

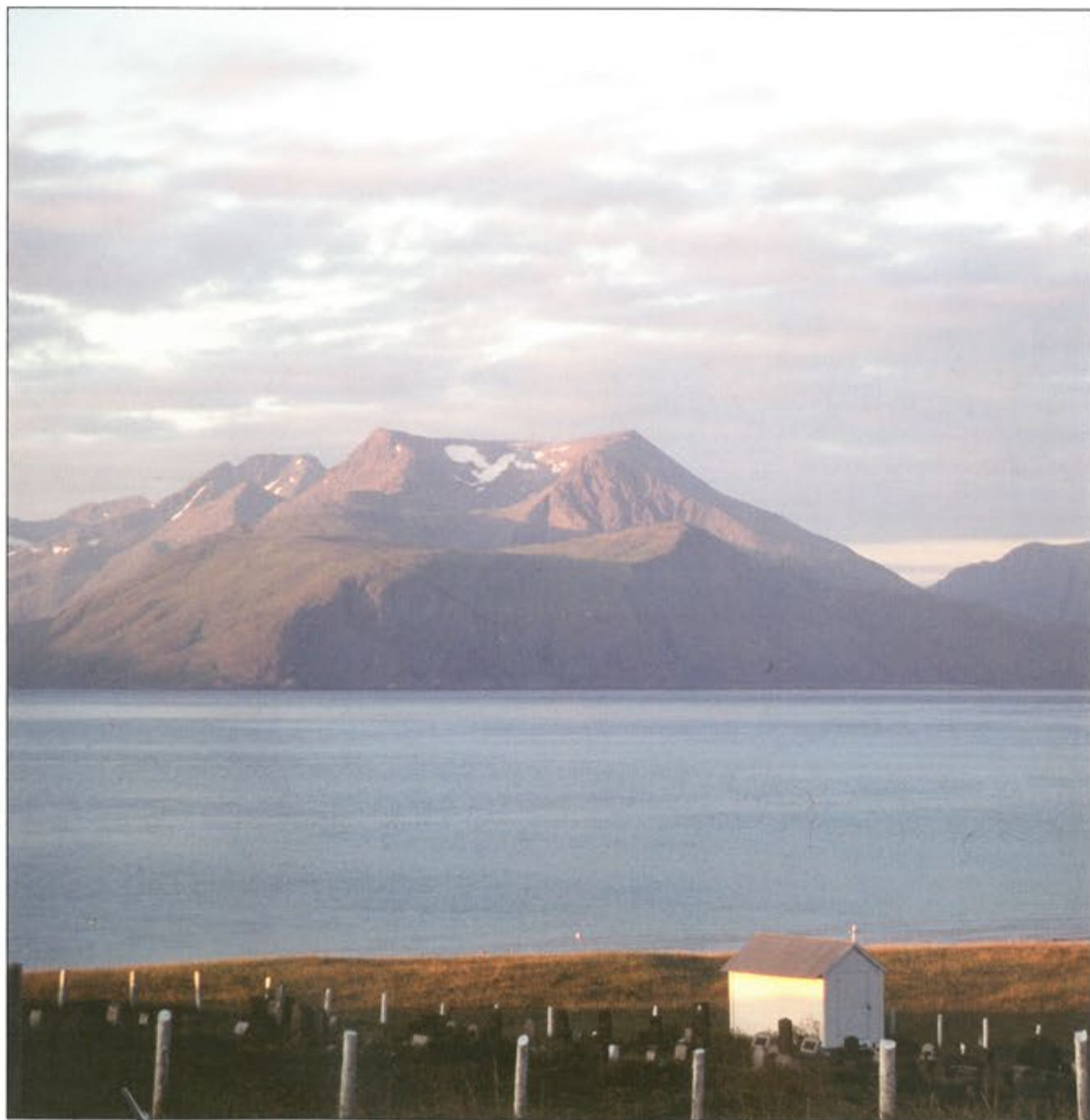
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1996

ÅRGANG 25



**Eksistensen,
sorga og oss**

- 131** *Eivind Vestbø*
Leder: Eksistensen, sorga og oss
- 132** *Sten Erik Hessling*
Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende og oss selv?
- 136** *Eivind S.P. Myhre*
Behandling av hjertesvikt
- 137** **Smil i hverdagen**
- 140** *Hans Knut Otterstad*
Hvorledes kan den store variasjonen i legers forskrivning av vanedannende legemidler forklares?
- 146** *Frode Forland*
Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin
- 150** *Satya P. Sharma*
Sting i brystet
- 152** *Inger Marii Tronvoll*
Hvordan opplever familier med psykisk utviklingshemmede barn samarbeidet med helsetjenesten?
- 156** **Utpostens jubileumsseminar annonseres**
- 158** *Bokmelding*
Hva skal vi gjøre med mamma?
- 159** *Bokmelding*
Kirurgi i allmennpraksis
- 160** *Olav Thorsen*
Helsestasjonen – på helsesøstrenes premisser?
- 164** *GRUK*
Kvalitetssikring i praksis
- 165** *Utpostens edb-spalte*
Scanning av tekst i DOS-baserte legeprogrammer

Forsidefoto: Petter Øgar. In casu kirkegården på Loppa – som ligger like nedenfor den gamle fotballbanen til LiK (Loppa idrettsklubb).

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

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 06 02 64

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

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 325,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s.

Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Eksistensen, sorga og oss



Sten Erik Hessling har i dette nummeret ei klok og instruktiv artikkel om plutselig død og gode råd om profesjonelle handlingsalternativ i næraste tida etterpå. Han tek med både pårørende og oss sjølv som legar. Det står likevel ikkje så mykje eksplisitt om legen i artikkelen, men det går klart fram at legen må delta og overvaka den intrapsykiske eksplosjonen som finn stad i dei mange sinn når katastrofen rammar. Deltaking er innleving, og innleving er å kjenna på. Dette er vel å bra i dei fleste konsultasjonar. Men kva, når ferda går mot den allmennt godkjente, eksistensielle katastrofen – døden. Eller når det meir enn å kjenna på, handlar om å tenna fenghetter i våre eigne sinn.

For meg sjølv er skrivande stund den rette for refleksjon. Natta har gått med til å ta hand om den situasjonen at ungdom nummer fire i lokalsamfunnet har hengt seg. Eg er ferdig med det formelle saman med lensmannen, og har vore med dei næraste kameratane i ei gripan-de farvel på gjerningsstaden for likposen kom på plass. Deretter den tunge gongen til foreldra på natta, og i dag møte med 50 ungdommar som er i sjokk og byrjande sorg. I kveld er det møte med lærarane for å førebu eit opplegg på den vidaregåande skulen for mandagen.

Alt dette er vel og bra, men kva med meg sjølv? Kva med oss som skal ta del om og om igjen. Trongen til å intellektualisera kjem nå, og eg gjev etter: Kanskje er det slik at vi har tre handlingsalternativ. Vi kan satsa på distanse, formell profesjonalitet og rigid forsvar mot det smertefulle. Truleg ein kjent og av pasientane frykta metode. Dersom vi har vilje til å delta, kan prosessen bli så smertefull at vi må trekka oss med større eller mindre sår – utbrente, deprimerte, sorgtunge eller rus-trengande. Det finns

lukkelegvis ein tredje metode som ikkje er lettare enn livet sjølv, men som likevel tar vare på både pasient og lege i lengda: For det første må vi våga å gå inn når empatien svir. Men vi må gjera dette reflektert og med tanke på eigne prosessar. Dei er slik eg skjønar det, av to typer. Den stadige påminninga om det eksistensielle hoveperspektiv – det forgjengelege, døden og kanskje slutten – gjer det naudsynleg med eit slag profesjonelt, eksistensielt sorgarbeid i høve til eigen sjukdom og død. Denne opplevinga kjem naturleg for andre med alderdommen og veners død. Det er ei modningstid med det forsonande resultatet at dei fleste eldre er fortrulege og rimeleg trygge heilt utan omsyn til livssyn. Men som legar møter vi dette perspektivet og kravet fleire tiår før. Vi må ta på oss og gjennomleva dei kjenslene som fylgjer med; så intenst, ofte og lenge som sorga over visseleiken om eigen død gjer naudsynleg. Det andre problemet er dei meir personlege sorgpakane vi har liggande i løkforma skikt bakover i eiga historie. Når profesjonelle opplevingar triggjar desse til å opna for sjeleleg smerte, må vi identifisera denne som sorgarbeid, bli i det vonde og styra igjennom. Gode hobbyar og omsorgsfull familie er naudsynleg, men truleg ikkje nok. Vi må meistra ved gjennomleving og stabilisering slik at vi kan ta del i andres tapsoppleving utan å ta skade.

Kanskje må vi sjå på smertefull medoppleving meir som ei profesjonell gåve enn som plikt. Vi kjem utan tvil nærare oss sjølv med etterfylgjande personleg utvikling og modning om vi vågar. Kollegial hjelp etter traumatisk oppleving i yrkessamanheng er heller ikkje godt nok etter ein slik tankegang. «Lege for lege» ordninga og kollegagrupper av ymse slag bør kanskje konsentrera

seg meir om å førebygga for både kalde og utbrente legar gjennom å fokusera på eige sorgarbeid – så vel eksistensielt som privat. Kan vi på denne måten forma legar som kan brenna utan å brenna ut? Sjølv trur eg det, dersom slike tiltak kjem i tillegg til alle gode og kjente slik som grensesetting, fritid, interesser og samliv.

Gevinsten er i alle høve stor fagleg sett. Legar som anna helsepersonell, har stor trong til å skifta ut emosjonell deltaking med handling. Vi medikaliserer eksistensielle situasjonar og gjer pasienten ansvarslaus for å sleppa våre eigne vonde kjensler. Det krev refleksjon og trening for å kunna bli i smerten saman med den sjuke. Men får vi dette til, svinne urimelege og føremålslause krav om tiltak frå alle som tek del. Roa breier seg og det utålelege blir litt etter litt, tålt.

Det er sommar, medan mange kanskje har kjensle av at vi har slått an tonen for eit haustnummer. Den deprimerte kan likevel fortelja oss kor meiningslaus sommaren er dersom sinnet er lukka. Og den som har opna opp for livet på ny etter sorgarbeid, fortel om ei modna glede som gir takksame sommaropplevingar dei før ikkje har hatt røynsle med. Først når vi er ferdige med eigne gjennomlevingar og er blitt trygge i ein utrygg profesjon, kan vi ta imot den gode sommaren som vi Utposten ønsker dykk alle!

Eivind Vark

Litteratur:

Hessling SE, Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende og oss selv? Utposten 1996;25(4):132–35.

PLUTSELIG DØD

– hva gjør vi for de pårørende og oss selv?

Tekst: Sten Erik Hessling

Foto: Per Engstrand



Sten Erik Hessling, 57 år, cand.med. fra Oslo i 1963, privat drevet allmennpraksis med fast tilholdssted ved Legehuset i Hokksund siden 1968, spesialist i allmennmedisin og veileder for 3 grupper gjennom de siste årene. Interessert i praktisk arbeid med omsorg ved livets slutt i mange år, fikk opprettet rådgivningsgruppen for omsorg ved livets slutt i Øvre Eiker kommune 1991, medlem av Omsorgsrådet i perioden 1990–93, og leder for rådet for perioden 1993–96. Medlem av NSAM's referansegruppe om samme tema.

Først en konstatering. Når jeg her setter ord på hva vi bør forsøke å gjøre for nære pårørende etter brå dødsfall, mener jeg med vi ikke bare legen og andre fagpersoner, men like mye vi som slekt, venner

Nåtidsamfunnet er preget av intensive gjøremål både i arbeid og fritid. Rastløshet og fart er stikkord. Det medfører at flere og flere nærmiljøer får kontakt med brå død i hverdagen. Hjer-teinfarkt-sykdommen har i mange år også bidratt til dette bildet. Legen og ambulanspersonale er de som blir brakt inn i situasjonen først. Føler vi at vi klarer å takle denne oppgaven slik at de pårørende ikke sitter igjen med sykelige sorgreaksjoner eller at vi selv går med uro for hva vi burde gjort annerledes?

I artikkelen omtaler jeg noen viktige «stoppesteder» i tiden etter brå død. Legen kan bidra til å løse nærmiljøet gjennom denne vanskelige fasen. Jeg tar leseren med gjennom blant andre kapitler med stikkord som: Den første uken, kommunikasjon, inn i sorgens verden, og hva med oss selv?

I dette arbeidet gjelder som så ofte ellers i allmennmedisinen å ha gjort seg opp tanker i forkant om hvordan vi skal gjøre det hos oss, god organisering og praktisk gjennomføring.

og naboer. Hva vi gjør i denne tiden har nemlig iboende i seg allmenngyldig kunnskap for samfunnet generelt. Men da legen oftest er i begivenhetens sentrum der og da, bør han bidra til å sette ord på hva vi bør gjøre og hva som faktisk fremdeles er tillatt også i det moderne samfunnet. Det handler om ritualenes betydning.

«Den første uken»

Uken fra døden og frem til begravelsen er skjellsettende. Avgjørelser som tas her når det gjelder vårt forhold til den døde, kan ikke gjøres om!

Vi skal ikke ha vært lenge i allmennmedisinsk praksis før vi kjenner oss igjen i denne situasjonen: Vi har blitt hentet hjem til en familie eller ut til en arbeidsplass i den travleste kontortiden. Der har vi forsøkt å resuscitere et menneske som har falt om. Dette har ikke

lykkes, og en ulykkelig ektefelle har nettopp opplevd sitt livs mareritt. Hva gjør vi? Vi blir foretningssmessige, meddeler oss i få ord om at vi skal ordne med begravel-sesbyrå som kommer til å ta kontakt om ikke så lenge, og at vi skal ta oss av formelle attester. Så drar vi tilbake til den travle hverdag og etterlater den døde i den pårørendes varetekt – alene; eller hva verre er: vi lar ambulanspersonalet ta den døde med seg til nærmeste kapell. Dette har vi alle bidratt til. *Men vi må ikke gjøre det.*

Hva er det så rimelig å gjøre? Vi må få tak i noen som kan komme i huset før vi forlater det: naboer, arbeidskamerater, eventuelt en ansatt på nærmeste sykehjem. Det krever som oftest bare et par telefoner. Vi bør sette ord på at den døde bør stilles i hjemmet og være der til dagen etter. Hjemmesykepleien eller begravel-sesbyrået som kommer for å stille den

døde, vil selvsagt etterkomme slike ønsker. Tilreisende pårørende som er hentet ofte langvegsfra, vil ha en helt annen og positiv opplevelse av å se sin kjære, stelt i egen seng med lys på bordet i hjemmet enn at de må låne nøkkelen til kapellet og syne liket der neste dag. De fleste lokalmiljøer har diakon eller andre, gjerne legfolk som sammen med venner og naboer så kan være med på å synges den døde ut av huset neste dag.

Legen som har vært oppe i situasjonen, eller familiens egen lege der det er mest aktuelt bør komme tilbake til hjemmet samme dagen, og våge å sitte ned og lytte og våge å spørre. Hva bør vi så spørre om? Vi bør sette ord på hva vi som fagfolk innen sorgarbeid mener er viktige avgjørelser i denne uken. Hvordan bør dødsannonser utformes? Hvor vanlig er det ikke å lese i dødsannonser at pårørende ikke ønsker blomster til hjemmet, ikke ønsker kondolanser, og at seremonien avsluttes ved graven; eventuelt at begravelsen har foregått i stillhet. Bak slike annonser skjuler det seg en flukt fra den tragiske virkelighet, – en rømning. Mange pårørende avstår fra å arrangere minnesamvær av samme grunn. Hva vi mest av alt trenger er nettopp omsorgen fra nærmiljøet. Bør

vi da så ikke respektere slike ønsker? Nei, svært mye taler for at vi likevel bør «ta med oss et brød» og ringe på – jo før jo heller. Der døden skyldes ulykke, bør vi bidra til at pårørende får komme til ulykkesstedet og se med egne øyne hva som har foregått. Det har i nåtid særlig i ungdomsmiljøer blitt vanlig å syne åstedet, pynte med lys og blomster og ta virkeligheten inn over seg. Dette bør bli mer regelen enn unntaket.

Syning

Bør vi syne våre døde? Den skjellsettende handling det er å syne sine døde, er det mange av oss som helt automatisk avstår fra å gjøre. Jo mer dramatisk dødsfallet har vært, jo mer ønsker vi å rømme. *Syning av våre døde synes å være avgjørende for en normal sorgprosess.* Fantasien er alltid vanskeligere og tyngre enn virkeligheten. Derfor gjelder dette med meget få unntak. Forholdene rundt syningen bør legges til rette slik at både barn og voksne kan delta på sine premisser. Ikke minst er det viktig at den voksne nærmeste pårørende med sin dype sorg ikke der og da må ha ansvar for barn. Andre voksne som barna er trygge på, bør tar hånd om dem i syningsseremonien. Bør

Finns det en fellesnevner som vi kan holde oss til i «den første uken»? Ja, *ritualene*. Vi kan ikke improvisere egne handlinger i akutte kriser. Derfor har det nedfelt seg et regelverk som har vist seg egnet i alle de hundrede av år, og i alle religioner: nemlig ritualene. De sier noe om nettopp de punktene jeg her har omtalt. Prest Liv Rosmer Fisknes sa i et foredrag på Primærmedisinsk uke i 1994:

- Ritualene er førstehjelp i kriser, hjelper oss til å samle følelser og kan være ledd i en terapeutisk prosess.

- Ritualer har ord, men først og fremst hemmeligheter. Inn i hemmelighetene har ikke rasjonaliteten plass. La oss gripes av dem, ikke begripe dem.
- Ritualer lever av gjentakelser, av gjenkjennelighet.

Kommunikasjon

Hva gjør at noen rent umiddelbart gjør «de riktige tingene»? Hva gjør at andre, selvsagt også omsorgsarbeidere, avstår fra å gå inn i slike omsorgssituasjoner vi her snakker om selv om det er jobben vår? Det kan ha flere årsaker. Viktigste grunn til at vi ikke kommer på banen, er engstelse for egne reaksjoner. Vårt forhold til død generelt og vårt forhold til egen død spesielt, er avgjørende for om vi vil gå inn i dette arbeidet på en god måte. Derfor er det viktig at vi prøver å få et reflektert forhold til døden som den realitet den er. Døden blir for mange et bevis på egen utilstrekkelighet. Men vi kan jo likevel prøve å felle ned god kommunikasjon i endel punkter som gjør at vi lettere kan forholde oss til de fortvilte pårørende. En engelsk kollega, McMaster har blitt kjent for The McMaster technique som blant annet innholder følgende punkter:

- Start med pause, lytt.
- Bruk alltid åpne spørsmål
- Unngå råd og trøst

Ritualer lever av gjentakelser, av gjenkjennelighet



- Møt den pårørendes fortvilelse, vis at du deler de følelsene hun har
- Hjelp den pårørende til å identifisere de bekymringene hun gjør seg
- Hjelp den pårørende til å prioritere sine bekymringer
- Diskuter hver bekymring som den pårørende har med henblikk på hva som kan gjøres, og opprettholde realistiske håp
- Støtt uttrykte håp
- Hva føler du omkring det vi har snakket om nå?
- Gi informasjon – gi nødvendige detaljer om hva som skal til for å komme videre

Disse punktene gir solid støtte til praktisk god kommunikasjon, spør du meg. Jeg har brukt disse knaggene til å henge opp min egen usikkerhet når det har vært som vanskeligst.

For å få til god kommunikasjon, – jeg kaller det gjerne samtale, «bør også lokalitetene være egnet». De bør være slik at de gir en følelsesmessig avlastning, og ikke utgjør en belastning. Det tilsier at disse samtalene i hovedsak bør foregå i hjemmet, og ikke på et travelt legekontor.

Sorgens verden

Først en konstatering: Vi *må* være skapt til å bære sorg! Vi opplever alle å måtte gå inn i sorgens verden. Hvis vi da alle måtte ha hjelp til å komme videre uten å ende opp i sykelige sorgreaksjoner, ville vi naturlig nok hatt langt flere problemer enn de vi allerede har. Men hvorfor blir det nå for stadig flere tilsynelatende vanskeligere enn før å akseptere døden som en realitet? Tilsidesetting av ritualene er nevnt. Det moderne samfunns dyrkning av vellykkethet i et urealistisk kroppsbilde er vel kjent. Døden er bevis på at noe har gått galt undervegs. Sorgen som plager oss bør kunne medikaliseres bort. Den hører ikke hjemme i min virkelighetens verden.



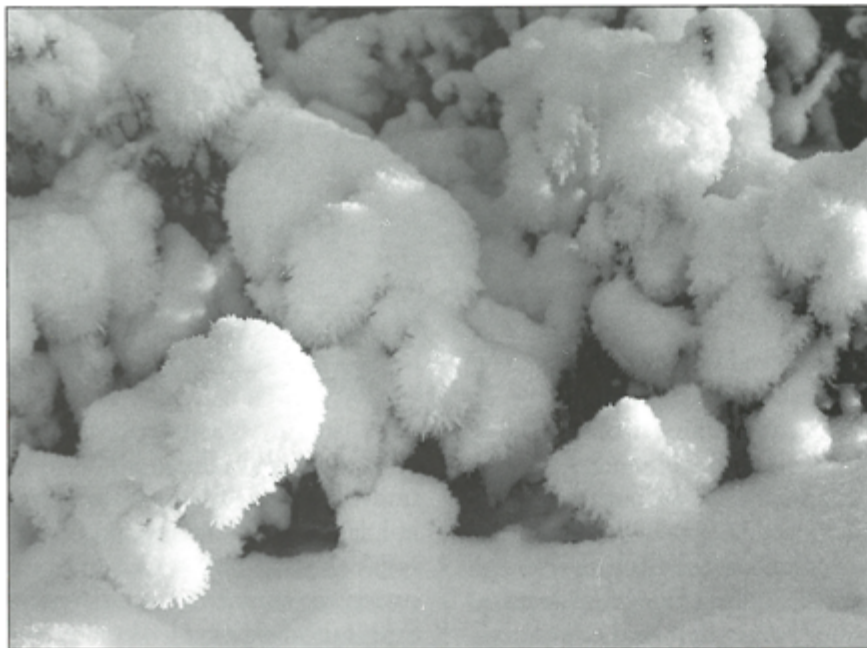
Sorgens verden – som en hvirvel i ruten

Det synes derfor riktig å konstatere noen sentrale utsagn om sorgens vesen.

- Sorg er en nødvendig reaksjon på tap
- Å komme gjennom sorg tar tid og krever stor aktivitet av den sorgende
- Er ikke farlig – jeg er ikke i ferd med å bli gal
- Sorg som fortrenge hemmer livsutfoldelse og kan føre til sykdom
- Vi snakker om sorgarbeid

Teoretisk snakkes det om 4 faser i en sorgprosess: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Jeg vil ikke

her komme inn på de forskjellige fasene i detalj, men bare trekke frem sjokkfasen som praktisk viktig for oss omsorgsarbeidere rundt de pårørende i den første tiden. Sjokkfasen strekker seg fra de første timene til noen dager senere. Den er preget av alt fra fullstendig stillstand og fornektning til uttalt motorisk uro, hyperaktivitet og høyrostethet. Helt vanlig er at de pårørende anklager helsetjenesten for ikke å ha gjort nok, at vi faglig ikke holdt mål, at helikopteret kom for sent osv. Dette er uttalelser som faller der og da fra mennesker i sjokk. Dette må vi profesjonelt være klar over, og fremfor alt ikke ta igjen og la en slik samtale ende med munnhuggeri. Hvis



«Den første uken», en tid med mange skygetoner og spredte lysglimt

vi da kan være gode tilhørere, vil mye være vunnet i den senere kontakten når pårørende kommer ut av de første dagenes ofte ukontrollerte adferd. Orientering om hvordan sorgen normalt forløper, vil være til stor hjelp. På lengre sikt er det jo nettopp ofte slik at sorgen vil fokusere mye på livet. Vi tar med oss minnene inn i en fremtid som har fått endel fasetter som vi ellers ikke ville vektlagt på samme måte.

Kunstnere har jo opp gjennom årene satt både ord og penselstrøk på nettopp det mørke og lyse ved sorgen. Øverland sier i Til en misantrop: «En mann er fattig som er uten sorg». Vår nålevende billed- og livskunstner Ferdinand Finne har sagt dette om sin sorg: «Man må leve en sorg til bunns for å komme over den. Å flykte fra seg selv, nytter ikke. Og uten korsfestelse, ingen oppstandelse. Jeg lærte at sorg riktig møtt og gjennomlevet kan være en berikelse, noe positivt. Hvor står det skrevet at livet bare skal være lett?»

Men vi vet også at hvis ikke sorgen blir bearbeidet på en naturlig måte, kommer den over i en kronisk fase. Sykelig sorg er en varig og alvorlig sykdom med en betydelig overdødelighet.

Hvordan kan vi så hjelpe?

Vi bør forsøke å mobilisere det naturlige nettverket. Si noe om at det er tillatt å «bry seg». Det bør ikke være hektiske forsøk på å få den sørgende inn i en livsførsel som tidligere var henne fremmed. Men forsikring om at «vi står hos», og kontakt over lengre tid når andre mener det er på tide at verden går videre, er viktig. Vi kan selv på en enkel måte legge inn en beskjed i vår datajournal om en månedlig påminnelse om en telefon til den pårørende. Våre medarbeidere kan gjerne gjøre dette. Det er etablert sorggrupper i mange lokalmiljøer. De kan nok være til nytte for enkelte, særlig den første tiden. Men viktig er det at ikke den sørgende forblir i slike grupper over for lang tid. Da kan sorgen sementeres.

Hva med oss selv?

Jeg nevnte tidligere en vanlig situasjon der vi måtte rykke ut fra vår travle praksis til alvorlig sykdom og ulykker. Når situasjonen er avklart, reiser vi tilbake til praksisen der alle avtaler er blitt vesentlig forsinket, og vi skal fortsette der vi slapp som om intet var hendt. Vi tar oss sjelden tid til en ettertan-

kens stund over en kaffekopp, har sjelden tid til å få komme med følelser på det vi nettopp har vært gjennom, for ikke å si å kunne søke en armkrok hvis det er behov for det. Hvem har sagt at dette er vi utdannet for og skapt til å tåle, profesjonelle som vi er? Det er vi nemlig ikke! Andre yrkesgrupper som deltar sammen med oss ved brå død, har nå sett verdien av å samtale seg gjennom hendelsen i ettertid. Oftest er det ikke snakk om en systematisk debriefing. Men en ettertenksomhetens samtale der du kan sette ord på hva du synes er viktig for deg å få sagt og kjent på. *Det er på høy tid at vi legene også legger forholdene til rette for en slik ettertankens kaffekopp.*

Avslutning

Brå død, det være seg på grunn av sykdom eller ulykke, vil alltid vekke sterke reaksjoner hos pårørende og nettverket rundt. Det medfører ofte forsøk på flukt fra realitetene og irrasjonelle handlinger som nettverket har vanskelig å forholde seg til, og langt mindre gå imot. Hvis vi der og da kan gå inn i situasjonen å si noe om hva som teoretisk og erfaringsmessig synes å være riktig å gjøre, vil det kunne være avgjørende for om de pårørende kommer inn i en sorgprosess som vi er ment å kunne tåle. Gjør vi det ikke, vil mulighetene for å komme inne i sykelige sorgprosesser være desto større, med den økte symptomikdom og dødelighet vi vet det medfører.

Godt er det da å vite at vi står på trygg grunn hvis vi setter ord på ritualene og følger moderne forskning på dette feltet i praksis.

Sten Erik Hessling
Legehuset
3300 Hokksund

Behandling av hjertesvikt

Tekst: prof. Eivind S.P. Myhre

Hjertesvikt er et klinisk symptom-kompleks og årsaken til hjertesvikt situasjonen skal alltid utredes. Når underliggende diagnose er klarlagt, kan behandling i verksettes.

En minimumsutredning omfatter anamnese, klinisk undersøkelse, EKG, serum elektrolytter, kreatinin, urin stix og rtg. thorax. Dersom det er mulig, bør det henvises til ekkokardiografi eller isotop ventrikulografi og eventuelt kan pro-ANF bestemmes. Pro-ANF influeres av hydreringsgrad, nyrefunksjon, diuretikabehandling og ikke minst alder. Lungesykdom som forårsaker høyre hjertesvikt gir også pro-ANF økning. Dersom pro-ANF er normal, er det neppe hjertesvikt som forklarer pasientens symptomer. Pro-ANF synes lovende som reskap til å følge utviklingen av en hjertesvikt.

Ikke-farmakologisk behandling omfatter saltreduksjon, seponering av kardiopressive medikamenter, røkestopp, små måltider, hyppige hvilepauser, systematisert mosjon og eventuelt væskerestriksjon hvis pasientens nyrefunksjon er normal. *Saltreduksjon* må diskuteres inngående da mange pasienter ikke forstår at deres saltkonsum er uheldig høyt. Blant *kardiopressive medikamenter* bør Calcium-antagonister seponeres. I en akutt svikt situasjon bør betablokkerbehandling vurderes midlertidig seponert eventuelt en seponeres. Antiarytmika er negativt inotrope og bør også overveies seponert, men dette bør gjøres i samråd med spesialist. Blodets oksygenbærende

kapasitet reduseres betydelig av *tobakk* og i en svikt situasjon med lavt minuttvolum, blir derfor røkestopp helt avgjørende. *Alkohol* bør brukes med måte og først og fremst som vin. Store *måltider* kan representere en fysisk belastning og bør unngås. *Hvile* etter måltid er gunstig. Hvis pasienten samtidig tar sin annen dagsdose diuretika, kan hvile i horisontal stilling gi økt diurese ved at det samtidig skjer et væskeskift fra underkroppen til thorax og derved økt frigjøring av pro-ANF som stimulerer nyrenes saltutskillelse.

Dersom pasientens *se-Na* faller under 130 mmol/l, er det ikke lurt å be pasienten innta salt for å korrigere for en tilsynelatende saltmangel. Pasienten har for mye vann og ikke for lite salt. Vann ale ne kan kun utskilles ved økt tørstefølelse. Hjertesviktpasienter kommer lett i en ond sirkel der de delvis på grunn av store doser diuretika drikker for mye som så igjen søkes presset ut med mer diuretika. Dersom en hjertesviktpasient er overhydrert, har *se-Na* under 128 og *se-kreatinin* er mindre enn 140 mikromol/l, kan noen dager med 1200 ml væske pr døgn korrigere *se-Na*. Hvis en er usikker på om pasienten retinerer væske, kan dette vurderes lettere ved å måle Na og K i morgenurin prøve. Normalt skal forholdstallet mellom Na og K være ca 2:1. Dersom forholdstallet er nærmere 1 eller er blitt mindre enn 1, er dette uttrykk for sekundær hyperaldosteronisme. Mindre pressing med diuretika, kan bremse denne situasjonen.

Mosjon er gunstig for hjertesviktpasienten. Det anbefales ikke

store fysiske utskielser, men systematisk rolig aktivitet gjerne under ledelse av fysioterapeut. Det er i dag godt dokumentert at jevn fysisk aktivitet bedrer hjertesviktpasientens alminnelige fysiske prestasjonsevne og øker livskvaliteten. Det er foreløpig ikke dokumentert effekt på livslengde.

Medikamentell behandling av hjertesvikt tilsier oppstart med *diuretika* f.eks. furosemid 20 til 40 mg daglig. Dersom dette ikke gir betydelig bedring eller det er konstatert at pasienten har en redusert ejeksjonsfraksjon ved ekkokardiografi eller isotop ventrikulografi, skal pasienten ha *ACE-hemmer*. Hvilken ACE-hemmer en velger er uten betydning, men husk at pasientene kan få stigning av *se-K* og/eller kreatinin. Dersom pasienten virker dehydrert eller har *se-Na* under 132 mmol/l, skal startdosen halveres. Således skal alltid serum elektrolytter og kreatinin foreligge før oppstart med ACE-hemmer. Hvis *kreatinin* er over 150 mikromol/l skal startdosen halveres. Dersom kreatinin er over 200 skal det konfereres med spesialist før oppstart. Det har vært anbefalt at diuretika dosen skal halveres før ACE-hemmer behandling startes. Dette kan gi ustabilitet før ACE-hemmer dosen er blitt adekvat. Mitt råd er å halvere diuretika dosen etter to dager og så observere hvorvidt ytterligere dosejustering er nødvendig. Det er bare unntaksvis at diuretikadosen trenger presses høyere enn 80 mg/døgn.

Dosen med ACE-hemmer trap-pes trinnvis opp over 4 uker til *anbefalte doseringer*. Serum elek-



trolytter og kreatinin kontrolleres 7 til 10 dager etter oppstart og etter 4 uker. Dess sykere pasienten er, dess langsommere opptrapping i det en ellers lettere får bivirkninger. Hypotensjon er fryktet, men husk at hjernens gjennomblødning ved ACE-hemmer behandling er preferert. Således kan mange pasienter klare seg forbausende godt selv om systolisk blodtrykk faller ned mot 90–85 mmHg. Da må kreatinin følges opp. ACE-hemmer behandling gir ofte kreatinin stigning rundt 30–40 mikromol/l. Hvis pasienten samtidig ikke er blitt gerende svimmel eller har fått mer angina pectoris, kan det lave blodtrykket aksepteres. Den med generende bivirkning med ACE-hemmer behandling er hoste. Det kan da lønne seg å skifte til andre ACE-hemmere idet tendensen til hoste ikke trenger å være lik. Det kan være vanskelig å skille hva som er hjertesvikt utløst hoste og hva som er ACE-hemmer bivirkning. Hvis det er nattlig hoste eller anstregelsesutløst hoste, kan svikten i seg selv være viktigste årsak. Noen pasienter kan ikke bruke ACE-hemmer på grunn av hoste. Enkel-

te har påstått at lomudal kan redusere hosten, men dette er meget usikkert.

ACE-hemmer behandling hjelper ikke ved høyre hjertesvikt som er betinget av lungesykdom. Da må lungesykdommen settes i sentrum. Her blir det diuretika, digitalis og eventuelt en aldosteronantagonist som Aldacton.

Digitalis er igjen stuerent ved hjertesvikt. Således er det i dag neste skritt hvis diuretika og ACE-hemmer behandling ikke gir ønsket resultat. Hvis pasienten har atrieflimmer, skal digitalis inn tidligere. Som alltid bør se-K passes og et kontrollerende serumspeil av digitalis kan være veiledende spesielt hos gamle. Dersom situasjonen stadig er vanskelig kan langtidsnitratt-preparater overveies særlig som nattmedisin for å få ro. Det er ikke vist økt overlevelse som effekt av digitalis eller langtidsnitrater.

Dersom pasienten har en uttalt hjertesvikt, skal antikoagulering med marevan overveies. Før oppstart med slik behandling anbefales pasienten ekkokardiografert. Behandling med acetylsalisylsyre (ASA) kan dempe gunstige effekter av ACE-hemmer behandling og

midlertidig seponering for å vurdere om slike effekter foreligger anbefales. *Betablokker behandling av hjertesvikt* er en spesialistoppgave. Hvis pasienten er blitt godt stabilisert med ACE-hemmer og diuretika eventuelt med tillegg av digitalis og har angina pectoris, kan betablokker gies på denne indikasjonen. Teoretisk er det mye som taler for at betablokkerbehandling kan bli økende aktuelt ved hjertesvikt i årene som kommer.

Svikt pasienter skal kontrolleres. Deres prognose er dårlig og deres medikasjon krever stadig vurdering hvorvidt den er adekvat eller hvorvidt det er tilkommet bivirkninger av iverksatte tiltak. Således anbefales kontroll hver 3 måned eventuelt oftere når medikasjonen justeres.

Eivind S.P. Myhre
Medisinsk avdeling
Regionsykehuset i Tromsø



Ekte mannfolk skal liksom ikke plage omgivelsene med unødig tørrprat. Særlig taust blir det om han attpåtil er hedmarking. Det fikk en nybakt turnuskandidat på Hamar sykehus erfare da han julaften fikk inn en av slaget og kona kunne fortelle: «Ja, han ble liksom så forandra her i august, litt skeiv i ansiktet og enda mer stille, men je skjønnte først att'n hadde fått slag da'n itte ønska meg god jul».



Kredex® har noe på hjertet...

Ny indikasjon: Angina pectoris

- Kredex® er en ikke-selektiv β -blokker med vasodilaterende egenskaper (α_1 -blokade)
- Kredex® er anvendbar til de fleste angina pectoris pasienter
- Kredex® reduserer perifer karmotstand ⁽¹⁾
- Kredex® reduserer hjertefrekvensen ⁽²⁾
- Kredex® er effektiv og sikker i mono- og kombinasjonsbehandling ⁽³⁾
- Kredex® gir få bivirkninger ⁽⁴⁾

Referanser

1. Lund-Johansen et al. Journal of Cardiovascular Pharmacology 1992; 19 (Suppl. 1): 27-34
2. Nahrendorf et al. Journal of Cardiovascular Pharmacology 1992; 19 (Suppl. 1): 114-116
3. McTavish. Drugs 1993; 45 (No. 2): 232-258
4. Östergren et al. Blood Pressure 1996; 5: 41-49



SmithKline Beecham

Telefon: 67 97 79 00. Telefax: 67 97 79 49



C Kredex «SmithKline Beecham»

Alfa- og betablokker.

ATC-nr.: C07A A28

T TABLETTER 12,5 mg og 25 mg: Hver tablett inneh.: Carvedilol 12,5 mg og 25 mg, laktose, hjelpestoff q.s. 12,5 mg. Fargestoff: Jernoksider (E 172). **Egenskaper:** **Klassifisering:** Ikke-selektiv betablokker med vasodilaterende effekt. Betablokaden er uten egenstimulerende effekt. Vasodilatasjonen skyldes hovedsakelig alfa₁-blokkerende effekt. **Virkningsmekanisme:** Hovedmekanismen er konkurrerende hemning av katekolaminer ved adrenerge alfa₁- og betareseptorer i hjerte-karsystemet. Hjerterefrekvensen reduseres svakt. Ejeksjonsfraksjonen påvirkes ikke, og minuttvolumet forblir uendret. Opprettholder den perifere blodsirkulasjonen. **Absorpsjon:** Maks. plasma-konsentrasjon 1–3 timer etter oral dose. Lineær korrelasjon mellom dose og plasmakonsentrasjon. Effekt sees allerede innen 1/2 time etter tablettinntak. Biologisk tilgjengelighet ca. 25% grunnet ufullstendig absorpsjon og omfattende metabolisering i leveren. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon kan biologisk tilgjengelighet øke. Påvirkes ikke av fødeinntak. **Proteinbinding:** Ca. 95%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 2 liter/kg. **Halveringstid:** 6–7 timer. **Utskillelse:** Hoveddelen av metabolittene utskilles via gallen, en mindre del (ca. 15%) via nyrene. Ved nedsatt nyrefunksjon er dosereduksjon ikke nødvendig. Eliminasjonshastighet og plasma-konsentrasjon avhenger av leverfunksjonen. Ingen aldersavhengig farmakokinetikk.

Indikasjoner: Hypertensjon. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Bronkial astma og obstruktiv lungesykdom. Ikke kompenserbar hjertesvikt.

AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Betydelig nedsatt leverfunksjon. Sjokk. Hypersensitivitet for carvedilol.

Bivirkninger: **Hyppige (> 1/100):** Gastrointestinale: Kvalme. Sirkulatoriske: Svimmelhet, ortostatisk hypotensjon.

Øvrige: Hodepine, smerter i ekstremitetene, tretthet, dyspné. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, mave-

smerter. Sirkulatoriske: Bradykardi, AV-blokade. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Trombocytopeni, leukopeni.

Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast. Hud: Urticaria, pruritus, eksem, psoriasis. Lever: Forhøyede serum-

transaminaser. Sentralnervesystemet: Nedstemthet, søvnforstyrrelser, parestesi. Sirkulatoriske: Forstyrrelser i

perifer sirkulasjon, synkope, progresjon av hjertesvikt. **Syn:** Redusert tåreutskillelse. **Øvrige:** Tett nese, gispning,

astma/dyspné hos predisponerte pasienter. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt leverfunksjon. Carvedilol bør ikke gis til

pasienter med ubehandlet hjertesvikt. Kombinasjon med kalsiumantagonister av dihydropyridintypen kan gi hypo-

tensjon. Forsiktighet ved kombinasjonsbehandling med klasse I antiarytmika. Regelmessig monitorering av blod-

glukose er nødvendig hos diabetikere. Det kan også være nødvendig å justere dosen av perorale antidiabetika eller

insulin. Forsiktighet bør utvises ved ukontrollerbar og vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus. Betablokkere kan

maskere tegn på hypoglykemi (takykardi, tremor) og ikke-selektive betablokkere kan forsinke normaliseringen av

blodsukker etter insulinindusert hypoglykemi. Carvedilol kan maskere tegn på tyreotoksikose, men endrer ikke

thyreoideafunksjonspåvirkningen. Seponering bør foregå langsomt. Ved brå seponering etter langvarig behandling kan

kardial hypersensitivitet for adrenerg stimulering bl.a. gi økt smerte og mulig infarktutvikling, særlig ved ischemisk

hjertesykdom. Når samtidig behandling med klonidin og carvedilol skal avsluttes, bør carvedilol seponeres først,

flere dager før en gradvis nedtrapping av klonidin. Grunnet mangel på erfaring bør carvedilol ikke gis til barn.

Carvedilol er ikke dokumentert ved ustabil angina pectoris.

Graviditet/Amning: Skal ikke brukes under graviditet og ved amming, grunnet manglende erfaring.

Interaksjoner: Additiv hypotensiv effekt ved bruk sammen med andre antihypertensiva. Kan gi interaksjoner ved

samtidig bruk av antiarytmika eller kalsiumantagonister. Kombinasjon med rifampicin kan gi redusert serum-

konsentrasjon av carvedilol. Cimetidin kan gi økt serumkonsentrasjon av carvedilol. Interaksjon med anestetika

kan gi en negativ inotrop effekt. Effekten av insulin og oral hypoglykemika kan økes. Serumkonsentrasjonen av

digoksin kan økes ved samtidig bruk av carvedilol. Hyppigere monitorering av digoksin-konsentrasjonen er

nødvendig ved igangsetting, titrering og seponering av carvedilol. (I: 55e betablokkere)

Dosering: Hypertensjon: Voksne: Initialt 12,5 mg daglig de 2 første dagene, deretter 25 mg daglig. Ved behov kan

dosen økes med et intervall på minst 2 uker til maks. 50 mg, gitt som 1 enkelt dose eller fordelt på 2 doser.

Eldre: Initialt 12,5 mg daglig. Dette kan ofte være tilstrekkelig som vedlikeholdsdose. Om ikke ønsket effekt opp-

nås ved initialdosen, kan dosen titreres med et intervall på minst 2 uker til maks. 50 mg, gitt som 1 enkelt dose

eller fordelt på 2 doser. **Angina pectoris: Voksne:** Dosen tilpasses individuelt. Initialt 12,5 mg 2 ganger daglig i de

første 2 dagene. Normal dose 25 mg 2 ganger daglig. Om ikke ønsket effekt oppnås med normal dose, kan dosen

økes til 100 mg fordelt på flere doser. Maks. dose 100 mg/daglig. **Eldre:** Anbefalt dose er maks. 50 mg/dag fordelt

på flere doser. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Alvorlig hypotensjon, bradykardi, hjertesvikt,

kardiogen sjokk og hjerTESTANS. **Behandling:** Atropin 0,5–2 mg i.v. (ved eksessiv bradykardi). Glukagon: Initialt

1–10 mg i.v., deretter 2–2,5 mg/time ved langvarig infusjon (for opprettholdelse av hjerTEFUNKSJONEN).

Sympatomimetikum etter kroppsvekt og effekt: Dobutamin, isoprenalin eller adrenalin.

Pakninger og priser pr. 1.4.96: 12,5 mg: 30 stk. kr 135,60. 90 stk. kr 353,30.

25 mg: 30 stk. kr 185,20. 90 stk. kr 490,20.

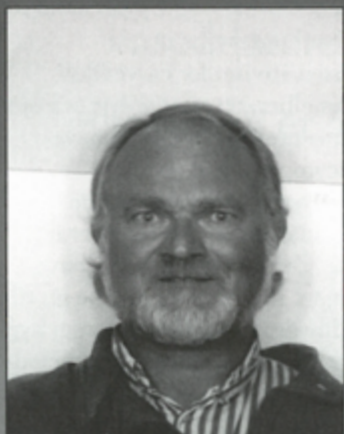
T: 12

SB
SmithKline Beecham

Hvorledes kan den store variasjonen i legers forskriving av vanedannende legemidler forklares?

Introduksjon av en modell som gir en kvantitativ beskrivelse av sammenhengen mellom de enkelte faktorer i praksisprofil og samlet forskriving av vanedannende legemidler.

Tekst: Hans Knut Otterstad



Hans Knut Otterstad er cand.med. 1968, spesialist i samfunnsmedisin. Har arbeidet i førstelinjetjenesten i flere sammenhenger, som distriktslege og helserådsordfører i Råde/Onsøy, samt ass.fylkeslege i Østfold før kommunehelseloven ble innført og som helsesjef og kommunaldirektør for helse- og sosialsektoren i Tønsberg etter at loven ble iverksatt. Ass.fylkeslege i Vestfold siden 1988.

Innledning og problemstillinger

Forskriving av vanedannende legemidler er et tema som kan behandles fra flere innfallsvinkler. Sett fra den enkelte lege blir spørsmålet gjerne hvilke indikasjoner som skal gjelde for å forskrive slike

legemidler. Det dreier seg ofte om pasienter med diffuse hverdagsplager, smerter og søvnløshet. Den initiale effekt av vanedannende legemidler er gjerne god, og legenes problem er vanligvis hvorledes de skal sette grenser for langtidsmedisineringen (1).

Et annet utgangspunkt er bruken av slike medikamenter i befolkningen. I enkelte fylker på Sør- og Østlandet er forbruket langt høyere enn landsgjennomsnittet. Det høye forbruket kan neppe skyldes identifiserte årsaker knyttet til sykелighet og livsstil i befolkningen. Dermed blir det meste av forklaringen å finne i legenes forskrivingspraksis.

Den tredje innfallsvinkelen er forskjellen mellom leger i forhold til samlet forskriving av vanedan-

nende legemidler. Kan de betydelige forskjellene forklares med henvisning til bestemte årsaker i pasientgrunnlaget, eller er det trekk ved legenes måte å drive sin praksis på som i siste instans er forklaringen?

Disse tre ulike typer av problemstillinger henger sammen, fordi forbruket av legemidler i en befolkning er summen av de enkelte legenes vurderinger og valg av behandling. Imidlertid viser det seg at en stor andel av den totale forskriving av vanedannende legemidler kan tilbakeføres til et fåtall «høytforskrivende» leger. Dette betyr at fokus må legges på karakteristiske trekk ved den enkelte legepraksis når en skal beskrive og forklare forskjeller i forskriving, både mellom leger og mellom fylker.



Enkelte særtrekk ved situasjonen i Vestfold

Fylkeslegen er tilsynsmyndighet for legers forskriving av vanedannende legemidler. På grunn av misbruket av slike legemidler er kontakten mellom enkeltleger, apotek og tilsynsmyndighet mer omfattende enn for annen forskriving, og fylkeslegen sitter derfor inne med omfattende kunnskaper om både pasienter og leger. Det har derfor vært en utfordring å kvantifisere og systematisere denne kunnskapen. Siden 1989 har Fylkeslegen i Vestfold i samarbeid med apotekene i fylket samlet inn data om legenes forskriving målt i ACT-grupper og DDD (definerte døgndoser). Resultatene har blitt tilbakeført til hver enkelt lege slik at legene skulle få mulighet til å evaluere sin egen forskriving ved å sammenligne seg med fylkesgjennomsnittet og en anonymisert fordeling av kollegers forskriving i lokalområdet.

Dette har gitt målbare resultater, idet forskrivingen av A- og B-preparater har sunket med 27% fra 1990 til 1994 ifølge salgsstatistikken til Norsk Medisinaldepot. Dette er i samsvar med erfaringer fra andre deler av landet (2, 3). Det synes å være en generell erfaring at leger forskriver mindre vanedannende legemidler når de vet at forskrivingen deres blir registrert og sammenlignet med

andres. I 1989 lå salget av vanedannende legemidler i Vestfold ca. 20% over landsgjennomsnittet, og målet har senere vært at forskrivingen av vanedannende legemidler i fylket skal ned på landsgjennomsnittet. Tilsynsmyndigheten har erfaring for at slik monitoring av den enkelte leges forskriving, kan være et tjenlig virkemiddel.

En annen erfaring er at slike tilbakemeldinger har ulik effekt på den enkelte lege. Det er naturlig å tro at «presset» på å redusere forskrivingen vil være størst på de «høyt forskrivende» legene. I Vestfold viste det seg at seks av legene som lå på «ti på topp»-lista klarte å redusere sin forskriving drastisk fra 1990, som var første år med tilbakemelding, til neste registrering i 1991. Senere har disse legene hatt en forskriving som gjennomsnittet av legene i fylket. Noen leger har imidlertid ligget høyt gjennom alle år, og ved forespørsel fra tilsynsmyndigheten angir de at dette har naturlige årsaker knyttet til pasientsammensetningen i deres praksis. Jeg skal senere komme tilbake til hva som karakteriserer disse legene og deres forskriving.

Ved siste registrering i 1995 ble 14 leger i Vestfold klassifisert som «høyt forskrivende» og dette relativt lille antallet leger sto for 22% av all forskriving av A- og B-preparater i fylket. Dette er leger som

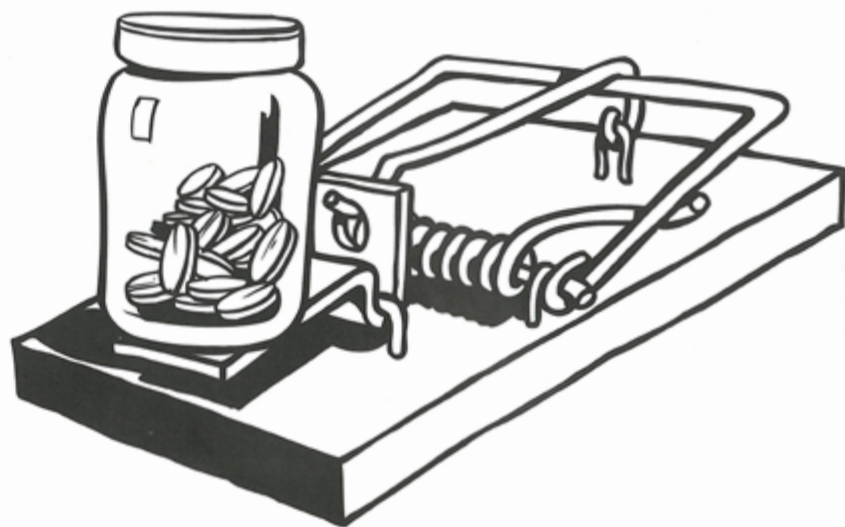
har fått flere tilbakemeldinger fra fylkeslegen. De har redusert sin forskriving noe, men fortsetter likevel å ligge betydelig over gjennomsnittet for standard forskriving i heltidspraksis.

Definisjon av «høyt forskrivende» lege og standard forskriving i heltidspraksis

En undersøkelse i Akershus og Oslo i 1993 fant omtrent den samme fordeling av legers forskriving av vanedannende legemidler som vi hadde dokumentert i Vestfold (4). Dette var en 8-ukers registrering, og leger som hadde en forskriving på mer enn 4000 DDD per måned ble klassifisert som «storforskrivende». Dette er i samsvar med erfaringene fra Vestfold. I Vestfold har vi brukt betegnelsen «høyt forskrivende», og nedre grense for å bli klassifisert som «høyt forskrivende» lege er blitt definert ut fra rent empiriske betraktninger. Ved å lage et utvalg av heltids allmennpraktikere fant vi at deres gjennomsnittlige forskriving var 500 DDD per uke. Dette er definert som gjennomsnittet for standard forskriving i heltidspraksis. I Vestfold har vi funnet det mer hensiktsmessig å benytte uke enn måned som tidsintervall, fordi uke er en tidsenhet med fem faste virkedager. Nedre grense for å komme i gruppen «høyt forskrivende» lege ligger på det dobbelte av den gjennomsnittlige forskriving i standard heltidspraksis, og betyr en gjennomsnittlig forskriving av 1000 DDD eller mer av A- og B-preparater per uke.

Metode og materiale

I løpet av en 8-ukers periode i februar-mars 1995 ble all forskriving av A- og B-preparater i Vestfold registrert, omregnet til DDD og fordelt på de enkelte legene. Bortsett fra ett apotek ble all ekspedisjon av resepter registrert ved «Nafinett»-systemet. Dette er Apotekforeningens datasystem for sty-

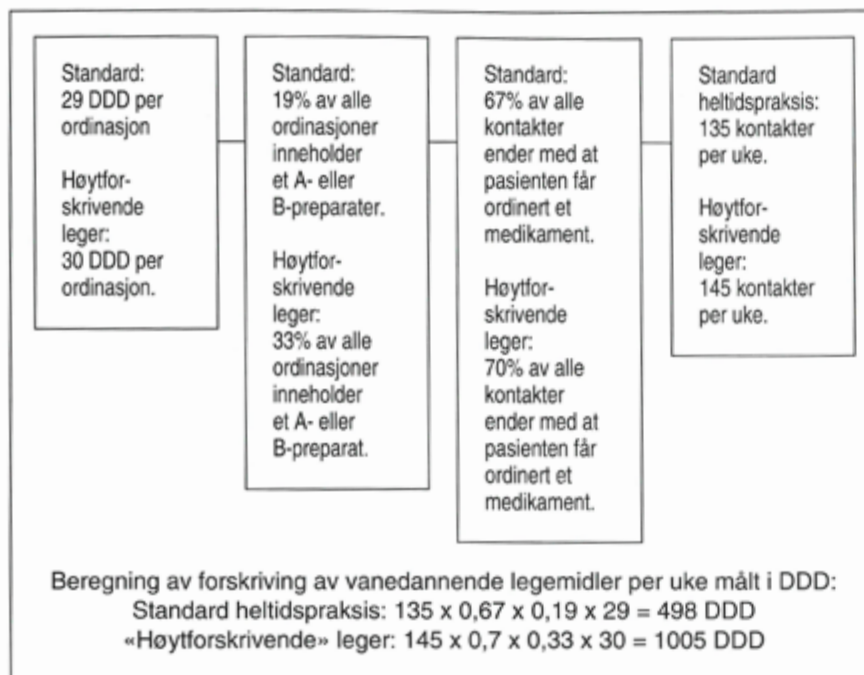
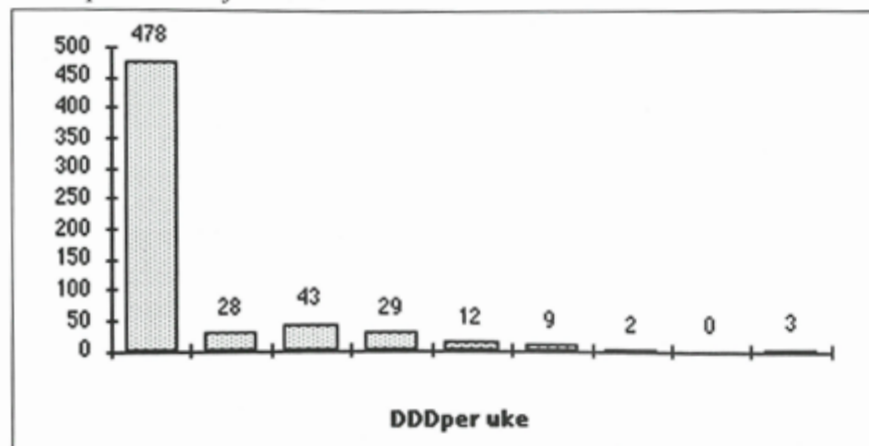


ringen av driften, og alle ekspedisjonene registreres på individ og ATC-grupper, samt for forskrivende leger. Dataene ble anonymisert og oversendt til fylkeslegekontoret på diskett. Data fra ett apotek ble lagt inn manuelt i samme system her på kontoret. I løpet av registreringen ble det ekspedert 659458 DDD av vanedannende legemidler som ble foreskrevet av 604 leger. I Vestfold bor det ca. 480 leger, og materialet viser at omkring 20% av de forskrivende leger var bosatt utenfor fylket. Undersøkelsen ble foretatt om vinteren når det ikke er ferietid og hyttesesong i Vestfold og viser at også mange leger utenom fylket er involvert i denne type forskrivning.

Resultater

Mange leger forskriver vanedannende legemidler, men de «høytforskrivende» legene spiller en dominerende rolle. Figur 1 viser fordelingen av legene i forhold til gjennomsnittlig forskrivning målt i DDD per uke. Den største gruppen av leger forskriver mindre enn 125 DDD per uke og representerer det store flertall av leger i Norge som har en lav forskrivning av disse medikamentene. De fleste av disse legene har et arbeid som i liten grad bringer dem i kontakt med pasienter som etterspør vanedannende legemidler. I følge figur 1 er det 14 «høytforskrivende» leger i Vestfold.

Figur 1. Fordeling av leger etter forskrivning av vanedannende legemidler. DDD per uke. Vestfold 1995.



Figur 2. En modell som viser forskjellen mellom forskrivning av vanedannende legemidler i standard heltidspraksis og hos «høytforskrivende» leger.

Denne gruppen foreskrev ialt 147045 DDD i registreringsperioden, eller 22% av totalen. Når en ser bort fra de 478 legene med meget lav forskrivning ligger toppen av fordelingen på forskrivningsintervallet 250-499 DDD per uke. Gjennomsnittet for standard forskrivning i heltids allmennpraksis ligger på 500 DDD per uke. Det finnes ca. 110 allmennleger i Vestfold og de 14 «høytforskrivende» legene befinner seg i denne gruppen. Det betyr at 13% av allmennlegene forskriver 22% av totalt forskrevet mengde vanedannende

legemidler, eller nesten en fjerdedel av hele dette markedet.

Fordelingen viser en jevn og kontinuerlig avflating fra en forskrivning av 250-499 DDD per uke mot 1000 DDD eller mer, som er grensen for «høytforskrivende» leger. Det er imidlertid interessant at det er tre leger som er plassert som en egen gruppe helt i fordelings ytterpunkt. Figuren viser at betegnelsen «høytforskrivende» leger ikke betyr noen ensartet klassifisering, og at grensen mot den øvrige gruppen av leger vil kunne bli gjenstand for diskusjon. For tilsynsynmyndigheten bør imidlertid en plassering langt ute til høyre være en grunn for skjerpet interesse.

En modell som viser den kvantitative betydning av fire faktorer som bestemmer størrelsen av forskrivningen

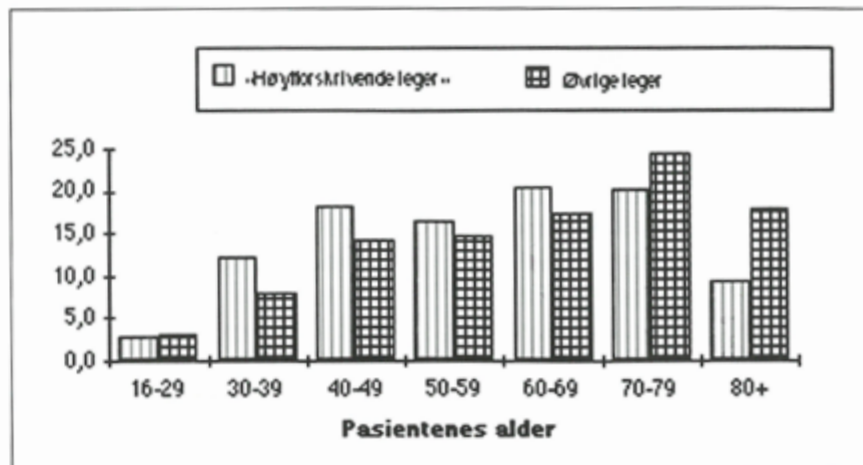
Figur 2 viser en fire faktor-modell for forskrivningen. Produktet av disse faktorene gir den totale forskrivning av DDD per uke. Hver enkelt lege kan selv finne verdiene som benyttes i regneformelen, og vil derved kunne fastsette årsakene til størrelsen av sin forskrivning. Modellen har følgende oppbygning:

1. Størrelsen på praksis vil ha en grunnleggende betydning for alle typer «produksjon», hva enten det gjelder medikament-forskriving, utstedelse av syk-meldinger eller andre parametre. Gjennomsnittlig kontaktrate i allmennpraksis i Vestfold er satt til 135 per uke.
2. Andre trinn er å registrere andelen av kontaktene som resulterer i ordinasjon(er). I standard allmennpraksis er det ca. 90 ordinasjoner per uke. Dette tallet vil databaserte praksiser kunne registrere direkte, mens andre praksiser må telle det manuelt. I Vestfold har vi beregnet at 67% av kontaktene vil resultere i en ordinasjon.
3. Tredje trinn består i å tallfeste hvor mange av ordinasjonene som inneholder et A- eller B-preparat. I Vestfold har vi funnet at denne andelen er 19% i standard praksis, dvs. at ca hver femte resept inneholder et vanedannende legemiddel.
4. Siste trinn inneholder gjennomsnittlig DDD per ordinasjon. Dette tallet beregnes automatisk av fylkeslegen og blir meddelt legene sammen med resultatet for den totale forskriving.

Som det framgår av figuren er det relativt liten forskjell på tre av faktorene i modellen når en sammenligner leger med standard forskriving og «høytforskrivende» leger. En faktor skiller seg ut og kan forklare størstedelen av forskjellen. Dette er andelen av ordinasjonene som inneholder A- eller B-preparat. Hadde de «høytforskrivende» legene også hatt en andel på 19% for denne faktoren, ville deres gjennomsnittlige forskriving per uke vært 578 DDD istedet for 1005 DDD ifølge modellen.

Har de «høytforskrivende» legene en så høy forskriving fordi det er mange eldre i deres praksis?

Den vanligste forklaring de «høyt-



Figur 3. Forskriving av vanedannende legemidler til pasienter i ulike aldersgrupper. Fordeling av forskrivingen til «høytforskrivende» leger og de øvrige legene. Prosent. Vestfold 1995.

forskrivende» leger har for å forklare nivået på sin forskriving, er at de har så mange gamle pasienter. Dersom en ser på aldersfordelingen til pasienter som får vanedannende legemidler, viser det seg at denne forklaringen ikke kan være riktig når en ser på gruppen «høytforskrivende» leger under ett. Figur 3 viser at de «høytforskrivende» legene relativt sett har en høy andel av forskrivingen til pasienter i aldersgruppene fra 30 til 69 år. Sett i forhold til det aldersspesifikke forbruksmønster av vanedannende legemidler i befolkningen, har de «høytforskrivende» legene et atypisk forskrivingsmønster. Dersom en regner på dette, gikk 67% av 14 «høytforskrivende» legers forskriving til pasienter i alderen 30-69 år, mot 54% for de øvrige legene. Ser en på den viktige gruppen 30-39 år har de «høytforskrivende» legene 55% høyere andel av forskriving til disse pasientene enn de øvrige legene.

Hva karakteriserer gruppen «høytforskrivende» leger?

Basert på erfaringene fra Vestfold er det endel viktige kjennetegn for denne gruppen:

1. De er alle menn og de er allmennpraktikere. Kvinnelige allmennpraktikere har en lav forskriving av vanedannende lege-

midler til tross for at kvinner bruker 40% mer vanedannende legemidler enn menn.

2. De er med få unntak erfarne leger som har drevet samme praksis i over 10 år, de finnes mest typisk i aldersgruppen 45-55 år og praktiserer i en by. Det er et generelt trekk at allmennleger i landkommunene i Vestfold har lavere forskriving av vanedannende legemidler enn kollegaene i byene.
3. Det mest typiske trekk ved deres praksis er at så høy andel av deres ordinasjoner inneholder et A- eller B-preparat. Dette tyder på en eller to forklaringer. Enten har de en lavere terskel for å skrive ut vanedannende legemidler, eller så har de tiltrukket seg pasienter som presenterer seg for legen med uttalte behov for vanedannende legemidler. Mange av disse pasientene er kronikere som har brukt samme lege i mange år. Disse forklaringene henger tildels sammen fordi det ryktes fort i befolkningen hvem som har en lav terskel for slik forskriving, noe som leder til seleksjon i legesøkingsmønsteret. De synes å ha en forskriving av vanedannende legemidler til en pasientgruppe som aldersmessig «matcher» deres egen alder, og de har relativt

liten forskriving til pasienter som er 70 år og eldre.

4. At legen driver i flerlegepraksis eller er spesialist i allmennmedisin synes ikke å være noen garanti for ikke å havne i gruppen «høyt forskrivende» lege. Åtte av 14 var spesialist i allmennmedisin, og det samme antallet var i to- eller flerlegepraksis. Dette er et overraskende funn og tyder på at denne type problematikk ikke vektlegges i etterutdannelsen og kanskje er et for sensitivt tema for diskusjon når kollegaer driver praksis sammen.

Diskusjon

Registreringenes representativitet. Legers forskriving av vanedannede legemidler er relativt enkelt å registrere fordi apotekene nå benytter seg av EDB, noe som gjør det lett å summere den enkelte leges forskriving. De fleste moderne praksiser i Vestfold er dessuten basert på EDB, noe som gjør det lett for disse legene å drive monitorering og selvevaluering av egen praksis. Det er således ikke noe problem med datatilfanget.

For tilsynsmyndigheten er slike registreringer nødvendig for å dokumentere hvilke leger som forskriver større mengder av vanedannende legemidler. Siden 1990 har Fylkeslegen i Vestfold foretatt fire slike registreringer, og kan dermed følge den enkelte leges forskriving over tid. Når registrering foretas over en 8-ukers periode utenom ferietiden vil en få representative resultater for de aller fleste leger.

Kvalitetssikring og internkontroll. Ved å knytte slike registreringer opp mot «aksepterte faglige normer» for behandling, vil det være mulig å utvide registreringene til også å bli en type kvalitetssikring. Registrering av forskriving av vanedannende legemidler bør kunne knyttes opp mot legenes internkontroll av egen praksis. Idag mangler imidlertid eksplisitte ret-

ningslinjer for forskriving av vanedannende legemidler, selv om det er hjelp å få i Felleskatalogen og Helsetilsynets veiledningshefte (5).

Et forsøk i Røros i 1993-94 viste at forskrivingen av vanedannende legemidler kunne reduseres med 50% i løpet av ett år (3). De faglige normene var følgende:

- For kodeinholdige analgetika: Velegnet for akutte smerter med varighet mindre enn to uker. Seponeringsopplegg og alternativ smertebehandling ved behandling av lenger varighet.
- For benzodiazepiner: Foreslås ikke brukt til andre pasienter enn dem som behandles i samarbeid med annenlinjetjenesten. Kroniske brukere innkalles for å få til et samarbeid om nedtrapping og seponering.
- For hypnotika: Forskriving av minstepakning som bare skal brukes i kortere perioder. Ved kroniske søvnproblemer bør disse medikamentene kun brukes intermitterende og det skal legges stor vekt på veiledning.
- Generelt: Ingen forskriving til pasienter der det er mistanke om eller kjent alkohol- eller medikamentmisbruk.

Den faglige tilnærming til forskrivingen vil i betydelig grad påvirke den totale forskriving.

Denne type faglige retningslinjer som praktiseres i Røros er betydelig mer restriktive enn de indikasjonstillinger som praktiseres av det store flertall av leger i Vestfold. Oversikten fra Røros viser at det ble foreskrevet 14148 DDD av vanedannende legemidler i en 13 ukers periode høsten 1994. Dette er i gjennomsnitt 1088 DDD per uke eller det samme som en gjennomsnittlig «høyt forskrivende lege» i Vestfold alene ville foreskrive i samme tidsrom. Forskjellen er at i Røros-området var det 11 leger som sto bak den samme mengden! Deres gjennomsnittlige forskriving var dermed 99 DDD per uke.



Dersom en anvender fire faktor-modellen og bruker de oppgitte tall fra Røros (99 DDD per uke, gjennomsnittlig 18 DDD per ordinasjon og 5,4 ordinasjoner per uke), vil en få følgende kvantifisering av modellen (Jeg har ikke noe tall for gjennomsnittlig kontaktrate for legene i Røros, men fordi 10 av legene er fastlønnsleger vil de i gjennomsnitt ha noe mindre tid i kurativ praksis enn avtaleleger i Vestfold. Dette er i alle tilfelle kun et regneeksempel for å vise betydningen av de enkelte faktorer):

Standard heltidspraksis i Vestfold i 1995:

$135 \times 0,67 \times 0,19 \times 29$
 $= 498 \text{ DDD per uke.}$

Gjennomsnittlig forskriving i Røros i 1994:

$110 \times 0,6 \times 0,083 \times 18$
 $= 99 \text{ DDD per uke.}$

Det er interessant å merke seg at gjennomsnittlig mengde av vanedannende legemidler per ordinasjon i 1993 i Røros, før forsøket startet, var 29 DDD. Det er det samme som vi fant for forskriving i standard praksis i Vestfold i 1995. Undersøkelsen fra Akershus/Oslo i 1993 fant et gjennomsnitt på 30 DDD. Dette tyder på at dette er den vanlige praksis i Østlandsområdet, og at den vesentlige del av pasientene får vanedannende legemidler forskrevet til langvarig bruk. Når legene

endrer sin forskriving fra 100-forskrivinger til flere minsteforskrivinger, slik som angitt i de faglige retningslinjene fra Røros, vil gjennomsnittlig DDD per ordinasjon falle fra 29 til 18.

Modellen viser at legene i Røros vil ha en noe lavere andel ordinasjoner, men først og fremst viser modellen at andelen vanedannende legemidler i forhold til samtlige ordinasjoner av legemidler og antall DDD per ordinasjon er betydelig lavere enn i Vestfold. Allmennlegers gjennomsnittlige forskriving av vanedannende legemidler vil derved bli ca. fem ganger lavere på Røros sammenlignet med forskrivingen i Vestfold.

For å få en korrekt beregning av disse parametrene må det imidlertid skaffes tilveie empiriske data fra Røros. I denne sammenheng benyttes modellen som et pedagogisk hjelpemiddel for å tallfeste betydningen av en strengere indikationsstilling og større bruk av misteforskrivinger. Denne sammenligningen viser også at standard forskriving betyr noe helt annet for legene på Røros enn for kollegene i Vestfold. Her kommer betydningen av «faglig aksepterte normer» inn, og demonstrer viktigheten av at myndighetene kan komme opp med nasjonale faglige normer for forskriving av vanedannende legemidler.

Hvilken nytte har man av en modell som omfatter de ulike faktorer som bestemmer omfanget av forskrivingen av vanedannende legemidler?

En slik empirisk modell vil først være av praktisk betydning når det kan skaffes tilveie korrekte empiriske data. Dette er relativt enkelt for praksiser som benytter seg av data-systemer for å styre driften. I alle tilfelle vil en slik modell kunne benyttes som et pedagogisk vektøy, slik at den enkelte lege eller tilsynsmyndigheten får en bedre forståelse av årsakene til størrelsen på forskrivingen. En må imidlertid vurdere validitet og fortolkning av den enkelte faktor. Det kan knyt-

tes noen kommentarer til hver enkelt faktor.

– *Gjennomsnittlig DDD per forskriving.* Dette er en faktor som lett kan måles. Erfaringene fra Røros viser at dette er en viktig faktor som avspeiler legenes forskriving av minsteforskrivinger. De faglige retningslinjene fra Røros tilsier at gjennomsnittlig DDD per ordinasjon bør være lav, dvs. under 20 DDD per ordinasjon. Denne indikatoren vil derfor gi en god tilbakemelding på om legen følger de faglige retningslinjene.

– *Andel av ordinasjonene som inneholder et A- eller B-preparat.* Resultatene fra Vestfold viser at denne indikatoren er sensitiv for «høyt forskrivende» leger i allmennpraksis. Den bør trolig være lav, ihvertfall under 20% av samtlige ordinasjoner. Dersom den er høy tyder det på at legen har lav terskel for å skrive ut vanedannende legemidler, evt. at praksisen har tiltrukket seg en spesiell gruppe pasienter som etterspør vanedannende legemidler.

– *Antall kontakter per uke og andelen av kontaktene som resulterer i en ordinasjon.* Produktet av disse to faktorene gir antall ordinasjoner per uke. Dette er et nøkkeltall i modellen fordi det gir et måltall på størrelse og type av praksis. Dette tallet er enkelt å få tak i for data-baserte praksiser, mens det krever noe arbeid å telle opp manuelt for de ikke-databaserte praksisene. Validiteten kan imidlertid bli et problem dersom en ikke har klare definisjoner og en konsekvent registrering. Problemet består i å slå sammen direkte og indirekte kontakter. Særlig for telefonhenvendelser, reseptfornyelser og andre typer kontakter som primært skjer via hjelpepersonalet, kan det være vanskelig å få korrekte tall. Disse faktorene er imidlertid viktige fordi størrelsen på praksis og antall ordinasjoner vil være basis for alle vurderinger av forskrivingen.

Konklusjon

Flere registreringer av legers forskriving viser at det er en relativt liten gruppe allmennleger som står for litt over 20% av all forskriving av vanedannende legemidler i Vestfold. En fire-faktor modell kan være et tjenlig hjelpemiddel til å forklare årsakene til den enkelte leges forskriving, slik at leger og tilsynsmyndighet kan få en bedre forståelse av hvilke faktorer som ligger bak en høy forskriving. Det som karakteriserer gruppen av «høyt forskrivende» leger er at de er mannlige allmennleger, og at de har en relativt høy andel av forskrivingen til pasienter i aldersgruppen 30-69 år. Sammenlignet med andre leger har de en høy andel A- og B-preparater i forhold sine samlede ordinasjoner.

*Ass.fylkeslege Hans Knut Otterstad
Fylkeslegen i Vestfold
Postboks 2253
3103 Tønsberg*

Referanser.

1. Johansson K, Tønne U. Risk for tilvenjing foreligger – att bemöta och behandla lekemedelsberoende. Stockholm: Lic, 1992
2. Bjerke E, Aga J, Bjørndal A. Effekt av tilbakemelding og selvaluering på forskriving av beroligende midler. Tidsskr Nor Legeforen 1991; 111: 2246-8
3. Krokstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskriving av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 1995; 115: 3634-7
4. Veileder i forskriving av vanedannende legemidler. Nr. 2, 1990. Oslo: Helsedirektoratets veiledningstjeneste, 1990.
5. Dybwad TB, Sundene G, Eskerud J, Hjortdahl P, Matheson I. Tilsyn med B-preparatforskrivingen. En registreringsundersøkelse av B-preparater i Oslo og Akershus. Tidsskr Nor Legeforen 1994; 114: 3207-10

Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin

Tekst: Frode Forland



Frode Forland er født i 1956. Spesialist i samfunnsmedisin. Arbeider nå som prosjektleder i Statens Helsetilsyn med «Prosjekt for kunnskapsbasert praksis». Kommunelege i Nissedal i Vest-Telemark fra 1987–1995, med to års permisjon som distriktslege i Zimbabwe. Opptatt av utkantmedisin nasjonalt og internasjonalt. God kunnskap og behandling skal være like lett tilgjengelig periferien som i sentrum!

Kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis

Studiar som er gjort viser svært varierende resultat med tanke på i kva grad ein handlar etter dokumentert kunnskap i medisinen. I 1991 uttalte redaktøren i British Medical Journal at berre ca 15%

Eit nytt omgrep er i ferd med å trengje seg inn i medisinen; kunnskapsbasert praksis. Kva er vel det for noko? Vår praksis har alltid vore kunnskapsbasert vil mange hevde. Inneber omgrepet ein kritikk av den måten vi har drive praksis på hittil? Det er jo nettopp dette som skiljer skulemedisinen frå kvakksalvarar og alternative profetar, at vi må vise til vitenskapleg dokumentasjon som grunnlag for vår kliniske praksis.

av medisinsk intervensjon har støtt i solid vitenskapleg bevisførsel (1). David Sackett og medarbeidarar fann i ein studie frå ein indremedisinsk avdeling i 1995 at heile 82% av behandlinga der hadde god vitenskapleg dokumentasjon, anten i form av konklusjonar frå randomiserte kontrollerte forsøk eller i form av semje blant fagfolk om ikkje eksperimentell kunnskap (2). Alt tilbake i 1861 uttalte Oliver Wendell Holmes seg med skepsis om medisinenens dokumentasjonsgrunnlag: «Eg er overtydd om at dersom heile medisinenens materie, slik den no blir brukt, sank til havsens botn, ville det vere til beste for menneskja og til verste for fiskane» (3).

Allmenn- og samfunnsmedisinsk praksis blir stadig utsett for angrep frå meir kvantifiserbare fag i medisinfamilien for å vere uvitenskapleg og omtrentleg og mykje prega av synsing og skjønn (personlege referansar gjennom årtier). Både allmenn- og samfunnsmedisin har slitt for å markere sin eigenart som fag i landskapet av medisinske spesialitetar. Spørsmålet om akademisering og teorigrunnlag for desse fagområda har vore til debatt i miljø for fagutvikling og utdanning i mange år. Med bakgrunn i

dette er det god grunn til å tilrå den systematiske metoden som kunnskapsbasert praksis byggjer på som grunnlag for vidare utvikling av teorigrunnlaget for allmenn- og samfunnsmedisin.

Definisjonar

Kunnskapsbasert praksis er foreslått som norsk term for det engelske «Evidence-based medicine», og handlar om å utøve klinisk praksis i samsvar med den beste kunnskap som finns på det gjeldande området. Mange ulike kjelder kan bidra til å gjere praksis kunnskapsbasert. Utarbeiding av handlingsprogram for god klinisk praksis som er i tråd med aktuelle forskingsdata er eit viktig bidrag. Informasjon frå Cochrane-databasen (sjå lenger ned) og andre kunnskapsdatabaser bør ligge i botn ved utarbeiding av kliniske handlingsprogram. Omgrepet er ikkje heilt enkelt, og dekkjer noko meir enn det engelske «Evidence-based», men ved å inkludere all valid kunnskap, kan og systematisert erfaringskunnskap der grunnlaget kunnskapen byggjer på er eksplisitt, få rom under dette omgrepet. Underteikna ser dette som ein føremon sidan det kan hindre ei unødvendig polarisering mellom kunnskap som byggjer



Logoen til det internasjonale Cochrane-samarbeidet symboliserer ein metaanalyse av sju studiar om effekt av steroider gitt for forventna prematur fødsel. Romben viser signifikant effekt av slik behandling, der resultatene av enkeltstudiar var for små eller for sprikende til å trekke valide konklusjonar.

på røynsle og kunnskap som bygger på forskningsdokumentasjon.

Cochrane-samarbeidet er eit internasjonalt nettverk av klinikarar og forskarar som produserer, spreier og vedlikeheld systematiske oversikter over effekten av helsetenester. Det er hittil oppretta åtte internasjonale Cochrane-sentra som støttar grupper som arbeider ut systematiske oversikter i dette nettverket. Noreg er knytta til det nordiske Cochrane-senteret i København.

Systematisk oversikt er ein systematisk litteraturgjennomgang på ei definert klinisk eller samfunnsmedisinsk problemstilling. Ved hjelp av søkje-strategiar og kritisk statistisk og metodemessig vurdering av litteraturen (meta-analyse), kan ein på denne måten trekke ein samla konklusjon som er meir valid enn konklusjonar frå enkeltstudiar.

Cochranedatabasen for systematiske oversikter er hovuddatabasen i Cochranenettverket, der alle modular for ulike fagdatabaser blir samla. Databasen inneheld i 1995-utgåva m.a. oversikter innanfor fagområda svangerskap og fødsel, infertilitet, slagbehandling, schizofreni og parasittære sjukdomar.

Det er ein ferdig modul i databasen, denne omhandlar fagfeltet svangerskap og fødsel, og inneheld ialt ca 650 systematiske oversikter.

Kvifor treng vi dette?

Korleis kan helsearbeidarar halde seg oppdaterte i forhold til ny kunnskap på sitt fagfelt, og korleis kan politikarar og beslutningstakarar få tak i den kunnskapen dei treng for å ta dei rette val i helsepolitikken? I dagens samfunn er kunnskapsmengda i medisinsk forskning for stor til at klinikarar kan klare å halde seg fagleg ajour i høve til all relevant litteratur og forskning. Årleg vert det publisert omlag to millionar artiklar i biomedisinske tidsskrift, og mykje av forskinga er full av viktige funn som har konsekvensar for pasientbehandling (4). I 1979 skreiv den engelske epidemiologen Archie Cochrane: «Det er ein alvorleg kritikk mot vår profesjon at vi ikkje har organisert kritiske, periodiske samandrag på spesialitets- eller subspecialitetsnivå av alle relevante kontrollerte forsøk» (5). Med bakgrunn i denne ideen har det internasjonale Cochrane-samarbeidet utvikla seg.

I eit moderne informasjonssamfunn er det makt påleggande å ha tilgang til marknadsplassen der kunnskapen vert bode fram og selt. Gjennom utarbeiding av systematiske oversikter, har ein i Cochrane-nettverket funne eit system for å få tak i viktig kunnskap. Kunnskapen vert så presentert ved hjelp av moderne informasjonsteknologi eller gjennom tradisjonelle kanalar for den internasjonale kunnskapsmarknaden. Å gjere norsk helsevesen kjent med produkt og få dei integrerte i den daglege menyen i norsk helsevesen, vert ei viktig oppgåve for den statlege helseforvaltning i samarbeid med forskings- og utdanningsinstitusjonane og dei ulike kliniske fagmiljøa i Legeforeninga.

Den systematiske metoden for kunnskapsinnhenting og bearbei-

ding som er utvikla gjennom Cochrane-samarbeidet, har i fyrste rekke blitt brukt til å analysere randomiserte kontrollerte forsøk, men metoden er under utvikling til også å kunne gjelde for studiar av kvalitativ karakter. Grunnlaget for god fagleg standard er oversikt over kunnskapen og praksis som er i samsvar med den.

I Noreg er det behov for god og klinikknær forskning som kjem pasientane direkte til nytte, og det er viktig å hindre at forskning på kjent viten finn stad. Cochrane-samarbeidet kan vere til hjelp i dette. Program for kunnskapsbasert praksis kan bli eit viktig og svært nødvendig bindeledd mellom klinisk/epidemiologisk forskning og dei utøvande kliniske fagmiljøa i primær- og spesialisthelsetenesta i Noreg.

Organisering

I Noreg har Folkehelse og Helsetilsynet stått sentralt i arbeidet med å bringe fram ideen frå Cochrane-samarbeidet om kunnskapsbasert praksis til helsetenesta. På Folkehelse byggjer ein opp eit kompetansesenter for kunnskapsbasert praksis som skal vere ansvarleg for forskning og tilknytning til det internasjonale Cochrane-nettverket. I Helsetilsynet har ein etablert eit prosjekt som har som hovudfunksjon formidling og implementering av det faglege innhaldet frå Cochrane-databasen og andre kunnskapskjelder til helsetenesta.

Internasjonalt er Cochrane-samarbeidet eit gigantisk gruppearbeid, der klinikarar og forskarar samarbeider på tvers av geografi og språkgrenser for å få tak i all valid informasjon om effekten av ulike helsetiltak. Ei ekspertgruppe vurderer det faglege innhaldet i ein oversikt for den vert publisert gjennom nettverket.

Korleis få nytte av dette i klinisk praksis?

Det finns truleg mange barrierer mot å ta i bruk ny kunnskap i kli-

nisk praksis, dette kan mellom anna vere:

- *Tradisjon* – motstand mot ein ny form for kunnskapstileigning. Tradisjonelt har dei fleste helsearbeidarar nytta lærebøker, kurs, personlege kontaktar og «tilfeldig» tidsskriftlesing som viktige kunnskapskjelder. Bruk av internasjonale systematiske oversikter og eigen kritisk, problembasert læringsmetodikk i forhold til kliniske problemstillingar i praksis er ein utfordrande og i fyrste omgang krevjande metode for kunnskapsinnhenting.
- *Tid* – arbeidsmengde hjå den einskilte klinikar. Korleis skal ein finne ein arbeidsstil der ein set av tid til oppdatering og kunnskapsinnhenting på systematisk vis i ein travel kvardag der tida allereide er eit knapphetsgode?
- *Teknologi* – frykt for nye medier og datateknologi. Mykje av kunnskapen frå Cochrane-nettverket vert utarbeidd og presentert via moderne informasjonsteknologi. Dei fleste norske allmenn- og samfunnsmedisinaren er over fyrste barriere i bruk av datateknologi, men nye program og metodar vil vere ein barriere for nokre.
- *Struktur og organisasjon på helsetenesta*. Ein del klinikarar og samfunnsmedisinaren sit i posisjonar der det er andre som tek viktige avgjerder både vedrørende faglege og administrative spørsmål. Får ein nødvendig tid og rom til oppdatering, etter- og vidareutdanning i kommunen eller i privat praksis? Fagleg grenseoppgang mellom fyrste- og andrelinjetenesta kan og vere nødvendig for å få til ei god og relevant etterutdanning.
- *Pris* – kostnad på produkt og utstyr. Dei fleste har datautstyr, men nye program kostar pengar.

Cochrane-databasen kostar ca. 700 kr i personleg abonnement og vert oppdatert to gongar i året. Andre tidsskrift som samlar systematiske oversikter over effekten av helsetenester, t.d. Bandolair, Effective Health Care, Evidence-Based-Medicine, Annals of internal medicine, kostar og.

- *Jus* – problem med datasikkerhet for pasientjournalar i høve til opne kunnskapsdatabaser. Tilknytning til internett og andre opne nettverk vert med dagens teknologi ikkje godkjent av datatilsynet. Bruk av CD-rom eller diskettar er akseptabelt, men vert ofte ein tungvinn metode om ein treng ny informasjon medan ein er inne i eit anna program. Avklaring av rettslege sider rundt bruk av IT i denne samanhengen er nødvendig.

Tre sentrale spørsmål

Etter å ha sett på barrierer som ein må finne vegar forbi i eigen praksis, er det tre spørsmål til som ein må prøve å finne svar på:

1. Korleis få tak i systematisert kunnskap på ein lett måte i praksis?
2. Korleis definere problemstillingar og søkje etter svar når valid kunnskap ikkje er å få tak i på ein lett måte?
3. Korleis få til endring av klinisk praksis i samsvar med den kunnskapen ein har?

Spørsmåla er store og kunne krevje ein artikkel kvar, og mykje er skrive om dette i internasjonale tidsskrift innanfor medisin og pedagogikk. Ei kort utdyping av problemstillingane følgjer:

Korleis gjere kunnskapen tilgjengeleg?

Mitt utgangspunkt er at eg som allmennlege og samfunnsmedisinaren ofte har stått i situasjonar der

eg har hatt behov for svar på viktige spørsmål i min praksis. Spørsmåla kan anten kome frå pasientar, medarbeidarar eller ha utgangspunkt i egne refleksjonar. WS Richardson & DL Sackett refererer studiar som viser at erfarne klinikarar treng ny kunnskap om to nye «ting» for kvar tre pasientar dei ser (6). Det kan vere spørsmål om undersøking, diagnose, prognose, behandling, oppfølging osv.

Den kunnskap som er systematisert og valid må vere lett tilgjengeleg om han skal bli brukt i klinisk praksis (t.d. det faglege innhaldet i Cochrane-databasen).

Prosjektet for formidling og implementering av kunnskapsbasert praksis i Helsetilsynet skisserer tre hovudvegar for å få tatt slik kunnskap i bruk:

- Integrere kunnskapen i lokale prosedyrepermar.
- Innarbeide kunnskapen i kliniske handlingsprogram og faglege vegleiarar.
- Innarbeide konklusjonar frå internasjonale kunnskapsdatabaser i hypertekst og beslutningsstøtte i aktuelle dataprogram som er i bruk i allmennpraksis.

Det vil og vere behov for å utvikle eit system for å spreie denne kunnskapen i former som kan brukast for legar som ikkje har dataanlegg.

Å stille dei rette spørsmåla – og finne svar på dei

Dette handlar om haldning til nye og ukjente problemstillingar, om den tradisjon vi er opplærde i, og den porsjon med nysgjerrighet og vitetrang den einskilte har og er stimulert til å utvikle. Legar har sin personlege læringsstil, slår Prestegaard og Brun Pedersen fast i sitt abstract til erfaringsseminar for kvalitetsutvikling 25.-26. januar 1996 (7). I tillegg til vår personlege stil er vi nok og sterkt prega av den medisinske tradisjon og utdanning vi er opplærde i.

Grunnutdanning og etter- og vidareutdanning i Noreg har hittil vore lite prega av problembasert læring som metode. Med denne metoden arbeider ein systematisk etterfølgjande oppsett (7-trinns modellen):

- Klargjer termer og omgrep
- Definer problemstilling
- Analyser problemet
- Systematiser innhaldet
- Formuler læringsmål
- Få tak i kunnskap
- Syntetiser og vurder den nye kunnskapen

Ein slik læringsmetode vert oftast brukt i ein gruppeprosess, men ramma kan og brukast om ein sit åleine med ei problemstilling, og kan t.d. nyttast som ramme for konsultasjonsprosessen. Kunnskapsbasert praksis utvider dei siste to punkta, og inkluderer kunnskap om søkje strategiar for å få tak i all tilgjengeleg dokumentasjon og kritisk, metodemessig vurdering av denne. Og sist og kanskje viktigast, korleis få tatt i bruk den nye kunnskapen til beste for pasienten.

Ny studieplan for medisinstudiet i Oslo og forsøk med problembasert læringsmetodikk i Trondheim gjev von om ei ny tid for norsk medisinarutdanning. Det vil vere ei utfordring for fagmiljøa i allmenn- og samfunnsmedisin å arbeide med å integrere desse metodane i etter- og vidareutdanninga innanfor sine fagfelt, og dei obligatoriske vegleiingsgruppene i spesialistutdanninga bør kunne stå sentralt i arbeidet med å utvikle ein meir problembasert og kunnskapsprega medisinsk praksis.

Korleis oppnå endra praksis

Målet med læring i medisinen er at kunnskapen ein får skal kome pasienten til nytte. Fleire store metaanalyser viser at det ikkje finns noko hokus pokus eller uoppfunne krutt i pedagogikken (8, 9). Det synest likevel klart at

det ved hjelp av intensivert kunnskapsformidling, gjennom så mange pedagogiske kanalar som mogleg, over så lang tid som mogleg, inkludert strategiar som aktivt trekker den som skal lære inn i læringsprosessen, er mogleg å endre profesjonell adferd hjå helsearbeidarar. Dette er ein kunnskap som også gjeld for helseopplysning til pasientar. (Ikkje gje opp, snakk om røyk og alkohol til alle aktuelle pasientar kvar gong, så gjev det resultat i si tid). Oxman et al påviser at nokre metodar er meir effektive enn andre, blant anna oppskjende verksemd på kontoret (å la industrien), merking og påminning i praksis og integrasjon av fleire metodar samstundes (9). Det vi driv mest med i etter- og vidareutdanning, nemleg kurs og konferansar, er desverre det som er minst effektivt!

Hauste kunnskap frå framgang

Dette er overskrifta på ein leiarartikkel i JAMA nyleg (10). I artikkelen lovpriser forfattaren dei framsteg som er gjort med å bruke statistikk og kritiske metodar for å betre kvalitet og innhald i medisinske studiar. Hans hovudpoeng er likevel noko anna. Han fortel om korleis ei gruppe med karkirurgar i England klarte å forbetre kvaliteten på det arbeidet dei gjorde ved ganske enkelt å samarbeide og lære av kvarandre (24% reduksjon i perioperativ mortalitet). Også dette er vitenskap på eit høgt nivå sjølv om forskingsdesignet ikkje passar inn i noko ferdig formular. Kirurgane såg, dei snakka saman, diskuterte og lærte. Eit anna ord for dette er kollegabasert læring. Denne metoden er i bruk i etter og vidareutdanninga i allmennmedisin, og ved vidareutvikling av teorigrunnlaget for metoden, og ved dokumentasjon av effekt kan den få større innpass og vert meir effektiv.

Har ein gode idear i sin daglege praksis, finn ein ut noko lurt, er det ei etisk plikt å dele dette med

andre slik at det kan kome flest mogleg pasientar til nytte. God dokumentasjon av slik kunnskap er vitenskap som helsevesenet treng. Når denne type samarbeid og kollegial utveksling går hand i hand med ein medisinsk praksis som er bygd på den beste tilgjengelege kunnskap, kan ein få god kvalitet i helsetenesta.

Frode Forland
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep.
0032 Oslo

Litteratur:

1. Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence. *BMJ* 1991; 303: 798-99.
2. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence-based. *The Lancet* 1995; 346: 407-410.
3. Holmes OW. In Strauss MB, ed. *Familiar medical quotations*. Boston: Little Brown, 1968: 124.
4. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. In *Systematic Reviews*, Chalmers I, Altman DG, ed. *BMJ Publishing Group* 1995.
5. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. *BMJ Publishing Group* 1989.
6. Richardson WS, Sackett DL. Posing answerable clinical questions. Conference hand out. Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford, 1996.
7. Prestegard K, Brun Pedersen O. Fra kunnskap til handling. En undersøkelse om hvordan allmennleger endrer sin kliniske atferd. Abstract til Erfaringsseminar, Soria Moria, 25.-26. januar 1996.
8. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care. A literature review. *International J for Quality in Health Care*, Vol 6, No 2, pp.115-132, 1994.
9. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can. med. assoc. J.* Nov.15, 1995; 153(10).
10. Berwick DM (editorial). Harvesting knowledge from improvement. *JAMA*, March 20, 1996- Vol 275, No.11.

Sting i brystet



Tekst: Satya P. Sharma



Satya Pal Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Dehli. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamen i ortopedisk medisin med bla. manipulasjon ad modum Cyriax, London. 2 1/2 årig deltidskurs med eksamen i klassisk akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin 1995. Kommunelege i Masfjorden 1990-95. Helse-sjef i Åsane fra 1995. Har skrevet flere artikler i Utposten tidligere.

En 42 år gammel kvinne kommer på kontoret med bryst smerter anterolateralt på venstre side. Smertene provoseres ved dyp pust og hoste, de oppleves som sting eller knivstikkaktige. Det er vanskelig å puste dypt inn, hun «mister pusten» på grunn av smerter.

Hun har vært frisk før det aktuelle. Hun røyker ca. 15 sigaretter daglig. Arbeider på kontor. Er tynn og ca. 162 cm høy. Ingen hjertesykdom i familien.

Det finnes normale funn over hjerte og lunger. BT 135/80. Smerteprovokasjon ved rotasjon av thorax. Ved palpasjon kan det ikke provoseres smerter over smertestedet eller over columna.

Jeg konkluderte med at hun sannsynligvis hadde refererte smerter fra midtre thoracalcolumna. Smertene kunne reproduseres ved rotasjon av thoracalcolumna. Hun fikk derfor manipulasjon som umiddelbart hjalp på smertene.

Diskusjon

Det er ikke uvanlig å ha relativt friske folk med stingsmerter på kontoret. Bildet blir ofte komplisert hvis de er forkjølet i tillegg eller har andre sykdommer, som feks. hjertesykdommer. For å komme nærmere diagnosen må en utelukke følgende:

- kardiale årsaker
 - angina, hjerteinfarkt/dissekerende aortaaneurysme
- pulmonale årsaker
 - pneumoni, lungeemboli, pneumothorax, plevritt
- andre årsaker som herpes zoster, frakturer p.g.a. osteoporose

Stingsmerter i brystkassen er like vanlig som lumbago, men vi er nok mer fortrolig med tilstander som lumbago/isjias enn med lignende fenomener i thoracalcolumna. Smertene kan oppstå i forbindelse med brå bevegelser eller løfting, eller ved arbeid i foroverbøy-

de stillinger med samtidig rotasjon. Ofte oppdager ikke pasienten dette umiddelbart, i motsetning til ved smerter i lumbalregionen som gjerne kommer med en gang. Det som kompliserer, er at smertene kjennes lateralt eller anteriort i en viss avstand fra selve columna. Men hvis vi sammenligner med isjiassmerter som kjennes i leggen eller hoftesmerter som refereres til kneet, er det enklere å forstå. I thoracalregionen går nerver sirkulært og refererer smerter sirkulært.

Vanligvis kan det provoseres smerter ved rotasjon av thorax eller ved postero-anteriort trykk over thoracale virvler. Men dette er ikke alltid tilfelle, feks. hvis skiveprotusjonen ligger noe mer lateralt. Mange av oss har opplevd at selv om en har isjiassmerter i leggen, kan en ikke provosere dem ved trykk over columna. Noen vil hevde at dette heller kan skyldes bueleddpatologi enn skiveprotusjon (1). Dette er nok en uenighet om patologi. Jeg holder meg til skiveprotusjon som sannsynlig årsak.

Undersøkelsesteknikk

Pasienten sitter på en stol med begge knærne sammen. Høyre hånd på venstre skulder og venstre på høyre skulder mens armene holdes inntil kroppen. Uten å vri på nakken roterer pasienten aktivt overkroppen først mot ene side, så til den andre siden. En observerer bevegelsesutslagene, og om det provoseres smerter. Spesielt noterer man om smerter kjennes på det tidligere angitte stedet, og om det ligner på smerter kjent av pasienten tidligere.

Man tester deretter passiv bevegelse i thorax. Med pasienten i samme stilling holder eksaminatoren pasientens knær mellom egne. Han plasserer sin høyre hånd over pasientens venstre og venstre hånd over og noe bak pasientens høyre skulder. Pasientens overkropp vrir nå fra side til side. Smerter og bevegelse noteres. Pasienten unngår hele tiden å vri på nakken samtidig for å hindre forstyrrelser fra smerteprovokasjon over skapularegionen fra cervicalcolumna. I tillegg kan det være nyttig at pasienten også utfører fleksjon, ekstensjon,

sidefleksjon av lumbal og thoraco-lumbal columna.

Hensikten med denne sykehistorien var å fokusere på noe som ofte avskrives som myalgier. Diagnosen myalgier er lite avklarende og avdekkende. Det er sjelden at slike pasienter undersøkes med thoraxrotasjoner eller bevegelser av columna, men det kan i visse tilfeller være avklarende. Selv om en ikke manipulerer selv, kan det være betryggende for pasienten å vite at det ikke er et hjerte-/lungeproblem som de oftest er engstelig for.

Denne type smerter vil noen

ganger gå over eller blir bedre i løpet av 3-4 dager. Pasienten kan eventuelt henvises senere til en manuell terapeut hvis problemet fortsetter.

Satya Sharma
Åsane Bydelsadministrasjon
Åsane senter 38
5095 Ulset

Litteratur

1. Sharma S. Cyriax og andre manuelle undersøkelsesmetoder, Utposten, 1994; 23: 124-27.

Odd Berg gruppens medisinske forskningsfond

Fondets formål er å støtte medisinsk forskning i Tromsø og Nord Norge. Alle typer medisinsk forskning kan oppnå støtte, men kliniske og samfunnsmedisinske prosjekter som kan gi praktiske resultater vil bli prioritert. Det kan gis støtte til drift, utstyr og kort-tidsstipendier. For 1996 kan det i alt utdeles inntil kr. 500.000. Under tildelingen vil det bli tatt hensyn til prosjektets kvalitet og dets relevans for Tromsømiljøet og Nord Norge. Tilfredsstillende forskerkompetanse og veiledning må dokumenteres.

Søknader kan sendes til Odd Berg Gruppens Medisinske Forskningsfond, Postboks 233, 9001 Tromsø innen 1.7.96. Telefax 776 84732.

Hvordan opplever familier med psykisk utviklingshemmede barn samarbeidet med helsetjenesten?

Tekst: Inger Marii Tronvoll



Inger Marii Tronvoll, embets-eksamen i sosialt arbeid, forsker ved Norsk senter for barneforskning, som er tilknyttet stiftelsen Allforsk, Universitetet i Trondheim.

Barn med spesielle behov har rett til hjelp i form av kommunale tjenester og tiltak. Alle barn har rett til å vokse opp i sitt «normale» miljø, dvs. i sin familie og få den hjelp de trenger i lokalmiljøet, eller så nært som mulig. Arbeidet med tilrettelegging og koordinering av helhetlige tjenestetilbud til barn har pågått i flere år, i tråd med tenkningen bak HVPU-reformen, de spesialpedagogiske reformene og den generelle trenden med å desentralisere offentlige tjenester ned til det kommunale forvaltningsnivået. Bedre samarbeid mellom de ulike etater og instanser i kommunen og økt brukermidvirkning, er viktige virkemidler for å gi barna gode kommunale tilbud. Vi vet mye om hvordan man

INNLEGG NIDAROS-KONGRESSEN OKTOBER 1995

Innlegget er basert på et forskningprosjekt ved NOSEB med følgende tema: Brukermidvirkning ved tilrettelegging av kommunale tjenester til barn med funksjonshemming, og en grundig redegjørelse for prosjektet vil bli tilgjengelig i form av en doktoravhandling i løpet av 1996. I dette innlegget vil jeg kort referere problemstilling, metode for datainnsamling og utvalg, og trekke frem noen sentrale momenter fra analysen som munner ut i noen tanker – som forhåpentligvis kan være til ettertanke – om helsetjenestens plass i barnas helhetlige tilbud, sett fra familiens ståsted.

ønsker at det skal være, men hvordan arter dette seg for dem det gjelder?

Problemstilling

Hvordan oppleves dette samarbeidet, både som prosess og som resultat i form av barnets totale tilbud, av de som gjennom sitt samarbeid skal virkeliggjøre reformens idealer?

Metode

Å forske på praksis innenfor en virksomhet der det er så lite av denne type forskning å bygge videre på, er både forskningsmessig og vitenskapsteoretisk en utfordring. Det måtte bli en «bottom-up» studie der en så på hvordan tilværelsen til barna fortonte seg nedenfra, for de som er involvert i samarbeid med familien om å skape et helhetlig tilbud til barnet. Jeg måtte finne en forskningstilnærming og metode som ga tilgang til subjektive opplevelser og erfaringer, og valgte å studere samarbeidet rundt noen få barn grundig, altså en form for case-study. Datamaterialet ble innhentet gjennom ustruk-

turet intervju basert på en intervjuguide som fungerte som en sikring for ikke å glemme viktige områder. Det viktigste var at informantene fikk komme frem med de erfaringer og synspunkter de var opptatt av. Først ble familiene intervjuet. Der møtte jeg også barna og snakket med dem, senere gikk jeg runden og intervjuet de ansatte i kommunen som foreldrene oppgav som samarbeidspartnere.

Utvalg

Undersøkelsen omfatter 50 intervjuer fordelt på åtte tilfeller (case), og utgjør et stort kvalitativt datamateriale. Situasjonen rundt barna er grundig belyst. Av de åtte har fem barn diagnosen psykisk utviklingshemming. Tre av disse har en ganske omfattende og sammensatt funksjonshemming, mens to har funksjonshemming av lettere grad. Av de tre barna som ikke er psykisk utviklingshemmede, har to cerebral parese, en har sosio-emosjonelle vansker der en på intervjuetidspunktet ikke hadde kommet fram til noen diagnose.

Barna er i alderen 4–13 år, og bor i fem ulike kommuner/storby-

distrikt fordelt på to fylker. Kommunene kan deles inn i tre typer: Småkommune, mellomstor kommune og storbydistrikt. Hovedkriteriet for utvelgelsen har vært å få frem variasjon og mangfold for å få frem nyansert kunnskap om fenomenet, som er samarbeid om desentraliserte tjenester til barn med funksjonshemming.

Funn

Analysearbeidet har vært preget av det som kalles «en runddans mellom teori og data», der forskeren i sin fortolkning stadig må gå tilbake til intervjumaterialet og sjekke om tolkningen er rimelig og troverdig (Wadel 1990). Å trekke frem biter fra et slikt arbeid er litt risikabelt i den forstand at de kan fremstå som løsrevet fra sammenhengen som gir dem en mer nyanisert mening. Jeg ber dere ha det i bakhodet om fremstillingen av resultatene virker overfladisk, når jeg nå trekker fram noen momenter som jeg oppfatter som sentrale.

Tilbudet til barna oppleves i liten grad som helhetlig og stabilt, men heller som et skjort puslespill. De fleste foreldrene sa seg likevel fornøyd med det tilbudet barnet hadde på intervjutidspunktet, men det hadde kostet aktiv innsats å få det til og de var usikre på hvor lenge de ville få beholde det – Det ble evaluert minst en gang hvert år i forbindelse med kommunenes budsjettbehandling! Foreldrene understreket også at det var viktig å lære seg å ta imot hjelp tidlig, og at motivering og støtte fra fagfolk i denne fasen hadde stor betydning. Selve måten foreldre blir møtt på, og ikke minst hvordan barnet deres blir møtt, betyr mye. At hjelpere er oppriktig engasjert i barnet synes å ha mer å si for hvor god jobb de gjør enn hvilken formell utdanning de har, sa en av fedrene til meg.

Foreldreinnsatsen er betydelig, langt utover det foreldreomsorg for vanlige barn innebærer, både på grunn av tyngre omsorgsoppga-

ver og på grunn av omfattende samarbeid med ulike offentlige samarbeidspartnere for å få bitene i barnets tilbud satt sammen til en hverdag å leve med¹. Særlig gjelder dette de sterkt funksjonshemmede barna. De hadde vært utsatt for sykdom av tildels alvorlig art i småbarnsalderen, med de følelsesmessige og praktiske følgene det har for de nærmeste omsorgspersonene. Disse barna blir heller ikke mer selvstendige med alderen slik at omsorgsoppgavee minker. Barna blir tyngre å stelle og hjelpe i hverdagsituasjonene og det trengs mer spesialutstyr og mer plass. Barna med lettere funksjonshemming krevde mindre praktisk stell og hjelp, men de trengte mye oppmerksomhet og engasjement. Særlig gjaldt dette tilrettelegging og oppfølging i forhold til sosial deltagelse.

Når det gjelder foreldrenes rolle overfor den kommunale forvaltningen og lokalsamfunnet, kan den grovt karakteriseres ved hjelp av tre stikkord:

- foreldre som *formidlere*, som presenterer barnet,
- foreldre som *vaktbikkjer*, mot nedskjæring,
- foreldre som *pådrivere*, for bedring av tilbud.

Jeg skal gi noen eksempler på dette: Det jeg kaller å opptre som *formidlere* vil si å presentere barnet for viktige personer eller grupper i omgivelsene, og derved legge forholdene tilrette for kontakt og samspill mellom dem og barnet (Tronvoll 1994). Dette er en forutsetning for integrering og inkludering. Særlig viktig synes formidlingsfunksjonen å være i de tilfellene der barnets funksjonshemming er så omfattende at barnet selv ikke gjennom kommunikasjon og adferd formidler hvem det er. Det

¹ Dette samsvarer med funn hos Ingstad & Sommerschild 1983, hos Haavind, Ingstad & Mæhla i Rudie 1984, og konklusjoner hos Grue 1993.

var møtet med gutten jeg kaller Brage og hans foreldre i et av de første intervjuene som gjorde meg oppmerksom på formidlingsfunksjonen. Da jeg ankom var Brage ferdig med kveldsstellet og hadde sin daglige kosestund på fars fang mens far satt i stressless-stolen og så på Dagsrevyen. Brage hadde fått på seg pyjamasen og lå på magen, nærmest i fosterstilling, på fars bryst med hodet hvilende på skulderen hans mens far holdt rundt og strøk de nakne føttene hans. Jeg snakket til Brage og strøk kinnet hans, men han viste ingen respons, lå bare helt stille. Hvordan kan en bli kjent med, få et inntrykk av hvem dette barnet er, når det kommuniserer hverken med ord eller lyder, eller gjennom bevegelse? Ettersom intervjuet skred fram oppdaget jeg at foreldrene presenterte Brage for meg, formidlet ham som en person som liker og misliker, en person de kjenner og kommuniserer med.

En kan spørre seg hvordan det er mulig å kommunisere med et slikt barn, men både foreldre og ansatte som arbeidet daglig og nært med såvel Brage som de andre sterkt funksjonshemmede barna – jeg kaller dem Ask og Carl – opplever at de kommuniserer med dem. Det skjer ved at de tolker dere signaler og etablerer måter å formidle hensikt og beskjeder på. Dette skjer i hverdagslivet, gjennom de praktiske rutiner og gjøremål som de utfører sammen. Denne formen for kommunikasjon er også beskrevet av sosiologen David Goode, som ved hjelp av deltagende observasjon studerte kommunikasjon med to døv-blinde, utviklingshemmede og bevegelseshemmede barn, hvorav en bodde på institusjon og en bodde hjemme hos familien sin (Goode 1984, 1986 og 1994). For andre som ikke deler hverdagslivets praksis med barnet er det vanskelig å få noe nyansert bilde av barnets person, en er avhengig av å få det formidlet via dem som kjenner barnet. Goode bruker betegnelsen

sosial konstruksjon om det bildet en danner seg av barnet, med det mener han at en lager seg en oppfatning av hvem barnet er ut fra den referanserammen en har. Fagfolk kan lett gå i den fellen at de vurderer barnet ut fra det barnet *ikke kan*, fordi deres kontakt med barnet og den settingen kontakten foregår i, er an en slik art at de ikke opplever hva barnet faktisk *kan*. Foreldre og ansatte som er avhengig av å finne praktiske løsninger i et samspill med barnet for å få hverdagslivet til å fungere, er nødt til å fokusere på det barnet gjør og kan gjøre og hvilke signaler barnet gir. De får dermed et mye mer nyansert bilde av barnet som person. Den sosiale konstruksjonen bygger på de erfaringer en gjør sammen med barnet såvel som hva en forventer seg og har å sammenligne med. Personer som samhandler med barnet i ulike situasjoner, med ulike oppgaver og mål, vil etablere ulike sosiale konstruksjoner av barnet og forholde seg til barnet i tråd med det bildet dette gir. Foreldre, fagfolk og legfolk har ofte ulike oppfatninger av hvem barnet er og hva det kan, siden de opererer med ulike sosiale konstruksjoner. Hvis en godtar at det er slike forskjeller, åpner det opp for at en kan utveksle sine sosiale konstruksjoner og dermed utvide og nyansere dem. De er ikke gitte, statiske bilder, men oppfatninger som kan endres gjennom formidling.

Andre som kjenner barnet godt, kan opptre som formidlere, selv om jeg av plasshensyn har begrenset meg til å fokusere på foreldres formidlingsfunksjon. Formidling er viktig for å fremme forståelse for barnets og familiens situasjon og legitimere deres behov for tiltak og tjenester. I en kommunal virkelighet med økonomisk trange tider, blir innbyggernes behov gjenstand for prioritering i en eller annen form ut fra det innbyggerne, administrasjonen og lokalpolitikere oppfatter som legitime behov. Foreldrenes for-

midlingsinnsats kommer tydeligst fram i småkommunene, hvor forholdene er overiktige og nettverksstrukturene tette og omfangsrike. I mellomstore kommuner og i storbydistrikt går fagfolk i stor utstrekning inn som formidlere, siden de ofte er mellommenn mellom barnet og de som tar beslutninger i kommunen. Deres formidlingsinnsats er imidlertid koordinert med foreldrenes i ulike former for allianser. Foreldrene har i en del sammenhenger større troverdighet enn fagfolk, kanskje med unntak av leger. Dette kom fram i Andersens studie av den kommunale iverksettelsen av HVPU-reformen i 8 typiske kommuner, denne viste at «voktere», det vil si rådmenn og ordførere, hadde liten tillit til «forkjemperne», det vil si fagpersonale i formidlerposisjon (Andersen 1994).

I tillegg til sin funksjon som formidlere, ga Brages foreldre også et tydelig eksempel på det jeg kaller å opptre som «vaktbikkjer». Det trodde at retten til avlastning også innebar at avlastningen skulle foregå i den leiligheten som var bygd for dette formålet av midler tilført kommunen i forbindelse med HVPU-reformen, og som var tilpasset de behov Ask og Brage ville ha i overskuelig fremtid. Starten var god, Brage trivdes, naboene ble kjent med ham og foreldrene følte seg trygge. Etter relativt kort tid oppstod det imidlertid en krisesituasjon, kommunen måtte på kort varsel skaffe botilbud til en person med annen type problematikk som kommunen også har et ansvar overfor. Løsningen ble midlertidig plassering i avlastningsleiligheten. Så måtte de finne et alternativt tilbud til Brage, med ganske dramatiske forhandlinger mellom foreldre som opplever at barnet blir en kasteball i det kommunale systemet mens rettighetene smuldrer hen sammen med statstilskuddet. Fagfolk blir presset av krav til desentraliserte løsninger for alle kommunens innbyggere med spesielle behov. Selv om foreldre har



rett til avlastning, er det kommunene som bestemmer hvordan de vil utforme tilbudet. Foreldrene vet hva de har akkurat nå, men ikke hva som kan bli forandret og når, og denne utryggheten opplever de som særdeles slitsom. «Vi nekter å akseptere at vi må slåss for alt vi har rett på. Det er det som er slitsomt, å være på vakt: Hva gjør de i neste budsjettbehandling?», sa mor til Brage. Det foreldre tror er rettigheter, viser seg å være avhengig av skjønnsbaserte behovsvurderinger.

Når det gjelder den rollen jeg kaller «pådrivere», gir Carl sine foreldre et tydelig, om enn noe spesielt eksempel. I deres kommune var det dårlig barnehagedekning, særlig for barn under tre år. Da han som toåring fikk tilbud om plass på et kommunalt dagsenter for barn og unge med psykisk utviklingshemming, tok foreldrene imot. Personalet forsøkte å prioritere det lille barnet og gi ham et bra tilbud, og de hadde fått tildelt spesialpedagogiske ressurser. Men Carl gråt mye og var redd for lydene de store ungene laget. Personalet konkluderte ganske fort med at

Carl ville være mye bedre tjent med et tilbud i vanlig barnehage. De snakket med foreldrene, som søkte barnehageplass med anbefaling fra dagesenteret, og regnet med at Carl ville bli prioritert ved opptak. Men søknaden ble avslått. De klaget til øverste klageinstans, Fylkesmannen, men den førte heller ikke fram. Foreldrene ga likevel ikke opp. PP-tjenesten ble trukket inn som aktiv samarbeidspartner med tanke på søknad til neste år. Etter mye strev og ulike forsøksordninger gjennom fire år, fikk Carl endelig barnehageplass.

Når det gjelder *samarbeidet mellom foreldrene og hjelperne*, velger jeg å trekke frem noen få sentrale trekk, men vil påpeke at materialet viser samarbeid som en prosess rik på variasjon, mangfold og nyanser.

- *Foreldre kan ha direkte linje til beslutningsnivået* – særlig i småkommunene.
- *Foreldre kan ha uformelle allianser med fagfolk som mellommenn til beslutningsnivået* – tydelig i den mellomstore kommunen.
- *Foreldre kan ha formelle allianser med fagfolk* – tydeligst i storbydistriktene

Jeg skal også her gi noen eksempler, først på det jeg kaller å ha *direkte linje til beslutningsnivået*. En mor i en liten kommune forteller om hvordan foreldrene arbeidet for å fremme sitt syn i en sak som var viktig for dem: «Først snakka vi med 2. linjetjenesten² og fikk full støtte der. – – – Da ringte vi til skoledirektøren og da snakket vi med ordføreren som også er pedagogisk konsulent og fortalte at skoledirektøren var helt enig med oss i at vi kunne kreve at de fikk tilbudet på skolen. Vi hadde PP-

tjenesten og skolesjefen med oss, og lærerlaget. – – – Og så snakka jeg med en god del av dem som sitter i kommunestyret personlig, og med lokalavisa under (kommunestyre)møter³.» Disse foreldrene forholder seg nok til fagfolk, men de lar seg ikke stoppe om de ikke får gjennomslag for sine synspunkter hos såkalte «bakkebyråkrater». De bruker folkestyret aktivt.

I større kommuner er fagfolk i stor utstrekning mellommenn mellom foreldre og beslutningstagerne i kommunen. Et eksempel på dette som jeg kaller *uformell allianse* finner vi i Carl sitt tilfelle. Avslaget på søknaden om barnehageplass ga grobunn for en aktiv allianse mellom foreldrene og personalet på dagesenteret utenom de formelle fora som ansvarsgruppe o.l. De hadde fått en felles interesse i å vinne kampen om barnehageplassen og ble samarbeidspartnere i arbeidet med å nå et felles mål. De drøftet hvilke alternative strategier som var itlgjengelige, de fant frem til og prøvde ut ankemulighetene, og de skaffet seg mer kunnskap om de formelle og ufor-

melle faktorene som hadde innflytelse på beslutningene om hvilke barn som fikk barnehageplass i kommunen. En av foreldrene gikk aktivt inn i NFPU og påtok seg styreverv, som medførte godt kjennskap til reformens ideologi såvel som kunnskap om hvilke støttespillere NFPU hadde innenfor den kommunale forvaltningen. Foreldrene lærte seg hva de kunne kreve og hvordan. «Alliansepartnere» fordelte også oppgavene mellom seg ut fra hva som best egnet seg for hver «part». Etter hvert ble PP-tjenesten trukket inn som alliert, senere også førskolelærer og assistent i en barnehage, og først da, etter 4 år, fikk Carl den etterlengtede plassen.

Når det gjelder det jeg kaller en *formell allianse*, er ansvarsgruppen i storbydistriktet der Gunder bor et godt eksempel. Gunder er bevegelseshemmet og har sansemotoriske vansker p.g.a. cerebral parese. I hans tilfelle har ansvarsgruppen en sentral rolle. Hans gruppe består av foreldre, spesialpedagog i PP-tjenesten spesialpedagog på barnehagen og fysioterapeut, mens



² Det fylkeskommunale habiliteringssenteret for barn, som har arbeidet med Ask og veileder personalet i det kommunale dagtilbudet.

³ Kommunestyremøtet hvor lokaliseringen av dagtilbudet skulle behandles.

andre kan innkalles ved behov. De møtes hver 6.-8. uke og summerer opp hvordan tiltakene har fungert siden forrige møte. Spesialpedagogen i PP-tjenesten sier det slik: «Og så kan vi komme til konklusjoner der da, om hvordan vi skal jobbe videre og hva som er viktig å tenke framover. Så tar vi det opp på neste møte. Så vi har en slags fremdriftsplan med det, en kontrakt som ligg der i ansvarsgruppejobbinga, på jevnlig oppfølging og at man ivaretar de ulike bitene». Hun sier videre at «hensikten med det er å lette trykket for foreldre først og fremst, så de skal slippe å springe rundt til forskjellige instanser og slippe å koordinere dette sjøl.» I denne saken synes ansvarsgruppemøtene å være viktigere enn de andre samarbeidsrelasjonene også ut fra det foreldrene forteller. De har hatt ansvarsgruppe siden oppfølgingen av Gunder ble overført fra den fylkeskommunale habiliteringsenheten og til det kommunale hjelpeapparatet i bydelen. Da var Gunder ca. 3 år. Foreldrene var skeptiske til overføringen, men ble positivt overrasket, ifølge mor: «Vi var jo veldig negativ til det der, eller skeptisk rett og slett, men jeg vil jo si at det

fungerte bedre det enn habiliteringssenteret. Det vil jeg absolutt si. Vi har vært kjempelydige med de folkene i distriktet, og de har sagt fra, vi har aldri vært borti det her. Det er nytt for oss, så de har virkelig gjort oppgaven sin bra altså. De har ikke bare snakket. De har gjort ting.» Gruppen har struktur og ledelse, og foreldrene deltar aktivt, også ved å legge premisser. Likevel er det begrenset hvilke beslutninger som kan fattes på dette nivået. Da foreldrene fikk beskjed om at Gunder skulle begynne på en annen skole enn planlagt, var det foreldrene selv som måtte gå til aksjon: «Da hjelper det ikke om du har ansvarsgruppe eller hva du har – da er det bare du som foreldre som må jobbe deg igjennom. Da er det bare vårt brev og våre underskrifter som gjelder.»

Hvor er helsetjenestens plass i det helhetlige tilbudet til funksjonshemmede barn slik det framkommer i denne undersøkelsen?

Helsetjenesten kan muligens ha inntrykk av at deres rolle er aktiv og fremtredende i slike saker, bedømt ut fra de tilfellene der de har gått inn og engasjert seg. Men fra brukernes ståsted ser det noe annerledes ut – Foreldre må streve for at barnets behov skal bli tatt alvorlig hos helsetjenesten som hos andre deler av hjelpeapparatet.

Det er personalet der barnet har sitt dagtilbud, så som skole, barnehage, dagsenter o.l. som peker seg ut som de mest aktive samarbeidspartnerne for foreldre. Foruten lærer eller

førskolelærer, er det PP-tjenesten som er fast gjenganger; ellers er det ganske stor variasjon.

Helsetjenesten har en viktig funksjon både når det gjelder utredning og diagnostisering, noe som foreldre opplever som en forutsetning for tiltak, og i å motivere foreldre til å ta imot hjelp. Når det gjelder de sterkt funksjonshemmede barna i undersøkelsen, var helsetjenesten de første hjelperne foreldrene kom i kontakt med. Det vil si barneklirikken ved sykehuset og habiliteringssenteret for barn. Herfra ble etter hvert ansatte på kommunenivå koblet inn, deriblant helsetjenesten. Likevel fremstår de i undersøkelsen som ganske perifere. For de barna som hadde lettere former for funksjonshemming, var det gjerne motsatt. Helsetjenesten og kommunelege fanget opp signaler og henviste til spesialisthelsetjenesten for utredning, så her spilte de en litt mer aktiv rolle. Foreldrene til de sterkt funksjonshemmede barna, hentet fremdeles en viktig del av de tjenester de trengte hos spesialisthelsetjenesten i fylket. Dette begrunnet de med at de trengte den ekspertisen legene der hadde på grunn av barnas omfattende og sammensatte funksjonshemming, og de problemene fagfolk hadde med å kommunisere med barna og forstå signalene de fomidler. Siden barna hadde vært fulgt opp derfra siden spebarnsstatistikk, hadde foreldrene og personalet der utviklet en form for gjensidig tillit; ofte gjennom erfaringer med prøving og feiling. Det var viktig for foreldrene at deres evne til å kommunisere med barnet ble anerkjent, slik at deres oppfatning av barnets helsetilstand ble godtatt som informasjon som det er verdt å legge vekt på. For eksempel da Ask var syk og kastet opp maten i en lang periode, tok det lang tid før gutten ble skikkelig undersøkt. Da diagnosen endelig ble stilt, sto det om livet. «Men hva skal en gjøre da.», sa faren, «når legen sier det ikke er noe?»

Når det gjaldt enklere ting, slik



som vaksiner og vanlig barnekontroll, brukte foreldrene de ansatte i den kommunale helsetjenesten som helsesøster eller kommunelegen. Dersom det var funksjonelt for dem, gikk de også om den lokale legen for å få henvisning videre til sykehuset dersom det oppstod sykdom som kunne være alvorlig. Om dette skjedde i helger eller på annet tidspunkt der det var leger i nabokommuner som hadde vakt, noe som innebar at de måtte forholde seg til en lege som ikke kjente barnets situasjon, kontaktet de like gjerne sykehuset direkte og hadde fått aksept på det.

Helsesøster syntes å ha en spesiell rolle i forhold til familier med funksjonshemmede barn, siden hun også hadde kontakt med familien gjennom sin oppfølging av barnets søsken, og var blant de hjelperne som kunne ha oppmerksomheten på deres situasjon. Foreldre kan trenge støtte i å prioritere dem også. De fleste hjelperne forholder seg til kun det funksjonshemmede barnet.

I de to tilfellene hvor barnas fysiske funksjonshemming forårsaket av cerebral parese, er mest fremtredende, er fysioterapeutene godt synlige i samarbeidet. De er

også involvert i tilbudet til de sterkt funksjonshemmede barna. Det varierte en del hvordan fysioterapeutene la opp sitt tilbud til barna, og tre forskjellige arbeidsmåter utkrystalliserte seg:

- Å integrere det fysikalske tilbudet i barnets lek og hverdagslige aktiviteter under oppfølging av personale i barnets dagtilbud, med opplegg utarbeidet av fysioterapeut og eventuelt med veiledning.
- Å ha barnet inne på fysikalsk institutt for behandling der.
- Å kombinere behandling på instituttet med tilrettelegging av aktivitetene i dagtilbudet. Dette krevde nært samarbeid, hvor fysioterapeuten gikk inn og observerte i dagtilbudet, og at en av personalet der var tilstede under behandlingen på de fysikalske instituttet og fulgte med i utviklingen der.

Generelt syntes det å være god kontakt mellom spesialisthelsetjenesten på fylkesnivå og hjelperne i kommunene, som var aktive i å søke råd og veiledning. Habiliteringssenteret hadde et tverrfaglig sammensatt personale med den kompetanse som kommunen opp-

levde at de hadde behov for, og med nær tilknytning til barneklินิกken på sykehuset. Kompetansesenteret for blinde og svaksynte i regionen ble også benyttet.

Familier med funksjonshemmede barn gjør en stor innsats for å gi disse barna en oppvekst med god livskvalitet i et normalmiljø, men de trenger hjelp og støttetiltak for å greie dette. Noe vi i Norge mener er en viktig samfunnsoppgave. Primærhelsetjenesten er tiltenkt en aktiv rolle i det kommunale støtteapparatet, men både min undersøkelse og andre tyder på at så ikke er tilfelle (Lichtwark 1995). Dette kan tolkes på flere måter. Kanskje er familier med sterkt funksjonshemmede barn best tjent med den bredde og spisskompetanse en spesialisthelsetjeneste kan gi? Eller har ikke allmennpraktikerne tatt utfordringen med å skaffe seg nok kompetanse til å ta fatt på helseproblemene til psykisk utviklingshemmede – ennå?

*Inger Marii Tronvoll
Norsk senter for barneforskning
7055 Dragvoll*

Referanser:

1. Andersen, J. Kommunal iverksetting av en statlig velferdsreform – en drakamp mellom voktere og forkjemperer? Paper presentert på konferanse arr. av forening Forskning om utviklingshemming i Norden, Bodø aug. 1994.
2. Goode, D. Presentation Practices of a Family with a Deaf-Blind, Retarded Daughter. *Family Relations: Journal of applied family and child studies*. Vol 33, Nr. 1, pp. 173–185. Minneapolis, MN. 1984.
3. Goode, D. Kids, Culture and Innocents. *Human Studies*, Vol 9, Nr. 1 pp. 83–106. 1986

4. Goode, D. A. *World Without Words*. Philadelphia: Temple University Press, 1994.
5. Grue, L. Vanlige familier, uvanlige barn. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
6. Haavind, H., Ingstad, B. & Mæhla, M. Utvidet omsorgsansvar i familier med funksjonshemmede småbarn. I Rudie, I. Myk start – hard landing. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
7. Ingstad, B. & Sommerschild, H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr. 9. 1983.
8. Lichtwark, W. Habiliteringstjenesten i Buskerud – kommunenes bruk

- og vurdering av den fylkeskommunale habiliteringstjenesten. NF-rapport nr. 18/95, Nordlandsforskning, Bodø.
9. Tronvoll, I. M. Presenting a child with severe disabilities: parents as professionals as mediators. *Childhood*, Vol 2, Nr. 4, pp. 196–206.
10. Wadel, C. Feltarbeid i egen kultur: En innføring i kvalitativt orientert forskning. Flekkefjord: SEEK a/s, 1990.



WRÅLSEN Å.

Hva skal vi gjøre med mamma?

Om organisering av tilbud til aldersdemente i primærhelsetjenesten. Utviklingsprogram om aldersdemens, Rapport nr 17. INFO-banken 1995.

Åse Wrålsen har i samarbeid med Norsk Gerontologisk Institutt og INFO-banken ved Granli senter skrevet en rapport om forarbeidet, oppbyggingen og driften av en skjermet enhet for aldersdemente i Vestvågøy. Wrålsen tar opp problemstillinger som nok er kjente ved de fleste slike enheter: Hvilke pasienter som bør få tilbud ved skjermet enhet, hvordan dyktiggjøre personalet og hvordan påvirke de holdninger helse- og omsorgspersonell har til demente?

Prosjektet i Vestvågøy går ut over arbeidet med den skjermete enheten. Det legger vekt på å bygge et helhetlig kommunalt tilbud til demente og pårørende. Her kan det være idéer å hente for andre. Rapporten inneholder en undersøkelse om pårørendes situasjon, beskriver utvikling av tilbud til pårørende og fremvekst av en pårørendeforening. Videre setter den opp et forslag til en tiltakskjede for demente i kommunen (men kan foreløpig ikke legge fram erfaringer med dette). Prosjektet har som målsetting å bygge opp enheten til et regionalt senter for aldersdemens i Lofoten og Vesterålen.

Et interessant moment er bruken av skjermet enhet som faglig ressurs for det øvrige behandlingsapparatet i kommunen. De som til daglig arbeider med demente, samler opp mye «taus kunnskap» som altfor sjelden systematiseres eller formidles videre til andre. I

Vestvågøy har de gått så langt at skjermet enhet har koordineringsansvar for utredning også av hjemmeboende demente. Som allmennpraktiker kan jeg nok finne betenkeligheter ved å overføre denne modellen til andre kommuner. Den er bl.a. helt avhengig av betydelig fagkompetanse på den skjermete enheten.

Hvilke pasienter som skal prioriteres, er et kjernepunkt i diskusjonen omkring skjermete enheter. Det er av interesse å lese hvilke kriterier andre har kommet fram til for inn- og utflytting. Rapporten gjengir kriteriene fra Vestvågøy, men kunne gjerne diskutert de grundigere. Hvilke behov er det enheten i dag ikke dekker? Og hvem tar beslutning om flytting?

Demente pasienter er en heterogen gruppe. Det virker som enheten i Vestvågøy er innrettet mot pasienter uten vesentlige adferdsproblemer eller pleiebehov. Hvordan man skal møte slike problemer, tar rapporten ikke opp. (Overlates til andre rapporter i samme serie?)

I det hele savner jeg en nærmere vurdering av opplegget på den skjermete enheten. F.eks. vil jeg anta at det er et fast legetilsyn, men dette er ikke nevnt. Hvilken funksjon har en lege i teamet? Kan det være ønskelig med fysioterapeut, ergoterapeut, aktivitør, evt. andre? Erfaringer fra den daglige driften er knapt nok berørt. Det kunne vært av interesse å vite om «tabber» som kunne vært unngått, og om problemløsning og tiltak som viste seg å være en suksess.

Omsorg for demente er kanskje den største utfordringen for kommunal omsorg de neste tiår. Tradi-



sjonelle institusjoner er en lite egnet ramme for behandling og omsorg for denne pasientgruppen. De siste 10-15 år er det bygget mange «skjermete enheter for aldersdemente» rundt om i landet. «Skjermet enhet» og andre tilbud til demente er relativt nye tiltak som er utformet på forskjellige måter og med forskjellige erfaringer. Det er nå på tide med utveksling av idéer og erfaringer. Gjennom dette kan vi utvikle bedre tilbud. I den sammenheng er rapporten både nyttig og viktig. Den bør være av interesse for alle som arbeider med behandling og omsorg for demente.

Rapporten har et lesevennlig format, passe store sider oppbrutt med figurer og bilder. Språklig kunne den nok tjent på en viss innstramming.

Ivar Mediås
Allmennpraktiker/sykehjemslege
Legesenteret
1920 Sørumsand



FRODE SAMDAL, ARE HELSETH:

Kirurgi i allmennpraksis

Håndbok i kirurgia minor og suturteknikk for allmennpraktiserende leger og medisinske studenter

Praktisk håndbok i småkirurgi.

*Chirurgia Minor A/S 1996.
100 sider. Pris 298,-kr.*

Anmeldt av Petter Øgar.

Noe av det mest spennende med medisinen er dens mangfoldighet. Et viktig element i mangfoldigheten er koblingen mellom teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Betydningen av praktiske ferdighe-

ter er erkjent ved at dette er tatt inn som en obligatorisk del av spesialutdanningen i allmennmedisin. Praktiske ferdigheter læres best gjennom praktisk arbeid og trening, gjerne under veiledning av kyndig person. Tilgangen på kyndig veiledning er imidlertid sterkt begrenset i allmennpraksis, og en er avhengig av skriftlige «kokebøker». Disse har ikke akkurat vokst på trær, men vi har nå på kort tid

fått to norske håndbøker rettet mot praktiske ferdigheter. I forrige nummer av Utposten ble Metodebok i skadebehandling, brudd og bløt- delsskader av Lønne og Nerhus anmeldt. I dette nummeret vil vi trekke fram Kirurgi i all-

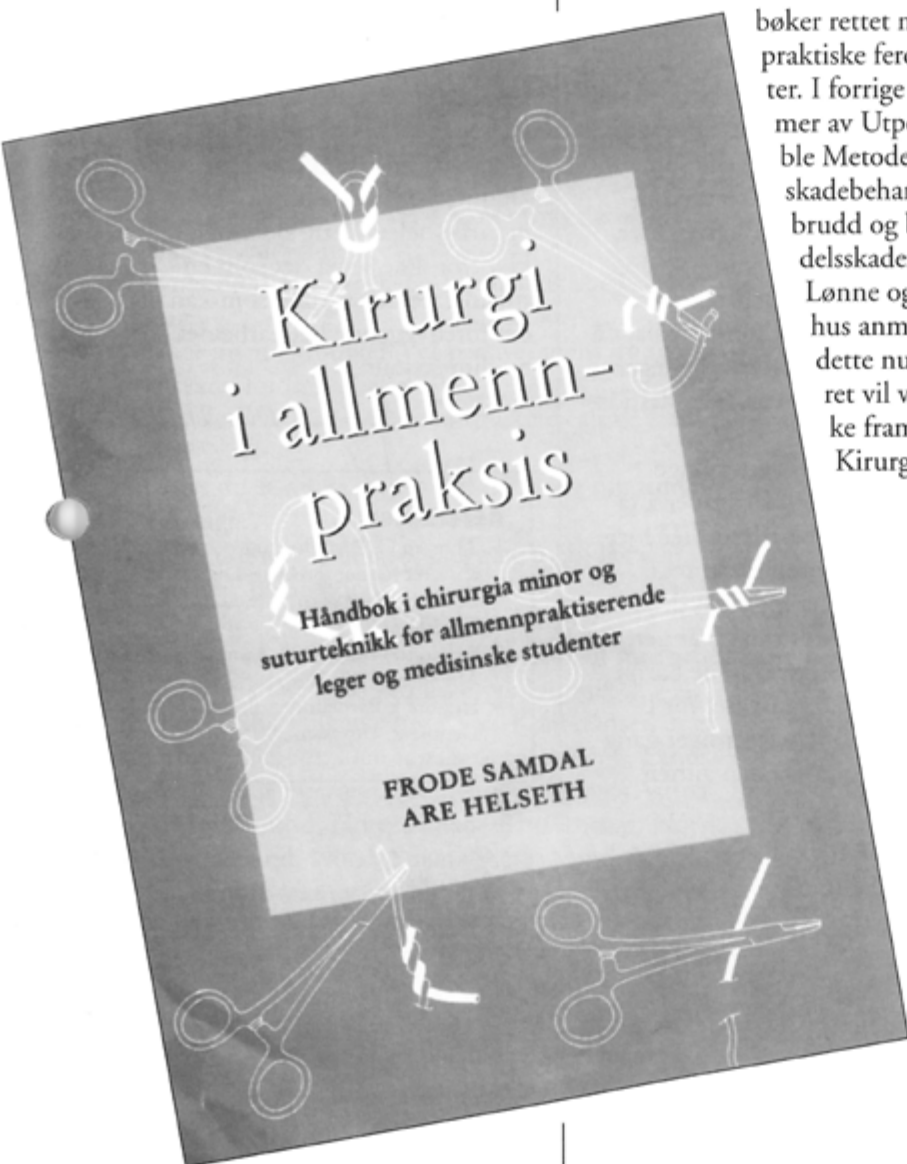
mennpraksis av Frode Samdal og Are Helseth.

Boka er bygd opp med innledende kapitler om hva som egner seg for kirurgi i allmennpraksis, utstyr, lokalanestesi og kirurgisk teknikk. Deretter følger kapitler om ulike kliniske problemstillinger:

- Postoperativ behandling etter elektiv kirurgi
- Dermatologisk behandling av hudforandringer
- Arr
- Hud- og bløtdelsskader
- Brannskader
- Abscesser
- Infeksjoner i fingre og tær
- Anoproktologi
- Ulcus cruris

Forfatterne arbeider ved henholdsvis plastisk kirurgisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim og barnekirurgisk seksjon på Rikshospitalet. Til tross for dette spesialiserte utgangspunkt synes jeg de har lyktes bra med å legge framstillingen på et fornuftig allmennmedisinsk nivå. Kanskje med unntak av krav til sterilitet og oppdekning, som kan virke noe rigorøse for en som har sin bakgrunn fra et landsens legekantor uten faretruende stort smittepress verken fra pasientene eller omgivelsene. Boka har bra med instruktive figurer og oppsummerende faktaruter. Skulle jeg ønske meg mer i en senere utgave måtte det bli at enkelte kapitler ble noe fyldigere. Men alt i alt en nyttig bok som trygt kan anbefales.

*Boka bestilles direkte fra forlaget:
Chirurgia Minor AS, Linderudveien
105, 1353 Bærum Verk.*





Helsestasjonen – på helsesøstrenes premisser?

Helsesøstre i Moss har i Utposten nr. 3 1996 svart på min artikkel om Helsestasjonen (1), hvor jeg argumenterer for at barnets faste lege bør ha et større ansvar for det forebyggende helsearbeidet, deriblant helsestasjonskontrollene.

Det er alltid hyggelig når noen leser det en skriver, og enda gjør seg umaken å svare tilbake. Tidligere har også helsesøster Ola Berglund i Halden i et leserbrev i Aftenposten (2) kommet med kritiske bemerkninger til min artikkel, idet han oppfattet innlegget som et fremstøt for å tjene penger på dette arbeidet.

Helsesøstre i Moss (alle helsesøstre?) har tydeligvis mange negative erfaringer med allmennlegene i distriktet. Pasientene får ikke hjelp og må kontakte legevakten (utenom legens kontortid), det er dårlig kontinuitet i legepasientforholdet og familielegene sender ikke kopi av pasientjournalen når pasientene skifter lege. Er dette sant? I såfall er det mange allmennleger rundt om i landet som ikke kjenner seg igjen i dette bildet.

Videre er helsesøstre i utgangspunktet negative til en

dansk modell (3), hvor helsesøstre oftere oppsøker barnefamilie i deres hjem, i stedet for å sitte på sitt eget kontor, slik helsesøstre gjør hos oss. Hva tror dere barnefamilie selv ønsker?

Det foregår for tiden en spørreundersøkelse for å kartlegge brukernes ønsker. Foreløpige resultater tyder på at de fleste barnefamilie ville foretrekke at familielegen også hadde ansvaret for helsekontrollene (personlig meddelelse).

På helsestasjonen er helsesøster den som administrerer og organiserer tjenesten. De legene som kommer inn som helsestasjonsleger kan være turnuskandidater, kommuneleger på samme senter, leger fra andre legesentra, privatpraktiserende leger som er pålagt å dekke denne tjenesten eller leger som har dette som en liten deltidsjobb.

Min (og etterhvert mange andre familielegers drøm) er å ta ansvaret for de barnefamilie jeg har fulgt fra moren ble gravid. Synes dere det er logisk at det plutselig kommer inn en annen lege som skal følge opp de barna som jeg har hatt ansvaret for i mors liv, og som jeg ser hver gang de blir syke? Og på den annen

side: hvilken entusiasme tror dere jeg klarer å mobilisere overfor andre familielegers barnefamilier? «Kjøttkontroll» er et simpelt begrep for denne typen virksomhet, som stadig flere leger finner lite meningsfull.

Helsesøstre og allmennleger burde stå sammen og jobbe for en ny helsestasjon, hvor barnets og barnefamiliens behov og ønsker ble fokusert på, og hvor den faste familielegen og helsesøster samarbeidet om både det forebyggende og det kurative arbeidet. Hvis Norge får en fastlegeordning som i Danmark vil dette bli en helt naturlig del av dette systemet. Hvorfor ikke se på det som en spennende utfordring, som kan gi det forebyggende helsearbeidet en ny dimensjon?

Olav Thorsen

Referanser:

1. Thorsen O. Bør allmennlegen ha ansvaret for det forebyggende helsearbeid for barn? Utposten 1995:5.
2. Berglund O. Lesernes mening. Aftenposten 12. januar 1996.
3. Honoré J. Barneundersøkelser i Danmark. Utposten 1995:5.

«Solstrandfondet»

Forskningsfond for allmennpraktiserende leger på Vestlandet

Fondet ble etablert 6/2-92 ved en avtale mellom Aplf og Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Fondet kan yte støtte til allmennmedisinsk forskning på Vestlandet. Støtten gis som refusjon av konkrete utgifter i forbindelse med forskningsprosjektet, og som ikke

er dekket på annen måte. Det gis ikke generell prosjektstøtte, heller ikke støtte til studieopphold eller kongressreiser.

Fondsstyret gjør oppmerksom på at forskningsfondets midler er begrensede. For 1996 kan totalt utdeles ca. 11 000 kr.

Søknad om tilskott sendes Fondsstyret, «Solstrandfondet»,

Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen, sammen med en kort prosjektbeskrivelse og angivelse av utgiftens art og bakgrunn. Søknadsfrist 1/9-96. Søknaden skal være på én side.

For fondsstyret
Hogne Sandvik

Læring for livet – Fra lydighet til selvstendighet

Opplæringskonferanse 2. – 4. oktober 1996

- ✓ Arbeider du med mennesker med kroniske sykdommer?
- ✓ Er det stort gap mellom det du ønsker at «dine kronikere» skal gjøre og det de gjør?
- ✓ Synes du det er vanskelig å motivere til egenomsorg?
- ✓ Føler du at «kronikere» er passive, mens du må ta ansvaret for deres helse?
- ✓ Har du ikke tid til å lære «kronikere» alt de burde vite?
- ✓ Synes du at du kan faget ditt, men lite om undervisning?
- ✓ Har du undervisningsopplegg og metoder som du kan dele med andre?

Meld deg på konferansen for helsepersonell som arbeider med personer med kroniske sykdommer 2. – 4. oktober 1996 i Folkets Hus, Oslo. Konferansen er et samarbeid mellom: Den norske lægeforening, Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke, Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Diabetikerforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norsk Revmatikerforbund, Norsk Sykepleierforbund og Sosial- og helsedepartementet.

For program og påmelding kontakt Norges Diabetesforbund v/Liv Nordby på tlf: 22 65 45 50/fax: 22 63 06 88.

OPPLÆRINGSKONFERANSEN
«Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet»
for alle som arbeider med kroniske sykdommer
KONGRESSENTERET FOLKETS HUS, OSLO
2.-4. OKTOBER 1996

TIL:
Helsepersonell, brukerrepresentanter, helsestasjoner, fylkes- og kommunehelsetjenester, politikk og andre som arbeider med personer med kroniske sykdommer.

LÆRING FOR LIVET!
I Norge er det omtrent en million mennesker med kroniske sykdommer. Omfanget av kroniske sykdommer, funksjonshemninger og akkompagnerte sykdommer øker stadig flere mennesker må leve med plager og sykdommer som ikke kan behandles eller fjernes. Kroniske sykdommer er en av fremtidens store helseutfordringer. Mange mennesker med kroniske sykdommer må lære seg å leve med sin sykdom resten av livet.

Mennesker med kroniske sykdommer trenger andre typer helsepersonell. For å leve godt med kroniske sykdommer, trenger man et egnet behandlingsutbud kombinert med god og kompetent opplæring.

Det er flere hindringer for å styrke den sekundærhelsetjenesten i Norge:
• Fokus på helsetjenesten er mest rettet mot behandling og i liten grad mot opplæring.
• Helsepersonell er «oppplært» til å være lydige, passive pasienter i stedet for å være selvstendige, aktive.
• Opplæring basert på kunnskap, skolefaglig metodikk og pedagogisk interaksjon i egenomsorg og hjelp til selvhjelp.

«Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet» skal bidra til å redusere disse hindringene og gi i tillegg konstruktive prosesser. Mange i helsetjenesten er kompetente til opplæring av personer med kroniske sykdommer, men synes manglet på tid og kompetanse står i veien. Støtt på opplæring er en måte å styrke de ressursene som finnes i samfunnet og hos den enkelte. Sentralt står egenomsorg og hjelp til selvhjelp.

Grad av utfordring, opplevde smerter og invalidisering varierer fra den ene kroniske sykdom til den andre, men funksjonshemningene, begrensninger i utgangspunktet i dagliglivet og i arbeidssituasjon og en aktiv fridag vil i tillegg være for egen helse, kan den enkelte påvirke egen livssituasjon og sørges å bli påvirket. Å ta ansvar for egen helse forutsetter kunnskap om sykdommen, og at en kjenner teknikkene som gjør det mulig å mestre sykdommen.

På disse konferansene vil du oppleve moderne pedagogikk og lære: Problemorientert læring, «Læring by doing», erfaringbasert læring, aktiv læring og interaktivitet. Den vil gi deg metodiske tips og innsett i andres erfaringer. Jeg ønsker deg som arbeider med kroniske sykdommer velkommen til Opplæringskonferansen!

Godt arbeid i helsepersonell
Gudmund Fjernes
Helsepersonell

Ønsker du å fordype deg i faget?

Norsk Selskap for Allmennmedisin planlegger å opprette:

- Referansegruppe for bruk av informasjonsteknologi i allmennpraksis
- Referansegruppe for obstetikk og gynekologi

NSAMs referansegrupper består av kolleger som ønsker å arbeide mer med et enkelt fagområde innen allmennmedisin sammen med andre interesserte. Det stilles ingen krav til kompetanse hos den enkelte eller til aktivitetsnivået i gruppen.

NSAM støtter hver gruppe med et årlig tilskudd på kr. 5.000,-. Det kan i tillegg søkes om ytterligere tilskudd inntil kr. 15.000,- til gode prosjekter.

Interesserte kolleger kan ta kontakt med Anders Børheim (anders.barheim@isf.uib.no, tlf 55 58 61 40, fax 55 58 61 30) eller Hogne Sandvik (hogne.sandvik@isf.uib.no, tlf 55 58 61 42), Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8C, 5009 Bergen.

C IMIGRAN® (GLAXO)
Migrenemiddel

ATC-nr.: N02C X04

- T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml: 1 ml innh. Sumatriptan succinat respo. sumatriptan 12 mg, natr. chlorid 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
- T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablett innh. Sumatriptan succinat respo. sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, constit. et color 50 mg: (E171), (E172), color 100 mg: (171) q.s.
- EGENSKAPER: Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT₁-reseptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₃-reseptorer. 5HT₁-reseptorer er funnet i hovedsak i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Rask og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96%. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. Proteinbinding: 14-21%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et indoleddiksyrederivat av sumatriptan, uten 5HT₁ eller 5HT₂ aktivitet. Utskillelse: i urinen.
- INDIKASJONER: Injeksjonsvæske: Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem. Cluster hodepine. Tabletter: Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem.
- Δ KONTRAINDIKASJONER: Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Sumatriptan må ikke brukes av pasienter med tidligere hjerteinfarkt, pasienter med iskemisk hjertesykdom eller Prinzmetal angina/koronar vasospasme. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoaminoksydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.
- BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Smerte på injeksjonsstedet. Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller strammer i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsaklig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (< 1/1000) være forårsaket av koronar vasospasme. Forbigående rødme, svimmelhet og matthet. Tretthet. Døsighet. Forbigående blodtrykkstigning (10 mm Hg). Kvalme og oppkast. Mindre hyppige: Endringer i leverfunksjonsprøver. Hudutslett. Sjeldne (< 1/1000): Epileptiforme anfall, blodtrykkfall, bradykardi, overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Takykardi. Hjerte-bank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. I ekstremt sjeldne tilfeller (< 1/10000) har det vært rapportert arytmi, forbigående iskemisk EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan.
- FORSIKTIGHETSREGLER: Sumatriptan skal ikke injiseres intravenøst. Migrenepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f. eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan bør ikke benyttes ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene. Koronar sykdom må utelukkes før imigran forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan mistenkes. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampe terskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Sumatriptan må ikke tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin, og tilsvarende må det gå minst 6 timer etter

inntak av sumatriptan før ergotamin kan tas. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan oppstå som et resultat av behandlingen av denne. Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved bilkjøring, betjening av maskiner o.l. På grunn av begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsøk innen normal spontan forekomst er rapportert.

GRAVIDITET OG AMMING: Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsøk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Sumatriptan utskilles i morsmelk hos dyr. Opplysninger om overgang i human melk foreligger ikke. Bruk av sumatriptan under amming anbefales derfor ikke.

INTERAKSJONER: Ergotamin. MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium og serotonin reopptakshemmere.

DOSERING: Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. Migrene: Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrene. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallet har vart når behandlingen starter. Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske: Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan. Injeksjonsvæsken bør brukes til pasienter hvor rask innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Dersom symptomene kommer tilbake, kan en ny dose gis i løpet av 24 timer. Det skal være minimum 1 time mellom dosene. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). Tabletter: Vanlig dose er 1 tablett à 100 mg. En lavere dose (50 mg) vil være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter. 1 tablett à 50 mg bør benyttes dersom pasienten har nedsatt leverfunksjon eller dersom pasientens bivirkninger begrenser nytten av 100 mg tablett. Dersom symptomene kommer tilbake kan behandlingen gjentas. Maksimum døgndose: 300 mg. Det skal være minimum 2 timer mellom dosene. Tablettene svelges hele med 1/2 glass vann. Cluster hodepine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske: Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan ved hvert anfall. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). Det skal være minimum 1 time mellom dosene.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys.

PAKNINGER OG PRISER: Injeksjonsvæske: Engangsprøyte: Med GlaxoPen: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 552,70. Refill: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 533,90. Tabletter: 50 mg: 6 stk. kr 387,30, 100 mg: 2 stk. kr 241,70, 6 stk. kr 663,60, 18 stk. kr 1779,90.

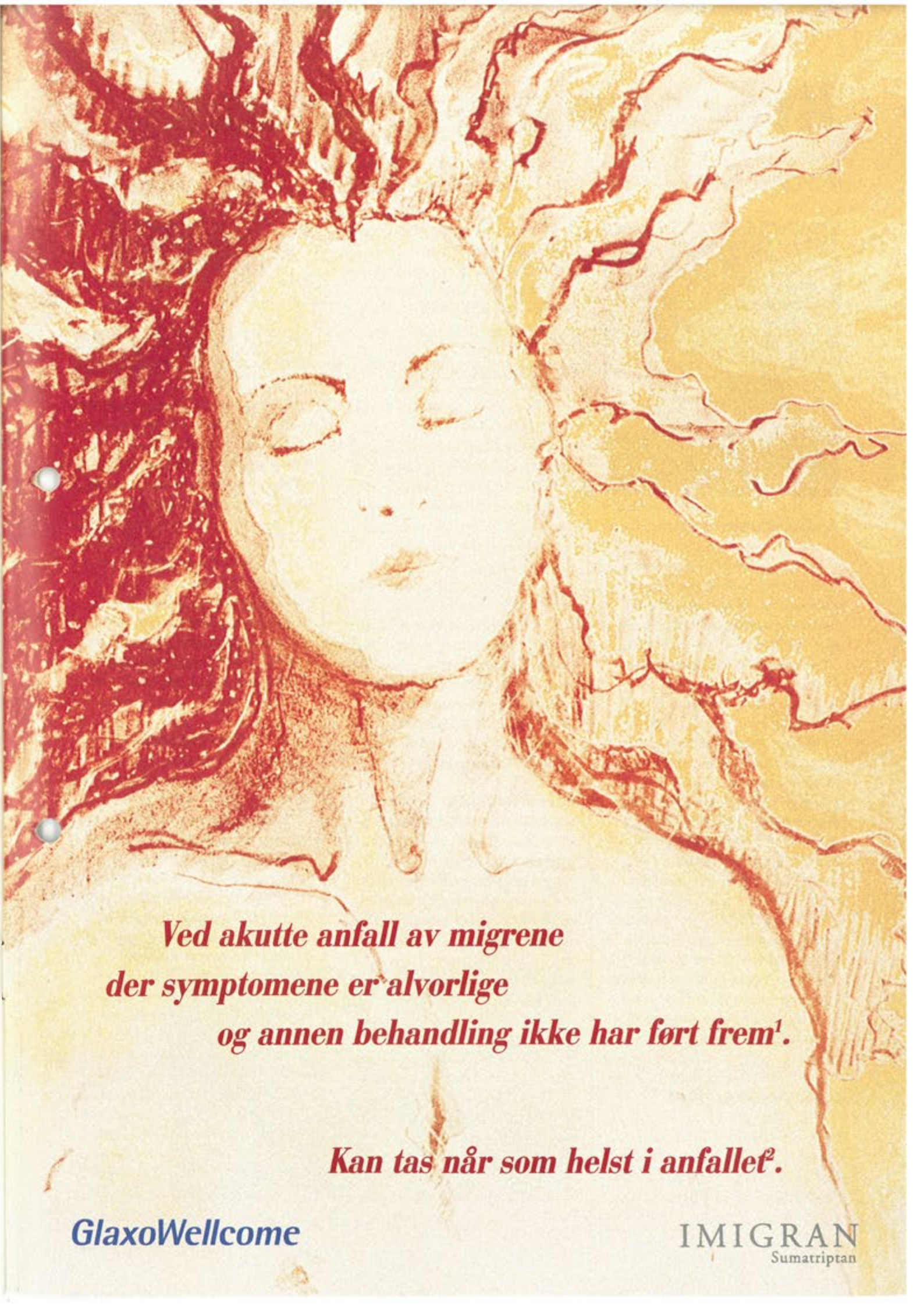
T:36

Referanser:

- 1 Felleskatalogen 1995/96
- 2 Ferrari MD et al: Treatment of Migraine attacks with Sumatriptan, New Engl J Med 1991; 325: 316-321.

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS, Sandakerveien 114 A, 0402 Oslo
Telefon 22 15 19 45 - Telefax 22 15 67 61



*Ved akutte anfall av migrene
der symptomene er alvorlige
og annen behandling ikke har ført frem¹.*

Kan tas når som helst i anfallet².

GlaxoWellcome

IMIGRAN
Sumatriptan

Kvalitetssikring i praksis

Kvalitetsutvikling – en del av praksis?



Kvalitetssikring er forlengst en akseptert oppgave for allmennpraktikere. Internkontroll skal vise hvordan lov og forskrift følges. Kvalitetsutvikling innebærer å arbeide systematisk for å nå faglige mål, og dokumentere resultatene. Men mangel på arbeidsmetoder som lar seg veve inn i en travel praksis, er blant hindringene for å få dette til.

Aplf og NSAM har sett at metodeutvikling trenges for å gjøre kvalitetssikring til en del av allmennpraktikerens hverdag. Med dette formålet ble samarbeidsprosjektet SATS (Sekretariat for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer) startet ultimo 1994. Utposten har hatt en samtale med Tor Carlsen, allmennpraktiker med permisjon fra bydelslegejobb i Skien, og leder for SATS-gruppa, som har et medlem i hver helseregion. SATS er i ferd med å introdusere kvalitetsutvikling i kollegagrupper over hele landet.

Landsomfattende tilbud

– Vi tar sikte på å starte 10 grupper i hver helseregion, forteller Tor Carlsen. Det betyr å få med borti mot 10% av allmennpraktikerne i utprøving av ett eller flere emner.

Gjennomgang av et emne vil kreve 4-6 gruppemøter over ca ett år. Så langt ser det ut som om vi når dette målet. Det vil være mulig for interesserte grupper å melde seg for oppstart fram til høst 1996.

– Det viktigste ved opplegget er at vi presenterer sett av indikatorer, som registrerer sentrale aspekter ved kvalitet på utvalgte områder. Legene får ut rapporter bygd på disse indikatorene fra sin datamaskin, og kan bruke rapportene til å sette kvalitetsstandard i egen praksis sammen med en kollegagruppe. Deltakerne får dermed et utgangspunkt for læring – og endring av praksis.

– Hvilke emner har dere forbedret?

– Utprøvingen omfatter diabetes, sår hals, bruk og organisering av laboratoriet samt migrene. Indikatorsettene sikter på å ta opp både medisinske aspekter, pasientenes respons, og ressursbruk, og det er lagt opp til å trekke inn praksismedhjelperne i arbeidet.

Kvalitetsutvikling

– en del av etterutdanningen

– Hva får allmennpraktikere interessert i dette?

– Muligheten til å få opplysninger om egen praksis på en enkel måte, virker nok tiltrekken. Erfaringene med kollegagrupper i videreutdanningen er også jevnt over gode. SATS-deltakelse er godkjent som en del av etterutdanningen, slik at fullført «kvalitetssyklus» for hvert emne godskrives med 30 emnekurstimer. Spesialitetskomiteen har her ønsket å markere at kollegabasert læring som bygger på materiale fra egen praksis, synes å være en tjenlig arbeidsform. Vi har tro på at aktiviteten i kollegagruppene vil bli spennende og motiverende.



Innbygd i vanlig journalarbeid

– Det har vært viktig i utviklingsarbeidet at registrering av data ikke skal føre til ekstra arbeid av betydning. Det er bygd enkle skjemaer inn i de største journalprogrammene, hvor sentrale opplysninger knyttet til det aktuelle problem blir registrert, slik at journalnotatet kan gjøres tilsvarende kortere.

– Hva kreves av opplæring for å kjøre ut samledata?

– Faktisk ingen – SATS har laget et menystyrt program som gir instruksjoner om hva som skal må testes inn av opplysninger. Deretter kjører programmet automatisk.

Krav til allmennpraksis må ha faglig basis

– Hvem vil ha tilgang til rapportene?

– Rapportene forblir innen kollegagruppene, og alle data som sendes til SATS for evaluering av utprøvingen, vil være anonymisert både når det gjelder leger og pasienter. På den annen side må vi vente krav til dokumentasjon av praksis i årene som kommer. Det er neppe tvil om at vi vil få kvalitetsnormer å forholde oss til. Denne utviklingen vil bli påvirket av brukere, politikere og administratorer. Pasientene og faget er tjent med at legene tar initiativet til å beskrive kvalitet. Erfaringene med forsøk som SATS vil få betydning for utviklingen, sier Tor Carlsen.

GRUK

Nedre Hjellegst. 1, 3724 Skien



Når nettene blir lange...

UTPOSTENS 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) 56 14 40 42 (fax)

x400-e-post: G=john S=leer P=ccmail A=telex C=no

E-post Internet: john.leer@isf.uib.no

SCANNING AV TEKST I DOS-BASERTE LEGEPROGRAMMER

Moderne scannere med OCR-teknologi kan gjenkjenne trykt tekst og overføre den til en tekstbehandler. Denne teknologien er basert på Windows og er ikke uten videre kompatibel med våre DOS-baserte legeprogrammer. Men det finnes en utvei hvis man velger å kjøre legeprogrammet under Windows.

Løsningen er at man først mellomlagrer den innskannede teksten i en Windowsbasert tekstbehandler, deretter kopierer den inn i DOS-programmet.

Jeg har testet linjescanneren «DataPen», men jeg ville tro at et lignende opplegg også kan benyttes for andre typer scannere.

Først må scanneren installeres på arbeidsstasjonen. Som midlertidig tekstbehandler er det utmerket å benytte Write som følger med Windows. Programmet tar liten plass, det er fritt for unødige finesser, men har det nødvendige for denne oppgaven.

Etter at scannerutstyret er installert går man fram som følger:

1. Man oppretter et Write-dokument som kan hete f.eks. scanner1.wri. Dette dokumentet formateres slik at det bruker en ascii skrifttype, f.eks. Courier. Dette er av hensyn til margene i legeprogrammet.

Margene settes slik at teksten passer inn i skrivefeltet i det legeprogrammet man bruker. Hvis legeprogrammet inneholder flere forskjellige felter hvor det skal legges tekst, kan man opprette flere Write-dokumenter med riktige marger.

2. Dokumentet lagres «tomt» og man bør tildele det et eget programobjekt slik at det kan startes direkte fra Programbehandlingen.
3. Man åpner så sitt Write-dokument, starter scannerprogrammet og innskanningen kan startes. «Data-pen» gjenkjenner nesten alt av tekst som er trykket eller skrevet med laserprinter. Ved lesing av maskinskrevet tekst blir det en del huller.

Den innskannede teksten blir justert automatisk til margene i Write-dokumentet som deretter kan redigeres. Teksten merkes og kopieres til Windows klippebord.

5. Så går man til det feltet i legeprogrammet hvor teksten skal legges inn og tar legeprogrammet over i et Windows-vindu ved å taste <Alt+Enter>.

Deretter «Klikker» man på minustegnet i øvre venstre hjørne og får fram rullegardinmenyen.

Man velger «Redigere» og «Lim inn» og teksten blir skrevet inn på riktig sted med riktige marger.

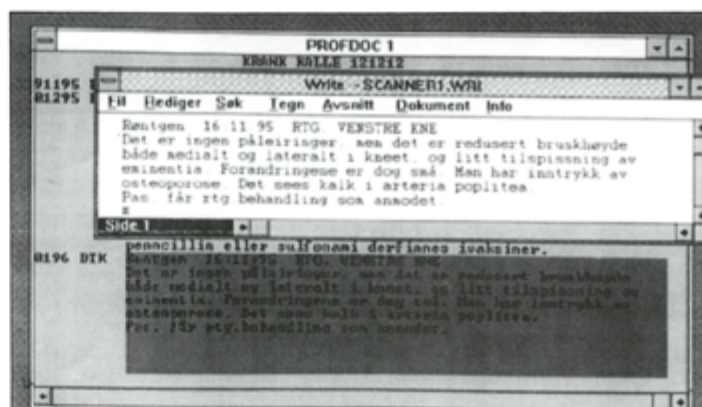
(Hvis teksten ikke blir skrevet riktig inn, må man sjekke PIF-filen til legeprogrammet.) Under «Avansert» må boksen «Tillat hurtigliming» ikke være avkrysset.

Om det er bryet verdt? Racere på skrivemaskin er skeptiske og mener at de skriver like raskt selv. Imidlertid er det rasjonelt å la teknikken arbeide for seg.

Selv synes jeg at det går nesten like raskt å lese med datapennen som å merke med gul merkepenn. Og så er det allerede skrevet inn.

Bjørn T. Kristiansen
Hovsbakken 5
3520 Jevnaker

Figur 1.
Profdoc i
Windows
vinduet, sammen
med et
Write-dokument.



UTPOSTEN

jubileumsseminar 11. – 12. november 1996

Målet med dette seminaret er å gje innsikt i korleis generalisert teoretisk kunnskap og praktiske røynsler samverkar i oppbygginga av kompetanse hjå praktikarar innan allmenn- og samfunnsmedisin. Vidare vil ein prøva å syna foresetnadene for ei fagleg forsvarleg formidling av røynsler frå praktisk allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid.

I ei tid der ein fokuserer mykje på kunnskapsbasert medisin («evidence based medicine»), trur redaksjonen i Utposten at det er viktig også å sjå nærare på korleis dei «unike» hendingane ein møter i lokalsamfunnet og hjå pasientane kan og skal påverka praktikaren si faglege utvikling. Vi ønskjer også å sjå på behovet for og krav til media som skal formidla røynsler mellom praktikarane i primærhelsetenesta.

Målgruppa for seminaret er legar som arbeider som praktikarar eller akademikarar innan allmenn- og samfunnsmedisinske fag og som har interesse for formidling av praksiserfaringar.

Sidan dette seminaret er kome i stand i samband med 25-årsjubileet for Utposten, ønskjer vi også å sjå nærare på den rolla dette bladet har hatt dei seinare åra.

Kursleiing: Redaksjonen i Utposten. Kontaktperson: Geir Sverre Braut, Fylkeslegekontret, Postboks 680, 4001 Stavanger. Telefon 51 56 87 17. Telefaks 51 53 00 79. Påmelding: Program blir tilsendt.

Måndag 11. november 1996

- 11.15 – 11.25 Opning
Geir Sverre Braut
- 11.25 – 12.15 Kva kjelder har praktikaren i dag som grunnlag for (akademisk og praktisk) oppdatering?
Olav Rutle
- 12.15 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.00 Kva verknader har Utposten hatt gjennom 25 år?
Helge Worren
- 14.00 – 14.15 Samtale i plenum
- 14.15 – 15.00 Kva hjelp kan vi ha av nye media i åra som kjem?
John Leer
- 15.00 – 15.15 Kaffipause
- 15.15 – 16.00 Kvalitetskrav til primærmedisinsk kunnskap i framtida
Per Hjortdahl
- 16.00 – 16.15 Pause
- 16.15 – 17.00 Erfaring og eksperiment – kunnskapskilder med ulike kvalitetskrav/kriterier? Om redaktørens rolle i kvalitetssikringen.
Magne Nylenna
- 17.00 – 17.45 Kan norsk overleva som fagleg formidlingsspråk i framtida?
John Nessa

Tysdag 12. november 1996

- 09.00 – 09.40 Biletet som kommunikasjonsmiddel i allmenn- og samfunnsmedisin. Finst det alternativ til tekstjournalen og kasuistikkartikkelen?
Torgeir Gilje Lid
- 09.40 – 09.50 Pause
- 09.50 – 10.40 Korleis skilja det verdifulle frå det unyttige i informasjonsmengda? Analyser av praksis ut frå journalmateriale.
Petter Aaslestad
- 10.40 – 10.55 Samtale
- 10.55 – 11.15 Kaffipause
- 11.15 – 12.00 Kva skal legen lesa – og kvifor? Ein primærmedisinsk kanon.
Per Fugelli
- 12.00 – 12.15 Samtale
- 12.15 – 13.15 Lunsj
- 13.15 – 14.45 Refleksjon over unike erfaringar. Om å læra av eiga røynsle med grunnlag i trygg fagkunnskap
Kjell Nordstokke
- 14.45 – 15.00 Samtale
- 15.00 – 15.15 Kaffipause
- 15.15 – 16.00 Tankar om vegen vidare
Eivind Vestbo



Kurset arrangeres under Primærmedisinsk Uke 96

**Imdur® leveres i to styrker, 30 og 60 mg.
Ved å starte med en halv tablett første uken,
reduseres faren for hodepine ved behandlingsstart¹.**

En gang daglig • Delbar

C **IMDUR «HÅSLE»**
Nitropreparat med prolongert effekt ATC-nr.: C01D A14

T **DEPOTTABLETTER 30 og 60 mg:** Hver tablett inneh.: isosorbid-5-mononitrat 30 mg resp. 60 mg, color, constit. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Egenskaper:** *Klassifisering:* Isosorbid-5-monitrat er en aktiv metabolitt av isosorbid-dinitrat som virker på brystsmarter forårsaket av koronar hjertesykdom. Imdur er en depotformulering som frigjør aktiv substans over en 10 timers periode. Høy plasmakonsentrasjon om morgenen gir beskyttelse den delen av døgnet de fleste angina-anfall oppstår, og en lav plasmakonsentrasjon om natten hindrer toleranseutvikling. *Virkningsmekanisme:* Den avslappende effekt på glatt muskulatur forårsaker dilatasjon av arterier og vener. Effekten er doseavhengig. Lave doser gir venedilatasjon, redusert venøs tilbakestrømning til hjertet og nedsatt fyllingstrykk (redusert pre-load). Høyere doser vil fremkalle arteriedilatasjon og derved gi redusert karmotstand og nedsatt blodtrykk (redusert afterload). Har direkte dilaterende effekt på koronararteriene. Nedsatt fyllingstrykk gir en bedret blodgjennomstrømning i hjertet. Hjertets arbeid minskes, derved bedres forholdet mellom hjertets oksygentilførsel og -behov. Sammenlignende studier med måling av total arbeidstoleranse eller belastnings-EKG ettermiddag/kveld er ikke utført mot konvensjonelt todoseregime, slik at resultatene er basert på placebokontrollerte studier. Det er imidlertid vist at Imdur 60 mg én gang daglig gir samme gjennomsnittlige reduksjon i det totale antallet angina-anfall som todoseregime. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet: ca. 90%. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter 3-4 timer. Ved gjentatt dosering med 60 mg én gang daglig ligger den maksimale plasmakonsentrasjonen på ca. 3000 nmol/l. 12 timer etter inntak er denne ca. 1300 nmol/l og etter 24 timer under 500 nmol/l (=100 ng/ml). *Proteinbinding:* <5%. *Fordeling:* Hurtig. Distribusjonsvolum 0,6 l/kg. *Halveringstid:* Ca. 5 timer for 5-ISMN. *Metabolisme:* Metaboliseres hovedsakelig ved konjugering til 5-ISMN-glukoronid som utskilles gjennom nyrene. Andre metabolitter er isosorbid og sorbitol. Ca. 2% av 5-ISMN gjenfinnes i uomdannet form i urin. Ingen metabolitter er aktive. Nedsatt lever- og nyrefunksjon påvirker ikke den kliniske effekten. **Indikasjoner:** Profylaktisk behandling av angina pectoris. **Kontraindikasjoner:** Nitratintoleranse. Alvorlig hypotensjon, sjokk, økt intrakranielt trykk. **Bivirkninger:** Mest

vanlig er initial hodepine som skyldes preparatets vasodilaterende effekt. Hypotensjon med symptomer som f.eks. svimmelhet og kvalme er rapportert. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises ved alvorlig cerebral arteriosklerose og hypotensjon. Forsiktighet utvises hos pasienter med aorta-klaff-feil og uttalt anemi. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier forsiktighet ved trangvinklet glaukom. Kan potensere effekten av antihypertensiva og gi utilsikket hypotensjon ved kombinasjon med alkohol. **Graviditet/Amning:** Det er begrenset erfaring med bruk av preparatet til gravide. Dyreeksperimentelle studier tyder ikke på at preparatet gir økt risiko for fosterskade. Det er ikke kjent hvorvidt 5-ISMN passerer over i morsmelk. **Dosering:** Individuell. Anbefalt dosering er 1 depottablett (60 mg) daglig - om morgenen. For å unngå problemet med initial hodepine, anbefales dosetitrering, dvs. initialdosen reduseres til 30 mg daglig de første 2-4 dager i behandlingen. Imdur kan ved behov kombineres med andre antianginøse midler som betablokker og kalsiumantagonist. Imdur er ikke beregnet til behandling av akutte angina-anfall. I disse tilfeller bør sublinguale eller buccale nitropreparater benyttes. **OBS:** 1. Det er viktig at dosering skjer kun én gang daglig. Derved oppnår man innenfor doseringsintervall perioder med lav nitratkonsentrasjon slik at risiko for toleranseutvikling blir minst mulig. 2. Depottablettene kan deles, men må ikke knuses eller tygges. Skal svelges med 1/2 glass væske. **Pakninger og priser:** 30 mg: 28 stk. kr 108,70, 98 stk. kr 289,60. 60 mg: 28 stk. kr. 145,80, 98 stk. kr 420,50. (01.12.95) T:12 Godkjent av SLK 02.12.93.

© Astra Norge AS, 1995.

Preparatomtalen er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m. v. av 12. mai 1961.

Referanser:

1. M.J. Kendall. Long-Term Therapeutic Efficacy with Once-Daily Isosorbid 5-Mononitrate (Imdur). Review Article, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 1990;15:169-85.
2. G. Wisenberg, C. Roks, P. Nichol, M.D. Goddard. Sustained Effect of and Lack of Development of Tolerance to Controlled-Release Isosorbid-5-Mononitrate in Chronic Stable Angina Pectoris. American Journal of Cardiology 1989;64:569-76.



Imdur®
ISOSORBID-5-MONONITRAT

**- for profylaktisk behandling
av angina pectoris**

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 15 60

Ved profylaktisk behandling av angina pectoris:
**Slik kan du redusere faren
for initial hodepine**



Alle nitrater, også
langtidsvirkende, kan gi hodepine.



Imdur®
ISOSORBID-5-MONONITRAT

*Imdur® er delbar. Det gir mulighet for dosetitrering
ved oppstart av behandlingen¹.*

Imdur® er det eneste engangsdoserte
mononitrat som er delbar uten tap av forlenget effekt¹.