitale: Dysuri, nedsatt nyrefunksjon, interstiell nefritt, hematuri. Hypersensitivitet: Akutt anafylaktisk lignende reaksjon med bronkospasme. Andre: Angioneurotisk ødem (Quincke). Vaskulitt: Hypersensitivitets-syndrom (se Forsiktighetsregler). Ødem, tretthet, trombocytopeni, agranulocytose. Hemolytisk anemi. Patologiske leverfunksjonsprøver.

Forsiktighetsregler: Anvendes med forsiktighet til pasienter med gastrointestinal eller ulcus i anamnesen. Kan affisere platefunksjon og blødningstid. Diflunisal bør brukes med forsiktighet hos pasienter med nedsatt blodgjennomstrømming hvor renale prostaglandiner spiller en rolle i opprettholdelse av nyreperfusjonen. Ved nedsatt nyrefunksjon kan dosereduksjon bli nødvendig da diflunisal hovedsaklig utskilles via nyrene.

Perifere ødemer er beskrevet. I likhet med andre beslektede medikamenter bør diflunisal brukes med forsiktighet hos pasienter med redusert hjertefunksjon, hypertensjon eller andre tilstander som disponerer for væskeretensjon. Kan forlenge protombintid hos pasienter med antikoagulasjonsbehandling. Skal ikke gis ved graviditet, emming eller til barn, da sikkerheten for en slik bruk ikke er fastslått. Fordi diflunisal er beslektet med acetylsalisylsyre kan muligheten av en assosiasjon med Reyes syndrom ikke utelukkes. Hos et fåtall pasienter er det rapportert et hypersensitivitetssyndrom bestående av noen eller alle av de følgende symptomer: Feber, frysninger, hudreaksjoner (sammenlign ovenfor), symptomer fra indre organer, unormale leverfunksjonsprøver, gulsott, pankreatitt, pneumonitt, leukopeni, eosinofili, dissiminnert intravaskulær koagulasjon, anemi, nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt og andre mer uspesifikke symptomer. Interaksjoner: Samtidig bruk av diflunisal og acetylsalisylsyre og andre NSAID anbefales ikke pga.

interaksjoner. Diflunisal og indometacin skal ikke brukes samtidig da plasmakonsentrasjonen av indometacin øker med ca. 30-35% samtidig som den renale utskillelsen minsker. Gastrointestinal blødning med fatal utgang har inntruffet ved samtidig bruk. Ved samtidig bruk av diflunisal og sulindak, reduseres plasmakonsentrasjonen av sulindaks aktive sulfidmetabolitt. Diflunisal kombinert med gullsaltregimer resulterer vanligvis i en

symptomatisk tilleggseffekt. Forsiktighet anbefales ved samtidig behandling med metotrexat, NSAID er rapportert å kunne nedsette tubulær sekresjon av metotrexat og derved potensere toksisk effekt (1:50e antireumatika).

Dosering: Initialdose: 1000 mg. Vanlig vedlikeholdsdose: 1000 mg daglig gitt som 1 eller 2 doser. Maks. døgndose: 1500 mg. Dosen er avhengig av respons og sykdommens alvorlighetsgrad. Ved langtidsbehandling kan vedlikeholdsdosen evt. reduseres. Dysmenoré: Ved begynnende smerte eller blødning. 1000 mg, deretter 500 mg hver 12. time. Tablettene bør ikke tygges (bitter smak).

Overdosering/Forgiftning: Pga. høy proteinbinding kan hemodialyse være ineffektivt. Behandling: Symptomatisk. (F: 5d).

Pakninger og priser:

500 mg: 30 enpac.

kr. 107,40,

100 stk.

kr. 295,30.

T:3, 17,35

Vurdér  
**Diflonid**<sup>®</sup>  
neste gang  
du ordinerer  
et analgetikum

## Primærmedisinsk uke 1994

Almentpraktiserende legers forening, Norsk selskap for allmennmedisin og Offentlig legers landsforening arrangerer for tredje gang Primærmedisinsk uke.

Arrangementet går av stabelen på Soria Moria og Lysebu i tiden 10.-15. oktober.

Hovedkomitéen har valgt kommunikasjon som hovedtema for uka. Foreløpig er det 23 kurs å velge i. I tillegg til variert og interessant, faglig program, kan det tilbys hyggelige sosiale arrangementer.

Primærmedisinsk uke er et arrangement for leger og medarbeidere. Et slikt fellesskap i kurssammenheng øker sjansen for at ny kunnskap blir omsatt i praksis når hverdagen kommer.

Merk av i almanakken – uke 41 – primærmedisinsk uke 1994!

Har du  
husket å  
betale ditt  
UTPOSTEN-  
abonnement?

**DUMEX**

Nye Vakås vei 8, postboks 93, 1364 Hvalstad.  
Telefon 66 84 63 63, telefax 66 98 14 07.



# Diflonid®

(Diflunisal)

**Diflonid®** er et kraftig ikke-opioid analgetikum med langtidseffekt og uten opioid relaterte bivirkninger<sup>1,2,3</sup>.

**Diflonid®** er et ikke-opioid analgetikum<sup>3</sup>) som har analgetisk styrke som opioid-holdige preparater som paracetamol + kodein i behandlingen av *nociceptive* smertetilstander som f.eks. postoperative smerter og smerter i muskel/skjelett-systemet<sup>1,4,5</sup>). Nyere forskning har vist at Diflonid® har både en *perifer* og *sentral* analgetisk effekt<sup>1,6,7</sup>). Den sentrale effekten er ikke mediert via opioid reseptorene<sup>2</sup>). Virkninger i sentralnervesystemets smertereguleringsmekanismer kan forklare hvorfor diflunisal har større analgetisk virkning enn antiinflammatorisk virkning<sup>8</sup>).

**Diflonid®** er et av de ikke-opioide analgetika som har kraftigst analgetisk effekt<sup>1</sup>).

**Diflonid®** gir ikke opioid relaterte bivirkninger som psykisk påvirkning i form av eufori, sedasjon og toleranseutvikling<sup>1,2,3</sup>).

**Diflonid®** har ikke et misbruks- eller tilvenningspotensiale som opioidene<sup>1,2,3</sup>).

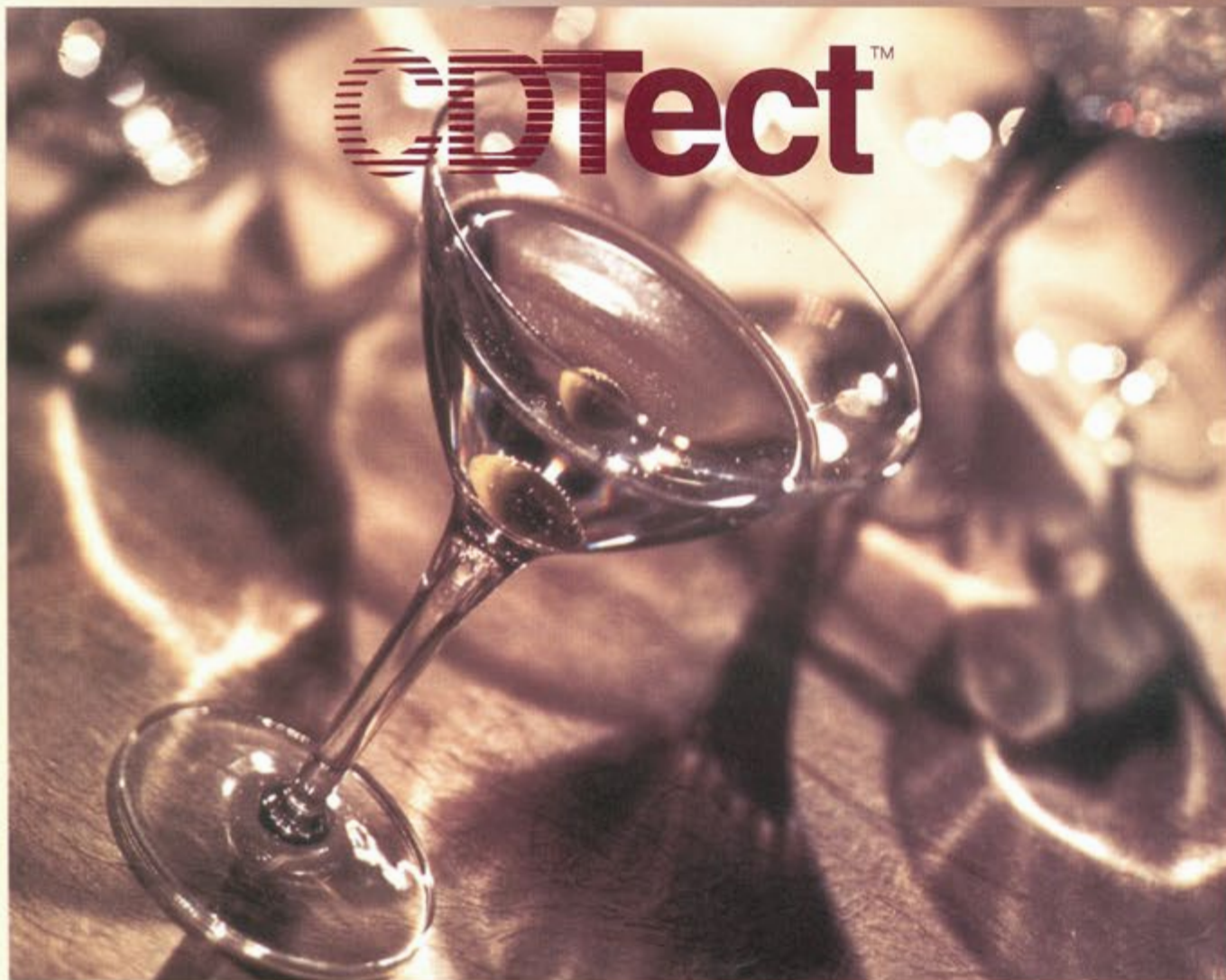
**Forutsetning for god analgetisk effekt er at man velger ut riktige smertepasienter,** dvs. pasienter med *nociceptive* smertetilstander<sup>8</sup>) som er godkjent i Fellekatalogen.

## DOSERING

Initialdose 2 tabletter (1000 mg), senere 1 tablett (500 mg) hver 12. time gir konstant smertelindring. Analgetisk effekt inntreer etter ca. 1 time, og maksimal analgetisk effekt nås etter ca. 2 timer<sup>4</sup>).

### Referanser:

- McCormack K & Brune K  
Dissociation between the antinociceptive effects of the nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Drugs* 1991;41:533-547.
- Sunshine A & Olson N  
Nonnarcotic analgesics. In Wall PD Melzack R (eds). *Textbook of pain*. Churchill Livingstone 1994;923-942.
- Ready LB & Edwards TW  
Management of acute pain: A practical guide. IASP Publication 1992.
- Forbes JA et al  
Diflunisal — a new oral analgesic with an unusually long duration of action. *JAMA* 1982;248:2139-2142.
- Indelicato PA  
Comparison of diflunisal and acetaminophen with codeine in treatment of mild to moderate pain due to strain and sprains. *Clin Ther* 1986;18:269-274.
- Dragani et al  
Effects of diflunisal on cutaneous sensory and pain thresholds. *Clin Ther* 1988;10:388-391.
- McCormack K & Brune K  
Towards defining the analgesic role of nonsteroidal antiinflammatory drugs in the management of acute soft tissue injuries. *Clin J Spot Med* 1993;3:106-117.
- Tønnesen TI & Breivik H  
Smertor. *Norsk Legemiddelhandbok* 94/95.



## Serumanalyse til bestemmelse av carbohydrate-deficient transferrin for påvisning av regelmessig høyt alkoholforbruk

### Bakgrunn:

CDT er en isoform av transferrin, og er i motsetning til det vanlige transferrin, en markør for alkoholinntak. Forhøyet CDtect-verdi sees etter en ukes alkoholkonsum av mer enn 50 - 80 g/dag (tilsvarende 1 flaske vin/1,5 liter øl pr. dag).

Redusert alkoholforbruk sees ved redusert CDtect nivå.

CDtect gir et klart svar til fordel for både lege og pasient.

### Anvendelse:

1. Ved mistanke om overforbruk av alkohol, f.eks. for utredning av uforklarlig høy gamma-GT.
2. Ved oppfølging av pasienter med kjent alkoholisme.

Ved ca. 40 kliniske studier i forskjellige pasientgrupper, har CDtect vist seg å være mer spesifikk enn noen annen test for å måle høyt alkoholforbruk (spesifisitet 92 % - sensitivitet 80 %).

Derfor har flere av Norges største laboratorier CDtect på rekvisisjonskjemaet.

# Til forebyggende behandling av astma



Pulmicort® Turbuhaler® finnes i tre styrker;  
100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose.

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Budesonid  
**Pulmicort®**  
Turbuhaler®

**ASTRA**  
Astra Norge

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

# Tøff mot bakterier...



© Tony Stone Images

## ...ikke mot pasienten

Akutt konjunktivitt rammer oftest barn og eldre – pasientgrupper hvor du vet at kombinasjonen god effekt, compliance og sikkerhet er avgjørende for behandlingsresultatet. Trygghet for hurtig innsettende- og god behandlings-effekt er avgjørende for ditt valg av medikament.

Med Fucithalmic oppnår du baktericid

effekt overfor de vanlig forekommende øyepatogener ved akutt konjunktivitt. Mikrokrystallinsk fusidin i en vandig, viskøs suspensjon gir en depotvirkning som sikrer effektiv, baktericid døgnkonsentrasjon av fusidin i tårevesken med bare 2 ganger daglig dosering.

Og du kan være trygg på at behandlingen fullføres.

**Fucithalmic**<sup>®</sup>   
fusidin øyedråper/engangspipetter 1%

Fucithalmic «LEO»

Antibiotikum.

ATC-nr.: S01A A13

**ØYEDRÅPER 1%:** 1g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkonklorid 0,1 mg, natriummedetat 0,5 mg, carbomer, mannitol, natriumhydroksid, sterilt vann til 1g.

**ØYEDRÅPER engangspipetter 1%:** 1 engangspipette inneh.: Fusidinsyre 2 mg, natriumacetat, carbomer, mannitol, natriumhydroksid, sterilt vann til 0,2 g.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Antibiotikum med god penetrasjonsevne. Det oppnås en baktericid effekt overfor vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staph. aureus og Staph. epidermis uavhengig av penicillina-seproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Fusidin frigjøres gradvis da den vandige suspensjonen av mikrokrystallinsk fusidinsyre er formulert som viskøse øyedråper. Depotvirkningen medfører at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig.

*Virkningsmekanisme:* Hemmer bakterienes proteinsyntese. *Absorpsjon:* God penetrasjon gjennom cornea.

**Indikasjoner:** Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker.

**Kontraindikasjoner:** Allergi overfor innholdsstoffene.

**Bivirkninger:** Lett, forbigående svie kan forekomme. Allergiske reaksjoner er svært sjeldne.

**Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser.

**Dosering:** En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. Ved normal dosering rekkes 1 engangspipette til behandling av begge øyne.

**Pakninger og priser:** 5 g kr 51,10. Engangspipetter: 12 x 0,2 g kr 70,70.



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