

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1995

ÅRGANG 24



## **Det empatiske imperativ – mellom omsorg og risiko**

Nr. 4, 1995

**147**

*Eivind Vestbø*

**Leder:** Det empatiske imperativ  
– mellom omsorg og risiko

**148**

*Elisabeth Arborelius*

Hur kan man studera patient-läkarrelationen  
och vad får man fram?

**153**

*Eivind Meland*

Sykdomsdefinisjoner – et moralsk anliggende

**157**

*Steinar Hunskaar og Anders Bærheim*

Asymptomatisk bakteriuri hos gravide skal  
oppdagast, behandlast og kontrollerast!

**160**

*Torstein Gjerlow*

Mellom omsorg og risiko

**162**

*Peter Prydz*

Metodebok i Hammerfest

**164**

*Odd Kvamme*

«Kulturbete»

**168**

*Nils Kolstrup*

Er kombilægen en udryddelsestruet art?

**174**

*Bokmelding*

Pasientbehandling

**175**

Forfatterveiledning

**176**

*Tore W. Steen intervjuet av Per Stensland*

Vi møter lederen i NSAMs nyetablerte  
u-landsgruppe

**178**

*Elin Åmodt Rygge*

Helsestasjonen liv laga? – Gode metoder for  
samarbeid mellom lege og helsesøster

**179**

Ny referansegruppe i NSAM:  
Primærlegetjeneste i U-land

**180**

*Bård Natvig*

Rygg til besvær

**184**

*Utpostens edb-spalte*

Utposten på Internet

**186**

Utposten for 10 år siden

**188**

Smil i hverdagen

**189**

*Sonja Fossum*

Allmennpraktikere gjør det annerledes

Forsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

### Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

### Redaksjonen:

*Geir Sverre Braut*

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

*Sonja Fossum*

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

*Betty Pettersen*

Krämmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 24 08

Fax: 76 08 32 26

*Eystein Straume*

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 80 00

Fax: 78 45 80 01

*Eivind Vestbø*

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

*Helge Worren*

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

*Petter Øgar*

6790 Hornindal

Tlf. privat: 57 87 95 76

Tlf. arbeid: 57 87 94 86

Fax: 57 87 95 73

### Annonser:

RMR

Sjøbergvyn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22.

### Abonnement:

Kr 300,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

### Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

# Det empatiske imperativ – mellom omsorg og risiko

I byrjinga av ein allmennpraksiskarriere kjennes livet ofte urettvist. Rett så ofte blir subjektivt opplevd god jobb vurdert som därleg av pasienten og omvendt.

Det gjekk nokre år i mi eiga utvikling før eg såg dei uskrivne lovene for slike hendingar. Eg oppdaga sjølv sagt etterkvar – som dei fleste – at i botnen av ein kvar konsultasjon måtte det ligga ei forståing av pasientens eiga situasjonsoppleving. Eg måtte i noko mon medoppleva hennar redsel, ønsker, handlingar og forventningar. Dessutan måtte eg tilbakemelda mi forståing, og til og med vita at ho skjøna at eg skjøna. Utan denne bærebølga mellom lege og pasient, vil konsultasjonen lett kjøra seg fast og mista sin kvalitet. Allereide Søren Kierkegaard var oppteken av ei slik allmenn sanning og hans presise formulering om dette er difor ofte siert i medisinsk litteratur:

«At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremst må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der» (1).

Legens kliniske dagsorden med risikoanalyse og vurdering av handlingsalternativ etter allment aksepterte faglege normer, er ikkje like lett å selja til ei kvar tid. Uten eit reservoar av velvilje skapt gjennom rett tolking og tilbakemelding av pasientens oppleving, vil ho ikkje vera open for rådgjeving, naudsynleg konfrontasjon vil ikkje vera mogleg, placebo vil bli nocebo og misstru vil ta plassen for compliance. Slik blir pasientsentrert forståing liggande bak som eit imperativ for all anna klinisk aktivitet. Så viktig at pasienten til og med kan bli urettvis dommar av solid klinikkk og handtverk dersom desse premissane ikkje er på plass.

All god aktivitet i allmennpraksis handlar om risiko og omsorg. Risikoanalyesen kan vi lesa oss til, og læra som kliniske verktøy. Omsorgen har tradisjonelt vore spunnen inn i legekunsten som medoppleving, intuisjon og «terapeutisk væremåte». Men også desse sidene av klinikken kan forskast på. Sjølv sagt er det vanskeleg, og den tause

kunnskapen vil nok for all framtid vera omfattande med rom for røynsle og empatiske evner som ein parallel til kirurgens handlag – sensibilisert gjennom humanistisk og eksistensiell tilfang. Den vitenskapelege tilnærminga til lege-pasienttilhovet er likevel etter kvart blitt ganske mangslungen. Legar så vel som sosiologar, psykologar, sosi-alantropologar og lingvistar entrar scena med forskningsverktøy som så smått byrjar å gi matnyttig kunnskap. Mange har vore opptekne av generaliserbare sider ved konsultasjonen. Konsultasjonsprosessen har fått sine modellar gjennom Byrne & Long (2) og Pendleton et al. (3). Fleire av deira prinsipp er nå vel innarbeidde i norsk allmennpraksis.

Ei anna tilnærming har vore symptomanalysen der symptom er sett på som eit personavhengig og ikkje generaliserbart fenomen som blir til når kroppens impulsar blir underkasta bevissthetens vurdering og gjennomarbeiding (4). Dei treng difor ei empatisk tolking og vi treng som legar trening i «lekamleg empati» (5). Andre har vore opptekne av å finna nyttige språkverktøy som aukar forståinga og får fart i den diagnostiske prosessen (6). Atter andre prøver å koma vidare med å ta i bruk lingvistiske metodar (7).

Sjølv om vi i Utposten helst ikkje vil publisera vitenskapeleg normerte artiklar – dei høyrer heime andre stader – har vi denne gongen gjort unnatak for ein svensk psykolog (8). Grunnen er 3 delt: Artikkelen legg hovedvekta på diskusjon av resultata. Desse er praktisk appliserbare i kvardagen og metoden hennar er spesiell og høgrelevant i det ho fokuserer på pasient og lege samstundes. Og vi må vidare vedkjenna oss at vi ikkje er helt nøytrale. Drivkrafta og velviljen til å ta inn artikkelen i Utposten blir stor når forskingsresultata peikar mot det vi sjølv trur på, som t.d.: I den gode konsultasjonen kjem pasientens eigne synspunkt fram og blir vektlagde. Legen brukar med utgangspunkt i desse mykje tid til forklaring. Handlingsalternativa blir dis-

kuterte og avgjorde i samråd med pasienten.

Og som om dette ikkje var nok: Konsultasjonane som inneholdt desse elementa, hadde ein tendens til å ta mindre tid enn andre.

Det er framleis von for ein pasientsentritt allmennpraksis!



## Litteratur

1. Kierkegaard S. En ligefrem meddelelse. I: Om synspunkter i mit forfatterskab. København: Gyldendal, 1963.
2. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford: Oxford University Press, 1983.
4. Maebeck CE. Lægen og pasienten. Patient-centeret medisin i teori og praksis. København: Munksgaard, 1994.
5. Rudebeck CE. General Practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care Suppl 1992; suppl 1/1992.
6. Malterud K. Allmennpraktikerns møte med kvinnelige pasienter. Oslo: Tano, 1990.
7. Wynn R. The linguistics of doctor-patient interaction. Oslo: Novus Press, 1995/in press.
8. Arborelius E. Hur kan man studera patient – läkarrelasjonen og vad får man fram. Utposten 1995; 24(4): 148–152



# Hur kan man studera patient-läkarrelationen och vad får man fram?

Tekst: Elisabeth Arborelius  
Illustrasjon:  
Ragnhild Gjerstad



Elisabeth Arborelius, 46 år, docent i psykologi. Arbetar med forskning och utveckling i primärvården på Karolinska sjukhuset, Stockholm. Disputerade 1975 på en avhandling om dramapedagogik för särskolelever. Har arbetat som psykolog inom mödra- och barnhälsovården under många år. Har de senaste 10 åren dels forskat på relationen mellan läkare och patient, dels arbetat med metodik hur man kan diskutera levnadsvanor med patienter inom primärvård, mödra- och barnhälsovård.

Läkarens sätt att föhålla sig mot patienten har stor betydelse för hur nöjd patienten känner sig med besöket. Patientens tillfredsställelse med läkarkontakten påverkar i hög grad i vilken utsträckning man följer läkarens råd. Att studera läkarens beteende och förhållningssätt är således väsentliga faktorer både för att tillgodose mänskliga aspekter men också tillgodose effektiviteten i läkarbesöket. Relationen mellan läkare och patient är komplex. Ett sätt att försöka fånga och analysera delar av denna komplexitet är att studera videoinspelningar. I denna artikel beskrivs en speciell sådan metod där man utöver informationen från själva videoinspelningarna av läkarbesök också utgått från den information man fått när man låtit läkare respektive patienter observera videoinspelningen och spontant kommentera denna. I artikeln beskrivs några olika studier som utgår från patientens kommentarer, läkarens kommentarer samt både läkarens och patientens kommentarer.

## Metoder för att studera patient-läkare-relationen

I undersökningar av patient-läkare-relationen har man ofta gjort inspelningar av konsultationer, såväl ljudinspelningar som videoinspelningar. Det vanliga tillvägagångssättet är att man gör bedömningar utifrån videoinspelningarna samt utifrån transkriptioner av dialogen.

Frankel och Beckman (1) introducerade ett annorlunda tillvägagångssätt vid användandet av videoinspelningar. Efter att ha gjort inspelningar av läkarbesök tittar den aktuella läkaren resp patienten (vid olika tillfällen) igenom videoinspelningen. Läkaren/patienten får instruktionen att

stanna inspelningen så många gånger han önskar och kommentera. Samtliga kommentarer spelas in på ljudbandspelare och tidpunkten markeras där läkaren/patienten avbryter inspelningen. Nämnda metod är väl etablerad i USA. Enligt

Frankel får man genom denna metod ut mer väsentlig information än genom patientintervjuer. Vi har vidareutvecklat metoden (2) och bl a modifierat uppspelningssituationen. Uppspelningarna med läkaren äger rum på dennes arbetsplats – vårdcentralen. Patienten väljer själv om han vill se TV-inspelningen i sitt eget hem eller på vårdcentralen. Patienten får själv ange ett fingerat namn som markeras på videobandet. Vi

informeras också om att patienten när som helst under eller efter undersöningen kan begära att få inspelningen utraderad.

Därefter får patienten se sig själv på TV en stund för att kunna reagera på sitt utseende, beteende etc. När patienten «vant» sig ger vi instruktionen: att kommentera så fort det är något patienten/läkaren vill berätta, såväl viktiga saker som småsaker.

Erfarenheterna visar på att en person – *mottagaren* – måste avsättas helt och hållt för att lyssna på patientens/läkarens kommentarer. För att inte styra kommentarerna krävs att denne inte på något sätt besvarar eller kommenterar vad patienten/läkaren säger. Men för att uppmuntra patienten/läkaren att kommentera krävs att mottagaren hela tiden använder sig av en professionell teknik att på ett känslomässigt och icke-verbalt plan bekräfta patientens/läkarens alla kommentarer oavsett innehåll.

I de flesta fall förefaller det som om patienten/läkaren när denne ser läkarbesöket på TV, återupplever detta,

och såväl sakligt som känslomässigt kan erinra sig vad som hänt och berätta om det.

En särskild styrka i metoden är användningen av patienternas spontana kommentarer som utgångspunkt för videoanalyserna. Flera studier visar att just patient-skattningar är mer säkra och valida med avseende på konsultationsbeteenden jämfört med skattningar av oberoende bedömare.

Innehållet i läkarnas och patienternas kommentarer visar på att kommentarerna till största delen berör konsultationen, dvs inte «småpratande» i största allmänhet (2). Läkarna synes ha en något högre analysgrad än patienterna och hålla sig lite mer «till ämnet».

Hur mycket påverkar TV-kameran? På direkta frågor uppger drygt 90% av patienterna att de kände sig lite eller inte alls påverkade av att det var TV-inspelnings under läkarbesöket (2). Motstående siffra för läkarna var 80%.

Att läkarna i viss mån känner sig påverkade förefaller handla om att läkaren känt sig spänd, men det är få uttryck för att läkaren verkligen betett sig annorlunda (2). Det

faktum att läkarna efter att ha sett sig själva på TV upplever att de sannolikt var mindre påverkade av TV-kameran under konsultationen än de trodde just under läkarbesöket, tyder också på att läkarnas faktiska beteende endast marginellt påverkats av TV-inspelningen.

### Datainsamling

46 läkarkonsultationer videoinspelades på 4 vårdcentraler (3-5). För att i görligaste mån reducera inverkan av inspelnings situationen, fanns endast en videokamera med fastmonterad mikrofon i undersökningsrummet och på läkarexpeditionen – dvs inga tekniker fanns närvarande i rummet.

Tolv distriktsläkare (6 manliga och 6 kvinnliga) deltog. De utgjorde en tämligen homogen grupp: genomsnittlig ålder 40 år (spridning 36-50 år). Samtliga var specialistutbildade distriktsläkare.

Vi valde att göra ett stratifierat slumptätsigt urval av patienter för att få en så bred mångfald som möjligt av olika läkarkonsultationer. Studien omfattar 23 män och 23 kvinnor i åldrarna 20-97 år. Vi gjorde inte någon selektion med avseende på symptom. Vårt material omfattar ett brett spektrum (ca



60 olika diagnoser) från «enkla förkyllningar» till återfall i anorexia.

### Delstudie I: Vad innebär en medmänsklig kontakt med läkaren?

Syftet med denna delstudie (3) var att beskriva hur en för patienten tillfredsställande mänsklig kontakt med läkaren kan ta sig olika konkreta uttryck i konsultationen.

Av patienternas kommentarer analyserades de som avsåg den medmänskliga kontakten med läkaren. Avsnitten strax före dessa kommentarer transkriberades och analyserades. När dessa avsnitt var positiva kunde läkarens beteende huvudsakligen beskrivas på följande sätt:

- A. Läkaren ställer frågor om patientens symptom och/eller lyssnar mycket aktivt på vad patienten berättar om symptomen
- B. Läkaren ställer personliga frågor om patientens sociala situation
- C. Läkaren lyssnar aktivt
- D. Läkaren bemöter affektiva budskap
- E. Läkarens och patienten har mycket ömsesidig ögonkontakt (ca 85%)
- F. Läkarens och patientens kroppspositioner är riktade mot varandra

Exempel på intresse i patientens sociala situation:

ANNA

dr var kommer din man ifrån?  
pat han kommer ifrån Broköping  
dr jaha  
pat hmmm  
dr och jobbar i Linköping?  
pat hmm  
dr jaa, så han får inte så, han får  
resa oberoende om han bor  
här eller bor i Motala

*Patientens kommentar: «Det här tycker jag är bra med den här doktorn, att hon går in lite personligt sådär och frågar var min man är ifrån och lite sådant där. Då blir det genast lite bättre kontakter – i och med att hon bryr sig om lite va, inte bara sjukdomen».*

Ett exempel på att läkaren bemöter känsłomässiga budskap är den gamle mannen (86 år) som sitter på undersökningsbrötsen och säger:

JOHN

pat det var ju synd att att att  
kameran ska ta en sån där  
gammal skraltig gubbe  
dr (skrattar)  
pat va?  
dr det är ok ...

I detta fall besvarar läkaren patientens affektiva budskap («dugger jag») först icke-verbalt med ett vänligt skratt, sedan verbalt.

I denna delstudie utgick vi från patienternas synpunkter när de fägt se videoinspelningar av läkarbesök. För patienterna innebar den mänskliga kontakten med läkaren:

- att läkaren tar patientens symptom på allvar; konkret: att läkaren lyssnar och/eller ställer frågor om symptomen
- att läkaren ser människan i patienten; konkret: ställer frågor om annat än sjukdomen, t ex om patientens familj eller arbete.

Resultaten är inte särskilt häpnadsväckande. Det patienten konkret definierar som «mänsklig kontakt med läkaren» förefaller vara enkla och självtala saker. Man kan konstatera att det patienterna hoppas på att få under en konsultation är till synes fullt realistiskt och kan inrymmas i alla typer av konsultationer med befintliga resurser. Det handlar inte om orealistiska behov, inte heller om att kanalisera mänskliga behov som man inte får utlopp för någon annan stans.

Men om patienten får denna typ av bemötande, har detta vanligtvis mycket stor personlig betydelse för honom. Det handlar om att känna sig bli respekterad som människa i en situation där man är utsatt och utelämnad. Det handlar



också om att inte få sin självkänsla hotad eller kränkt i en sårbar situation.

### Delstudie II: Vad händer när läkaren blir ställd i konsultationen?

Syftet med denna delstudie (4) var att förstå företeelser i konsultationer där läkaren uttryckt svårigheter i kommunikationen.

Fjorton konsultationer valdes ut, där vi fann så tydliga uttryck som möjligt i läkarens kommentarer, som tydde på att läkaren kände sig osäker och ställd/inte hade grepp över situationen. Kommentarer med följande innebörd inkluderades:

- Läkaren uttrycker att han är förvirrad, att situationen är diffus.
- Läkaren uttrycker att han inte förstår vad det är frågan om.
- Läkaren uttrycker att han inte vet vad han ska säga/göra.
- Läkaren uttrycker att han inte vet vare sig ut eller in.
- Läkaren uttrycker att konsultationen flyter trögt, att tempot är mycket långsamt.

Med utgångspunkt i läkarnas kommentarer specialstuderades 22 sekvenser. Genomgången av dessa visade på sex olika faktorer som bidrar till att läkaren blir ställd/inte har grepp över situationen:

- Anledningen till konsultationen har inte klargjorts
- Läkaren kan inte hjälpa patienten
- Läkaren störs av patientens sätt att ge information
- Läkaren påverkas av något speciellt i patientens beteende/person
- Läkaren kan inte påverka patienten på det sätt han önskar

Ett exempel på en kommentar när läkaren känner sig hjälplös:  
*ja, man känner sig lite hjälplös så att säga som läkare ... och här bör-*

*jar jag då tänka. Jag ser nästan hur jag blir intresserad av att det kanske finns någon öppning, ... för där kan man fundera på att en nerv kan komma i kläm. Och det går möjligtvis att operera. ... Jo, att man vill ibland på något vis... ja, få problemet ifrån sig, så att säga göra någonting, så har man åtminstone en undersökning som pågår, så har man gjort någonting... så att det är ju en slags öppning för mig att gå ut med äran i behåll att göra någonting.*

Ett exempel på när läkaren störs av patientens sätt att ge information: Patienten söker för värv i axlarna. Läkaren inleder konsultationen med: «Berätta för mig!» Efter fem minuter kommenterar läkaren vid uppställningen:

*«Det här tar tid! Han gör ju en mycket exakt beskrivning av det hela, och det är någonting som så att säga tröttar ut mig eller provokerar mig. Det är liksom han maler på, och det är väldigt exakt så här...». Efter ytterligare en halv minut: «Det är likadant här alltså. Det tar tid, det går långsamt när jag tittar på skorna eller vad jag gjorde där, så jag får verkligen koncentrera mig för att hänga med».*

Utöver de olika faktorer som bidrar till att läkaren blir ställd/inte har grepp i situationen kan två generella fenomen observeras:

- Läkaren explicitgör inte den information om situationen som uppkommer när han blir ställd och använder sig inte av *de känslor som väcks som värdefull information om situationen*.
- Läkaren ikläder sig – när han blir ställd – särskilt tydligt *en läkarroll med putsad fasad utan en spricka*, en läkarroll där man håller masken, kallpratar för att vinna tid och eftersträvar att gå ut med äran i behåll.

Inom psykodynamisk psykologi och många närliggande riktningar betraktar man sådana känslor –

motöverföring – som viktiga källor till information om patienten och situationen, som kan användas i ett konstruktivt syfte. Poängen är att explicitgöra dessa känslor, varför det innebär att medvetandegöra dem för sig själv eller att på ett kontrollerat sätt agera ut dem gentemot patienten, dvs använda dessa känslor som ett medel att förstå sig själv och situationen.

Redan i slutet på 50-talet påpekade Balint att läkarens känslor hade en funktion och måste tas i beaktande i konsultationen. Detta betraktades på den tiden som snudd på revolutionärt, trots att det var välkänt och etablerat inom psykologin. Balint har tillämpat detta i den medicinska praktiken och i s k Balintgrupper diskuterat och åskådliggjort hur motöverföring kan användas av läkaren i ett konstruktivt syfte.

När det gäller det andra fenomenet – att läkaren ikläder sig en läkarroll med putsad fasad utan en spricka – torde förklaringen vara läkarrollens kulturella sammanhang. Människor knyter starka förväntningar kring läkaren som den som skall kunna råda bot, lindra, vara det ställföreträande hoppet etc. Detta innebär rimligen ett krav på läkaren att inte utan vidare kunna säga till en patient att han inte förstår, eller att han inte kan hjälpa, att han inte har tillräckliga kunskaper, att det inte finns bot etc. I detta fall ligger förklaringen inte på ett individualpsykologiskt plan utan snarare ett kulturellt-historiskt.

### Delstudie III: Vad kan läkaren göra för att åstadkomma en framgångsrik konsultation?

Svårigheterna i kommunikationen mellan läkare och patient har beskrivits i många undersökningar. De flesta fokuserar på patienterna. Få, om ens några, studier har fokuserat på både läkarens och patientens samtidiga tillfredsställelse med konsultationen för att under-

söka i vad mån denna påverkar läkarbesöket.

Syftet med denna delstudie (5) var att studera skillnaderna i konsultationer där både läkaren och patienten är nöjda jämfört med konsultationer där både läkaren och patienten är missnöjda för att se vad i läkarens beteende som skiljer dessa konsultationer.

Utgångspunkten för jämförelsen har varit Pendletons «konsultationsmapp» (6) med ett antal «uppgifter» som bör ingå i varje konsultation för att denna ska vara tillfredsställande och ändamålsenlig. Ett nyckelbegrepp är patientens «health beliefs», dvs patientens föreställningar om hälsa, sjukdom och behandling.

Med utgångspunkt i kommentarerna till videoinspelningarna delades konsultationerna in i två huvudgrupper:

- *Positiva konsultationer* (12 st)  
Båda parter hade ett i huvudsak positivt tryck av läkarbesöket.
- *Negativa konsultationer* (12 st)  
Båda parter hade ett i huvudsak negativt tryck av läkarbesöket.

Resultaten visade att i de positiva konsultationerna låt läkaren patientens synpunkter i betydligt större utsträckning komma fram under anamnesupptagandet. Det handlade om att patienten fick tala om sina egna funderingar och tankar kring de symptom han hade, fick berätta om vad som bekymrade honom angående symptomen samt om de konsekvenser symptomen medförde för honom. Detta styrker Pendleton et al resone om att patientens «health belief» är avgörande för att konsultationen ska vara såväl effektiv som tillfredsställande.

I samtliga konsultationer diskuterade man vilka åtgärder som skulle vidtas samt ägnade viss tid åt förklaring av symptomen. En klar skillnad mellan de positiva och de negativa konsultationerna var emellertid att den tid läkaren

ägnade åt förklaring var betydligt längre i de positiva konsultationerna. Enligt Pendleton et al utgör patientens synpunkter «health beliefs» grunden för läkarens förklaring till patienten. Det är rimligt att anta att den dubbla tiden för förklaringar i de positiva konsultationerna kan förklaras av att läkarens kännedom om patientens föreställningar underlättar för honom att föra en mer nyanserad och omfattande diskussion med patienten.

Att involvera patienten i behandlingen var den uppgift som mest särskilde de positiva och de negativa konsultationerna. I de positiva konsultationerna involverade läkaren i de flesta fallen patienten i behandlingen, medan detta i stort sett inte alls skedde i de negativa konsultationerna. Detta är rimligen en direkt konsekvens av läkarens kännedom om patientens «health beliefs» och en mer omfattande dialog kring förklaringar och förståelse av patientens problem. I det sammanhanget blir det naturligt att direkt involvera patienten i behandlingen, genom att t ex flika in några meningar som: "Vill Du att vi gör ett försök först och ber sjukgymnasten titta på Dig eller vill Du hellre ..."

Ett intressant fynd var att de positiva konsultationerna inte tog längre tid än de negativa, detta trots att läkaren ägnade mer tid åt att diskutera patientens synpunkter. De var till och med aningen kortare. Ett ofta förekommande argument mot mer patientcentrerade konsultationer är att dessa skulle ta längre tid, ett faktum som klart emoträgs i denna studie. Tidigare studier visar på att långa konsultationer snarare är ett teknik på bristfällig kommunikation än välfungerande patientcentrerad kommunikation. □

## Referenser

1. Frankel R, Beckman H. Impact: An interaction-based method for preserving and analyzing clinical transactions. In Pettigrew L (Ed) Straight Talk: Explorations in Provider and Patient Interactions. Nashville, Tennessee, 1982.
2. Arborelius E, Timpka T. In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? Medical Teacher 1990;12:197-208.
3. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship to the physician mean? Scandinavian Journal of Primary Health Care 1992;10:163-169.
4. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the doctor doesn't grasp the consultation? Family Practice 1991;8:3-9.
5. Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Video-taped interviews analysed with «Consultation map»-method. Family Practice 1992;9:61-66.
6. Pendleton D, Schofiels T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford, Oxford university press 1989.

Elisabeth Arborelius  
Allmänmedicinska enheten  
Nordvästra sjukvårdsområdet  
Karolinska sjukhuset  
Stockholm

# Sykdomsdefinisjoner – et moralsk anliggende

Tekst: Eivind Meland  
Illustrasjon: Eirik Meland



Eivind Meland (f. 1950) er allmennpraktiker i Bergen vest. Spesialist i allmennmedisin og 1.-tids utdanningsstipendiat ved seksjon for allmennmedisin i Bergen. Han er i ferd med å avslutte sitt doktorgradsarbeide om diagnostikk og intervension ved risiko for hjerte-karsydom. Han har vært forskningsinteressert i klinisk diagnostikk ved streptokokkfaryngitt og dietetisk intervension ved hypertoni. Som sribent har han vært en «tvileren Thomas» med øye for baksiden av medaljen: «medisinsk framskritt».

Den reflekterte kliniker konfronteres ofte med sykdomsbegrepene relative karakter. Hvordan kulturen bestemmer hva som skal defineres som sykdom har også vært livlig debattert i faglige fora (1-3). Trygdens forsøk på nye grensesettinger med innføring av det objek-

tive sykdomsbegrepet har vært stilt i et kritisk lys, også fordi lidende mennesker settes på dør. Utgangspunktet for denne kronikken er også sykdomsbegrepene relative og kulturelle karakter, men min bekymring er snarere hvordan den medisinske kultur flytter sykdomsgrensene inn i normalbefolkingen, sykeliggjør og skaper sykdom.

## Den topuklede fordelingskurve

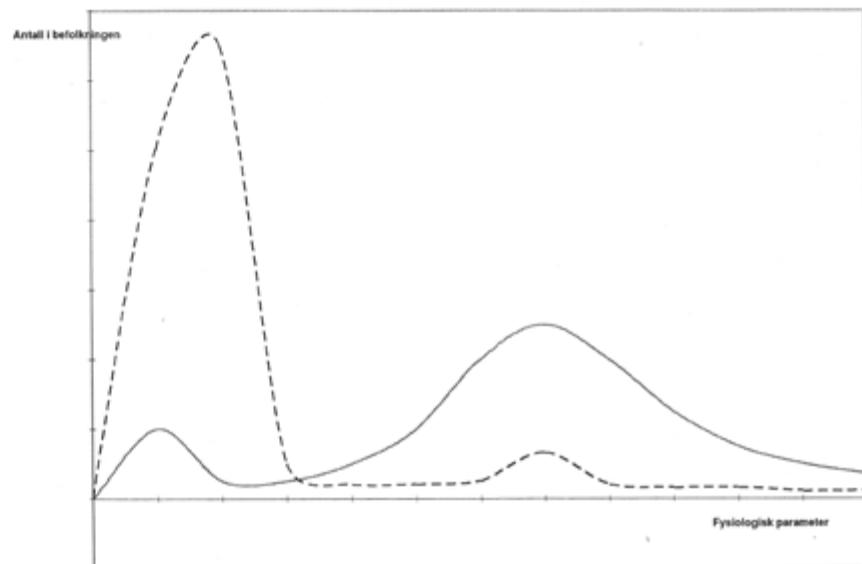
Vi forestiller oss at sykdom er fordelt i befolkningen som en slags topuklet fordelingskurve. I fig. 1 er dette illustrert med to sjeldent forekommende sykdommer i vår befolkning. Disse sykdommer er antakelig fordelt slik: en liten subpopulasjon skiller ikke ut insulin fra pancreas, og denne befolkning (diabetes type I) er skilt fra den øvrige befolkning. Det forholder seg på samme måte med fenylke-

tonori hvor en uhyre liten subpopulasjon skiller ut fenylketoner i urinen ved fødsel. I slike tilfeller vil det være påkrevet og naturlig at helsevesenet får i oppgave å finne disse populasjoner av syke og gi adekvat behandling.

## Sane in insane places

En epidemiologisk situasjon som den over nevnte står vi imidlertid svært sjeldent overfor. Jeg skal illustrere hvordan sykdom er et kulturtelt farget begrep med å ta utgangspunkt i Rosenhans artikkel i Science fra 1973 (4). Rosenhan og medarbeidere skrev sin artikkel «On being sane in insane places», og gjengå sine resultater fra en antropologisk studie fra psykiatriske institusjoner i Kanada. 8 antropologer simulerte hallusinose, og samtlige ble lagt inn i psykiatriske anstalter etter varierende tid. Fra

Fig. 1. Sykdommene type-I diabetes (heltrukket linje) og fenylketonuri (stiplet linje) er sannsynligvis fordelt i befolkningen som to-puklede fordelingskurver. Det er da meningsfullt og enkelt å skille den syke fra den friske befolkning.



Sykdom	Objektivt registerbar tilstand	Kulturelt bestemt forståelse					
		1	2	3	4	5	6
Kransåresykdom							
Borderline-tilstand							
Streptokokk-faryngitt							
Fibromyalgi							
Sinusitt							
Utbrenthet							

Tabell I Avkrysningstabell hvor leseren kan reflektere over i hvilken grad sykdommer er en objektivt registrerbar tilstand hos individet eller en kulturelt bestemt forståelse hvor interaksjonen mellom lege og pasient er bestemmende for utfallet av diagnostikken

innleggelsesdagen rapporterte alle at hallusinosen var totalt forsvunnet, og samtlige ble utskrevet etter varierende tid. Ingen ble utskrevet med diagnosen «frisk, de fleste led av «latent schizofreni». Poenget med denne henvisning er ikke å fremstille psykiatrien som selvbe-krefte maktapparat. Poenget er dette: Vi blir gjort oppmerksom på at «sykdom» også må være en konstruksjon i hodet på doktoren.

La meg øke presisjonsnivået: Sykdom er bare i noen få tilfeller en veldefinert registrerbar tilstand hos individet. Sykdomsdiagnoser er i de fleste tilfeller et kulturelt produkt av pasientens tilstand og legens eller den medisinske kulturs tolkning.

### Kulturbestemte sykdommer

For at vi skal forsikre oss om at det må forholde seg på denne måte har jeg gjengitt tabell I her. Den enkelte kan krysse av for i hvilken utstrekning de forskjellige sykdommer i venstre kolonne kan være objektivt registrerbare tilstander hos individet, eller kulturelt bestemte definisjoner hvor diagnosen er avhengig av en avtale som forhandles frem mellom legen og pasienten.

Selv om det ser ut som om vi står overfor en syklighet med

varierende grad av objektiv registrerbarhet, er sykdommenes objektive karakter bare tilsynelatende. Vi står overfor tilstander som i varierende grad kan forekomme i storparten av befolkningen. I de fleste tilfeller er sykdomsprosesser en del av det normale liv, ofte en del av den fisiologiske aldringsprosess, og vil derfor være avhengig av kulturell forståelse og moralske overveielser.

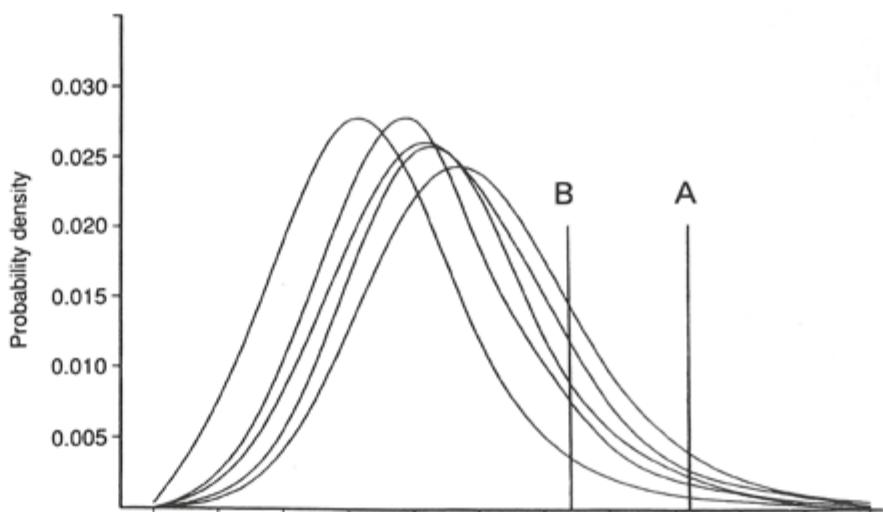
### Sykdomsforekomst i en enpklet fordelingskurve

I fig. 2 har jeg gjengitt fordelingen av blodtrykk i 5 ulike befolkninger som var undersøkt i den såkalte «intersalt-studien». Jeg har fjernet angivelsene på abscissen (mm kvikkolv) ettersom jeg vil illustrere at dette fordelingsprinsipp i befolkningen gjelder for de aller fleste sykdommer.

Hypertoni-diagnosen avhenger selvfølgelig av hvor vi definerer grensen. Den amerikanske Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure har nå bestemt at diagnosen hypertoni skal stilles dersom blodtrykket overskridt 139/89 mmHg. Gjennomsnittlig systolisk blodtrykk krysser 140 mm-strekken ved 55 år i Norge. Det vil si at over 50% av 60-åringene fortjener diagnosen hypertensjon, og kan følgelig medisineres ifølge de amerikanske sykdomsdefinisjoner.

Det er selvinnlysende at det må forholde seg på samme måte med andre fysiologiske mål som f.eks. kolesterol eller blodsukker eller dynamiske lungefunksjonsprøver:

Fig. 2. Fordelingene av blodtrykk i 5 populasjoner som deltok i den såkalte «Intersalt-studien». Figuren illustrerer et allment fenomen i klinisk medisin: friskhet og sykdom er fordelt i befolkningen i en enpklet fordelingskurve, og det er umulig å skille friske fra syke på en entydig måte. Settes sykdomsgrensen ved A, vil en liten del av befolkningen oppfattes som syke. Sykdomsforekomsten kan mangedobles ved å flytte grensen til B.



Målene fordeler seg i befolkningen med en hale enten mot høyre eller venstre. Sykdomsforekomsten vil være avhengig av hvor vi setter avkutningsverdiene.

Det vi ofte ikke gjør oss bevisst er at også klassiske sykdommer er fordelt i befolkningen på en lignende måte. Ser vi på streptokokkinfeksjoner i halsen vil de fleste streptokokker på mandlene i befolkningen være hos friske bærene med bakterien som en del av et økologisk fellesskap i tonsillene. Denne populasjonen representerer storparten av arealet under fordelingskurven. Dens lengre ut i fordelingskurvens høyre hale vi beveger oss, dess sykere blir populasjonen, men det er likefullt et moralsk spørsmål hvor vi vil plassere grensen for det patologiske.

Kransåresykdom og hofteleddsartrose vil være fordelt i befolkningen på samme måte. Kransåre-atheromatose og brusk-høydereduksjon med reaktive påleiringer i hoften er allmenne aldringsprosesser i vår befolkning. Det er opp til den medisinske kultur hvor sykdomsgrensene skal settes.

Hvis vi setter sykdomsdefinisjonen langt til høyre (ved A i fig. 2) vil vi ha en befolkning med store sykdomsplager, f.eks. hofteleddsarthrose med nattlige hoftesmerter eller angina pectoris ved små anstrengelser. Flytter vi sykdomsgrensene mot venstre til B i figuren vil en større del av befolkningen omfattes av sykdomsdefinisjonen; f.eks. befolkningen med taus ischemi eller patologisk arbeids-EKG ved betydelige anstrengelser eller hofteleddssarrose med lette funksjonssmerter i hoftene.

I diskusjonen om screening av prostatacancer som har vært ført i Tidsskriftet i fjor (5) får vi illustrert hvordan endatil kreftdiagnosen kan bli flyttet langt inn i den normale befolkning. Blærehol-kreft blir en kulturbestemt diagnose som pasienten kan få utlevert dersom han er innstilt på å få fjernet sin prostate. Behandleren vet imidlertid ikke om diagnosen

«kreft» har prognostisk betydning for pasienten (jfr fig. 3).

### **Samfunnsmedisinske konsekvenser**

Ved å studere fordelingskurvens forløp ser vi også hvilke samfunnsmedisinske og samfunnsøkonomiske problemer vi lager med stadig å skyve sykdomsgrensene inn i normalbefolkningen. Fordelingskurven får snart et bratt forløp dess lengre mot midten definisjonsgrensen settes. Arealet under kurven (populasjonen) vokser

eksplosivt med små endringer av sykdomsgrensene.

Den samfunnsmessige betydning av denne prosess inneholder også i høyeste grad en subjektiv virkelighet med opplevelse av sykdom og redusert subjektiv helse. I en hollandsk undersøkelse er dette grundig dokumentert (6). I denne undersøkelsen ble et stort antall doktorer delt i 3 grupper og klassifisert etter sin legeadferd.

#### *Gruppe 1:*

Realistene. Disse foretok nødvendig men ikke overflødig diagnostikk. De henviste lite og ga få





## Å søke helsevesenet kan være HELSESKADELIG

Du risikerer å få en diagnose du ikke fortjener.  
Du risikerer å bli unødig hjelpefull.  
Egenomsorgsevnen kan bli ødelagt.

**HELSETILSYNET**

Fig 4. Forsøk på moralisk å ansvarliggjøre helsetjeneste-personell og å advare befolkningen mot å la seg innlemme i helsetjenestens territorialkrav. Helsetjenestesituasjoner foreslås merket på denne måte.

recepter på uspesifikk medisin mot symptomer.

### Gruppe 2:

Intervasjonistene. Disse gjorde mye nødvendig og mye unødvendig diagnostikk. De henviste og foreskrev symptomatisk behandling svært ofte.

### Gruppe 3:

Nihilistene. Denne gruppen besto av de såkalte «kulepenndoktorene». De foretok lite diagnostikk men foreskrev ofte symptomatisk behandling og henviste i alle himmelretninger.

Realistenes pasienter følte seg friske, rapporterte mindre symptomer, gikk sjeldnere til doktor, hadde større forventninger til egenomsorg og hadde oftere fått beholdt sin livmor.

### Ventelistegarantien – en illusjon

Hvis det ovenstående representerer en gyldig analyse, må vi kvitte oss med noen illusjoner: Ventelistegarantien bygger på forestillingen om sykdom fordelt i befolkningen som topuklede kurver. Venteliste-

garantien vil aldri kunne innfries når vi opplever at dess større behandlingskapasitet og mindre venteliste, dess lengre skyves sykdomsdefinisjonene inn i normalbefolkningen.

Trygdens oppfatning om de objektivt registrerbare sykdommer er et historisk klenodium som vi snarest bør avlive. Jeg er enig i trygdens behov for å sette grenser mot det normale og hverdagens belastninger, men kravet om objektive sykdomsfunn kan først ordet av det representere enda mer liberale sykdomsdefinisjoner etter hvert som den diagnostiske teknologi utvikles og gjøres tilgjengelig for hele befolkningen.

### Sykdom og moral

Ved at sykdom er et kulturelt og moralisk begrep vil vi ikke komme utenom en diskusjon om hvordan helsevesenet skal moralisk ansvarliggjøres for ikke å skyve sykdomsdefinisjonene så langt inn i normalbefolkningen at storparten av befolkningen omfattes. Vi må vaksinere hverandre mot forestillingen om at helsetjenester og omsorgstjenester er et udelte gode i enhver situasjon. Helsetjenestepolitikere

må få øynene opp for at helsevesenet kan representere en fare mot befolkningens helsetilstand, og helsevesenets aktører må bli seg sitt moralske ansvar bevisst. I fig. 4 har jeg antydet en mulighet for å advare befolkningen mot å la seg fange inn i helsevesenets og omsorgstjenestenes territorialkrav. □

Eivind Meland  
Inst. for allmennmedisin  
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

### Litteratur

1. Bjørndal A. Er sykdom et egnet kriterium for rasjonering av trygg? Et forsøk på drøfting av et grunnleggende spørsmål i sosialpolitikken. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114(3):361-4.
2. Malterud K, Dahl S. Kvinnens helseplager – «utglidning» og «utvanning». Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112:524-5.
3. Grünfeldt B. Uførepensjoneringens problematiske situasjon – en meningsstyring. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111(9):1151-2.
4. Rosenhan DL. On being sane in insane places. Science 1973;179:250-8.
5. Otnes B, Tveter KJ. Screening for tidlig diagnose av prostatacancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114(2):157-60.
6. Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, van Son JA, Meyboom WA, van Eyk JTM. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. Br J Gen Pract 1992;42:141-4.

# Asymptomatisk bakteriuri hos gravide skal oppdagast, behandlast og kontrollerast!

Tekst: Steinar Hunskår og Anders Bærheim

Illustrasjoner: Ragnhild Gjerstad



**Dr. med. Steinar Hunskår** (f. 1956) er spesialist i allmennmedisin og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Han er leiar for NSAMs referansegruppe for urinvegssjukdommar. Spesielle interessefelt: Klinisk beslutningsteori, urininkontinens og allmennmedinsk spesialistutdanning.



**Dr. med. Anders Bærheim** (f. 1948) er førsteamanuensis i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Han har doktorgrad frå 1994 om urinvegsinfeksjonar hos kvinner. Han er medlem av NSAMs referansegruppe for urinvegssjukdommar, og saman med Hunskår held han årlege kurs i uronefrologi for allmennpraktikarar. Andre interessefelt: Legeutdanning, alternativ medisin.

Asymptomatisk bakteriuri (ABU) er assosiert med auka morbiditet og mortalitet hos ei rekke pasientgrupper (born, gravide, eldre), og det har difor vore diskutert om det er grunnlag for generelle silingsundersøkingar (screening) hos desse gruppene. Det er i dag internasjonal semje om at det berre er hos gravide slik undersøking er nyttig.

Vi meiner det er godt dokumentert at ABU hos gravide skal oppdagast, behandlast og kontrollerast.

## Ulik og usikker praksis i dag

Gjennom kursverksemda vår har vi dei siste åra diskutert praksisrutinar på dette området med mange

kollegaer, og det er tydeleg at praksis varierer. Legane er usikre på kva som er dokumentert, kva som vert forventa i svangerskapskontrollen og kva som er teorigrunnlaget for silingsundersøkingar i allmennpraksis. Det norske svangerskapsprogrammet inneholder ikkje noko om rutinemessig testing for ABU (1, 2), medan ein norsk konsensuskonferanse rår til testing (3). Utanlandske førebyggingsprogram gjev klare tilrådingar om testing (4, 5).

## Definisjonar

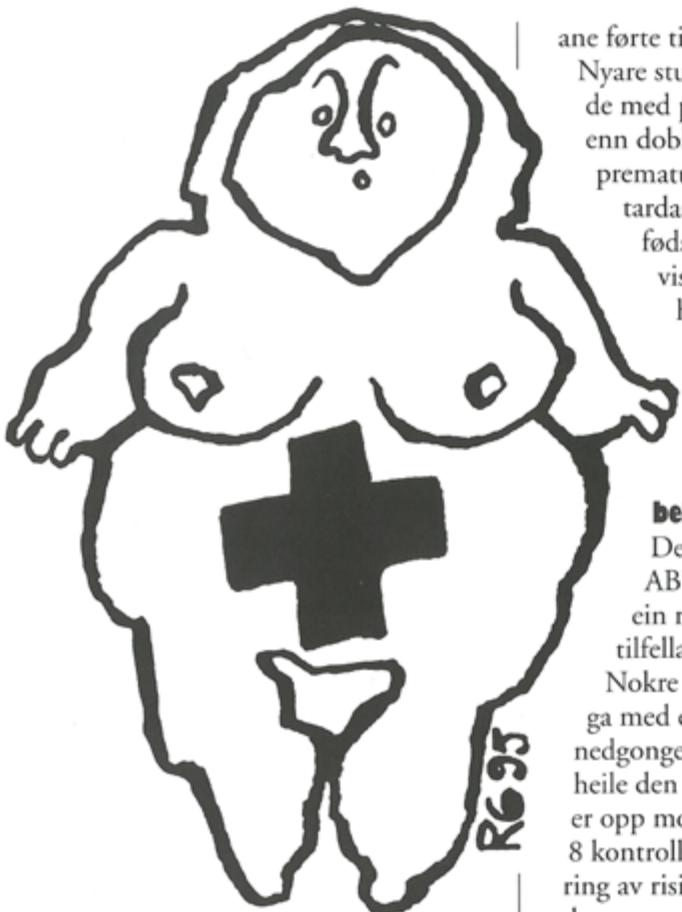
ABU er påvist når *alle* dei 3 følgjande vilkåra er oppfylte:

1. Dyrkningsprøve på innsendt transportagar viser oppvekst av meir enn 100.000 bakteriar pr. ml.
2. Ny prøve innan 2 veker viser oppvekst med meir enn 100.000 bakteriar pr. ml av same bakterie med same resistensmønster.
3. Kvenna har ikkje symptom i form av dysuri eller andre symptom på akutt nedre urinvegsinfeksjon.

Silingsundersøking betyr at alle gravide kvinner skal ha tilbod om undersøkinga. Det må etablerast rutinar på legekontoret, helsestasjonen eller hos jordmor som sikrar at prøvene vert sendt.

## Er ABU farleg?

Prevalensen av ABU i svangerskapet er 4-7%, om lag det same som



hos ikkje-gravide. Der er ein viss sosioøkonomisk gradient og ein finn oftare ABU hos kvinner som tidlegare har hatt urinvegsinfeksjon. Desse bør difor følgjast nøye.

ABU i seg sjølv medfører 50% auke i risiko for låg fødselsvekt og 100% auke i risiko for prematur fødsel (6). Ein studie fann ein auke i frekvensen av postpartum endometritt frå 2% hos dei utan til 40% hos dei med ABU før fødselen (5).

Kvinner med ubehandla ABU har dessutan ein høg risiko for å få pyelonefritt seinare i svangerskapet, vanlegvis i slutten av andre eller starten av tredje trimester. Risikoen kan ta festast til mellom 13-27% (ulike studiar), mot maksimalt 0,5% hos gravide utan ABU, altså frå 25-50 gongar auka risiko. Pyelonefritt i svangerskapet er ein potensielt farleg sjukdom. Den krev ofte sjukehusbehandling, den er assosiert med prematur fødsel og låg fødselsvekt. I den før-antibiotiske tida vart det rekna at nesten halvparten av pyelonefritt-

ane førte til for tidleg fødsel. Nyare studiar tyder på at gravide med pyelonefritt har meir enn dobla risiko for dødfødsel, prematur fødsel, føtal vekstretardasjon og born med låg fødselsvekt. Det er ikkje vist samanheng med høgt blodtrykk, preeklampsia eller nyre-skade.

### **Nyttar det å behandle ABU?**

Dersom alle med påvist ABU vert behandla, kan ein redusere pyelonefritt-tilfella hos desse med 90%.

Nokre ABU vert ikkje oppdaga med ein dyrkningsprøve, så nedgangen i pyelonefrittar for heile den gravide populasjonen er opp mot 80%. Ein analyse av 8 kontrollerte studiar viste halvering av risikoen for låg fødselsvekt og prematur fødsel (6). Det blir no rekna som godt dokumentert at behandling av ABU fører til

- sterkt reduksjon av pyelonefritt
- reduksjon i talet på for tidlege fødslar
- færre born med låg fødselsvekt

og dermed ein viktig helsevinst.

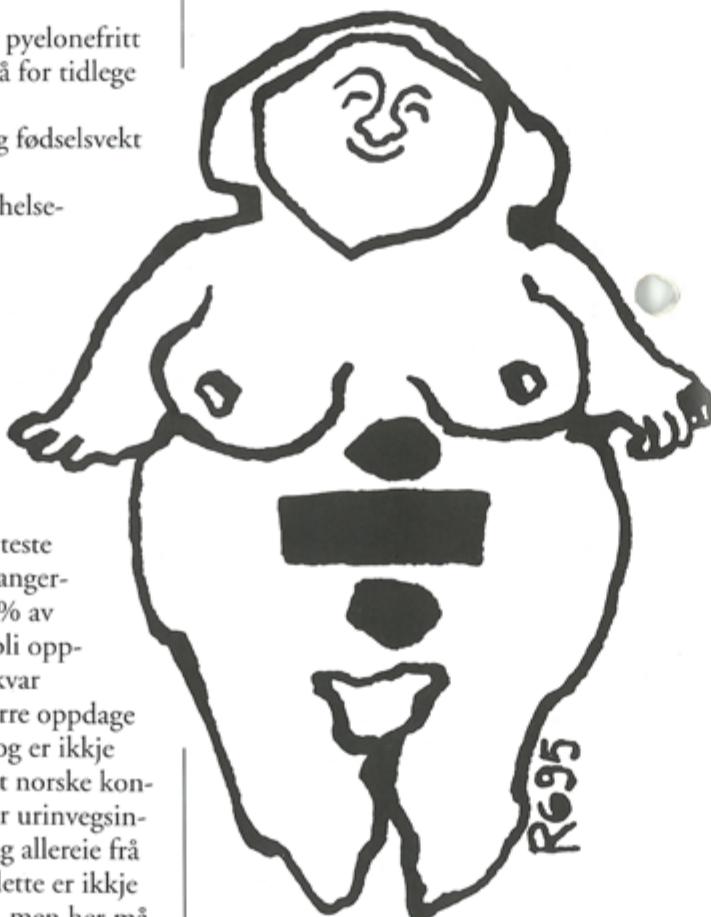
### **Praktiske rutinar**

I figur 1 har vi skissert korleis den systematiske testtinga bør organiserast. Det er best dokumentasjon for å teste kvinnene i 12.-16. svangerskapsveke, om lag 80% av dei med ABU vil då bli oppdaget. Testing av alle kvar månad deretter vil berre oppdage 1-2% per testrunde, og er ikkje kostnadseffektivt. Det norske konsensusprogrammet for urinvegsinfeksjonar rår til testing allereie frå 9. veke. Effekten av dette er ikkje så godt dokumentert, men her må

praktiske omsyn komme inn. Dersom første svangerskapskontroll skjer i 9. veke, og det ikkje blir planlagt ny konsultasjon før i 20. er det langt betre å ta prøven i 9. veke enn å vente.

Bakteriuri må påvisast ved *dyrkning*. Diagnostikk med strimmel eller mikroskopi er for lite spesifikk. Dyrkningsprøven er lettast å utføre ved å sende uinkubert transport-agar til laboratoriet. Borsyreurin kan også nyttast.

Ei positiv prøve har berre om lag 50% sannsynlighet for å representere ABU. Hugs derfor at ABU først er påvist ved gjentatt prøve med oppvekst av same bakterie med same resistensmønster. Det er ikkje grunnlag for å behandle etter første prøve! Ved første innsending vil om lag 10% av prøvene vere positive, og berre om lag halvparten av desse igjen vil vise same resultat ved neste prøve.



## ASYMPTOMATISK BAKTERIURI (ABU) I SVANGERSKAPET: DYRKningsPRØVE AV ALLE GRAVIDE – SCREENING

- Kvifor:** Det er vist at asymptotisk bakteriuri (ABU) i graviditeten er assosiert med med auka pre- og perinatal morbiditet og mortalitet. Det er også vist at screening og behandling har ein høg nytteverdi ved å redusere frekvensen av pyelonefritt, for tidleg fødsel og låg fødselsvekt.
- Når:** Best dokumentasjon for 12. – 16. veke av svangerskapet. Frå 9. veke er akseptabelt.
- Kven:** Prøven vert sendt til lege, jordmor eller frå helsestasjonen. Det må etablerast faste rutinar.
- Korleis:** Dyrkning. Transport-agar utan inkubering eller borsyreurn. Prøven skal sendast til mikrobiologisk laboratorium.
- Opp-følgjing:**
1. Dersom urinen er steril eller har oppvekst av mindre enn 100.000 bakteriar pr. ml: Ingen oppfølgjing. Ved forurensing bør det takast ny prøve.
  2. Dersom det er oppvekst av meir enn 100.000 bakteriar pr. ml: Ny prøve til dyrkning innan 2 veker. Dersom denne også er positiv med *same bakterie og resistensmønster*, har den gravide ABU og skal behandles med antibiotika. Om lag 5% av dei gravide har ABU.
- Terapi:** 3 dagars behandling med amoxicillin, pivampicillin, pivmecillinam eller cephalosporin.
- Kontroll:** Ved diagnostisert og behandla ABU: Urinundersøking med dyrkning kvar 4. veke resten av svangerskapet.

Faktaramme for asymptotisk bakteriuri hos gravide. Ramma kan kopierast og kan for eksempel lagrast i praksisen si prosedyrebok eller hengast på veggen på laboratoriet.

### Behandling og kontroll

Påvist ABU skal behandles. Det er tilstrekkeleg med 3 dagars behandling med baktericide medikament (figur 1).

Desse kvinnene har stor risiko for residiv. Når først ABU er påvist (og behandla!) skal det difor gjenomførast urinundersøking med dyrkning kvar 4. veke i resten av svangerskapet. Det må lagast rutinar som sikrar dette.

### Mykle arbeid?

Screening på ABU hos gravide er anbefalt i Sverige, USA og Canada (3, 4, 5). Men silingsundersøkingar verkar berre når dei vert gjennomførte med stor oppslutnad. Oppdaging og behandling av ABU

hos gravide er viktig og har høg nytteverdi. For ein lege med opp til 20 gravide per år, vil det årleg kanskje berre vere ei einaste gravid som må følgjast opp. Det er summen av arbeidet som gjev resultat, men den enkelte må bidra med sin skjerv for at vi skal få gevinsten.

Ein fersk dansk studie offentleggjort i vårt eige forskingstidskrift Scandinavian Journal of Primary Health Care viser låg oppslutnad om urindyrkning og andre godt dokumenterte prosedyrar i svangerskapskontrollen, og overforbruk av tiltak med liten eller ingen nytteverdi (7). Vi veit at det vert gjort mange *unyttige* urinundersøkingar også på norske legekontor. Ein reduksjon av desse vil meir enn oppvege meir arbeidet

med den tilrådde prosedyren for ABU. Vi oppfordrar allmennpraktikarkollegaene våre til å medverke til god svangerskapsomsorg basert på dokumentert medisinsk viten!

Steinar Hunskår og Anders Bærheim  
Seksjon for allmennmedisin,  
Institutt for samfunnsmedisinske fag,  
Universitetet i Bergen, Ulriksdal 8c,  
5009 Bergen.

### Litteratur

1. Norges Offentlige Utredninger. Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. NOU 1984: 17. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
2. Bergsjø P, Forde R, Sjøli SI, Telje J, Thesen J. Svangerskapsomsorg i allmennpraksis. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
3. Hovig B, Lassen J, Sandven P, Vorland L. Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjon. Konsensusrapport nr. 7. Oslo: SIFF, 1994.
4. US Preventive Services Task Force: Guide to clinical preventive services; an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Williams & Wilkins, Baltimore, 1989: 155-61.
5. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group – Publishing, 1994: 99-106.
6. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol 1989; 73: 576-82.
7. Kristensen, FB, Andersen KV, Andersen AMN, Hermann N, Knudsen VW, Nielsen HK. Physical examinations and laboratory tests in antenatal care visits in Denmark. Scand J Prim Health Care 1995; 13: 52-8.

# Mellom omsorg og risiko

## En historie fra vår kliniske hverdag

Jeg traff henne første gang for 4 år siden. Vi kan kalle henne Marit...

Dette er ikke begynnelsen på en ukebladnovelle.

Det er beskrivelsen av møtet med et menneske hvis sykehistorie har gitt anledning til mange tanker og refleksjoner det siste året.

Hun hadde vært et av stedets mer framtredende damer – gift med en øvrighetperson, vant til å være i vinden, sosial og utadvent. Nå var hun blitt over 60 – og mer tilbaketrukket.

Marit hadde stort sett hatt god helse, men i 1987 – altså lenge før jeg traff henne – begynte hun å få smerter i ansiktet. Etter litt fram og tilbake ga nevrologen henne diagnosen trigeminusnevralgi – og Tegretol, som vanlig er. Marit ble bedre.

To måneder senere møter Marit på nytt til nevrologen – til kontroll. Datteren stusser litt på morens hukommelse, og nevner det for doktoren: «Jeg synes hun glemmer så lett, doktor... – i løpet av de siste par månedene...»

Det gjøres noen undersøkelser: Et karbamazepin-serumspeil, en cerebral CT, normalt. Hun har fortsatt litt vondt i kjeven, og Tegretoldosen økes forsiktig. Datteren jobber på sykehuset, så hun kan jo si hvis det blir noe mer...

Datteren tar kontakt med nevrologen på nytt et års tid etterpå. Vi er kommet fram til slutten av 1989. Iflg. journalen må kontakten med lokalt helsevesen være sparsom. Dette er ikke symptomer man slår om seg med! Datteren er

fortvilet over mor, som i stadig større grad preges av et demens-lignende symptombilde, med hukommelsessvikt og etter hvert betydelige problemer med de daglige gjøremål hjemme. Mannen til Marit er ikke forberedt på at slikt kan hende selv i de beste familier og har «gått av banen» for lenge siden.

Marit blir innlagt. Utskrivelsediagnose: Trigeminusnevralgi. Presenil demens (Alzheimers type?). Medisiner ved utskrivelsen: Tegretol 600 mg morgen og kveld. Sinequan 50 mg vesp.

Jeg treffer Marit flyktig første gang sommeren 1990. Det virker som om familien lurer på endel praktiske tiltak i forbindelse med situasjonen hjemme. Jeg prøver å fortelle hva vi kan stille opp med, men av en eller annen grunn har jeg følelsen av at ordene mine falller på steingrunn. Det blir stille fra dem. Lenge.

Neste gang jeg møter Marit er det blitt senhøstes 1991. Jeg treffer henne i egenskap av tilsynslege på sykehjemmet, der hun blir innlagt til avlastningsopphold. Hun er fysisk sprek, men fullstendig desorientert for tid, sted og situasjon. Jeg sukkes litt over nok en slik skjebne... Marit har bare fått innvilget et kort opphold og reiser hjem etter 14 dager. Neppe særlig ideelt for en med demens, men her er jo så fullllllt!

Jeg får innlagt henne til et vurderingsopphold ved psykogeriatrisk avdeling. Konklusjon: «Pasienten viser pr. i dag symptomer på alvorlig hukommelsessvikt. Det

synes å foreligge en presenil demens av mulig primærdegenerativ art. Ektemannen beskriver en trinnvis forverring av funksjonsnivået. Tilstanden kan være av vaskular art, men man finner ingen tydelige indikasjoner på at så er tilfelle.

Det kunne være ønskelig med en nevrologisk undersøkelse for nærmere utredning av hennes tilstand.»

Utskrives til hjemmet. Medisiner ved utskrivelsen: Tegretol 600 mg x 2.

På nytt er det stille, lenge. Dette er ikke en familie som slamrer med dørene! Marit innlegges til nytt avlastningsopphold ved sykehjemmet i september 1993. Tilstanden er gradvis forverret, det er også beskrevet symptomer i form av periodevis «fjernhet» – nærmest som i «anfall». Vi observerer ikke noe slikt. Jeg halverer Tegretoldosen fordi hun har lite vondt. Det varer ikke mange dager før smertene er der igjen. Hun settes tilbake på sin gamle dose.

Marit blir på sykehjemmet. Hun er så skrøpelig, så lite selv-hjulpen – det er rett og slett ikke mulig å sende henne hjem igjen. Hun er blitt pleiepasient i en alder av 68 år.

Utover 1994 presenterer så Marit et stormende symptombilde preget av økende grad av senil uro, glemsomhet, etter hvert diverse fysiske symptomer i form av nærmest «katatone» anfall, hematuri, magesmerter. Og den evige vandringen, opp og ned, opp og ned... Vi gjør de undersøkelser og

gir den behandling vi synes er mulig, men finner liksom ingen ting. Hun er en kjempeutfordring for både lege og pleiere; vi forsøker å improvisere en «senil dement» – avdeling for å skjerme både Marit og resten av beboerne. Pleierne sletter og er ute av seg. Jeg leser den litteratur jeg får tak i om demens – det er en kryssild av spørsmål og problemer fra dem som har med Marit å gjøre til daglig. Vi gjør flere forsøk med forskjellige neuroleptika og antidepressiva, kan det gi henne mer ro? – men nytten Marit har av dem, er jeg nok sterkt i tvil om.

En ting er positivt i situasjonen: Kontakten med resten av Marits familie, særlig datteren og mannen, blir bedre. Vi har et par fine samtaler om situasjonen. Jeg forsøker å forklare hva som foregår – i den grad jeg skjønner det selv. Vel har jeg sett endel demente, men dette tror jeg overgår alt...

Til slutt tror jeg Marit skal dø. Hun blir sengeliggende, i en døs nærmest, det er slutt på vandringen. Jeg er glad på hennes vegne – kanskje hun endelig skal få fred? Vi plukker vekk medisinene – nesten alle.

Hun står igjen med en liten dose Cisordinol – jeg er nok ikke modig nok til å ta vekk ALT... Vi er i slutten av januar 1995.

Da skjer det. Som en fugl Fønix stiger en ny dame opp av asken. Hun våkner til igjen; borte er uroen og vandringen, alle de merkelige somatiske symptomene. Hun begynner å svare adekvat på spørsmål og vi kan etter hvert føre en helt normal samtale med henne. Jeg gjør en Minimentaltest av henne en stund etter at ALLE medikamenter er seponert: 25 poeng(!) – av 30

mulige. Bare kortidshukommelsen er ikke som den engang var.

Jeg begynner å grave. Hele hen-

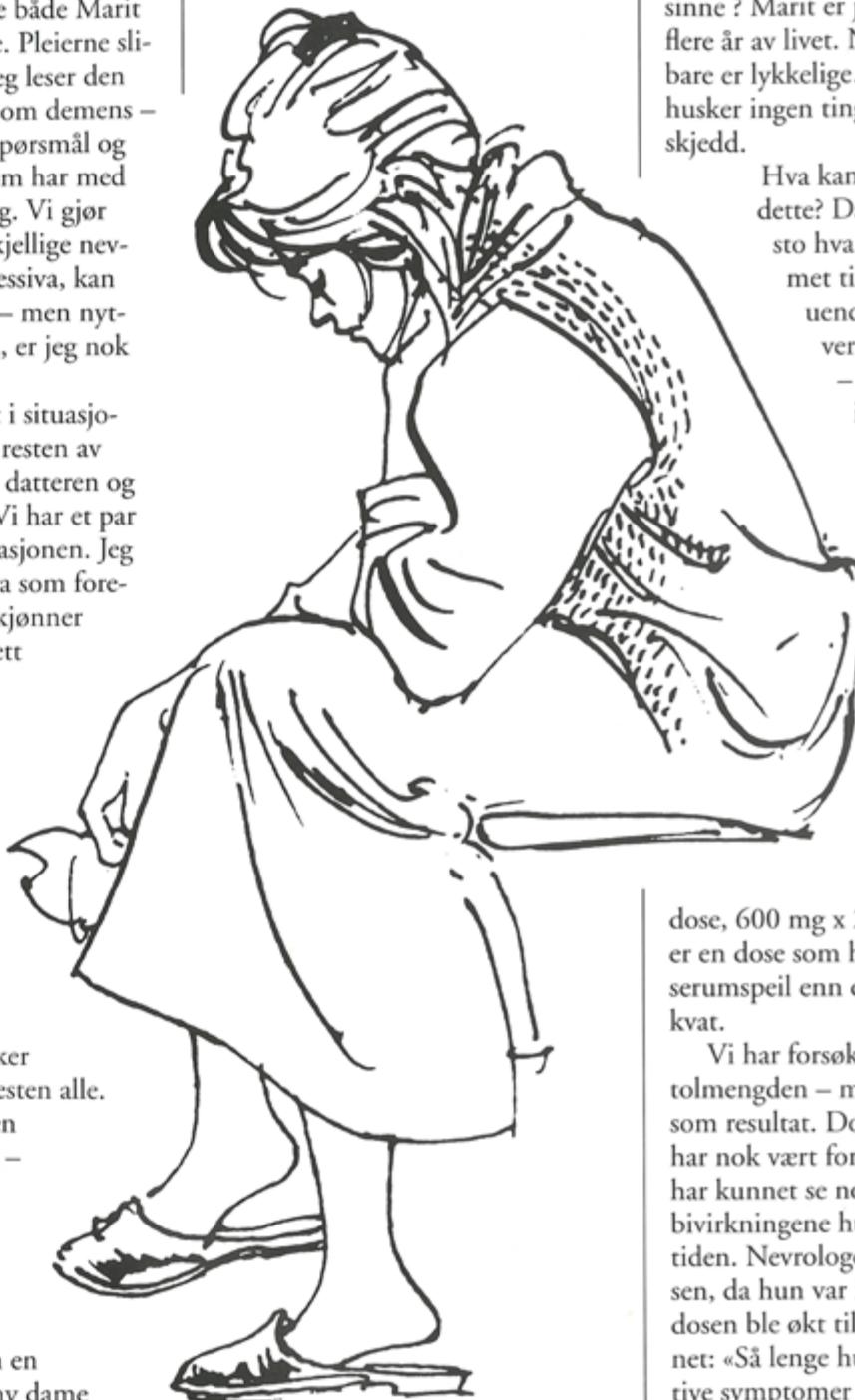
han, og heller ikke produsenten av legemiddelet. Jeg samler familien igjen, forsøker å forklare situasjonen. Prøver å spille med åpne kort – er det noen bitterhet eller noe sinne? Marit er jo blitt «frastjålet» flere år av livet. Nei, jeg tror de bare er lykkelige... – og Marit husker ingen ting av det som har skjedd.

Hva kan jeg tenke om dette? Da jeg omsider forsto hva som var problemet til Marit, såg en uendelig tristhet innover meg. Og et sinne – for alt vi steller istrand, og for hvor blind man kan bli... Jeg er ikke i tvil om at det er Tegretol-tablettene som er ansvarlige. Det finnes, når jeg går igjennom hennes historie, ingen andre muligheter eller alternativer. Marit har brukt en høy

dose, 600 mg x 2, i flere år. Dette er en dose som har gitt høyere serumspeil enn det som er adekvat.

Vi har forsøkt å redusere Tegretolmengden – med mer smerter som resultat. Dosereduksjonene har nok vært for kortvarige til at vi har kunnet se noen effekt på bivirkningene hun har hatt, hele tiden. Nevrologen uttalte i epikrisen, da hun var innlagt i 1989, da dosen ble økt til 1200 mg i døgn: «Så lenge hun ikke har subjektive symptomer på Tegretolintoxikasjon, gjør det ingen ting om serumverdiene ligger over anbefalt terapeutisk område».

En pille – for alt som er ille?



nes symptomkompleks må være en medikament-bivirkning. Etter eliminasjonsmetoden står bare en mulighet igjen: Tegretol!

Jeg kontakter geriater: Har han hørt om noe slikt før? Nei, ikke

Torstein Gjerløw  
Skiptvet legekontor  
1816 Skiptvet

# Metodebok i Hammerfest

Tekst: Peter Prydz



Peter Prydz, f -56. Utdannet i Tromsø -82. Kommunelege II i Hammerfest siden -85. Specialist allmennmedisin -91. Veileder i allmennmedisin, er i gang med 2. veiledningsgruppe. Hovedinteresse i faget: Undervisning og veiledning.

Legestasjonen i Hammerfest er en 10-legepraksis, med 8 faste stillinger og 2 turnuskandidater. De 8 faste kommunalelegene har varierende erfaring og bakgrunn i faget, 2 av oss er spesialister i allmennmedisin, de øvrige er under utdanning. Vanligvis er minst 1 av stillingene dekket av vikar.

Tradisjonelt har det vært et godt klima for samarbeid mellom legene, slik at man ofte spør hverandre til råds og diskuterer konkrete problemstillinger. Vi ønsket imidlertid å systematisere stabens samlede kunnskap og erfaring i form av en metodebok. Denne skulle legges opp på allmennmedinske premisser, ved å ta utspringspunkt i problemstillinger vi møter

og skissere løsningsstrategier og kvalitetsstandarder. Fremstillingen skal ha mest mulig preg av «flowchart» (hvis slik, gjør så), enten verbalt eller grafisk.

## Metodeboka ble utviklet på følgende måte:

Annahver fredag har legestaben satt av 1 time til fagmøte. De fleste av disse møtene er viet metodeboka. En av kollegene får hver gang i oppgave å forberede et tema til metodeboka. Dette legges fram som utkast på møtet, diskuteres til man når konsensus, reinskrives ut fra de endringer som gjøres og settes inn i metodeboka. Denne er en ringperm i ett eksemplar for hvert legekontor og skal ikke fjernes derfra.

Vi har på denne måten kommet opp i 25 kapitler med et særlig bredt emnespekter, se fig. 1. Vanlig format pr kapitel er 1-2 A4-sider, i enkelte tilfelle opptil 4. Vi har også tatt med enkelte produkter og retningslinjer hentet annet sted fra.

Det varierer i hvilken grad boka brukes. Turnuskandidatene angir at de bruker den i utstrakt grad, de faste legene noe mer varierende avhengig av erfaring og interesser. Alle nyansatte får beskjed om å sette seg inn i den. Kapitlene revideres etter behov, flere av dem er revidert allerede.

Bokas normative funksjon er uavklart. I noen kapitler er teksten juridisk basert (Plutselig død), i noen kapitler bygger den på nasjonale kvalitetsstandarder (Diabetes), i noen kapitler er den formulert som normgivende for virksomheten hos oss (B-preparater) og i noen er det kun løsningsforslag (kandidatene beslår opp her før de spør kollegene).

Neste skritt blir sannsynligvis å legge boka inn i ProfDoc. Endel av stoffet er såpass illustrasjonsbasert at det kan utgjøre metodiske begrensninger, men det lar seg sikkert overvinne over tid.

Idéen anbefales til gruppepraktiser hvor man tar sikte på en mest mulig felles oppførsel faglig. Det erfares også som en stor lettelse for turnuskandidater og nyansatte.

Figur 1. Kapitlene i boka.

- Kontroll- og innkallingsrutiner
- Hypertension
- Svangerskapskontroll
- Diabetes
- Obstruktive lungesykdommer
- Seksuelle overgrep
- Coronarsykdom og risikofaktorer (kolesterol)
- Sårbehandling/sårskift
- Langtidssykmelding/attføring
- Korttidssykmelding, spes. for fiskeindustri
- Plutselig uventet dødsfall
- Allergi hos barn
- Alkoholproblemer
- Depresjon
- Tungpsykiatri
- Urinveisinfeksjoner/hematuri
- Legeattester
- B-preparater
- Nedre luftveisinfeksjoner
- Tilsynslegearbeid hjemmebaseert omsorg
- Hjertesvikt
- Taping av ankelskader
- Bedriftshelsetjeneste
- Urolig hjerte
- Infertilitsutredning

Som en prøve vedlegges kapitelet om diabetes. Henvendelser angående øvrig innhold kan rettes til undertegnede.

### Kontrollregime diabetes – legestasjonen i Hammerfest

Alle leger må ha (og bruke) NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmenpraksis.

Alle diabetikere bør i utgangspunktet lære egenkontroll av blodsukker. Dette læres hos sykepleier med kompetanse på området. Vi anbefaler blodsukker-kurve hver eller annenhver uke, helst på forskjellige ukedager. Da tas fastende bls. + bls. før hvert måltid, evt. også 2 timer etter. Kan forenkles noe hos eldre diabetikere. Bls. tas ellers når diabetikeren selv mistenker høyt eller lavt blodsukker eller er i tvil.

Ved unormal verdi tas kurve samme/påfølgende dag. Føres i kontroll-bok som pas. medbringer til legekontroller etc.

Urin testes på glukose ved blodsukker over 10-12-

	Behandlingsmål (mmol/l)	
under	70 år	over 70 år
Fastende bls.	4,0 – 8,0	4,0 – 9,0
Ikke fastende bls.	4,0 – 10,0	4,0 – 12,0
HbA1c	<7,5	<8,5

Diabetikere med medikamentell behandling bør vanligvis til kontroll hver 3. måned. Hvis ukomplisert kan annenhver kontroll tas kun av sykepleier. Skriv da opp 2 innkallinger, den ene med sykepleiers initialer. Kostregulerte diabetikere vanligvis hvert halvår, annenhver gang hos sykepleier. Legekontroll begynner alltid med åpent spørsmål om livssituasjon (=Hvordan har du det?). Pasientens bls.-målinger vurderes og BT, vekt, HbA1c, fbls., urin stix før/ved hver ktr. (Fint om mest mulig foreligger til legektr. – kan initieres av sykepleier). Symptomer

på komplikasjoner? Andre relevante ting, kfr. s. 37 i handlingsprogrammet. Medikamentregime vurderes og anføres. Evt. andre konkrete råd vedr. livsførsel etc. Obs. aggressiv hypertensjonsbehandling må vurderes hos diabetikere. Årlig registreres: Oftalmoskop, fotstatus, cor/pulm, mikroalbuminuri, kreatinin, kolesterol + triglycerider, EKG (over 40 år). Alt dette gjøres naturligvis oftere når indirekt. Kan fordeles over flere kontroller, evt. 1 dobbelttime årlig. Obs. – mikroalbuminuri som mulig indikator for hjerte-/karsykdom. Alle diabetikere bør ha mulighet for rask timeavtale med sykepleier når usikkerhet omkring blodsukker etc.

Alle diabetikere bør følges regelmessig av øyelege. Etter første undersøkelse kontrollintervaller som anbefalt av øyelege. Dette kan revurderes dersom med. poliklinikk begynner med retinafoto. Barn med diabetes har hittil vært kontrollert ved barneavd., da dette hittil har vært svært sjeldent forekommende i distriktet. Samme regime kan om nødvendig appliseres til barn med nødvendige tillempninger. Oppstart av insulin på tidligere kjente diabetikere kan gjøres i allmennpraksis, evt. i samråd med indremedisiner. Det anbefales daglig kurve i startfasen. Opplæring i injeksjonsteknikk kan gjøres av sykepleier her eller på sykehuset.

### Litt om nyoppstått diabetes – må oftest vurderes individuelt

Diagnostiske grenser – kapillærblod:

Diabetes mellitus: Fbls. >6,7 eller bls. 2 t etter glukosebelastning >11,1.

Nedsatt glukosetoleranse: Fbls. <6,7 og bls. 2 t etter glukosebelastning 7,8 – 11,1.

Nedsatt glukosetoleranse – se handlingsprogram s. 54.

Diagnosert diabetes – henvises primært diabetessykepl./sykehus for opplæring. Utredes medi-

sinsk vedr. ledsagende tilstander, disponerende medikamentbruk, komplikasjoner m.m.

Hyppige kontroller i startfasen – samråd/henvisning indremedisiner, evt. innleggelse når nødvendig.

Etablering av medikamentregime, egenmålinger og kontrollrutiner.

Ovenstående regime revideres av diabetesansvarlig lege ved behov i samråd med kollegene og sykepleier. □

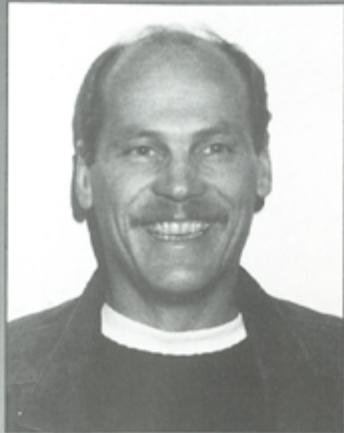
Peter Prydz, kommunelege II,  
9600 Hammerfest



**Redaksjonen  
ønsker  
god sommer!**

# «Kulturbete»

Tekst: Odd Kvamme



**Odd Kvamme f. 50,  
cand.med. 76, Bergen.  
Turnus i Finnmark. Vest-  
lending med stor affinitet for  
sjø. Tidlegare distriktslege,  
nå driftstilskudd, Halsnøy.  
Veileder i allmennmed.  
Leder Dnlfs fagutvalg for  
akupunktur. Styremedlem  
APLF og NAMF. Interesser:  
Framtidsforskning.**

Del 1 er eit bilde på samarbeidsfeltet mellom primærhelseteneste og sjukehus. Del 2 omtalar Kvalitetssikring i helse-tenesta på lokalplanet.

## Del 1:

Mange veit enno kva kulturbete var: Landskapet mellom utmarka og heimebøen, godt inngjerdet av elektrisk gjerde som alle guitar måtte ta i eller det som verre var. Der gjekk kyrne på beite, i den tida kyr var ute i naturen. Kulturbetet var ei sone vi måtte kryssa til og fra skogen, den eima av krøtter og summa av tordivlar. Eit ugjest-

mildt landskap der du ikkje var lenge kvar gong, berre til og frå.

No er eg i det medisinske kulturbetet. Sona mellom den primærmedisinske utmarka og det kultiverte sjukehuslandskapet er eit kjent, men likevel så ukjent område, dette grenselandet mellom to medisinske kulturar. Feltet har eit utviklingspotensiale, og utviklingarbeidet handler om *samarbeid mellom primærhelseteneste og sjukehus*.

Eg ser meg rundt. Mykje stein, lite gras, og det som gror er trakka flatt eller beita bort. Det har vore aktivitet her, det går stiar mellom blautmyr og einer. Dei går på kryss og tvers, eg finn ikkje systemet, men dei går nok mest imellom skogen og marka, sjeldan på langs. Eg høyrer suset frå skogen av primærhelsearbeidrarar. Frå bøen kjem det meir tekniske lydar. Det er travelt der, ventelistesong, og avlinga må i hus. Aktiviteten i skogen er også travel, men jamnare.

No og då hastar det folk over landskapet mitt. Dei trør på sålete stiar, og ser ned for ikkje å trø feil. Dei ser ikkje landskapet, det er eit felt som skal kryssast, ikkje opplevast. – Der er det ei epikrise som skal over i skogen. Den rører seg seint, og kviler ofte. – Litt seinare flagrar det ei henvisning til røntgen forbi, som ein sommarfugl, litt vimsete. Så vert det stille att, stille.

Før var eg i skogen og såg berre trea, eit gløtt av innmark av og til. No har eg utsyn til begge sider, men her er uryddig underskog som hindrar oversikt. Det var fint i skogen, men eg trong meir utsyn etter 15 år der. Då ville eg sjå på heile det medisinske landskapet; korleis det var forma, kva som veks og rører seg, og korleis samspelet er. Eg oppdaga kulturbetet, denne sona imellom, der linjene i helsevesenet kan møtast, med utsyn begge vegar.

Kulturbetet er ein kvit flekk på helsekartet. Her er det mykje å studera på. Den flate steinen med mose på der under bjørka er ikkje sett. Den kan bli ein møteplass mellom dei som er i skogen og dei som er på bøen. Ein møteplass for å utveksla tankar om kvifor og korleis, og om kampen, livet og fellesskapet. Av og til kjem det folk hit ut, dei ser at det er aktivitet. Nokon kjem for å sjå kva som skjer. Andre er ute i same ærend som meg. Det er god plass til mange i grenselandet, og mykje som kan gjerast. Vi er *kulturbearbeidrarar, og vi har kome for å rydda stiar og laga møteplassar*.

Vi kan rydda litt ved den flate steinen, og leia ein sti umerkeleg forbi, slik at folka ser kvilestaden når dei hastar til og frå. Rundt beitet ligg rusta gjerde, dei kan vi rydda bort. Dei hadde ein funksjon ein gong, men ikkje nå. Nå er dei i vegen og skjemmer landskapet. Vi treng ikkje dyrka jorda her, berre tynna litt i underskogen, for utsynet og for ferdselen. Vi behøver denne sona mellom linjene, ikkje som eit skilje, men som ein møteplass, ein fristad for samarbeid. Eg trivst i dette landskapet.

## Del 2

Det er allmennpraktikaren sitt ansvar å utvikla betra kvalitet på allmennmedisin, og saman med samfunnsmedisinarane sørja for at vi kvalitetssikrar heile skogen, ikkje berre trea. Kvalitetssikring av samarbeid mellom primærhelsetenesta og sjukehuset er ein viktig del av dette. Ein enkel definisjon av kvalitetssikring er «*evne til forbeting*». Den seier meg meir enn dei mange kompliserte forklaringane på begrepet.

Det er visse føresetnader som må oppfyllast for å kunna forbetra. Det eine er *interesse for forbeting*.



Interesse spring oftast ut frå *behov* for å forbetra noko som ikkje fungerer godt nok. Det kan vera eiga praksisdrift, eller slageren om seine epikriser. Det handler ofte om manglar i samarbeidet. Det er også snakk om *vilje* til å forandra eigne rutinar. Leger forandrar ikkje noko utan at forandringa synest relevant. Vi er systemtru og dresserte, det finst sikkert antropologar som kunne seie noko interessant om det. Forandring handler om å *våga* noko nytt og ukjent. Når vi er ferdige med dagens strev, er det lite overskot att til å tenkja kloke tankar om å forbetra vår eigen praksis. Vi treng tida til å kvila vettet og samla krefter til neste økt. Ofte ligg det ei vakt imellom øktene på kontoret, den må også gjerast unna. Å *våga* handler like mykje om *tid og krefter* som om mot. Det er dessutan lettare å sjå kva andre gjer feil enn å forbetra eigen praksis.

Kvalitetsskring i helsevesenet må vera *horizontal*, ikkje vertikal. Med vertikal meiner eg her «Top-down-modellar» som sikkert fungerer i næringslivet, men dårlig i helsevesenet. Vi reagerer kontrært

når «andre», dvs. ikkje-legar, vil tre noko ned over hovudet på oss. Med horizontal meiner eg at den forandring mot betre praksis som spring ut frå opplevd behov hjå legen for å forandra praksis, og der diskusjonen og beslutningsprosesen føregår i legegrupper. I den grad vi kan snakke om ein vertikal modell, er det i positiv forstand ein betre kontakt mellom praktisk og akademisk allmennmedisin. Den er heilt nødvendig for fagutviklinga.

Helsevesenet er ein dynamisk prosess, i stadig endring, ikkje alltid målretta. Det er vanskeleg å festa blikket på ein disig horisont og halda stø kurs. Vi mangler signala frå dei som skal ha visjonar om korleis utviklinga bør gå. Dei veit det ikkje sjølv, difor kan dei ikkje gje oss kart. Vi kjenner best det lokale farvatnet, og difor er det rett å begynna der. Kvalitetsskring i eige sjukehusområde handlar om å engasjera seg i *faglege, politiske og administrative* spørsmål som er viktige for korleis vi saman kan gjera eit fagleg betre arbeid. Alt samarbeid handlar om å møtast,

sjå kvarandre i augene, snakka saman, læra kvarandre å kjenna. Kvalitetsskring av samarbeid, «kulturbeitet», blir ein viktig arena.

Eg kunne sjølv sagt ha lista opp alle dei problemområda eg har opplevd, og koma med forslag om korleis vi i mitt sjukehusområde kunne arbeida med dei. Det skal eg gjera der, men det er ikkje relevant i ein artikkel som dette. Problema er lokale og løysingar på problema er lokale. Eg finn det difor viktigare å skissera ein *struktur* for samarbeidsbasert problemløysing, og korleis *prosessen* kan koma i gang, så kjem problemdefinering og *resultat* som ei naturleg følge.

## 1. Fagleg engasjement

A. Å definera samarbeidsproblem. Dei fleste av oss fungerer i ei eller fleire grupper, fra veiledingsgruppe til legeklubb i eigen kommune. Gruppa kan setja samarbeid med sitt lokalsjukehus på dagsorden, og diskutera kva som fungerer godt og kva som er dårlig samarbeid.

Fire spørsmål er nyttige å stilla i gruppa:

- a. Kva kan sjukehuset forbetra i samarbeidet med oss?
- b. Kva kan vi forbetra i samarbeidet med sjukehuset?
- c. Kva er tabu-område (kva er det vi aldri kunne seia til sjukehuskollegaer, men som vi seier mellom oss)?
- d. Korleis tåler vi kritikk?

Ein talsmann for gruppa får i oppgåve å ta kontakt med sjukehuset (til dømes sjeflege) for å be legane på sjukehuset gjera det samme. Alt nå er linjene i kreativt samarbeid.

**B. Å snakk saman over linjene.**  
Når gruppa har arbeidd med problemdefinering i 2 møter, er det på tida å møta enten andre primærlege-grupper i same sjukehusområde først, deretter arrangerer gruppa(ene) fellesmøte med sjukehuslegane. Der legg vi fram kva som vart opplevd positivt og problematisk frå begge sider, og forslaga om kva begge linjene kan forbetra. Men hugs sjølvkritikken før vi stiller krav!

Deretter kan stor-gruppa finna ut kva som er fellesproblem for begge linjene, då har begge partar eigarskap i dei problema som blir diskutert. Av fellesproblema kan vi velja ut eitt eller to viktige tema der vi har sjanse til å lukkast med tiltak. Tiltaka må vera gjensidig forpliktande, og krevja omlag like stor innsats eller offer frå begge linjene.

**C. Å møtast regelmessig om samarbeid: Forum for kontinuerleg utvikling av linjesamarbeid.**  
I ei spørjeundersøkjing til alle legane i Stord sjukehusområde spurte eg om det var interesse for eit fast forum for legar med tema samarbeid mellom linjene. Svarprosent utan purring var over 80, og svara var svært positive: Alle svarte at opplegget var relevant for eigen praksis. Dei fleste kunne møta 4–6 gonger i året, mange ville både førebu og halde innlegg. Eit slikt forum var tenkt som eit fellesmøte for alle legane som driv

allmennpraksis og sjukehuslegane, inkludert turnuskandidater. Kvart møte skulle vera strukturert og vare 1 1/2 time, ha ein kort innleiing både av allmennpraktikar og sjukehuslege om same samarbeids tema slik at det vart belyst frå begge linjene sine sider. Referat frå møtet skulle sendast alle, også dei som ikkje kunne møta. Ved å leggja møta til sjukehuskantina ville møta bli billige, og fleire sjukehusleger kunne delta sjølv om dei hadde vakt.

Fellesmøte på sjukehus er ikkje noko nytt, men hjå oss er det lenge sidan, og vi snakkar lite om struktur på samarbeid i form av arbeids- og funksjonsdeling. I vår tid, når liggetida er så kort at pasienten kjem heim frå sjukehuset i ambulanse, treng god behandling og omsorg meir førebuing.

#### D. Hospitering.

Det har også vore gjort før, mange hugsar den strukturerte sjukehus-tjenesta for allmennpraktikar Dnlf. Eg veit ikkje om sjukehuslegar nokon gong har hospitert i allmennmedisinsk praksis. Kanskje det er på tide? Det har vakse opp mykje nytt i skogen dei siste åra som burde interessera kollegaer på heimebøen.

### 2. Politisk engasjement

#### A. Ressursar til helsearbeid er eit politisk ansvar.

Politikarane tildeler ressursar. Vi skal forvalta og forbruka ressursane, etter faglege vurderingar. Berre politiske vedtak kan oppfylle aukande forventningar til helsehjelp, og innfri politiske «garantier». Vi kan og bør som helsearbeidarar gje premissar for utviklinga i helsevesenet. Vi skal ikkje berre praktisere vårt fag, vi skal også skrive det og tale det, delta i helsepolitiske debatt. Vi treng å arbeida med kvalitetssikring av heile tiltaksrekka for enkeltpasienten og for ulike helseproblem. Vi må forbetra pasientflyt i eit helsevesen som bør fungera som ei eining.

(Pasientflyt brukar eg her i meiningsa kortaste veg gjennom rett diagnostikk til rett tiltak på lågaste omsorgsnivå.) Det er ein føresetnad for å bli høyrt at linjene har diskutert helsepolitiske spørsmål og kome fram til standpunkt som dei kan vera enige om. I mange sjukehusområde finst det etablerte samarbeidsutvalg, dei kan brukast til å utvikla felles standpunkt og strategi. Overfor politikarar talar vi sak best dersom primærlegar og sjukehus talar felles sak.

#### B. Dialog med politikarar er vårt ansvar.

Vi kan koma i dialog med politikarane, både lokalt og sentralt. Lokalt kan vi kontakta kommune-politikarane, dei er ofte naboane våre, og diskutera korleis helsevesenet best kan organiserast og drivast i eigen kommune. Mange av oss gjer det, men neppe nok. Vi har lov til å debattera i media og koma med våre høgst personlege meningar. Legeforeningens etiske råd har for ikkje lenge sidan vurdert nettopp dette. Legar er lite frie i offentleg debatt, truleg fordi vi oppfatter ein streng kollegialitet som hemmande for fri ytring av politiske spørsmål, vi lar heller legeforeningen tala for oss. Vi kan tala og debattere helse på fritt grunnlag.

#### C. Kontakt med brukaren.

Brukarmedverknad er eit satsingsområde. Pasienten har nå større rettar enn før til innsyn og medbestemmelse. Pasienten eig sine plager. Primærlegen skal vera pasientens nærmeste medarbeider og koordinator, slik sett «eig» vi pasienten. Vi bør passa godt på at henvisningsplikta ikkje forsvinn, det vil skape avstand mellom allmennlegen og pasienten. At vi både skal fungera som portvakt for tenester og dørropnar i ventekøar, og at vi i tillegg risikerer å bli saksøkte om vi ikkje sikrar ryggen vår, kan verka schizofrent. God kontakt med pasientane våre minskar presset på legen.

### 3. Administrativt engasjement

Forsterka band mellom allmenn- og samfunnsmedisin. Heller ikkje i primærmedisin er samarbeidet optimalt. Kommunellege 1 kan lett bli kommunalt gis-sel og koma i konfliktsituasjonar med dei andre legane i kommunen. Vi arbeider innanfor økonomiske og organisatoriske gjerde som hemmar samarbeid og hindrer pasientflyt. Etterutdanninga er nå under omforming, og medical audit er i fokus. Kunnskapen skal vera erfaringsbasert, ikkje autoritativ. Fagutvikling skal skje lokalt, med lokale standardar. Legane driv fagutvikling meir enn før i strukturerte grupper.

Grupper i etterutdanninga for allmennmedisin verkar for meg naturleg. Veilederopplæringa har vore delvis felles for allmennmedisin og samfunnsmedisin, faga har politisk god kontakt, men praktisk for liten. Grupper der allmennmedisin og samfunnsmedisin møtest er eit instrument for å utvikla primærhelsetenesta i fellesskap. Vil samfunnsmedisinane vurdera å innføre re-sertifisering av spesialitetene? Vil den i så fall etablira fellesgrupper med allmennmedisin i etterutdanninga?

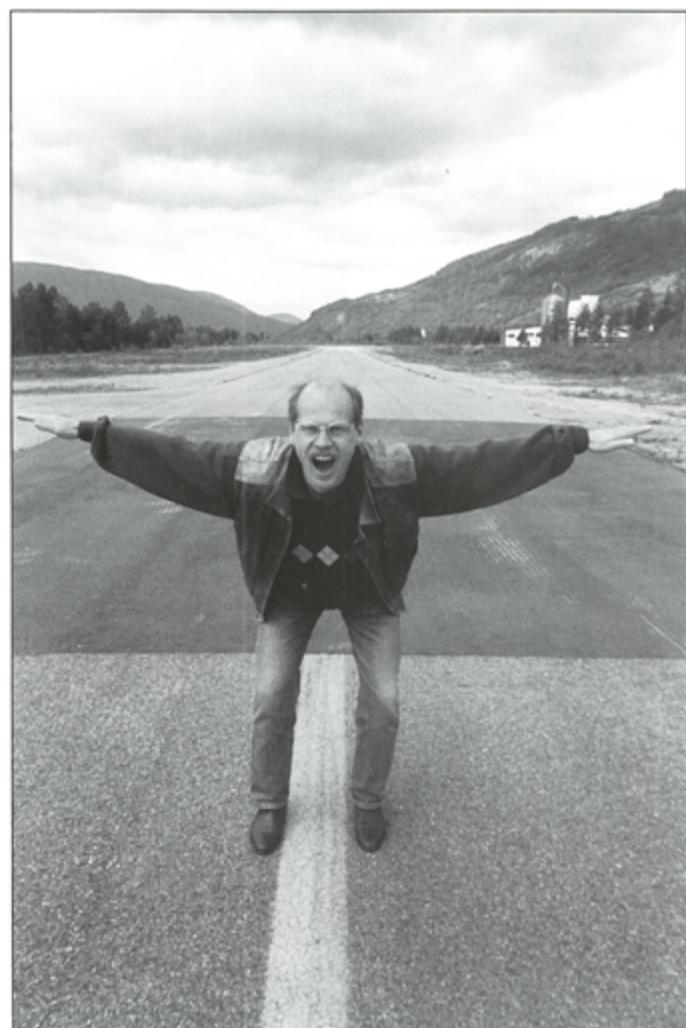
#### Eit døme på administrativt problem er legevakt

Legevakt er eit tema for lokal administrativ kvalitetsutvikling, der primærlegane må vera aktive. Dei fleste av oss kvir seg for vakne, i alle fall når vi blir eldre. Er det meining i at kollegaer skal gå vakter til dei er 60 år? Er det meining i at vi ikkje skal ha rett på fri etter nattevakt? Det er meining i at turnuskandidatane i distrikt skal ha bakvakt, men skal ikkje den som har bakvaka få betalt for dette? Og det verste: er det meining i at vi ikkje skal ha høve til å bruke drosje på legevakt, ikkje ein gong av sikkerhetsgrunnar? Med det råkjøret RTV driv for tida, er det på høg tid at vi utreder eit alternativ til å vera bunden til ein Normaltariff som tolkast i stadig verre

meining frå RTV. Det utredningsarbeidet allmennmedisinen nå er i gang med om legevakt, ser eg som god kvalitets-sikring av vårt arbeid, og av vår eiga helse. Den aktuelle debatten om ulik inntening på legevakt for spesialistar i allmennmedisin og sjukehuslegar som går primærlegevakter fortel oss at samarbeidsklimaet ikkje er det beste, og må betrast. Legane tapar på å krangle seg i mellom. Vi må halda fast

på at legevakt er ei allmennmedinsk arbeidsoppgåve på linje med dagarbeidet, og den bør praktiserast av erfarte primærlegar. Difor må den administrerast slik at vakt er til å leva med, ikkje til å daue av. Vi må først og fremst få høve til å gjera ein jobb under trygge arbeidstilhøve, så kan vi diskutera organisering.

Det biletet eg brukte innleiingsvis, «kulturbeitet», i sona mellom skogen og innmarka, er eit norsk bilet. Det er fjernet frå Arkadia, det overorganiserte landskapet. I Norge er vi mot for sterk grad av organisering, det kan svenskane driva med. Det er ikkje norsk å kvalitetssikra «alt som er laust», vi treng kjensla av sjølvstyre, autonomi, det skal vera god plass rundt oss, vi vil ha det litt «furet, værbitt».



Artikkelforfattaren: jordnær, men likevel i stand til å ta av.

Difor skal kulturbeitet vera der, for å binda saman og samtidig skapa nødvendig rom. Vi skal hverken dyrka det opp eller planta det til med skog. Men vi kan gjera det til ein møtestad for gode idear om samarbeid, vi kan riva rustne gjerde, og himmelen skal vera tak. □

*Odd Kvamme,  
5454 Sæbøvik*

#### Referanser:

1. Stort.melding 50 93/94.
2. Pål Repstad. «Mellom nærhet og distanse» Univ. forlaget, ISBN 82-00-21790-6.
3. Utredning «Hva er god legevakt», Aplf's fagutvalg 1994.
4. Hurwitz B. «Out of houses», BMJ 1994;309:1593-4.

# Er kombilægen en udryddelsestruet art?

*En epistel med udgangspunkt i oplevelser fra et par ganske almindelige uger i en kombilæges liv*

Tekst: Nils Kolstrup  
Illustrasjøn: Roland Tucher



Nils Kolstrup f 1950 i Thule, Grønland. Cand. scient. biologi 1973. PhD., London School of Hygiene and Tropical Medicine 1980. Cand. med. 1984 Århus, Danmark. Specialist allmen-med. og samf. med., helsesjef i Karlsøy kommune i Nord-troms. Han har fået midler af Kvalitetssikringsfondet til at rejse debat om norsk sam-fundsmedicin.

I de sidste måneder er diskussionen om eksistensberettigelsen af kombilægen (= en kommunelæge med både samfundsmedicinske og almenmedicinske arbejdsopgaver) igen blusset op. Det hævdes at fastlæge systemet tvinger almenmedicinerne til at være fuldtidslæger, som ikke kan deltage i samfundsmedicinsk arbejde.

En del toneangivende sam-

fundsmedisinere synes at mene, at vi må have fuldtidsteknokrater til at udføre arbejdet indenfor samfundsmedicin. Man anfører for stort arbejdsspørsel for kombilægen og for store vanskeligheder med at holde sig fagligt ajour. Det hævdes også at det medfører store samfundsmæssige udgifter at have samfundsmedicinere i deltidsstiller spredt over det ganske land.

Skal vi tro på disse argumenter? Skal vi endnu engang til at nedlægge kombilægen?

I Tromsø indgår en pligt til at gøre kommunalt arbejde i 20% af arbejdstiden i en standartkontrakt mellem kommunen og fastlæs-lægerne. Hvem siger at man ikke kunne øge dette til 50%, det har man da gjort flere steder i Danmark.

Små landkommuner er meget forskellige fra de store bykommuner. Er det som er godt i Oslo, Bergen eller Tromsø, nødvendigvis godt i en lille kommune?

Der er en fare for at en regionalisering med færre samfundsmedicinere i hel stilling vil byde på store problemer i et land med så spredt bosætning som Norge. Lægen mister nærhed til problemerne og dermed vil vedkommende kunne vælge løsninger, der ikke passer til lokalsamfundet.

Den teknologiske udvikling bruges som argument for en yderligere specialisering. Men, som jeg ser det, er netop de nye elektroniske medier et argument for en effektiv kundskabsudveksling uafhængig af større fagmiljøer.

Er det ikke sådan at en kombidoktor er effektiv, fordi doktoren

kan drage nytte af lokalkundskab og lokal goodwill? Får lokaldokto-ren ikke større gennemslag i små landkommuner?

Endeligt, det er en spændende tilværelse at være kombidoktor for de af os som kan lide at være holister og ikke specialister.

Holismen er sand lægekunst og derfor bliver livet som kombilæge aldrig kedeligt!

Jeg vil forsøge at illustrere mine påstande ved fortællinger fra et par uger i min tilværelse som kombilæge i en lille Nordnorsk økom-mune med 2700 indbyggere spredt på 7 øer og Svalbard som nærmeste nabo mod nord.

## Livet sættes i relief efter vagt

Jeg sidder i mit kælderrum – mit vagtværelse. Min datter på 12 ligger og læser «Pelle og Proffen» på sengen bag mig. Hunden ligger og varmer mine tær.

Jeg er meget træt, har været oppe næsten hele natten i sygebe-søg og desuden har jeg arbejdet hele dagen i dag. Alligevel er dette et gyldent øjeblik. Træthed og dramatikken i nat sætter mit liv i relief. Derfor mærkes glæden ved samværdet med min datter som et sug i brystet. Glædesfølelsen er så stærk, selvom jeg sidder her og klamrer på min EDB maskine og hun bare af og til fortæller uforståelige bider af bogens handling. Vi hører alle tre på U2 «Achtung Baby» som vi «digger»:

I'm ready  
Ready for the laughing gas  
I'm ready  
Ready for what's next

Ready to duck  
Ready to dive  
Ready to say  
I'm glad to be alive  
I'm ready  
Ready for the  
push.

Som kombilæge får jeg brug for HELE mig— og vel så det! Jeg må hele tiden være klar til at tage nye og spændende udfordringer og derved bliver jeg «glad to be alive». Desuden har jeg magt og derved frihed og mulighed til at få gennemført, hvad jeg mener er vigtigt for sundhedstjenesten i «min» kommune.

### Forudsætningen?

#### Rigtig administrativ placering

Som helsesjef har jeg en central administrativ placering som leder for hele kommunens sundhedsstjeneste inklusive pleje og omsorg. Rådmanden og ordføreren i kommunen er gode arbejdskammerater. Lederen i helse og sosialudvalget er en hyppig samtalepartner og ven. Hun har lært mig meget om lokalpolitik.

Sygeplejerne som leder sjukre, hjemmesygeplejen og helsestertjenesten er gode venner, selvom vi af og til må udkæmpe kampe om penge og prioritering.

Fysioterapeuten arbejder i en kombistilling. Vi ved begge, hvor vanskeligt det kan være at prioritere.

Socialsjefen og trygdesjefen er vigtige samarbejdspartnere. Vi er alle presset. Gensidig respekt og forståelse er nødvendig for at undgå konflikter.

#### Tilværelsens krydderi, naturens barske storslæthed

Landkommune i Nordnorge. Kontraster i lys, vind, temperatur og dyreliv. Nattemørke i stille vintertid med nordlys. Vindstille hav og en lægebåd med 1100 hestekræfter, suset ved at stå ved hækken og



se bagud på meterhøje kolvandsbølger fra båden. Fiskeri mellem to sygebesøg. Hvor mange læger har fisket en seks kgs frygtindgydende havkat (steinbit) på en vagt i en pause mellem en pasient med tonsillit og en med radiusfraktur?

Storm, snedrev, husk at se på horisonten ellers bliver du søsyg. Men, hvor er nu horisonten?

Senere ud at køre med min «4 trækker». Natbesøg, snestorm fortsat. Møder drosjen, chaufføren blinker med lygten og stopper. Han råber til mig «Du kan ikke køre længre i dette vejr» – så opdager han at det er mig og siger «Å det er deg, kjør videre». Han har samme bil som jeg.

Du føler dig lille, når helvede bryder løs heroppe på fortrappen til Barentshavet.

Det er mine rammer. Hvordan fyldes nu disse rammer med indhold som gør mit liv rigt, men også slidsomt— to sider af samme sag?

#### Livets salt: Patienterne, samfølelsen, indsigt i relationerne i et lille samfund

Weekendvagt, fra torsdag til og med søndag. Mange såre halse og ømme muskler, udramatisk.

Sygebesøg, et forfærdeligt vej, så det er umuligt at sidde i sædet i lægebåden. Jeg står med bøjede ben kilet fast mellem instrument-

bordet og sædet, bøjer i læden for at undgå de kraftige stød, når båden hamrer ned i bølgerne, som kommer store som hus mod os ind imellem snedrevet: nordnorsk vinster!

Skal ud til en ældre mand, kender ham godt, konen er død, faldt pludseligt om. Patienten har ikke været ok de sidste fire dage, slaphed, mulig feber, lidt brystsmerter i højre side, smerter nederst i ryggen. Plejer ikke at bede om læge. Vi snakker om ægtefællens død, bliver enige om at dette nok ikke er hjerteproblemer, urinen er styg, stix med leucocytter og protein, han får antibiotika. Skal se på ham igen i morgen, synes ikke om urinen, for meget protein.

Hjem igen, ringet op fra AMK, samme pasient er faldt om, hjerte-stands. I dag er en af de mange dage, hvor helikopteren ikke kan flyve pga. uvejr, ud i uvejret igen, fremme efter 30 min, ambulance personalet i gang med genopliving. Vi fortsætter i en time, men han er død. Det var altså infarkt. Jeg samler omgående familien, kender alle. Vi bliver enige om at bedstefar nok ikke ville kunnet klare turen i uvejret. Dog, jeg synes det var håbløst dårligt, at jeg ikke diagnostiserede tilstanden. Vi trøster hinanden og lægger bedstefar til rette for sin sidste rejse.

Familien er fortsat mine patienter, vi er kommet hinanden nærmere efter det hændte. Min fejl-vurdering har på grund af goodwill fra før, ØGET deres tillid til mig, forstå det hvem som kan. Er sikker på, at hvis jeg i udgangspunktet havde haft mistillid, ville jeg have risikeret forsideomtale i avis! Du dømmes ud fra SUMMEN af dine handlinger, det er vigtigt at huske for kombilægen. God patientkontakt i konsultationen gavner dig i kommunestyret. Desværre er det modsatte også tilfældet!

Samme nat, – nat selvfolgelig. Stormen har lagt sig. Telefon: «doktor jeg har regelmæssige rier med 2 min mellemrum». Jeg

undersøger patienten i lægebåden, det går måske ikke at komme til byen uden fødsel, jeg tager med. Vi når byen uden fødsel, efter 65 minutter, 100 veer (rier), 3 eksplorationer og 30 nordnorske vitser om fødsel og barneproduktion.

Centrale myndigheder vil reducere driften af lægebåden: «Dere kan jo bare bruge helikopter». Men 10-20 % af vinterinden kan en helikopter ikke flyve heroppe. Som helsesjef kan jeg prøve at få myndighederne til at indse den fortsatte nødvendighed af lægebåden.

Dagen efter sygebesøg hos en af mine gamle kendige. Ung mand. Manio depressiv, nu i manisk fase. Han var i betroet arbejde, men nu er han ufor og har et liv præget af underbeskæftigelse og tomhed. Uendeligt antal cigaretter, rod i hus og sjæl, mager, ringe rundt øjnene, manisk uroligt blik.

Vi har god kontakt fra tidligere møder og jeg får ham overbevist om nødvendigheden af at tage medicinerne, selvom han først forbundet sig på at han ikke ville det.

Jeg kan som helsesjef mobilisere et netværk rundt denne patient, så han kan få et relativt meningsfyldt liv hjemme. Vi bruger patientens og kommunens ressourcer optimalt, og derfor billigt for samfundet, men godt for patienten. Det kan jeg gøre netop i kraft af min centrale administrative placering og viden som kombidoktor.

### Basis for det hele: **Tilrettelæggelse af tjenesten, personalet, den kommunale virkelighed**

Administrationsdag. Samarbejdsmøde med lederne for ældreomsorgen, helsesøster og fysioterapeut. Kaffe og følelse af samhørighed og teamwork. For at kunne fungere godt her, må jeg vise respekt for deres arbejde og kende til deres arbejdsmråder.

Priser mig lykkelig for mine studieår i Danmark med sygepleje arbejde som indtægtskilde til betaling af læge studiet. Kender til at

vaske patienter, som har «gjort sig ud». Også anstrengelserne både fysisk og psykisk ved at skulle opmuntre og motivere personer, som står ved livets afslutning. Er også glad for arbejdserfaring som helsestationslæge, jeg kender helse-søsters arbejdssfelt.

Næste dag møde i helse og sosi-aludvalget. Vansklig personalsag om stillingsreduktion. Fagforening møder, repræsentanten for fagforeningen kan sine ting. I udvalget bliver man usikre. Mine vurderinger mod dygtig fagforenings repræsentants argumenter. Heldigvis har kommunen givet mig uddannelse indenfor personaleadminstration. Jeg kender «spillet», men i disse situationer føler jeg mig alligevel mest stresset. Efter to timers diskussion overbevises udvalget om at reduktion er nødvendig. Tidligere gode samarbejdserfaringer er nyttige.

Kommunestyremøde. Organisationsplanen diskuteres i lys af den nye kommunelov. En fraktion vil have «udredet» behovet for helse- og sosialsjef. Et udvalg har allerede konkluderet, at helse og sosialsjef er uaktuelt for vor kommune. Spild af min tid at udrede det endnu engang. Helsesjefen håber på fornøden goodwill. BER om ordet. I et demokrati skal eksperter ikke bede om ordet, de bliver spurgt. Egentligt et sundhedstegn men det er frustrerende at acceptere- specielt for os læger som let tyr til oplyst enevælde.

En politikernen hvisker mig i øret at jeg IKKE skal sige, at jeg har beskæftiget mig med dette emne i en folkehelse opgave. Nej ikke begå hybris, kommunestyret kan ikke lide autoritet. Helsesjefen siger «forskning viser» IKKE «min forskning viser». Der bliver ikke nogen ny udredning af behovet for helse og socialsjef.

### Statslig velmenende ensretning og småkommuners behov

Det der er godt for Baronen, er ikke nødvendigvis godt for Jeppe.

Miljørettet helsevern i hårdt vejr.

Alle skoler skal have afsug fra sløjdlokaler, det har staten bestemt. Alle kommuner skal have lægevagtcentral, med norsk index som standard, det har staten bestemt. Alle kommuner skal have jordmoder, det har staten bestemt. Alle kommuner skal hjemtage sine «færdigbehandlede» psykiatriske patienter, det har staten bestemt.

Staten tager ikke hensyn til, at vi er en lille kommune syv mil væk fra den store altopslugende bykommune. Vi har 30 fødsler per år og god perinatal omsorg. De største problemer opstår efter børnene er kommet til verden, omsorgssvigt. Vi har mest brug for helsesøster og barnevern, men må ansætte jordemoder.

Staten tager heller ikke hensyn til at vi højst har en alvorlig (Index terminologi «rød») lægevagts situation per måned. Vi må have mindst 12 forskellige personer indenom lægevagts centralen per år for at få vagtplanen på sjukeheimen, hvor centralen er, til at gå op. Dvs. een «rød» situation PER ÅR per person!

Staten glemmer at tænke på 1,5 millioner af mit budget på 19 millioner må bruges til en fuldtids plejetrængende psykiatrisk patient, hvis denne «hjemføres» til vor kommune efter 15 år i institution. Han kommer til at bo alene med få, betalte «venner». Hans familie er for længst flyttet fra kommunen.

Hvis vi kunne bestemme selv, ville vi have afsug i skolernes sløjdlokaler.

Men staten har bestemt at vi skal have jordemoder. Derfor må vi reducere bemandingen af de helsesøstre som trænges, betale meget for at en jordemoder kan være i kommunen een dag i ugen og alligevel ikke få hjælp under den vanskelige transport af de fødene til sygehus.

Staten har bestemt, at vi skal bruge 100.000 kr i installering og 20.000 kr i årlig drift på en LV sentral som opfylder normerne,

men som vi egentlig ikke synes vi har brug for, og som jeg frygter ikke vil fungere.

Vi må reducere den hårdt pressede, men relativt gode sundhedsstjeneste for ældre, for at fylket kan få flere penge ved at «hjemsende» en psykiatrisk patient som ville have haft det bedre, hvor han er nu.

Dette er det mest uudholdelige ved mit arbejde som helsejef. Stat, giv mig frihed eller penge! Jeg hader at få statligt diktat uden penge.

### **Hvad bringer du fremtiden? Inspirationen ved oplevelsen af faget set med de yngres øjne. Forpligtelsen til at bringe faget videre til dem som skal over- tage efter os**

Møde i almenpraktikergruppen. Mine lægekolleger er så unge, at de ser på mig som «gamlingen» (hårdt at acceptere for en 68'er). »Gamlingen» konstaterer med glæde at vi sammen kan begejstres over almenmedicinen. Jeg forsøger at give dem en bevidst holdning til faget. Pendleton, Malterud, Mabeck bliver diskuteret og relateret til vor situation.

Vor dygtige turnuskandidat har forberedt sin obligatoriske helserådssag. Lidt anarkistisk i formen. Jeg bruger anledningen til at undervise i kommunal sagsbehandling. Kandidaten er forbavset og fascineret. Han havde ingen anelse om, at der fandtes en sagsbehandlingsverden så utroligt forskellig fra hans lægeverden. Med lidt hjælp bliver det spændende, men vi må først igennem ukendte begreber som kommunestyre, ordfører, formandskab, rådmænd og udvalg. Han er en meget dygtig læge, men er typisk for de ferske læger, som i mange kommuner kan blive sat til at lede helsetjenesten lige efter turnustjenesten.

Vi er så heldige at vi får studenter. Unge som kan begejstres, undres og formes. Jeg prøver at give dem idealer og visioner. Samtidigt sætter de mig til vægs med nærgående spørgsmål om «selvføl-

gelige» ting. Ugens møde i helse og socialudvalget med den før nævnte personalesag blev dog et for kraftigt kulturchock for studenten. Han erklærede med eftertryk, at han aldrig skulle blive helsejef, for magen til spild af tid havde han aldrig oplevet. Jeg kan forstå ham, men prøvede at tale med ham om nødvendigheden af den demokratiske proces. Jeg har dog på fornemmelsen, at Norge har mistet en samfundsmediciner!

### **Lægekultur og kommunekultur Kan man blande olje og vand?**

Vi lægger må, som studenten, indse og acceptere at den medicinske og kommunale kultur er vidt forskellige mht. både mål og virkemidler, eller vi må forsvinde ud af kommunehelsetjenesten.

Den lægelige kultur er i hovedsag faglig og præget af handlefrihed for den enkelte læge, forudsat lægen følger centralt fagligt udarbejdede standarder baseret på consensus.

Lægen har fra samfundet fået delegeret vide fuldmagter og kan administrere store økonomiske resurser efter få sekunders betænkning og med et pennestrøg.

Den kommunale kultur er politisk og ikke kun faglig. Den er i sin administration præget af magtpolitisk tænkning. Det gælder om at positionere sig, at placere sig taktisk, få de rette samarbejdsarenaer og tålmodigt vente til man får chancen for at få gennemslag.

I den kommunale virkelighed er der få penge. Man må samarbejde, må forsøge at blive hørt. Lægen må være dygtig sagsbeandler og have magtpolitisk teft for at få sine sager igennem. Perspektivet er langsigtet, måneder og år. Du bliver ikke hørt bare fordi du er læge.

Når vi har indset denne helt væsentlige forskel i kulturer, er det en stor udfordring at blive god i begge kulturer. Det klarer vi lige så godt eller bedre end de andre i kommunen. Vi er som almenme-

dicinere vandt til at kunne omstille os mellem to konsultationer. Derfor, hvis vi accepterer og VED at vi må omstille os, så er det let for os at gøre det, men det kræver ydmyghed, uddannelse og fleksibilitet.

## Fremtiden.

### (Hvis der da er nogen, som Tussi ville have sagt !)

Kombilæger har fortsat livets ret, men der er en række væsentlige forudsætninger.

#### Uddannelse:

– Ved ansættelse i en samfundsmedicinsk stilling må kombilægen hurtigst muligt få en forståelse af de fundamentalt forskellige arbejdskulturer som eksisterer lægefagligt og kommunalt. Det fås kun ved en god samfundsmedicinsk uddannelse og en god portion lægelig ydmyghed. Krav om komunal sagsbehandlerkurs og påmelding i gruppebaseret uddannelse før fast ansættelse som kombilæge, burde være en selvfølge.

#### Administrativ placering:

– Som læger må vi have en placering i det kommunale hierarki, som gør at vi bliver hørt og som gør at vi kan bruge vores uddannelse til noget meningsfyldt. Det er magtpolitik og ikke «naturlig lægeautoritet» som tæller i kommunen. Bliv hørt, skab alliance, eller frustrer dig ihjel! Den nye kommunelov giver mulighed for, at vi får placeret os, så vi kan komme til ordet er i høj grad op til os selv.

#### Faglig identitet:

– Vi må have et forum for faglig diskussion. Vigtigheden af en følelse af faglig stolthed og samhørighed blandt norske kombilæger kan ikke overvurderes: «Vi er gode også til kommunal administration». Se på almenmedicin og deres gruppebaserede undervisning! Følelsen af at «nu sidder jeg helt alene her på mit lille næs, og ingen har jeg til at støtte mig til», er dræ-

bende. Gruppebaseret undervisning og EDB-baseret netværk er svaret.

Et godt skridt på vejen er det uhøjtidelige diskussionsforum «MFAL rapport» initieret af Anders Smith i Bærum. MFAL rapport udkommer i en papirversion og har tilknyttet elektronisk opslagstavle på SIFF. Dette er spændende. Vi må ud på netværkernes nye highways og snakke sammen: Det styrker sammenhold og faglig identitet.

I'm ready  
Ready for what's next

Løn og arbejdsvilkår: (vi kommer ikke udenom det).

– Kombilægefunktionen skal føres videre til næste generation af læger. Rekruttering af nye entusiastiske kolleger kræver at vi må se på de lønningerne som kombilæger får i forhold til «rene» almenpraktikere.

Ren kurativ praksis medfører at man slipper «alt det kommunale tøv», får ros af patienter, agtelse og samarbejde med kolleger og desuden højere løn.

Den «rene» samfundsmediciner kan slippe de plagsomme patienter og de dræbende vagter, men må betale med ringere løn.

Kombilægen må kunne få samme løn som sine godt lønnede almenpraktikere, ellers stopper rekrutteringen.

### Kombilægen, der übermensch, som forener olje og vand, eller lægen som brænder sit lys i begge ender og derved brænder ud?

Nogen vil sige at kombilægen får det bedste af begge verdener. Andre vil sige, at man næsten må være overmen-

neske for både at klare masede patienter, dræbende vagter, umulige kommunale «modarbejdspartnere», håbløse politikere og i tillæg få luseløn!

Efter næsten 7 år i en lille nordnorsk økommune flytter jeg nu til sommer ind til Tromsø.

Årsagen til skiftet er mest hensynet til mine børns skolegang, men måske også et ønske om nye udfordringer.

Men vil jeg få et bedre liv? Jeg har trivedes meget godt med at være «næsten overmenneske» og har fået det bedste ud af begge verdener i kraft af god uddannelse, rigtig administrativ placering og gode forbindelser til inspirerende kolleger.

Det er mit håb, at mange fremover vil have lyst til at forsøge en givende og spændende tilværelse som kombilæge. Vi er i allerhøjeste grad eksistensberettiget og nødvendige for Norge. □

Nils Kolstrup  
9130 Hansnes.  
(efter 01.06.95,  
Sørems vei 30  
9006 Tromsø).



# Helsestasjonskurs 11.-13. september 1995

## Legens rolle på helsestasjonen Allmenn- og samfunnsmedisinske utfordringer

Målgruppen for kurset er helsestasjonsleger og andre leger med interesse for helsestasjonsarbeid. Det kan også være aktuelt for barneleger med interesse helsestasjonsarbeid.

### Mandag 11. september

- 15.00–15.15 Innledning ved kurskomiteen  
15.15–16.00 Helsestasjonens rolle og plassering i kommunens helsetjeneste for barn.  
Prosjektleder Frode Heian, Molde  
16.00–17.15 Fastlegesystemet og helsestasjonen.  
Erfaringer fra Trondheim.  
17.15–17.45 Pause  
17.45–19.00 Skal fremtidens helsestasjon organiseres som en del av barnevernet?  
forsker Kari Killen, Oslo

### Tirsdag 12. september

- 08.30–09.30 Hva gjør vi med de data vi samler inn?  
Kan vi bruke disse til å lære mer om barns helse? Prosjektleder Frode Heian, Molde.  
09.30–12.00 6-ukerskontrollen. Vi går i dybden og ser på denne. Helsesjef/pediatrer Harald Hauge, Bergen kommune  
12.00–17.00 Lunsj og sykkeltur

- 17.00–18.30 4-årskontrollen. Vi ser på denne.  
Spesiallege/områdepædiater Ole Sverre Haga, Nordfjord sykehus.  
18.30–18.45 Pause  
18.45–20.00 Vi løfter fram helsestasjonens vaksinasjonsprogram.  
Avd. overlege SIFF Hanne Nøkleby.

### Onsdag 13. september

- 08.30–09.30 Ernæring første leveår. Hva er det med denne kumelka? Overlege Gjermund Fluge, Haukeland sykehus  
09.30–10.30 Tidligerningens betydning for senere sykdom? Overlege Gjermund Fluge.  
10.30–11.00 Pause  
11.00–12.00 Nye forventninger til helsestasjonen.  
Hva tenker våre sentrale myndigheter? Helsestasjonslege Ingrid Hauge Lundby, Bærum.  
12.00–13.00 Oppsummering og evaluering.

Kurset er søkt godkjent med 16 timer til spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Vi arrangerer kurset på Finse fjellstue. Til Finse kommer vi bare med toget og med sykkel.  
Det blir lagt opp til mulighet for felles sykkelturer.

**Kursavgift:** kr. 900,-

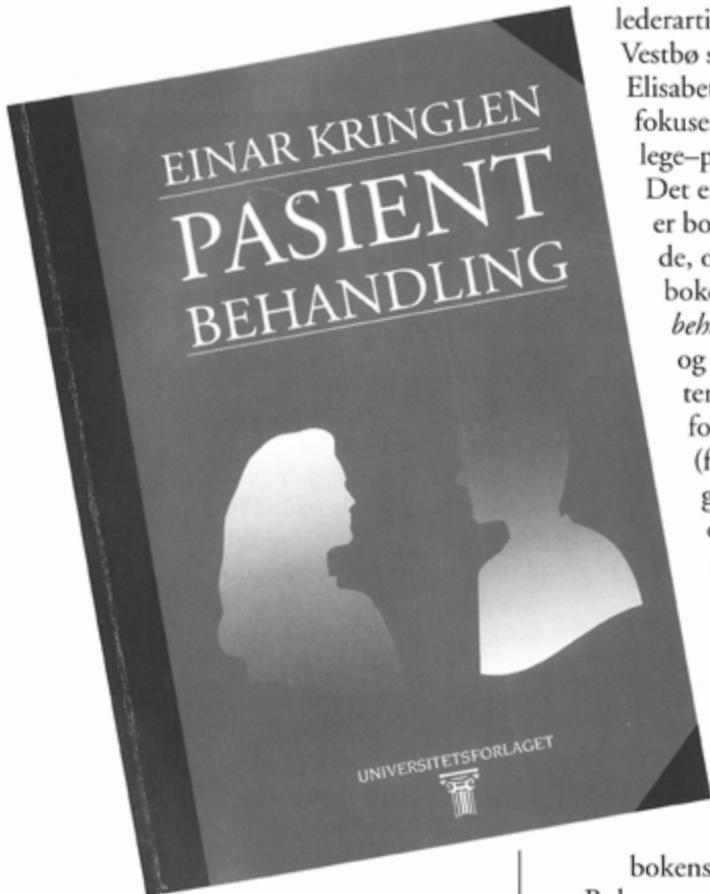
**Opphold/full pensjon:** kr. 1600,-

**Påmeldingsfrist:** 07.08.95

**Påmelding:** Randi Schreiner, Røsslyngveien 4, 4340 Bryne

Kurskomité: NSAM's referansegruppe i helsestasjonsarbeid. Frode Heian, Harald Hauge, Ida Garløw, Ingrid Hauge Lundby, Randi Schreiner og Gunn Aadland.

*Vel møtt på Finse i september!*



**Det dreier seg om kommunikasjon...**

**Anmeldt av Helge Worren**

*Universitetsforlaget  
163 sider, pris Kr. 225 (1994)*

Boken, som kom ut for ca. ett år siden (2. utgave), er en klassiker på sitt felt (utkom 1. gang i 1986). Det passer godt å nevne den i dette nr. av UTPOSTEN, hvor såvel

lederartikkelen ved Eivind Vestbø som artikkelen av Elisabeth Arborelius nettopp fokuserer på lege-pasient-forholdet. Det er nemlig dette som er bokens hovedanliggende, og i så måte er bokens tittel «*Pasientbehandling*» noe blass og litesigende. Psykiateren Einar Kringlen fornekter seg ikke (fortjenstfullt) og legger hovedvekten på de psykologiske aspektene ved lege-pasient-forholdet. Kommunikasjon er et forsiktig ord, men er allikevel det som kommer nærmest opp til å beskrive bokens sentrale budskap.

Boken er omfattende trass i sine 163 sider. Den spenner fra «Den første samtalen» til kapitlet om «Barn og sykdom», og dekker en lang rekke pasienttyper («Den 'nervøse», «Den lidende», «Den arrogante», m.fl.) og fenomener, bl.a. placebo-effekten og «Forskjellige sykdommer – samme atferd». Av og til kan omtalen bli vel kortfattet, men kasus-beskrivelser kompenserer ofte godt og illustrerende for denne mangel. Ved første gangs lesning av enkelte kapitler, opplevde denne leser at selvfølgelighetene stod i kø, selv om formuleringsevnen til Kringlen

må nytes. Allikevel, og ikke minst etter nettopp å ha avsluttet 2 års veiledning av vordende spesialister i allmennmedisin, oppleves de tilsynelatende selvfølgeligheter å være av de forhold man gang på gang kommer tilbake til som noen av de mest sentrale og viktige («things are not what they seem»).

Denne leser har hatt spesiell glede av kapitlet «Behandler-pasientforholdets irrasjonalitet». Her settes det ikke bare søkelys på pasientens ulike bevisste/ubevisste motiver, holdninger og atferd, men også legen som subjekt. Legens egne tanker og følelser er også i høy grad medvirkende til hans/hennes atferd i konsultasjonen og forståelse av pasienten. En undervurdert «selvfølgelighet»? Her er det mange fallgruber. De blir ikke borte ved å lese Kringlens bok, men kan forhåpentligvis takles bedre gjennom en bevisst bearbeidelse.

Boken er velskrevet og lett å lese. Av og til nesten for lett – man kan fristes til å fare overfladisk over mange viktige poeng. Jeg tror boken vil egne seg svært godt som tema i allmennmedisinske veiledningsgrupper eller andre kollegiale studiesirkler. Da vil man kunne dra nytte av hverandre til bevisst bearbeidelse. Kunne neste utgave av boken være supplert med arbeidsoppgaver etter hvert kapittel? Trolig vil det være viktig at kolleger er godt kjent og tør eksponere seg. Da vil man kunne oppdage hvilken gullgrube denne boken er.

# Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det, Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspalter, Intervjuer, Brev fra periferien, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksstyken), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding på hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

## Innsending av tekst til Utposten

### Manuskriptet

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskrivning. En tekstside i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstside i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

### Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, fargefotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

### Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

### Innskrivning av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abastast skal Abastastmodus norsk-08 benyttes.

#### 1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tektnedslagsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthetet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plasering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avisnitt markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null. Foran disse tegnene skal det ikke være ordmellomrom.

#### 2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

#### Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306–11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988;1190–3.  
etc...

#### 3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten ikke med ordmellomrom. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

#### 4. Overskrifter

Artikkelloverskrifter skrives med uthetet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthetet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellan to klammer på denne måten>.

Mellomtitler i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Et artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understrekning.

#### 5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

#### 6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekkes.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelen tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved «større» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

# Vi møter lederen i NSAMs nyetablerte u-landsgruppe

Tore W. Steen  
intervjuet av Per Stensland

Tore W. Steen er idag assisterende fylkeslege i Vest-Agder, men startet arbeidet som lege i Lofoten og Vesterålen der han bodde i 15 år. Av disse var han 10 år distrikts- og kommunelege i Svolvær. Fra 1985 til 1994 har han og familien hatt to opphold på drøyt 5 år i Botswana der han var Senior District Medical Officer (SDMO) for NORAD. I tillegg har han hatt et kortere WHO-engasjement i Nigeria. Han er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og har kurs i tropemedisin fra Stockholm. Tore er gift med June, en aktiv sykepleielærer med betydelig egen faglig aktivitet. De har 5 barn. Veslejenta ble adoptert under det første oppholdet i Botswana.

Oppgavene som SDMO i Botswana er sammensatte. Helseadministrasjon og faglig ledelse i et distrikt går side om side med pasientarbeid overfor prioriterte pasientgrupper. Tore har spesielt engasjert seg i og gjort etterundersøkelser av tuberkulosepasienter og HIV-infiserte. Det har blitt atskilige artikler og rapporter ved siden av en travel SDMO-jobb. Tore er fra Kristiansand og snakker med en så rolig og avslappet dialekt at den helt tilslører eierens energiske arbeidsevne.

– Du som er så glad i tuberkulose, hvordan får du dagene til å gå i norsk medisin?

– Fremdeles er jeg praktisk opptatt med U-landsmedisin. Jeg har noe etterarbeid etter undersøkelser i

Botswana, holder meg oppdatert på utvikling i kjente fagfelt, og setter igang i denne gruppa. Men selv om jeg lager meg en myk overgang til norsk medisin, ser jeg jo at vi også her har problemer i form av skjevfordeling av ressurser og manglende tilbud. Det er nok å nevne stikkord som sosiale forskjeller i helse eller svak utbygging av tilbud til personer med langvarige psykiatriske lidelser.

– I hvilken grad har erfaringer fra Botswana overføringsverdi til samfunnsmedisinsk eller allmennmedisinsk arbeid i Norge?

– Du må samarbeide og deleger. Når du gir opp å gjøre alt selv, kan du se til at mye blir gjort. Mye bra helsetjenester kan gjøres av andre enn leger. I u-land administrerer sykepleierne lojalt standardiserte behandlingsprogrammer på områder som for eksempel tuberkulose, barnediaré, luftveisinfeksjoner og vaksinasjon. I et helsevesen som er befolket av leger møter standardiserte programmer ikke sjeldent motstand eller mangel på entusiasme. Legene ønsker faglig autonomi, og dette kan stå i opposisjon til en effektiv organisasjon med sikte på å møte folkehelseproblemer.

Det har vært en merkelig oppdagelse å se at en gjennomsnittsklinik i Botswana har bedre lokal statistikk over aktiviteten enn det vi inntil nylig har hatt på kommunenivå i Norge. Det samfunnsmedisinske hjulet med aktivitetsregistrering og vurdering av lokal statistikk som grunnlag for lokal helseplanlegging, får en sentral plass når ressursene er begrenset. Det fant de ut i Botswana lenge før vi kom igang her hjemme.

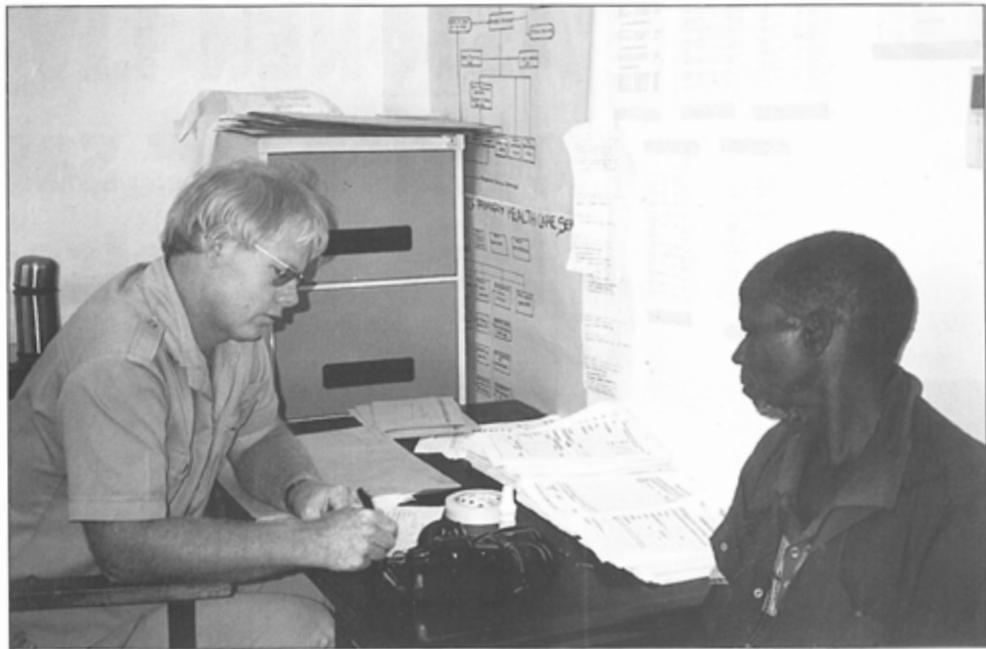
– På hvilken måte har du nytte av u-landsopphold i legearbeid i Norge idag?

– Det er kanskje mer snakk om perspektiv enn nytte. Du lærer noe om hva som er større og hva som er mindre problemer, lærer å sette pris på den helsetjenesten vi har bygd opp i Norden. Du blir vaksinert mot å bruke ordet krise i beskrivelsen av moderate problemer.

– NORAD faser ned engasjementet sitt i Botswana. Det er norsk politikk å bidra til institusjons-samarbeid heller enn å sende eksperthjelp. Har du kommentarer til denne utviklingen?

– Jeg har sammensatte følelser for dette. Norge har lange tradisjoner med å tilby helsetjenester til Botswana, og landet har få egne leger. Når NORAD trekker seg ut, er det leger fra andre u-land som tar over – ikke landets egne. Norske leger har jamt over gjort en god jobb og har tilbudt en konkret og målrettet hjelp som har vært evaluert som god. Slik konkret hjelp kan styres slik at den kommer prioriterte grupper til gode. Institusjonssamarbeid er langsiktig hjelp som markerer et likeverdigere forhold mellom to partnere. På sitt beste vil dette være til nytte for begge land. Det er da nødvendig å være oppmerksom på faren for at dette samarbeidet kan bli mer hverdagsfjernt. Samarbeidet skjer på høyere administrativt nivå, og det kan bli langt ned for eksempel til kvinneretting eller fattigdomsretting av hjelp. Jeg synes jeg har sett tendenser til at samarbeid på dette nivået kan stå i fare for å resultere i luftige prosjekter med lav grad av bakkeforankring.

– Min egen erfaring fra u-lands-



*Tore på jobb med pasient, kamera, termos og statistikk oppslag på veggen.*

*arbeid var at det var lettere å få sykepleiere enn leger til å skjonne viktigheten av forebyggende arbeid. Legene i u-land søkte i ubezagelig stor grad til sykehus eller til privat praksis i byene. Det kunne se ut som at jo mer trenig med stetoskop, desto mindre forståelse for primærhelse-tjenestekonseptet.*

– Problemet med å få leger til å engasjere seg i utkantproblemer eller folkehelseproblemer er ikke særegent for den tredje verden. Da jeg sökte distriktslekestilling i Lofoten første gang var det langt mellom besatte stillinger, og det er vel fremdeles ikke kø for å besette utkantjobber. Privat legepraksis i u-land er kanskje mer markedsorientert enn det vi selv liker å tenke at vi er, men det fins en stor gruppe lokale leger med faglige interesser og betydelig innsikt. Når disse også har stor innflytelse i lokalt helsevesen blir de en nøkkelgruppe.

– En referansegruppe for U-landsmedisin i NSAM trenger samarbeidspartnere i primærmedisin i den tredje verden. Hvem skal man söke å samarbeide med og hva kan man samarbeide om? – For en referansegruppe i NSAM vil det være naturlig å söke kontakt med den lokale legeforeningen. Vi må høre etter hva de kunne

tenke seg å drøfte med oss eller hva de kunne tenke seg å få hjelp med. I utviklingsland er den medisinske informasjonen til helsepersonell i enda større grad enn hos oss styrt av industrien. Her har vi tidsskrifter som gir produsentuavhengig informasjon. Jeg tror det ville være interesse for å arbeide med overføring av medisinsk kunnskap til praktikerne. Det fins lokale fagtidsskrift å bygge på som kan øke det faglige nivået. Botswana har enkelte nasjonale behandlingsprogrammer, men dette gjelder hovedsakelig infeksjonssykdommer. NSAM har erfaring med kliniske handlingsprogrammer. Jeg tror det kan være interesse for hjelp med å lage lokale handlingsprogrammer for eksempel høyt blodtrykk, som faktisk er en høypig årsak til sykelighet i Botswana.

– Fins det lenger noe jobbmarked for u-landsinteresserte norske allmennpraktikere når NORAD trapper ned lekestillingene? Og hvordan kan unge kolleger kvalifisere seg til slike stillinger?

– NORAD-jobbene har vært populære, men de har tross alt vært ganske få. Fremdeles er det jobber i misjonen og i norske private organisasjoner. WHO ansetter både eksperter med mye erfaf-

ring og junioreksperter der dette ikke kreves. Norsk kommunehelsestjeneste er relevant erfaringsbakgrunn for den som har lyst til å reise ut seinere. Kombinasjonen av allmenn- og samfunnsmedisin etterspørres i den tredje verden. Spesialistkompetanse i disse fagene er en fordel. I tillegg fins et godt nordisk tropemedisinsk kurs over 3 måneder. For den som ønsker ekspertstilling i WHO-systemet er en mastergrad nesten nødvendig. Nå kan dette tas både i Tromsø og Göteborg dersom man ikke vil reise til England eller USA. I praksis er det vel vanskeligst å få et bein innafor, å få prøvd seg i en første jobb. Da trengs litt planlegging, litt praksis og noe utdanning.

– Til slutt: Hvorfor du dro til Botswana første gang? Og hvorfor i all verden kom du tilbake?

– I bakhodet har jeg vel hatt en gammel, delvis idealistisk inspirert, drøm om å kunne prøve meg i en jobb i et utviklingsland. Men hvorfor komme hjem? Det har noe med å finne en balanse i livet, mellom jobb, familie, barn. Det er ikke bare lett for norske unger å bevare tilknytning til norsk miljø når du bor ute. Og det er ikke bare lett for en doktor i utlandet å henge med i norsk medisin heller. □

# HELSESTASJONEN LIV LAGA?

## – Gode metoder for samarbeid mellom lege og helsesøster

Tekst: Elin Åmodt Rygge



Elin Åmodt Rygge f. 52, helsesøster siden 1982, nå i Nittedal kommune. Ligger i telt sommer og vinter og har ennå ikke greid å slutte som speiderleder.

I den senere tid har det vært skrevet flere artikler om ovennevnte tema. Godt samarbeid er et nødvendig verktøy for forebyggende helsearbeid på helsestasjonen, og vi opplever dette som inspirerende.

### FORUTSETNINGER:

#### 1. Tid for samarbeid

For å få til et godt samarbeid på helsestasjonen, må det settes av tid til å samarbeide. Hos oss foregår det på den måten at vi i god tid på forhånd, rydder unna ledige timer slik at vi har en times planlegging i forbindelse med lunsjpausen. Dette blir altså en arbeidslunsj, der vi gjennomgår rutiner og ting vi bør

rette opp. Siden vi er 2 helsesøstre og 2 leger som spiser lunsj sammen (legene driver sin privatpraksis i kontorer ved siden av helsestasjonen), sørger legene for at de ikke har pasienter i privatpraksis når vi har arbeidslunsj på helsestasjonen. Vi opplever også at det er mye vi stadig trenger å diskutere i forbindelse med konstellasjonen helsestasjon/prvatpraksis.

#### 2. Respekt

For å få til et godt samarbeid mellom lege og helsesøster på helsestasjonen, er første forutsetning at man respekterer hverandre som likeverdige partnere. Helsesøster må se på legens kompetanse i forebyggende helsearbeid, og legen må se på helsesøsters kompetanse som like nødvendig som sin egen, selv om legen er medisinsk ansvarlig. Det er trist å høre om leger som oppfattes som et nødvendig, men uinteressert onde på helsestasjonen, og om helsesøstre som oppfattes som legens underordnede.

Som en følge av at vi har likeverdig respekt for hverandres arbeid og kompetanse, fører dette til at vi henviser klienter, barn og foreldre, til hverandre, og vi prioritær disse henvisningene. Legen sender eks. foreldre som trenger kommunale tiltak, eks. hjemmehjelp, eller barn som burde få tatt en ekstra audiometriundersøkelse til helsesøster. Helsesøster sender syke barn, eller foreldre som er nedslitt og trenger henvisning til en 2. linjeinstans. (Det er her selvfølgelig snakk om å henvisse til legens privatpraksis, og siden vi er så heldige å ha helsestasjon og hel-

sestasjonslegens privatpraksis på samme gulv, er dette svært enkelt for oss.)

#### 3. Ansvarsfordeling

Vi mener at det er nødvendig med en klar ansvarsfordeling for å få til et godt samarbeid på vår helsestasjon driver vi grupper etter «Gustavsson-metoden», og der er det en selvfølge at legen deltar på lik linje med helsesøster. En «Gustavsson-gruppe» er at 3–4 omtrent like gamle barn samles og kommer hver gang på helsestasjonen samtidig til en gruppekonsultasjon. Ved de vanlige legekontrollene (6 uker, 6 måneder, 1 år, 2 år og 4 år) deltar legen på lik linje med helsesøster som leder av gruppa. (De andre konsultasjonene foregår med helsesøster alene.) Vi bruker mest tid i gruppa, og etterpå får hvert barn med sine foreldre tid alene både med legen og med helsesøster, i tur og orden. Vi har avtalt hvem som har ansvaret for de forskjellige temaene under gruppekonsultasjonen ved hvert alderstrinn, helsesøster har kost, søvn, stimulering. Legen har ulykkesforebyggende tiltak, fars rolle for barnet, enkel forstehjelp, hva bør foreldrene gjøre når barna blir syke, og hva bør de observere. Vi snakker sammen om temaer som grensesetting og avlastning. Dersom den ene har en «dårlig dag», utfyller vi hverandre så godt som mulig.

#### 4. Tilbakemelding og oppfølging

Vi mener det er helt nødvendig å sørge for å gi hverandre tilbake-

meldinger på godt og vondt, for rett og slett å bli bedre i kommunikasjon, og for vurdere hvordan gruppene fungerer. Det er svært viktig at det er satt av tid til å gjennomgå journalene etter hver helsestasjonsdag for lege og helsesøster i samarbeid. Vi ser over om helsekortene er skikkelig utfylt, og vi avtaler hvem som har ansvar for henvisninger o.s.v. Vi pleier å dele på ansvar for henvisningene, ofte skriver helsesøster en detaljert bakgrunn for den aktuelle henvisning, som begge underskriver etterpå.

#### **Metoder for samarbeid: firkant- eller trekantsamtalen**

Dette er en samarbeidsform som vi har funnet svært nyttig. Som det ligger i navnet, består samtalen av 3 eller 4 personer, lege og helsesøster og mor og far, eller bare mor eller far sammen med lege og helsesøster. Til slike samtaler setter vi av god tid, som oftest en time, og vi sørger for å ikke bli avbrutt av telefoner o.l. Vi tar ofte en kopp kaffe for å skape en litt løsere

stemning, og sitter rundt et bord. Ved spesielle tilfeller har vi også gått på hjemmebesøk sammen.

Disse samtalene brukes sekundærforebyggende etter Caplans definisjoner, d.v.s. det er par eller oftest mødre som allerede har problemer som kan utvikle seg til kroniske, alvorlige tilstander. Årsak til at vi velger å tilby en slik samtale, kan være:

- a. Samlivsproblemer, når eks. far ikke vil gå til familierådgiving.
- b. Foreldrene har gjennomlevd en krise, eks. fått et funksjonshemmet barn.
- c. En av foreldrene er pasient i legens privatpraksis og er samtidig deltager i en samtalegruppe i helsesøsters regi.

Før hver samtale er vi enige om hva vi ønsker å oppnå ved samtalet, det kan være å få far til å gå med på en henvisning til familierådgivningskontor, mor bør tørre å overlate det funksjonshemmende barnet til en barnevakt, det må klarlegges hvordan en utslikt mor skal få muligheter til å reise på

rekreasjon, samarbeide med foreldrene om å koble inn forebyggende barnevern, prøve å få foreldre til å ta mer ansvar for sitt eget liv.

Vi prøver med dette å forebygge samlivsbrudd, alvorlige depresjoner, omsorgssvikt o.a.

Vi har erfaring for at vi faglig utfyller hverandre, og at vi slipper å «sitte på hver vår tue» og jobbe fra hver vår kant med de samme menneskene.

Det kan oppstå akutte situasjoner, der det er greit at vi klientens tillatelse på forhånd om at vi kan informere hverandre.

Så vidt vi har hørt, er det få som benytter seg av denne formen for samarbeid. I kritesamtaler er det godt å være 2 for å kunne observere om det som sies blir oppfattet riktig, og vi bytter på å føre ordet.

*Vi vil oppfordre flere til å prøve!*

Elin Åmodt Rygge  
Hagan helsestasjon  
Hellinga 8  
1481 Hagan

## Ny referansegruppe i NSAM: **Primærlegetjeneste i U-land**

Norsk Selskap for Allmennmedisin (NSAM) er engasjert i internasjonalt arbeid gjennom organisasjoner for allmennpraktikere, allmennmedisk undervisning og allmennmedisk forskning.

Nå ønsker NSAMs styre å utvide det internasjonale engasjementet mer direkte mot primærlegearbeid i utviklingsland. Spesielt ønsker vi å knytte u-landsengasjement opp mot NSAMs kjerneområder: Medisinsk undervisning og fagutvikling.

Mange norske leger har erfaring fra arbeid i u-land og en stor gruppe allmennpraktikere har spesiell erfaring fra Botswana. Denne erfaringsbakgrunnen kan være grunnlag for en ny referansegruppe som kan bestå av u-landserfarne og u-landsinteresserte allmennpraktikere (og eventuelt studenter).

Målsettingen for gruppa er å arbeide mot bilateralt samarbeid med lokale leger (lokal legeforening) i ett u-land om primærmedi-

sinsk undervisning og forskning. Med den spesielle kontakten som har eksistert mellom Norge og Botswana, tenker vi at dette samarbeidslandet skal være Botswana. Assisterende fylkeslege Tore W Steen har tatt på seg å lede referansegruppa.

*Interesserte tar kontakt med:  
Dr. Tore W. Steen,  
Kirsten Flagstads vei 9,  
4621 Kristiansand.*



# Rygg til besvær

Tekst: Bård Natvig



**Bård Natvig (født 1955), gift, har 2 gutter (12 og 10 år). Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, driftstilkuddallmennpraktiker på Hagan i Nittedal sammen med Utpostredaktør Helge Worren. I tillegg halvtids forskningsstipendiat på muskelskjeltepidemiologi, knyttet til Ullensakerundersøkelsene og Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo. Faglige hovedinteresser: helseopplysning, alternative metoder i forebyggende helsearbeid og muskel-skjelettplager. I fritiden orienteringsløper og sportsidiot.**

Denne artikkelen er en bearbeidet versjon av et innlegg på Norsk Forening for Ryggforsknings konferanse «Behandling av ryggpasienter i norsk helsevesen – hva er galt og hva kan forbedres?» på Soria Moria 21. april.

Mitt utgangspunkt er at personer med vondt i ryggen er svært forskjellige. For meg er det viktigere å vite hva slags person som har vondt i ryggen, enn hva slags ryggvondt personen har. Jeg mener alt så at alle ryggpasienter må behandles individuelt og forskjellig, men vil allikevel komme med noen synspunkter på behandling av forskjellige typer ryggplager.

Mitt mentale skille når det gjelder rygg, er mellom

- de som har ryggen som eneste problem, eller klart definerte hovedproblem,
- og
- de som har ryggplager som ledd i et komplisert bilde av kroniske utbredte smerter, ofte sammen med «ikke-mestring» av hverdagens krav.

Jeg tar det enkleste først (ikke det at det er spesielt lett det heller):

*Ryggen er hovedproblemets.*

Først litt om de som ikke kommer til meg først – men først har vært hos f.eks. fysioterapeut/kiopraktør eller andre. De kommer så til meg for å få rekvisisjon til en

behandling de ønsker, eller ofte allerede er i god gang med.

Da synes jeg min oppgave (og det kan være en vanskelig utfordring) er å la være å furte; fordi jeg verken har kontrollen eller utspillet. Jeg må spille med i prosessen, og stille spørsmål (til meg selv og pasienten) som f.eks.:

- hjelper det som er startet opp?
- trengs det utredning som ikke er ivaretatt?
- er det rimelig grunnlag for ønsket (rekvisisjon?, sykemelding?)

De fleste kommer nok fortsatt til meg (dvs. allmennpraktikeren) først, når de får vondt i ryggen. Jeg er ikke sikker på at alle i 2. og 3. linjetjenesten, eller blant fysioterapeuter og kiropraktorer, er klar over at de fleste av disse blir bra hos meg uten noen form for henvisning. Det er som oftest ikke stort jeg gjør, noen råd, kanskje noen dagers sykmelding, litt anti-flogistika, gi litt tid – så er mye ryggvondt selvbegrensende. Det er viktig ikke å lage et stort nummer av noe som ikke er det, ihvertfall ikke i starten.

Problemet er så at en del allikevel ikke blir fort bra. Er disse kommet først til meg, sitter jeg med utspillet – og jeg kan spille ballen i mange retninger. Dette utspillet føler jeg er viktig for det videre forløp, og jeg lykkes slett ikke alltid like godt.

Også nå gjelder det å spille med pasienten. Ofte har de hatt vondt i ryggen før, og det er avgjørende kunnskap å kartlegge:

- hva hjalp sist?
- pleier det ta lang tid?
- er det mer eller mindre vondt enn forrige gang?

Dette sammenholder jeg med en mer spesifikk rygganamnese, og en undersøkelse (som regel temmelig enkel, må jeg innrømme):

- observasjon (gange fra venteværelset, setter seg, reiser seg, kler av overkroppen, legger seg på benk)
- bevegelighet
- Lasegue
- muskelpalpasjon.

Det er sikkert mer jeg kunne, eller burde gjort. Jeg trenger hjelp til å bli flinkere (fra spesialistene) her, og det jeg savner aller mest er mer kunnskap om de ulike funnenes konsekvenser.

Herfra spiller jeg ballen, sammen med pasienten. Jeg kan spille den til meg selv, ta blodprøver og røntgen bruke mer tid og medisiner, eller jeg kan spille den til

- spesialist (f.eks. ortoped, fysikalisk medisiner, revmatolog, nevrolog). Her velger jeg på grunnlag av det kliniske bildet, samt mine erfaringer med spesialistene (hvem får jeg igjen fornøyde pasienter fra, og hvem får jeg gode epikriser og konkrete handlingsforslag fra).
- oftere blir det nok fysioterapeut eller kiropraktorhenvisning. Og da spør pasienten meg: kan du anbefale meg et bra sted (der jeg driver praksis er det uoversiktlig mange å velge i – i mer spredtbygde utposter er oversikten bedre, men valgmulighetene færre).

Dette er et vanskelig spørsmål, som er viktig – jeg har et inntrykk av at kvalitet og opplegg varierer veldig mye. Rådet må igjen skreddersys pasienten, og en allmennpraktiker med god lokalkunnskap i behandlerterrenget kan være til avgjørende hjelp for pasienten.

Jeg liker best behandlingformer som

- er *aktive*, og har overgang til egentrening som viktig del
- og som gir meg tilbakemelding, helst i form av korte, skriftlige behandlingsrapporter.

Jeg savner at behandlingstilbuddet er satt bedre i system, og først og fremst savner jeg systematisk gruppebehandling, helst i form av tverrfaglige gruppeopplegg.

Jeg ser en viktig (bi)rolle for allmennpraktikeren i slike grupper (ikke bare ryggskoler og smerte-grupper – jeg ønsker meg astmaskole og diabetesgrupper, valium-reduksjonsgrupper og ensomgrupper, osv) og synes det er irriterende at normaltariffen ikke honorerer legers innsats i slik gruppebehandling. (Jeg kunne kanskje sette opp fire enkeltkonsultasjoner, hvis jeg hadde ryggskole med en gruppe på fire i en time eller halvannen?? – men jeg er ikke sikker på at jeg tør, slik trygdekontorets minstenksomme blikk forfølger meg for tiden.)

Så over til det aller vanskeligste: *Ryggplager som ledd i kronisk smertesyndrom og innfløkt livs- og helse-situasjon.*

La det være helt klart: Jeg vet ikke hvordan disse best skal behandles! Men jeg er helt overbevist om at hvis vi behandler bare ryggen – går det oftest helt galt!

Stikkordene mine er individuallisering og helhetstenkning der vi må kombinere biologiske, psykologiske og sosiale innfallsvinkler.

For å ta seg av denne gruppen tror jeg kanskje allmennpraktikere har en fordel fremfor spesialistene! (Som kjent kan en allmennpraktiker nesten ingenting om nesten alt, mens en spesialist kan nesten alt om nesten ingenting!)

Et (frustrerende, synes jeg) eksempel:

Noen få av ryggplagete personer med kompliserte plager ender som trygdesøkere, og sendes til (ofte mange) spesialister for trygdekontorets regning. Ryggspesia-

listen (som kan være av ulike sorter spesialister, som nevnt tidligere) finner ikke noe særlig galt med ryggen, det er lite såkalte «objektive funn».

Kartet stemmer altså ikke med terrenget. Er det så kartet (vår kunnskap) eller terrenget (pasientens plager) som stemmer? De av dere som deler min begeistring for orienteringsløp vil vite hva som vanligvis er det riktige svaret: *Begge deler*, det er både kart og terrenget som stemmer! Når du ikke får det til å stemme er det fordi *du er i en annen del av terrenget enn du tror!*

Så kjære spesialist, når det «objektive» ikke stemmer med det «subjektive» – ikke dra konklusjonen at pasienten er en uverdig trengende som farer med tull. Jeg synes slike konklusjoner kommuniseres for ofte til pasienten, som dermed får enda et nederlag og en mistillit. Enda oftere gis slike konklusjoner til trygdekontoret som får, etter mitt syn, urettmessig vann på mølla i sine innsparingsbestrebeler på bekostning av samfunnets svakest stilte.

Jeg har hørt et indiansk ordtak som jeg tror er omrent slik: «Du skal ikke dømme en mann før du har gått 10 mil i hans sko». Ingen kommer så langt på en enkelt konsultasjon, uansett dyktighet eller spesialitet. Men har du kjent hele personen, familien, nærmiljøet i mange år – da kan du, kanskje, si noe fornuftig om personens samlede situasjon og muligheter? □

Bård Natvig  
Hellinga 8  
1481 Hagan

# UTPOSTENS annonsører



Annonseselger: Tove Rød Rutle

## PRISER for 1995.

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200,-	4.000,-	4.500,-	5.500,-
siste omslagsside				13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,- pluss kr. 0,85 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.

**UTPOSTEN**  
er et spennende  
tidsskrift for  
primærhelse-  
tjenesten, og vi  
har et opplag  
på 2.200.

## Tidsskrift nr. Materiellfrist:

- |             |               |
|-------------|---------------|
| Nr. 5 ..... | 18. august    |
| Nr. 6 ..... | 15. september |
| Nr. 7 ..... | 13. oktober   |
| Nr. 8 ..... | 3. november   |

## TEKNISK

### Bestilling:

RMR, Sjøbergveien 32,

2050 Jessheim.

Telefon: 63 97 32 22.

Fax: 63 97 16 25.

**Materiell:** Avtrykk, reprokopi  
eller negativ film med speilvendt  
hinneside.

**Netto format:** A4

**Raster:** 54 linjer

**Trykkeri:** Nikolai Olsens

Trykkeri a.s., Kolbotn.

# **APLF-kurs**

## **«Primærlegen og medarbeideren»**

### **Pers Hotell, Gol, 30/8 – 2/9 1995**

#### **Onsdag 30. august**

- 1800 – 1900 Registrering  
1900 – 2000 Kort velkomst og orientering: Har primærlegen og medarbeideren noen fremtid?  
2000 Middag

#### **Torsdag 31. august**

- 0900 – 0920 Åpning  
0920 – 1000 «Hva forventer vi av hverandre – lege og medarbeider?» v/redaktør Ulf-Arvid Mejlender  
1000 – 1100 Gruppearbeid: Forventninger  
1100 – 1200 Kaffe-/fruktpause  
1200 – 1300 Lunsj  
1300 – 1315 Rollespill: «Treffer vi eller kolliderer vi?»  
1315 – 1400 «Er vi på bølgelengde med pasienter fra andre kulturer?» v/allmennpraktiker Marit Hegde Naess  
1400 – 1430 Kaffe-/fruktpause. Vi besøker stands  
1430 – 1500 «En medarbeiders møte med andre kulturer.» v/legesekretær Laila Solli  
1500 – 1600 «Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende?» v/allmennpraktiker Sten Erik Hessling  
1600 – 1700 Gruppearbeid: Omsorg for pårørende  
Ca. 2100: Hyggekveld med overraskelser

#### **Fredag 1. september**

- 0900 – 0910 God morgen!  
0910 – 1000 «Det gode liv i allmennpraksis – for lege og medarbeider – fins det? v/allmennpraktiker Helge Worren og legesekretær Tove Rutle  
1000 – 1100 Gruppearbeid: Det gode liv  
1100 – 1120 Kaffe-/fruktpause  
1120 – 1200 Tilbud eller press? B-preparater og sykemeldinger – en sak med minst to sider! v/allmennpraktiker Trine Dybwad og Olav Rutle  
1200 – 1400 Lunsj: «Ut på tur – aldri sur!»  
1405 – 1700 Miniseminarer: (30 minutter hver)  
1) Timebok og tidsplanlegging  
2) Telefon- og skrankeservice  
3) Laboratoriet – hva kan/bør vi gjøre?  
1500 – 1530 Kaffe-/fruktpause  
1530 – 1700 Kort gruppearbeid etterfulgt av plenumssamling  
1930: Festaften

#### **Lørdag 2. september**

- 0900 – 0910 God morgen!  
0910 – 0945 Veileddningsprogram for medarbeider – Fra tanke til virkelighet!  
0945 – 1030 «Filosofi på legekontoret – har vi plass til slikt? v/bedriftslege Håkon Arvid Vatle  
1030 – 1100 Kaffe-/fruktpause  
1100 – 1145 «Primærlegen mot årtusenskiftet» v/professor Inge Lønning  
1145 – 1215 Avslutning

**Kurskomité:** Kari Beckmann, Lise Castberg, Tove Rutle og Helge Worren

**Påmelding:** Har du spørsmål i forbindelse med arrangementet, ta kontakt med Tove Rutle, tlf: 63 97 32 22, fax: 63 97 16 25.

**Påmelding innen 30. juni til:** RMR kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Navn ..... Adresse: .....

Sett kryss: lege:  medarbeider

Arbeidsstedsadresse: .....

Tlf. (a): ..... Tlf. (p): ..... Evt. faxnr: .....

#### **Ledsagende medarbeider/lege:**

Ankomst onsdag 30. august, avreise lørdag 2. september.

Hotellrom er bestilt 30.8 – 2.9. Ved avvik fra dette, må beskjed gis RMR kursarrangør.

Evt. avbestilling må skje senest 6 uker før kursstart av hensyn til venteliste og hotellbestilling.



Når nettene blir lange...

## UTPOSTEN's edb-spalte

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

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

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

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

# UTPOSTEN PÅ INTERNET

I løpet av forsommeren skal vi som et prøveprosjekt legge deler av Utposten på Internet.

Dette er mulig gjennom et samarbeid med Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen. Her har Hogne Sandvik i løpet av de siste månedene satt i drift en web-server med informasjon, nyhetsstoff, oppslag og henvisninger. Du kan bruke denne web-serveren som startpunkt for din «surfing» på jakt etter medisinsk informasjon fra hele verden. For å kunne lese disse web-sidene peker du din web-browser («Netscape» eller «Mosaic») til <http://www.uib.no/isf/> – og kommer da til denne siden (fig. 1):

En slik web-side er i hypertext og de utevede ordene er «linker» til andre dokumenter eller andre web-servere – og når du klikker på en slik link bringes du dit du skal. Utposten blir en slik link fra Instituttets hovedside.

Vi får stoffet fra trykkeriet i elektronisk form og bruker så en oversetter til å lage html-dokumenter – som er dokumentstandarden i WorldWideWeb – systemet. I dokumentene redigerer vi så inn de linker vi ønsker, legger til bilder og illustrasjoner i gif-format og får en ferdig web-side som så blir lagt inn på web-serveren.

På Internet – Usenet/News har det en stund eksistert en «newsguppe» som heter «no.medisin».

Her følger et innlegg fra denne

news-gruppen av Steve Crozier som er kommunelege på Frøya:

From: stevec@pr.uninett.no (Steve Crozier)

Newsgroups: no.medisin

Subject: www for norske leger

Date: Thu, 4 May 1995 00:22:39

Organization: pr.uninett.no

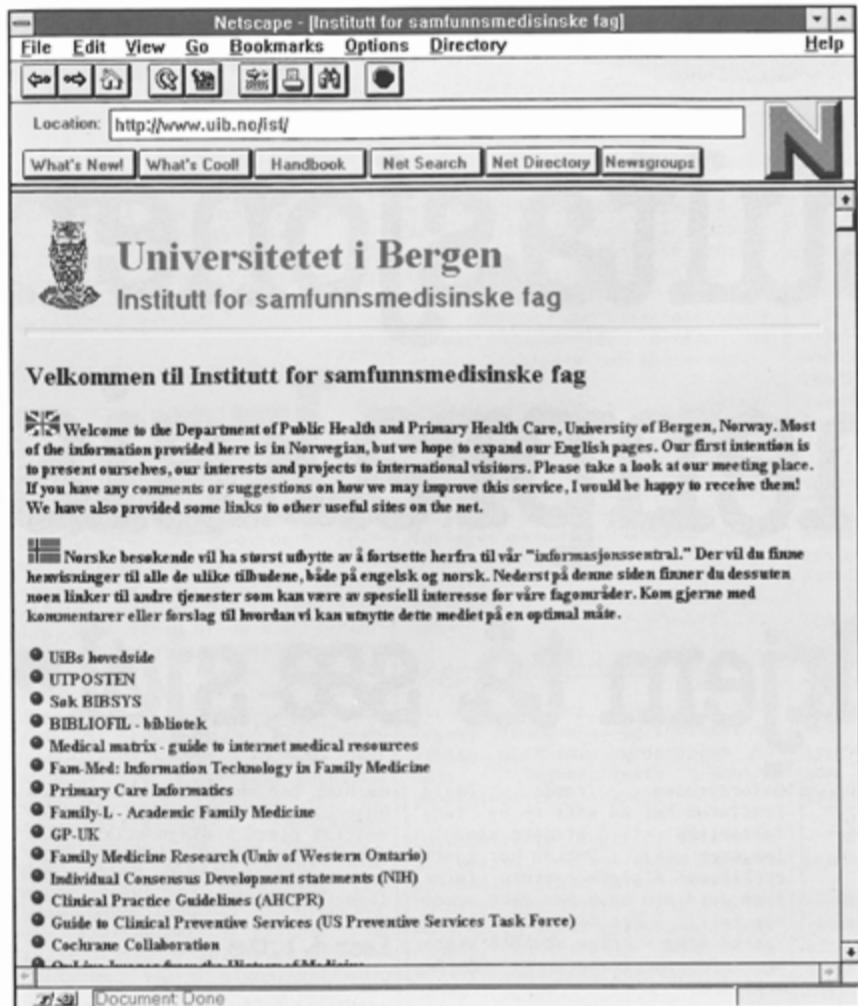
Message-ID:

<stevec.2.000060AD@pr.uninett.no>

Som Allmennpraktiker ute i havgapet Frøya har Medline vært et kjærkomment faglig tilskudd for å bøte på kollegial isolasjon. Hittil har Internet-oppkoblinger vært forbeholdt universitet og høyskoler. Det siste året har kommersielle nettleverandører også kom-

The screenshot shows a Netscape browser window with the title bar "Netscape - [Newsgroup: no.medisin]". The menu bar includes File, Edit, View, Go, Bookmarks, Options, Directory, and Help. Below the menu is a toolbar with icons for Back, Forward, Stop, Home, and Search. The location bar shows "news: no.medisin". Underneath is a navigation bar with links for "What's New", "What's Cool", "Handbook", "Net Search", "Net Directory", and "Newsgroups". A large "N" logo is on the right. The main content area displays a newslist with several entries, each with a subject line and a list of replies. At the bottom of the newslist are "Post Article", "Catchup All Articles", "Show All Articles", "Unsubscribe", and "Go To Newsgroups" buttons.

Figur 1



Figur 2

met med tilbud. Via vår videregående skole på Frøya har jeg sammen med 10 andre lærere fått et privat abonnement på Uninett.

SLIP-oppkobling til Trondheim for vårt vedkommende koster ca kr 14.-/ time etter kl 1700. Årsabonnement på Uninett er ca kr 1000.-

Uninett er sponset av KUD mtp forskning og videnskapelig arbeide.

For oss allmennpraktikere vil en Web side vedlikeholdt av f.eks Samfunnsmed. instituttene være et stort pluss, slik som John Leer skisserer 8. feb....

Jeg ville følge med diskusjonen om dette og trykket feil knast og reprodukserte hans artikkelen x2. Verden er ikke større enn at jeg traff John på kurs på Island før jeg rakk å svare... Svært hyggelig å treffen kolleger i kjøtt og blod også!

En WWW side for norske allmennpraktikere har absolutt noe for seg. Gå sammen om gruppe-abonnement på Uninett. Det må utpekes en kontaktperson, f.eks ifra en veiledningsgruppe som kan gi de andre en innføring i oppkobling og bruk av verktøyet. Det er ikke et særlig vanskeligere enn å lære seg Prof eller Infodoc.

Håper å se flere kolleger på Nettet fremover... Spesielt min mentor Ola Lilleholt, are you out there?

steve.crozier@pr.uninett.no

Med dette er det igjen å håpe at mange norske leger finner veien til Internet!

Askøy den 7/5-95  
John Leer

**NSAM** **Norsk selskap for allmennmedisin**  
The Norwegian College of General Practitioners

## Norsk selskap for allmennmedisins forfatterstipend

**NSAM arbeider gjennom sitt Publiseringsutvalg for å stimulere til skriving, produksjon og utgivelse av faglitteratur som er særlig tilrettelagt for allmennpraktiserende leger og kommuneleger. Mange bøker er gitt ut i allmennpraktikerserien.**

Det har ikke manglet på villige forfattere eller gode prosjekter, men mange har vanskelig for å ta seg tid til å skrive.

NSAM har derfor opprettet et forfatterstipend for å yte støtte til forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med antatt begrenset lesemarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst skal prioriteres.

**Stipendbeløpet er i år på kr. 10 000.**

**Søknadsfristen er 1. september 1995.**

*Søknad stilles til NSAM ved leder av Publiseringsutvalget, Ellen Rygh, Kirkevn. 9, 4816 Kolbjørnsvik.*

# Konsultasjonen i almenpraksis

## "Ittno kjem då sæ sjøl"

Per Stensland  
kommunelege i Sogndal

Per Stensland er kjent for leserne fra flere innlegg i tidligere UTPOST-numre. Sammen med bl.a. forfatteren av neste innlegg fikk han som deltagere i grunnkurset i almenmedisin note David Pendleton & co. i Oxford i vår. Han har nylig hatt ansvaret for et kurs om konsultasjonen i almenpraksis, i Bergen.

Konsultasjonen i allmenpraksis er (heldigvis) et evig tema i allmennmedisinen. Det er arenaen nå såvel som for 10 år siden.

UTPOSTEN. Såv om mangt forandrer seg i medisinen, er det likevel slik at endel sentrale punkter i lege-pasientforholdet blir stående som sentrale, noe bl.a. denne artikkelen av Per Stensland fra UTPOSTEN 7/1985 illustrerer.

Så kommer selve artikkelen i faksimile.



Jeg har ikke tid til å kartlegge pasientens bekymringer i dag.

Oxfordgruppa rundt David Pendleton har nå gitt en ny innfallsvinkel til å studere konsultasjonen (1). Det de har gjort er likevel å ploye rettere furer i en jord som også har vært spadd opp før. I det følgende vil jeg trekke fram viktige stubbebrytere og foregangsmenn i dette arbeidet.

### MICHAEL BALINT OG HANS "BIBEL"

Psykiateren Michael Balint er kjent av mange men må likevel nevnes. Hans "Legen, pasienten og sjukdommen" fra 1957 (2) er en gammel bibel, meget innflytelserik. Den introduserte momenter som idag er klare, men om skapte nok av røre da boka var ny:

### Bred tilnærming!

I den diagnostiske prosessen tar pasienten aktivt del. Han søker legen med en rekke ideer om hva plagene hans bunner i. Legen bidrar med sin erfaring til å finne en merkelapp (diagnose) på plagene som både lege og pasient kan godta.

I denne prosessen har de rent somatiske diagnosene en tradisjonell forrang. Pasienter med uklare eller psykisk begrunnete plager får sin merkelapp ofte etter at "alle prævene" har vist at "alt er i orden". Denne jakten etter klar somatisk årsak til plager kan være nyttig i mange tilfelle. Hos en stor gruppe pasienter kan den likevel være unyttig, ja endog ha destruktiv virkning på pasientens selvforståelse og på hans plager.

Balint etterlyser en bredere til-

nærming der eksempelvis foreldres engstelse for barnet får en like sentral plass i diagnostikken som den enkelte otoscopivurdering av barnet som stadig fremvises for legen med otalgi.

### Leer å lytte

For legen blir svaret på dette problemet at han må lære å bli en trenet lytter. Spørsmålet er ikke bare hvor mye sunn fornuft legen behøver, men hvordan han skal styre sin fornuft bedre i konsultasjonen. Dersom legen bare spør, får han bare svar. Han må derfor lære seg å finne fram til områdene han skal sette sin interesse inn på. Poenger blir her at legen må åpne opp for og interessere seg for pasientens ideer og tanker om egne plager. Og som den oppmerksomme leser har oppdaget - her forgriper han emner som vi stadig er opptatt av og som har fått en sentral plass også hos Pendleton.

### Fast kontrakt

Han anbefaler almenpraktikere å inngå fast kontrakt med pasienter om samtaler serier for å belyse et problem (f.eks. psykosomatisk symptom) nærmere. Han anbefalte å starte med en lengre samtale (the long talk) for å markere at pasient og lege har startet en ny tilnærming.

### Deltaker eller observatør?

Når legen prøver en slik arbeidsmåte, vil han oppleve at han selv er aktiv med egne personlighetstrekk og følelser.

Lege/pasientforholdet er her til forveksling likt forholdet

mellan to mennesker i alminnelighet. Det må likevel være mulig for legen å bruke sine reaksjoner på en konstruktiv måte. En forutsetning er at han får hjelp til både å være deltaker og observatør i den prosessen han selv er en del av.

## Grupper og lydbånd

Dette kan være vanskelig, og Balint mente at almenpraktikere ville ha nytte av støtte i kollegiale grupper som tar opp vanskelige pasienter - Balintgruppen. Dette slo an i almenpraktikermiljøet i 60- og 70-årene. Selv om gruppene varierer en del i innhold og struktur, møttes likevel hver enkelt gruppe jevnlig over flere år og ble derfor en viktig inspirasjonskilde for mange leger. Gruppene var oftest ledet av psykiater, men siktemålet var å bedre legenes evne til å kommunisere med syke mennesker generelt - og ikke begrenset til folk med psykiske lidelser. Et sertegn var at almenpraktikerens hverdagskonsultasjon nå ble fokusert. Med dette utgangspunktet tok mange leger med båndopptak fra egne konsultasjoner som grunnlag for diskusjoner i gruppa. På mange måter er Balintgruppen en forløper for almenpraktikergruppene som vokser fram idag.

Det er likevel også viktige forskjeller mellom dagens konsultasjonsstudier og Balintgruppene. En av Pendletons siktemål er å definere sentrale utfordringer - kommunikasjonsoppgaver i konsultasjonen. Disse forventes det at legen tar opp og løser i forhold til pasienten. Dette blir et mer konkret utgangspunkt enn Balintgruppene frie diskusjoner. Pendleton har med dette gitt en veiviser for en mer strukturert diskusjon.

## BYRNE, LONG OG EN DESTRUKTIV METODE

Byrne og Long gjorde i 1976 (3) et nytt stort spetak i samme jord ved å gi ut rapporten "Doctors talking to patients". De hadde studert hva som egentlig foregikk i båndopptak av over 2000 konsultasjoner fra 70 almenpraktikere. På grunnlag av studiene beskrev de forlopet av kontakten mellom lege og pasient i en vanlig konsultasjon. Med basis i denne beskrivelsen deler de konsultasjonen i faser. Disse fasene korresponderer på viktige punkter med "konsultasjonsoppgavene" beskrevet av Pendleton. Byrne og Long vurderer gjennomføringen av konsultasjonen i vellykkede og mindre vellykkede konsultasjoner.

De mente å påvise at et kjennetegn ved de mindre vellykkede er at legen legger for lite tid og vekt på innledningen til konsultasjonen. Han får ikke rede på hva som er pasientens problem og dermed er han ikke der pasienten er. Emnen som blir tatt opp i konsultasjonen er derfor av mindre interesse for pasienten.

Omvendt fant de som kjennetegn ved vellykkede konsultasjoner at legen får avklart dette punktet før han går videre, og at han åpner opp for å dele sine vurderinger og funn med pasienten i forløpet av undersøkelsen.

Konklusjonen blir dermed i overensstemmelse med Balints påstander.

## Legers arbeidsstil

Byrne og Long studerer også legers arbeidsstil og innfører en viktig akse for vurderingen av den: Legesentrerte kontra pasientsentrerte leger.

Legesentrerte leger er aktive i utsørring, de har mange lukkede spørsmål, (Eks: ja/nei-spørsmål, "Hvor er det vondt? Når startet det?") og de avbryter pasientene hyppig. De "tar opp" anemese og bevarer kontroll og styring på denne måten. Den pasientsentrerte legen stiller åpne spørsmål (Eks: "Fortell om mage-smertene."), avbryter sjeldent og legger opp til en samtale der pasientens egne ideer og bekymringer også har en plass.

Forfatterne kan belegge at leger, liksom andre mennesker, dessverre er rigide vesener som i liten grad endrer arbeidsstil for å tilpasse seg problemet som blir servert. Derimot kjører vi i vei med den arbeidsstilen vi engang har lagt oss til, hva enten vi får presentert beinbrudd eller samlivsproblemer. Svaret på denne oppdagelsen mener forfatterne er trenings og opplæring i praktisk konsultasjonsarbeid. Andre har seinere funnet belegg for at de har rett (4,5), at trenings under veiledning med bruk av video/båndopptak fører til at leger forbedrer sin konsultasjonsstil.

## Hjelp til selvhjelp

Byrne og Long har også en selvhjelppakke, en metode, for evaluering av egne konsultasjoner. Med deres deskriptive utgangspunkt blir likevel også deres evalueringsskjema deskriktivt, der legen teller utsagn og talemåter mer enn å vurdere om bestemte målsetninger med konsultasjonen er oppnådd.

På denne måten blir det mindre rom for individuelle variasjoner i tilnærming enn det Pendleton legger opp til. En fallgruve i dette arbeidet er jo at videotrenings ved innovring av kommunikasjonstriks skal lære leger å bli mer like. Det almenmedisinske landskapet er ikke tjent med en slik utvikling. Pendletons fokussering på oppgave-løsning er likevel et forsekk på å unngå denne craften.

## DET VANSKELIGE ANSVARET

Ansvaret er vanskelig. Legen har ansvar for behandling og rehabilitering som han selv setter i gang. Han har likevel ikke ansvar for pasientens sykdom og ei heller for hans motivasjon til bedring. Med basis i transaksjonsanalyse har Berne (6) gitt eksempler på hvordan leger likevel overtar ansvar av denne typen. Berne ser pasient og lege som et akterpar i et spill. Tydelig blir spillaspektet når

- samme oppførelse repeterer seg stadig

- samme oppførelse hos A gir en respons hos B som gir den ene eller begge fordeler - ofte i form av fritak av ansvar for egen situasjon. Slik utveksling av gevinst foregår naturligvis ubevisst.

Fra konsultasjonen er klassisk beskrevet legespillet "JEG VIL BARE HJELPE DEG" ("JVBHD") som ofte har pasientmotspiller i "STAKKARS MEG" ("SM"). "JVBHD" er legen som alltid skal bære fram pasientens motivasjon og bedring ved å forsøke mer terapi og nye tiltak. "SM" er pasienten som ser sykdom som totalfritak for ansvar og krav til egen yteevne. Spillet er i prinsippet endeløst med nye tabletter, fysioterapi-serier, kurbadopphold osv..

En variant er "HVORFOR PROVER DU IKKE?" som spilles mot "JO, MEN". Her kommer legen med gjentatte råd og forslag (f.eks. om gjennomføring av vektreduksjon) mens pasienten avslår alle, hver gang med logisk begrunnelse. Pasientgevinsten er: Jeg vet bedre enn legen. Legen kommer ikke ut verken av denne eller den foregående situasjonen før han presenterer for pasienten at hans tilstand og plager i bunn og grunn er hans eget problem: Hva vil du selv gjøre med din situasjon?

Mulighetene for spill er mange, let bare selv.

Bernes fortjeneste ligger i at

han illustrerer farens ved ikke å involvere og gi ansvar til pasienten for oppfølging av eget behandlingsopplegg.

#### VIL DU PRØVE SELV?

Etter Rosenbergs artikkel (7) om Pendletons konsultasjonsstudier og Nessas (8) presentasjon av arbeid med opptak av egne konsultasjoner, vil noen av oss tenke på å gjøre egne forsøk med kassettspliller eller video. Så inspirator kan da til slutt trekkes fram den skotske primærlegen John Bain. I begynnelsen av 70-årene satte han i gang p' egen hånd med båndspiller på sitt kontor. Over en ettårsperiode samlet han nær 500 opptak og studerte innholdet. Ved dette kunne han vise ulikheter i service som ble gitt til ulike sosiale grupper og pasient-

kategorier (9, 10).

Lykke til med egne forsøk! ■

#### Litteratur:

1. Pendleton D & al: The consultation. An approach to teaching and learning. Oxford Univ. Press. 1984.
2. Balint M: Lakaren, patienten och sjukdomen. Studentliteratur. 1978.
3. Byrne PS, Long BEL: Doctors talking to patients. Royal Coll. Gen. Pract. 1984.
4. Wolaich M & al: The effect of training students to convey stressful information. J Med Educ 1984, 59: 751-3.
5. Boulton M & al: Improving communication. Medical Education. 1984, 18:269-274.
6. Berne E: Games people play. Penguin books. 1964.
7. Rosenberg S: En arbeidsmodell. Utposten 7/85.
8. Nessa J: Kassett og kommunikasjon. Utposten 7/85.
9. Bain J: Doctor-patient communication in general practice consultations. Medical Education 1976; 10: 125-131.
10. Bain J: Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. Medical education 1977; 11: 347-350.



Engelskmennene er kjent for sine «understatements».

To engelske gentleman satt ved siden av hverandre i sine høye skinnstoler i klubben. Det var som det skulle være i klubblokalet, nemlig musestille. Kun et og annet snork eller en forsiktig rasling av en som bladde om fra en side til en annen i The Times, var det som kunne høres. Plutselig lente den ene gentleman seg over til den andre og hvisket:

– «I heard your wife was buried last week.»

Det var fortsatt stille lenge, men så lente den andre gentleman seg over til den første og hvisket stille og rolig:

– «Dead, you know!»

## Kvinneuniversitetet på Løten

feirer sitt 10-års jubileum høsten 1995.  
I den forbindelse gis et stipend på kr. 50 000,-.

Prosjektet bør fortrinnsvis ta for seg områder som Kvinneuniversitetet for tiden prioriterte:

- kvinner i ledelse
- kvinnehistorie
- kvinnerns helse

Søknaden sendes skriftlig innen 1. september til

forsker Torunn Bragstad  
Røaveien 16 B  
0752 Oslo.



**Kvinneuniversitetets fond**  
til forskning og forskningsformidling

# Allmennpraktikere gjør det annerledes

Av Sonja Fossum

Du skal skrive ditt fag, skrev en kollega, som var så skrifefør at han gikk hen og ble professor av det. Så ille behøver det ikke å gå, selv om dere skulle finne på og ta PC-en fatt. Som vi skulle ønske flere av dere gjør. Hver for oss har vi våre faglige sterke og svake sider, men samlet er vår kunnskapsmengde rik og vår erfaring grenselös; det er bare spørsmål om å kunne dele med hverandre. Tross ulike utspill, også fra tidligere Utposten-redaksjoner, er det imidlertid lettere å skøyte motbakker i skitten våtsnø i Thunder Bay enn å få innlegg fra dere. Men vi gir oss ikke, og her er et nytt forsøk.

Tre ulike kasuistikkere ble sendt til kolleger, som ble bedt om å fortelle hva de selv ville ha gjort med pasientene. Vårt håp var at de utvalgte allmennpraktikere, som alle hadde lang fartstid, ville dele av sin erfaring. Svarprosenten var desverre skuffende lav, ikke minst fordi vi langt fra ønsket sofistiske, autoritative svar, men likefremme meningsytringer om dagligdags problemer som vi alle stadig møter på vårt kontor.

Tre svar fikk vi. Om antallet besvarelser ikke ga grunn til å jubile, ga de tre noe av det vi hadde håpet på å få frem, som faktisk hadde vært en hypotese bak tiltalet. Kasuistikkene var eksempler fra hverdagsslivets problemer, enkle å formulere og forstå, men vanskelige å løse; problemer uten ferdige løsninger å hente fra lærebøker, men der vi må bruke innlevelse, livserfaring og sunt vett. Så vi antok at når vi sendte samme kasuistikker til flere kolleger, ville

de vekke ulike assosiasjoner og løsningsstrategier hos ulike leger. Dette ble til gangs bekreftet. Her følger kasuistikkene. Etter å ha lest hver av dem, stopp lesningen før du går videre (dersom du i iveren og spenningen klarer det) og tenk over hva du selv ville gjøre. Deretter refererer vi hovedtrekk av hva kollega A, B og C vill gjøre og føyer til noen tanker og kommentarer.

## Kasus 1

«Rulle Tidemann er 45 år og lastebilsjåfør. Han går nesten aldri til lege. I dag kommer han og ber om hjelp til å slutte å røyke fordi en arbeidskamerat nylig døde av hjerteinfarkt. Han røyker to pakker rulletobakk i uka som han har gjort de siste 20 årene. Hva vil du (meget konkret) si/gjøre med ham?»

A og B så forbi røykeproblemet og ville utrede risiko for hjertesykdom. A ville riktig nok vente med det til neste konsultasjon, mens første konsultasjon ble koncentrert om røykingen. C derimot, begrenset sin innsats om det pasienten kom til legen for, hjelp til å slutte å røyke.

Det er ikke noe som er rett eller galt her. Men la oss kaste ut noen spørsmål, i håp om at noen leser kan føle seg kallet eller provosert til kommentarer. Er hjelp til røykeavvenning en av våre oppgaver? Har vi virkelig kompetanse, kunnskaper og redskaper til å hjelpe han med å stumpe røyken? Eller er vi i den forbindelse glade dilettanter, medisinske imperialister som ikke kjenner våre begrensninger? Mer generelt, er vi de beste til å få folk til å forandre livsstil? Og med fullt venteværelse av presumtivt syke mennesker, hvor mange føler at vi har tid til det.

La oss være enige om at røyking er et stort helseproblem, og at

hjelp til røykeslutt kanskje er det viktigste sykdomsforebyggende tiltak vi kan by en pasient. Så de fleste av oss føler nok at vi bør gjøre noe. Enklest er det å sende han på røykeavvenningskurs, eventuelt utstyre ham med nikotinplaster. Selv om effekten av slik behandling er tvilsom, har vi dermed fulgt det terapeutiske kravet. Det gjør vi også når vi begynner å avdekke risiko for hjertesykdom og med EKG og blodprøver, som vi beherber langt bedre enn registrering av røyking og råd for nedtrapping. Dermed har vi fått han over i vår lekegrind. Er det her han burde være? Tror du vi klarer å få ham til å slutte å røyke? Hva med å skremme ham, f.eks. med høyt kolesterol? Er helsetrusler de våpen vi velger for endring av livsstil?

## Kasus 2

«Viva L. Rusen er en 49 år gammel kvinne du har brukt mange timer på i årenes løp. Hun er hjemmeværende og har tre barn hvorav bare det minste på 12 år bor hjemme. Hun har stått på en fast månedlig diazepamkvote i flere år på grunn av angst. Flere ganger har hun hatt store problemer med å overholde kvoten, hvilket har medført store diskusjoner, forhandlinger og til dels trusler. Andre relevante ikke-vanedannede medikamenter har vært utprøvd uten effekt eller med akseptable bivirkninger. Hun har flere ganger vært vurdert i det psykiske helsevern, som (selvsagt) ikke har hatt noe å tilby før hun slutter med sine tabletter – som (like selvsagt) er det eneste hun vil ha. Det siste halve året har det vært et markant økt press for å få mer tabletter. Hun har sluppet opp for tabletter en uke før ny forskrivning og har

kommet med trusler om at det ikke er godt å vite hva hun kan finne på. Faren hennes ringer oppbragt og sint og sier at hun må ha flere tabletter ellers er han redd noe alvorlig kan skje. I så fall vil han legge hele ansvaret på deg. Hva gjør du?»

A var villig til å påta seg ansvaret og omsorgen for pasienten, ville ringe henne med utgangspunkt i farens henvendelse og straks gi henne time. Under konsultasjonen ville A ta utgangspunkt i farens og egen bekymring over at avhengigheten av tabletter var så stor at livet føltest meningsløst uten. A ville forsøke å få frem hvor reelle selvmordstruslene er og vurdere tvangssinnleggelse. Etter A's mening medfører legegjerningen at vi må påta oss et så stort ansvar for pasientens liv at vi er villige til tvangssinnleggelse. A beskriver så hvordan en tenkt samtale med pasienten forløper, der ønsket er å få frem konkret i hvilke situasjoner tabletene ble tatt. Med utgangspunkt i pasientens egen beskrivelse, forsøker A å få frem hennes egne bekymringer over situasjonen, sympatiserer med hennes problemer, og problematiserer hennes løsninger. A kan gå med på å gi pasienten en liten dose tabletter, men vil gi pasienten en ny avtale slik at de sammen kan finne frem til andre løsninger for at forbruket reduseres, om det nødvendigvis ikke opphører.

B mistenker problemer bak misbruket, alkoholmisbruk, vold i ekteskap, press fra andre som forsynes med piller, og vil konfrontere pasienten med dette, vil sjekke alkohol/medikamentbruk med blodprøver (hvis villig pasient), vil henvise til A-senter, seponere alle B-preparater i tilfelle alkoholmisbruk, vil stramme inn forbruk.

C er pragmatisk, og skriver det C gjør i praksis. Tilbyr 2 tabletter. Etter kort samtale for å se etter åpenbare personlighetsavvik tilbys evt. antidepressiva eller innleggsse. Tilbuddet noteres ned i tilfelle det avslås for dokumentasjon i tilfelle senere suicid.

Hvor langt går vårt ansvar ovenfor pasienter? Hvor mye av deres liv og problemer skal, og bør vi ta inn over oss? Umyndiggjør vi dem og deres pårørende ved vår intervensjon? Eller utviser vi det ansvar og den omsorg som bør være en del av vår legegjerning? Kommer vi noensinne noen vei med denne pasienten, eller har vi å gjøre med en kronisk misbruker? Der misbruket kanskje attpåtil er iatrogen? Eller går vi for langt med vår selvplaging, skyldfølelse og ansvar for all verdens problemer med å antyde iatrogen misbruk?

### Kasus 3

«Astrid er 46 år gammel kontorassistent. Hun er gift og har 3 voksne barn. Som svar på ditt åpne spørsmål om hva hun vil ha hjelp til, svarer hun at hun er plaget av en mellomting mellom trykk og svie i brystet. Dette har hun kjent i perioder på uker de siste 10 årene, men hun har ikke gått til lege med det før. Nå har hun kjent plagene daglig i ca 1 måned.»

A ville først og fremst undersøkt hjerte og mage, og mener at behandlingen sansynligvis blir nitroglycerin eller antacida, avhengig av funn. I den første samtalen med pasienten vil A ta utgangspunkt i at dette er kjente plager for pasienten, og spør hvorfor bekymringene rundt disse plagene dukker opp nå. Resonnementet blir at det kan være mange lidelser bak disse symptomene, men det er i hvert fall en endret opplevelse hos pasienten som fører henne til lege.

B satser vesentlig på at dette må være refluksøsofagitt, og vil, avhengig av anamnestiske opplysninger, henvise til øvre endoskopi.

C heller også i retning av gastrotintestinal lidelse, vil utelukke kardiale plager, men er også åpen for psykosomatiske plager.

Hva ville svarene blitt om det var en mann? Understøtter svarene de nylig fremsatte påstandene om at kvinnelige hjertepasienter blir dårligere utredet og får mindre behandling enn mennene? (Hvil-

ket de forøvrig syntes å profitere på, dødeligheten var lavere hos de «ubehandledde» kvinnelige hjertepasientene enn hos de «adekvat behandledde» mannlige.) Er vi raskest til å antyde psykiske problemer når det er en kvinne? På den annen side, er ikke medisinens spørsmål om sannsynligheter, er det ikke faktisk slik at det er langt mindre hjertesykdom og langt mer psykiske plager blant kvinner enn blant menn i denne aldersgruppen?

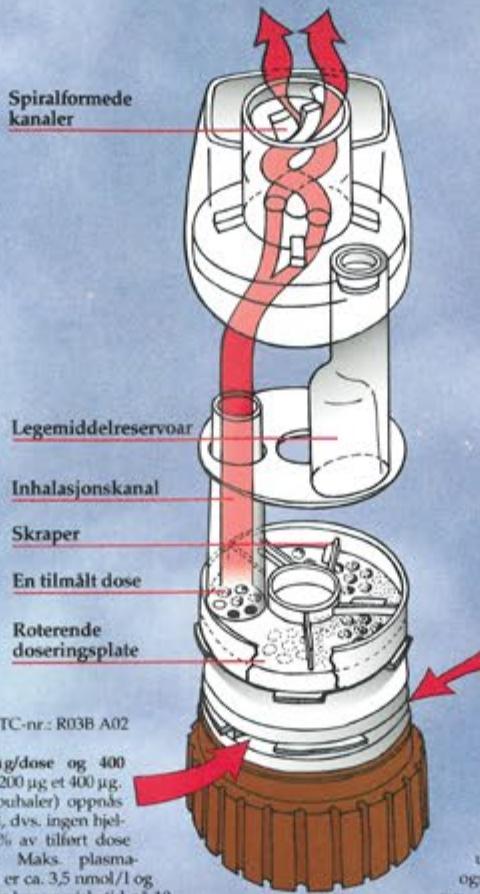
Til dette spørsmålet fikk vi et fjerde svar, fra D. D var visst ikke villig til å komme med synsinger om fiktive problemstillinger, men gikk i stedet gjennom hva D selv og kolleger ved kontoret hadde gjort med kvinner med dette symptomet de siste 3 årene. D søkte på ICPC-diagnosene for alle former for brystsmerter og fant 5 kvinner i alderen 40–50 år med en slik diagnose hadde vært til konsultasjon.

Det ble i D's materiale ikke gjort kliniske funn som ga forklaring på deres symptomer. Det ble tatt Hb, SR av 2, kolesterol og triglycerider av 1 og EKG av 3. Ingen ble henvist. Det ble ikke gjort annen behandling enn avkrefting av alvorlig sykdom og beroligende ord. Legen kontaktet senere kvinnene på telefon. Alle anga at de primært oppsøkte lege for å ute lukke hjertesykdom. Tre ble kvitt plagene og har ikke hatt symptomer siden (dvs. de siste tre år). De to siste har av og til fortsatt plager, er engstelige for hjertesykdom, men tror egentlig ikke at det er noe galt med hjertet.

Kjenner vi igjen problemstillingen fra egen praksis? Hva gjør du? Har du klare synspunkter på noen av de beskrevne kasus eller på kollegenes beskrivelse av sine tanker, så kom med dem. Vi forsøker igjen med nye kasustikker. Og dersom du skulle være en av dem som ble bedt om en vurdering, så vær sporty, send inn din oppriktige mening. På den måten kan vi bryte faglig isolasjon, få hverandre i tale og dele våre erfaringer. □

# God pust med mindre medisin<sup>(1-5)</sup>

Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra<sup>(2,5)</sup>



## C PULMICORT TURBUHALER "DRACO" Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

**T INHALASJONSPULVER:** 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose; Hver dose innh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparat inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe-stoffer eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmapkoncentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av doses som når systemisk kretsloop inaktiviteten i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, høste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svegl kan forekomme. Pasienter bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdsstyrrelse hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarsuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetssregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøy. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinit, eksem, muskel- og ledsmerte) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med formet systemisk behandling. **Graviditet/ammung:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Ovgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Ovgang i morsmilk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mindre former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med

denne dosering, bør doses og doseringshyppigheten økes. **Barn ≥ 6 år:** 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarsuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterkt slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplogger.

**Vedlikeholdsdoze:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør doses gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomer under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase.

Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene av oral steroid i ca. 10 dager. Derefter reduseres den orale doses gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidebehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren dermed klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsutten ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2 Punkt for godtgjørelse iflg. § 9 i Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige lege-midler.

## Referanser:

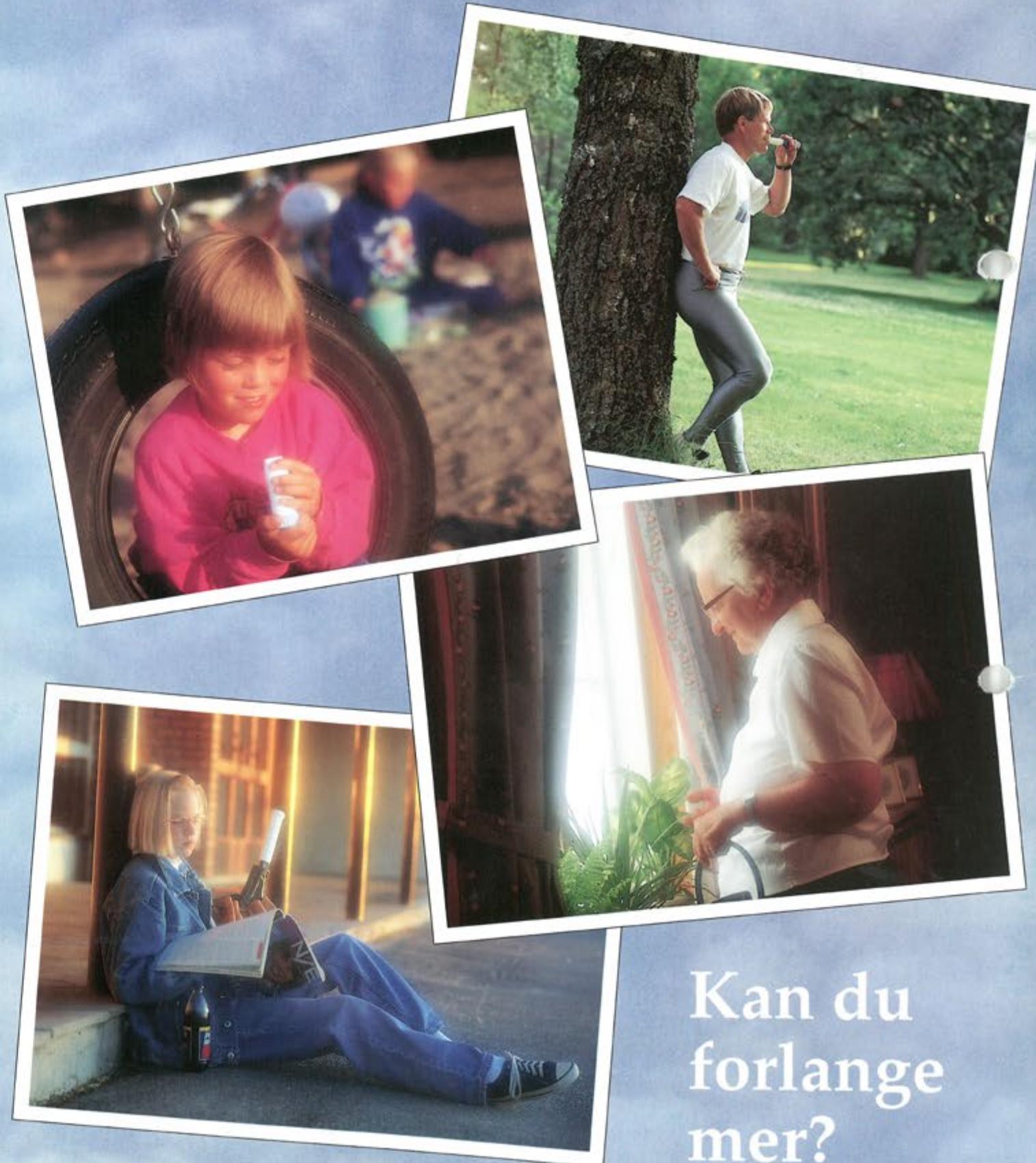
- Derom E, Wählén-Böll E, Borgström L, Pauwels R. Thorax 1994;49:A402.
- Felieskatalogen.
- Agerhoff L, Pedersen S. Resp Med 1994;88:373-81.
- Haahtela T., Markku J., Kava T., Kiviranta K., Koskinen S., Lehtonen K. et al. Effects of reducing or discounting inhaled budesonide in patients with mild asthma. The New England Journal of Medicine 1994;331:700-5.
- Thorsson L., Edsbaäck S., Conradson T-B. Eur Respir J 1994;7:1839-44.

Budesonid  
**Pulmicort®**  
Turbuhaler®

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skärer  
Telefon 67 92 15 00, Telefax 67 92 16 50

# Studier viser at pasienter foretrekker Turbuhaler® fordi den er så enkel å bruke<sup>(1,2)</sup>



Kan du  
forlange  
mer?