

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4/5

1985

ÅRGANG 14

Ut. alle som er i Huset. <sup>1.</sup>  
 Tag et Elspe-Lov (Kris) disse ord  
 pøn. eli. el. i. am. 6. agian vranatus  
 Læg det under Dørtærstelen. saa længe  
 det ligger der under maas alle som er i  
 Huset Danse. <sup>2.</sup>

Ut skæms en Kierlighed  
 Tag Kirkegaard Jord. og ved Hellig  
 her lader falde ned imellem dem om du  
 vil de skal gifte hinanden. med disse  
 se ord i løndom. Nu skal eders Kierlighed  
 Aldrig komme hverandre nær mere end  
 ne Jord kommer på sit sted i 3 te.

Ut Døve Ornie <sup>3.</sup> Sting  
 Jesus og St. Peder gik sig Veien  
 for frem. Der møtte de en Død Ornie.  
 Hvad skæder det du sagde. Jesus en Stang  
 ge har stunget mig. Jesus sagde. Gå  
 op Du skal faa bød i samme stund.  
 i 3. X. og Fader vor

(Side fra Svartebok fra Gudbrandsdalen)

## TEMA: NAKKESMERTER

Se ellers innholdsfortegnelse 2. omslagsside

# UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S  
9652.63.00111

Ola Lilleholt  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal  
Tlf. kont. 073. 65 217  
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna  
Inst. for Almenmedisin  
Fr. Stangsgt. 11/13  
Oslo 2  
Tlf. kont. 02. 56 37 80  
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Helan  
Tingvoll Helsecenter  
6630 Tingvoll  
Tlf. kont. 073. 31 100  
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen  
Distriktslegekontoret  
6400 Molde  
Tlf. kont. 072. 55 036  
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen  
Distriktslegekontoret  
6490 Eide  
Tlf. kont. 072. 96 361  
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

## Høst ....

Her i Rindal er det slutt på å bade i Igløtjønnen for i år. Snart åpner skolene dørene for elever og lærere fulle av gode forsettelser. Legesentret her har avviklet feriene og det blir stadig lenger mellom "feriepasientene". I kjellere og skap står molter i større mengder enn i manns minne. Det er tidlig høst i luften. Månedene fram i mot jul er arbeidsmåned: fri for høytidsdager og rekreasjon utendørs lokker stadig mindre etter som dagene blir kortere og kaldere.

Nå er det tid for gode initiativ også i kommunehelsetjenesten: til å organisere lokale kollegiale arbeidsgrupper, til å søke om almenpraktikerstipend, til å revidere planer for sivil beredskap, katastrofeplaner, planer

for helse- og sosialtjenesten, til å studere og eventuelt justere arbeidsrutinene i legesentret, til å melde seg inn i Norsk Selskap for Almenmedisin, til endelig å sette tanker på papiret og sende dem til Utposten. Her er vi mest interessert i det siste. Avisene er fulle av innlegg og reportasjer fra og sykehuser og pleieinstitusjonene. Alle vet at vi i 1 1/2 har vært i ferd med å gjennomføre de største omleggingene som noen gang har berørt almenmedisinen og primærhelsetjenesten. Betyr den relative tausheten at alt er vel, eller at ingen i kampens hete greier å beskrive situasjonen, eller at aktørene er falt i en resignert stupor?

Fra muntlige kontakter aner vi at

bildet er svært mangfoldig med både gode og dårlige erfaringer. Derfor er Utposten interessert i å høre ikke bare fra de frustrerte men også fra dem som har høstet gevinster av reformene.

Tenk på Utposten og skriv noen linjer i de mørke høstkveldene!

Nr 4 - 1985

## INNHOOLD:

TEMA: Nakkesmerter.

Øystein Pedersen: Nakkemyalgier: En banal trivialitet eller et interessant problem? 118

Eli Berg Bratlie: Intervju med Per Staff om nakkesmerter i almenpraksis. 119

Birgit Heier Johansen: En fysioterapeuts syn på nakkesmerter. 122

Øivind Stokke: Kiropraktorbehandling ved cervicalt betingede symptomer. 124

Kjell Nordby: Myofascielt smertesyndrom: En vei ut av tåkeheimen? 128

Magne Nylenna: Telefonrutiner. 129

Jon Hilmar Iversen: Kommunal omsorgstjeneste: Et samlebegrep for helse- og sosialtjenesten? 132

Janecke Thesen: Den hellige okse. 133

Omtaler av infeksjonsseminar i Uppsala, Kongsvollseminaret 1985 og 4. kongressen i almenmedisin i Lund. 138-139-139

Tidsskriftreferater. 142

Arve Lie: Grunnkurs i almenmedisin 144

Olav Thorsen: Fornøyde pasienter - mål eller middel. 148

Bokomtaler 148

# Kan vi stole på databransjen?

EDB i helsevesenet er et høyaktuelt emne og et område som heller ikke er fritt for dramatik.

Utposten presenterte i nr. 1/85 de fleste av de programmer og systemer som er spesielt tilpasset primærhelsetjenesten. I tillegg til disse 6 - 7 systemene finnes et utall program- og maskinleverandører som forhandler utstyr av mer generell interesse, f.eks. innen tekstbehandling.

Som marked er primærhelsetjenesten preget av små og spredte enheter. Den enkelte kjøper står ganske alene og langt svakere enn de store sykehus og helseinstitusjoner som både har datakompetanse og forhandlingsressurser. Så finnes det da også kolleger i primærhelsetjenesten som har høstet dyrekjøpt erfaring.

Ved kjøp av maskin og programvare knyttes den enkelte lege ganske tett til ett firma. Om ikke et datakjøp betyr et livslangt ekteskap med en leverandør, betyr det ihvertfall et langvarig og nært samarbeid. Det kan være farlig å basere et slikt forhold på en stormende vårforelskelse.

Markedsføringen i databransjen er intens og det kan være vanskelig å få et nøkternt inntrykk av leverandør og produkt. Flere firma har vist at de er flinkere til å selge enn til det meste annet.

Markedsføring betyr da også mer i denne bransjen enn i de fleste andre sammenhenger. Man lever bokstavelig talt på og av fremtiden. I en sektor der det investeres millionbeløp og foreløpig kun er solgt noen titalls

anlegg krever rikelig tilgang på to elementer: fremtidshåp og kapital.

Salgorganisasjoner etableres, åttefargers reklamebrosjyrer utsendes, høyt gasjerte medarbeidere med fine titler ansettes, firmabiler med prangende reklame fordeles og de potensielle kunder loves gull og grønne skoger. Alt basert på en ting: forventninger. Forventninger om en vellykket produktutvikling, forventninger om en god markedsandel og et godt salg, og forventninger om en god fortjeneste.

Men gapet mellom forventninger og realiteter kan blir for stort. Nettopp dette har nylig skjedd i firmaet Data-Medicos som var blant de som ble presentert i Utpostens datanummer. (For å følge den kulørte ukepresse: Inviteres man til bryllupet, kan heller ikke skilsmissemis forties). Et flertall av ressurspersonene og produktutviklerne har gått ut av firmaet og endog offentliggjort sitt brudd ved kunngjøringer i Aftenposten og "Tidskriftet". Bruddet synes å ha sin rot i kløften mellom firmaets økonomiske ekspansjonsplaner og de produktene som egentlig foreligger. I dette miljøet og på dette tidspunktet må et slikt brudd nærmest karakteriseres som en liten sensasjon.

Databransjen preges generelt av firmautbrudd og nyetableringer, og dette vil etterhvert også ramme den delen av bransjen som retter seg mot helsevesenet. Det er forøvrig liten grunn til å tro at det bare er dette firmaet alene som har problemer på kammeret. De fleste steder spennes nok buen til det ytterste

i budsjettering og planlegging. Det bekymringsfulle, først og fremst for firmaene selv, er at tiltroen til bransjens seriøsitet rokkes. Man spør seg uvilkarlig om hvor lang tidavstanden mellom markedsføring og produktutvikling er.

Det er viktig at også de mer negative erfaringer med databransjen deles med andre. Selv den varmeste entusiast, eller kanskje nettopp han, har godt av enkelte motforestillinger.

En ting er sikkert: Alle som overveier å kjøpe eller har bestemt seg for å kjøpe datautstyr til kontoret, bør legge både tid og krefter i sine forhåndsvurderinger. Kanskje bør man også vurdere om ikke gjerdet fortsatt er den beste sitteplass. Er det noe vi mangler idag så er det gode råd fra erfarne, nøytrale og pålitelige rådgivere. Også det kommer nok, - med tiden.

Imens leases og selges det bjørneskinn over hele landet, samtidig som jakten forberedes.

# TEMA: Nakke Smarter

□ Øystein Pedersen □

## NAKKEMYALGIER - en banal trivialitet eller et interessant problem?

Smarter i nakken er en hyppig konsultasjonsårsak i almenpraksis. De fleste av oss har mange ukentlige konsultasjoner der nakkemyalgier som problem blir også vår hodepine. For hva skal vi gjøre med disse pasientene? Er de egentlig syke, eller dreier det seg om problemer med samliv og samfunn der utenommedisinske forhold er avgjørende både i årsakstenkning og behandling?

Vi vet at samme pasient vil få høyst ulik behandling av forskjellige leger, og at samme lege behandler forskjellige pasienter ulikt. Finnes det noen "riktig" måte å behandle nakkeproblempasientene våre på, eller er det slik at alt vi gjør er like bra, og at hver enkelt lege og/eller pasient må løse dette på sin egen måte hver gang?

Det er mange muligheter åpne i taklingen av nakkesmerter, både med hensyn til utredning og behandling. Hva med røntgen? blodprøver? sykmelding? medikamenter? psykoterapi? familierterapi? ergonomi på arbeidsplassen? fysioterapeut? kiropraktor? akupunktur?

Hvis vi velger å gi medikamenter: skal vi forskrive analgetika, muskelrelaxantia, benzo-

diazepiner, antidepressiva, anti-flogistika- eller forsøke injeksjoner? Og hvis vi rekvirerer fysikalsk behandling, mener vi da varme/massasje/øvelser, is og ultralyd, psykomotorisk behandling, traksjon- eller manuell terapi?

Hvorfor gjør vi det vi gjør? Er vi rasjonelle og kompetente fagfolk i dette, eller opplever vi oss selv som utilstrekkelige og frustrert hjelpere på tynn is?

Problemet årsaker er iallefall mangfoldige, tilstanden variabel, terapitilbudene forskjellige, prognosen høyst individuell - så noen ordnet faglig/medisinsk tilnærming synes svært problematisk, om den da i det hele tatt er mulig.

Likevel er det mange interessante sider ved vår takling av problematikken hvis vi tenker nøyer etter.

Ikke minst kan vi rette søkelyset mot oss selv og vår rolle i den konsultasjonen som finner sted. Er det tilfældighetene som rår? Interesserer vi oss for pasientens situasjon? Hva er det egentlig som foregår, og hvilken klinisk beslutningsprosess ligger til grunn for de valg som tas? Er det legen eller pasienten som

bestemmer kursen i det diagnostiske opplegget? Hvordan bruker vi reseptblokken/røntgenremissene/henvisningsblankettene?

For å skyve fra oss en ubehagelig pasient med et uløselig problem, eller i målrettet terapeutisk hensikt der vi vet hva vi gjør?

Hvilke økonomiske konsekvenser får de valg som taes? Som ressursforvalter i helsevesenet sitter primærlegen med avgjørende myndighet til å forordne en rekke kostnadskrevende tiltak, som prøvetaking, røntgenutredning, medikamentforskrivning, fysikalsk behandling, bruk av spesialisthelsetjenesten, sykemeldinger etc..

Når Utposten denne gang tar opp nakkesmerter som tema, er det både ut fra ønske om bedret medisinsk faglig innsikt i problemet som kan komme pasienten til gode, og et ønske om stimulering, kollegiale diskusjoner og tverrfaglig samarbeid som kan bidra til at også nakkemyalgier kan oppleves som en interessant utfordring i almenpraksis! ■

# Nakkesmerter i almenpraksis

Intervju med  
Peer Staff,  
ass. overlege  
Fysikalsk  
medisinsk  
avdeling,  
Ullevål sykehus.

□ Eli Berg Bratlie □  
almenpraktiker,  
Kongsvinger

■  
● Pasienter med nakkesmerter er et vanlig problem for almenpraktikeren. Som spesialist i fysikalsk medisin ser vel du pasientene etter at almenpraktikeren lenge har strevd med dem for å finne årsaken til plagene og forsøkt behandling som ikke har gitt det ønskede resultat. Kan du gi almenpraktikeren noen synspunkter på årsaken til nakkeplager, og råd i forbindelse med undersøkelsen av disse pasientene?

- Årsakene til nakkesmerter kan deles inn på mange måter. Det første som bør forsøkes differensiert er om årsaken til nakkesmertene er arthrogen/vertebrogen eller om den er betinget i bløtdelsforandringer. Svært ofte er det jo en kombinasjon av begge deler fordi at det i tilslutning til en vertebrogen/arthrogen årsak det lett kan komme myalgiske forandringer.

De vertebrogene årsakene kommer av degenerative forandringer i cervicalcolumna hvor nerveroten sekundært til disse får dårlig plass. Trykk mot nerveroten i foramen intervertebrale eller spinalkanalen med utstrålende smerter og eventuelt nevrologiske utfallssymptomer til armen.

Dette er den ekte klassiske

cervicobrachialgi med rhizopati, og man bør fort ta standpunkt til om en slik tilstand foreligger. Den letteste måte å finne ut av dette på er å gjøre en funksjonsundersøkelse av nakken med passiv bevegelighet, en undersøkelse der man bedømmer bevegeligheten ved rotasjon, fleksjon, ekstensjon og sidebøyning. I tillegg bør man gjøre en Spurling-test som består i at man sidebøyer og roterer til samme side samtidig som man gir en axial kompresjon av cervicalcolumna. Dersom dette utløser smerte enten til skulder eller arm på den siden man bøyer til, kan man tolke dette som en arthrogen årsak.

For å komme videre diagnostisk kan det være aktuelt med røntgenbilde i sideplan og skråplan slik at man får sett om der er osteochondrose til stede i noen av skivene tilsvarende det nivå der pasienten har symptomer, evt. forsnævring av foramina intervertebrales. Finner man både en positiv Spurling-test og røntgenologiske forandringer som stemmer overens med de kliniske symptomer, kan man regne med at man har funnet årsaken til nakkesmertene i det konkrete tilfellet.

Når det gjelder myogene årsaker, er årsaksforholdene noe mer kompliserte, men enklest er det låse på dette som resultat av to tilgrunnliggende forhold:

Det ene er at man har en uheldig ergonometri pga. at arbeidstillingen overbelaster muskulaturen. Man vet fra undersøkelser at muskulatur har lav toleranse for statiske belastninger. Helt ned til 5-10% belastning av maksimal voluntær kontraksjonsgrad vil over få timer kunne utløse smerter, slik at det ikke behøves så store statiske belastninger før smerter oppstår. Derfor er det all grunn til å gå inn på pasientens ergonometri, spesielt i arbeidssituasjonen, men også i dagliglivet, for å se om man kan finne årsaken der.

På den annen side har man psykogene spenninger, og fordi muskelspenninger på lavt nivå utløser smerter, er det ikke vanskelig å tenke seg at man kan utløse smerter ved psykisk anspenthet. Dette bør man ha i tankene når man skal evaluere pasientens plager. Ofte er det jo en kombinasjon både av uheldig og psykogene spenninger. Den klassiske tensjonshodepine som man får i forbindelse med en stresset arbeidssituasjon og tidspress er en slik kombinasjonsårsak. For de fleste er en slik hode/nakkeplage ikke noe

besvær, men er et varsel om at man har innrettet seg uhensiktsmessig. Problemet oppstår i de kroniske tilfellene hvor tilgrunnliggende problematik eller arbeidsmessig overbelastning ikke er så klare for pasienten og legen.

● Dette er jo en grei og oversiktlig måte å systematisere tankene på når man skal begynne på en nakkepasient, men hva med dette begrepet cervicobrachialgi: gir det en antydning om at det kan være vanskelig å skille mellom skulderbetingede og nakkebetingede plager?

- Cervicobrachialgi er egentlig ikke noen god betegnelse fordi akkurat som ved lumbago/ischias har man også andre muligheter for smerter i armen enn nakkeårsak. Lidelser i skulderen gir ofte smerteutstråling i armen, spesielt langs C6-dermatomet, og det er lett å tro at man har en skulderlidelse når man har en nakkelidelse og omvendt. Det er nødvendig å undersøke systematisk slik at man forsøker å finne smertens utløsende årsak før man setter et navn på det. Betegnelsen cervicobrachialgi er en symptomatisk beskrivelse på linje med lumbago/ischias, disse diagnosemerkelappene blir vi nok ikke så lett kvitt.

● Men hvis man nå har kommet fram til en årsakshypotese, hva med behandlingen?

- Ved vertebrogen årsak bør nakken bringes til ro, og det gjøres best ved en halskrave. Man kan forsøke først med en bløt krave, f.eks. en av Camps halskraver.

Man bør ha et visst utvalg av disse kravene på sitt kontor så man kan prøve ut den som passer pasienten best for han kjøper egen krave. Hvis det er nevrologiske utfall eller veldig sterke smerter til armen, bør nok halskraven være stiv, og det krever mer omhyggelig tilpasning. I såfall bør pasienten henvises en spesialavdeling som kan foreta dette. Derneft har man erfaring for at traksjon ofte hjelper. Dette kan man prøve på sitt kontor for å få et inntrykk av om strekk av nakken kan avhjelpe symptomene og eventuelt rekvirere dette hos fysioterapeut. Ellers bør fysioterapeuten bruke stabiliserende øvelser for at nakken fortsatt skal holdes i ro i lengre tid fremover. I tillegg bør man supplere med analgetika eller antiflogistika for å dempe pasientens plager. På dette regime vil pasienten bli bra til tross for at de degenerative

forandringer er uendret og evt. tranghet i perverotskanalen består. Det ser ut til at nerven adapterer seg bare den for en viss periode blir bragt til ro under de forhold som den da må leve videre under.

## OPERATIV BEHANDLING

med bedring av plassforholdene er langt mindre aktuelt i nakken enn nede i lumbalavsnittet, og det er svært få pasienter som til syvende og sist må opereres. Prognosen ved et avlastende og immobiliserende regime over en del tid er i regelen svært god.

● Hva så med pasientene med spenningstilstand i nakken: vil de ha nytte av krave?

- Det er ikke noe galt å forsøke krave innledningsvis, men det viktige er at men konsentrerer seg om ergonomien som første punkt med instruksjon hos trent fysioterapeut. Derneft må man prøve å veie de ergonomiske komponenter i forhold til de psykogene komponenter og satse på å ta hånd om den muskulære senning som foreligger. Dette kan gjøres med forskjellige avspennende behandlingsregimer hvor den enkleste og mest klassiske form er massasje som har den ulempe at pasienten ikke lærer noe av det. Derneft ulike former for avspennende øvelser hvor pasienten selv lærer å ta kontroll over sin muskulatur. fysisk trenng virker generelt godt avspennende, og kan være et fint korrektiv til generelle spenningstilstander i kroppen. Dessuten finnes det mer spesielle avspenningsformer som krever terapeuter som behersker disse teknikkene, f.eks. autogen trening og psykomotorisk behandling. Disse behandlingsformene er ikke så lett tilgjengelige, og blir ikke så ofte brukt som man ideelt sett kunne ønske. Når det gjelder medikamentbruk her, er jo dette kroniske smertetilstander, og man kunne fristes til å anvende såkalte muskelrelaxantia, som egentlig er medikamenter som er kombinasjonspreparater av analgetika og sentrale sedativa. Man bør spørre seg selv om dette egentlig er hensiktsmessig terapi ved disse lidelsene. Mer logisk er det å forsøke artidepressiva, idet lette depresjoner ofte gir muskelsmerter, og disse medikamentene mangler den tilvenningsfare som diazepamgruppen og sedativa forøvrig har. I den medikamentelle behandlingen av disse spenningstilstandene burde man kanskje prøve å holde seg til moderate doser antidepressiva over tid, evt. kombinert med mindre mengder analgetika.

● Du har sikkert vært borti pasienter som har "prøvd alt" når de kommer til deg. Noen har kanskje hatt håndspåleggelse, akupunktur, TNS. Hva vil du si om slike alternative behandlingsformer ved myalgisk pregede tilstander?

- Det er viktig å være klar over alle disse behandlingsformene er symptomatiske. Man kjenner i dag stort sett grunnlaget for virkningsmekanismen ved disse, - endorfin ved lavfrekvent TNS og akupunktur, ved høyfrekvent TNS er det en direkte blokade med konkurrerende inhibisjon på spinalt nivå. I alle tilfelle er dette bare en annen måte å gi symptomatisk behandling på, og dessverre er effekten god initialt, men svært mye dårligere når det har gått en 2-3 måneders tid. En rekke av de andre eksisterende paramedisinske behandlingsformer har ren symptomatisk effekt. Dette er i og for seg ikke noe galt, bare man er seg bevisst at det er det man gjør, og ikke tror at man driver kurativt rettet terapi med dette alene. Personlig tror jeg at man må gå mer grunnleggende basalt til verks for virkelig å hjelpe pasientene. Man må forsøke å trenge ned til årsakssammenhenger bak de myalgiske forandringene enten de er av ergonomiske eller psykogen karakter, for å nå målet i behandlingen.

● Når du tenker på de pasientene som du får henvist fra almenpraksis, er det noe vi stadig gjør feil eller for dårlig, eller har du inntrykk av at henvisningsgrunnen er adekvat?

- Jeg tror ofte man tar for lett på pasientens grunnleggende problemer og griper for lett til symptomatiske behandlingsformer. Kanskje er der forsøkt serier av fysioterapi som ikke har hjulpet uten at man tidlig nok har hatt noen reflektert holdning til om dette har vært hensiktsmessig, og uten at man har interessert seg for hva fysioterapeuten egentlig har gjort i i løpet av denne behandlingen. Mange av de tilgrunnliggende problemer kunne kanskje vært bedre løst av en almenpraktiker med den totaloversikt han har over pasienten, men det står vel ofte på å ta seg tid nok til å få rede på hva problemet egentlig består i.

Legene bør også bli flinkere til å samarbeide med fysioterapeuter som interesserer seg for dette aspektet, og tar pasientens symptom på alvor. Jeg ser jo at når vi setter inn endel ressurser så får vi tingene bedre til. Pga. kapasitetsproblemer vil

dessverre svært mange som sendes til spesialavdeling bare ende opp med generelle råd, og det blir fortsatt almenpraktikerens oppgave å følge opp pasienten ut fra de råd vi kan gi. Det er relativt få vi selv i realiteten kan ta hånd om. Denne behandlingen blir jo ressurskrevende, og det kreves langsiktig tid og omsorg fra det lokale hjelpeapparatet.

● Så det kan med andre ord gå litt på at vi i starten ikke tar pasienten alvorlig nok og går i dybden diagnostisk, og at vi sender pasienten fra oss med en rekvisisjon uten videre oppfølging?

- Ja, mange almenpraktikere vil ut fra sin utdannelse føle seg insuffisient overfor denne pasientgruppen i forhold til fysioterapeutene, og vil ha lett for å skyve oppgaven fra seg. Jeg har stor tro på et nært samarbeid de man bygger på den kunnskap fysioterapeuten har sammen med den totaloversikt legen forhåpentligvis har over pasientens helsetilstand og problemer forøvrig. Hvis noe er almenpraksis, må det nettopp være arbeidet med denne problemstillingen.

● "Akutt nakke" er en lidelse vi treffer ofte. Hva vil du anbefale å gjøre der?

- Akutt torticollis opptrer i alle aldre og er svært takknemlig å behandle. Ofte er det slik at man våkner med hodet på skakke. Riktig behandling er å gi en myk halskrave, dernest analgetika eller antiflogisktika i noen dager. De aller fleste blir svært fort bra, akkurat som avlastende behandling ved akutt lumbago, i løpet av nærmeste 1-2 uker. Halskraven bør brukes både om dagen og natten den første tiden.

● Et alvorlig nakkeproblem vi av og til kommer borti er dette med nakkeskader f.eks. bilulykker med whip-lash-traume. Ofte kommer pasienten med vondt i nakken først flere dager etter ulykken. Hva bør vi gjøre med disse?

- Whip-lash-symptomene er jo karakterisert ved at pasienten har en kortere eller lengre periode etter skaden hvor det ikke er noen smerte i nakken. Smertene kan komme etter timer eller dager, og i tillegg opptrer en del vegetative symptomer hvor sympaticus er i ulage. Det kan være svimmelhet, øresus, hørselsproblemer, synsproblemer, halv-sidig svetting i ansiktet, flyktig ødem, konsentrasjonsvansker, økt irritabilitet. Det har preg av en "commotio cervicalis" der

noen av hjernenervesenteret som nakkemusklene står i forbindelse med er påvirket. Tilstanden kan virke forvirrende både for lege og pasient. Legen bør kjenne tilstanden og spørre konkret om de aktuelle symptomer, og derved gi pasienten innsikt i at man forstår sammenhengen med de forskjellige plagene, at dette er en normal konsekvens av nakkeskaden, og at plagene vil tape seg etterhvert. Igjen er det viktig med myk halskrave og nøye informasjon til pasienten om symptomenes godartede natur. Fysikalsk behandling av nakken er stort sett kontraindisert, iallefall til å begynne med. Pasienten bør ha en lang periode med halskrave og kontroll hos legen. Det bør jo tas røntgenbilde ved et slikt traume, spesielt skråbilde, sidebilde og øvre nakkeledd for å se at der ikke er noe galt der. Noen whip-lash skader gir langvarige symptomer, andre går fort over, muligens er avlastende behandling og god informasjon den beste forebyggelse av langvarig sykdomsforløp. Noen konkret individuell prognose i hvert tilfelle er likevel svært vanskelig å gi, og man blir ofte overrasket både i positiv og negativ retning over forløpet.

Luksasjonsskader eller fracturer av dens axis domineres som regel ikke av vegetative symptomer, så vegetative reaksjonsmønstre i regelen et godt prognostisk tegn.

● Til slutt har jeg lyst å spørre deg om noe vi almenpraktikere er ganske opptatt av for tiden: Vi får jo kritikk i forskjellige sammenhenger for at vi er så veldig variable i kvalitet, noen ganger gjør vi noe bra, andre ganger dårlig: summen av det hele er et veldig variert bilde. Det jobbes nå en del for å se på om standardiserte handlingsprogrammer kan utarbeides for å bringe almenpraksis opp på et høyere eller jevnere nivå. Vil du tro at man f.eks. ved nakkesmerter bør ha egne utrednings- og behandlingsprogrammer, eller bør man tolerere at hver lege ut fra egne ideer prøver seg fram i behandlingen?

- Mitt inntrykk er at det mangler mye på den systematiske tilnærmingen overfor pasientene med nakkesmerter. Det burde utvikles behandlingsprogrammer som bevarer på anamnese og objektive funn. Årsak og virkning henger sammen, og bestemte funn burde føre til bestemt form for behandlingsopplegg. Jeg tror man lettere ville komme til målet både diagnostisk og terapeutisk ved slike faste programmer, men disse systemene er vel ikke såpass

utviklet ennå at man uten videre kan anvende dem overfor nakkesmerteproblemet som man kan det ved hypertensjon, diabetes m.m. der skjemativering og standardisering er enklere. På sikt bør dette være en utfordring og målsetting å få til etterhvert som vi får bedre tid til forskning og utvikling også på dette fagområdet.

Jeg mener det må bli en viktig oppgave for spesialisthelsetjenesten å engasjere seg på dette feltet, og det blir en utfordring til samarbeidet mellom almenpraksis og spesialisthelsetjeneste å få realisert utfordringen av slike handlingsprogrammer i framtiden ■

□ Birgit Heier Johansen □  
fysioterapeut, Tromsø

# En fysioterapeut på nakkesmerter

■  
I min praksis som fysioterapeut har nakkesmerter vært et sentralt problem. Nakkesmerter er kanskje mer enn andre plager et symptom fra andre deler av kroppen. Min oppgave har vært å kjenne igjen mønstrene i pasientens plager. Det er mange momenter som ikke kommer med i en kort artikkel som dette, men jeg har valgt ut problemtyper som er vanlige i min praksis som fysioterapeut.

## Hvem skal henvises til fysikalisk behandling?

De pasientene som har smerter lokalisert til muskulatur og ledd og smertene provoseres ved bevegelse eller palpasjon, har nytte av fysioterapi. Årsaken til smertene kan være akutt traume, fysisk og psykisk stress og ensidig arbeid. Smertene må ikke relateres til influensa eller feber. Det er gode muligheter for varig bedring hvis skaden er akutt og ikke skjer igjen. Er smertene symptom på vedvarende belastning som pasienten skal tilbake til, må det legges vekt på helseopplysning og ergonomi. Pasienten må forandre vaner og arbeidsstillinger og påvirke arbeidsmiljøet. Det krever tid, innsikt og samarbeid med andre instanser for å få dette til. Her er kanskje grunnen til alle de pasientene som kommer igjen med de samme plagene. De har fått en symptombehandling som hjalp i øyeblikket, mens årsakene til plagene ikke lot seg forandre.

## Hva skal stå på rekvisisjonen?

Det er viktig at fysioterapeuten

får opplysninger som hun selv ikke kan finne ved klinisk undersøkelse. Opplysninger som røntgenfunn, BT, blodprøver, andre sykdommer pasienten har, medisin som er forordnet og deres subjektive bivirkninger, må stå på rekvisisjonen. Hvis andre behandlingstiltak har vært prøvet, er det nyttig å vite resultatet. Er det satt igang andre behandlingsformer samtidig med fysioterapi, er det en nødvendig opplysning.

Jeg liker best å få konfidensielle opplysninger muntlig eller i eget brev.

Fysioterapeuter har i mange år ønsket å komme bort fra at spesielle former skal rekvireres. Det skulle være nok med "fysioterapi". Men fremdeles skal legen spesifisere behandlingsformen. Jeg anbefaler at fysioterapeuten og legen blir enige om et fast oppsett f.eks. "varmepåkninger, massasje, øvelser inntil 12 ganger 40 min." og så stryker fysioterapeuten det som ikke brukes. Manuell terapi og psykomotorisk behandling er det bare fysioterapeuter med videreutdanning som kan utføre.



# Terapeuts syn Pletter

## Hva gjør fysioterapeuten?

I anamnesen legger jeg vekt på når pasienten kjente smertene første gang. Det er ikke sikkert det er den riktige årsaken til pasientens plager, men det gir meg et innblikk i hvilken oppfatning pasienten har av sin lidelse. Jeg undersøker klinisk: Funksjon, respirasjon og spenningsmønster, bevegelse og styrke. Så tester jeg spesifikk ledd, kapsel/bånd, sener og muskulatur og gjør en orienterende nevrologisk undersøkelse. Jeg setter sammen funnene stiller en funksjonsdiagnose og bestemmer et behandlingsopplegg. Jeg skal konkretisere dette med eksempler:

Pasienten har smerter i øvre del av nakken og hodepine. Jeg vil her test øvre nakkeldd, er det nedsatt eller forøket bevegelse? Hvordan er muskulaturen som fester seg på squama occipitalis? Jeg undersøker halsmuskulatur og kjeveledd. Finner jeg forandret bevegelse i ledd, velger jeg manuell terapi. (Jeg skiller mellom

manuell terapi og manuelt grep, se senere). Er det spenninger i hals og nakke og samtidig respirasjonssperre vil jeg velge psykomotorisk behandling.

Ved smerter i midtre del av nakken vil jeg fokusere på pasientens thorax og tyngdeplassering, skuldrenes stilling og cervicalcolumnas krumning. Jeg vil forhøre meg om pasientens arbeid med tanke på nakkens funksjon. Det er sammenheng mellom bruk av øynene og bruk av nakken. Delte briller er en vanlig forverrende faktor. Finner jeg kneklordose med et hypermobilt segment legger jeg vekt på stabiliserende øvelser av nakken og opptrening av ryggens og thorax' bevegelse.

Behandlingsopplegget består av praktiske tiltak som fysikalske teknikker og helseopplysning. Det er viktig å gi pasienten en forståelse av sin egen skade og hvilke muligheter han selv har til å påvirke behandlingsresultatet.

## Fysikalske teknikker

### Manuell terapi:

Finner vi forandret bevegelse i columnas ledd som kan forklare pasientens smerter i nakken, vil teknikker som øker leddbevege-

lighet eller stabiliserer leddet være indisert. Vi kan ikke se på et ledd isolert. Både kapsel, bånd og muskulatur er alltid affisert hvis et ledd er skadet. Det er naturlig å tilstrebe en

normalisering av disse strukturer sammen med leddet, slik at den korrigerende leddbevegelsen kan opptas som en naturlig del av synergien.

For å oppnå leddbevegelse kan fysioterapeuter med spesiell videreutdanning utføre et manuelt grep. Absolutte kontraindikasjoner for manuelt grep er sykdommer som destruerer leddstrukturen som polyarthritis chronica, osteoporose, osteomyelitt cancer mammae, prostatae og andre cancere som metastaserer til columna. Discusprolaps, anomalier i columna og eldre pasienter med arteriosclerose og hvis pasienten er febril.

### Bløtdelsbehandling:

Ultralyd bruker vi ved tendinitter, bursitter og benhinnebetennelse, gjerne kombinert med ispakninger for å dempe temperaturen, eller pulset ultralyd for å beholde molekylbevegelse i vevet, uten å øke temperaturen. Ved en akutt tilstand må dosen være lav, jeg vil unngå benfremspring og direkte på cervicalcolumna øverst mot os occiputale. Bivirkninger kan være tretthet og kvalme, spesielt eldre reagerer slik.

Jeg velger en passiv varmebehandling til mine nakkepasienter, fordi jeg vil at pasienten skal avlaste nakken en tid før jeg begynner å undersøke og behandle.

Det øker lokal blodsirkulasjon og samtidig får man en avslappende effekt. Pasienten avbryter andre gjøremål, legger seg ned, blir tatt hånd om, får ro og hviler i ca. 30 minutter. Pasienten blir fysisk og psykisk forberedt på behandlinger som kommer.

Det har selvfølgelig en motsatt effekt hvis pasienten blir urolig av å ligge stille. Kontraindikasjonene for varme er myalgier og tendinitter i akutt fase. Da er ispakninger indisert.

### Massasje og tøyninger

Bearbeidelse av muskulatur og sener gjøres også med massasje og tøyninger. Det er uvisst hva som blir påvirket, men det kliniske resultat er bedre elastisitet i vevet og pasienten opplever en smertelindring.

### Øvelser

er et begrep som rommer meget. Fra forsiktig passive/ledet aktive bevegelser av leddet, aktive med tyngdekraften, mot tyngdekraften og til motstands-

øvelser. Her er medisinsk treningsterapi et sentralt begrep. Vi trener styrke og utholdenhet. Øvelsene kan stille krav til koordineringer og ny koordinering øves inn.

Har pasienten en whip-lash skade i nakken, vil vi starte med immobilisering med krage i den akutte fase fulgt av forsiktig opp trening av nakkens muskler isometrisk uten bevegelsesutslag, om mulig, av det affiserte leddet. Så koordinering av bevegelsesmønsteret, opp trening av utholdenhet og styrke. Samtidig oppretter/opp rettholder vi den normale bevegelse i andre ledd i columna. Hvis leddet primært ikke er skadet, men immobiliseret på grunn av isometrisk muskelkontraksjon slik som f. eks. ved stress, er det viktig å kartlegge årsakssammenhengen i dette.

### Psykomotorisk behandling

legger vekt på pasientens muskelspenninger, tyngdeplassering i ledd, respirasjonsmønster og elastisitet i kroppens muskel/skjelettsystem. Aadel Bulow Hansen utviklet teknikken sammen med psykiater Trygve Bråtøy. Vi bruker muskulaturen og holdningen vår til å reagere på ytre fysiske og psykiske stimuli. Har vi skadet foten f.eks., vil gangmønsteret vårt bli annerledes. Vi prøver å tilpasse kroppens funksjon til den skadde foten. Det kan gi nakkesmerter p.g.a. endret respirasjon, spennings- og tyngdeforhold. Foten kan i mellomtiden være blitt helt bra, mens kroppens reaksjonsmønster med nakkesmertene blir stående.

Ved hjelp av psykomotriske behandling vil spenningene korrigeres og tyngdeforholda bedres.

Ved vedvarende belastning som stress, tidspress, utrygg livssituasjon og fysisk sykdom vil bevegelsesmønsteret bli påvirket. Psykomotorisk behandling vil ved hjelp av øvelse, strekk, avspenning og respirasjon omstille hele bevegelsesmønsteret, ikke bare lokalt i nakken hvor symptomene viser seg. Dette må gå over tid så derfor gis behandlingen aldri oftere enn 1 gang i uka.

Har pasienten gjennomgått et større psykisk traume, samarbeider fysioterapeuten med en psykolog/psykiater. Kontraindikasjonene for psykomotorisk behandling er endogene depresjoner og sterkere angstnevroser, hvis pasienten er lite motivert eller symptomene skyldes konfliktsituasjon som synes uløse-

lig.

### Fysioterapi og medikamentell behandling

For pasienter med sterke smerter og hypertensjon av muskulatur har jeg god erfaring med immobilisering av området. f.eks. nakkekrage, analgetika, antiflogistika og relakserende midler som gradvis seponeres etter pasientens økende bedring. Der det er lange ventelister på fysikalsk behandling, og pasienten har sterke smerter, velger ofte legene injeksjon med lokalbedøvelse og cortison. Det er også brukt der fysikalsk behandling ikke har ført frem.

### Sykmelding

Sykmelding er et problem både i forholdet mellom fysioterapeut/pasient og pasient/arbeidsgiver. Hvis sykmeldingen er for kort, føler pasienten et prestasjonskrav, og den tilsiktede effekten med fritak fra arbeidssituasjonen uteblir. Sykmelding ikke pasienten for 3 dager hvis du vet at det vil ta 14 dager.

Sykmeldinger over 14 dager er vanskelig for pasienten å få aksept på i nærmiljøet. Nakkesmerter synes ikke og pasienten føler mistro, reell eller ei.

De beste resultatene ser jeg der det er et fast opplegg som legen informerer pasienten om ved 1. konsultasjon. Pasienten får vite hvilke undersøkelser som skal gjøres, og hvilke behandlingsformer som skal rekvireres. Legen angir hvilke resultater pasienten kan forvente og hvor lang tid det vil ta. Pasienten føler seg da godt ivaretatt og er forberedt på det som skal skje.

### Avslutning

Fysioterapeuter ser ikke på nakkesmerter som noe isolert cervicalt problem. Ved et lokalt traume vil hele pasienten bli affisert. Fysioterapeuten velger behandlingsform etter de kliniske funn og etter opplysninger som er kommet fram i anamnesen.

Birgit H. J. er fysioterapeut fra Statens fysioterapeutscole fra 1968. Senere har ho tatt 1. avd. i manuell terapi og pedagogisk videreutdanning for fysioterapeuter. Har hovedsakelig arbeidet som privatpraktiserende

Kiroprakt  
ved cerv

Øivind Stokke  
kiropraktor, Tromsø

### Smertesymptomene dominerer

Mobiliserende behandling av cervicalcolumna er det sentrale behandlingstilbud hos norske kiropraktorer for cervicale smertetilstander, stivhet og radierende symptomer til hode, armer og truncus. Bruken av denne behandlingen har vært kontroversiell blant norske medisiner, delvis fordi grenseoppgangen mellom psyke og soma ved nakkerelaterte lidelser er minst like vanskelig som ved de vonde rygger. Det er rapportert noen få, men alvorlige nevrologiske komplikasjoner etter mobiliserende nakkebehandling. Det materiale som foreligger er utilstrekkelig til å vurdere effekten av manipulasjonsgrep i forhold til fysikalsk og medikamentell behandling selv om manipulasjonsgrep kommer svært positivt ut i en rekke undersøkelser.

### UTBREDELSE:

Borchgrevink et al. (2) fant at av de pasienter som søker norsk

# Forbehandling icalt betingede symptomer

lege har 11% diagnoser lokalisert til nakke, 4% til hode og 20% til skulder, overarm og thorax. Nesten dobbelt så mange kvinner som menn klaget over nakke/skulderplager.

Det er tilsvarende antall pasienter som søker hjelp hos kiropraktor for lidelser fra nakken som fra lumbosacralcolumna (8). Leger som manipulerer har funnet det samme, selv om nakkelidelser dominerer som hoveddiagnose hos kvinner (9). Utviklingen i egen praksis viser at flere søker til kiropraktor for nakkelidelser: pasientene blir yngre og av nakkepasientene blir det stadig flere kvinner. Av 1271 legehenviste pasienter i egen praksis i 1984 var 10,5% henvist for nakkesmerter, 6% nakke/skulder, 50% cervicobrachialgi, 3,2% cephalgi, 2,6% nakke og ryggplager, tilsammen 27,3% av pasientmassen.

## INDIKASJONSOMRÅDET:

### Undersøkelse:

A. Smerteanamnesen er svært viktig sammen med inspeksjon, funksjonsanalyse og palpasjon.

B. Nevrologisk u.s. med bl.a. Spurlings prøve, motorikk, sensibilitet og refleksforhold hvor det er relevant.

C. Røntgenundersøkelse gir svar om anomalier, degenerative forandringer, patologi og holdning.

### Eventuell behandling er indisert når:

Smerter i nakken og utstrålende til hode, overekstremiteter eller

truncus som antas relatert til cervicalcolumna, gjerne forbundet med bevegelsesinnskrenkning i ett eller to plan. Residiverende plager hvor medikamentell eller fysikalsk behandling ikke har gitt vedvarende bedring, og hvor det ikke antas å foreligge kontraindikasjoner, bør også vurderes henvist til kiropraktor.

Det funksjonelt utløste cervicale syndrom kan inndeles på følgende måte:

- a) cervicogen hodepine
- b) cervicalgi
- c) cervicobrachialt syndrom
- d) cervicothoracalt syndrom

## CERVICOGEN HODEPINE:

Kanskje den vanligste stressplage i 1985. Etiologien er kompleks og behandlingstilbudene utallige.

Når en hodepinepasient skal vurderes er disse spørsmål av vesentlig betydning:

- 1) Hvor har pasienten vondt?
- 2) Hvordan beskriver pasienten selv sine plager?
- 3) Når oppstår hodesmertene?
- 4) Hvordan utløses eller forverres de?
- 5) Hvilke følgesymptomer til hodesmertene har pasienten?

Vanligvis er cervicogen hodepine unilateral, men kan slå over til andre siden ved smertemaksimum. Smertene kan være konsentrert i skallebasis, men temporale, frontale og oculære smerter dominerer. Synsforstyrrelser, svimmelhet, kvalmefølelse og ubehagsfølelse i og omkring øret samt ved svelging er vanlig,

samtidig som pasienten kan angi nakkestivhet, palpasjonsømheter suboccipittalt eller lateralt i cervicalcolumna og radierende smerter til skulder eller arm.

Cervical årsak til hodepine bør iflg. Sjaastad (7) vurderes når:

- 1) Anfallene utløses enten av nakkebevegelser eller press mot smertefulle punkter i nakken.
- 2) I noen tilfeller, med ellers sammenfallende symptomatologi, er det homolateralt skulder-, arm- og håndmerter som endog kan ligne radiculopati.
- 3) Det er stivhet, smerte og krepitasjon ved bevegelse av nakken.
- 4) Det er redusert bevegelse i nakken.

Det hevdes videre at forståelser av etiologi og patogenese ved cervicogen hodepine er begrenset. Det kan tenkes at uncovertebralleddene spiller en fundamental rolle i patogenesen av denne hodepinen, men årsaksforholdene kan også være mye mere intrikate og sofistikerte.

Pasienter med kroniske og residiverende hodeplager blir ofte anspente, deprimerte, frustrerte og har et stort forbruk av potente medikamenter med tildels alvorlige bivirkninger.

Dertil kommer de psykososiale problemer lidelsene gir som usikkerhet, generell uopplagthet, tap av initiativ og manglende konsentrasjonsevne.

## MIGRENE

Syndromet må skilles klart fra cervicogen hodepine selv om det forekommer at pasienter lider av begge typer samtidig. Ofte har pasienter med klare symptomer på cervicogen hodepine blitt diagnostisert og medikamentelt behandlet for migrene. Dersom det ikke er klare kontraindikasjoner, mener jeg migrenepasienter bør forsøke noen få behandlinger hos kiropraktor. ➡

Kiropraktorer hevder at de har gode resultater med behandling av migræne. Medisinske autoriteter på området hevder derimot at om diagnosen er riktig vil tilstanden ikke på sikt kunne influeres av kiropraktorbehandling. En undersøkelse av Parker et al. (4) synes imidlertid å indikere at mobiliserende behandling av cervicalcolumna er en effektiv behandling for migræne. Mot dette argument har det vært hevdet fra nevrologhold at diagnosestillingen hos kiropraktor er utilstrekkelig, risikoen for komplikasjoner betydelig p.g.a. halsarteriens nære relasjon til de benete strukturer og en generell motstand mot at kiropraktorer skal behandle pasienter primært. En nøktern dialog mellom kiropraktorer og nevrologer er vel viktigere vedrørende mobiliserende behandling av de cervicocephale syndromer enn på noe annet felt.

### CERVICALGI / CERVICOBRACHIALGI

Diagnosen er kun beskrivende og sier intet om årsaken. Dagliglivets mikrotraumer, skader i arbeid, idrett og lek gjør at cervicalcolumna og bløtdelsvevet omkring utsettes for svære påkjenninger. Røntgenologisk finner man hyppig degenerative forandringer i C4-C6 området i ung alder, og stadig møter man unge pasienter med utrettet cervicallordose eller kyfose. Øket biltetthet gir flere bilulykker med den potensielle risiko for nakkeskader det medfører. Andre forhold som synes å øke forekomst av funksjonelle nakkeplager er monotont arbeid og større krav til ytelse i handel, håndverk, industri og utdanning. Psykiske påkjenninger synes hos enkelte å manifestere seg i anspent nakkemuskulatur med tensjonssmerter i nakke og hode. "Ingen kroppsdeler står nærmere sjelen enn nakken," har en kjent ryggforsker sagt.

Funksjonell svikt i et eller flere av cervicalcolumnas ledd kan være årsak til at cervical stivhet og smerte ikke går over av seg selv ved normal hvile. Viktige nervefibrene for kroppens statiske informasjon utspringer fra leddkapslene i øvre del av cervicalcolumna. De benete strukturers nærhet til arteria vertebralis og intimas innervasjon er mulige patogenetiske mekanismer.

Fiksasjoner i midtre del av cervicalcolumna kan gi opphav til vedvarende smerter, sensoriske og motoriske forstyrrelser i krageområdet og skulderapparatet, mens

de karakteristiske cervico-brachialgier henføres til de nedre cervicale og øvre thoracale nivå.

Klinisk har det vist seg at lette til moderate smerter og sensoriske forstyrrelser i innerverte områder har god prognose ved mobiliserende behandling. Intense smerter, betydelige sensoriske samt begynnende motoriske forstyrrelser har langt dårligere prognose.

### HVORFOR MOBILISERENDE BEHANDLING ?

Dersom det oppstår fiksasjon i et av columnas ledd, forstyrres ernæringsfunksjonen til discus fordi den er avhengig av bevegelse for å ta opp næring. På samme måte oppstår funksjonssvikt og degenerasjon i synovilleddene. En vondt sirkel er etablert med kontrakturer i bindevev som kapsler, bånd og muskler. Tilstanden gir dårlig (forbigående) respons på tradisjonell behandling. Mobiliserende behandling er ofte eneste effektive alternativ, supplert med avspennende terapi for bløtdelsvevet. Låsninger i de costovertebrale ledd er likeledes en hyppig medvirkende årsak til "muskelspenninger" og smerter i nakke/skulderpartiet. De er takknemlige kasper for en som behersker mobiliserende leddbehandling.

Moderat cervical spondylose er ingen kontraindikasjon til mobiliserende behandling, men gir viktig informasjon om funksjonsforstyrrelser eller gamle skader som kan profitere på kiropraktorbehandling. Cervicale syndromer kan eksistere sammen med bursitter, tendinitter og myofasciale smertesyndromer i overekstremitetene og intercostale neuralgier i thorax. Følgertilstander som asthmalignende pustebesvær og anginalignende symptomer gir ikke sjelden disse banale plagene et dramatisk preg. Mange har både vært innom akuttavdeling og indremedisinsk vurdering før de får hjelp hos kiropraktor.

### ANNEN TERAPI

Fysioterapi med massasje av anspent muskulatur og ergonomisk veiledning kan være et godt supplement til mobiliserende behandling. Instruksjon og veiledning ved lidelser i cervicalcolumna er minst like viktig som i lumbaldelen. Ved vår klinikk følger vi ikke et fastlagt regime, men følgende råd til nakke/skulder/hodepasienter er obligatoriske:

1) Aldri varme eller øvelser på akutt "kink", torticollis eller traume. Vi tilråder is, ro, medikamenter, event. bruk av nakkekrage.

2) På kroniske tilstander har vi god erfaring med at pasienten ligger med lav pute, (pølle). Hjerte Brett kan være nødvendig for enkelte. Lordoserende øvelser flere ganger daglig kombinert med rotasjonsbevegelser som avspenning. Det synes gunstig for de fleste å svømme eller henge etter armene.

3) Adekvat kosthold og tilstrekkelig hvile, samt anbefaling om å variere arbeidsoperasjoner synes å ha positiv innflytelse på prognosen.

For mange og kompliserte øvelser har vi dårlig erfaring med.

## MÅLSETNING

Målet med både behandling og instruksjon må alltid være hjelp til selvhjelp. Pasienten må læres til å ta ansvar for egen helse, ikke behandles og instrueres til kroniker og nevrotiker slik at man dessverre alt for ofte ser eksempel på, jfr. Kalterud (3).

## KONTRAINDIKASJONER TIL MANIPULASJONGREP I CERVICALKOLUMNA

Weber (10) gir en omfattende omtale av temaet fra en medisinsk synsvinkel. Senstad (5) har gjennomgått de kasus av nevrovasculære lesjoner som er satt i sammenheng med mobiliserende behandling siden 1947.

Det er tre hovedteorier for mulige mekanismer ved nevrovasculære komplikasjoner av cervical manipulasjonsbehandling.

1) Okklusjon av en ekstrakraniell arterie ved hyperekstensjon og rotasjon av hodet og halsen: Den hemodynamiske teori.

2) Trombose i en arterie av det nevrovasculære tre: Den thromboemboliske teori.

3) Arteriell spasme av arteriene til hjernen: Vasospasmeteorien.

Andre mulige patologiske mekanismer har vært nevnt som mulige årsaker til nevrovasculære komplikasjoner, men er bare vist å ha betydning i få tilfeller.

Ut over dette vil jeg ta med at manipulasjongrep ikke er indisert i øvre cervicalcolumna ved

mistanke om vaskulær cerebral svikt, uklare cerebrale anfall og synkopetendens, rotaffeksjoner med mistanke om nucleusprolaps og myelopati. Patologi eller mistanke om det, samt ferske nakke/hodetraumer av alvorlig karakter er en klar kontraindikasjon. Pasienter med psykiatrisk sykdom kan reagere atypisk på manipulasjongrep med f.eks. hyperventilasjon.

Over hundre norske kiropraktorer og nesten like mange fysioterapeuter praktiserer daglig manipulasjongrep. Kiropraktorene alene behandler 70-80.000 pasienter pr. år og legger man til et tilsvarende tall for fysioterapeutene, er det snakk om over 1/2 million behandlinger pr. år. I løpet av de siste 15 år er det beskrevet en alvorlig komplikasjon i Norge. Flere kan ha forekommet, men likevel er komplikasjonsrekvensen tankevekkende lav sammenlignet med andre medisinske behandlings-

former.

Innstillingen fra utvalget om autorisasjon av kiropraktorer, viser at fysioterapeuter er hjelpepersonell og kiropraktorer er førstelinjepersonell/primærkontakt. Nyhusutvalget (1982) plasserer kiropraktoren som spesialist i helsevesenet og dermed på det fylkeskommunale plan (1).

Kiropraktorene som medisinsk fagpersonell og mobiliserende behandling av columna representerer ingen alternativ medisin, men skal være et effektivt, trygt og rasjonelt supplement til helse-tjenesten i og utenfor institusjon.

Bedre indikasjonstilling, forklaring på virkemåte og vitenskapelig dokumentert effekt kan bare fremkomme ved samarbeid med andre grupper helsepersonell.

Kiropraktorene hilser en slik utvikling velkommen ■

## LITTERATUR:

1. Billington S: Videreutdanning i manuell terapi. Fysioterapeuten. 1985; 52: 208-209.
2. Borchgrevink CF & al.: Skjellett/muskelsykdommer i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 439-445.
3. Kalterud S: Følelsesmessige reaksjoner ved fysikalsk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 220-223.
4. Parker GB & al: Why does migraine improve during a clinical trial? Further results from a trial of cervical manipulation for migraine. Austr N-Z J Med 1980; 10: 192-198.
5. Senstad O: Neurovascular lesions associated with cervical treatment. European Journal of Chiropractic 1982; 30: 83-94.
6. Sjaastad O & Saunte C: Unilaterality of headache. Hauge's studies revisited. Cephalalgia 1983; 3: 201-205.
7. Sjaastad O & al: "Cervicogenic" headache. An hypothesis. Cephalalgia 1983; 3: 249-56.
8. Stokke Ø: Statistikk om kiropraktikk. 1977. Universitetsforlaget. Tromsø.
9. West S: Manipulationsbehandling i almene praksis. Ugeskr Læge 1982; 144: 19-21.
10. Weber H: Manipulasjonsbehandling av nakken. Tidsskr Nor Lægeforen 1982; 102: 145-146.

# Myofascielt smertesyndrom

□ Kjell Nordby   
almenpraktiserende lege,  
Molde

Jeg har aldri hatt vanskelig for å innrømme for meg selv at lidelser i bevegelsesapparatet ofte har fått sørgelig dårlig undersøkelse. Men å sette det på trykk i Utposten føles verre. Likevel: Jeg tror at jeg nok så trygt kan fortelle om mine manglende ferdigheter fordi svært mange andre høyst sannsynlig har samme problem.

Vi ser på alle disse vonde nakkene, ryggene og ekstremitetene, plasserer på noen fingre (eller kanskje "tommelotter" her og der, av og til sier pasienten au! - og så blir det tabletter, sykemelding og/eller fysikalsk behandling. Vi rabler litt på fysioterapirekvisisjonen, rekvisierer varme, øvelser, massasje og kanskje ultralyd. Og så forsvinner pasienten ut av vårt synsfelt.

Hvorfor er det blitt slik? Jo, for det første kan vi for lite etter avsluttet doktorskoole. Denslags pasienter har sjelden nådd fram til sykehusnivå, og det har preget undervisningen. Og for det andre er det en annen yrkesgruppe som tradisjonelt tar seg av behandlingen, og i praksis også undersøkelsen, nemlig fysioterapeutene. Alt dette bidrar til at vi almenpraktikere blir sittende uten å få noe særlig grep på disse problemene, enda det gjelder en av våre største pasientgrupper.

Jeg har prøvd å lese litt og å kurse litt, men stort sett har jeg opplevd at nakken og ryggen har forblitt like uhåndterlig å undersøke. Jeg har på følelsen

at jeg f.eks. kan få demonstrert ryggundersøkelse n antall ganger til uten at det vil få noen praktisk betydning for meg eller mine pasienter.

Mitt poeng er at lite av den kunnskapen jeg har klart å tilføre meg har hatt operasjonelle konsekvenser i mitt daglige arbeid. Og det er et viktig poeng.

For en tid siden overvar jeg imidlertid en forelesning om myofascielt smertesyndrom (definisjonene kommer snart), og triggerpunkt begrepet. Til forskjell fra tidligere ble jeg nå introdusert for en tilnæringsmåte til muskelskjelett sykdommer som aktiviserte meg. Det ble plutselig et poeng at jeg selv undersøkte bedre fordi jeg selv kunne bedrive mye av behandlingen på mitt eget kontor i form av injeksjoner, tøyninger, triggerpunktmasasje eller eventuelt akupunktur.

## Myofascielt smertesyndrom:

Referert smerte og/eller autonome fenomener fra aktive myofascielle triggerpunkter med tilhørende dysfunksjon.

## Triggerpunkt:

Et hyperirritabelt focus i et vev som er lokalt øm ved kompresjon. Hvis tilstrekkelig hypersensitivt, gir det opphav til referert smerte og ømhet, og av og til til refererte autonome fenomener (f.eks. øresus, kvalme) og forstyrrelse av proprioceptiv sans.

Alle har en rekke triggerpunkter, men som regel latente. De er ømme ved palpasjon, men gir ikke utstrålende smerter, når imidlertid hodepinen kommer utover dagen, skyldes dette som regel at triggerpunktet er blitt over-

belastet og begynner å si ifra. Palpasjon i det stadiet vil ofte gi meget sterke reaksjoner hos pasienten - og endel aha-opplevelser for doktoren.

For å utforske den enkelte muskels refererte smerteområde og eventuelle autonome symptomer, har man systematisk injisert hypertont saltvann i triggerpunktene og på den måten laget kart (se fig.1). Disse kartene er glimrende hjelpemidler, og har fått meg til å forstå en rekke smerteplagede pasienter som aldri hadde organsykdommer der de opplevde smerter f.eks. i abdomen. Hvem tenker på musc. quadratus lumborum ved smerter over uterus f.eks? Det fins en svært god lærebok (1) på dette området, boka er tjukk, men systematisk og meget oversiktlig oppbygd, og den er full av kart (se fig 2). Terapeutisk legges det i den størst vekt på assistert uttøying etter kuldesprayavkjøling. Akseptabel kuldespray er vanskelig å få tak i her til lands, men kortvarig ispakning (30-60 sek.) kan gjøre like god nytte.

Min hensikt med denne artikkelen er ikke å gi noen fyldegjørende redegjørelse for myofascielt smertesyndrom, undersøkelse og behandling, men å gjøre andre kolleger oppmerksomme på et begrepsapparat som har vært nyttig for meg og på en svært god lærebok.

Får vi til å undersøke pasientene litt mer aktivt, vil vi langsomt og sikkert bli flinkere leger. Og det er en fordel både for oss sjøl og for pasienter med lidelser som har sitt utgangspunkt i muskelskjelettsystemet.

Travell & Simons: Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Williams & Wilkins. Baltimore/London. Ca 700 sider. Pris ca. 500.- kr ■

# Ny giv for almen- medisinsk forskning.

NAVFs råd for medisinsk forskning har på et møte i Bergen 4. juni gjort vedtak som vil få store og positive konsekvenser for norsk almenmedisinsk forskning. Initiativet kom fra Almenmedisinsk forskningsutvalg høsten 1983. Det konkrete forslaget til program kom fra et utvalg bestående av Dag Bruusgaard, Per Fugelli og Steinar Westin. Det vedtatte støtteprogrammet finansieres gjennom NAVF og omfatter 1 forskningsveilederstilling (professor), forutsatt lokalisert til Universitetet i Bergen. Programmet omfatter dessuten midler til lønn for 3 utdanningsstipendiater og til administrasjon av programmet. Detaljer i programmet vil vi komme med senere, men det er klart at en her har fått et nytt og betydningsfullt tiltak til beste for den faglige utviklingen av almenmedisinen.

□ Magne Nylenna



# Telefon- rutiner

■ Akkurat i det fru Hansen kommer inn gjennom døra ringer telefonen. Det er hjemmesykepleien som gjerne vil ha tilsyn til en slagpasient. Mens du forsikrer sykepleiersjefen om at oppdraget skal bli utført, tar fru Hansen plass i stolen og begynner å klemme låsen på håndveska. Det er åpenbart noe som tynger og plager henne. Hun har vanskelig for å finne ordene, og har såvidt kommet i gang når de ringer fra lab'en og sier at blodutstryket på gutten med anemi er klart.

Etter en del om og men fremgår det at det er "noe nedentil" som er fru Hansens bekymring i dag. Egentlig tenkte hun å ta det opp sist, men .....

Da ringer telefonen igjen. Det er ligningssjefen som etterlyser resepten på sovemedisin. Man er nå en gang litt ekstra hyggelig med ligningssjefer.

Fru Hansen har kommet i gang nå, og forteller, om enn motvillig, både om svie og utflod. Hun forstår at det ikke er noen vei utenom en underlivsundersøkelse, og idet hun med mye strev og møye har kommet på plass i GU-benken, ringer det selvsagt igjen. Svett og uvel med tanken på å holde fru Hansen bokstavelig talt på pinebenken, må du likvel bruke noen minutter på å diskutere vaktbytte neste helg med kollegaen i naboliket som du skylder både en og to tjenester.

Selv om denne historien kan virke vel karikert, har de fleste i hvertfall opplevd noe som ligner.

Mon tro om Alexander Graham Bell

for 109 år siden hadde den ringeste anelse om hvilken kilde til stress og irritasjon han skapte da han oppfant telefonen? I sitt vesen og i sin natur er telefonen et terroristisk imperativ

som hverken lar seg overse eller aller minst overhøre. Men til tross for sine blodtrykksdrivende tilbøyeligheter, finnes det overhodet noe annet hjelpemiddel på kontoret som er så uunnværlig som telefonen?

Og likevel: hvor mye tid og krefter bruker vi på å tenke gjennom bruken av dette tekniske hjelpemiddelet som vi benytter 10, 20 eller kanskje 50 ganger hver dag? Akkurat som de vanlige og banale lidelser, som forkjølelse og lumbago blir forsømt i undervisning og forskning, slik blir også telefonbruk og telefonrutiner forsømt i praksisorganisering og planlegging. Det blir gjerne forkavelsen og derved tilfeldighetene som styrer hverdagen, og på den måten blir det til at telefonen blir tatt når den ringer, og døren åpnet når noen banker på. Og ringer og banker på gjør det jo hele tiden.

Andelen telefonkonsultasjoner varierer mer fra lege til lege enn de fleste andre parametre. I en nylig publisert praksisundersøkelse fra Finnmark (Utposten 1985;14:45-9) ble det vist at mens telefonkontaktraten i den ene kommunen var 0,01 pr. innbygger og år, var den tilsvarende raten 0,78 i en annen kommune. Dette sier sannsynligvis langt mer om hvordan telefontjenesten og praksisrutiner forøvrig er organisert enn om forskjeller i folks ønske og behov for å nå legen pr. telefon.

## Ideelle mål

Ideelt sett burde kanskje alle som ønsket det få legen i tale akkurat når de følte behov for det. Av mange grunner er det heldigvis både ugjennomførbart og urealistisk.

Når det gjelder muligheten for å nå legen på dagtid på telefonen, skyldes motforestillingene vesentlig hensynet til lege/pasient-forholdet ved den enkelte kontorkonsultasjon. Det er ikke først og fremst legen som skal beskyttes, men pasienten som kanskje har ventet i flere uker på time, bør ha krav på en konsultasjon uten telefonavbrytelser og andre forstyrrelser. Ett avbrudd kan de fleste konsultasjoner tåle, men blir det to eller flere risikerer man lett at kommunikasjonen forkludres og konsultasjonen ødelegges.

Å konkludere med at alle telefoner derfor må stenges ute er allikevel for enkelt. En automatisk telefonsvarer som eneste telefonvakt er ikke tilfredsstillende. Noen pasienter har både behov for og kanskje endog krav på å få snakke med legen, eller i hvertfall en av legens medarbeidere.

Her, som så ofte ellers, blir løsningen et kompromiss der tilgjengelighet må veies opp mot skjerming. Det realistiske mål må være å gjøre tilgjengeligheten for pasientene så god som mulig, samtidig som konsultasjonene og legen

skjermes mot avbrudd så langt det lar seg gjøre.

## Telefonen kan benyttes to veier

For å balansere tilgjengelighet mot skjerming kan det være nyttig å tenke litt utradisjonelt, som for eksempel at telefonen kan benyttes begge veier. Med det menes ikke at vi systematisk skal følge opp våre pasienter pr. telefon, selv om slike oppringninger nesten uten unntak blir svært positivt motatt. Men når pasienter ringer, og det er uhensiktsmessig å bli avbrutt, kan kanskje noen ta imot beskjed, og så kan pasienten ringes opp igjen ved første og beste anledning, for eksempel mellom to konsultasjoner.

At telefonen kan benyttes begge veier er forøvrig noe vi kan minne våre sykehuskolleger på. I blant kunne det være nyttig å bli raskt og muntlig orientert om en pasient som utskrives eller en diagnose som bekreftes. Som regel går det et ti-talls henvendelser til sykehus for hver samtale den motsatte vei. Selv om også slike samtaler stjeler tid og kan gi uheldige avbrudd, er omfanget i dag såvidt lite at en økning kunne være forsvarlig.

## Praktiske ordninger

Hvordan bør så rutinene for telefonkonsultasjoner organiseres? De aller fleste telefonsamtaler til et legekontor gjelder timebestilling eller andre administrative forespørsler, som enkelt og best besvares av legesekretær eller sykepleier. Mange av pasientene ber imidlertid om å få snakke med lege, og enkelte av dem krever det endog høylydt. Telefonstemmen på legekantoret er ikke bare pasientens første møte med helsevesenet, men også den første silingsinstansen. Noen av forespørselene bør nemlig viderefremmes, og det er sjelden pasientens stemmевolum eller språkbruk som er det rette utvelgelseskriteriet. De fleste erfarne legesekretærer eller sykepleiere gjør denne utvelgelsen godt, men en åpen og løpende diskusjon omkring avvisningskriterier og besvarelseskompetanse er nyttig, ikke minst der det er flere forskjellige personer som betjener telefonen.

For de særdeles få pasientene som virkelig behøver å snakke med lege på øyeblikket er saken klar: det bør de få. For de langt flere som gjerne skulle ha rådført seg med lege, men der det ikke haster på minuttet, er flere strategier tenkelige:

Selv har jeg relativt god erfaring med en fast daglig telefontid. En bestemt time på dagen avsettes til telefonkonsultasjoner alene, og både ordningen og tidspunktet offentliggjøres. Pasientene som ringer utenom telefontiden blir bedt om å ringe om igjen. Fordelene ved denne ordningen er først og fremst at konsultasjonene skånes, og



at pasientene gis et eget telefonkon-  
takttilbud. Dessuten kan gjerne pa-  
sientens journal fremskaffes, noe som  
ikke bare er en fordel ved vurderingen,  
men som også gir mulighet for å doku-  
mentere samtalen med et kortfattet  
nytt notat. Ulempene ved en slik ord-  
ning er at den kan oppleves som rigid,  
og at den krever et velutbygget sen-  
tralbord med flere linjer.

En annen variant er å samle opp navn  
og telefonnummer på de pasientene som  
har ringt, for å ringe tilbake som tid-  
ligere skissert. Denne tilbakeringning-  
en kan skje en fast tid på dagen, eller  
den kan stykkes opp i flere perioder.  
En slik ordning krever noe mer organi-  
sering enn en fast telefontid, men kre-  
ver til gjengjeld ikke samme sentral-  
bordkapasitet.

Ved flerlege-sentra er det ofte slik at  
en av legene er "vaktstående" og har  
et spesielt ansvar for all øyeblikkelig  
hjelp. Så langt det er mulig bør imid-  
lertid pasientene kunne kontakte sin  
faste lege også pr. telefon.

Bruken av automatisk telefonsvarer er  
både utbredt og omdiskutert. Noen  
brukbar utslingsmekanisme for for-  
skjellige grader av hastesamtaler er  
telefonsvareren ihvertfall ikke. Og  
brukt i kontortiden kan det vel trygt  
sies at den er en uting som bør unngås.

Konfidensialiteten utgjør et eget pro-  
blem ved telefonkonsultasjoner. Ved  
samtaler fra et tomt kontor mellom to  
konsultasjoner eller i en egen tele-  
fontid, begrenses dette til en generell  
varsomhet som alltid bør vises ved  
telefonsamtaler. Sånkalte avbruddssam-  
taler der pasienten ved skrivebordet  
overhører det hele er langt mer sårba-  
re på dette punkt. Dersom konsultasjo-  
nen først må avbrytes, er det kanskje  
like greit at legen forlater kontoret og  
tar samtalen et annet sted.

Telefoner fra offentlige kontorer, sy-  
kehus eller innpåsletne samtaler fra  
instituttstipendiater som skal ha fore-  
dragsholdere til et kurs eller bistand  
til et obskurd forskningsopplegg, kom-  
mer i en egen kategori. Kanskje noen  
av disse samtalen også burde vente  
litt, eller ringes opp igjen ved anled-  
ning? Men husk at dersom du lover å  
ringe tilbake, bør det virkelig gjøres!  
Eget materiale av compliance i slike  
saker er ikke særlig oppmuntrende, og  
etter hvert er påliteligheten på dette  
punktet ett av mine utgangspunkt for  
bedømmelse av kollegers pålitelighet  
som sådan.

## Teknisk utrustning

God telefonbruk krever en skikkelig  
teknisk utrustning. Dessverre krever  
dette igjen penger, som regel mye  
penger. Først og fremst dreier det seg  
om et sentralbord med tilstrekkelig  
antall utgående linjer. Ideelt sett bur-  
de det finnes ett eget nummer for

øyeblikkelig hjelp på en egen linje, og i  
tillegg minst en linje pr. lege. Nye  
sentralbord er svært dyre i innkjøp,  
men gjennom Televerket kan man få  
kjøpt brukte, overhalte sentralbord  
som er i god stand. Det bør undersøkes  
hvordan sentralbordet oppfører seg  
ved overbelastning. Det er ikke hygge-  
lig for pasientene å møte en evig-  
varende ringetone der de burde få opp-  
tattsignal.

Høytalende telefon er det neppe bruk  
for, men en automatisk telefonnum-  
mersender kan være en fornuftig "luk-  
susinvestering". Egen interkom utenom  
telefon er kostbart, men ofte nyttig.  
Husk bare: alle høytalende systemer  
må benyttes med omhu.

Teknisk sett er det intet problem å  
kople et system slik at legevaktnum-  
meret kan settes hjem til vaktstående  
lege etter kontortid. Av praktiske, og  
ikke minst familiære grunner, bør det-  
te tilkoples et eget apparat utenom  
privattelefonen. Med en telefonsvarer  
tilkopledd og en mobiltelefon på om-  
gang, utgjør dette et velkjent telefon-  
opplegg i de fleste små og mellomsto-  
re kommuner i landet.

## Konklusjon

Lege-pasientkommunikasjon er et "in"-  
begrep. Kanskje tiden er moden for  
også å innbefatte telefonbruk i dette  
kommunikasjonsbegrepet.

Konsultasjonen er ingen hellig ku som  
for enhver pris ikke må forstyrres.  
Prisen for avbrytelser er imidlertid  
ganske høy, og denne omkostningen må  
innkalkuleres når telefonbruken skal  
vurderes.

En mer strukturert og organisert tele-  
fonbruk med hensyn til inngående pa-  
sientsamtaler krever enighet mellom  
alle leger og alt sentralbordpersonell  
på senteret. Kanskje kan både du og  
pasientene tjene på en endring av da-  
gens ordning?

Og ikke minst: emner som journalfø-  
ring, telefonbruk og praksisorganise-  
ring blir lite omskrevet i faglige fora.  
Litt av hensikten med dette innlegget  
er å oppfordre til debatt nettopp om  
disse dagliglivets trivialiteter.

Utposten er et velegnet forum for å  
dele nyttige erfaringer og tanker med  
andre. Kanskje har nettopp du et godt  
forslag til bedre og mer tjenlige tele-  
fonrutiner? ■

## Fem enkle telefonråd:

1. Ha et bevisst forhold til telefon-  
bruken, innfør gjerne faste telefon-  
rutiner.
2. Sørg for en tilfredsstillende teknisk  
telefonutrustning.
3. Husk at telefonen er et toveis  
kommunikasjonsmiddel.
4. Skolér sentralbordbetjeningen - og  
vis dem lojalitet.
5. La ikke telefonen bli herre og mes-  
ter, men et nyttig redskap i lege-  
pasient-kommunikasjonen.





# Kommunal omsorgstjeneste - et samlebegrep for helse og sosialtjenesten?

□ Jon Hilmær Iversen □

Jeg har lest årsberetning for 1984 fra Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS, Strindveien 2, 7034 TRONDHEIM, tlf. 07-592590).

Helseplangruppen under NIS har et interessant prosjekt gående som skal studere kommunal omsorgstjeneste ved hjelp at intervjuer med ulike offentlige omsorgspersoner i fem større bykommuner. Prosjektet skal gi grunnlag for råd til alle kommuner om hvordan kommunal omsorgstjeneste best kan organiseres.

Ideen i prosjektet synes å være at en kommunal omsorgstjeneste basert på hjemmehjelp og hjemmesykepleie bør organisere omsorgen og trekke på den forøvrig

ressursfattige og oppsplittede helse- og sosialtjenesten etter behov.

Vi siterer spredt fra den foreløpige rapporten fra prosjektet i årsberetningen:

## HJELPETJENESTEN

Det blir utført uklart planleggingsarbeid fordi en benytter uttrykket hjemmehjelp som om dette var et entydig begrep. Uttrykket hjemmehjelp bør reserveres kommunalt ansatte hjelpere som etter fast timeprogram blir fordelt til forskjellige klienter av kommunalt ansatte formidlere. Nabohjelp og hjemmehjelp er prinsipielt to forskjellige ordninger med spesifikke fordeler og svakheter. Alle kommuner bør etablere både nabohjelp og hjemmehjelp. Det blir videre konkludert med at kommunene bare delvis har kunnskap om innholdet i hjemmehjelpstjenesten - noe som er et tankekors når vi vet at det offentlige bruker vel 1 milliard kroner på tjenesten pr. år. Kommunene har ikke tatt kon-

sekvensen av at tjenesten disponerer fast ansatte hjelpere som kan styres.

## SYKEPLEIETJENESTEN

Hjemmesykepleiens organisasjon må spesielt verne om og bygge videre på følgende funksjonelle trekk som i dag er tilstede: Lokal tilpasning med ansvar for geografisk avgrenset distrikt, kontinuerlig informasjon om organisasjonen internt og omgivelsenes krav til organisasjonen, stor grad av desentralisert selvstyre for tildeling av hjelp og omsorg, og et arbeid organisert etter oppgavens art og ikke etter utdanning eller profesjon.

## OMSORGSTJENESTEN

Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er det utøvende utgangspunkt for offentlige hjemmebasert omsorg. De andre delene av den kommunale omsorgsorganisasjonen må arbeide slik at dette tjenesteprodukerende fundament i større grad maktet å realisere målet som er å

gi samordnet omsorg skreddersydd enkeltklientens og eventuelle pårørendes særegne og skiftende behov. Hjemmehjelp og hjemme-sykepleie bør ut fra dette slås sammen til en omsorgstjeneste. Hjelpere og pleiere må ansettes under samme arbeidsvilkår. Tildeling av omsorg må skje ut fra behov, og ikke etter et fast timetall. Tildelingsansvar må plasseres så nær klienten som mulig - til en enhet som kontinuerlig kan ha ajourført kunnskap om klientens situasjon. Denne enheten er sonegruppen.

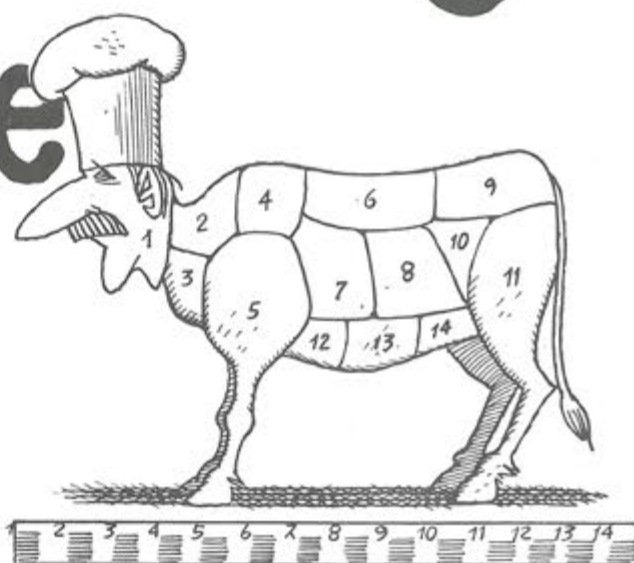
## LEGETJENESTEN

Omsorgstjenestens øvrige yrkesgrupper bør organiseres som en "ring" rundt sonegruppen - som spesialister som står til sonegruppens disposisjon slik at klientens sammensatte behov kan møtes. En vesentlig del av primærlegens arbeid er å utføre avsluttede enkeltoppgaver som ikke krever samordning med andre deler av hjelpeapparatet. Dersom primærlegene også utfører avsluttende enkelttjenester uten samordning overfor omsorgstjenestens pasienter, blir resultatet lett at disse pasientene får en dårligere legetjeneste. Legetjenesten er videre grunnleggende som kunnskapsleverandør for omsorgstjenesten. Legens medisinske kunnskap bør derfor daglig være disponibel ved omsorgstjenestens arbeid. Skal den medisinske kunnskapen nyttes fullt ut, må legen presentere sin kunnskap som en av mange premisser i en vurderende diskusjon om hva som er det beste omsorgsregimet sett ut fra pasientens totale situasjon. Når legen presenterer sin kunnskap i form av ferdige konklusjoner, kommer den medisinske kompetanse bare delvis pasienten ved den hjemmebaserte omsorgen tilgode. Med viktige unntak har legetjenestens innhold og utbygging vært bestemt av tilfeldige faktorer (den enkelte legens personlige holdninger, f.eks.). Den kommunale omsorgstjenesten må langt på vei samarbeide med enkeltpersoner som har utviklet en individuell legetjeneste. Det er ønskelig å utvikle legetjenesten slik at den får et fastere organisatorisk innhold som i større grad er uavhengig av personlige variasjoner.

(Om sosialtjenesten)

Den svake og tilfeldige sosialarbeidstjenesten overfor eldre og trygdede bør styrkes ved å ansette sosialarbeidere direkte i omsorgstjenesten (og ikke som en del av sosialhjelpsseksjonen)■

# Den hellige okse



Til NSAM's møte på Kongsvold i mai hadde styret bestemt at "en hellig ku" skulle slaktes i form av et bestilt foredrag som skulle serveres etter kveldmåltidet/middagen. Janecke Thesen tok oppdraget, og det ble altså ikke noe kuslakt:

## □ Janecke Thesen kommunelege i Lærdal

■ "Det er bare gutta på instituttet som kan (vet) (vil) noe.

"Dersom du ikke er "en av gutta" (på instituttet) så kan/vet/vil du ikke noe".

"Enten så kan/vet/vil du ikke noe; eller så må du bli "en av gutta".

Et visst kjønnsaspekt i dette, men som 1/7 av de kvinner som er tilstede i disse almenmedisinens innerste gemakker vil jeg gjerne si at jeg er stolt av å tilhøre den eneste spesialforening av Dnlf med kjønnskvoltering til styret, selv etter LO-debatten.

Årsaken til at du finner færre kvinner jo lenger opp i hierarki/status du kommer burde være velkjente nå, og jeg skal ikke trette dere med dem.

- bare sitere en modernisert versjon av Janteloven, lansert av Astrid Nøklebye Heiberg, spesielt beregnet på kvinner:

## NY VERSJON AV JANTELOVEN

Astrid Nøklebye Heiberg har

lansert en ny versjon av Janteloven, spesielt beregnet på kvinner i offentlige stillinger og i politikken. En interessant versjon:

- Du må ikke konkurrere
- Du må ikke ta fra noen plassen hans
- Det må aldri gå utover barna
- Du må ikke vise følelser, i alle fall ikke sorg og sinne
- Du må alltid være velstelt, husk vi ser deg
- Du må følge spillets regler, vær logisk
- Det er din egen skyld, det var du som ville, du måtte ikke
- Sier du ja nå, må du påta deg resten også, dette er ingen syklubb.

Kanskje kan man heller spørre seg hvorfor kvinner i det hele tatt stiller til valg? spurte Ann-Rigmor Lauritsen.

På en måte kan det være bra for almenmedisin at det går tregt med å få kvinnene med også her; siden en av de lovene som styrer også vårt samfunn synes å lyde:

"Kvinnene får økende innflytelse i samfunnets minkende institusjoner".

Den hellige oxen manifesterte seg for meg på et styremøte i NSAM, der jeg var mer enn vanlig irritabel og krakilsk. - etterhvert som navnene på kandidater til nye verv og utvalg ble lansert. Jeg har tenkt mye på det siden, og det er jo nok et annet navn på det som alltid har vært slik, og som var mye av bakgrunnen for at selskapet ble stiftet.

Du har sikkert også opplevd storøydige unge kolleger komme hjem fra kurs og fortelle om at "alle de store gutta var der" - Christian og Steinar Westin, Kjell Johansen osv. osv. Dere har sikkert også tenkt og følt noe lignende selv.

Men bør det være slik? Er det slik? Og hvorfor bør det evt. ikke være slik?

Almenmedisinen skvises mellom flere grupper:

- Dels mellom egne idealer - KOPF - der gutta på instituttet sannsynligvis må antas å score relativt lavt.

- Dels fra 2. linjen, institusjonsmedisinere og enkelte offentlige myndigheter:

2. linjen påstår i enkelte tilfelle at de ikke tør å sende pasientene tilbake til en usikker skjebne i primærhelsetjenesten. De har ingen forståelse for almenmedisin som arbeidsform, for helhetsperspektiv og for venteg-se som nyttig arbeidsredskap. De fokuserer på de, tross alt, få pasienthistorier der det gikk galt, men nær sagt aldri på store pasientkategorier som ble påført unødige undersøkelser og i verste fall bivirkninger av disse. Nærliggende eksempel:

Undersøkelsen fra Norsk Institutt for Sykehusforskning "mulig unngåelige dødsfall" og utredningen videre.

Det fører til at man ser almenmedisinen som et perlekjede, og kan fjerne en og en perle. De 2-3 første perlene henger løst, og heter bedriftshelsetjenesten, svangerskapsomsorgen og diabetesomsorgen.

Dels fra almenmedisinen selv, der NSAM utmerket godt, forhåpentligvis uktilsiktet, kan komme til å medvirke til en øket avstand mellom topp og bunn i almenmedisinen.

Det blir spennende å se hvilken

effekt spesialiteten vil få: er den laget for gutta på instituttet eller er den ikke det? Selskapet er jo ved flere anledninger blitt beskyldt for å dyrke en elite, ikke minst ved et slikt arrangement som dette og måten folk blir plukket ut på.

Hvor vil jeg hen da?

Skal vi slakte oxen og sitte som omnipotente småkonger rundt om i dalom og fjoraden og spise biff og la humla suse "Vi er best, og gidder ikke høre på kritikk fra oppblåste staker som tror de kjenner det virkelige livet?"

Selvfølgelig ikke.

Det lokale fagmiljøet er viktigere enn noen gang. Konstruktiv kritikk, samarbeid og støtte fra kolleger i samme situasjon vil være helt vesentlig når vi møter den økende kritikken fra befolkning, myndigheter, 2.linjetjenesten, almenmedisinen selv og våre egne idealer.

Vi må kunne skille kritikken i vesentlig og uvesentlig, saklig og usaklig, berettiget og uberettiget.

Det er mye som kan gjøres bedre i almenmedisin, og det må vi gjøre noe med. Men mye av kritikken må demaskeres som det den er - et spill om pasientene - ja hele befolkningen, der motspillerne slett ikke alltid står for et bedre tilbud.

Dersom almenmedisinen i tillegg er splittet: "de flinke sentralt" og "de dumme der ute" - desto lettere spill - for motparten.

Et lite eksempel på dette:

I en artikkel i Tidsskrift for samfunnsforskning, 1985, lanseres begrepet "verstefallstenkning i fødselsomsorgen". Prinsippet går ut på at helsepersonell vil gardere seg mot det som i verste fall kan hende uten å skjele for mye til sannsynligheten for at dette vil komme til å skje. Vi er sensibilisert for en slik tankegang via den debatten som kom i kjølvannet av NIS-rapporten om mulig unngåelige dødsfall. Resultatet kan fort bli redde, uselvstendige helsearbeidere som henviser ved det minste tegn til avvik eller helst ikke vil ha noe med svangerskapsomsorg å gjøre i det hele tatt - "for DET er fali' det!"

Konklusjonen på dette slaktet må bli følgende:

Det er IKKE bare gutta på instituttet som kan/vet/vil noe - ja

du trenger faktisk ikke bli en av dem selv om du skulle ha ambisjoner om å kune/vite/eller ville noe.

Det har jeg jo ikke vist konkret i dette inlegget, og rammes derfor av § 6 i den nye versjonen av Janteloven jeg siterte innledningsvis: "Du må følge spillet regler - vær logisk". Derfor ble jeg innmari glad da siste nummer av Utposten dumpet inn på kontoret, 2/85, Finnmarksnummeret. De som fortsatt mener at det det bare er gutta på Instituttet som kan/vet/vil noe kan bare lese det.

Men det er en konklusjon til:

Det må heller ikke få lov til å BLI slik at det bare er gutta på Instituttet som kan/vet/vil noe. Noen av grunnene til dette har jeg forsøkt å komme inn på. Beste medisinen MOT dette er utvikling av egne, lokale fagmiljøer, med gjensidig konstruktiv kritikk, støtte og tro på egne krefter. NSAM har et særlig ansvar her for å styre utviklingen i riktig spor. Til slutt vil jeg dele en liten bit elementær kvinneerfaring med dere:

Dersom vi tror, og hele tiden forteller hverandre, at det bare er gutta på Instituttet som kan/vet/vil noe - ja da er det ikke lenge før det BLIR slik ■

## Kongsvollseminaret 9.-11. mai 1985



Kjente ansikter for Utpostens lesere: Nils Johnsen og Per Hjortdahl.

Anne Hensmel   
Bardu

■ Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) har feiret sin to-års dag. En ung jublant, men allikevel i ferd med å etablere tradisjoner. For ett år siden ble det første Kongsvoll-seminaret avholdt. Inspirerte deltakere den gangen talte varmt for en ny samling samme tid og sted påfølgende år.

Så også i år hadde NSAM lagt opp til et utfordrende seminar for de ca. 40 deltakerne, og "tradisjon tro" var værgudene på vår side: I pausene katalyserte solstrålene til dels hete og oppglødde diskusjoner i solveggen, mens reinsdyrgevirene tittet ned på oss fra huseggene og hentet oss tilbake til realisme og jordnærhet.

### Konsultasjonen

Første del av seminaret hadde som hovedoverskrift "Konsultasjonen i fokus: analyse og evaluering". Med utgangspunkt i konsultasjoner som det mest særpregede og spesielle for almenmedisin sammenlignet med andre greiner innen medisin, ledet Nils Johnsen og Per Hjortdahl oss sikkert gjennom denne delen.

Postulatet "en effektiv konsultasjon er en konsultasjon som gir godt utbytte" ble analysert. For å komme nærmere hva som lå i begrepet "godt utbytte", tok de fram Pendleton-gruppens arbeid i England. Dette er en gruppe bestående av 5-6 almenpraktikere, 1 psykolog og 10 skuespillere. Effekten, eller utbyttet av konsultasjonen, har de delt opp i følgende delmål:

#### 1. Umiddelbar effekt

Her ser de på om pasienten har fått økt forståelse for sin helsetilstand, om han har fått lindret symptomer etc. ved konsultasjonen. Denne effekten måler de ved såkalte pasienttilfredshetsundersøkelser. Dette er gjort ved intervjuundersøkelser umiddelbart etter konsultasjonen: Hvor fornøyd er pasienten?

#### 2. Midlertidig effekt

Denne er sterkt relatert til den umiddelbare effekten, men er også avhengig av pasientens helseforståelse i forhold til de terapeutiske tiltak som blir satt inn. Midlertidig effekt kan enklest måles i pasientcompliance, f.eks. riktig bruk av medisiner, overholdelse av timeavtaler o.a..

#### 3. Langtidseffekt

Pasientens forandring av helse på lang sikt. Tiltak som gir hurtig og umiddelbar effekt, gir også best langtidseffekt.

Videre har Pendleton-gruppen funnet en korrelasjon mellom pasienttilfredshetsundersøkelsene

og konsultasjonsinnholdet. Her legger de hovedvekt på det verbale innhold, mindre på det non-verbale. Følgende ble ansett som de viktigste konsultasjonsoppgavene:

### Avklare hvorfor pasienten kommer

I skolemedisinen er vi opplært til å ta anamnese, overveie etiologi, gjøre undersøkelser og finne diagnose. Vi er mindre flinke til å utforske pasientens ideer, bekymringer, forventninger og problemets effekt på pasientens livssituasjon.

### Ta opp andre problemer

Her er vedvarende/langtidsproblemer viktige. Man bør også benytte sjansen til å kartlegge risikofaktorer (røyke- og alkoholvaner, blodtrykk etc.).

### Del forståelse av problemets art med pasienten

Et forståelig språkbruk fra legens side er en forutsetning. Et tankekors er at analyser viser at vi gir den beste forklaringen til de som trenger den minst.

### Velge løsning i fellesskap

Løsningen skal være adekvat og hensiktsmessig sett både fra pasientens og legens side.

### Del oppgaver og ansvar for løsning med pasienten

I siste del av temaet "Konsultasjonen i fokus" så vi nærmere på hvilke muligheter vi selv har for evaluering av våre egne konsultasjoner. Seminaret la hovedvekt på bruk av video og video-opptak av konsultasjoner, men kom også inn på enklere ting som bruk av observatører og lydbånd.

I grupper og plenum forsøkte vi oss på evaluering av videokonsultasjoner. Som redskap for evalueringen brukte vi et s.k. "konsultasjonskart", utarbeidet på basis av Pendleton-gruppens krav til konsultasjonsinnhold. Viktigheten av positiv kritikk og likeverdighet for at en evalueringssgruppe skal fungere og medlemmene føle seg trygge, ble understreket.

Forutsetninger for videreføring av metoden i egen praksis, er et regelverk som tar vare på de etiske og juridiske sidene ved bruk av video i konsultasjonssammenheng. Viktige stikkord er her legers taushetsplikt, innhenting av samtykke fra pasienten, oppbevaring og sletting av opptak.

## Handlingsprogrammer

I andre del av seminaret tok vi for oss handlingsprogrammer. Olav Rutle stilte spørsmålet: "Er ikke alt bra som det er?" Med bakgrunn i den enorme vekst i medisinske kunnskaper, leger som løser samme problem svært ulikt, og også kolleger som driver en utillatelig praksis, mente han at det var på tide å få et hjelpemiddel som kunne hjelpe oss til å løse disse problemene. For pasienter er det viktig med en optimal behandling, men med økende kostnader innen helsevesenet må man også tilstrebe en optimal helseøkonomi. Handlingsprogrammer vil kunne effektivisere, rasjonalisere og økonomisere vår drift.

Under overskriften "Handlingsprogram: Tvangstrøye eller hjelpemiddel", fikk deltagerne en god innføring i medisinsk problemløsning, og våre muligheter til standardisering og forenkling av Dag Hofoss. Konklusjonen: "Det effektive helsevesen er det som er villig til å gjøre feil og velge de riktige risikoene", huskes...

Med utgangspunkt i diagnostiske og terapeutiske handlingsprogrammer, tok Øystein Pedersen opp problemene med å utarbeide og bruke disse i almenpraksis. I den diagnostiske prosess i hverdagen, får vi mange usikre og upålitelige data både fra oss selv og pasienten. I tillegg møter vi på mange udiagnostiserbare problemer, og lav sykdomsspesifisitet. Terapeutiske handlingsprogram krever at pasienten har en diagnostiserbar tilstand. I tillegg må terapien vi setter inn ta hensyn til pasientens livssituasjon og sykdomsoppfatning for å få best mulig pasientcompliance. Og hvor blir det av "legekunsten" dvs. legens valgfrihet, i handlingsprogrammene?

Til slutt gjennomgikk Ola Lilleholt hvordan vi i praksis kunne lage oss handlingsprogram eller algoritmer. Vi må først identifisere og avgrense et problem, strukturere problemet over tid, og deretter velge handling. Designen av selve programmet kan f.eks. være lærebok, synopsis/konsensus eller handlingstre.

Siste dags foredrag og innlegg var samlet under overskriften: "Faglige aktiviteter: ide og inspirasjon." Kenneth Widang, gjest den svenske foreninga for almenmedisin, ga oss et godt innblikk i videre- og etterutdanning av almenpraktikere i Sverige. J.A. Stauning, gjest fra

det danske selskapet for almenmedisin, fortalte om erfaringene de hadde med såkalte pasientgrupper i Danmark, videre om utarbeidelse og bruk av handlingsprogram for hypertensjon.

Fra norsk almenpraksis ble vi imponert over "Siljanposten" (presentert av Gisle Roksund) som et middel i forebyggende helsearbeide/publikumskontakt i en liten kommune. Eilif Rytter fortalte hvordan det kan være praktiske problemer med å få til faglige møter for og av almenpraktikere i en stor by som Oslo. Trond Finboud ga oss et eksempel på hvordan de i Skedsmo kommune har fått til ukentlige fredagsmøter som et godkjent kursopplegg. Petter Bugge avrundet med en gjennomgang av problemer og gleder en almenpraktiker kan ha ved bruk av NSAM's apotekstatistikk.

Som en novise innen almenpraksis, sitter jeg etter seminaret igjen med tro og bevis på at en kan beholde engasjement og entusiasme som almenpraktiker selv etter mange år i faget. "Burn-out"-syndromet har ikke rammet alle, i alle fall ikke deltakerne på NSAM-seminaret. Jeg håper at seminaret blir en tradisjon som etter hvert kan nå mange almenpraktikere. Det er viktig ikke bare å få med entusiastene, men også en porsjon av oss som begynner å tvile på vår plass i faget. En "ny vår" kan oppleves.....

## Årsmøte i NSAM 25.-26. oktober

NSAM's årsmøte er lagt til Tromsø i år, og det er Institutt for samfunnsmedisin der som har ansvar for programmet som foreløbig er annonsert slik:

25.10.

### Formiddag:

1. Flere almenpraktikere har utarbeidet strukturerte opplegg som de benytter i sin praksis. Ett slikt program vil bli tilsendt deltakerne i god tid før møtet. Man tar sikte på å diskutere behovet for slike program. Er det ønskelig og mulig å utarbeide et felles program for almenpraksis i vårt land? Forslag til evaluering av programmet(ene).

2. Samarbeid almenpraksis/sykehus.

3. Nye trender i diabetesbehandlingen.

### Ettermiddag:

1. Cytostaticabehandling.

2. Kaffe: "et farlig gode". De siste forskningsresultatene på området.

3. Kommunediagnoser: Hva er mulig?

4. Studentenes hovedoppgaver. Eksempler på oppgaver fra almenpraksis.

Dessuten vil det arrangert en avdeling med posters.

### 26.10. Generalforsamling

Nærmere opplysninger fra Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø: tlf. 083-86560.

Påmeldinger til

SAS reisebyrå  
Postboks 437

9001 Tromsø.

Eller tlf. 083-84020.

## Forskningskurs: Chaos to clarity

European General Practice Research Workshop arrangerer med støtte av WHO' Europakontor et almenmedisinsk forskningskurs 4.-9. november 1985. Påmelding til

Mrs. V. C. Duncan,  
Administrative Secretary, EGPRW,  
570 Strathmartine Road,  
Dundee, DD3 9QP,  
Skottland

Amanuensis Dag Bruusgaard ved  
Institutt for almenmedisin i Oslo  
kan også gi nærmere opplysninger.  
Tlf. 02-563390.



## 11th Conference of the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

Barbican Centre for Arts and  
Conferences  
London 1-6 June 1986

Patron: Her Majesty the Queen

Host College

The Royal College of General Practitioners

### The final announcement for WONCA 1986, including details of

- \* THE CALL FOR PAPERS
  - \* REGISTRATION
  - \* HOTEL ACCOMMODATION
  - \* SOCIAL EVENTS AND TOURS
  - \* ACCOMPANYING GUESTS' PROGRAMME
- IS NOW AVAILABLE

For full details please contact:

**The Norwegian College of  
General Practitioners**  
Frederik Stangsgt 11/13  
Oslo 2

Conference Secretariat:

CONFERENCE ASSOCIATES WONCA  
27A Medway Street, London SW1P 2BD  
United Kingdom  
Telephone 01-222 9493  
Telex 934346 CONFAS G

# Med Utposten til Uppsala, 27. - 30. april 1985

## EN STEMNINGSRAPPORT

Terje Bøe  
Kommunelege i Rindal

I løpet av det siste års tid har det på nordisk basis vært samarbeidet for å få istand et møte omhandlende infeksjoner i primærhelsetjenesten, med professor Per-Anders Mårdh, Uppsala, som leder og initiativtager.

Tanken bak, og kanskje den induserende kraft til et slik arrangement, var det faktum at det aldri tidligere har vært holdt konferanse hvor man har tatt for seg dette området samlet, dette til tross for infeksjonssykdommenes brede plass i primærhelsetjenesten.

Det var i opplegget også innlemmet en pressekonferanse i Stockholm, hvor de store aviser i de nordiske land samt kringkastinger var invitert, samt de medisinske tidsskrifter.

Utover 5-6 svenske aviser samt Nordisk Medicin og Utposten, var det et glimrende fravær, men det var vel slik man måtte forvente det. "Alminnelige ting" som folk flest rammes av direkte såvel som indirekte adskillige ganger i løpet av et liv, har ikke nyhetens interesse, og blir således ikke honorert med spalteplass.

Ulike fakta omkring emnet ble presentert, velkjent er det at ca. 1/3 av alle konsultasjoner/besøk i primærhelsetjenesten skyldes infeksjoner, og kun svært få av disse henvises videre. Ca. 85% av all antibiotikaforordning skjer utenfor sykehus. Primærhelsetjenestens spindelvevsformede nettverk ut i det omkringliggende samfunn gir et utall av utnyttede muligheter for epidemiologiske undersøkelser.



Møtets blide vitenskapelige komite, fra v.: Per-Anders Mårdh, Anna Schwan, Birgitta Hovellius, Christian Borchgrevink, Oleg Gorbatow, Carl Erik Mabech, Kristina Stenberg, Johann A. Sigurdsson, Gøsta Tibblin.

Ufattelig lite er gjort av systematiske undersøkelser på området pasientinformasjon, osv., osv.

I en viss kontrast til dette står det faktum at infeksjonsmedisinen hittil hovedsaklig har vært dosert av sykehusmedisinere, med et synsfelt selvfølgelig både begrenset og farget av omgivelsene.

Faglig sett var møtet innholdsrikt, et stramt program med lange dager. Innleggene var jevnt over svært gode, men for enkelte kunne det kanskje ha vært antydning av strammere ramme for dette tema.

Karakteristisk var de mange symptombetegnende innfallsvinkler. Pasienten kommer som kjent ikke til legen med akutt tonsillitt, men med vondt i halsen, ikke med otitis media men med vondt i øret osv. Mht.

antibiotika og forbruksmønster i de ulike land, gjorde Island seg spesielt bemerket både pga. det store antibiotikaforbruk, og pga. det uforholdsmessig store forbruk av bredspektrede midler.

Sverige særmerket seg ved ikke å anvende sulfa-preparater som førstehåndsmiddel ved urinveisinfeksjoner, noe som vakte både diskusjon og protester især fra våre danske kolleger.

Også blant organspesialistene er det i de ulike land forskjellig i behandlingstradisjoner, og det er vel gjerne et speilbilde av dette som ofte gjør seg gjeldende hos almenpraktikerne.

Gøsta Tibblin i sitt innlegg om ikke-farmakologisk behandling til oppjustering/maksimering av den velkjente "placeboeffekten", eller "forventningseffekten". Her foeligger åpenbart mye ugjort



arbeid når det gjelder systematiske undersøkelser.

Deltagerne var inndelt i ulike arbeidsgrupper som tok for seg ulike aktuelle temaer som "infeksjon i barnehagen", "den forkjølte familien", "pasientinformasjon", "bruk og misbruk av antibiotika", osv. osv.. Hver gruppe utarbeidet rapporter som også vil inngå i den kommende lærebok.

Rammen omkring møtet var den beste, lagt til tradisjonsrike omgivelser i Uppsala, Det gamle Sveas Rikes sentrum, med et Universitet som er over 500 år gammelt og som har fostret berømtheter hvis navn og gjerninger vil forbli stående som milepæler, vi nevner Carl von Linné, Olof Rudbeck og Anders Celcius.

Før den faglige start første dag var det arrangert rundtur i Linne's fotspor. Dessverre var årstiden litt feil, en kombinasjon av en sen vår og et dårlig vårvær samt en botanisk hage uten grønne vekster, gir knapt et riktig bilde av Linne's system, men en formidabel guide gjorde det til en fin opplevelse som ga mersmak til en repetisjon sommerstid.

Andre ingredienser som bør nevnes: Mottagelse på Uppsala Universitet, konsert med jazzinspirerte toner, og tilsist festmiddag på Uppsala Slott, hvor inspirerte talere hedret de som hedres skulle.

Totalt sett et kurs/møte ledet og gjennomført med den beste presisjon, - et opplegg som kunne være et mønster for andre arrangører i inn- og utland.

Tør vi være så optimistiske å antyde ønsker om lignende mønstringer for andre fagområder innen primærhelsetjenesten.....

Det var ikke vårens vakreste eventyr, til det var det fortsatt for mye vinter, - men det var vårens mest spennende og interessante almenmedisinske eventyr.

Spennende og interessant blir det også å se den kommende lærebok, behovet er stort og velkommen skal den være. ■

## 4. Nordiske kongressen i almenmedisin i Lund 12.-15. juni

□ Ola Lilleholt □

■  
Lund er en gammel og vakker by med et sus av akademisk historie og kultur som ingen gjest kan unngå å fornemme. Ca. 300 kolleger fra hele Norden møttes der til den 4. Nordiske kongressen i almenmedisin i midten av juni. I deltakerlista fantes ca. 80 navn fra Norge. Slik som i tidligere år var det et variert faglig og sosialt program. Det faglige omfattet plenumsforelesninger, frie foredrag, symposier, minisymposier, poster-sesjoner, posterdiskusjoner og ekskursjoner til vårdcentraler, privatpraktiserende leger og avdelingen for preventiv medisin i Malmö. Kongresskomiteen, organisasjonskomiteen og kongresssekretariatet hadde gjort et grundig og imponerende forarbeide: det store antallet parallelle aktiviteter og snevre tidsrammer gjorde det nødvendig å vise disiplin både fra foredrags- holdere og møteledere.

Som deltaker kan en bli mildt fortvilet over å skulle planlegge sitt private cruise gjennom kongressen. Dermed kan en også med stor sikkerhet si at ingen av deltakerne opplevde å få med seg eksakt de samme opplevelsene.

Posterseksjonen med ca. 70 arbeider var ny ved denne kongressen. Dette er en presenta-

sjonsform som utvilsomt er kommet for å bli. Den innbyr til direkte kontakt mellom kolleger med felles faglige interesser. Her ble det nok både utvekslet ideer og knyttet bånd som beriker lokal almenmedisinsk forskning over hele Norden. Presentasjon av posterarbeidene i mindre grupper må karakteriseres som nokså mislykkede. Tidsrammene var her så knappe at det var umulig å få i stand fruktbare diskusjoner. Norge var representert med ca. 20 posters med svært varierte temata.

Etter kongressen er boka med sammendrag av presentasjonene det viktigste souvenir. Her kan en finne igjen navn og fakta som gjør det mulig å forfølge tanke-rekker som fortapte seg i myldret av aktiviteter ved kongressen.

Været var skuffende likt juli-været i Trøndelag. Til tross for dette må de sosiale og kulturelle delene av programmet karakteriseres som vellykket. Her var det vel også slik at tilbudet var såpass rikholdig at ingen kunne delta i alt. Arrangørene fortjener ros for at det var lagt opp eget program for de barna som fulgte mor og/eller far til kongressen.

Kolleger på Island skal arrangere den 5. Nordiske kongressen i almenmedisin i 1987. Det blir et langt og spennende sprang fra det rike Skåne. ■



# Reaksjon på badstutanker i nr. 2/85

Carl Ditlef Jacobsen

Utposten leses med stor interesse, av flere grunner. Det gleder undertegnede sykehuslege og instrumentalmedisinere at dagens grasrotmedisinere har mistet mye av de skylappene vi eldre har lært å gå rundt med.

I siste Utposten fremkom visse tendensiøse ytringer som jeg prompte reagerte på. At badstua ikke bare stimulerer hjernevirksomheten, kom tydelig frem. Jeg tenker på "Tanker i badstua" med gode tegninger av KB, men med mindre gode tekster:

"Hvor går grensa mellom helseopplysning og manipulasjon?"

"Hvem har rett til å si at noens holdninger, oppfatninger og atferd bør forandres, - sjøl om de helsemessige intensjonene er de aller beste?"

"Er ikke mye av helseopplysningsarbeidet basert på oppfatninger om "den rette måten" å leve livet på?"

Man aner tendensen: liberalismen falske flagg: friheten til å gjøre som du vil uten at noen skal ha lov til å kritisere din livsstil. Denne tese er svært "in" for tiden. Vi husker den enorme oppslutning om Pilsaksjonen.

Jeg vet at jeg ikke får på langt nær den oppslutningen om følgende utvidete frihetsbegrep: Ekke frihet er frihet under ansvar, et ansvar som også gjelder andre individer i samfunnet. Eksempel: En røykende gravid kvinne bør absolutt manipuleres til å slutte å røyke, - både fordi hun selv helt sikkert vil ha stor gevinst av det, og mest fordi fosterets ve og vel teller. Mener de liberale røster i Utposten at kvinnens frihetsbehov er viktigere enn fosterets?

Og hvordan skal vi løse fremtidens økende avstand mellom behandlingsmedisinens sviktende ressurser og de økende behov? Er ikke løsningen bl.a. at folk må motiveres til en sunn livsstil og egenomsorg? Derved får vi fri-

gjort midler til å ta oss av bl.a. eldre og de psykisk utviklingshemmede.

Tar jeg feil?

## På vegne av badstubaderne har Berit Olsen kommentert innlegget slik:

Carl Ditlef Jacobsen tar såmenn ikke feil: folk må motiveres til sunn livsstil og egenomsorg!

Når våre badstutanker åpenbart kan oppfattes som forsvar for friheten til å gjøre som en vil uten at noen skal ha lov til å kritisere ens livsstil, er vi glade for at han har påpekt dette; for det er langt fra vår oppfatning.

Meininga var å problematisere noe omkring helseopplysning: et begrep som på norsk kanskje er tilslørende verdinøytralt(?). WHO har f.eks. en definisjon på health education som poengterer ikke bare opplysningsvirksomheten (informasjonen), kunnskaps- og holdningssida, men som også understreker at det gjelder om å endre adferd som gjelder helsemessig uheldige faktorer.

Det vi ønsket å markere var forskjellen på pedagogiske tiltak (i betydningen: informasjon som bakgrunn for kunnskap og sjelstendige valg) og manipulatoriske

tiltak (i betydningen bevisste eller ubevisste kunstknep).

Når vi ønsker at folk skal ta ansvar for egen helse, leve sunt og bidra med egenomsorg, må vi også akseptere retten til å velge "galt", dvs. helsemessig skadelig. Det mener vi er en fundamental menneskerett.

Når det gjelder den gravide røykeren, er vi enige i at det er helsepersonellens profesjonelle plikt å bibringe henne all den kunnskap vi sitter inne med og all den praktiske støtte vi kan bistå med for å hjelpe henne til å treffe et helsemessig riktig valg med hensyn til røyking under svangerskapet. Vi er derimot uenige i at det kan være en profesjonell oppgave å søke å manipulere henne til å seponere røykinga, f.eks. ved skremmelspropaganda eller patroniserende, straffende holdninger.

Og dette synes vi er kjernen i problemet, som sikkert er både CDJ's og vårt: Hvor går grensen mellom den helseopplysningsvirksomhet som respekterer personens integritet og rett til egne valg, og den som er manipulatorisk?

Vi synes at dette ville være viktig å diskutere og hører gjerne CDJ's og andre synspunkter.

### Annonsen

## Ledig vikariat

Eide kommune på Nordmøre: Vikariat som kommunelege II er ledig i 4-8 uker fra september/oktober. Kommunen har 3100 innbyggere. 3 leger i fastlønsordning. 5-delt vakt med nabodistriktet Gjemnes (tilsammen 6000 innbyggere) og ligger 35 min. med bil fra Molde. Nærmere opplysninger hos kommunelege Jon Hilmar Iversen, 6490 Eide, tlf. 072-96361 (kontor), 073-96387 (privat).



Førstehåndvalg  
ved behandling  
av lokale  
østrogenmangel-  
symptomer?

# Ovesterin (østriol)

- det naturlige østrogen

Ny, effektiv og sikker  
behandlingsform  
ved vaginitt,  
vulvitt, fluor  
og pruritus.



15 vagitorier Vnr 54 78 02  
**Ovesterin® 0,5 mg**  
1 vagitorium  
Oestriol 0,5 mg  
Witepsol S-58 q.s.  
Inføres i sliden  
Førvaras påtkomligt for barn  
Innføres i skjeden  
oppbevares utilgjengelig for barn

30 tabletter  
**Ovesterin  
1 mg**  
Vnr 44 83 65  
Oestriol  
Constit.  
P. tab. n.o. l.  
Førvaras påtkomligt for barn  
1 mg  
q.s.

15 g vaginalkrem med applikator Vnr 53 26 55  
**Ovesterin 0,1%**  
1 g. Oestriol 1 mg.  
Eutanol G, cetocrem, glycerol, cetanol, alkohol, stearyl,  
polyisorbat 80, sorbitan, monostear, acid, lact.,  
chlorhexidin, hydrochlorid, natr. hydrox., aq. purif.  
Kun til bruk i skjeden  
Bruksanvisning vedlagt  
Oppbevares utilgjengelig for barn  
Organon A/S Asker  
Fremstilt av N.V. Organon-Oss Holland

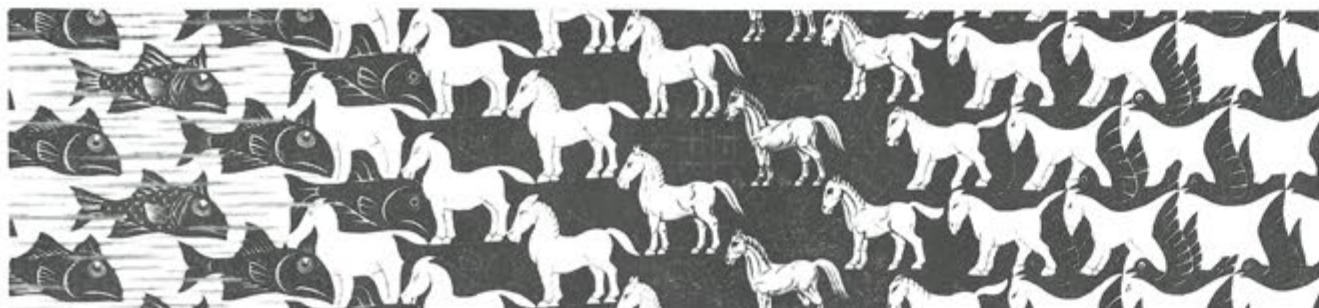
**Nyhet**

**Ovesterin** vagitorier • tabletter • vaginalkrem

For ytterligere informasjon, se felleskatalogtekst.



Postboks 325 - 1371 Asker  
Telefon (02) 78 43 65.



## CT-undersøkelser ved lumbago/ischias

□ Ola Lilleholt

Pasienter med smerter i nedre del av ryggen fyller en betydelig del av arbeidsdagen i den medisinske førstelinjetjenesta. Disse lidelsene er stort sett ikke dødelige. Av den grunn har det ikke vært mulig å studere i detalj de anatomiske og fysiologiske substrat for smertene. Medisinere, kiropraktorer og osteopater har tumlet med mange teorier og hypoteser. Medisinere har kanskje mer enn andre lagt stor vekt på psykologiske og funksjonelle smertemekanismer: Det som en ikke har kunnet se ved hjelp av det blotte øyet, mikroskop eller røntgenteknikker har vært rubrisert i gruppen "funksjonelle plager". Skarer av lidende medmennesker har vært friskmeldt som hypokondere og marodører på grunnlag som har vært mer enn svakt. Slike feiltakelser belaster ikke bare den aktuelle legen i det aktuelle tilfellet. Når en av våre pasienter utsettes for en urettferdighet, er det et nederlag for legenes profesjonelle standard og den akademiske medisin. Det kunne skrives bøker om vår mangel på naturvitenskapelig holdning i forhold lumbagosmerter. La det bare være sagt her at en neurosedidiagnose også bør bygge på en anamnese og observasjoner som angår pasientens mentale opplevelser, ikke bare at legen ikke er i stand til å sette fingeren på det

eksakte origo for pasientens ryggsmertene.

Det er også alvorlige problemer forbundet med seleksjon av pasienter for kirurgisk behandling. Revisjoner av opererte pasienter har i flere gode undersøkelser fra det siste 10-året vist at 70-80% ikke burde vært operert (1,2)

I en artikkel av Dieter Schellinger i en av de siste utgavene av Medical Clinics of North America (3) finnes oppmuntrende nyheter om bruk av computertomografi (CT) ved lumbago/ischias. Det viser seg at det ved CT, eventuelt kombinert med innjeksjon av kontrast, er mulig å framstille detaljerte bilder av discus, spinalkanal, bueledd og andre aktuelle strukturer som gir årsak til såkalte spondylogene lumbagosmerter. Stråledosen ved en slik undersøkelse er i samme størrelsesorden som det pasienten får ved myelografi. Undersøkelsen tar ca. 30 minutter.

Schellinger deler lumbagosmertene i to grupper: de degenerative og postkirurgiske:

### DEGENERATIVE FORANDRINGER

Fysiologiske aldersforandringer med skumpning av discus leder til instabilitet i et vertebralt segment. Dette fører i sin tur til feilbelastning i bueledda med arthrose og subluksasjon. Anatomien kan ytterligere forstyrres ved at virvlene glir i forhold til hverandre horisontalt og/eller vertikalt med forsevrning av foramen intervertebrale til følge. Fortykkelse av lig. flavum

kan ytterligere bidra til å kompromittere romforholda i spinalkanalen og foramen. Endelig kan protrusjon av discus og prolaps av nukleus pulposus inn i spinalkanalen forverre situasjonen. Hver av disse anatomiske forandringene kan alene gi årsak til smerter av lumbago/ischiastype. Enkeltvis eller sammen kan de klemme spinalnerven i foramen ("lateral spinal stenose") eller direkte kompresjon av cauda equina eller conus ("sentral spinal stenose").

### Nukleusprolaps

("herniated disk") står i en særstilling som patogenetisk faktor: vesentlig fordi det har forholdsvis stort volum og derfor kan gi årsak til dramatiske og plutselige sykdomsbilder.

### Nukleusprotrusjon

("bulging disk") består vel ikke alltid av nukleus, men er kanskje oftere en protrusjon av degenerert annulus fibrosus. Dette skal være et hyppig funn ved CT-undersøkelser. Det var Cyriax som i sine bøker først skilte mellom "nukleusprotrusjon" og "nukleusprolaps". Tidligere har det vært en vanlig oppfatning at "bulging disk" ikke kunne gi årsak til ryggsmertene, men Schellinger skriver at denne oppfatninga nå må revideres.

### Lateral spinal stenose

Dette kalles også "lateral recess stenosis" og omfatter tilstander med redusert volum av den laterale trekantformede del av spinalkanalen hvor spinalnerven løper ut mot og gjennom foramen intervertebrale. Tilstanden kan

# TENK SJØL

være kongenitt (angivelig nok så sjelden) eller ervervet dvs. sekundært til "bulging disk", laterale nukleusprolaps og osteofytter, hypertrofi og subluksasjoner i bueledd. Epidural fibrose spiller en rolle i en del tilfeller. Lateral spinal stenose er en hyppig årsak til kompresjon av spinalnerven med irradierende smerter og perifere forstyrrelser av sensibilitet og motorikk til følge.

## Sentral spinal stenose

Forsnevring av spinalkanalen med trykk mot spina equina gir ofte smerter som letter ved at pasienten bøyer seg forover (sitter på huk eller går med en lutende holdning). Cyriax beskrev i sine bøker også dette symptomet og forklarte det slik at bedres plassforholda i denne stillinga bedres ved at ligamentum anterius strammes slik at protrusjonen/prolapset presses helt eller delvis tilbake på plass. En del av disse pasientene har også en claudicatio intermittens som kan minne om det en ser ved atherosclerose i underekstremitetenes arterier: men her finner legen altså gode pulsasjoner i føttene.

## Bueledda

Schellinger skriver at disse er en vesentlig årsak til lumbagosmerter. Særlig svarende til de to nederste segmenta er det svært vanlig å finne bueleddsarthrose. Dette kan gi årsak eller medvirke både til lateral og sentral spinal stenose. I en analyse av 243 pasienter som har vært studert med CT fant Carrera (4) at bare 20% hadde nukleusprolaps mens 57% hadde abnorme bueledd. I Schellingens eget materiale på 163 undersøkelser var det 15% med nukleusprolaps og 34% med bueleddsforandringer.

## POSTKIRURGISKE RYGG-SMERTER

I mange tilfeller persisterer det smerter etter operasjoner for ischias. Årsaken er her som oftest lateral spinal stenose. Fjernelse av nukleus bereder grunnen for et nytt problem: nemlig radikulopati på kontralateral side på grunn av øket belastning i bueleddet her med lateral spinal stenose til følge. Andre årsaker til vedvarende smerter er recidiv av nukleus-

prolaps i samme segment eller i et annet segment, epidural fibrose og adhesiv arachoiditt. De to siste kan sees på som arforandringer etter det kirurgiske inngrepet og har et karakteristisk utseende ved CT-undersøkelsen. Schellinger skriver at pasientene med smerter som persisterer eller oppstår på ny etter operasjon fortjener og trenger en metikuløs undersøkelse før eventuell reoperasjon.

## Utsikter framover

Det er åpenbart at vi her har fått et redskap som vil skaffe oss lenge etterlengtede kunnskaper om lumbago/ischias. En kan ane konturene mange spennende prosjekter både når det gjelder diagnostikk og behandling. Bl.a. åpner det seg muligheter for å kunne studere effekter f.eks. av manipulasjon og andre fysiske behandlingsmodaliteter.

## Litteratur:

1. Wood KM: New approaches to treatment of back pain. West J Med, 1979; 130: 394-398.
2. Burton CV: Lumbar disk disease. In Finneson BE(ed): Low back pain. Philadelphia. JE Lippincott Co.. 1980.
3. Schellinger D: The low back pain syndrome. Diagnostic impact and high-resolution computed tomography. Med Clin North Am, 1984; 68: 1631-1646.
4. Carrera GF, Haughton VM, Sivertsen & al.: Computed tomography of the facet joints. Radiology. 1980; 134: 145-148.

"Tenk sjøl!" avslutter redaktøren etter å ha behandlet temaet Bedriftslege Dnlf på lederplass. Det han åpenbart mener, i hvertfall etter innholdet å dømme, er: Tenk på deg sjøl! La ikke noen ta fra oss (almenpraktikere) våre beitemarker! Forslaget om innføring av tittelen Bedriftslege Dnlf er et av mange initiativ for å heve den faglige standard innen Bedriftshelsetjenesten. Hvor lenge skal dette fagfeltet lide under å være almenpraktikernes venstrehåndsarbeid? Bedriftshelsetjeneste er ikke et tilbud om legetjeneste til arbeidstakere. Bedriftshelsetjeneste er et arbeidsmiljøtiltak og må derfor ivaretaes av folk som har greie på arbeidsmiljø. Det står flere andre yrkesgrupper klar til å ta over dersom legene svikter i denne sammenheng.

Hva er det så som er så galt i at Dnlf skaper grunnlag for å gjøre dette til en hovedfunksjon for dem som føler seg tiltrukket av dette fagområdet? Hva er galt i å motivere leger til å rette sin videre- og etterutdanning inn mot arbeidsmedisin? Bør ikke arbeidslivets behov gå foran snevre gruppeinteresser innen legestanden?

Tenk sjøl, ikke bare på deg sjøl!

# Grunnkurs i almenmedisin

(Del 1-4, høsten -83 - våren -84)

□ Arve Lie    
almenpraktiker, helse-  
tjenesten ved Universitetet  
i Oslo

■ Universitetet i Oslo arrangerte for første gang et 4 ukers grunnkurs i almenmedisin for almenpraktikere i tidsrommet høsten -83 til våren -84. De første 3 ukene ble avholdt på Sanner Turisthotell på Hadeland. Siste uken ble arrangert i Oxford og London.

I kurskomiteen satt Dag Bruusgaard, Institutt for almenmedisin i Oslo, Kirsti Malterud, Rodeløkka bydelslegesenter, Janecke Thesen, distriktslegekontoret i Lærdal, Øystein Pihlstrøm, Markveien legesenter i Oslo.

Del 1 som tidligere er anmeldt i UTPOSTEN tok for seg forebyggende helsearbeid i almenpraksis. Deltakerne foretok en forhåndsregistrering fra egen praksis før kurset. Det foregår åpenbart en

god del forebyggende virksomhet i almenpraksis, men mye av denne virksomheten kan med fordel systematiseres bedre. Bedriftshelsetjeneste som en integrert del av almenpraksis ble også berørt.

Del 2 omhandlet kvalitet i almenpraksis. Kvalitetskontroll bør være en naturlig del av praksisen.  
- Bruker vi tiden fornuftig?  
- Er journalene bra nok?  
- Er vi tilgjengelige for pasientene (eller er vi bestandig på kurs)?  
Forhåndsregistrering fra egen praksis dannet et nyttig utgangspunkt for kurset.

Del 3 var viet temaet : Almenpraksis- norm eller mangfold? Tidsbruk, strukturering av journal, bruk av EDB, behandlingsprogrammer og bruk av sannsynlighetsteori var av de temaene som ble berørt. Forhåndsregistrering av konsultasjoner fra egen praksis mht. hvordan man utreder, behandler og hvorfor man gjør det slik, dannet et nyttig utgangspunkt for gruppearbeidet.

Del 4 omhandlet klinisk almenmedisin og var lagt til England for

å studere engelsk almenmedisin som har produsert mye viktig almenpraktikerlitteratur de siste årene.

I engelsk almenpraksis arbeides det systematisk med konsultasjonsteknikk, og supervisjon av denne er en del av utdanningen i almenmedisin.

Kursdeltagerne fikk prøve seg i rollespill og dette var en nyttig erfaring som ga mersmak. Del 4 er forøvrig omtalt i forrige nr. av UTPOSTEN

Sentralt i alle kursene har gruppearbeidet stått.

Forberedelse til kurset i form av praksisregistrering har også vist seg å danne nyttig grunnlag for gruppearbeidet. Diskusjonene blir gjerne mer jordnære på denne måten.

Målsetningen med kurset var å lage et utvidet kurs i "Almenmedisin for almenpraktikere".

At det er behov for slike kurs synes åpenbart og i den nyopprettede spesialitet i almenmedisin er også et slikt 4 ukers grunnkurs obligatorisk.

Jeg tror Legeforeningen gjør klokt i å lytte til de erfaringene som kurskomiteen har fått i løpet av 4 meget interessante og vel gjennomførte kurs. ■

Det er ikke lenger noen grunn for å vente:

## infodoc

Det ledende datasystem for helsetjenesten leveres nå på PC'er. Flerbrukerløsning. - Rutiner for lønn, regnskap, statistikk o.s.v. kan leveres som tillegg til Infodoc. Finansieringsbistand.

Kontakt: Informasjonssystemer, Bergen. Tlf. (05) 29 69 98.

# ERRATA

I Nr. 2/85, "Finnmarksnummeret", skjedde to glipp som vi ønsker å korrigere:

1. Til artikkelen "Oppvekstkår og helse i Finnmark" av Tone Tveit og Leif Brunvand er to figurer falt ut. Disse figurene er tatt med her. Figur 1. viser hvor stor spedbarnsdødeligheten kunne være i ett lite fiskevær ved århundreskiftet, enkelte år døde opp til 20% av barna før de rakk å bli ett år. Fig. 2 gir ett visuelt

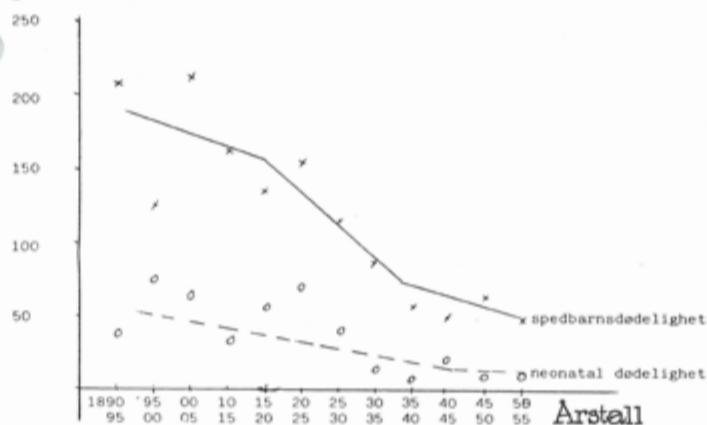
inntrykk av den store forskjellen det har vært mellom Finnmark og resten av landet med hensyn til spedbarnsdødelighet i dette århundre.

2. I tabell 1 side 47 står det oppført 0.01 for telefoner under Hammerfest. Korrekt tall skal være 1.00.

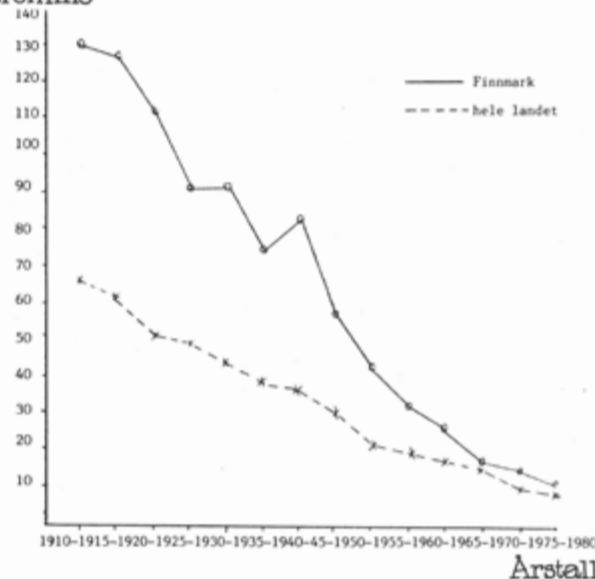
Neonatal og spedbarnsdødelighet i Gamvik kommune i perioden 1890-1950. Tallene er fra prestens arkiv. Figur 1

Døde barn under ett år pr. 1000 fødte i Finnmark fylke og for hele landet mellom 1910 og 1980. Tallene er hentet fra Statistisk Sentralbyrå. Figur 2

Dødelighet i promille



Spedbarnsdødelighet i promille



## Helsearbeidere til U-land

Norsk forening for internasjonale helsespørsmål skal igjen avvikle sitt kurs for helsearbeidere til U-land på Hellerud gård i Nittedal i perioden 17.-28. september. Kurset er bygd opp rundt sentrale temaer for alle som er interessert i U-landsmedisin, både for dem som har konkrete planer om utreise, men også for andre

interesserte.

Temaene omfatter primærhelsetjeneste, tropemedisin og -sykdommer, forebyggende helsearbeid, katastrofemedisin, kirurgi, obstetrikk/gynekologi, mor/barn og ernæring. Av kursprogrammet kan en også se at det er satt av tid for undervisning ved sosial-

antropolog og praktiske øvelser i å tilberede mat fra forskjellige vanlig tilgjengelige råstoffer i U-land.

Nærmere opplysninger fra kurssekretær Anne Bærug, NFIH, Postboks 295, Sentrum, 0103 Oslo 1, eller i telefon 02-118362.

### Annonsen

Norsk forening for internasjonale helsespørsmål arrangerer kurs for helsearbeidere til U-land

Kurset holdes på Hellerud gård i Nittedal 17.28. september d.å.. Søknadsfrist 15. august. Søknaden skal inneholde opplysninger om utdannelse, praksis og evt. planer/avtale om utreise. Alle interesserte kan søke. Søknaden sendes til: Kurssekretær, NFIH, Postboks 295, Sentrum, 0103 Oslo 1.

■ Pasienttilfredshet (patient satisfaction) er et begrep vi idag ikke kommer utenom. Spesielt innen primærhelsetjenesten er det viktig at pasientene er fornøyd med den service de får. Det er ikke nok at legene stiller korrekt diagnose og gir den riktige medisinske behandling. Det at pasienten blir tilfreds med den måten de blir tatt hånd om på er en viktig forutsetning for at legens råd skal bli fulgt og at folk ikke stadig skifter lege.

Ved hjelp av spørreskemaundersøkelser på pasienttilfredshet får befolkningen anledning til å uttrykke sin mening og misnøye med helsetjenesten. Videre får legene bedre mulighet til å korrigere sine uheldige sider, og politikerne kan få nyttig informasjon til fremtidig helseplanlegging.



# Fornøyde pasienter - mål eller middel?

□ Olav Thorsen   
bydelslege i Stavanger

Olav T. er cand. med fra Bergen 1976. Fra 1980 er han bydelslege i Stavanger, nærmere bestemt ved Kvernevik legesenter.

## Fornøyde pasienter - mål eller middel?

Det at vi almenpraktikere er faglig flinke leger, stiller de riktige diagnoser og gir den korrekte medisinske behandling, er ikke alltid en garanti for at våre pasienter blir tilfreds med våre tjenester. Dette viser en rekke undersøkelser de senere årene. Pasienttilfredshet (patient satisfaction) er blitt et begrep vi ikke så lett kommer utenom. Hva innebærer så dette, hvordan kan vi undersøke og måle pasienttilfredshet, og hvilken nytte kan vi ha av å gjøre slik måling?

## Pasienttilfredshet - definisjon og måling

Begrepet pasienttilfredshet er ikke entydig, men innebærer en rekke aspekter som kan gjøre det vanskelig å definere og måle. Mange forskjellige forhold kan gjøre at en person blir fornøyd eller misfornøyd med en lege eller den behandling vedkommende gir. Det er derfor vanlig å definere og måle pasienttilfredshet ved hjelp av flere parametre. Dermed kan man oppnå et differensiert bilde av folks opplevelser av legetjenestene, samtidig som legene selv får mulighet til å rette på forhold som pasientene er misfornøyd med.

I USA har den amerikanske psykolog Ware og medarbeidere gjort en av de mest systematiske og grundige undersøkelser på pasienttilfredshet. De inndelte spørsmålene i følgende 8 grupper:

1. Måten man blir behandlet på (art of care)
2. Teknisk kvalitet (technical quality of care)
3. Tilgjengelighet (accessibility/convenience)
4. Økonomiske aspekter (finances)
5. Fysisk miljø (physical environment)
6. Tilbud (availability)
7. Kontinuitet (continuity)
8. Effektivitet/resultat (efficacy/outcomes of care).

Måten man blir behandlet på gjelder forholdet behandler/pasient, (viser legen interesse, vennlighet, ærlighet og forståelse eller er han hensynsløs, taktløs og gjør pasienten utrygg?) Dette er kanskje de viktigste spørsmålene når det gjelder almenpraksis.

Teknisk kvalitet gjelder både legens kompetanse og behandlingens kvalitet, (virker legen dyktig, nøyaktig, instruerer pasienten eller han dårlig utstyrt, gammeldags, tar unødige sjanser?).

Tilgjengelighet gjelder alle forhold som vedrører det å få den hjelp man trenger og mener man har krav på, den tid og innsats man må investere for å få hjelp, avstand til lege, måten å komme dit på, ventetid hos legen, mulighet for å få lege hjem osv.)



# enter - lel?

Økonomiske aspekter gjelder betalingssystemene, i hvilken grad disse har betydning for den legehjelp man trenger.

Fysisk miljø den almenne atmosfære på legekantoret, bekvemmeligheter, heis osv.

Tilbud på legetjenester i regionen, tilstrekkelig antall leger og sykehusplasser i forhold til etterspørselen.

Kontinuitet hvordan er mulighetene til å få treffe samme lege hver gang man oppsøker legekantoret eller sykehuset?

Effektivitet/resultat: i hvilken grad lykkes legene i å kurere folks sykdommer, lindre deres plager, forebygge sykdom?

De forhold folk flest klager over når det gjelder primærhelsetjenesten er også de ting det er mest aktuelt og interessant å måle. Det kan være forhold som tilgjengelighet hos legene, mulighetene for å komme frem på telefonen, ventetid på å få time og ventetid på venteværelset, mulighetene for å få lege hjem, om pasientene mener de får tilstrekkelig tid til å snakke med legen osv.. Dette er spørsmål som folk flest har en formening om, og som det derfor er lett å svare på. Når det gjelder folks vurdering av den tekniske kvalitet på de tjenester som legene utfører, blir svarene ofte mere usikre. Dette fører til at svarene generelt blir mere positive på slike spørsmål, fordi folk ikke vet bedre. Det er

således sjeldnere at leger kritiseres for manglende faglig kunnskap eller slett medisinsk behandling enn for eksempel negativ holdning eller dårlig informasjon til pasientene.

Metodene for måling er delvis avhengig av hvilke spørsmål man vil ha svar på. Det vanligste er å benytte et spørreskjema, som sendes ut til en større befolkningsgruppe (postal enquete). Eventuelt kan en mindre utvalgt gruppe intervjues individuelt, og da utspørres mere utfyllende og grundig. Svakheten med et utsendt spørreskjema er at man ikke vil få svar fra alle, hvilket betyr at man ikke oppnår absolutt representative tall for befolkningen. Ved individuelle intervjuundersøkelser vil usikkerheten dreie seg om hvorvidt folk har svart åpent og ærlig på spørsmålene, og om det utvalg som er gjort også representerer en større befolkningsgruppe. Man kan også gjøre, som i en stor dansk undersøkelse, utført av Socialforskningsinstituttet, en kombinasjon av de to metoder. Her ble de som ikke svarte på det tilsendte spørreskjema oppsøkt og intervjuet individuelt (2).

Selve formuleringen av spørsmålene om pasienttilfredshet er også viktig. Graden av tilfredshet er avhengig av de forventninger pasientene har til legen og behandlingen. Man skiller mellom de realistiske og de ideelle forventninger.

## De realistiske forventningene

bygger hovedsaklig på tidligere erfaring med helsevesenet eller vedkommende lege og behandlingsform, i tillegg til den kunnskap pasienten ellers måtte ha om sin tilstand og mulighetene til å bli frisk.

## De ideelle forventningene

innebærer i tillegg de håp og ønsker pasientene har til en lege eller behandling, så som vennlighet, forståelse, mulighet for helbredelse osv. Det er viktig å få frem de ideelle forventningene hos folk, i stedet for kun å godta at de realistiske blir tilfredsstillt.

Forskjellene mellom de ideelle og de realistiske forventninger er ofte tydelig når en sammenligner forventningene hos "storforbrukere" av helsetjenester (de gamle, kronisk syke) med de "tilfeldige" brukerne (unge, ellers friske). Hos storforbrukerne vil forventningene naturlig være mest preget av tidligere erfaring med leger og sykehus. Den høye

grad av tilfredshet man derfor kan finne hos eldre og kronisk syke, kan altså være uttrykk for en desillusjonert, realistisk forventning på grunnlag av tidligere skuffelser med helsevesenet. Hos unge, ellers friske mennesker derimot, er kravene til en ideell legeservice store (kort ventetid, moderne lokaler, effektivitet osv.) Disse er således vanskeligere å tilfredsstillende, noe som ofte viser seg når grad av tilfredshet måles i de forskjellige aldersgruppene. Den kulturelle og økonomiske bakgrunn hos svarerne på slike spørsmål vil naturlig også prege resultatene. Høy sosial status/inntekt og medbestemmelse i samfunnet vil kunne gi seg utslag i at for eksempel legens informasjon til sine pasienter om deres sykdommer vurderes som svært viktig for en tilfredsstillende legetjeneste.

En av de få norske undersøkelser som er gjort i Norge på pasienttilfredshet, ble utført av Gallup/NOI for NRK i 1984. Det ble da stilt tre viktige spørsmål til folk. Det første gjaldt ventetiden på legehjelp ved sykdom. Det andre spørsmålet var om man var fornøyd med servicen hos leger utenfor sykehus. Det tredje gjaldt informasjon til pasientene, om legene gav sine pasienter tilstrekkelige opplysninger om deres sykdom. Undersøkelsen viste en generell tilfredshet med legenes service, men mange mente at ventetiden var for lang og at legene ikke var flinke nok til å informere sine pasienter.

Denne undersøkelsen viser viktigheten av å stille presise spørsmål om hva folk er misfornøyd eller tilfreds med. Den generelle tilfredshet med helsevesenet kan ellers lett tilsløre betydelig misnøye med deler av tjenesten. Jo mer detaljerte spørsmål, desto bedre muligheter får legene til å rette på ting folk er misfornøyd med.

Det er tankevekkende at en rekke undersøkelser viser at folk er mer fornøyd med legenes medisinske kvalitet (diagnostikk og behandling) enn med legens holdninger til pasientene. Folks følelse av å bli behandlet "ovenfra og ned", respektløst osv. er nedslående å høre. Men nettopp slike forhold bure vi gjør noe med ved hjelp av enkle midler, opplysning og opplæring av legene.

## Pasienttilfredshet - mål eller middel

Pasienttilfredshet kan altså ses

på som et mål i seg selv, som ett av flere kriterier på kvaliteten av legetjenester, dels som et middel i legearbeidet. Pasientenes tilfredshet påvirker utnyttelsen av helsetjenestene, i hvilken grad pasientene følger ordinasjoner (compliance), og får dermed betydning for behandlingsresultatet. Fornøyde pasienter er (selvsagt) mindre tilbøyelige til å ville skifte lege.

Det er viktig at vi leger er villige til å akseptere den kritikk og misnøye som kommer frem ved undersøkelser på pasienttilfredshet i befolkningen. Like frem til i dag har vi leger for det meste selv definert og bestemt hva som er rett og riktig når det gjelder vår service overfor befolkningen. De senere år har også politikerne fått stadig mer å si når det gjelder planlegging av helsetjenestene. Den tredje part, pasientene selv, folk flest, har stort sett måttet stå med hatten i hånden og takke og bukke.

Ved hjelp av undersøkelser på pasienttilfredshet kan vanlige folk få anledning til å si hva de mener om de tjenester vi yter.

Slike undersøkelser tjener altså flere formål:

1. Legene får anledning til å vurdere og forandre på de ting folk er misfornøyd med.
2. Politikere og helseplanleggere kan få viktig informasjon om hva folk flest ønsker av helsetjenester, og hvorledes ressursene skal fordeles.
3. Befolkningen får anledning til å komme med kritikk overfor legene og helsevesenet, som ellers for det meste er kommet il uttrykk via dagspresse, i lesebrev og sensasjonsreprotasjer.

Det er på tide at vi tar våre pasienter med på råd, og at folk får anledning til å si hva de mener om oss og våre tjenester. Måling av pasienttilfredshet er en av måtene dette kan gjøres på. ■

### Litteratur:

1. Pasienters tilfredsstillelse med vård: begreppet, dess matning og anvending. Medicinska forskningsrådet, Stockholm 1980.
2. Forbrugerundersøkelse i den primære sundhetstjeneste. Socialforskningsinstituttet. København 1983.

## Continuing care

The Management of Chronic Disease

Redigert av John Hasler og Theo Schofield  
Oxford University press -84  
310 sider.

Per Stensland

■ Denne boka er resultatet av et samarbeidsprosjekt mellom almenpraktikere og er redigert av forfatterne. Den inngår i Oxford University Press' almenpraktiker-serie og er således beregnet for almenpraktikere. Bidragsyterne er alle kolleger i Oxford-området. Det lokale kollegiale miljø må således ha sterke kvaliteter. De generelle kapitlene tar for seg problemets omfang samt psykologiske og sosiale aspekter. Her presenteres også bokas hovedbudskap: Kroniske sykdommer er en hovedforutsetning for almenpraktikeren. Konkret kunnskap om enkelt sykdommer er ikke tilstrekkelig for å møte denne utfordringen. Det hele er også et spørsmål om praksisorganisering. Legene trenger oversikt over pasientgruppene størrelse og journalsystemene må forbedres. Forfatterne foreslår her diagnoseregistre, forbedrede journaler med oversiktsark, temaark for enkelte kroniske sykdommer, ev.t sjekklister som kan hjelpe legen å huske alle sider av oppfølgingen. Det argumenteres for egne klinikdager for enkelt sykdommer med kontorsykepleier i fremskutt plass i pasientarbeidet. I den spesielle delen blir 10 sykdomsgrupper gjennomgått med samme vinkling. Delforfatterne har her vært fristet til å ta med for mye kjent bakgrunnsstoff om hver sykdom. Strammere redigering med fokusering på praktisk oppfølgingsarbeid ville forbedret denne delen. Det ville også redusert sidetallet.

De spesielle kapitlene avsluttes med krav til organisering av praksis for å møte de ulike pasientgruppene behov. Dette vil gjøre boka særlig nyttig som utgangspunkt for praksis - policy - diskusjoner i almenpraktikermiljøene. ■

## The doctor-patient relationship

Paul Freeling og Conrad M Harris  
Churchill Livingstone -84  
130 sider

Per Stensland

■ Boka er en samling artikler i The Practitioner og kom første gang ut i -66 som resultat av samarbeid mellom to praksiskolleger. Siden er boka revidert, siste gang i -83.

På tross av beskjedent omfang er dette en innholdsrik bok. Den tar opp mange sentrale emner i legepasientforholdet. Hele veien er framstillingen krydret med en hærskare tildels treffende kasuistikker.

Med beina godt plantet i god engelsk Balint-tradisjon står psykodynamisk tankegang sentralt i en rekke kapitler, men forfatterne bruker også andre teoretiske modeller. Morsomst er boka når den med utgangspunkt i transaksjonsanalyse tar for seg vanlige kommunikasjonsfeller i legepasientforholdet.

Alt i alt er boka en imponerende framstilling av mangfoldet i samarbeidet mellom lege og pasient og av hvordan erfarne almenpraktikere med fininnstilt radar for kommunikasjon kan snappe opp viktige tråder og forfølge dem til en god avslutning.

Det samme mangfoldet blir også bokas svakhet. De mange teoretiske innfallsvinkler og de mange kortfattede kasuistikker bidrar i liten grad til å skape oversikt over emnet. ■

# Hva hender når et ulcerogent legemiddel setter seg fast og løser seg opp i øsofagus?

**70%** av pasientene som har vært utsatt for at legemidler satte seg fast i øsofagus og siden forårsaket sår-dannelse eller strikturer, merket aldri at legemiddelet satte seg fast i øsofagus når det ble gitt. Symptomene opptrådte først 6-8 timer etter at legemiddelet var inntatt.

Symptom: 1. Retrosternal smerte.  
2. Vanskeligheter med å svelge.  
3. Smerte ved inntak av både flytende og fast føde.

**30%** av pasientene som fikk sår-dannelse/strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornytt væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofaguslimhinnen som holder tilbake det ulcerogene legemiddelet. De fleste pasienter som kommer ut for at et ulcerogent legemiddel setter seg fast i øsofagus, opplever de verste smertene 3-4 dager etter at legemiddelet har satt seg fast.

I Sverige ser Socialstyrelsen så alvorlig på dette at de har foreslått å innføre preklinisk testing av alle legemidler med tanke på øsofagusskader.

Undersøkelser har slått fast at det er medikamenter som tetracycliner som har medført de fleste skadene. Lymecyclin (Tetralysal®) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. Tetralysal® er ikke et ulcerogent legemiddel.

#### Referanser:

*Tabletter och kapslar kan fastna i matstrupen och orsaka svåra skador på denna!*

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

*Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.*

(Björn Carlborg, Läkartidningen vol. 73, nr. 48, 1976.)

*Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.*

(Björn Carlborg, O. Densert, C. Lindquist.)

The Laryngoscope, vol. 93, nr. 2, februar 1983.

*Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. A propos de 5 cas.*


(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm, Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.)

*A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.*

(Thomas F. O'Meara, Maj. MC.)

For øvrige opplysninger om Tetralysal®, henvises til felles-katalogen.



 MONTEDISON GROUP  
FARMITALIA  
CARLO ERBA  
Postboks 53, 1371 ASKER  
Tlf. (02) 79 07 60

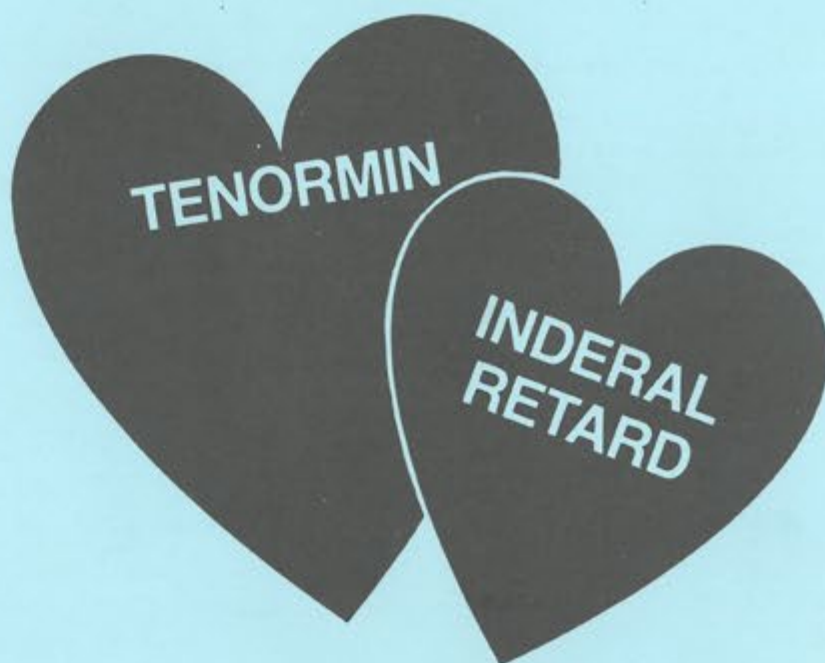
Tetralysal®  
lymecyclin

RUTLE OLAV  
Slettmark 2  
2050 Jessheim

RETURADRESSE:  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

# Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres  
**én gang daglig**  
både ved hypertensjon og angina pectoris



... begge er resultater av ICI's  
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.