

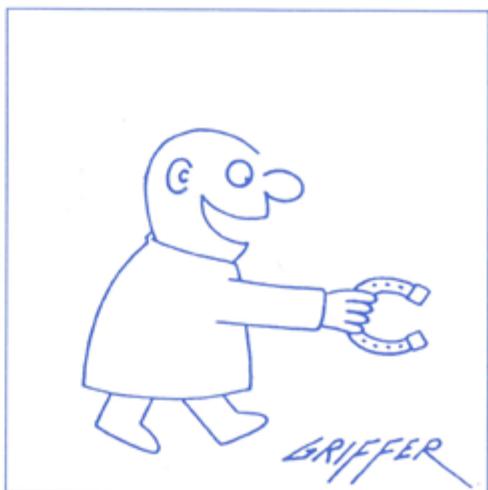
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1990

ÅRGANG 19



Hovedtema: Tro

Souligner l'équipotential
et la replacer.

Når tro ikke er nok

Jorda dør - det vet vi. 35 000 mennesker - de aller fleste av dem barn - sulter i hjel *hver dag*. Hullet i ozon-laget vokser og regnskogene dør. Pr 8 desember hadde de sprengt 25 "prøveatombomber" i 1989, altså 1 bombe annenhver uke. Krisen er et trehodet troll: Urettferdigheten i verden, masseødeleggelsesvåpnenes utbredelse og ødeleggelsen av vårt naturgrunnlag (1). Dette plager både pasienter og behandlere (2).

For noen år siden fikk jeg det for meg at det ikke var nok å hive ut tørketrommelen, legge husholdningsavfallet i kompost og sende et fast beløp til Redd Barna hver måned. I Norske Leger Mot Atomkrig hadde de et tilbud om å bli med i Brevkampanjen. Det innebærer at du får melding hver gang det registreres en ny prøvesprengning. Meldingen forteller når, hvor og hvilket land som var ansvarlig. Du utstyres med lister over ansvarlige (president, forsvarsminister, utenriksminister, ambassadør i Norge osv). Vitsen er å sende dem et brev etter hver prøvesprengning. Som lege har du både spesielle forutsetninger for å påpeke konsekvenser av atombombesprengninger, og trolig et spesielt ansvar for å gjøre det.

Nå tror du sikkert at jeg har sendt mange slike brev. Det trodde jeg også at jeg skulle. Jeg som tilogmed har PC - det der skulle jeg fikse så greit som bare det. Egen arkivmappe til meldingene og listene ble ordnet - jeg er jo et skikkelig menneske med ordenssans!

Men jeg har ikke skrevet et eneste brev. Jeg ble så fortvilet da meldingene begynte å strømme på, så overveldet og hjelpe-løs. Det er såvidt jeg greier å arkivere dem etterhvert. Statistikken pr 8 desember for inneværende år ser slik ut:

USA: 10 stykker

FRANKRIKE: 8 stykker

SOVJETUNIONEN: 7 stykker

Jeg trodde jeg var ateist, men ser at jeg har et slags forhold til en helhet i naturen, en helhet vi ikke kan fortsette å tranne under fot. Hjelpe-løshet kan jeg ha 3 slags forhold til:

- jeg kan benekte den, ved å late som det ikke er slik.
- jeg kan bli overveldet og oppgitt, og bøye meg under den uhhyggelige erkjennelsen at jeg ikke har stort å stille opp med - det nytter ikke allikevel.
- jeg kan møte hjelpe-løsheten ved å ta den som en faglig utfordring.

Hjelpe-løshet er ingen skammelig tilstand, men det er skummelig å lukke øynene for egen hjelpe-løshet hvis det er mulig å endre på forholdene (3).

Mitt private problem med den voksende arkivmappen kjenner lettere nå - det hjalp å dele det med deg. Nytt år - nye sjanser. Mon tro.

Janecke Thesen.

1. Solli H M: På vei mot en global medisinsk praksis. Inter Medicos 1989, nr 1, s 11-20.

2. Alther L: Other women.

3. Malterud K: Medisinens hjelpe-løshet. I. Allmektige ambisjoner. II. Allmennmedisinens utfordring. Nord Med 1990; 105: 27-9

Adressen til Brevkampanjen: SLMK v/Lars Öhrn, Bergkullevägen 320, S-46167 Trollhättan, Sverige

Kontaktperson i "økologisk medisin", ny referansegruppe i NSAM: Hans Magnus Solli, Solum legesenter, Pelotongveien 2, 3700 SKIEN

Redaksjonen er avsluttet 15.12.89

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

Gunn Aadland Lundvågen 20 4085 HUNDVÅG	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL K: 056 66100 P: 056 69333
K: 04 535619 P: 04 861236	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 085 51761 P: 085 51443	

Abonnement: kr 250,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98

ISSN 0800-5680

Medisinsk tro - kunst eller fag?

Leder:

Jeg tror - sier vi, når vi har tillit og forventninger.
Jeg tror - sier vi, når vi ikke riktig vet.

Helse og liv, sykdom og død - menneskelige arenaer for håp og uvitenhet. Det eneste vi kan vite helt sikkert, er at vi alle skal dø før eller senere.

Idealt for medisinsk behandling er å gjøre pasienten frisk uansett hva pasienten tror og venter. Vi forlanger medisinske virkemidler som fungerer uavhengig av menneskelig svakhet og styrke. I utprøving av legemidler har vi satt dette i system som dobbelt-blind-forsøk, der placebo-effekten er den "ugyldige" siden av medikamentets kraft.

Nocebo-effekter vil vi helst ikke snakke om. Men hva skjer f.eks. med helsen og livet til dem som blir de falskt positive ofre for screening-epidemiene? Det er viktig at vi vet hva som er hva. Det er viktig at vi handler rasjonelt på områder som kan rasjonaliseres, og at vi ikke støtter oss til virkemidler og behandlingsformer som ikke har vært systematisk evaluert. Vi skal ikke slå oss til ro med påstander om at magnettrommelterapi er godt for syke mennesker fordi noen kjenner seg bedre etterpå. Det er ikke godt nok å gi antibiotika ved sår hals fordi jeg føler at det er riktig eller tror det virker.

Medisinsk praksis må bygge sin virksomhet på en vitenskapelig tenkemåte som beskytter pasienten mot farlige eller tilfeldige innfall fra fan-



tasifulle og velmenende behandlere. Derfor er det godt at vi har teoretiske modeller som kan fortelle oss om hva som virker.

Men samtidig er dobbelt-blind-modellen en tenkemåte som i sin ytterste konsekvens kan representer et medisinsk menneskesyn der pasientens medvirkning i sin egen tilfriskning gjøres irrelevant. Der farmakologien sees uavhengig av det mennesket som medisinen skal virke på, og der legens påvirkningskraft blir et forstyrrende element.

To mennesker som får samme sykdom, blir sjeldent syke

på samme måte. Det er derfor vanskelig å tro at det finnes behandlingsformer som har en universell effekt, uavhengig av mottakerens individualitet.

Den allmennmedisinske hverdag forteller oss med påtrengende styrke at det å bli syk og det å bli frisk, henger sammen med mange flere dimensjoner av livet enn dem vi kan ta kontroll over i dobbelt-blind-forsøk. Vi vet av egen erfaring at samvær og samhandling - tro og tvil, kan være både helsefremmende og sykdomsskapende, avhengig av konteksten for den det gjelder.

Dette betyr at vi må lete etter flere slags fundament for vitenskaplig gjøring av medisinsk virksomhet. Det blir for trangt dersom vi bare skal støtte oss til modeller som gjør pasienten til et passivt og takknemlig medium for potente medisiner.

Humanistisk medisin må ta på alvor de sider av menneskelivet der livskraften kan få en galopperende kreftsykdom til å snu, - eller situasjoner der legens intensjon og intuisjon resulterer i en annen beslutningsrekke enn det som kunne synes logisk. Klinisk medisin har sin egen logikk, fordi det er det enkelt mennesket som står i sentrum, og fordi alle mennesker er forskjellige. Samtidig må også den kliniske logikk ta hensyn til gruppebaserte sannsynlighetsvurderinger.

Mange sier at fagets subjektive og individuelle sider er legekunst, og derfor aldri kan settes i system. Jeg er ikke enig. Legekunst er å forene disse perspektivene - det uavhengige og det avhengige, det logiske og det intuitive, det gruppebaserte og det individuelle, det subjektive og det objektive.

Samler vi kunnskap og erfaringer basert på en slik tilnærming, kan vi skape en ny medisinsk rasjonalitet der det blir plass til menneskene, og det vi tror på - både for pasienten og for legen. Først da kan det medisinske møtet bygge på et faglig grunnlag som samtidig er humanistisk og vitenskapelig.

Kirsti Malterud
ansvarlig redaktør for dette nummer av Utposten



"Tror du dette hjelper, doktor? ?



Eivind Vestbø tok eksamen i Oslo i 1970. Siden 1974 har han vært primærlege i Ryfylke, bare avbrutt av sykehustjeneste på Psykiatrisk avdeling, Sentralsjukhuset i Rogaland. Han er tripledoktor (allmennpraktiker, kommunelege I og helsestjef) i Finnøy.

Spørsmålet i tittelen lyder velkjent. En meningsanalyse bringer raskt fram flere viktige sider ved god allmennpraksis. Pasienten som spør, har på forhånd en tro, et håp, en tvil eller et ønske til behandlingen. Spørsmålet må også bety at han har større eller mindre grad av tillit til legen. Dette innlegget er erfarings- og meningsbasert og handler om troens og tillitens rolle i behandlingen.

Av Eivind Vestbø

Tilfellet Marta

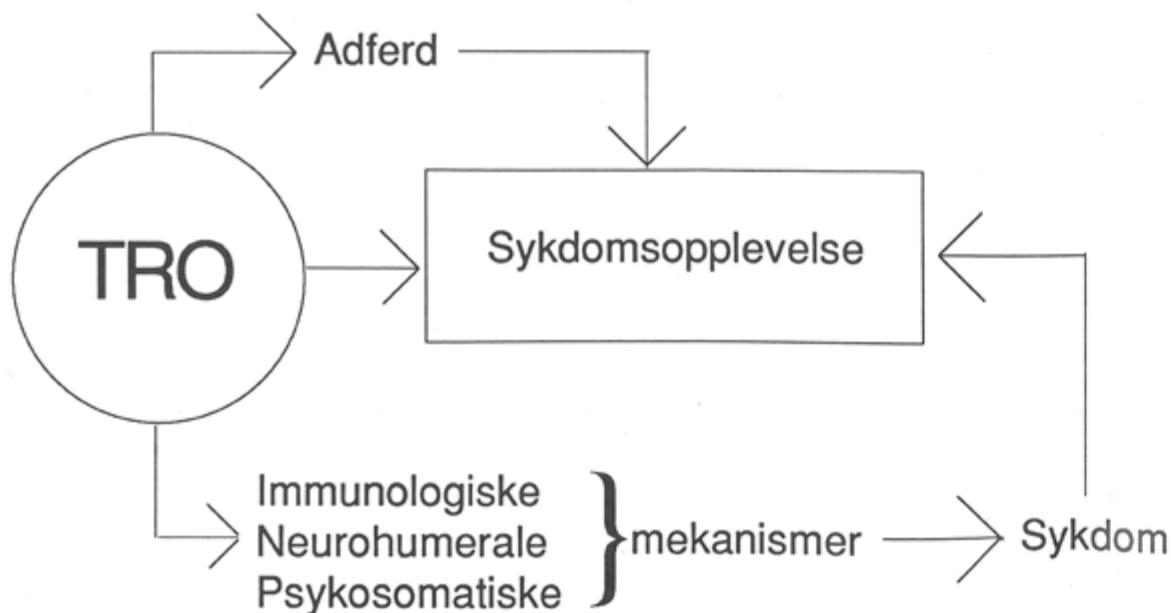
Marta og jeg møttes på utetrappa hjemme hos henne en fin sommerdag for 12 år siden. Sittende ved siden av henne i solskinnet fant jeg en svær hypertoni. Siden fulgte diabetes, vanskelig traktabel atrieflimmer og megacor. Det ble mange medisiner etterhvert. Behandlingen var ikke alltid lett å styre. Hun møtte imidlertid trofast opp på kontoret de neste 10 år.

Deretter ble kontinuiteten brutt ved min videreutdannelse.

15 måneder senere satt jeg igjen hjemme hos henne. Hun var da i elendig forfatning. Jeg kunne konstatere at hun hadde et organisk hjernesyndrom, anstrengt respirasjon, cyanose og febrilia. Hun hadde også massive ødemer, leverkant til umbilicus, lungeempning og massive fysikalia.

Det ble likevel et gledelig gjensyn. Hun hadde savnet doktoren sin og syntes ikke det var noen vits i å gå til kontroll hos andre. Gradvis forverrelse hadde hun tilskrevet aldring. Pågående som prøvde å intervenere, ble bestemt avvist. Hun ville heller ikke nå høre tale om sykehus eller kontroll ved noe

Fig. 1 Tro - et middel med mange muligheter!



legekontor. Gjensynsgleden var likevel verdt et løfte om å ta mine ordinerte medisiner.

Så reiser hun seg plutselig opp av divanen. Vi skulle ha oss kaffe. En datter kommer springende. Marta har ikke greidd å stå på beina på flere dager. Datteren blir bryskt avfeid med beskjed om å dekke bordet. Deretter marsjerer hun forbausende støtt ut på kjøkkenet for å koke kaffe. Med kaffekjelen i hånden og uten støtte, kommer hun inn igjen, skjenker i til meg, setter seg og forsikrer at nå er hun helt frisk. Historien ender med at mine medisiner i form av antibiotika, antidiabetika og ACE-hemmer medførte en langsom bedring observert av meg og hennes pårørende. 2-3 uker senere var hun som før. Marta selv derimot, er fortsatt overbevist om at hun ble frisk på "gjensyns-lagen". Medisinene levner hun liten ære, men tar dem fordi jeg vil det slik.

Troen - et sterkt legemiddel

Få vil i dag betvile troens rolle. Diskusjonen går vel heller på hvor stor, hvordan og hva så? Dobbelt-blindforsøkene placeboprosenter er en type svar. Neurphysiologisk og immunologisk forskning bærer bud om bakenforliggende mekanismer. Erfaring fra allmennpraksis er også talende som i eksempelet med Marta.

Troen virker på flere måte.

Martas adferd gir også tanker om at den *umiddelbare effekt*, sykdomsopplevelsen som forsvant, må ha noe med dret persepsjon å gjøre. Objektivt sett var jo Marta fortsatt i en elendig forfatning. Smilet hennes ble rytmisk forstyrret av en pesende respirasjon. Deretter kom den *langsommene bedring*. Den somatiske klinikken synes å holde hva den lover. Dette forplikter oss på trygg og tradisjonell grunn. Men tanken om at hennes umiddelbare subjektive velvære også hadde noe å si for den etterfølgende objektive bedring ligger nær, og gjør troen ikke bare til spørsmål om livskvalitet, men også til et terapeutisk anliggende.

Troen - også forførerisk

Eksemplet viser også at troen ikke bare er en mulighet, men også en fristelse. Dette gjelder både pasient og lege. Fristelse fordi Marta lot seg "forføie" av sin opplevelse og i verste fall ville

neglisjert en åpenbart livsviktig skole-medisinsk behandling. Fristelse også for meg som måtte sette i gang et større medisinerings- og kontrollopplegg med flere reiser over fjorden.

Pasienten ville ikke tatt det så nøyne om jeg slappet litt av på de medisinske krav. Kanskje er det slik at troen ikke blir kreditert i moderne medisin nett-opp fordi en antar at den subjektive på-virkningens hokus pokus får oss til å slappe av på strenge faglige krav.

Troens virkemåte

Vi står åpenbart på terskelen til større vitenskapelige gjennombrudd når det gjelder forskningen på troens mekanismer. Dersom vi holder oss til dagligdagse observasjoner i allmennpraksis kan vi upretensiøst konstatere at troen har mange virkemåter.

Tro på medikamentet

Tro og mistro, placebo og nocebo gjennomsyrer vår hverdag. Et raskt tilbakeblikk på min siste uke bringer fram følgende eksempler:

En eldre kvinne fikk palpitasjoner for første gang på 3 år i 12 timer etter at hun hadde utelett sin første Digitrin-tablett i et seponeringsforsøk. Hun hadde selv ingen tanker i tilknytning til at hun hele tiden hadde hoppet over 2 ukedager.

En pasient protesterer iherdig mot Vivalresepten. Vival er som å ta sukker. Valium er tingen - et fantastisk stoff.

En eldre mann tok motvillig imot Napro-syn for sin coxartrose. Kona hadde gått til meg i mange år for kroniske smærter. Mine medisiner hadde ikke vært mye verd for henne. Nå kommer mannen litt beskjemmet med en tom Feldeneske. Mine tabletter hadde gjort høsten stivere og smerten var heller verre. Men kunne han få disse som hadde hjulpet en venn av ham? Han måtte også innrømme at han allerede hadde prøvd dem med særlig god effekt. I skrivende stund er årets influensa-vaksine i anmarsj. Kontoret blir nedringt av forventningsfulle eldre som forteller om vintrer fullstendig frie for all forkjølelse og febersykdom fra første vaksinedag. Eksemplene tyder på at det dreier seg om varierende grad av tro på så vel medikament som lege.

Det potente medikament må være det som pasienten har tro på før konsulasjonen, som doseres av en lege han har tillit til, og som i seg selv har god farmakologisk effekt. Den summerte placebokraft fra medikament og lege synes å være et terapeutisk middel av rang. Vi må lære oss å tilberede, dosere og kontrollere det like godt som vi behersker farmakologien.

Fra å være rusk i vitenskapens maskineri, har placebofaktoren etterhvert blitt stueren på behandlingssiden samtidig som den må temmes like effektivt som før på forskningssiden. Selv om vi bør introdusere medikamentene til pasienten med størst mulig placebokraft, er det en misforståelse å tro at dette betyr at vi skal gå på akkord med vår vitenskapelige bakgrunn. Pasientens generelle tillit til legen, kvaliteten på kommunikasjonen og legens holdninger, vil etter min erfaring gi stor placebovirking uten at selve omtalen av medisinene trenger å være "salgspreget" og omtrentlig.

Tro og "compliance"

Pasientens tillit til legen og tro på medisinene er ikke bare et spørsmål om placebo, men også om compliance. Vi liker best å tenke på manglende oppfølging av et medikamentelt regime som dårlig legeveiledning og/eller ressurssvakhet hos pasienten.

Min erfaring er at det ofte er manglende tro, eller mistro, som ligger bak. Vi må innrømme at de fleste pasienter reflekterer over det som har skjedd på legekontoret. Vi blir veiet og ofte funnet for lette. Behandlingen blir ikke påbegynt, stanses eller slurves med uten at vi får tilbakemelding. Konsekvensen må være at færre doser, forenklede regimer, brosjyremateriell og dosetter ikke er nok. Vi må igjen hente fram virkemidler som skaper tillit til legen og tro på medisinene.

Tro på egne ressurser

Tidspress, varierte problemstillinger og ad hoc løsninger tvinger allmennpraktikeren til enklest mulig klassifisering. I tråd med dette er det fristende for meg å dele de kronisk syke pasientene opp i to grupper:

Kompensasjonspasientene tenker lite sykdom, leter fram friske ressurser, satser og er positivt innstilt til rehabilitering.

Letepasientene bruker sine ressurser til å søke etter den rette terapeut med den rette behandling. De vil gjerne til spesialister, leser ukeblader med stor oppmerksomhet, prøver ut paramedisinske tilbud o.s.v.

For begge grupper er tro og håp vesentlige for evnen til å holde ut. Vår oppgave som allmennpraktikere er ikke å ta håpet fra letegruppen, men heller gjennom tillitskapende arbeid å øke interessen for de friske restressurser. Tro på egne ressurser i en vanskelig sykdomssituasjon er etter min mening et av de sterkeste sekundærprofylaktiske virkemidler vi har.

Tro på en bedre framtid

Medisinsk hverdag har gitt oss mange eksempler på positive effekter av håp, tro og optimisme ved langvarig sykdom. Vi kan konstatere at det positive emosjonelle klima i alle fall medfører en mindre sykdomsopplevelse (*illness*). Så kommer den forlokkende tanke at dette også kan påvirke selve sykdommen (*disease*) på en positiv måte gjennom psykosomatiske mekanismer.

Erfaring fra allmennpraksis tilsier at det også er en tredje mekanisme som synes helt avgjørende for troens virking til bedre helse. Vi støter stadig på tilstander som vi kunne kalte "bak-*avgesyndromer*". Når sykdomsopplevelsen får "gått seg til" i interaksjon med omgivelsene, oppstår onde læringssirkler som ikke bare begrenser seg til et kronisk smertesyndrom eller et viral fatigue syndrom, men sannsynligvis også en rekke andre.

"Sykemeldingssyndromet" kan være et eksempel. Lars er avdelingsingeniør. 54 år gammel får han en liten apopleksi. Nevrologisk sett restituieres han forbauende raskt. Snart er hans hovedproblem en overmannende trøthet som til slutt gjør han fortvilet og stemt for uføretrygd. Selv misliker han dette sterkt.

Det er da han går med på et dristig eksperiment som jeg skisser for ham. Vi endrer sammen forståelsesmåten for

hans sykdom. Den defineres nå som et trøtthetssyndrom, en blindgate i sykdomsadferd der hvilefriksjonen er hans største fiende. Vi blir også enige om at adferdskreftene som her spiller seg ut, er særlig sterke, og at vi må finne et system for å motarbeide dem. Avtalen er at han skal gå på arbeid samme hvor trøtt han er.

Målet er ikke å produsere, men å holde ut. Han skal prøve å bevare en normal ytre ramme selv om innholdet er manglende effektivitet. Arbeidsplassen informeres og aksepterer. Lars går en hard tid i møte med mange konsultasjoner som i sin helhet brukes til å opprettholde forståelses-perspektivet. Et halvt år senere kjerner han seg frisk. I dag etter 6 år er han fortsatt i full jobb. Mitt poeng blir da at pasientens tro på bedring, fremtid og friskhet kan være med på å hindre denne negative adferdsutviklingen. Hvor mange av våre pasienter får i dette perspektiv uføretrygd p.g.a. manglende tro?

Troens etiologi

Det er stadig mer vi som allmennpraktikere må huske på ettersom fagets arbeidsmetoder langsomt utpensles. Dersom jeg skulle beskrive i en setning hva som var aller viktigst utover basal klinisk kunnskap ville jeg si: Kunnskap om hvordan jeg skal dosere meg selv. Hvordan jeg skal ta vare på og utvikle min placebo-kraft handler om et rykte og et møte.

Rykten

Objektrelasjonsteori i moderne ego-psykologi konstanterer at vi har indre bilder av personene rundt oss. Dersom vi kunne legge sammen alle de indre bildene våre pasienter har av oss selv ville disse utgjøre et slags kollektivt indre bilde av allmennpraktikeren. Dette "helhetsryket" kan være en umistelig terapeutisk kraft gjennom pasientens tro og tillit. God allmennpraksis dreier seg også om hvordan vi skal pleie vårt rykte. Vi vil gjerne like å tro at klinisk dyktighet vil slå sterkt igjenom for vårt renommé.

I dag er jeg ikke så sikker på dette. Jeg har mer tro på den sosiologiske teft for de kollektive krav i så måte. Ett eksempel på denne teften kan være å reise til perifere deler av kommunen selv om besøket ikke er medisinsk in-

disert når befolkningen har lagt inn en test på din omsorg for utkanten.

Ett annet er å møte alkoholpåvirket ungdom som har skadet seg med tilkjempet velvilje, når de vil utprøve din standard i en situasjon der de selv synes mye står på spill. Vi må også ta folks oppfatninger hvå som er dramatisk og farlig på alvor. Jeg kjerner en kollega som mistet store deler av sin placebo-kraft fordi han ikke rykket ut til en dramatisk fallulykke. Han var overbevisst om at pasienten var ubetydelig skadet etter omhyggelig eksaminasjon i telefonen. Hans diagnose var rett, men befolkningen tilga ham aldri. Vi må også innen rimelige grenser tekkes vår befolkning, ikke av rund feighet, men i ærbødighet for oss selv som legemiddel.

Der er også mange andre måter å forbedre den kollektive tillit på. Mange har opplevd dette ved at de har gjennomført forskningsprosjekter som får befolkningen til å føle at de blir tatt vare på. Selv har jeg sett at helseopplysningskurs med meg som underviser for en fast deltakergruppe på 30-50 pasienter gir merkbare sekundæreffekter i form av tillit.

Møtet

Når pasienten møter sin allmennpraktiker på kontoret, kommer han med holdninger til leger generelt og allmennpraktikeren spesielt. I tillegg har han flere tilfeldige holdninger til medikamenter og behandling som han har plukket opp i nærmiljø og media. Tillitsimperativet krever at vi avdekker disse. Noen ganger går pasient og lege i utakt før konsultasjonen starter. Da bør den i stor grad dreie seg om å gjenopprette tro, tillit og trygghet, selv om den blir lengre og må gjentas.

Hva er det så som bygger opp tillit og påvirkningskraft under selve konsultasjonen? For meg er det åpenbart at evnen til medopplevelse og god formidling av denne, er viktigst. Dette henger igjen sammen med vår utsrustning, vår trening og erfaring og hvor nært vi står pasienten i kjønn, alder og bakgrunn. Den empatiske tilnærming inkluderer også at jeg må få tak i pasientens tanker om symptomårsak og forventninger til hjelp. Dersom jeg attå til har lest journalen på forhånd og



Tegning: Iben Sandemose

viser engasjement gjennom person-kunnskap, skulle forholdene ligge godt til rette.

Det er også viktig at jeg ikke blander sammen autoritet og dominans. Naturlig *autoritet* er et resultat av formidlet innsikt, kunnskap og anstendig oppførsel. *Dominans* er sideordnet og handler om hvem som har makten i konsultasjonen. Dersom den ligger hos pasienten, uten at jeg mister styringen, kvitterer pasienten lett med tillit.

Vi kan altså øke pasientens tillit og vår påvirkningskraft gjennom en bevisst holdning til avdekking og bruk av en rekke faktorer som virker før og under konsultasjonen. Mye er u gjort både når det gjelder beskrivelse og forskning.

Tror du dette hjelper doktor?

Jeg har prøvd å vise at bak dette spørsmålet skjuler det seg sentrale sider ved allmennmedisinsk arbeid. Det dreier seg om tro som virkemiddel til glede og fristelse, til helbredelse og sykeliggjøring.

Når medikament og pasient møtes med legen som formidler, er de begge et produkt av en lang forhistorie. Medikamentet er blitt til gjennom basal-forskning, farmakologisk forskning og klinisk utprøvning. Pasienten er formet gjennom holdninger til helsevesenet, holdninger til legen, holdninger til medikamentet og tillit i konsultasjons-situasjonen. Når det farmakologiske potensielle møter den gode tro, ser vi

praktisk medisin på sitt beste. Allmenn-praktikeren må kunne beherske dette møtet ved hjelp av riktig kunnskap, holdninger og arbeidsmodeller.

Kommunelege Eivind Vestbø
Kommunelegekontoret i Finnøy
4160 Judaberg



Religiøs tro



Eli Berg er 42 år. Har beveget seg via søndagsskole og skolelagsengasjement til en noe mer distansert posisjon i forhold til "norsk kristenliv". Tror kanskje at Gud er langt mer aktuell, grensesprengende og livgivende enn det norsk kirkedebatt og kirkeliv avspeiler. Er opptatt av at kulturer fra andre deler av verden kan gi næring til dypere forståelse og videre horisont i eget trosliv.



John Nessa er kommunelege i Hjelmeland - den bygda han vokste opp i - ei bygd prega av sterke lágkyrkjelege og pietistiske tradisjonar. Har heilt sidan han var unga sett emissærar radbrekke bibelsitat og gjere svart til kvitt i beste Erasmus-Montanus-stil for å få Vårherre til å stemme overens med sine eigne høgst private meininger. Har av dette lært at verda langt på veg er slik ein fortolkar henne. Men om han er kristen? - Det får du spørre Vårherre om.

Helsefremmende eller helseeskadelig?

Eli Berg og John Nessa i samtal med Kirsti Malterud

KM: Hvor er tilknytningspunktene mellom helse og det å ha noe å tro på?

JN: God helse er å ha herredømme over sitt eige liv - å ha sjølvtillit, ein slags trygghet over livet sitt. Og det med tru er vel og eit forsøk på å få herredømme over sitt eige liv - å fortolke og forstå tilværelsen.

EB: Tro kan bety både det å ha tillit til, og det å holde fast for sant - det er en parallel mellom det å ha en tro, og det å gå til doktoren.

JN: Dette blir veldig konkret i kvardagen, for me får mye av den samme rollen som prestar og sjælesørgarar. Eg får og ein språkleg assosiasjon til ordet "frelse", som er avleidd av det gammalnorske ordet "frjals" (= fri hals). Det var lenkene som slavane hadde som dei brukte som bilde. Eg får den konkrete helse-sjukdoms-assosiasjonen til stive og vonde nakkar og halsar. I kulturlivet har religion og tru hatt mye av same funksjonen som helsetenesta har i vår tid.

KM: Sitter helse i kroppen - og hvor finner vi troen?

EB: Jeg synes det blir galt å skille kropp - sjel - ånd. Jeg greier ikke å dele opp mennesket på den måten - det dreier seg om en helhet, det å høre til i en større sammenheng. Det gjelder egentlig menneskenes felles bevissthet i tilværelsen, - en tidløs og ikke-materiell kvalitet i tilværelsen.

JN: Ja, og dei store folkesjukdomane er mellom anna dei seronegative revmatsmene - alle dei plagene som folk knytta til kroppen, men der vi ikkje finn objek-

tiv patologi. Då blir det ein slags kamp om å definere plagene. Pasienten kjempar for å bevare sin integritet og kroppsforståing, mens fagfolk gjerne vil komme med sin versjon om korleis ein skal forstå kroppen. Mykje av helsevesenets oppgåve er "to name it", finne ord og begrep for plagene som er meaningsfulle og helsebringande. Difor sit helsa både i kroppen og i språket. Vi er både eit pattedyr og eit symboldyr på same tid, og å skilje dette er umogeleg.

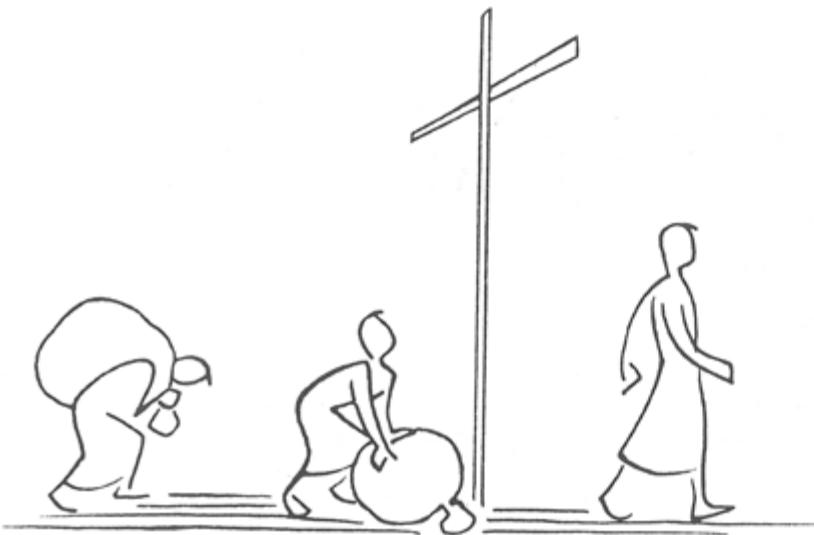
EB: Kanskje vi kan snakke om Gud som liv, energi - kanskje bruke ordet "er", som egentlig er forutsetningen for hele tilværelsen.

JN: Johannesevangeliets første kapittel starter slik: "I opphavet var Ordet. Og Ordet var hos Gud. Og Ordet var Gud". Når folk får ord, språk og omgrep på tilverret, får dei også grep på tilverret. Ordet, språket, skaper kva det nemner, og er det mest potente både i religionen og helsevesenet.

KM: Når kan det være helseeskadelig å ha en religiøs tro?

EB: Noen former for tro kan være så destruktive at mennesker mister sitt egenverd. Det er nok særlig innen tradisjoner med en streng pietistisk forståelse som fokuserer på menneskets elendighet. I slike miljøer presenteres en streng og dømmende gud, der alt som er glede og livsbejaende, er av det onde. Da kan troen bli en tvangstrøye som hindrer menneskets naturlige nysjerrighet og utfoldelse.

JN: I bondekulturen får dette konkrete og billedlege uttrykk, f.eks. "Du skal få din lønn i himmelen". Dette kan få den undertrykkande funksjonen at du skal ikkje krevja, ønske eller forvente noko her og nå. Det blir og helseeskadeleg når



noen få får monopol på språket og kommando over dei store verdiane, enten det er i pavekyrkja eller i ei lita menighet.

JN: Vi snakker nå om situasjoner der religion blir brukt til maktutøvelse og undertrykking.

KM: Hvordan ser de medisinske utslagen av helsekadelig tro ut?

EB: Jeg synes vi ser det tydeligst hos dem vi ofte kaller karakternevrotikere, - folk som har hatt tvang på sin egen utvikling, slik at de i et evig forsvar mot å si ja til sitt eget liv, istedet hele tiden må si nei til det.

JN: Ja, i karakternevrosen ligg det ofte ein protest. Det er ofte dei fargerike menneska som brenn inne med myke energi når dei møter ei stengd dør som religionen har stilt opp. Dette er ofte dette kvinner. Men hos dei som ikkje protesterer - kanskje dei vi ikkje ser - er det den helsefarlege, tause resignasjonen, når religionen hindrar folk i å utfolde sine menneskelege og kroppslege sider, som er mest tankevekkande.

EB: Vi må jo også huske at religiøs tro kan lede til selvforakt og depresjon. I noen miljøer ligger det grunnlag for selvdestruktive sirkler, f.eks. der helbredelse skal skje gjennom tro, men den som ikke tror sterkt nok, blir ikke frisk.

JN: På den måten kan folk gjerast heilt hjelplause - fratatt sjølvtilleten til kroppen og livet.

mulig å roe ned daglig stress og mas. Dette kan være en måte å holde fatt i en tilværelse som ellers løper fra folk.

KM: Hva blir den allmennmedisinske relevans av tro, religion og helse?

JN: Religionen gir begrep til så mykje som allmennmedisinien held på med. Skal vi skjøna tenkjemåten til folk, må vi skjøna kva slags religion dei har. Stein Mehren seier: "I vår tid forkaster vi blindt alle de mytene som ubevisst organiserer vår fornuft".

EB: Vi ser det særlig når vi møter folk fra andre kulturer, noe som er en enormt viktig ressurs for oss selv. Da kan vi bli klar over hvor viktig trosgrunnlaget er for hele livet for hver enkelt person. Det gjelder også for allmennpraktikeren at ens eget verdi-grunnlag er med på å bestemme måten vi møter andre mennesker på.

JN: Me går alle med ubevisste koder i bakhovudet. Me har eigentlig aldri interessert oss for desse kodane. Også i Norge, mellom nordmenn, er det store forskjellar i måten å tenkje på. Religiøse forestillingar kan vere ein nøkkel til å forstå korleis folk tenkjer og føler.

KM: Hvordan kan vi gjøre dette til en del av det medisinske fag?

JN: Me må la det bli like sjølvsagt at humanistane fortel oss om menneskelivet, som at biokjemikarane gjer det.

EB: Før vi kommer dit, har vi jo bare en halv medisin - og knapt nok det. For da ser vi bort fra noe av det viktigste: Hvis vi ikke har forstått hva pasienten forstår, kan vi bare la være å gjøre noe mer.



KM: Når kan tro være helsefremmende?

JN: I trua og det religiøse språket finn me begrep for ting som elles manglar begrep - det med livet utover døden, dette med livskvalitet. I min kultur har religionen en styrke ved å kunne gje mening til det meiningslause og til det som me berre må akseptere - altså døden. Religionen kan gje eit språk til den terminale cancer-pasienten.

EB: Prøysen synger "Du skal få en dag i mårå" - i kristen tro kan begrepet "nåde" gi en visshet om at det alltid finnes håp. Uansett hva galt du gjør, er du ikke en mindreverdig person. Du skal få starte om og om igjen med blanke ark. Jeg tror dette kan være forebyggende og gi grunnlag for en personlig trygghet.

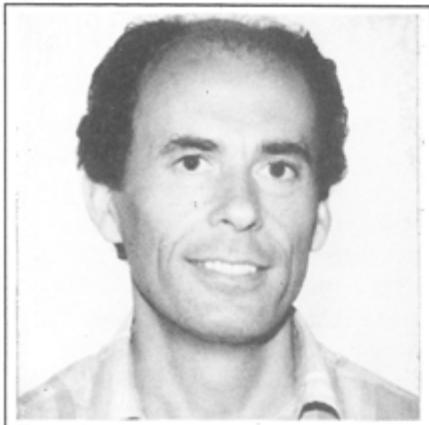
JN: Ei sunn og helsefremjande tru er ei tru som har fatta det menneskesynet at alle mennesker - forskjellane til tross - er grunnleggjande like, i den forstand at me både har i oss det gode og det onde - me er syndarar og rettferdige samtidig.

EB: I en sunn tro er det plass for grensesprengende livsutfoldelse, som rommer en nysgjerrighet på livet, og som ikke gjør mennesker redde for nye opplevelser. Der det er plass til friheten til å gjøre valg underveis.

JN: Men kristendom gir ikkje billett til mental helse.

EB: Nei, men religiøse ritualer som bønn og meditasjon kan skaffe tid til stillhet og refleksjon, slik at det blir

"Jeg tror jeg gjør det slik, fordi ..."



Svein Z. Bratland er cand.med. fra Nederland 1972. Han har vært primærlege på Dokka i 15 år, kommunelege fra 1984. Siden oktober 1989 helsechef i Sandviken, Bergen. I 1986 fikk han NMD's forskningspris. Han er medlem av NSAMs referansegruppe for diagnostikk og beslutningsteori.

Tanker omkring beslutningsprosessen

- decision analysis had led us into Vietnam
 - where will it lead health care?
- (graffiti Harvard School of Health 1979)

Av Svein Z. Bratland

Beslutningsgrunnlaget

I langt de fleste konsultasjoner kommer allmennpraktikeren fram til sitt valg av tiltak i løpet av konsultasjonens første minutter. Beslutningene blir i hovedsak bestemt av *lite objektiverbare faktorer*. Blant disse hører medisinsk tradisjon, klinisk erfaring og inntrykket pasienten gir legen. Erfaringene er gjerne tolket av legen selv, og inntrykket ofte bestemt av legens dagsform. Andre forhold vil være faglige kunnskaper, innlevelsesevne, intuisjon og etiske vurderinger - påvirket av en rekke faktorer så som tid og fare for kritikk. For en utenforstående vil da også resultatet av beslutningsprosessen som regel være uforutsigelig. Med rette prøver man derfor i klinisk medisin å finne en mer *rasjonell basis* for beslutningene.

Som i mange andre forhold som vedrører ressursbruk, vil nok også her en liten del av tilfellene kreve en stor del av ressursene.

Dette betyr at rasjonalisering av beslutningsprosessen vil innebære vesentlige fordeler for pasient, lege og samfunn i form av trygghet og effektivitet.

Beslutningsteori

Klinisk epidemiologi, kostnad-nytte beregninger, medical audit og metodeevaluering utgjør den tilgjengelig støtte i beslutningsprosessen. De såkalte *beslutningstrær* er resultatet av mer eller mindre blomstrende forsøk på å omsette beslutningsprosessen til regnemodeller. Jeg har vanskelig for å tro at klinikere -

det være seg i eller utenfor institusjon - vil ende opp som regnemestere i konsultasjonssituasjonen. Derimot kan bruk eller ikke bruk av beslutningsteoretiske tenkemodeller forenkles til henholdsvis å "tenke over" og "tenke på".

I løpet av konsultasjonen vil det kunne være nødvendig å besvare følgende spørsmål:

- foreligger det symptomer og funn forenlig med sykdom?
- er *diagnosesetting* tjenlig/nødvendig?
- er det nødvendig med videre *utredning*?
- hva er *prognosen ved behandling*?
- foreligger det *kontraindikasjoner* for aktuell behandling?
- hva med *bivirkninger*?
- hva er *prognosen uten behandling*?
- er behandlingen *farligere enn sykdommen*?
- hva med dataforurensing (*falske positive prøvesvar*)?

For å kunne dra nytte av beslutningsteoriens muligheter, kreves problembevissthet og konsekvenstenkning. Enkelte vil mene at medisinsk handling er en *kunst*, og derfor bør intuisjon og frie innfall styre beslutningene slik at tiltakene kan tilpasses den enkelte pasient (nederlandsk - geneeskunst). De fleste vil vel imidlertid hevde at medisinen er et *fag*, og at utøvelsen derfor må bygge på kjennskap til forventet verdi av de aktuelle beslutninger.

Sannsynlighet og verdi

Har vi kjennskap til sannsynlighet og verdi, kan *forventet verdi* beregnes.



Tegning: Iben Sandemose

Hvis den forventede verdi av beslutning A kan uttrykkes med et tall som er høyere enn for beslutning B, fortjener A å bli foretrukket. Vanskligere blir det imidlertid når verdien av resultatet for den enkelte pasient skal uttrykkes i tall. Her kommer begrepet *livskvalitet* inn, og derved også behovet for de mer "kunstneriske" aspekter - eller inlevelsesevne.

Det er gjort forsøk på å omsette uttrykksformer for sykdom til tall. Det mest kjente er vel Karnofskys skala ved hjertesvikt hvor 100 er lik frisk og 0 er død. Betydningen av samme avstand fra begge ytterpunkter er vesensforskjellig.

Beauforts skala for angivelse av vindstyrke er ofte benyttet for å eksemplifisere problemene med gradering basert på beskrivelse av uttrykksformen. Beaufort benyttet tegn som skumtopper på bølgene og opprykking av trær. Senere ble det mulig å benytte måleinstrument for måling av vindhastigheten, og man fant naturlig nok ut at Beauforts skala ikke var eksakt. Faren ved å benytte semikvantitative metoder ved beregning av forventet verdi er åpenbar.

Beslutningsprosessen ved vond hals

Kan vi da ikke benytte oss av epidemiologiske studier og kostnad-nytteberegninger?

Hvis vi vender tilbake til beregningen av forventet verdi av medisinske beslutninger, skal jeg forsøke å belyse nytten ved å benytte *behandling* av vond hals som eksempel:

22 år gammel kontormann, tidligere frisk, vondt i halsen fra igår, temperatur 39,1 gr., ikke vært forkjølet, ingen hoste.

Ved undersøkelsen palperes det glandelsvulst under kjevevinklene. Tonsillene er store med betydelig rubor og pussbelagte. Allmenntilstanden er god.

De fleste vil nikke gjenkjennende til de "obligate" symptomer på en *streptokokktonsillitt*. Sannsynlighetsberegnning vil her gå på diagnostisk sikkerhet, og verdiberegning kan utføres med henblikk på forventet "tap av helse enten forbigående eller permanent avhengig av behandling/tiltak.

Før jeg gir til beste praktisk bruk av sannsynlighets beregninger og verdiestimeringer, vil jeg si noen ord om det vi påvirkes av i beslutningsprosessen.

La oss ta for oss kontormannen vår igjen. Vi kan tenke oss en rekke tilleggsopplysninger som nok svært ofte vil påvirke vår beslutning uten at vi kan påberope oss en faglig begrunnelse:

- pasienten skal opp til eksamen 2 dager senere.
- vi har nettopp vært på kurs på sykehuset og fått vite om dødsfall som følge av streptokokktonsillitt, og i den anledning kritikk for vår behandling av pasienter med vond hals
- dette er den tredje pasienten med vond hals i ettermiddag
- pasienten er svært sjamerende
- søsteren til pasienten hadde en alvorlig streptokokkinfeksjon for ca 1 år siden hvor diagnosen ble stilt svært sent



Dessverre er det vel helst slike utenforliggende - egentlig ikke-faglige forhold - som er bestemmende for vår endelige beslutning. Jeg vil kalle dette *negativ beslutningspåvirkning*, i motsetning til den *positive problemerkjenning* som er opptatt av årsak og konsekvens.

I vårt tilfelle vil det si å ta stilling til om agens er streptokokker eller ikke. Forutsetter vi at det er enighet om at streptokokkindusert tonsillitt ubehandlet kan gi mer eller mindre skadelige komplikasjoner, samtidig som behandling med antibiotikum innebærer mulighet for mer eller mindre skadelige bivirkninger, vil vi kunne sette opp en *konsekvensanalyse* som vist i fig 1.

Økende grad av sannsynlighet for at det foreligger en *streptokokktonsillitt* er angitt i prosent langs x-aksen, mens y-aksen framstiller økende grad av *sykdom*. Den tynne linjen angir resultatet ved konsekvent behandling med *penicillin* ved alle typer årsaker til halsvondt.

Ved lav sannsynlighet for streptokokkinfeksjon vil penicillinbehandling i vesentlig grad kunne være årsak til plager og sykdom i form av bivirkninger. Samtidig vil symptomatisk behandling i samme område gi liten mulighet for sykdom utover selve halsondet (tykk linje). Krysningspunktet - hvor sannsynligheten for streptokokktonsillitt blir så stor at behandling med penicillin vil gi gevinst i forhold til symptomatisk

behandling - kan beregnes ut fra tilgjengelig litteratur.

I fig 1 befinner krysningspunktet seg på ca 55%. Aksepterer vi litteraturens antydninger om at kliniske funn kun gir 50% sjanse for å kunne stille diagnosen korrekt, vil dette bety at penicillinbehandling ikke bør igangsettes før diagnosen er sikret på annen måte, f.eks. ved hurtigtest for påvisning av beta-hemolytiske streptokokker type A.

(Det er da ikke tatt hensyn til testens spesifisitet, som sannsynligvis i økende grad vil bli påvirket av antall bærere.)

Pasientpopulasjonen i allmennpraksis og Bayes teorem

Dette bringer oss over på en undersøkelsesmetodes *prediktive evne*, og dermed nytten av innsamling av data om pasienten. Enkelte vil hevde at det alltid vil være gunstig å samle inn flest mulig opplysninger om pasienten før beslutning fattes. Ved hjelp av beslutningsmodeller vil man imidlertid kunne påvise at denne metoden er uøkonomisk, og at den i tillegg kan lede til feilaktige konklusjoner, kfr *Ulysses-syndromet*. Økende antall laboratorieprøver gir økende sjanse for falske positive svar.

En undersøkelsesmetodes prediksjevne bestemmes av metodens validitet og grad av sannsynlighet for at den aktuelle sykdom foreligger. Idet validering

av sensivitet og spesifisitet ikke er uavhengig av sykdomshypotetisk, vil resultater fra forskjellige befolkningsgrupper ikke uten videre kunne sammenliknes.

I allmennpraksis vil det derfor være av vesentlig betydning å ha kjennskap til både *pretest* og *posttest sannsynlighet*. Det vil si at vi før en undersøkelse gjennomføres tar stilling til sannsynligheten for positivt testresultat. Hvis vi bruker en pasient med brystsmerter som eksempel, vet vi at flere forhold vil bestemme pretest sannsynligheten for koronar hjertesykdom. I tillegg til kjønn og alder vil ofte kjennskap til pasientens tidligere sykehistorie kunne være avgjørende. Presentasjonsformen og forekomsten av koronarsykdom i familien er likeledes faktorer som må tillegges vekt. Alt dette er forhold som vil påvirke valg av tiltak uten at tiltaket nødvendigvis blir videre utredning.

Før en undersøkelse rekvisiteres bør vi derfor ta stilling til om resultatet vil:

- få konsekvens for den endelige diagnosen
- støtte/bekrefte allerede stilt diagnose
- medvirke til den endelige diagnose
- korrigere allerede stilt diagnose

Dessuten må vi gjøre oss opp en mening om resultatet vil kunne muliggjøre/nødvendiggjøre:

- igangsetting av behandling, enten direkte eller ved henvisning/ innlegging
- seponering av pågående behandling
- henvisning til videre utredning

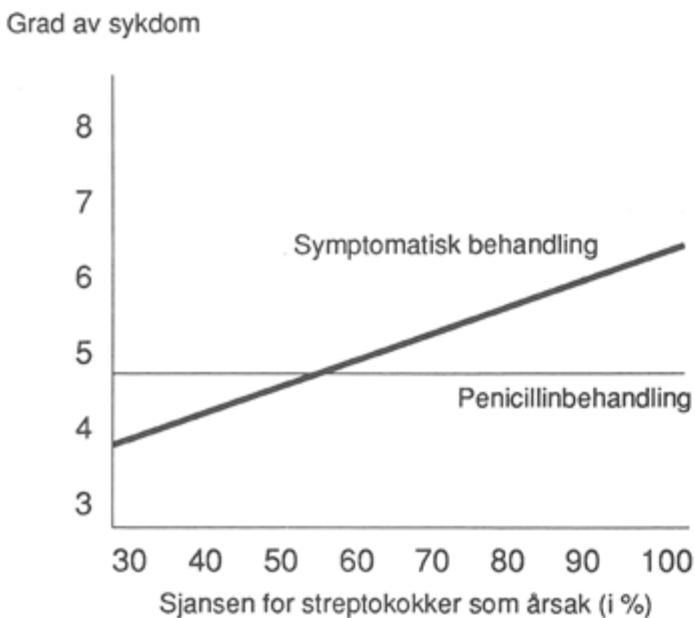
Med andre ord: har undersøkelsen/tiltaket noen hensikt?

Målrettede beslutninger

Beslutninger må bedømmes ut fra *målsetting* og ikke i forhold til *resultat*. Det tilsynelatende resultatet av en beslutningsprosess kan være tilfeldig. Noe som igjen gjør egen tolkning av egne erfaringer så farlig.

Jeg har tidligere omtalt forhold som kan påvirke beslutningsprosessen. Positiv påvirkning gir mulighet for målrettet arbeid for pasientens helse. Negativ påvirkning vil gi resultatrettede løsninger som kan være betinget i "press" fra den medisinske ekspertise med prevalenstall fjernt fra allmennpraksis. Det

Fig. 1.



samme gjelder når vi av pårørende/pasient presenteres for ønsker/forventninger forårsaket av informasjon gjenom media bygget på de samme prevalenstall. Andre negative påvirkningsfaktorer kan være markedsføring av ny teknologi, ny operasjonsteknikk og framstøt fra den farmasøytske industri.

Heldigvis er det slik at de prøver vi tar hyppigst både er billige og medfører få konsekvenser. Hemoglobin er et godt eksempel. Ingen prøve tas så ofte uten indikasjon og uten at resultatet tillegges noen betydning (- og godt er det). Med andre ord vil det ikke være rimelig å ta i bruk beslutningsteoretiske kunnskaper og verktøy i tide og utide.

Begrenset anvendelighet?

Det kan trekkes fram teoretiske argumenter som sannsynliggjør beslutningsteoriens begrensede muligheter. Feks. har ikke data tekniske informasjonssystemer klart å løse kompliserte problemer bedre enn erfarene klinikere. Derimot gjør beslutningsanalyse det mulig å forklare hvorfor to like studier kan nå fram til forskjellige resultater - hvis de begge er lagt opp etter beslutningsteoretiske prinsipper.

Mange vil med rette påpeke praktiske ulemper ved å benytte beslutningstrær i den kliniske hverdag. Langt de fleste problemene lar seg løse uten kompliserte - og ofte kompliserende - teoretiseringer. En like viktig praktisk innvending er imidlertid at det teoretiske verktøy ikke er tilgjengelig. Jeg tenker her på holdbare epidemiologiske studier, kostnad-nytte analyser og velfunderte ekspertuttalelser eller samstemte konsensusrapporter. Kfr. kolesterol-kampanjen.

Ofte vil nok innvendingene være av emosjonell eller beskyttende art:

1. "Hver pasient er unik og må behandles som det. Regnemodeller er kun til for hypotetiske tilfeller." "Min pasient er syk eller han er det ikke. Vi trenger sikkerhet - ikke sannsynlighet." Hvis hver pasient virkelig var unik ville vi ikke kunne benytte oss av erfaringer. På den annen side kan erfaringer blokkere. At den korrekte diagnose ikke forekom som tentativ diagnose er funnet som årsak til feil-diagnoser.
2. Også legen synes hun/han er unik. Rollen som ekspert vil legen nødig dele med en computer. Blottstilling av

faglig kunnskapsmangel kan bli resultatet hvis han/hun deltar i formalisert beslutningsanalyse. For mange vil det være vanskelig å akseptere og måtte arbeide med sjanseberegninger.

Oppnåelige fordeler

Ved å ta i bruk beslutningsteoriens teknemodeller vil fordeler kunne oppnås både for pasient og lege - og derved også for samfunnet:

1. Faglige "hull" åpenbarer.
2. Meningsforskjeller mellom eksperter kan analyseres.
3. Tilbakeføring av informasjon vil øke kunnskapene om sykdommers yttringsformer, verdien av undersøkelsesmetoder og prognosene ved aktuelle tiltak.

Sluttsats

Beslutningsanalyse er et verktøy som gjør det mulig å oppdage feil på en slik måte at det går an å lære av dem.

Helsejef Svein Z. Bratland
Sandviken bydelsadministrasjon
Ladegårdsgt. 67
5035 Bergen Sandviken



NORLAB = svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten

- Klinisk kjemi • Hematologi
- Medikamenter • Hormoner

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.

Prøver mottatt om morgen mottatt om morgen analyseres og besvares samme dag.

Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.

I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

NORLAB Tlf.: (02) 55 28 00 Inkognitogaten 16,
Postboks 7126 Homansbyen, 0307 Oslo 3

HVAD ER FRIHED

Spørsmål og svar

*Hvad er frihed
frihed til?*

*Til at gøre
hvad man vil,
blot man nøje
passer på
kun at ville
hvad man må*

Kumbel

Ni teser om fremskritt for folkehelsen

Apropos Konsensuskonferansen om mammografiscreening (Utposten 3/89):

De tilreisende fra Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim, fortalte en pussig historie under konsensuskonferansen. Under opprydding i et av Instituttets skrivebord hadde de funnet en gjenglemt konvolutt. Vi fikk se innholdet, og mener det har interesse for Utpostens lesere. Derfor skrev vi til Instituttet, og her følger svaret vi fikk.....

Kjære Utposten-redaktør.

Takk for brev, - så dere tenker altså å trykke de gjenglemt notatene til denne Nitsew. Hva skal nå det være godt for? Ikke vet jeg stort om forfatteren heller, annet enn at han sikkert er indo-europeer. Dessuten er han vel bare en av disse epidemiologiske nihilister som ynder å snu tingene på hodet og så tvil om nytten av det vi driver med i helsetjenesten.

Men om det kan være til noen hjelp i bladets oppsøkende journalistikk, så lå det faktisk et sitat og et bilde i den gjenglemt konvolutten. Kan de bidra til å oppklare hva disse notatene dreier seg om?

For egen del har jeg slett ikke mistet troen på de randomiserte forsøkenens betydning. Og forøvrig er det min mening at epidemiologi er bra for allmennmedisinien.

Beste hilsen Steinar Westin.



Nitsew, på jakt etter nye teser?

Her følger Nitsew Raniets' gjenglemt notater:

Ni teser om fremskritt for folkehelsen

*Hvorfor man overhodet ikke bør ta hensyn til negative utfall av randomiserte kontrollerte forsøk (dersom den undersøkte prosedyre/teknologi er et virkelig fremskritt for folkehelsen).**

Av Nitsew Raniets

1. De som utførte prosedyrene (intervasjonen) var for *uerfarne* (e.g. mindre erfarne enn meg selv, som har oppfunnet den). Med mer trening og skolering i den aktuelle metodikk (med meg som kursleder), vil metoden vise seg å være akkurat så nyttig som jeg tror den er.
2. Den apparaturen som ble brukt i undersøkelsens første fase, var *gammeldags* og lite pålitelig i forhold til de nye modeller vi nå har tatt i bruk.
3. *Behandlingsresultatene* for de som fanges opp under en masseundersøkelse er betydelig bedret siden utprøvning av screeningprogrammet begynte. Det er derfor den undersøkelsen vi her har for oss ikke har kunnet vise noen reduksjon i kumulativ dødelighet.
4. Undersøkelsespåslasjonen i studien hadde *hørt om, og benyttet seg av* det aktuelle helsetjenestetilbuddet i så høy grad at den sanne gunstige effekten for intervensionsgruppen ble kamuflert. Dette er klart antatt som forklaring på manglende effekt av screening for mamma-cancer.
5. De leger som fikk hånd om *kontrollgruppens* pasienter, greide ikke la være å gi også disse pasienter det helsetjenestetilbuddet som skulle utprøves. Dette ble klart antatt i den største og dyreste av alle randomiserte intervensionsundersøkelser, MRFIT, der effekten av intervasjon mot cardiovaskulære risikofaktorer i behandlingsgruppen ble helt, ja faktisk fullstendig, kamuflert av god helseopplysning i kontrollgruppen.
6. Dersom vi hadde valgt en *annen aldersavgrensing og inndeling* i studiematerialet, ville effekten blitt åpenbar (det ser vi når vi ser på utfallet av den studien som dessverre ikke kunne påvise effekt av intervasjonen).
7. Forsøksgruppene var *for små* til at "den forskjellen vi fant kunne bli statistisk signifikant". Det er nemlig hevet over tvil at dersom vi hadde fått med flere observasjoner, ville de falt ut i samme retning som det marginale funn vi til nå har gjort.

8. *Toget* er allerede gått - pasientene vil ha det. Det er et særlig rettferdig kvinnekrev å få etablert sentre for screening med cervix-cytologi, mammografi og ultralyd (foreløpig bare for alle gravide). I bedriftshelsetjenesten er det allerede et mannekrev å få tatt sitt kolesterol.

9. Selv om effekten av screeningsprogrammet ikke er dokumentert vitenskapelig, må vi ta hensyn til den *praksis* som allerede er etablert.

Bedre å systematisere den virksomheten vi allerede driver, enn å la det hele skje ukontrollert. Å avskaffe tilbuddet er utenkelig nå.

* Notater til artikkel i Journal of Irreproducible Results:
"Why randomized trials fail to prove that any true medical innovation is worthless".

Førsteamanuensis

Steinar Westin

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Eirik Jarls gt. 10

7030 Trondheim □

Fig.

Faksimile av McKinlay's dype innsikt i tingenes egentlige vesen

"The success of an innovation has little to do with its intrinsic worth (whether it is measurably effective as determined by controlled experimentation) but is dependent upon the power of the interests that sponsor and maintain it, despite the absence or inadequacy of empirical support."

McKinlay, 1981.



(Lånt fra Klassekampen:)

Alexithymi-begrebet kommer - på godt og ondt!

Birthe Loa Knizek er 32 år gammel, mag.art i psykologi. Hun er licenciatstuderende, tilknyttet Psykologisk Institut, Universitetet i Århus.

Alexithymi-begrebet er på vej ind i terapeuternes verden, men det er så problematisk, at den yderste forsigtighed i dets anvendelse må anbefales.

Av Birthe Loa Knizek

For at klargøre dette synspunkt vil jeg i denne artikel gøre to ting:

- 1) Skitsere begrebet
- 2) Påpege nogle af problemerne, der er forbundet med anvendelsen af det.

Kort definition

Indenfor den psykosomatiske forskning er der indenfor de sidste år rykket en diskussion i centrum, om hvorvidt der hos psykosomatiske syge foreligger en selvstændig/specifik personlighedsstruktur, som er fælles for alle psykosomatiske syge, uanset deres symptomers art iøvrigt.

Som den psykosomatiske personlighedsstruktur specifikke kendtegn, der er blevet udledt af en lang række iagttagelser og undersøgelser, ses en manglende, henholdsvis mangelfuld subjektiv tilgang til affektiviteten (2). Denne overensstemmende iagttagelse af den for psykosomatiske syge karakteristiske manglende evne til at percipere og bearbejde affekter betegnes del som:

- "operativ tænkning" (pensee operatoire) (7,8,10) (den franske skole)
- "psykosomatisk fænomen" (16,21-23) (den tyske skole)
- "alexithymi" (3,11-13,18-20) (Bostonskolen)

Sidstnævnte begreb, *alexithymien*, der for første gang blev præsenteret i 1967, indtager en central stilling, idet det som en nemt kommunikerbar, klinisk fænomenologisk afledt term stort set afløste de tidligere begreber. Foruden "pensee

operatoire" og "psykosomatisk fænomen" afløste det begreber som "Infantile Personality" (15), "Difficult Patients/Primitive Personalities" (17), "Pinocchio-syndrom" (16).

Kommunikationsforstyrrelse

Selve ordet alexithymi er et linguistisk artefakt, hvis oprindelse er det græske:

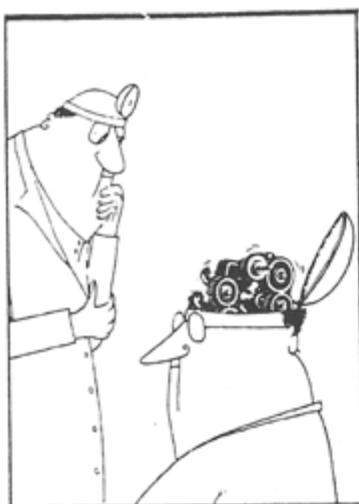
a = mangel
lexis = ord
thymos = følelse

Ordet betegner dermed en *kognitiv-affektiv forstyrrelse*, - mennesker uden ord for følelser eller emotionelle analfabeter, som de også er blevet kaldt. Og skønt ordet alexithymi er et klodset artefakt med mange muligheder for misforståelser, er det generelt blevet anerkendt (26), hvilket dog ikke betyder at al diskussion pro og contra begrebet er standset.

Med alexithymien har vi at gøre med en kommunikationsforstyrrelse, hvor subjekternes manglende evne til perception og bearbejdning af affekter kommer til udtryk i sprogstilen ved

- konkretisme
- tæt forbindelse med ydre kendsgerninger
- manglende associativ tænkning
- instrumentalitet
- devitaliseret sprog
- distancering og udelukkelse af følelsesladet indhold
- begrænset til manglende symbolbrug
- social konformitet i samtaleprocessen
- løsrevet intellektualisering
- tendens til at monologisere

(1,6,14,24,27)





Tegning: Iben Sandemose

Det hersker dog ingen enighed om disse karakteristika, - hverken om hvorvidt de opträder sammen, enkeltvis eller muligvis endda udelukker hinanden. Det man hovedsageligt kan blive enige om er at behandlerne undertiden kommer i en situation, hvor den emotionelle kontakt synes fraværende og behandling umuligt.

Problemer på det praktisk-terapeutiske plan

G. J. Taylor (24) går så langt som til at ævde, at alexithymien sandsynligvis er den vigtigste enkelte faktor, der reducerer psykoanalysens og psykodynamisk psykoterapis success.

Fænomenet alexithymi er dermed i første omgang *behandlerens problem*, fremfor patientens. Forståeligt nok henviser patienterne sig heller aldrig til lægen p.g.a. netop denne lidelse: efter som de ikke kan erkende og benævne deres følelser kan de heller ikke erkende eller verbalisere deres fravær. De res hovedklager er overvejende af somatisk art.

Da emotionel farveløs tale i vores kultursamfund sædvanligvis ikke opfattes som sygeligt (i så fald ville den videnskabelige diskurs absolut kunne betegnes som syg), vil disse patienter fremtræde som "normale", - måske endda

overnormale. Det betyder så igen, at de enten sent eller aldrig (25) kommer til psykologisk behandling, hvilket så igen bærer fare om iatrogen kronificering i sig. Vi har altså at gøre med "pseudo-normale" mennesker, hvor præfikset "pseudo" er betinget af behandlerens følelser omkring hendes møde med patienten. Det vil sige, at behandlerens fornemmelser er tegn på patientens sygdom.

Hvem producerer problemerne?

Hvilken slags mennesker er det vi taler om?

Nemiah, en af ophavsmændene til alexithymi-kategorien, sammenfatter sit indtryk på følgende vis:

"He is emotionally flat, shallow and unresponsive, with an absence of richness, color or imagination in his association that leads the interviewer to find him dull and to experience a sense of frustration as he fruitlessly attempts to make meaningful psychodynamic connections among the patients life stresses, inner psychological responses and somatic symptoms". (II).

Behandlerens følelser spiller altså en afgørende rolle, - afmagten og en deraf følgende kedsomhed (efter de forskel-

lige beskrivelser at dømme, synes *behandlerens kedsomhed* at være et af de "sikre" træk i relationen) tages som tegn på patientens lidelse, - en omstændighed der til stadighed gentages i alexithymi-fremstillinger (4,9). I langt de fleste forklaringsforsøg ses der imidlertid bort fra behandlerens rolle som medproducent af samtalen og denne specielle kommunikationsstils oprindelse tillægges stadig et enkelt individ, patienten, fremfor situationen i sin helhed.

Alexithymiens status er således uafklaret. Som T. v. Uexküll (26) påpeger, så ved vi dags dato endnu ikke om det med alexithymien drejer sig om et *personligt kendetegn* hos bestemte patienter, eller deres *reaktion på lægen* eller om *lægens manglende evne* til at tyde patientens tale. Men, fremhæver han, der er ingen tvil muligt om fænomenets eksistens, - lige så lidt som der kan herske tvil om, at menneskelig kommunikation må øves og læres og at denne, ligesom alt andet, vi har lært, kan blive glemt igen.

Som muligt eksempel nævnes i denne forbindelse den traditionelle lægelige uddannelse: under deres studiums ensrettethed glemmer de fleste studerende under pres af de videnskabelige krav



deres empatiske evner. I løbet af få år bliver de til emotionelle analfabeter, som kun tænker i tekniske modeller. Resultatet er et sundhedssystem, i hvilket ikke kun læger sidder overfor alexithyme patienter, men patienter er nødt til at betro deres sorger og vanskeligheder til emotionelle analfabeter (26).

Vi har altså et fænomen med dårlig afgrænsning og definition, hvilket giver mulighed for, at denne etikette kan tjene som skalkeskjul for *terapeuternes manglende kvalifikationer*: grundlæggende terapeutiske mangler kan blive legaliseret ved at blive lagt patienten til last og terapeuten kan undgå nødvendig selvkritik. Jeg vil ikke påstå at det er det, der altid sker, - men påpege at alene mulighedens tilstedværelse stiller store krav til fænomenets afgrænsning og begrebets stringent anwendung.

Teoretiske problemer

Alexithymi-begrebet er imidlertid ikke kun delikat på det praktisk-terapeutiske niveau, - faktisk er det mindst ligeså prekært på det teoretiske plan. I og med at de fleste anerkender fænomenet og begrebets berettigelse, men ingen ved hvad det indeholder, er begrebet blevet særdeles elastisk.

Siden alexithymi-begrebets indførelse er det blevet udviklet og har fået en dobbelt funktion, der yderligere bidrager til konfusionen omkring begrebet. Det bliver anvendt dels som

- varemærke for den gren indenfor den psykosomatiske forskning, der bekender sig til eksistensen af en specifik psykosomatisk personlighedsstruktur (også kaldet alexithymi) som fællesnavn for alle psykosomatiske patienter og som (med) årsag til dannelsen af deres lidelse, - og som
- betegnelse for det karakteristiske symbolfattige og emotionsløse sprog, dvs. et enkelt symptom uden krav på at være en kausal forklaring.

Differencen mellem disse to forståelser er et af kardinalpunkterne i alexithymidebatten: drejer det sig om et symptom eller et syndrom? Er alexithymien årsag eller virkning? Alt efter hvilken mening man hælder til, så afspejler det en stillingtagen til,

hvordan et subjekt oppfattes. Eller sagt anderledes: så har den forudfattede subjektforsæelse afgørende betydning for hvilken status alexithymien tillægges.

Statusspørsgsmålet indenfor alexithymidiskussionen kan og må derfor ses som indlæg i debatterne omkring en ny subjektmodel her i paradigmeskiftets tid, - en omstændighed, der skaber yderligere forvirring omkring begrebet og mulighederne for dets anvendelse.

Løsningen af problemet?

Faktisk ses alexithymi-begrebet af særliges mange som mere end et simpelt indlæg i debatten om et nyere og mere nuanceret subjektbegreb: det ses som *selve muligheden for løsningen af problemet*.

Siden begrebets opkomst har det ikke skortet på forklaringsforsøg både fra neurofysiologisk, psykoanalytisk, indlærings-, udviklings- og genetisk side. Idet forskerne nu søger at nærmere sig alexithymien fra så forskellige vinkler, voksede de heuristiske forventninger: man håbede og håber stadigt, at alexithymi-begrebet har potentialerne til at forbinde klinisk fænomenologi, psykodynamisk teori og neurofysiologi (4). Integreringen af den desintegrerede psykosomatik og dermed den nye helhedsforståelse af subjektet synes lige om hjørnet og alexithymien skal være den lin, der holder sammen på de forskellige traditioner.

Denne dimension, der overvejende er implicit, forrykkede forskningens fokus en anelse, således at I. Lesser i 1983 konstaterer, at siden alexithymien har opnået anerkendelse som begreb, har der været en tendens til at interpretere data i lyset af dets eksistens i stedet for at anvende data til videre at underbygge dets gyldighed. Men stadig fremhæves begrebets enorme betydning som mulig bro over traditionelt adskilte discipliner.

Udfyldning af et videnshul?

Forventningerne standser dog ikke her, for udover en forening af disciplinerne, håbes også på udfyldningen af et videnshul via det forventede samarbejde: studiet af følelser og affekternes udtryk (4), muliggjort af alexithymien som negativet.

Det interessante i denne forbindelse er, hvad disse forventninger betyder for:

- 1) udforskningen af det konkrete fænomen
- 2) begrebets forvaltning i de interdisciplinære bestræbelser henimod den nye subjektforsæelse.

Alexithymi-begrebet synes således at være fanget i en dobbelt funktion ved dels på det praktiske, kliniske plan på den mest åbne måde at skulle beskrive et konkret fænomen, og dels på det teoretiske plan helst at skulle opfylde en intention eller ideal ved at være medieringspunkt mellem traditionelt adskilte discipliner.

De overspændte teoretiske forventninger fungerer, ikke mindst fordi de stort set er implicitte, dermed som *forhindring for en åben tilgang til øjenomenet*. Teori og praksis hæmmer hinanden i dette tilfælde.

Forsigtighed bør udvises

Sammenfattende kan vi sige, at sammen med dette nye begreb, som næsten overalt bliver hilst velkommen, får vi en del uafklarede spørgsmål, der rummer fare for at vi lukker for ny erkendelse, fremfor at åbne for den, på både det praktiske og på det teoretiske plan. Forsigtighed bør derfor udvises med hensyn til ukritisk overtagelse og anvendelse af alexithymi-begrebet.

Litteratur:

1. Ahrens S. Alexithymie und kein Ende? Versuch eines Resümme. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 1987, vol 33 (3).
2. Ahrens S & Deffner G. Zur Affektverarbeitung bei psychosomatischen Patienten, Teil TT. Zsch Psychosom Med Psychoanal 1984, 30.
3. Freyberger H. Psychosomatik des Kindesalters und des erwachsenen Menschen. 1977, Urban & Schwarzenberg, München.
4. Lesser I. A review of the alexithymia concept. Psychosomatic Medicine 1981 vol 43 (6).
5. Lesser I. Alexithymia. Examining the Development of a psychological Concept. American Journal of Psychiatry 1983 vol 140 (10).
6. Lesser I. Current Concepts in Psychiatry; Alexithymia. 1985, New England Journal of Medicine vol 312 (11).
7. Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. 1976 Paris, Payot.
8. Marty P & M'Uzan M. La pensée opératoire. 1963, tysk oversættelse, 1978, Psyche, 32.
9. McDougall J. The Psychosoma and the Psychoanalytic Process. Int Rev Psychoanal 1, 1974.
10. M'Uzan M, de. Zur Psychologie des psychosomatischen Kranken. Psyche 31, 1977.
11. Nemiah J.C. Psychology and Psychosomatic

- Illness. Reflections on Theory and Research Methodology. 1973 Psychother Psychosom 22.
12. Nemiah J.C. Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic Theory. Psychother Psychosom 26, 1975.
 13. Nemiah J.C. Alexithymia. Theoretical Considerations. Psychother Psychosom 28, 1977.
 14. Rost D. Objektpsychologische Modellvorstellungen zur Theorie, Erforschung und Behandlung ("alexithymic") Störungen, Inaugural. Dissertation, 1981.
 15. Ruesch J. The Infantile Personality. Psychosom Med 10, 1948.
 16. Sellschop & v. Rad M. Pinocchio - a psychosomatic Syndrome. In Toward a Theory of Psychosomatic Disorders. Basel, 1977.
 17. Shands H.C. An Approach to the measurement of suitability for Psychotherapy. Psychiatric Quart, 32, 1958.
 18. Sifneos P. Clinical Observations on some patients suffering from a Variety of Psychosomatic Diseases. In Acta Medica Psychosomatica, Proc.

- of the 7th Europ. Conference on Psychosomatic Research, Rome.
19. Sifneos P. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom, 22, 1973.
 20. Sifneos P. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. Psychother Psychosom, 26, 1975.
 21. Stephanos S. Ueber die Objektbeziehungen des psychosomatischen Patienten. Zschr Psychosomat Med Psychoanal 21, 1975.
 22. Stephanos S. Pathological Primary Identifications and their Effects on the Psychosomatic Economy of the Individuel. Psychother Psychosom 30, 1978.
 23. Stephanos S. Das Konzept der "pensee operatoire" und das "psychosomatische Phänomen". In Uexküll Th. v.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, München, Urban & Schwarzenberg, 1979.
 24. Taylor G.J. Alexithymia: History and Validation of the Concept. Transcultural Psychiatric Research Review, 1987.

25. Taylor G.J. Alexithymia: Concept measurement and implications for treatment. Am Psychiatry 1984 vol 141 (6).
26. Uexküll T.v. Psychosomatische Medizin. 1986, München, Urban & Schwarzenberg.
27. Weidenhammer, B. Überlegungen zum Alexithymiebegriff. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1986, vol. 32.

Birthe Loa Knizek
Jernaldervej 265 A II
8210 Århus V
DANMARK



Helsestasjonsarbeid

Siden referansegruppa ble etablert i januar -87, har virksomheten vært konsentrert om to aktiviteter:

1. Utarbeidelse av Helsestasjonsboka. Ett av gruppe-medlemmene har vært prosjektleder og medforfatter, de to andre som da var med i gruppa har hatt manus til vurdering og gitt råd underveis.

2. Utarbeidelse av Studieprogram om helsestasjonsarbeid (video + veilederhefte).

Nå er det aktuelt med en evaluering av disse to prosjektene.

Gruppa vil etterhvert orientere seg noe mer utad. I første omgang ved aktiv deltagelse ved seminaret om *Helsetjenesten for barn mot år 2000* 24-26 april 1989, samt en skikkelig markering på Primærmedisinsk uke i Soria Moria i oktober.

I tillegg til å være en referansegruppe for NSAM i faglige spørsmål om emnet, ønsker vi å bidra til utviklingen av en målrettet helsestasjonsvirksomhet. Vi vil starte diskusjoner i ulike primærmedisinske fora og på den måten bidra til en fruktbar diskusjon mellom allmennmedisi-

nere og deres samarbeids-partnere i helsestasjonsarbeidet.

Vi vil også holde kontakt med andre grupper som er engasjert i barns oppvekstmiljø og andre forhold av betydning for barns og barnefamiliers helse. Det er også rom for flere medlemmer av gruppa, og interesserte kan ta kontakt med undertegnede.

Det blir sannsynligvis aktuelt å arrangere kurs i forebyggende helsearbeid blant barn, og gruppa tar sikte på å utvikle en mal for

kursinnhold, til bruk for lokale kurskomiteer.

Etterhvert håper vi også å bidra til forskning i fagfeltet.

Referansegruppas medlemmer bor spredt, og det er vanskelig å møtes samlet. Til nå har vi satset på kontakt under kurs og møter, og telefonmøter. Utviklingen av en kurspakke som ovenfor nevnt vil imidlertid gjøre det mulig å møtes i plenum for en skikkelig gjennomdrøfting av arbeidet fremover.

Med hilsen for gruppa
Frode Heian



Fra en praktiserende filosof hverdag



Eivind Meland er født 1950, cand.med. (Bergen) 1976. Han har vært distriktslege i Skånevik (Sunnhordland) 5 år, siden bydelslege i Bergen kommune. Siste 4 år periodisk gjestearbeider ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Spesialist i allmennmedisin siden 1988.

Tanker om anvendelse av kognitiv terapi i klinisk praksis

I denne artikkelen vil jeg med utgangspunkt i selvkognitiv terapi vise til en tilnærningsmåte med moralsk og selverkjennelsesmessig beskrivelse av sykdom og helse.

Av Eivind Meland

En 42 år gammel kvinne er på kontoret. Hun har vært sykmeldt i 5 måneder for "depresjon og angst". Hun har i denne tid vært plaget av energimangel, søvnproblemer og dysfori. Plagene begynte etter at hun ble omplassert i arbeidet og kom under ny sjef, som påla henne arbeidsoppgaver hun ikke maktet.

Hun har gått til regelmessige kontroller her ved kontoret, og det er påvist moderat hypertoni. Hun har også vært plaget av ledd- og muskelsmerter, og vært til undersøkelse hos rheumatolog som har konkludert med uspesifikk arthralgi/ fibromyalgisk sykdomsbilde.

Hun har et noe forsiktig vesen og i konsultasjonene har hun beklaget seg over at mannen ikke viser medfølelse, at han krever for mye av henne, og at hun blir sittende for mye med omsorgsarbeidet hjemme alene. Hun er henvist attføringssekretær ved fylkesarbeidskontoret med tanke på attføring til annet arbeid.

Sykdom i flerdimensjonalt perspektiv

Sykehistorien over illustrerer helsens mangefaseterte karakter. Helse og sykdom kan beskrives i flere dimensjoner, og heller enn å diskutere hvilket perspektiv som er "det rette" kan vi se på den flerdimensjonale beskrivelse som en berikelse (1).

Sykehistorien over kan tillate en biologisk/organorientert medisinsk

tilnærming. En annen tilnærming vil være en dynamisk sosial årsaksfortælelse. Pasientens opplevelser kan settes inn i en feministisk forståelsesramme. Vi kan anvende en biologisk-psykiatrisk tilnærming med fenomenologisk diagnostikk og indikasjonsstilling for medikamentell antidepressiv medikasjon. En trygdemedisinske tilnærming er også relevant.

I tillegg til disse dimensjonene kan vi også se kvinnens helseplager og funksjonssvikt som uttrykk for et moralsk og kommunikasjonsmessig problem. Det er tydelig at helsen/helsevikten har et kommunikasjonsaspekt, og pasienten står i et valg mellom "rett og galt". Sykdom i dette perspektivet kan beskrives som manglende valgfrihet og rigid atferd (2).

Å beskrive sykdom og helse i flere versjoner gir større muligheter fra en terapeutisk synsvinkel, og kan forebygge atferdsrigiditet i lege-pasientforholdet. En en-dimensjonal tilnærming er ikke alltid feilaktig, men kan være mangelfull. For eksempel vil en organ-fiksert, biologisk-medisinsk forståelse i et sykdomstilfelle som over beskrevet gå glipp av symptomenes kommunikasjonsverdi og intensjon.

Medikamentell behandling f.eks. med tricyklikisk antidepressivum er i noen tilfeller tilstrekkelig ved at symptombedring kan bidra til bedret sosial funksjon og derav bedret selvbilde i en gjensidig prosess.



En sosial-dynamisk årsakstilnærming eller et feministisk perspektiv på eksempelet over kan bidra til bevisst-gjøring, ny atferd og en positiv prosess. Faren med en-dimensjonalitet i en slik sammenheng kan være fortidsfiksering og derav følgende passiviserende former for selverkjennelse. Jfr. fortellingen om Lots hustru (3).

Helsens moralske dimensjon

Selvkognitiv terapi representerer en tilnærningsmåte med moralsk og selverkjennelsesmessig beskrivelse av sykdom og helse. Sykdom i et slikt perspektiv kan forstås som uttrykk for rigid kommunikasjon ved at pasienten lider av manglende valgfrihet.

Symptomet/sykdommen sees ikke bare på som et resultat i en årsaksrekke, men

som et positivt signal om viktighet for forandring. Legerollen i en slik sammenheng blir som en pedagogisk rådgiver og hjelper for forandring som pasienten og pasientens omgivelser kan akseptere.

I sin beskrivelse av kognitiv terapi stiller Ellis spørsmålet om hva som er rett og gal erkjennelse av livet (4,5). Han opererer her med flere former for dysfunksjonell selverkjennelse. Ellis ser på sykdom/psykisk lidelse som uttrykk for forskjellige selvbedrag og livsløgner.

Den kognitive terapi aksepterer ingen kausalitets-sammenheng mellom opplevelser og emosjoner/sykdom. I den kognitive terapi vil erkjennelsen av livsopplevelser, den moralske og er-

kjennelsesmessige ramme opplevelsene settes inn i, være viktigere enn livet selv (6). Denne tenkning og psykoterapeutiske teknikk kan selvfølgelig misbrukes til "vær din egen lykkes smed"-ideologi, men som ledd i en flerdimensjonal beskrivelse av medisinsk praksis også representere en pedagogisk og framtidsrettet vinkling på behandling.

Tagores dilemma

Det problematiske med Ellis' "rational emotive therapy" er at han opererer med moralske regler som dogmer og ikke som motsetningsfylte refleksjoner.

For eksempel vil hans agitasjon mot pliktslaveri og ytre avhengighet bli møtt med rimelige motforestillinger. Ellis' oppskrift: "Gjør det du selv har lyst til heller enn det andre mener du plikter" (4), kan ikke anvendes som et dogme i livet.

Rabindranath Tagore formulerer dette dilemma slik: *Det som knuger meg, er det min sjel, som forsøker å komme ut i det fri, eller verdens sjel som banker på mitt hjerte for å komme inn?*

Denne motsetningsfulle enhet kommer også til uttrykk i andre selverkjennelsesfilosofiske verk, for eksempel i Lukas' evangelium: *Du skal elske din neste som deg selv* (7). Vi stilles her overfor spørsmålet om individet er verdiget egen selvanerkjennelse hvis det ikke gir seg til noe utenfor seg selv og bekrefter sin verdi gjennom handling overfor fellesskapet (8).

Jeg skal ikke gi meg ut på å gi sanne svar på spørsmål menneskeheden har stilt seg fra tidenes morgen, men kanskje det går an å besvare spørsmålet med et Paulus-sitat: *Jeg har lov til alt, men ikke alt gagner* (9). Kan pasienten og pedagogen/legen finne ut hva som gagner livet overfor et konkret livs- eller selverkjennelsesproblem, vil henrikten være oppnådd.

Kognitiv terapi i praksis

Den kognitive terapi er først og fremst anvendt ved depresjoner, og har en vel-dokumentert effekt såvel ved endogene som ved reaktive depresjoner. Jeg har anvendt denne terapiform slik metoden er beskrevet av psykologen Arnold A. Lazarus (10,11). Lazarus, som selv er



elev av Ellis, bygger på hans arbeider og har koncentrert seg om tre former for dysfunksjonell og irrationell selverkjennelse.

Den ytre avhengighet (external attribution) er kjennetegnet av at pasienten er ekstremt var for hvordan han/hun bedømmes av omgivelsene. Det er en selverkjennelsesform som henter sin anerkjennelse gjennom andre, som gjør personen avhengig av ytre bekreftelse. Fravær av slik bekreftelse medfører at personen opplever å bli slått til grunnen.

Den andre form for erkennelsesfeil kalles for "skullenes slave" ("slave of the shoulds"). Denne form for atferd/erkennelse karakteriseres av at personen er engasjert i en hel rad pliktbe-tonte gjøremål og har liten eller ingen plass til gledesaktiviteter.

Den tredje erkennelsesform som er vanlig hos den depressive pasient, og antakelig også hos en rekke pasienter med psykosomatiske lidelser er perfeksjonismen. Disse selverkjennelsesformer er selvfølgelig innbyrdes forbundet. De er ikke først og fremst morbide trekk, men allmennmenneskelige erkennelsesproblemer, som henger sammen med livets nødvendige mot-setning mellom selvet og nesten.

"Silent truth cannot withstand error aided by continued propaganda."

(Orville Wright)

Selvkognitiv behandling tar sikte på å hjelpe pasienten med motargumentasjon mot innlærte og ureflekterte former for selverkjennelse. I min tilnærming til denne type problem, forsøker jeg å unngå å erstatter ett dogme med et annet. Pasienten som stirr med ytre avhengighet får hjemmeklokse å evaluere sin egen innsats, blir oppfordret til å "klappe seg selv på skulderen" når han/hun selv synes det er fortjent. Vi diskuterer det umulige i en livsposisjon som forutsetter at en må bli likt av alle, når det vitterlig er slik at misbilligelse kan springe ut fra helt tilfeldige assosiasjoner hos personer vi møter.

Jeg prøver å lære pasienten at de modale hjelpeverb ikke bare består av "skal, må og bør", men også "kan, vil og tør". Pasienten får i oppgave å gi seg

selv tid til lystaktiviteter, og oppfor-dres til å lage seg en lystliste over små gledesaktiviteter i hverdagen.

Perfeksjonismen prøver vi å erstatte med en alternativ posisjon: Å feile er tillatelig (eller en glede) ved at det il-lustrerer for oss vårt menneskelige vesen.

Transaksjonsanalyse

Kollegjer med kjennskap til transak-sjonsanalyse vil finne mange tilknytningsspakter. Valg av ny eksistensiell posisjon: Jeg er OK - Du er OK (Elsk din neste som deg selv), har nær sammenheng med selvkognitive mønstre fra Ellis' kognitive rekonstruering.

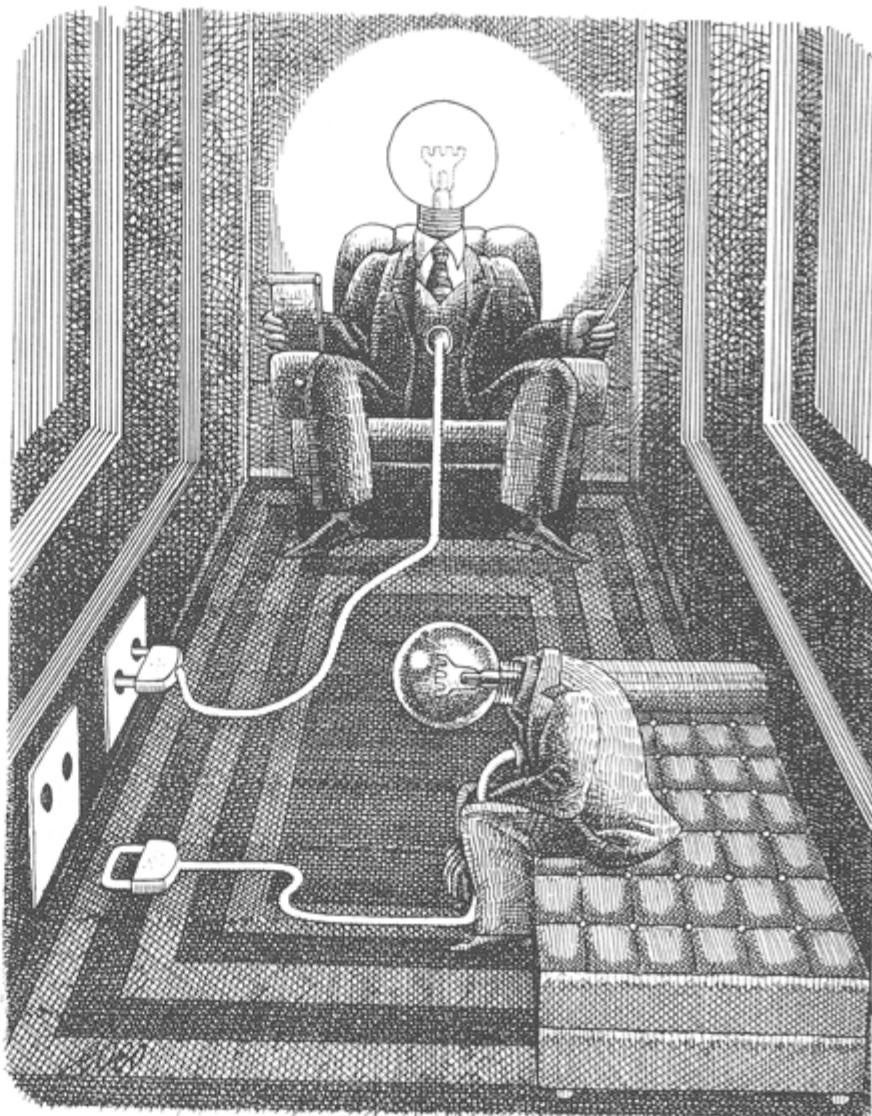
Transaksjonsanalysen gir også verdi-fulle kommunikasjonsråd (interak-sjonsanalyse) som hjelper en til å opp-dage at selvet ikke er en fiksert stör-relse, men består av mange "seksjoner" som kan utnyttes for å gjøre livet for en selv og ens omgivelser lettere å leve (12,13).

Det frie valg - en illusjon?

To viktige innvendinger melder seg: For det første at de sosiale forhold og deres betydning for helsen underkjennes. Skal den arbeidsløse, deprimerte pasient bli møtt med anklagen om at hans emosjonelle problemer er selv-valgte, lite rasjonelle former for selverkjennelse? Igjen vil jeg understreke at denne tilnærningsform og terapi-form ikke står i uforenlig motsetnings-forhold til sosialmedisinsk og epidemiologisk forståelse, men er utfyllende og representerer en tilnærming på et annet logisk nivå (14) som kan gi individet hjelp med emosjonelle problemer.

Den andre innvendingen er at de indre mentale prosesser er en sammenhengende kjede av mer eller mindre auto-matiske assosiasjoner som vi ikke kan gjøre oss til viljestyrte herskere over.

Alle psykoterapeutiske teknikker har antakelig sin effekt ved å modifisere slike automatiske mentale prosesser.



Dette er interessant i lys av at det synes som vi idag har kunnet bygge bro over motsetningen mellom en biologisk og en psykogen depresjonsteori (15). Den generaliserte stressreaksjon som hormonet forutsetter en feedbackmekanisme mellom binyrene og hypofysen, blir forstyrret av kognitive prosesser med virkning på hypothalamus-hypofyse.

En del psykoterapeutiske teknikker tar sikte på å påvirke våre mentale prosesser på en direkte måte med bruk av læringsbaserte psykologiske metoder. Slike teknikker vil derfor, som jeg ser det, kunne representere en ny innfallsinkel for behandling av depresjon, psykosomatiske sykdommer og andre sykdommer som har sammenheng med personlighetsmessige og aferdstypiske karakteristika (f eks er forbindelsen mellom selverkjennelse og risikoatferd for hjerte-kar sykdom interessant).

Nevrolingvistisk programmering (NLP)

Nevrolingvistisk programmering ble utviklet av amerikanerne Richard Bandler og John Grinder i 70-årene, og utvikles stadig som terapeutisk metode. Det er en behandlingstiinærming som ser på sykdom/symptom også som kommunikasjon, og ikke bare som endepunktet i en lineær kausalitetsrekke. En slik systemforståelse vil derfor se på menneskelig aferd/følelser som et ledd i et økologisk, homeostatisk balansert system. Symptom/sykdom vil være et uttrykk for at ett eller flere individer i systemet (eller deler av personligheten) ivaretar sine intensjoner på en lite funksjonell og økologisk måte.

Behandling blir derved et spørsmål om å gi en eller flere individer i et slikt system bevissthet om andre valgmuligheter som kan gjenopprette homeostatisk balanse og bedret funksjon.

De terapeutiske teknikker i nevrolingvistiken er pedagogiske og kjennetegnes av at de er prosessorienterte. Det vil si at terapeut ikke arbeider med innhold, men overlater til pasienten å bruke kreativitet for nye aferdsvalg, og interne økologiske sjekk-mekanismer for at han/hun selv skal kunne avgjøre om ny aferd er i overensstemmelse med egne følelser og intensjoner. Ved hjelp av såkalt framtids-pacing sjekker terapeut og pasient om ny aferd lar seg

gjennomføre i det økologiske system pasienten er en del av (16,17).

Medisinen befinner seg i en paradoksal situasjon der vårt vitenskapsgrunnlag: ideologien om alle foreteelsers årsak, leder pasient og terapeut ut i en ørkesløs vandrings hvor resultatet ofte er redusert helse og trivsel for pasienten og medisinsk-kulturelle manifestasjoner for terapeutene som noen benevner "utbrenthet".

I denne artikkelen har jeg forsøkt å gjøre oppmerksom på medisinsk tenkning med flere dimensjoner for forståelse og behandling, som kanskje kan hjelpe oss et stykke på veg. Sykdom og symptomer er i et slikt perspektiv grunnleggende forbundet med livet og med erkjennelsen av livet ved at vi kan forstå dem både som resultater i årsaksrekker og som kommunikasjon om å ivareta oss selv og våre medmennesker på alternative måter. Et slikt perspektiv bringer medisinen og vitenskapen igjen i forbindelse med etikken og estetikken:

Perhaps the great authority of quantitative science may be insufficient to deny an ultimate unifying beauty (1).

Litteratur

- Bateson G. Multiple Versions of the World. In: Mind and Nature, a necessary Unity. New York: Bantam Books, 1988: 69-94
- Lilleholt O. Om fattigdom og et revisert helsebegrep. Utposten 1987; 16: 314-7.
- I. Mosebok, 19. kapitel, vers 24-26. In: Bibelen. Oslo: Det Norske Bibelselskaps Forlag, 1964: 18.
- Ellis A, Harper RA. A new guide to rational living. Beverly Hills: Wilshire Book Company, 1975.
- Seidel J. Kunsten å ta seg selv alvorlig uten å ta seg selv for høytidelig. Bergen: Sigma forlag A/S, 1988.
- Beck AT, Greenberg RL. Coping with Depression. New York: Institute for rational-emotive therapy, 1974.
- Lukas' evangelium. 10. kapitel, vers 27. In: Bibelen. Oslo: Det Norske Bibelselskaps Forlag, 1964: 79.
- Jensen UJ. Kærlighed af den anden verden. Schopenhauer, Wayne og Kierkegaard. In: Selvbedrag og selverkendelse. København: Hans Reitzels forlag, 1987: 129-44.
- Apostelen Paulus' første brev til korinterne. 6. kapitel, vers 12. In: Bibelen. Oslo: Det Norske Bibelselskaps Forlag, 1964: 195.
- Lazarus AA. Behavior therapy and beyond. New York: McGraw-Hill Book Company, 1971.
- Lazarus AA. Multimodal behavior therapy. New York: Springer Publishing Company, 1976.
- Harris TA. Jeg er OK - Du er OK. En praktisk innføring i transaksjonsanalyse. Oslo: Tiden Norsk Forlag, 1984.

- Martinsen P. Det var en gang ... Transaksjonsanalyse. Oslo: Odd Dyrborg A/S, 1981.
- Bateson G. Every schoolboy knows. In: Mind and nature, a necessary Unity. New York: Bantam Books, 1988: 23-68.
- Gold PH, Goodwin FK, Chrousos GP. Clinical and biochemical manifestations of depression. NEJM 1988; 319: 413-9.
- Grinder J, Bandler R. Trance-formations. Moab, Utah: Real People Press, 1981.
- Bandler R, Grinder J. Frogs into princes. Moab, Utah: Real People Press, 1979.

Bydelslege

Eivind Meland

Olsvik legesenter, Olsvikåsen 14
5079 Olsvik □





ANMELDELSE

Synd eller psynd?

Atle Roness:
PSYKIATRI OG RELIGION
Utgitt av:
Universitetsforlaget, 1989.

Religionspsykologi er eit fagområde som belyser menneskers religiøse oppleveling og åferd. Eit underbruk av dette faget er religionspsykpatologien, som synest å få aukande interesse i psykiatriske forskningsmiljø.

Atle Roness, teolog og psykiater, direktør og overlege ved Modum Bads Nervesanatorium har skrive bok om psykiatri og religion. Boka er ei religionpsykologisk innføring, og er først og fremst retta mot fagfolk innan helsevesenet. Forfattaren reserverer seg mot forkynnarolla, det er ei fagleg psykiatrisk framstilling han ønsker å gi. Teologen har måttå vike plass for doktoren. Men han spørker likevel i bakgrunnen som ei legitimering av, ein slags dobbel strek under viktige poeng i boka.

I første del av boka settes faget inn i ein historisk samanheng. Vi får vite at også Hippokrates reflekterte over temaet, og avviste teorien om at demoniske og guddommelege makter var årsak til sjukdom. Dei mest kjende psykologiske skulane blir presenterte før boka presenterer psykiatriske aspekt på fenomen som vekking, omvending, demonutdriving og helbredning ved bønn. Forfattaren konstaterer noko som både er viktig og sjølvsagt, og som også gjeld

alternativ medisinsk praksis: At helbredelsespredikantens styrke er at han opererer med det same verdsbiletet som den han skal hjelpe. Dette bidrar til å gjøre behandlingen effektiv.

Tilhøvet mellom religion, psykoterapi og mental helse er grundig omtala i boka. Roness gir både kliniske eksemplar og råd, og omtalen er prega både av ei oppurverding av religion som tema i møtet med pasienten og respekt for religion som ein sjølvstendig faktor som ikke skal psykologiserast heilt bort.

Å belyse religiøs oppleveling og åferd må nødvendigvis bli ei svær oppgåve. Og når temaet skal belysast på 150 boksider, seier det seg sjølv at stoffet må behandles nok så summarisk. Problemet er både å avgrense stoffet og å gi det ein fruktbar vinkling. Roness har valgt ei tradisjonell framstillingsform. Han har langt på veg lukkast med sitt forsett, og balanserer bra mellom å favne vidt og å gå grundig inn på sentrale områder. Han er både praktisk og jordnær, og avslører ein omfattande kunnskap om stoffet. Somtid synest eg han er litt for ordrik. Spesielt gjeld det ein del råd og refleksjonar han kjem med som eg trur er nokså sjølvsagte for dei fleste terapeutar, og som med fordel kunne vore utelatte.

Forfattaren er ingen outsider verken i det teologiske eller psykiatriske miljøet. Det er

lite kontroversielt det han skriv. Han er Eva Lundgrens motpol når det gjeld metodologisk tilnærming til stoffet. Det er usakleg å vurdere ei bok ut frå kva som ikkje står der og kva ein personleg ønsker å lese. Skal eg likevel tillate meg å vere usakleg, vil eg seie at ei litt sterkare problematisering av tradisjonell psykiatri og ein litt grundigare drøfting av den gjennomgripande betydning religion har i alle samfunn, kunne vore på sin plass. At også det sekulariserte mennesket har sin religion er ei elementær psykologisk innsikt som forfattaren er innom, men som han godt kunne ha gjort nok meir ut av.

Alt i alt ei solid og sakleg innføring i eit spanande tema. Boka fortener å bli lese av mange. Ikkje minst vil prestar og kyrkjelag tilsette her kunna få ei god innføring i psykiatrisk tenkning.

Lat meg avslutte med standardvitsen om presten som var på sjælesorgseminar på Modum. Han kom tilbake til kyrkjelyden med ein talefeil. Han kunne ikkje lenger scie synd eller skuld, no snakk han berre om psynd og pskuld.

Den vitsen stod ikkje i boka. Men eg tenkte ofte på han då eg las henne.

John Nessa
 4130 Hjelmeland



ANMELDELSER

Per Stavem/Stein A.

Evensen:

BLODSYKDOMMER

3. reviderte og ajourførte utgave. Utgitt av:

Universitetsforlaget, 1988.
198 sider. Pris: 260 kr.

Denne boken er en klassiker for mange norske leger. Den har vært brukt i studietiden, g siden ved videreutdannelseskursene i hematologi ved Rikshospitalet. Der har forfatterne sine arbeidsplasser, og er derfor erfarene pedagoger.

Boken gir en oversikt over sykdommer i blod, benmarg og lymfeknuter, samt tilstander med blødningstendens.

Blodsykdommer i ny utgave

Den er oversiktlig inndelt i 24 kapitler, og har tabeller og figurer. Dette gjør stoffet lett tilgjengelig.

Forfatterne skriver i sitt forord at de har lagt hovedvekten på de særtrekk som har diagnostisk verdi, og at boken skal være en hemato-logisk-diagnostisk veibok. Fungerer denne også i allmennpraktikerens terren, eller passer den kun i sykehuskorridore?

Personlig setter jeg mest pris på måten forfatterne klarer å gi en komprimert og praktisk veiviser i de dagligdagse ting. Her forteller man likevel både om utførelse av prøven, om mekanisme ved

forhøyet SR, om tekniske feilkilder og normalverdier og vurdering av SR. Hvilke rutineundersøkelser er tilstrekkelige ved tilfeldig funnet SR mellom 30 og 60 hos en symptomfri pasient?

Den teoretiske bakgrunnen mangler ikke, men samtidig uteslutter ikke enkle ting som f.eks. omtale av daglig jernbehov og behandling av jermangelanemi. I kapittel 23 finnes en hendig oversikt med forslag til videre utredning ved positive funn som ofte forekommer hos pasienter med blodsykdommer. Kapitlene om leukemi og lymfomer er nok ikke like aktuelle for meg som arbei-

der nær et sentralsykehus. Leger utover på utpostene vil gjerne oftere ha pasienter i disse gruppene til kontroller.

Studiekunnskapene kommer fort på avstand, og behovet for repetisjon og oppdatering melder seg. Da gjør det godt å finne en norsk lærebok, skrevet av kompetente forfattere, som kan fortelle meg hva som er behandlingspolitikk og muligheter i norsk medisinsk virkelighet akkurat nå.

Marit Bergem Apeland
Kvernevik legesenter
Stavanger



ANMELDELSER

Hans B. Andersen, Jørgen Eriksen, Sophus Hauberg Johansen red.:

SMERTER OG SMERTEBEHANDLING

København, Munksgaard forlag. 288 s., pris ikke oppgitt.

I forordet skriver redaktørene at formålet med boken er å samle den viden som på nærværende tidspunkt finnes i Danmark om emnet. Formålet skal være å utvide interesse for smertebehandling, en

Oversiktlig om smerter og smertebehandling

interesse redaktørene mener har vært alt for beskjeden til nå.

Boken tar systematisk for seg smertens nevroanatomti, fysiologi, nevrofarmakologi, smertemåling, de forskjellige typer smerter og deres behandling. Hvert kapittel utdyper relativt grundig sine emner og avsluttet prisverdig av en oversiktlig konklusjon. Mye av stoffet er av mer teoretisk interesse for en allmennpraktiker, men er

meget bra for de som vil fordype seg i emnet.

Av større interesse i praksis er konkrete oversikter over behandlingsopplegg ved cancersmerter, hode-/ansikts-smerter og ischemiske underkstremitetssmerter. Avsnittene inneholder alt man trenger å vite for å gi disse patientene adekvat smertebehandling, og passer godt som oppslagsverk på kontoret.

Svært mange av våre pasienter går rundt med kroniske smertetilstander, og kravet om "smerteklinikker" er økende. For å kunne møte disse krav må flere kunne få et bedre tilbud hos allmennpraktikere. Boken inneholder mange gode bidrag til dette.

Jan L. Rodtwitt
Legesenteret Bærum gml.
sykehus,
1316 Bærum Sykehus.

Primærmedisinsk uke 1989

SORIA MORIA - Oslo
NSAM og OLL
arrangerer



Olav Rutle intervjuet av Åsa Rytter Evensen



En skjellsettende begivenhet fant sted på Soria Moria i dagene 2.-6. oktober 1989. Primærmedisinsk uke ble en dundrende suksess for de omlag 600 deltagerne og foredragsholderne. Mannen bak uka, Olav Rutle, er utenfra sett inkarnasjonen av sindighet. Men inni syder og bobler ideene. Han ønsker ikke å slå seg til ro med vundne skanser, men ser stadig fremover mot å erobre nye mål.

Olav Rutle er kanskje den allmennpraktikeren i landet som har best greie på sitt fagfelt. Med rapportene "Primælegen ut av skyggen", "Pasienten fram i

lyset" og "Allmennmedisin, tema med variasjoner" har Olav levert en omfattende kartlegging av norsk primærmedisin. Ved doktordisputasen i 1984 ble han behørig rost for sin forbilledlige fremstillingsform, sin kloke bruk av statistikk og sin grundighet i analysen av norsk primærhelsetjeneste.

Etter den primærmedisinske uka er det ingen tvil om at mannen på nytt har bragt primærmedisinen et steg framover. Men hvordan kom han på ideen?

Olav har vært leder av NSAM og fulgt selskapets årsmøter siden tilblivelsen. Nå ønsket han å gjøre noe utenom det tradisjonelle, som han syntes var blitt litt kjedelig etter mange år i samme spor. Han ønsket å skape en allmennmedisinsk "happening" som både skulle markere faget innad i egne rekker, overfor det øvrige fagmiljøet og oversør pasienter.

Ideen begynte å ta form i Olavs hode for fire-fem år siden, og lokalene bestilte han temmelig egenrådig allerede for tre år siden. Formen på uka, slik han så den i starten, var noe annerledes enn det endelige resultatet, mer ubunden. Han tenkte seg faglige aktiviteter, praktiske øvelser, ideverksteder og kulturelle innslag med allmennpraktikere som utøvende kunstnere.

Til å hjelpe seg med å gjøre visjonen til virkelighet inviterte Olav i første omgang en rekke mennesker til en idedugnad. En eller to møtte fram først gang. Etter en kort periode med kalde føtter gjentok han invitasjonen på en noe mer personlig måte høsten 1988, og da møtte fler fram. Etter hvert ble det en gjeng på 15 dediserte allmennpraktikere som kastet fram ideer om hva de ville fylle uka med. Den første idedugnaden ble raskt fulgt av en ny. Deretter ble det dannet kurskomiteer for hvert kurs, 13 i alt. I begynnelsen var det ikke planlagt så mange, men OLL kom med.

Uka hadde også en utstillingskomite, en faglig komite ansvarlig for frie foredrag, en kulturkomite og en PR-komite for å vise ansikt utad. Ved pres-selunsjen under uka møtte 8-10 journalister opp, og radioprogrammet "Sånn er livet" hadde et innslag med diskusjon av listepasientsystemet.

Olav kunne ønsket seg flere frie foredrag og posters under uka, ikke nødvendigvis av vitenskapelig karakter, men innslag som viser hva folk driver med i norsk allmennmedisin. Poenget med en slik sesjon ville være at ideer skal sprute fram, ideer som interesserte kan gripe, kanskje starte et samarbeide om.

Også et "speakers corner" kunne han ha ønsket seg, selv om det unektelig ville ha vært litt risikabelt. Uka ble mer ordet og strukturert, det ble ingen virkelig "happening", ingen allmennmedisinsk Woodstock-festival.

Men det er nødvendig å spille etter de reglene vi har, kurstimer, og tilstede-lister. Happening-innslaget var at så mange utvalg og veileddningsgrupper hadde satt hverandre stevne under uka. Det var møte i den allmennmedisinske lærebokkomiteen i forskningsutvalget, i publiseringsutvalget, i flere referanse-grupper og veileddnings-grupper. Det var invitert til slike aktiviteter for å sikre at folk møtte opp.

Nå ble jo ikke deltagelsen noen bekymring, selv i en tid hvor mange kurs avlyses på grunn av manglende tilslutning. Olav hadde håpet på 200-300 hundre deltagere. 450 forventningsfulle allmennpraktikere møtte fram. Med foredragsholdere og møtedeltagere var det i alt 600 primærleger på Soria Moria de deilige høstdagene. Men tro om dødeligheten sank i befolkningen, slik den gjorde under en legestreik i Los Angeles?

Olav er vanligvis en meget beskjeden mann, som stadig stikker sitt lys under en skjuppe. Men denne gangen er han villig til å erklaere seg særskilt fornøyd med resultatet, som han selv tror ble litt av en milepål for norsk allmennmedisin. Den entusiastiske bølgen som ble skapt i kampen for å gjøre allmennmedisin til egen spesialitet og i utviklingen av utdanningsprogrammet, var i ferd med å legge seg. Olav ønsket å skape nye bølger, noe det må slås fast

at han har greid. Deltagerne har forlangt en gjentagelse av den primærmedisinske uka allerede til neste år, men selv tenker Olav at hvert 2-3 år er et passelig intervall. Et så stort og ressurskrevende arrangement gjentatt for ofte kan virke ressurstappende og sentralisering.

Olav har tenkt på om den primærmedisinske uka bør arrangeres på omgang forskjellige steder i landet, men tror at oppslutningen blir best om den arrangeres i de store universitetsbyene. Mange mennesker er involvert i et så stort løft, og det er en nødvendighet at komite-og utvalgsmedlemmer bor i nærheten av hverandre.

Men Olav utfordrer gjerne andre primærmedisinske miljøer til å påta seg arrangementet i 1992. Den hanske bør imidlertid plukkes opp ganske snart. Neste gang håper han APLF, OLL og NSAM står som arrangører i fellesskap. Han håper alle aktiviteter da kan foregå på ett sted. Soria Moria ble litt for lite, og deler av programmet måtte avvikles på Lysebu, der regjeringsforhandlingene måtte fortrekke til fordel for uka. Men selv med så celebre forgjengere i møtelokalene følte kanskje de som holdt til i "annekset" at de var litt utenfor.

Olav skulle også ønske seg fler kulturelle aktiviteter ved neste uke. Han vet at det finnes mye talent innenfor de primærmedisinske rekken. Musikk, malerier, tegninger, foto, sang og poesi bør få en selvfølgelig plass. For Olav er kultur en viktig del av livet. Han mener at vi må sørge for inspirasjon for sjelen om vi skal gjøre en god faglig jobb. Selv nærer han sin sjel med det skrevne ord og samvær med mennesker han er glad i. Han synes det finnes så utrolig mange artige kolleger. Selv er han aldri så lite misunnelig på jenter som har venninnegrupper å diskutere med og gå ut med. Han ville gjerne være med i en guttegjeng som var trygg på hverandre og kunne diskutere ømtålelige emner uten å være redd for å miste mannefasaden.

Den som tror at Olav nå hviler på sine laurbær tar fullstendig feil. I hodet hans er det nå dukket opp en ide om å arrangere en ny stor konferanse, der fremtidens utfordringer blir tatt opp: eldreomsorg, miljøvern, forsøpling i

vid forstand, fra videovold til kjemisk forurensning, allmennmedisinere i forhold til paramedisinske utøvere, kommunikasjon og HVPU. Her tenker han seg arbeidsgrupper som kan gå i dybden og analysere utfordingene. Det ville være spennende å få en god gjeng primærmedisinere til å debattere dette. Det var i forberedelsene til et foredrag om "Allmennmedisin- hva nå?" han kom på denne ideen.

Et annet prosjekt Olav har i tankene er å utvikle primærlegekontoret videre til et primærtteamkontor, der de ansatte i praksisen er likeverdige deltagere. Han mener vi har forsømt å utnytte våre medarbeideres ressurser. Vi betaler avlat ved å arrangere kurs for legen og medarbeidere, men det er på legens premisser, for leger, av leger, med medarbeideren som vedheng. Nå er det på tide å lage en nordisk kongress for primærtteamet.

Tiden er moden til å legge om arbeidsformen i allmennpraksis, i alle fall for noen pasientkategorier. Vi vet at angst-pasienter har nytte av gruppebehandling. Diabetikere og gravide kan være mulige kandidater for gruppekonsultasjoner, der medarbeiderne og pasientes ressurser kan utnyttes meget bedre enn i tosommethen i en vanlig konsultasjon.

Et hjertesukk fra Olav til slutt: han vil gjerne forske, men det blir det aldri tid til.

Utposten-redaksjonen og alle som er så heldige å kjenne denne kjernepraktikeren håper at han med tid og stunder får alle sine ønsker oppfylt. Vi venter spent på den første nordiske kongress for primærtteamet, og deltar gjerne når Olav holder sin første gruppekonsultasjon for forebyggelse av utbrenhet hos primærleger.

Førsteamanuensis Åsa Rytter Evensen
Institutt for allmennmedisin
Fr. Stangs gt. 11/13
0264 Oslo 2



SØRIA MØLLA - Oslo
NSAM og OLL
arrangører



Vi ønsker best mulig hjelp

**Foredrag fra Primærmedisinsk uke 1989
Fra kurset "Pasientforeningene - e.i trussel mot allmennmedisinen?"**



Ann Kristin Stapnes er cand.polit. Hun har vært amanuensis ved Institutt for helse- og sosialfag ved Universitetet i Tromsø 1981-86. Hun har også vært forskningsstipendiat ved Rikshospitalet og arbeidet med barn med medfødt hjertefeil. Utgitt boka "Hjertebarn" (Universitetsforlaget 1985). Fagsjef i Landsforeningen for Hjerte- og Lunge- syke fra 1986. Synger i kor.

Det er ikke ofte pasientorganisasjoner blir invitert til samarbeid eller kommer til orde i forhold til allmennmedisinere på sentralt hold. Lokalt foregår et godt samarbeid mange steder. Jeg tror samarbeidet kan og bør bli bedre.

Av Ann Kristin Stapnes

Felles mål

Målet har vi felles, nemlig en best mulig helsetjeneste for alle, uansett utgangspunkt - geografisk bosted, økonomisk mulighet og sosial status.

Landsforeningen for Hjerte- og Lunge- syke er en interesse- og serviceorganisasjon med virksomhet over hele landet. Foruten organisasjonsarbeid, kursvirksomhet, opplæring/informasjon, drives et omfattende sosialt og sosialpolitisk arbeid. LHL har ca. 44 400 medlemmer. Ved hovedkontoret i Oslo er det rundt 50 ansatte. I tillegg kommer 15 distriktssekretærer utover i landet.

I Stortingsmelding nr. 41 om Helsepolitikken mot år 2000 står følgende på side 74: "Det har hittil vært lagt for liten vekt på at helsetjenestene først og fremst skal tjene pasientens ønsker og behov. De mange profesjonene i helsevesenet, organisering og finansiering har stått i fokus og formet det helsevesenet vi har i dag. Brukernes ønsker og krav er i for liten utstrekning tatt hensyn til". Dette er en ganske utrolig innrømmelse fra våre helsepolitiske myndigheter, og vi håper at den er uttrykk for at man nå skal tenke og handle annerledes.

Få formelle pasient-rettigheter

Ut fra sitatet over sier det seg selv at det pr. i dag finnes relativt få formelle rettigheter for pasienter i Norge. Disse er dessuten spredt i ulike deler av lovverket. I Lov om kommunehelsetjeneste er kanskje en av de mer direkte rettighetsprinsippene formulert. Det er imidlertid en skuffelse at denne i så stor grad er utformet som en *betinget* rettighet, det vil si at for den enkelte pasient kan den risikere å ha liten realitet. Dette henger først og fremst sammen med at rettigheten er definert på bakgrunn av kommunenes økonomiske evne.

Forventninger om helsetjenestene

Men selv om de formelle rettigheter allså er få, så er *forventningene* desto større. For kronisk syke og funksjonshemmede representerer jo faktisk et



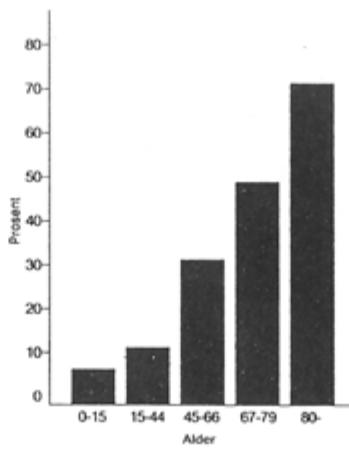
godt helsetjenestetilbud selve grunnplassen i deres eksistens. Svikter dette, svikter selve fundamentet i det å mestre sin livssituasjon på best mulig måte. Jeg har allerede her innledningsvis lyst til å si at når jeg møter kronisk syke og funksjonshemmde eller familiær med syke barn som er tilfredse med den behandling de får i helsevesenet, så henger det nærmest alltid sammen med en tilfredsstillende kontakt med en primærlege på hjemstedet deres. Det slår aldri feil.

Kronisk syke og funksjonshemmde er de virkelige storforbrukerne av helse-tjenester, men jeg tør også våge påstått at de er den gruppe som får sine behov dårligst ivaretatt. Min hovedpåstand som er uttrykk for et enormt hjerresukk i hele denne gruppen er som følger: bare dersom primærhelsetjenesten tar totalansvaret for helsetjenesten til den enkelte, vil tilbuddet bli tilfredsstillende. Dette representerer en enorm utfordring.

Noen fakta

Tabellen fra Nasjonal helseplan (fig. 1) viser antall og aldersspredning på funksjonshemmde i Norge. Tabellen bygger på FFO's og Avdeling for helsetjenesteforskning ved SIFF's undersøkelse, der de har sett på funksjons-hemmades situasjon ut fra opplysninger i Helseundersøkelsen 1985. I FFO's definisjon har vi ca. 770 000 funksjons-hemmde i Norge. Funksjonshemmning er da definert ut fra rapporter om hvor mange som har vansker i forhold til en del livsområder og aktiviteter som man ikke klarer uten hjelp. Det kan selvsagt være noe diskusjon om akkurat dette

Figur 1. Funksjonshemmde i Norge. Prosent av - og antall personer i aldersgrupper.



Kilde: Funksjonshemmde i Norge. Nasjonal Helseplan 1988, s. 14.

tallet, men det som er sikkert er at kronisk syke og funksjonshemmde representerer en enorm utfordring for helsetjenesten, både når det gjelder kvantitet og kvalitet i behandlingen. Prognosene for de nærmeste år viser dessuten en betydelig økning i antall funksjonshemmde. De fleste er eldre, men også gruppen yngre vil øke i antall, som følge av medisinske, økonomiske og sosiale fremskritt som reduserer dødelighet.

Behovene

Mennesker med kroniske sykdommer trenger selvsagt en helsetjeneste som er tilpasset nettopp deres behov. Med omtrent 100 forskjellige undergrupper av funksjonshemmning kan dette synes uoverkommelig, men jeg tør påstå at utover det særmedisinske - som i stor grad er spesialistoppgaver - så er det i disse behovene en rekke viktige fellestrekks. Jeg tror at de viktigste behovene kan nedfelles i 4 hovedpunkter.

1. Empati - trygghet - ansvar - tid

Det finnes en rekke nasjonale og internasjonale rapporter og publikasjoner som beskriver betydningen nettopp av å bli møtt på egne premisser i en subjekt/subjekt relasjon, å bli lyttet til, tatt på alvor på sin egen symptombeskrivelse, bli forstått og ut fra det få medansvar og medbestemmesrett i behandlingen. Dette burde være det mest selvfølgelige av alt. Alle er enige om det, men virkeligheten viser at dette kanskje er et vanskelig punkt og at det finnes veldig mange forklaringer på hvorfor det er så problematisk.

La meg gi et eksempel:

En mor kommer med sin tre uker gamle datter til helsestasjonen og formidler at hun er urolig for at ikke alt er "normalt" med datterens utvikling. Hun hoster, har feber, spiser dårlig, har brekninger og puster kanskje litt fort? - sier moren. Rutinemessig blir hun avvist - også av legen. Ingen lytter til morens budskap. De ser bare: (over)engstelig mor, førstegangsfødende - og det har personalet møtt hundre ganger før. Moren diagnostiserer - ikke barnet. Moren kommer igjen flere ganger - tilslutt med et barn som virkelig er sykt. Barnet viser seg å ha stor hjertesvikt p.g.a. en medfødt hjertefeil.

2. Kommunikasjon - informasjon

Det må stå hevet over all tvil at det er legens (helsepersonalets) ansvar at dette fungerer tilfredsstillende: det vil si at informasjonen er god nok. Pasient og pårørende må ha oppfattet budskapet og sett konsekvensene. Dette har selv sagt også mye med empati og trygghet å gjøre, og er vanskelig. Det er så vanskelig at jeg vil hevde at dette burde stå svært sentralt i læreplanen på det medisinske studiet og i alle etterutdanningsplaner.

Når det er sagt, så vil jeg si at ved siden av pediatrerne er kanskje allmennmedisinerne etter min erfaring den gruppen som tar dette mest seriøst.

Det er viktig å kjenne til kriseteori og stadier, hvordan og når og hvordan og når ikke og hvordan man ikke skal informere. Det finnes massevis av lærebøker i kommunikasjonsteori. Dette er vel og bra, men de representerer bare teknikker og hjelpebidrifter. Empati, vilje til subjekt/subjekt kommunikasjon har primært noe med holdning å gjøre, med innstilling og med prioritering. Jeg har aldri møtt en pasient eller foreldre til et sykt barn som har gitt uttrykk for at de har fått for mye informasjon, men jeg har møtt forferdelig mange som har hevdet det motsatte. Dette er et fakta som man etter min mening ikke kan feie til side.

Jeg har ofte fått presentert fra legehold at pasientene deres alltid får svar på det de spør om og at hvis de ikke spør, så er det vel fordi de ikke ønsker å vite. Jeg skulle ønske at denne myten ble tatt avlive så raskt som mulig. Også ut fra egen erfaring kan jeg si at man spør ofte ikke fordi man ikke vet hva man skal spørre om, og fordi man er engstelig, forvirret og kanskje har respekt for autoriteter, for noe ukjent, kort sagt det er tusen grunner for at man ikke spør, men det betyr sannelig ikke at man ikke vil vite!

I pasientorganisasjonene legger vi etter hvert stor vekt på å informere og bevisstgjøre pasientene på sine rettigheter, men også sitt (med)ansvar i kommunikasjon og behandlingsprosessen. Enhver dialog har (minst) to parter og to verdener som møtes. Det må imidlertid være legen som har hovedansvaret for at disse forståelsesrammene får en felles kommunikasjonsarena, der begge forstår og blir forstått.

3. Kontinuitet - allmennmedisinerens hjertesak?

Et tredje punkt som er svært vesentlig og hvor det synes mye, men jeg tror ofte mot helsepersonellets vilje, er behovet for kontinuitet og oppfølging. Dette burde være allmennmedisinernes hjertesak. Kronisk syke mennesker ønsker i hvertfall at det skal være det. La meg igjen sitere fra Nasjonal helseplan. På side 25 står følgende: "Det er viktig med kontinuitet og oppfølging. Dette vil si at den enkelte har en fast primærkontakt som kjenner vedkommende og den enkeltes spesielle situasjon. Som regel bør denne faste kontakten være en allmennlege".

Jeg har lyst til å legge til at når det gjelder kronisk syke mennesker, så er behovet for kontinuitet og oppfølging spesielt stor. Det er klart at alle mennesker har behov for dette. Hver gang du har en eller annen "tilfeldig" plage eller sykdom, så har du lyst til å treffe samme legen. Men når du kommer og gang på gang må definere det samme problemet, de samme symptomene for nye fjes, så virker det ofte trøstesløst, og du gir opp håpet om å bli forstått og fulgt opp.

4. Samarbeid

Et fjerde og siste punkt handler om samarbeid. I denne undersøkelsen jeg har gjort om familier med barn med medfødt hjertefeil, viste det seg at dette med informasjon, oppfølging og samarbeid mellom faginstanser både når det gjelder nivå og fagbakgrunn, utgjorde et enormt problemområde for den store majoriteten av familier. Fra mitt arbeide i LHL vet jeg at det er slik for svært mange pasienter og pårørende. Det man tror er helt rutinemessig sikkert, så som utsendelse av epikriser mellom spesialist og primærinstans, fungerer tilsynelatende ikke godt nok. Det bedyres både fra spesialist og primærinstans at dette fungerer, men pasientene opplever en annen situasjon. Det er mulig at jeg tillegger primærhelsetjenesten mye ansvar, men dersom man vil ha oppgaver, må man også påta seg ansvaret. Ut fra dette vil jeg noe utfordrende hevde at ansvaret for at kommunikasjonen til spesialtnivå fungerer, ligger hos primærkontakten, altså hos allmennpraktikeren.

Som jeg sa innledningsvis, de pasientene som gir uttrykk for at de har et godt tilfredsstillende tilbud, de har også en god primærkontakt. Og apropos primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste: henvisningsplikten som vi har i vårt land. Pasientorganisasjonene blir ofte beskyldt for å "forherlige" spesialistmedisinen og se allmennpraktikeren som et fordyrrende og forsinkende mellomledd. Jeg har lyst til å knytte et par kommentarer til det.

Jo, det kan ofte oppleves slik fra pasienthold, men da henger det trolig sammen med de øvrige punktene som jeg har kommet inn på, altså kommunikasjon, tillits- og ansvarspllassering, kort sagt "samarbeidet" mellom lege og pasient. Min erfaring er at kronisk syke absolutt ikke alltid ønsker seg eller ser behovet for kontakt med spesialist som det viktigste. Frustrasjonen kommer først og fremst i to situasjoner:

For det første når pasienten ikke opplever den trygghet som jeg har beskrevet, og for det andre og kanskje viktigst, der hvor det er fastslått at pasienten f. eks. har en lungesykdom og kanskje anser det som rimelig at han eller hun direkte kontakter lungespesialisten for oppfølging av den spesielle lungesykdommen. Det har noe med å kunne betro pasienten ansvar for å kunne sortere ut og plassere sine behov. Det alle pasienter opplever er imidlertid at *samarbeidet* mellom allmennpraktiker og spesialist er helt avgjørende for helhetsresultatet.

Pasientene ønsker seg altså en allmennlege som kan ivareta helheten ved deres helsemessige situasjon, som samarbeider med spesialist og henviser til spesialist der det er nødvendig, og der pasienten opplever en god kommunikasjon og et godt samarbeid mellom alle berørte parter. Samarbeidet gjelder forøvrig ikke bare mellom medisinere, det gjelder også i høy grad i forhold til andre fagpersoner, f. eks. ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, hjemmesykepleie osv. Men igjen er det ønskelig at en person sitter med hovedansvaret, og dette bør som oftest være primærlegen. Ofte erfarer man at det er pasienten selv som får hovedansvaret, og jeg tror ikke at det er en god modell.

Et siste punkt når det gjelder samarbeid, er samarbeidet mellom primærhelsetjenesten/allmennlegen og pasientorganisasjonene. Jeg nevnte innledningsvis at vi har et felles mål og i stor grad også et felles interesseområde, nemlig informasjon. Det er mange legers erfaring at den informasjon som kan gies til en hel forsamling pasienter på et LHL-møte eller lignende er for det første mer effektiv, og gir på mange måter også en god og annerledes kommunikasjon til pasientene. Hvis jeg hadde vært kommunelege eller helsekjef, ville jeg sett nøyne på hvordan man kunne etablere samarbeidspartnere i den tredje samfunnssektor eller i de frivillige organisasjoner, inkludert pasientorganisasjonene, der man finner engasjement, vilje til innsats og ressurser i forhold til å arbeide om felles viktige helsepolitiske mål. Dette behøver ikke bare å gå på behandling. Som oftest vil det gå på opplysing av forebyggende art, på etablering av attføringstiltak, på psykososiale tiltak osv.

Til slutt, i invitasjonen til Primærmedisinsk Uke ble det sagt at en av drivkretene bak etablering av pasientforeninger er misnøye med den tjeneste som ytes fra helseinstitusjoner og fra det offentlige. Når det gjelder misnøye overfor helseinstitusjoner, tror jeg dette i liten grad er riktig. Når det gjelder misnøye overfor manglende tiltak som er etablert i offentlig regi, tror jeg derimot det er riktig.

Samarbeid - i form av sosialpolitisk virksomhet, er derfor et annet interessefellesskap som jeg skulle tro allmennmedisinerne også ville kunne se betydningen av, slik som spesialistmedisinerne har sett det. Jeg vil derfor gjerne avslutningsvis invitere til samarbeid og uttrykke et ønske om at de fire viktige behov som er fremsatt, vil utgjøre grunnpilaren i utformingen av det allmennmedisinske tilbuddet til kronisk syke og funksjonshemmede.

Fagsjef Ann Kristin Stapnes
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Sandakerveien 78,
0483 Oslo 4



Stev

Frå primærmedisinsk veke

Ein måndag morgen såvidt oktober
eg møtte spente og ganske sober
På Soria Moria og Lysebu
lyt me kast ut Bondvik og Syse tru?

Men heldigvis fekk dei ikkje lide
regjering klart' dei å lag i tide
men å jobbe oppe til tri ei nott
det lovar ikkje for helsa godt

Halv ni me starta med fil'sofering
med Einar Økland si dissekering
andre kurs tok opp trygderett
arkivering, base og datanett

På vinterkurs skal du lær kreering
og Neurolingustisk programmering
for å driv miljøretta treng du det
elles blir alt kurativt, akk og ve

Kommunehelsa ho hev jubileum
og liten grunn til å syng Te Deum
men attval vart det på Hagestad
so no lyt me feire og vere glad

Om dette hadde eg nok ei aning
at prisen tok no han Magne Franing
i Saltdal vert det no trygt og greit
så ingen doktar der kan bli feit.

Vidar Toreid
4684 Bygland



Felden[®]
Piroxicam

Velegnet ved artrose

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.



PFIZER A/S

Strandveien 4, 1324 LYSAKER

Miljøretta helsevern og kampen om samfunnskvaliteten

Geir Sverre Braut er ass. fylkeslege i Rogaland.

Tankar omkring kommunehelsetenestelovens § 1-4

For eit par år sidan vart § 1-3 i kommunehelsetenesteloven endra. Omgrepet "helserådsteneste" vart bytta ut med "miljøretta helsevern". Samstundes fekk vi eit nytt kapittel 4a som kom i staden for kapittel I i sunnhetsloven.

Av Geir Sverre Braut

Sosiale miljøfaktorar

Dette har dei fleste av oss fått med seg. Det som ikkje står så klart fram, er at § 1-4 i same loven vart endra på ein måte som det er vesentleg å kjenna til om ein vil skjøna kva omgrepet *miljøretta helsevern* eigentleg inneber. Dette er viktig avdi miljøretta helsevern er noko meir enn den tidlegare helserådstenesta. Det går no m.a. heilt klårt fram av lovteksten at også *sosiale miljøfaktorar* skal behandlast av det miljøretta helsevernet.

Innan det medisinske miljøet stirr vi enno med at omgrepet *medisinsk fagleg ansvar* ikkje er avklara. Kanskje i fortviling over dette og ein viss frustrasjon over at ein ikkje lenger er helserådsordførar, opplever eg at mange kommunalegar med medisinsk fagleg ansvar for det miljøretta helsevernet har lagt seg på veret. I beste fall held ein fram med løpende saksbehandling som tidlegare. No veit vi at det medisinsk faglege ansvaret vil verta drøfta i den stortingsmeldinga om kommunehelsetenesta som er lova ein gong på nyåret. Medan vi ventar på denne, kan det vera grunn til å ta for seg § 1-4.

§ 1-4

Kort sagt seier denne lovregelen at kommunehelsetenesta til ei kvar tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og dei faktorane som kan verka inn på denne. Vidare er det opp til helsetenesta å føreslå helsefremjande og førebyggjande tiltak, samt medverka til at helsemessige omsyn vert tekne i vare

av andre offentlege organ som arbeider med tiltak som kan ha betydning for helsetenesta sitt arbeid. Slik medverknad skal m.a. skje gjennom rådgjeving, uttaling og deltaking i planarbeid. Helsetenesta skal vidare på eige initiativ gje informasjon om forhold som kan påverka helsa til dei som har aksjonsansvar innan det aktuelle fagområdet.

Slik eg les denne lovregelen, har lovregelen lagt opp til at andre offentlege etatar skal rådføra seg med helsetenesta i planlegginga si. Vidare skal helsetenesta av eige tiltak følgje med i det som skjer i lokalsamfunnet.

Hundehald og revefarm?

Dette blir ikkje godt nok teke i vare om ein held fram med helserådsarbeid på gammelmannen. Det held ikkje lenger å sitja å venta på at Hansen skal klaga over hundehaldet eller revefarmen til Olsen på andre sida av den bekken som alltid har hatt krystallklårt vatn. Det er ei avsporing å bruka tid og krefter på slike saker. Desse sakene burde ideelt sett vore behandla etter nabolovgjeving m.v. med relevante helsefaglege opplysningar som vedlegg. Sjølv om vi nok ikkje kjem utanom desse, må vi ikkje la dei får overtaket. I en travle kvardag er det lett at ein fell tilbake på enkeltvedtak etter forvaltningsloven som den aktuelle og einaste mogelege arbeidsmetode. Helsestellet står i fare for på dette området som på mange andre område å verta passiv mottakar av "rest-kategoriene" av samfunnsproblem.

I det følgjande skal eg skissera nokre uferdige tankar om alternative arbeidsmåtar innan miljøretta helsevern som vil vera i samsvar med ideane bak kommunehelsetenestelovens § 1-4.

Eit problem er at dei fleste kommunane har sviktande informasjon om helsetilstanden og faktorar som kan påverka denne i eigen kommune. Men sjølv utan gode "kommunediagnoser", er det mi tru at ein kan gjera mykje ut frå det ein veit om storsamfunnet. Dersom ein kan sannsynleggjera at eigen kommune ikkje er så ulik større område, vil ein ha eit fornuftig utgangspunkt.

Folkehelsemål

Første utfordringa vert å setja mål for verksemda innan det miljøretta helsevernet. Dei måla vi ein sjeldan gong kan finna i helse- og sosialplanar, er å sjå på som mål når det gjeld organiseringa av det miljøretta helsevernet. Dei smakar meir av "helsetenestemål" enn

eigentlege "folkehelsemål". Dei folkehelsemåla vi bør sikta oss inn mot, er av det slaget vi kan finna i Helse for alle - strategien og tildels også i St. meld. nr. 41 (1987-88) - Nasjonal helseplan. Eg er ikkje sikker på om desse eigentleg høyrer heime i helse- og sosialplanen. Kanskje dei heller burde stå i kommunepalanen slik at dei også kunne vera leiestjerner for andre offentlege organ? Det er i alle høve gjerne slik at det er andre enn helsetenesta som verkeleg kan påverka utviklinga i rett lei.

Om så var tilfelle, vil det vera helsetenesta si oppgåve å ha rutinar for å vurdera om ulike offentlege tiltak er av ein slik art at dei verkar for folkehelsa og ikkje mot henne.

Konsekvensutgreiing

I lange tider har politikarar vore vane med å nytta langtidsbudsjett og rulle-rande planar om retningsvisarar når det

gjeld økonomistyring. Tiltak utan analysar av dei økonomiske konsekvensane er vel nærmast utenkelege i dag. Derimot ser vi støtt at tiltak vert sette i verk utan at ein har føreteke vurderingar av dei helsefaglege og trivselsmessige konsekvensane. Miljøvernstyresmaktene har etter kvart fatta poenget.

I plan- og bygningsloven har dei fått med eit heilt kapittel om konsekvens-utgreiingar ved ulike miljøendrande tiltak (§§ 33-1 til 33-9). Vidare har det kome med ein regel om at det i kommunal verksemd skal oppnemnast ein person som skal sjå til at det vert teke omsyn til konsekvensar for barn og unge.

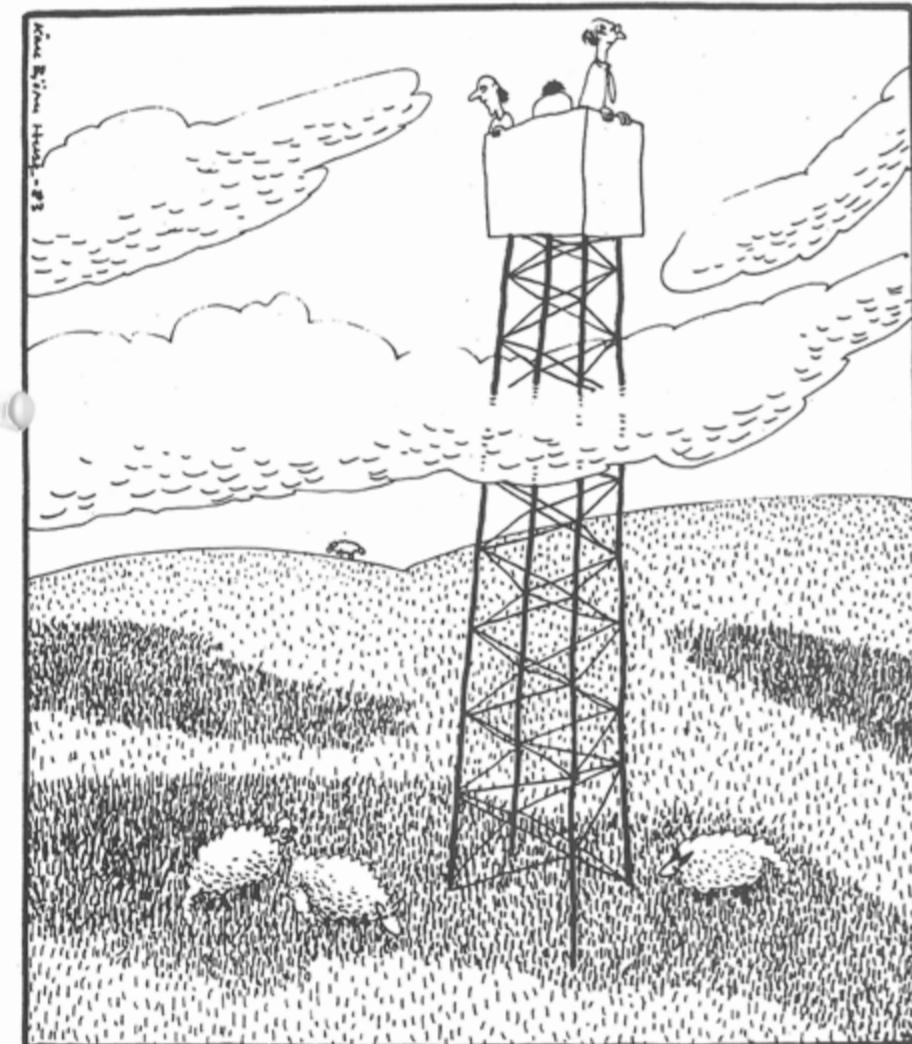
I den grad det dreier seg om helsefaglege tilhøve, skulle ein tru at kommunehelsetenestelovens § 1-4 dekka opp for det meste. Men når det likevel er nødvendig med slike presiseringar frå andre sektorstyretemakter, tyder det vel på at vi ikkje har vore flinke nok?

Eigenkontroll av kvalitet

Helse- og trivselsparametrar må vera ein del av dei spesifiserte krava vi legg til grunn når vi skal fastsetja kva kvalitet samfunnet vårt skal ha. Når ein har fått klubba gjennom helse- og trivselsmål for kommunen, kan det miljøretta helsevernet byrja å utarbeida program for korleis dei skal driva arbeidet for å sjå til at ein arbeider fram mot desse måla. Sagt i kvalitets-sikringsterminologi, bør det vera slik kvar sektor driv eigenkontroll med at dei arbeider fram mot vedteken kvalitet i samfunnet. Det miljøretta helsevernet har til oppgåve å mælda frå om avvik frå den ønskja utviklinga og ikkje minst på førehand gje vurderingar av sannsynlege konsekvensar av ulike tiltak. Dersom ikkje vi i helsetenesta er i stand til å medverka til helsefaglege konsekvens-utgreiingar, vil andre heilt sikkert ta over. Eg trur at både offentlege organ utanom helsesektoren og private firma vil vera ivrige til å koma på banen i så måte. Utruleg nok ser det ut til at helsemessige konsekvensar av ulike samfunnstiltak er at stor interesse for alle andre enn helsepersonell! Dette arbeidet krev helsefagleg medverknad. Det vil difor vera tragisk om andre faggrupper rår plassen åleine.

Samarbeid over grenser

Dersom det kommunale miljøretta helsevernet skal kunna fylla oppgåva si, vil det vera behov for sterkt fagleg ryggdekning på sentralt og regionalt nivå. Dette er ein no i



ferd med å prøva byggja opp gjennom ulike prosjekt innan førebyggjande helsearbeid. I tillegg til å styrka det faglege innhaldet, er det å vona at desse prosjekta vil visa høvelege arbeidsmåtar både for arbeid innan ein kommune og over kommunegrenser og endå til fylkesgrenser. Dette siste er vesentleg avdi ein har lagt opp til at det er primærkommunane som har det forvaltningsmessige ansvaret for denne typen tenester. Korkje lovverk eller overordna planar innan helsesektoren har fram til no brydd seg særleg mykje om at miljøretta helsevern byr på utfordringar som ikkje vedkjerner seg grensene mellom forvaltningsnivå. Dette poenget har også miljøvernstyresmaktene fatta når dei i ovannemnde reglar i plan- og bygningsloven legg dokumentasjons-

og utgreiingsansvaret på den som ønskjer å setja i verk tiltaket. Kanskje dette også burde verta ein model for arbeidet med miljøretta helsevern i framtida? Så langt eg kan sjå, er reglane i kommunehelsetenesteloven ikkje til hinder for at så ver gjort; men det krev initiativ frå sentralt hald.

Angrepssposisjonar

Avslutningsvis vil eg skissera ein liten tabell som seier noko om kva angrepssposisjonar det miljøretta helsevernet kan arbeida ut frå: (Fig.1)

Denne tabellen ber preg av at faglege mål innan lokalforvaltninga for tida ikkje er særleg godt formulerte gjennom lovar, forskrifter og retningslinjer

frå sentralt hald. Sjølv om mange etter kvart stiller seg tvilande til nytta av plansystemet, må ein lite på dette til det eventuelt ligg føre andre vedtekne modellar.

Eg har vald å ta med eit eige punkt om behandling av einskildsaker. Dette er gjort fordi kommunen bør ha ei plannmessig og systematisk tilnærming til dei sakene som krev enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Såleis bør ein ut av kommuneplanen kunna få visse haldepunkt vedrørande korleis t.d. forskrifter om utslepp av avlaup skal praktiserast for å nå den samfunnskvaliteten ein ønskjer.

Ass. fylkeslege Geir Sverre Braut
Fylkeslegekontoret
4000 Stavanger

Fig. 1

Arbeidsmetode:	Grunnlagsmateriale:	Dokumentasjon:
Utarbeida krav til samfunns-kvalitet	Helsefaglege krav ut frå HFA 2000, Nasjonal helseplan m.v. (Lover og forskrifter)	Kommuneplan
Utarbeiding av arbeidsprogram for miljøretta helsevern	Kommuneplan. Lovar og forskrifter	Helse- og sos. plan
Konsekvens-utgreiing.	Kommuneplanmål. Overordna plandokument og tilgjengeleg fagkunnskap	Saksdokument i ulike plansaker
Einskildsaker	Helse- og sosialplan med mål for detaljsak-behandling etter kap. 4a i kht. loven. Interne faglege retningslinjer kor ein skisserer funksjonskrav som kan setjast med utgangspunkt i gjeldande lovar og forskrifter	Arbeidsprog. Saksdok. i einskildsaker

Mindiab® (glipizid)

NYTT TABLETTALTERNATIV

ved type 2
(ikke insulinavhengig)
diabetes



Mindiab® er effektiv
med hurtig blodsukkernenkning
(glipizid) og enkel dosering

- Mindre mulighet for langvarige hypoglykemier (1) (2)
- Biologisk virketid inntil 24 timer (3) (4)
- Doseres en gang pr. dag – før frokost (4) (5)
- God effekt etter flere års bruk (5)
- Rimelig
- Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)

Mindiab® (glipizid) er et originalprodukt fra:
FARMITALIA CARLO ERBA

For ytterligere informasjon, kontakt:



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA CARLO ERBA AB

Postboks 53, 1371 Asker. Tlf.: (02) 79 07 60

Referanser:

- (1) Berger W: Die relative Häufigkeit der schweren sulfonylharnstoff-Hypoglykämie in der letzten 25 Jahren in der Schweiz. Schweiz med. Wschr. 116, Nr. 5 145–151 (1986).
- (2) Gries FA: Düsseldorf, K.G.M.M. Alberti Newcastle Upon Tyne, U.K. Management of Non-insulin-dependent Diabetes mellitus in Europe. A consensus statement. Bulletin International Diabetes Federation. Volum XXXII No. 3. Dec. 1987.
- (3) Peterson CM et.al: Diabetes care No. 5, s 497. 1982.
- (4) Melander A. Clinical Pharmacology of Sulfonylureas metabolism. Vol. 36 No. 2, suppl. 1, Febr. 1987, pp 12 – 16.
- (5) Bitzen, PO: Doktoravhandling, Dalby 1988. Sverige: The early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mell. in Primary Health Care.

Preparatomtale:

MINDIAB® (R)
Famitalia Carlo Erba

Antidiabetikum

ATC-nr.: A10B B07

Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablet inneh.: Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifer vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinseptil (kompenatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinseptil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gi til pasienter med kardiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens.

Absorpsjon: Glipizid absorberes hurtig og fullstendig.

Proteinbinding: Ca. 98% er proteinbundet.

Halveringstid: 3 - 7 timer.

Ved nedsatt nyrefunksjon er halveringstiden for glipizid praktisk talt uforandret, men pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon må følges nøyc.

INDIKASJONER: Diabetes mellitus type II (ikke insulinavhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid ges i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i endose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) **Nyinnstilling:** Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes doses etappvis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjeldent ytterligere effekt. Om følelsreaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) **Omsetting** fra andre preparater til glipizid: Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende sulfonylurea, bør det legges inn en utvaskningspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utilfredsstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av doses(e).

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Hypoglykemi forårsaket av overdosering, interaksjoner eller nedsatt næringsopp-tak kan gi symptomer som varierer fra matthet, salt, svette og kramper til bevisstløshet. Ved hypoglykemi ges hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløshet injiseres 20 g glukose i koncentreret løsning I.V., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protraert forloop, og krever da overvåkning i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)



ANMELDELSE

Ottar Brox:
"KAN BYGDE-NÆRINGENE BLI LØNNSOMME?"
Utgitt av: Gyldendal Norsk Forlag, 1989. 182 s.
kr 198.

- I så fall må mye gjøres annleis, hevder Ottar Brox i den siste boka si. Utgangspunktet er det paradoks at fiskerne i Nord-Norge, sett under ett, mottar statlige overføringer pr. årsverk i samme størrelsesorden som jordbruket i landsdelen.

At jordbruket trenger støtte er lett å forstå. Det drives under betingelser som er ekstremt ugunstige, noe nær de dårligste i verden. At fiskerne, hvor våre naturlige forutsetninger skulle være blant de beste i verden, er i behov av tilsvarende statlige støttemidler er vanskeligere å forstå.

Økonomiske forutsetninger

Brox gir en leutfattelig teoretisk innføring i grunnrentebegrepet i forhold til naturressursene. Nyttig for folk som meg uten særlig økonomisk innsikt, - hverken praktisk eller teoretisk. Deretter gjenomgår han bygdenæringerne kapitel for kapitel: jordbruk, skogbruk, fiske, havbruk og reindrift, - og lanserer en rekke endringsforslag som tilsammen utgjør en strategi for å gjøre bygdenæringerne lønnsomme samtidig som de fortsatt skal bidra til å styrke bosettinga i bygde-Norge.

En støter da straks på prinsipielle og politiske problem:

Kan bygdenæringerne bli lønnsomme?

- Hjem eier rettighetene til naturressursene i allmenningen?
- Hvordan sikre seg at uttaket av våre nasjonale ressursser ikke er større enn reproduksjonen?

Skogbruket

Skogbruket er et eksempel på hvordan dette kan løses: når private har eierrettighetene, vil det ikke lønne seg for den enkelte eier å høste ut større av ressurssene enn det grunnrenten, eller "the indestructible power of the soil" tilsier. Dersom det var slik at enhver kunne høste av skogen, - som av fisken i havet; - hvis du ikke behøvde å betale noe for treet, ville det lønne seg for deg å felle det så lenge du bare fikk igjen for bensinen til motorsaga, arbeidet og transporten.

Fiskerne

Men en slik privatisert løsning innafor fiskerne f.eks. ville ødelegge den sysselsettigmessige bufferkapasiteten som utnyttelsen av allmenningen hittil har representert for kystbefolkningen når tidene har vært trange og arbeidsmarkedet ellers stramt. Og ville naturligvis ha konsekvenser for bosettinga.

Variasjon i fangstintekter og - kostnader etter innsatsnivå (fig. 1)

Vi ser at fangstintektene øker kraftig med økt innsats (av folk, kapital og teknologi) til max ved punktet *Emsy*. Ved denne innsats får vi størst mulig stabilt fangstut-

bytte. Øker vi fangstintekten ut over *Emsy*, nærmer kurven for fangstintekt og fangstkostnader seg og møtes ved *Eb*. Ved dette punkt har fangstkostnadene steget fra *C* til *B* kroner, og fangstverdien er blitt redusert med *A* minus *B* kroner. Og verdien av fangsten går i sin helhet med til å betale for produksjonsfaktorene. Ut over break even skulle en ikke tro noen ville fiske, det skjer likevel der som subsidier dekker underskottet, slik som i Norge i perioder - eller om fiskerne likevel må fiske for å overleve.

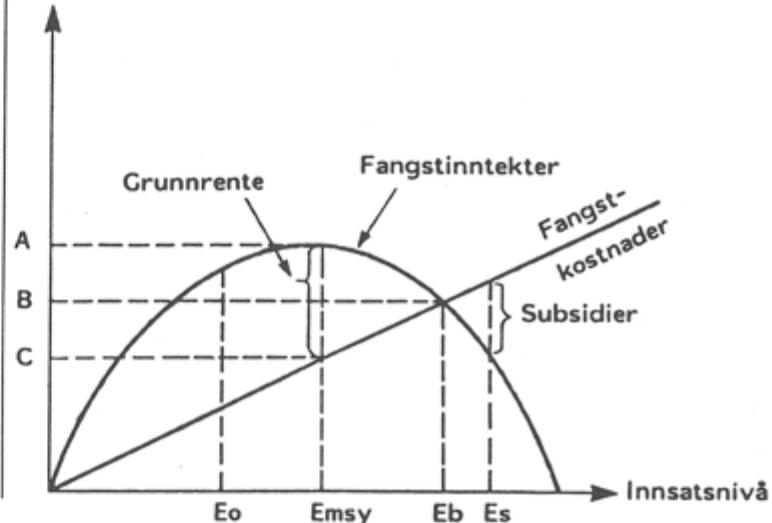
Hadde havet vært brukt av bare én fisker, ville han holdt innsatsen på nivået *Emsy* hvis han ville ha størst mulig bruttoinntekt, og på *Eo* hvis han ville ha størst mulig netto avkastning av innsatsfaktorene. Når fisket er fritt og det ikke betales noe for resurs-uttaket, vil innsatsen

tendere mot å ligge omkring nivået *Eb* fordi hver enkelt fisker vil få mer igjen enn det han setter inn helt til dette innsatsnivået. Dette er på en måte "allmenningens tragedie".

Et forsøk på å løse "allmenningens tragedie" har vært å kapitalisere naturressursene og privatisere allmenningen, slik en ser det innafor skogbruket. De konsesjonsordninger som praktiseres innen norsk fiskerinæring er i realiteten delvis et slikt forsøk. Den teoretisk klart overlegne løsning er å auksjonere bort retten til å fiske, - det ville bringe maximalt inn til fellesskapet, i motsetning til den milliard i subsidier som nå går ut av statskassa, samtidig med at det vil gi fortrinn for den mest kostnadseffektive delen av flåten. En variant av dette systemet er systemet med omsettelige kvoter, slik det praktiseres på Island.

Fig. 1

Variasjon i fangstintekter og - kostnader etter innsatsnivå Kr.



Men fordelen med allmenningsutnyttelse går tapt. Og straks et slikt kapitaleid lukket fangstsysten produserte grunnrente ville det være umulig å legitimere hvorfor *noen* skulle få lov til alle å berike seg i den allmenningen som vi alle har arvet etter forfedrene.

Ottar Brox argumenterer for en annen løsning: *uomsettelige mannskoter*. Det går helt enkelt ut på at dersom bestandsundersøkelsene tyder på at det kan fanges 400.000 tonn, og vi har 20.000 registrerte fiskere, inklusive rekrutter som vil inn i yrket, så tildeles følgelig hver fisker 20 tonn som årskvote. Hver fisker ville da være interessert i å få opp sin kvote med så liten kostnadsinnsats som mulig, derved ville grunnrenten ivaretas. Allmenningen holdes åpen for alle som trenger den, samtidig som den samlede fangstintensiteten begrenses så sterkt at ressursene vedlikeholdes.

Det er lett å se en del problemer også med denne løsningen: vil det være mulig å få til en *helårlig* fangstintensitets og dermed en helårlig produksjon i fiskeindustrien? Neppe. Det vil sannsynligvis være vanskelig å få en råstofftilførsel fordi en stor del av kvoten vil bli tatt med små båter (liten kostnadsinnsats) som er avhengig av værforhold og ressurssforekomster nært opp til kysten.

Men dette er ikke nødvendigvis noe argument mot en slik løsning. Fiskeindustrien er idag bygd opp med en betydelig overkapasitet i forhold til det vi kan høste av ressurssene i havet de nærmeste årene, og vil uansett måtte finne seg i røffe omstillinger. (Problemet for industrien er heller *hvem* som skal styre disse omstillingene, og etter hvilke kriterier det skal styres. Hvis det da overhode skal styres ..)

Rammebetingelsene for fiske har også betydning for *sikkerheten i arbeidsmiljøet* for de som skal drifte på havet. Vi har skremmende eksempler fra sildefiske etter norsk-arktisk sild de senere årene, hvor man har hatt et system som ligner mannskvoter-ordning. Her har fiske til dels vært drevet fra til dels livsfarlige farkoster.

Men det helt fundamentale spørsmålet blir om en mannskvoterordning på noen måte vil være i stand til å sikre *rekryteringa til fiskaryrket*.

Er det rimelig å tro at kystungdom i framtida tør satse på et yrke som ikke gir helårlig sysselsetting, hvor hele yrkesinnsatsen kanskje kan legges til 2-3 hektiske vårmåneder?

Det vil kanskje kunne være en attraktiv kombinasjon der hvor det finnes anna arbeid for resten av året, i kombinasjon med gardsbruk/lærar-gjerning eller fabrikk-arbeid, etc. Men for værene på Finnmarkskysten er det vanskelig å se dette som løsningen.

Jordbruket

Innafor jordbruket er *melkeproduksjonen* den største sektoren og selve nøkkelen til det norske landbruksdilemmaet. Fra 1975 har husdyrproduksjonen utviklet seg fra å være en åpen næring med lav lønnsomhet til å bli en stadig mer effektivt lukket næring med garantert lønnsomhet. Hva skjedde i 1975?

1. desember 1975 vedtok Stortinget en tidsplan for likstilling mellom lønna i industri og jordbruk. Etter dette har vi fått en drastisk økning i statlige overføringer.

Statsstøtten har fungert som produksjonspremie, og resultatet viste seg raskt i form av *problemkapende vekst* i

samlet melkemengde. Det top pris-systemet for melk som måtte innføres få år etter opptrapningsvedtaket, og som innebar at en ikke fikk fôrutgiftene dekket ved melkeproduksjon ut over fjarrets kvantum, innebar en effektiv stopp i ekspansjonen for alle som ikke hadde råd til å produsere med tap det første året.

Det absolutt begrensede og uelastiske markedet for melk og andre jordbruksprodukter gjør jordbrukets karakter av *nullsumspill* akutt og tydelig. Og vi ser den samme utvikling som i de andre primærnæringene: når markedstaket nås, oppstår problemene med å stenge ute nye deltagere, hindre ekspansjon hos de som er innafor, og/eller prøve å bli kvitt det volumet som de svakeste deltagerne representerer.

I forlengelsen av de styringsmekanismene som er satt inn: to-pris-systemet på melk, forslag om tvungen grovfôr-andel etc., ligger en fullstendig lukking av melkeproduksjonen ved at det innføres *konsesjoner*. Ingen kan drive uten konsesjon, og til konsesjonsbetingelsene knyttes det vilkår om antall melkekjer eller produsert mengde. Brox hevder at mye kan spares samfunnsmessig ved å gå direkte til konsesjoner. Hvis det politisk er enighet om det, bør en systematisk øke konsesjonstallet i regioner hvor det er få alternative arbeidsplasser. Dagens prisnivå til produsent er sannsynligvis tilstrekkelig til å sikre lønnsomhet i alle deler av landet, om tvangen til å dyrke det dyre grovfôret blir opphevet og den kostbare overproduksjonen ble eliminert.

Dersom det er et mål i seg selv - f.eks ut fra beredskapsmessige grunner, å holde vårt jordbruksareal under kultur, vil det være billigere og en-

klere å subsidiere kulturarbeidet *direkte* med et visst beløp pr. dekar.

I dag er det sterke politiske krefter som vil redusere støtten til landbruket. En slik reduksjon stimulerer interne prosesser i landbruket som innebærer at de svakeste kuttes ut, noe som ytterligere reduserer subsidiene legitimitet og gjør det stadig lettere å få oppslutning om ytterligere reduksjoner. Brox's forslag tar sikte på å redusere behovet for støtte gjennom interne reformer i landbruket. De store, langsiktige innsparingene for staten, vil etter hans oppfatning, gjøre det mulig å gi relativt generøse kompensasjoner til de som må redusere eller legge ned husdyrproduksjonen.

Samfunnsmedisin og bygdeforskning

Det er gode grunner til at jeg har brukt så mye plass på denne bokomtalen. De samme grunner som taler for at *samfunnsmedisinere* i utkantstrøk har mer å hente i lokalsamfunns-sosiologien og innen bygdeforskninga enn i tradisjonelle medisinske sirkler i tida som kommer. For *arbeidsplasser* vil alltid være første forutsetning for helse. Derfor bør debatten om forvaltninga av våre nasjonale ressurser interessere oss,-også som medisinere.

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 Vadsø



The New Leeuwenhorst Group



Mårten Kvist er 43 år, hjelpearer i allmennmedisin ved Folkhälsovetenskapliga Institutionen ved Åbo Universitet. Spesialist i allmennmedisin, helseenterarbeid og helseenteradministrasjon. Medlem av The New Leeuwenhorst Group fra starten 1982.



Dag H. Søvik er 46 år. Har vært primærlege i Bjugn og Askøy, overlege i Allmennhelseavdelingen i Bergen kommune. Siden 1987 egen allmennpraksis i Bergen. Hovedinteresser: undervisning, grunn-, videre- og etterutdanning og veiledning. Medlem av The New Leeuwenhorst Group fra starten 1982.

I 1974 tok professor John Horder fra England og Niels Bentzen fra Danmark initiativ til å starte en uoffisiell internasjonal arbeidsgruppe for å utvikle undervisningen i allmennmedisin i Europa.

Av Mårten Kvist og Dag Søvik

Gruppens røtter

I begynnelsen bestod gruppen av 15 medlemmer, fra elleve europeiske land. Disse var alle professorer i allmennmedisin, eller på annet vis erfarte representanter for allmennmedisin i sine respektive land. Gruppen tok navnet "The Leeuwenhorst Group" fra et kongressenter i Noordwijkerhout i Nederland, der gruppen møttes for første gang (1).

Gruppen møttes hvert halvår, og publiserte i løpet av åtte år i virksomhet tre dokumenter som behandler følgende tema:

Allmennmedisineren i Europa (2), allmennmedisinerens innsats i legenes grunnutdanning (3) samt etterutdannelsen og allmennmedisinere (4). Denne gruppen arrangerte også i 1982 i Belgia en internasjonal konferanse om undervisning i allmennmedisin i Europa. Til dette møtet ble representanter fra alle europeiske land invitert.

En ny gruppe

Ved denne konferansen i 1982 ble det besluttet at en ny arbeidsgruppe, som skulle fortsette de eldre professorenes arbeide, skulle dannes. Den nye gruppen fikk navnet "The New Leeuwenhorst Group", for å hedre sine forgjengeres ideologi om allmennmedisin, arbeidsmetoder og resultat. De representantene som var tilstede ved konferansen, avgjorde hvem som skulle være med i den nye gruppen. Ved å være representert ved denne konferansen fikk vi muligheten til å komme med i dette interessante og meget stimulerende arbeidet.

I dag består gruppen av lærere i allmennmedisin og leger med tilknytning til undervisning i allmennmedisin, fra 22 ulike land i Europa. Både land i Øst- og Vest-Europa er representert. Det er blitt uttrykt ønske om at medlemmene skal ha faste forbindelser med organisasjoner for allmennmedisin og universiteter i sine hjemland, slik at utvekslingen av informasjon mellom representantene i gruppen og de nevnte institusjonene kan foregå uten særlege problemer. Gruppen har besluttet å ønske velkommen nye representanter fra land som ennå ikke er representert i "The New Leeuwenhorst Group", land i Europa som f. eks. Polen, Sovietunionen, Romania, Bulgaria og Albania. Frankrike har tidligere vært representert, men nye medlemmer er ikke blitt rekruttert, som erstatning for de som måtte forlate arbeidet i gruppen i 1988.

The New Leeuwenhorst Group kommer sammen hvert halvår, og gjester de ulike medlemmenes hjemland. Samtidig har man kunnet stiftet bekjentskap med vertslandenes tilbud av helsetjenester, med spesiell interesse for allmennmedisineres arbeid og organiseringen av undervisningen i allmennmedisin. Arbeidsgruppen har således fortsatt den virksomheten som den foregående gruppen startet opp med.

I begynnelsen var det enkelte tegn til kommunikasjonsvansker innad i gruppen. Ikke bare fordi deltagernes engelskkunnskaper ikke alltid var de aller beste, men også fordi de termer og uttrykk som ble brukt viste seg å ha klart ulike meningsinnhold, avhengig av de enkelte medlemmenes forståelse av disse. Derfor oppstod en engelsk

Åbo, Finland 1989



1. Karin Østergaard, Danmark
2. Graham Buckley, Skottland
3. Ivar Østergaard, Danmark
4. Chris Watkins, England
5. Gertraud Rothe, Østerrike
6. Cor Spreeuwenberg, Nederland

7. Werner Ringli, Sveits
8. Vitor Manuel Ramos, Portugal
9. Mårten Kvist, Finland
10. Giora Almagor, Israel
11. Carl Edvard Rudebeck, Sverige
12. Yvona Tisonova, Tsjekoslovakia

13. Günter Burgwardt, Øst-Tyskland
14. Dag H. Søvik, Norge
15. Michael Boland, Irland
16. Gianluigi Passerini, Italia
17. Jan Heyrman, Belgia

⇒

ordbok, for internt bruk, med 122 oppslagsord for undervisning i allmennmedisin. I denne boken ble de benyttede termer gitt et bestemt innhold, og det var enighet om at man skulle følge denne ordbokens terminologi ved felles diskusjoner, for å unngå misforståelser og feiltolkninger.

Kartlegging av undervisningen i dag

Både organiseringen av helsetilbudene og undervisningsprogrammene i de europeiske landene skiller seg fra hverandre. Det konstateres et behov for å få i stand en kartlegging av hvordan undervisningen i allmennmedisin er organisert i de ulike landene. En slik kartlegging kom i stand ved innsats fra alle medlemmene i gruppen, og resultatet av denne undersøkelsen ble første gang publisert i 1985 (5). I oppdatert form er denne kartleggingen publisert i 1989 (8).

Arbeidsgruppen har konstatert at undervisningen i allmennmedisin er utviklet i variert utstrekning. I enkelte land, som for eksempel England og Nederland, har undervisningen mange i-år med tradisjoner bak seg, mens de første institusjonene for opplæring i allmennmedisin er blitt etablert for kort tid siden i land som for eksempel Portugal og Spania. De nordiske landene representerer en slags mellomting i denne utviklingen.

Varierende målsetninger for legers grunnutdanning

The New Leeuwenhorst Group har besluttet å arbeide for at allmennmedisin skal bli sett på som et selvstendig undervisningsemne ved medisinske undervisningsenheter i Europa. I denne troen er det publisert et dokument som tar opp grunnutdannings varierende målsetninger, sett ut i fra allmennmedisinerens perspektiv (6). I dette heftet, som i fremste rekke er tildekt dem som er ansvarlig for planleggingen og godkjenning av undervisningsrammen ved fakultetene, presenteres argumenter for hvorfor befolkningens varierende helsebehov bør tas i betraktning også ved legers grunnutdanning. Denne publikasjonen har fått en omfattende spredning i Europa, og den har fungert som verdifull hjelp ved universiteter, der allmennmedisinen ennå ikke har et eget undervisningsprogram.

Kvalitetsvurdering i allmennmedisinerens arbeid.

The New Leeuwenhorst Group har også kommet fram til at man bør kunne foreta en kritisk vurdering av allmennmedisinerens arbeid. Arbeidsgruppens utgangspunkt var at hver lege regelmessig burde foreta vurderinger av sitt eget arbeide. Til og med ved universitetsutdanningen burde man forsøke å undervise leger i videreutdanning om hvordan han/hun selv skal kunne bedømme kvaliteten av sitt eget arbeide. Det har vært ført en omfattende diskusjon om hvordan denne vurderingen burde finne sted. Gruppen publiserte i 1986 et dokument (7), hvor man har prøvd å presentere en femtrinns strategi for slik kvalitetsvurdering. Modellen inneholder følgende hovedelement:

- velg et objekt for undersøkelsen
- klargjør hva som akkurat nå faktisk gjøres
- sett opp kvalitetskriterier
- planlegg endringer for å forbedre helsetjenesten
- begynn på nytt fra det første trinnet

I dokumentet blir det understreket at kvalitetsvurderingen utgjør en kontinuerlig prosess, som i sin beste form fungerer som en spiral, som leder opp mot en helsetjeneste av høyere kvalitet. Et annet dokument er under utredning og utarbeidelse. Leseren vil i dette finne konkrete eksempler som er samlet fra ulike land, og disse eksemplene skal gi en oppfatning av hvordan kvalitetsvurderingsprosjekt med fremgang er blitt gjennomført, jfr. det femtrinnsmønsteret som gruppen har foreslått.

Ekspertseminar om videreutdanning

Etter å ha fungert i sine første fem år, arrangerte arbeidsgruppen i oktober 1987 et internasjonalt ekspertseminar om videreutdanningen i allmennmedisin. Seminaret ble holdt i Leeuwenhorst i Nederland, og samlet omkring 60 eksperter. Arbeidet foregikk i tre adskilte sesjoner, hvor disse tema ble behandlet:

- 1) Hvordan bør man undervise det sentrale innholdet i allmennmedisin i legenes videreutdanning?

2) Hvordan kan man lære legen om hvordan han skal undervise?

3) Hvordan kan man velge, vurdere og kritisere veiledere og leger i videreutdanning?

For å behandle disse spørsmålene hadde deltakerne blitt bedt om å holde et omfattende antall innledninger. Dette ledet til at de diskusjonene som ble holdt ved seminaret, ble ført på et meget høyt nivå, og ved mange anledninger kunne man nå fram til praktisk anvendbare konklusjoner. Professor Jan Heyrman, som var ansvarlig for arrangementet ved dette seminaret, har senere sammen med gruppens nederlandske ordfører, professor Cor Spreeuwenberg, redigert det som hendte på konferansen til en omfattende bok om videreutdanning i allmennmedisin (8).

Møtene i den senere tid

Etter seminaret i Nederland kom gruppen sammen i april 1988 i Israel, i oktober samme år i Ungarn, og senest i april 1989 i Åbo, Finland. Ved Åbomøtet ble den 255 sider tykke boken med tittelen "Vocational training in General Practice", som nylig har kommet ut, presentert. Om dette emnet har det åpenbart aldri før blitt publisert dokumentasjon som er basert på like bred sakunniskap. Boken kan betraktes som svært aktuell og som et nyttig instrument ved mange universiteter når det gjelder det å organisere videreutdanningen i allmennmedisin.

Videre har man ved disse møtene fortsatt diskusjonen omkring et dokument som lenge har vært under utbedring, som tar for seg allmennmedisinens sentrale innhold. Det er meningen å fortsette utredningen av dette dokumentet også på følgende møte, som vil bli holdt i Berlin i september.

Arbeidsgruppens betydning

Det å være medlem i arbeidsgruppen har ført til en omfattende kjennskap til hvordan helsetilbudene er organisert i de ulike landene i Europa. Ved møtene har hver enkelt rapportert om de siste og aktuelle hendelsene av betydning for utviklingen i allmennmedisin i de respektive hjemlandene. Gruppens resultat har stått til disposisjon for de uli-

ke universitetene i Europa, og også blitt lagt til grunn for statlige utredninger. Gjennom arbeidsgruppen har det oppstått et nettverk, hvor igjennom de internasjonale kontaktene fungerer friksjonsfritt i de spørsmålene som tas opp. Dersom behovet er der, kan man få tips om navn på de ved hvert tilfelle "rette" personene som kan kontaktes i ulike spørsmålsstillinger.

Arbeidsgruppens resultat har også fått internasjonal oppmerksomhet. I samband med de siste møtene er det organisert felles møter for gruppen og vertslandets høyeste myndigheter i helse-spørsmål. Ved seminaret i 1987 var blant annet WHO samt allmennmedisinerorganisasjonene UEMO (Union European de Medicins Omnipracticiens) og SIMG (Soceitas Internationa Medisinae Generalis) representert. WHO har siden meddelt sitt ønske om å få benytte The New Leeuwenhorst

Group som sitt organ for sakkunnskap når det gjelder spørsmål i tilknytning til undervisningen i allmennmedisin.

Å få reise til ulike land har vært stimulerende, men tidvis også økonomisk tyngende. Selv om man fra vertslandets side har kunnet tilby gruppens medlemmer fri kost og logi, har kostnadene ved reisene likevel vært betydelige. Det kan konstateres at reisekostnadene for Norges deltaker i begynnelsen ble dekket av Den norske lægeforening. Senere har også Norsk Selskap for Allmennmedisin (NSAM) dekket utleggene. Det har vært gledeelig å få slik økonomisk støtte, slik at Norge, via sin representant, har hatt mulighet til å delta i dette inspirerende arbeidet. Noen ganger har det ikke vært visshet om hvordan finansieringen kunne ordnes, og deltakeren har måttet dekke utleggene selv.

Arbeidsgruppens publikasjoner finnes i begrenset utstrekning, og kan fås ved å kontakte Dag H. Søvik: 05-14 10 20 eller 05-34 18 92, eller gjennom skriftlig bestilling, som sendes til:

Huisartsen Instituut
Vrije Universiteit
Postbus 7161
NL-1007MC Amsterdam
NETHERLANDS

Litteratur:

1. Polak, B.S. The history of the Leeuwenhorst Group. Foredrag ved den 3. europeiske konferansen for utdannelse i allmennmedisin. Antwerpen, Belgia, i september 1982.
2. The General Practitioner in Europe. A Statement by the working party appointed by the second european conference on the teaching of general practice. Leeuwenhorst, Holland, 1974.
3. The contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. A statement by the working party appointed by the second european conference on the teaching of general practice. Leeuwenhorst, Holland, 1977.
4. Continuing education and general practitioners. Leeuwenhorst working party. Beerse, Belgia, 1981.
5. A commentary on the present state of learning and teaching general practice in Europe. The New Leeuwenhorst Group, a European working party aiming to promote general practice as a discipline by learning and teaching. Beerse, Belgia, 1985.
6. Changing aims of basic medical education. A view from general practice. The New Leeuwenhorst Group, a European working party aiming to promote general practice as a discipline by learning and teaching. 2nd statement. Beerse, Belgia, 1986.
7. Quality improvement by quality assessment in general practice. A first statement by The New Leeuwenhorst Group, a European working party aiming to promote general practice as a discipline by learning and teaching. Beerse, Belgia, 1986.
8. Vocational training in General Practice. Proceedings of a workshop on 15th - 18th October 1987 organised by The New Leeuwenhorst Group (ed. Heyman J and Spreeuwenberg C). Bart Ramaekers, Belgia, 1989.

Lege Dag H. Søvik
Kringsjåveien 33
5031 Laksevåg



Journalane i helsetenesta



Nils Carl Lønberg er kommunelege i Svarstad. Han er spesialist i allmennmedisin.

I det følgjande vil eg kome med nokre kommentarar til journalane i dei viktigaste sektorane i helsetenesta. Eg vil prøve å kaste lys over føremålet med journalane, deira nåverande status og deira manglar utfrå eigne oppfattingar og røynsler. Til slutt vil eg skissere nokre framtidsperspektiv.

Av Nils Carl Lønberg

Som dokumentasjons- og informasjonsystem representerer journalar i helsetenesta eit enormt potensiale som diverre er dårlig utnytta. Det har undra meg i mange år at det ikkje finst einheitlege reglar og skjema for journalføring og at så få synest å interessere seg for emnet. Bortsett frå eit temanummer i UTPOSTEN 1984 og ei personleg meddeling (2) har eg ikkje funne skandinavisk litteratur om ideologi og teori bak journal-føring innafor dei siste åra.

Ved å standardisere og modernisere journalføring og informasjonsrutiner vil helsetenesta kunne spare tid og pengar. Ein vil kunne redusere unødig arbeid og pasienthandsaming vil kunne betrast.

Refleksjonane mine er sette opp i 9 punkt:

- A. Journalar på sjukehus
- B. Journalar i bedrifthelsetenesta
- C. Journalar på legevakt
- D. Journalar hjå helsesøster
- E. Journalar i allmennpraksis
- F. Kvifor skal vi ha gode journalar?
- G. Grunnprinsipp i journalføring
- H. Mitt eige journalsystem
- I. Framtidsperspektiv

Journalar på sjukehus.

Sjukehusjournalane speglar sjukehuset sine oppgaver som er diagnostikk og behandling av relativt klart definerte tilstandar ("maskinfel") over begrensa tidsrom. Ein prøver å tilpasse sjukdomane til diagnosane i lærebøkene. Tilstandar som ligg utanfor spesialfeltet til avdelinga vert det teke mindre omsyn til. Psykosomatiske tilstandar og diffuse

sjukdomsbilete vil som regel korkje bli diagnostisert eller behandla. Sjukehusjournalane blir vanlegvis skrevne av dei yngste legane og innleggingsjournalen er oftast grundig. Ajourføringa under opphaldet kan derimot vere mangelfull.

Dei viktigaste manglane ved sjukehusjournalen er:

1. Dårleg oversikt over pasientens totalsituasjon. Problemliste finst sjeldan. Oversikt over tidlegare sjukdomar er mangelfull. Sosialanamnesen er ofte insuffisient. Diagnose og behandling vert ikkje alltid sett i relasjon til pasientens personlegdom og kvardag.
2. Ajourføring under opphaldet er ofte tilfeldig. På mange avdelingar vert det gjort få notat under opphaldet. Observasjonar og ordinasjonar vert stundom ført berre på kurvene. Det kan seinare vere vanskeleg å følgje sjukdomens utvikling og pasienten sin tilstand.
3. Mykje rot med tallause bilag som ingen har ansvar for å redusere eller ordne. Rotet kan begrave relevante opplysningar så effektivt at diagnostikk og behandling vert seinka. Tid og pengar vert misbrukt.

Journalar i bedrifthelsetenesta.

Yrke og miljø tyder svært mykje for helsa, og yrkesaktive brukar ca. 1/3 av døgeret i arbeid. Påvirkningane kan vere både positive og negative. For nokre er jobben ei tilfredsstilling og ei dagleg glede. For andre er den ei plage med eit arbeidsmiljø som både er

fysisk/kjemisk belastende og kanskje dårleg psyko-sosialt.

I mange tilfelle er det viktig at behandelnde lege kjenner til pas. tidlegare og noverande arbeidsmiljø og belastning. Viss legen overser arbeidsmiljø til den sjuke kan tilstanden feildiagnostiserast med alvorlege følgjer for helse eller trygdeforhold.

Dei fleste bedriftslegar tek grundig yrkesanamnese og dette er antakeleg like viktig som den kliniske anamnese. Det finst idag ikkje noko felles journalsystem i bedrifthelsenesta med systematiske oversikter over helseforhold og arbeidsmiljø for den enkelte arbeidstakar. Bedriftslegar har ofte tendens til å fokusere på arbeidsmiljø der primærleger fokuserer på noverande evt. tidlegare sjukdomar. Viss bedriftslegar og primærleger utveksla opplysningar ville begge få betre oversikt over pas. totalsituasjon og helserisiko. Ved gjensidig informasjon ville man kunne betre både diagnostisk arbeid - og det forebyggjande arbeid.

Journalar på legevakt.

Legar på legevakt fører journal etter tilfeldige prinsipp. Dei færraste legevakter har eit informasjonssystem som fungerer godt frå legevaka til pas. faste lege. Mange legevaktcentralar registrerer alle henvendelsar, men berre få stader vert det ført regulære journalar på pas. Diagnose og behandling av pas. når vanlegvis ikkje fram til den faste legen. Mange observasjonar og opplysningar går tapt. Dei vert kortvarig lagra i legens minne og forsvinn snart.

Journalar hjå helsesøster.

Blant helsesøsters plikter er å "etablere rapportsystem, arkiv og register slik at melding om klienter og verksemd blir sendt til dei påbodne instansar etc". Helsesøster og lege registrerer i helsekorta observasjonar, målingar og vaksinasjonar ved barne- og skolebarnsundersøkingar. Desse undersøkingane bør registrerast i primærlegens journal, men dette vert sjeldan gjort. Helsesøster har vanlegvis eit inngående kjennskap til familier og problem-stillingar, men detaljer om dette går sjeldan fram av journalen. Utvekslinga av opplysningar mellom helsesøster og lege vert ofte muntleg. Journalsystemet er idag standardisert og elegant, men er isolert frå primærlegens journalar. Viktig kunniskap vert difor ikkje alltid utnytta.

Journalar i allmennpraksis.

Pasientjournalen i allmennpraksis bør vere den komplette database om den enkelte innbyggjars helseforhold. Den bør følgje pasienten fra vogge til grav. Den bør omfatte alle relevante opplysningar som angår pasientens helse gjennom heile livet med ytterpunkt fødselsvekt og dødsårsaker. Å føre ein god journal i allmennpraksis krev ikkje berre god klinisk viten og erfaring, det krev også kjennskap til - og interesse for pasientens personlegdom og hans sosiale forhold. Det krev også nøyaktigkeit og ordenssans ved oppretting, føring og ajourføring. Kvaliteten av ein allmennpraktiserande leges arbeid er utvilsamt direkte relatert til kvaliteten av hans journalar.

Gjennom åra har eg sett mange journalar i inn- og utland. Variasjonane er store, men problema er dei same overalt:

1. Mykje rot med overflødige papir og prøvesvar. Relevant papir er vanskeleg å finne og ligg i tilfeldig orden.
2. Dårleg oversikt over tidlegare sjukdomar, sosiale tilhøve og medisinforbruk.
3. Uleselighet. Hovedtyngda av legar skriv framleis for hand.
4. Dårlege notat. Dei er ofte for korte eller for usystematiske. Subjektive symptom, objektive funn og vurderingar vert blanda. Ved diktering vert notata alltid for lange og sentrale opplysningar druknar i eit hav av fyldord og flosklar.

Årsakane til slik dårlig journalføring er truleg fleire:

- legar kan ikkje følgje sjølv enkle kontorrutiner,
- det finst ingen standard eller rettleiing for journalføring i allmennpraksis i Noreg.

Rett nok har eg i utlandet sett fleire standardiseringarforsøk, men ikkje funne løysingar som var verdt ei etterlikning.

Kvifor skal vi ha gode journalar?

Årsakene til at vi bør ha gode journalar vil eg dele opp i 5 punkt:

1. Av omsyn til kvaliteten på arbeidet
2. Av omsyn til samarbeidet med pasient, kollegaer og sjukehus
3. Av omsyn til utdanninga i allmennpraksis
4. Av omsyn til forskning
5. Av rettsmedisinske grunnar

1. Av omsyn til kvaliteten på arbeidet.

Ei velordna systematisk journalføring vil hjelpe til å hindre dei verste tabbane. Legen som følgjer SOAP-prinsippet (sjå lengre nede), vil lettare tenke etter eit hensiktsmessig mønster og veit med seg sjølv at konsultasjonen skal gjengjevast skriftleg. Ved sjølve skrivinga oppstår det ei fruktbar vekselvirking mellom tankar og det som allerede er skreve. Feil og manglar vil lettare synast når legen sjølv skriv notatet.

2. Av omsyn til samarbeidet med pasient, kollegaer og sjukehus.

I samarbeidet med pasienten er det viktig å skrive slik at ein kan la pasienten lese journalen. Ved å lese opp det ein tidlegare har skreve kan ein ofte få eit godt utgangspunkt for samtalet når det gjeld psykosomatiske, diffuse og vague symptom.

I samarbeidet med kollegaer i legepraksis er det naudsynt med einheitlege journalføringsprinsipp. Andre legar kan straks sette seg inn i det som den førre legen har fått opplyst, har funne og gjort. I samarbeidet med sjukehus dannar journalen grunnlaget for henvisning og her kan viktige delar av journalen leggjast ved.

3. Av omsyn til utdanninga i allmennmedisin.

For å kunne utdanne nye allmennpraktikarar skikkeleg er det naudsynt med standardisert og leseleg journalføring. Legar under utdanning har liten nytte av handskrevne, mangelfulle og rotete journalar. Journalane kan vere så dårlige at ein klarer seg betre utan. Dermed går mange års oppspart røynsle med ein pasient til spille.

4. Av omsyn til forskning.

Forskning i allmennmedisin er naudsynt for at vi fortløpende kan evaluere vår viden om menneske, sjukdomar og behandlingar. Utan omsyn til føremålet med eit forskningsprosjekt må journalopplysningane utgjere databasen. Opplysningane må difor vere leselege, tilstrekkjelge og organiserte på ein rimeleg måte.

5. Av rettsmedisinske grunnar.

Legeloven forpliktar legar til å føre ordna oppteikningar, men paragrafane gjev i liten grad praktisk rettleiing. Pasientar og samfunn er i stigande grad blitt kritiske når det gjeld legars oppførsel og verksemd. Eigentleg er denne tendensen positiv, for vi kan vel berre bli betre av stadig å skjerpe oss. I USA er denne utviklinga diverre kommen så langt at det vert reist mange rettsaker mot legar av misnøgde pasientar. Forsikringspremiane for visse spesialitetar er blitt ekstremt høge og i praksis prohibitive for yrket. Det er ein innbringande leveveg for fleire advokatar å reise saker mot legar.

Ei velordna systematisk og omhyggjelag journalføring er eit av dei beste våpna i tilfelle av konflikt med ein pasient. Grunnprinsippet må vere å formulere seg slik at ein alltid kan syne både ein kollega og pasienten sjølv journalnotatet sitt.

Grunnprinsipp i journalføring.

Journalar skal:

1. Opprettast
2. Førast
3. Ajourførast/resymerast
4. Kryssførast
5. Ryddast

1. Oppretting av journal skjer vanlegvis ved fyrste konsultasjon og kan påverke denne. Det første møtet mellom lege og pasient kan vere avgjerande for kontakten videre. Utspørjing om tidlegare sjukdomar og andre tilhøve kan vekkje velvilje og tillit hjå mange pasientar - motvilje hjå andre. Sjølv går eg stegvis fram og nøyser meg med tidlegare sjukdomar og familietilhøve ved fyrste konsultasjon. Ei rekje praktiske tiltak må deretter gjennomførast - registrering - skriving av journalomslag - innkalling av opplysninga fra sjukehus og tidlegare legar. Journalopplysninga må kompletterast etterkvart som lege-pasienttilhøve vert utvikla.

2. Sjølve journalføringa, dvs. formuleringo av kvart notat bør føregå etter det såkalla SOAP-prinsippet. Kvart klagepunkt vert delt opp i komponentane Subjektive symptom, Objektive funn, Assessment (vurdering) og Plan (tiltak). Dette forutset ein rimeleg vellykka konsultasjon.

3. Ajourføring/resymering foregår i prinsippet slik at viktige hendingar i pasientens helse- og livsstilhøve vert resyment i journalen på 1-2 liner som bør framheva med farge eller understrekning slik at desse avgjerande tilhøve straks fell ein i augo når ein les journalen. Sjukehusinnleggningar og andre hovedpunkt vert framheva i vrimmelen av kvardagslege sjukdoms-episodar.

4. Kryssføring tyder at opplysningar om andre pasientar eller frå andre pasientar som vedrører den aktuelle pasienten vert ført inn i journalen (td. mannen døyr, hustru opplyser om stort alkoholforbruk, son sett i fengsel, datter blir skilt). Kryssføring forutset kjennskap til familietilhøve og slike hendingar kan vere avgjerande for å kunne forstå pasienten sine symptom. Pasientar opplyser imidlertid sjeldan spontant om slike tilhøve.

5. Journalen bør fortløpende ryddast for unødige papir, kopiar av uaktuelle skriv mm. Med dette får ein ikkje berre fjerna "ugraset", men også repetert pasienten sine problem.

Mitt eige journalsystem.

Mitt eige journalsystem er bygd opp av journalomslag, journalsider og dessutan hjelpeark i fargar som gjer dei lette å finne. Innhaldet vert då følgjande:

1. Journalomslag
2. Kvite journalsider
3. Blått oversiktsark
4. Raudt medisinark
5. Epikriser og andre bilag

1. Journalomslaget er i A-4 format og på forsida berre forsynt med pas. namn, fødselsdato, adresse og telefonnummer. På innsida set eg opp eit familieoversyn med foreldre, søskjen, ektefelle/sambuar og born gruppert omkring pas. sjølv. Øvst fører eg pasientens yrke og arbeidsgjevar.

2. Jurnalarket er kvitt og har marg i venstre side (30 mm) samt ei smal heading øvst med plass til namn, fødselsdato og sidenummer. Kvar side skal ha desse opplysningane. Viktige forhold skal resymerast som nemndt tidlegare. Dei eldste av mine journalar er no 30 år gamle og det er framleis enkelt for meg å orientere meg sjølv i

tjukke journalar.

Venstre marg tener fleire føremål. Når pas. konsulterer meg med eit nytt problem set eg datoene til venstre i margaen, men når pas. kjem til kontroll for same problem vert datoene sett til høgre for margaen. Slik får eg eit kvitt felt som kan brukast til stikkord (BT-kontroll, ulcus cruris, vond rygg, angst osv.)

3. På blått oversiktsark samler eg sentrale opplysningar om pasienten i sju rubrikkar med opplysningar om:

- medikamentallergier
- arvelege sjukdomar
- tobakksforbruk
- alkoholforbruk
- sosiale tilhøve
- tidlegare sjukdomar og kroniske sjukdomar
- interesser

Desse opplysningane svarer i grove trekk til opplysningane i ein vanleg sjukehusjournal, men er berre sett opp på ein annan måte. På baksida er det plass til supplerande opplysningar og dessutan 4 tome rubrikkar berekna til eventuelle framtidige data eller til bruk ved forskingsprosjekt.

Rubrikkane talar for seg sjølv og eg skal berre kommentere nokre:

Sosiale tilhøve bør fylle 6-10 liner. Oppvekst, utdanning og arbeid, ekteskapelege tilhøve og noverande situasjon i heim og på arbeidsplass vert sett opp i korte trekk. Her kan det av og til dukke opp overraskinger.

Tidlegare sjukdomar, sjukehusinnleggningar, debut av kroniske sjukdomar og fødsler vert sett opp i kronologisk rekkefølge. Avgjerande sosiale "milepelar" bør inkluderast. Med eit slikt oversiktsark har eg eit svært godt bilag når pas. skal henvisast til sjukehus. Arbeidet vert lettare for journalskrivende lege og hjelper til å betre samarbeidet med sjukehuset.

Interesser spelar ei svært viktig rolle i livet og fortel mykje om folk. Frimerke, brevduer, musikk eller motorsykler mildnar livet og påverkar den enkelte si livshaldning og helse.

4. Raudt medisinark viser aktuell medisinering og berre dette. Arket er i A-4 format med rikeleg plass til rettingar, tilføyinger og ajourførte oversikter.

Symtomer og funn må til ei kvar tid kunne samanhaldast med aktuell medisinering. Medisintinging av eit eller fleire preparat er *ein* ting - og bør førast i sjølve journalen. Aktuell medisinering er noko anna.

5. Alle epikriser og andre bilag er stifta saman i omvendt kronologisk rekkefølgje slik at det nyaste bilaget er fremst. Bilagshaugen vert kontinuerleg trimma og rensa for uaktuelle papir.

Eg har tenkt litt på å innføre eit labark, eit familieoversiksark og eit yrkesark, men klarer meg førebels utan. Slike ark kan tenkja oppretta som ledd i ei framtidig standardisering.

Mitt arkiv over avdøde pasientar vil vonleg aldri bli makulert. Opplysningar om menneske, deira sjukdomar, handling og dødsårsaker kan kome framtidig forsking tilgode.

Framtidsperspektiv.

Med eksisterande teknologi vil ein kunne etablere følgjande journalførings- og informasjonspraksis:

1. Landsdekkjande EDB-database med sentrale data om heile befolkninga. Via telefax og EDB-terminalar kan ein utveksle opplysningar mellom dei forskjellige instansar i helsetenesta. Ein må foreta nitid sortering og klassifisering av opplysningar -og systemet må sikrast mot utedokkande innsyn.

2. Standardjournalar for allmennpraksis, for sjukehus, for legevakt og bedriftshelsetenesta.

3. Faste informasjons- og samarbeidsrutiner mellom allmennpraksis, sjukehus, legevakt og bedriftshelseteneste.

Teknologi er likevel ikkje nok. Gjenomføring av dette vil krevje fast legepasientforhold og betydelege investeringar. Det vil også krevje vilje til omstilling hos befolkning, politikarar og legar.

Dette siste kan vise seg å vere den største hindringa.

Litteratur:

1. UTPOSTEN 1984 nr. 2'34-46.
2. Bjørn Høivik: Personleg meddeling 1987.

Kommunelege Nils C. Lønberg
3275 Svarstad

Dryocopus Martius Lege 5555 Fugleskog	Namn:	Fødselsd.:	Side:
---	-------	------------	-------

Dryocopus Martius Lege 5555 Fugleskog	Namn:	Fødselsd.:
---	-------	------------

Medikamentallergiar:	Arvelege sjukdomar:
----------------------	---------------------

Tobakksforbruk:	Alkoholforbruk:
-----------------	-----------------

Interesser:

Sosiale forhold:

Sjukehusopphald, deby av kroniske sjukdomar, fødslar og andre "milepolar":

Medikamentallergiar:	Medikamentmisbruk:
----------------------	--------------------

Ord. dato:	Medikament:	Styrke:	Dose:	Pkt.:	Indikasjon:
------------	-------------	---------	-------	-------	-------------

Gjensidig praksisbesøk som alternativ til kurs i etterutdannelsen

På initiativ fra Apf's fagutvalg har spesialitettskomiteen i allmennmedisin vedtatt en forsøksordning med gjensidig praksisbesøk tellende som 15 kurstimer i etterutdannelsen. Bakgrunnen for opplegget er at Fagutvalget har arbeidet for å utvikle alternativer til kurs i etterutdannelsen, som hittil vesentlig har vært basert på kursdeltakelse. Kurs er velegnet til fakta-formidling og oppdatering av kunnskap. Det er imidlertid mange andre viktige aspekter ved allmennpraksis som vanskelig lar seg drøfte og bearbeide i en tradisjonell kursramme.

Ideen til praksisbesøk er i hovedsak hentet fra England, der Royal College of General Practitioners (RCGP) har lagt ned et stort arbeid i publikasjonen "What sort of doctor". I veilederingen har vi tillatt oss å kopiere noen sider derfra.

Formålet med gjensidig praksisbesøk er systematisk evaluering av legens praksis, drifts/arbeidsform og samarbeidstone i en tillitsfull ramme.

Krav til gjennomføring for å få tellende kurstimer:

1. To og to leger går sammen om praksisbesøk. De må arbeide i hver sin praksis, altså ikke dele kontorfellesskap.
2. Man besøker hverandre minimum en vanlig arbeidsdag hver. Kolleger som arbeider i besøkspraksisen må være informert på forhånd. Begge deltakerne vil få godskrevet to kursdager, dvs. 15 timer.
3. Før selve besøket gjøres, skal hver av deltakerne ha lest hverandres praksisbeskrivelse (se vedlegg 2)
4. Deltakerne utarbeider en detaljert rapport til hverandre (se vedlegg 5). Disse rapportene skal ikke sendes inn til fagutvalget. For godkjenning av kurstimer sender de to deltakerne inn en felles rapport (ca en A4-side) om innhold og gjennomføring av praksisbesøket til Fagutvalget. Etter godkjenning av denne, blir kursbevistilsendt. Forsøksordningen skal evalueres, og deltakerne må derfor også fylle ut et evalueringsskjema (vedlegg 6), som returneres Fagutvalget sammen med felles-rapporten.
5. I prøveperioden innkreves ikke kursavgift.

Praktisk gjennomføring:

Den engelske malen legger opp til en relativt standardisert fremgangsmåte. Siden dette er en prøveordning, er fagutvalget interessert i å stille deltakerne noe mer fritt, men hovedvekten bør legges på forhold knyttet til og rundt selve praksisen. Veilederingen bør studeres nøyde før man går i gang, slik at utbyttet av praksisbesøket blir best mulig.

Følgende elementer anses spesielt viktige:

- observasjon av kontorlokaler
- observasjon av journalsystem og journalføring
- intervju/samtale med legen
- intervju/satale med hjelpepersonell
- observasjon/deltaking i spisepause
- observasjon av konsultasjoner (innbefatter ikke konsultasjonsanalyse, men video kan være et nyttig hjelpemiddel)
- besøkeren utarbeider rapport som sendes den besøkte legen (vedlegg 5)

Til slutt noen generelle råd om hvordan dette bør gjennomføres:
 Å få sin praksis evaluert av en kollega kan være en ganske tøff opplevelse.
 En konstruktiv evaluering vil erfartmessig lykkes best hvis man følger visse hovedregler.

1. Oppklar uklarheter fra starten av.
2. Ta de positive tingene først.

Vær konkret i dine utsagn om hva som synes å fungere bra, og hva som synes å kunne bli gjort bedre.

Engelske erfaringer har vist at den besøkte legen er svært ivrig etter å få noen umiddelbare reaksjoner allerede på slutten av besøksdagen. En engelsk gruppe har derfor funnet følgende opplegg hensiktsmessig: En muntlig rapport på slutten av besøksdagen; man nevner da først to forhold som har gitt et svært positivt inntrykk, to forhold man er noe spørrende/tvilende til og to forhold man evt. finner å fungere dårlig.

Spesialistkomiteens forutsetninger for forsøksordningen:

1. Fagutvalget utvikler et prosjekt med evaluering og rapport til spesialitetskomiteen etter en prøveperiode på to år.
2. Fagutvalget bes om å ta ansvaret for den nødvendige koordinering og kunngjøring av opplegget.
3. En forutsetning for prosjektet og for at dette skal merittere er at de deltagende leger ikke arbeider i samme praksis og at de har inimum en dags opphold i hverandres praksis.
4. De deltagende leger skal levere en fyldestgjørende rapport til fagutvalget som beskriver hverandres praksis. På grunnlag av rapporten kan utvalget utstede kursbevis dersom rapportene er tilfredsstillende.
5. Maksimalt kan det oppnås 15 timer på denne måte i en 5-årsperiode.

NB! Dette forsøksopplegget gjelder bare i etterutdannelsen.

Vedlegg: (Som følger "Brukerveiledningen")

Vedlegg 1. "Appendix 2. Criteria for assessment". RCGP har prøvd å sette opp objektive kriterier for god og dårlig praksis innenfor 4 hovedområder.

Vedlegg 2. Praksisbeskrivelse. Denne er oversatt og noe modifisert fra RCGP-opplegget.

Vedlegg 3. "Appendix 4. Assessment grid for practice visit". Et hjelpemiddel og en oversikt over de forhold som bør vurderes når rapporten etter besøket skal skrives.

Vedlegg 4. "Appendix 6. Notes for the visitors". Et hjelpemiddel og oversikt over forhold som bør vurderes i forhold til personalets arbeid.

Vedlegg 5. Et eksempel på rapport fra praksisbesøk.

Vedlegg 6. Evalueringsskjema for hele opplegget. Dette sendes til fagutvalget sammen med fellesrapporten fra de to deltakende Igene.

Brukerveiledningen fås ved henvendelse til Fagutvalget, Aplf, Lagåsen, Fjellvn. 5, 1324 Lysaker.

Spørsmål om forsøksordningen kan rettes til Fagutvalget ved Jens Eskerud telefon 02-559210,
 Kjell Nordby telefon 072-54 272 og Aplf telefon 02-12 46 00.

Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

1341

2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 2 1990

Når tro ikke er nok Janecke Thesen	side 50	
Leder: Medisinsk tro - kunst eller fag? Kirsti Malterud	side 51	
"Tror du dette hjelper, doktor?" Eivind Vestbø	side 52	
Religiøs tro - helsefremmende eller helseskadelig ? Eli Berg og John Nessa i samtale med med Kirsti Malterud	side 56	
"Jeg tror jeg gjør det slik, fordi..." Svein Z. Bratland	side 58	
Ni teser om fremskritt for folkehelsen Steinar Westin og Nitsew Raniets	side 62	
Alexithymi-begrebet kommer - på godt og ondt Birthe Loa Knizek	side 64	
Nytt fra referansegruppen for helsestasjonsarbeid Frode Heian	side 67	
Fra en praktiserende filosof s hverdag Eivind Meland	side 68	
Bokanmeldelse: Synd eller psynd? John Nessa	side 72	
Bokanmeldelser: Blodsykdommer i ny utgave Marit Bergem Apeland	Smerte og smertebehandling Jan L. Rodtwitt	side 73
Primærmedisinsk uke 1989 Olav Rutle intervjuet av Åsa Rytter Evensen	side 74	
Vi ønsker best mulig hjelp Ann Kristin Stapnes	side 76	
Miljøretta helsevern og kampen om samfunnskvaliteten Geir Sverre Braut	side 80	
Bokanmeldelse: Kan bygdenæringer bli lønnsomme? Berit Olsen	side 84	
The New Leeuwenhorst Group Morten Kvist og Dag Søvik	side 86	
Journalane i helsetenesta Nils Carl Lønberg	side 90	