

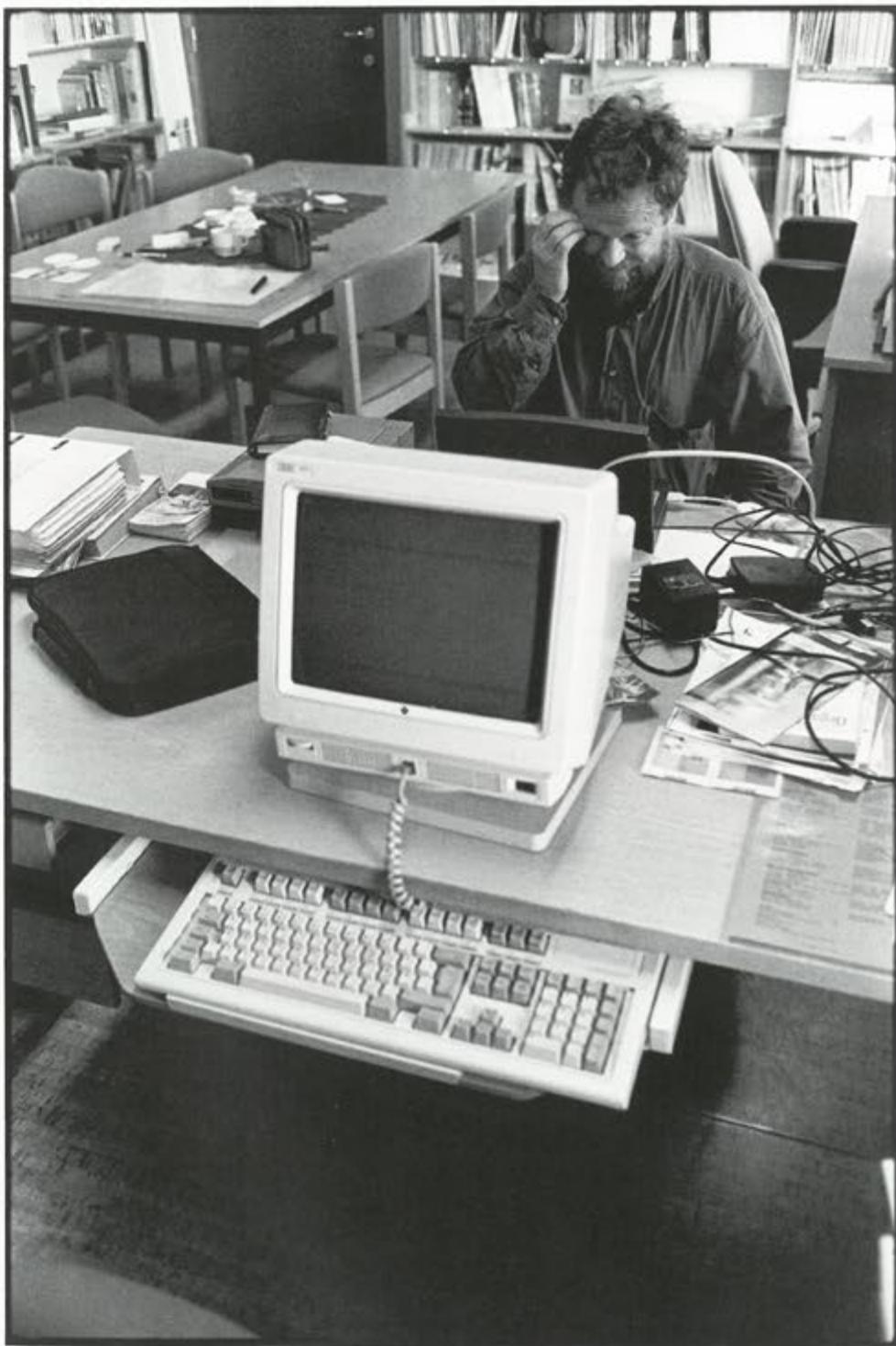
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1998

ÅRGANG 27



Kunnskap om kunnskap

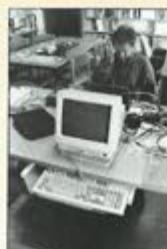
Nr. 5, 1998

Innhold

Leder: «Troens bevis» – kampen om kunnskapen	3
Kunnskapsbehov i allmennpraksis. Av Gisle Roksund	4
Klinisk kunnskap og klinisk skjønn. Av Geir Sverre Braut	8
Evidensbasert medisin – et paradigmeskifte eller en bibliotekmetode? Av Atle Klovning	11
Hva slags handlingsprogrammer ønsker vi fra NSAM?	
Av Anders Bærheim og Per Stensland	14
Kunskapens former og beteckningar – och kunniga människor.	
Av Bengt Molander	18
Sesam sesam – lukk deg opp. Av Alexander Wahl	23
Klinisk kunnskap – legen som deltaker og fortolker.	
Av Kirsti Malterud	24
Samtale med Signe Flottorp og Janecke Thesen	28
Handlingsprogrammer og guidelines – redning eller refselse?	
Av Cecilie Daae	31

FASTE SPALTER

Leserbrev	35
Bokanmeldelse	37
Det lyriske hjørnet	39
Ord om ord	40
EDB-spalten	41



Forside: Kunnskap om kunnskap. Foto: Rune Eraker

UTPOSTEN

KONTOR:

RMR

Sjøbergveien 32,

2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22.

Fax: 63 97 16 25

E-mail: rmrtove@online.no

REDAKSJONEN

Jannike Reymert

Skogstien 16

7800 Namsos

Tlf: 74 27 33 50 • Fax: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal

Tlf: 35 05 21 21 • Fax: 35 05 23 61

E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøm

Skovg. 29, 3660 Rjukan

Tlf: 35 09 22 28 • Fax: 35 09 06 40

E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F, 1168 Oslo

Tlf: 22 75 05 61 • Fax: 22 24 88 68

E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemail.no

Erik Jesman Pedersen

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 75 60

E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bads Nervesanatorium

3370 Vikersund

Tlf: 32 78 70 96 • Fax: 32 78 83 08

E-mail: Tone.Skjerven@e2i.net

Torgeir Gilje Lid (koord.)

Heskestadv. 11

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 10 71 • Fax: 51 52 61 52

E-mail: giljelid@online.no

ABONNEMENT:

Årsabonnent kr. 325,-

Turnuskandidater kr. 200,-

GRAFISK PRODUKSJON:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Tlf: 66 80 89 00 • Fax: 66 80 08 47

ISDN: 66 80 48 50

E-mail: rwestgaa@online.no

«TROENS BEVIS -» kampen om kunnskapen

«Kunnskap er makt og bør derfor deles med andre» skrev Per Fugelli i 1976 (1). Dette nummeret av Utposten er i sin helhet viet den pågående kunnskapsdebatten i faget: Hva er gyldig kunnskap? (Hvor) finnes gullstandarden? Kliniske handlingsprogrammer – hvem skal lage dem, hvorfor, hvordan og hvilke? Spørsmålene er gamle, men har fått fornyet og tilspisset aktualitet gjennom introduksjonen av begrepet Evidence Based Medicine, på norsk lansert under navnet «kunnskapsbasert medisin». Noen vil hevde – hevder – at EBM ikke er noe å diskutere, at den simpelthen bare er. Som et bibliotek. Ingen kan være motstander av et verktøy for systematisering av den stadig voksende og vanskelig håndterbare informasjonsmengden i faget! Likevel viser debatten at EBM også kan oppleves som en måte å hierarkisere kunnskap på (dobbeltblinde randomiserte undersøkelser på topp, erfaring og skjønn på bunnen), et forsøk på å tilrive seg definisjonsmakten over godt og dårlig i faget. Et nytt paradigme.

Utpostens ståsted i denne debatten er best uttrykt ved et sitat fra kollega John Nessa: «Og målet er ikke konsensus, men ei fruktbar og dynamisk spenning som kan utvikle faget vidare.»(2)

Innholdet i dette nummeret er i stor grad basert på innledninger fra Norsk selskap for allmennmedisins (NSAMs) seminar som i år fant sted på Utstein kloster og bar tittelen – stjålet fra Arild Edvardsen – «Troens Bevis». Tema var altså kunnskapsbegrepet i medisinen. Utposten trykket i forrige nummer noen personlige og entusiastiske inntrykk fra seminaret ført i pennen av en ung kollega (3). «Å bli lege er ikke bare et spørsmål om tilegnelse av teknikker, det er også tale om en personlig utvikling» sier Ole Berg (4). Personlig utvikling i en faglig kontekst forutsetter gode kollegiale møteplasser for læring, debatt og felles refleksjon. Dette er en viktig oppgave for NSAM som allmennmedisinsk spesialforening. De faste årslige seminarene (tidligere «Kongsvollseminaret») har alle forutsetninger for å fungere som slike møteplasser: dristig temavalg, trygge vegger og tilstrekkelig takhøyde. Men fortsatt oppleves terskelen for høy av mange, særlig yngre kolleger (3). Dette er NSAMs viktigste utfordring.

Gunnar Strøm

Litteratur:

1. Fugelli P. Kunnskap er makt og bør derfor deles med andre. Tidsskr Nor Legeforen 1976; 69: 986.
2. Nessa J. Ein har ikke noko anna val enn å la pasienten velje. Tidsskr Nor Legeforen 1997; 117: 2817 – 20.
3. Hynne S. Faglig rus – troens bevis. Utposten 1998; 27: 4: 20 – 21.
4. Berg O. Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskr Nor Legeforen 1998; 118: 1417 – 1421.



Kunnskapsbehov i allmennpraksis

Etter 8 år som samfunnsmedisinsk byråkrat på heltid i Skien, har jeg konvertert til allmennlege i en av bydelene. Etter bare halvannet år i klinisk hverdag, er jeg slått av det utrolige pasienttrykket: Pasienter strømmer til i mengder som i lengda må bli et problem. Følelsen av å arbeide med ryggen mot veggens og nesa såvidt over vannflaten er nært. Erfaringer fra legevakta i Skien er det samme. En titt på venterommet på legevakta en kveld i uka bestyrker forestillingen om at Skien legevakt er byens best besøkte utedest!

Som en markedsverdring kan det sees slik: Allmennlegene har en vare å selge til en pris som gjør at folk går inn av huse, uansett tid på døgnet.



Gisle Roksund, f. 1951

Spes. i allmenn- og samfunnsmedisin. Tidligere kommunelege og helsechef. Nå allmennlege på normaltariff i bydelen Klyve i Skien. Har arbeidet en del med Prosedyrepermer, pt i redaksjonen i Norsk Elektronisk Legehåndbok. Artikkelen er et omarbeidet foredrag ved NSAMs kurs «Troens bevis», Utstein Kloster april 1998.

Tjenestene synes til de grader å ha legitimitet i befolkningen! Vi har ordrereserver til langt inn i neste årtusen.

Hvilken som helst bedrift ville vært henrykt over å kunne være i en slik situasjon. Vi opplever det som et problem: TIDSNØD. Og første spørsmål blir: Hvordan få nok tid til pasientene? Hvordan organisere dagen?

Diskusjonen om hvordan vi organiserer dagen med utredningstimer, kontrolltimer, øyeblikkelig-hjelptimer, telefon tid osv foregår som regel på gangen og ved middagsbordene.

Jeg har behov for mer kunnskap om hvordan det er klokt å organisere dagen for å få gjort en best mulig jobb med de pasienter vi må ta i mot.

Møtet med den enkelte pasient

Det er i møtet med den enkelte pasient vi utfører den viktigste del av allmennlegearbeidet. Det er her det skjer: på noen få minutter skal pasienten legge fram sitt budskap og sine bekymringer. Legen skal lytte, observere, luke, spørre, svare, føle, ta på, undersøke, teste hypoteser, foreslå tiltak og behandling. Sammen skal pasient og lege komme til enighet om hvordan problemet skal tas opp og følges opp. Det skal kommuniseres, forstås, erkjennes, forhandles og samtykkes. Heri ligger det subjektive, det uoversiktlige og flertydige. En safari i samhandling. En deltakende, ydmyk oppmerksomhet er nødvendig.

Dette kan vi ikke om. Det vil vi alltid kunne for lite om. Men grunnleggende kjennskap til og ferdigheter i kommunikasjon, lokalkunnskap er nødvendig for å skjonne hvem den enkelte pasient er, hvorfor han/hun kommer, hva problemet er, hva som er mulige og umulige tiltak, lokale kulturer, verdisett, tankesett, osv. Vi trenger grunnleggende samfunnsmedisinsk kunnskap som epidemiologi, kjenn-

skap til behandlingsapparat, forvaltning, andre etater, osv.

Kunnskap om og i dette vil alltid ligge i bunnen for enhver legekonsultasjon.

Fire pasientgrupper

Et skratt blikk på min praksis i dag gir meg umiddelbart opplevelsen av 4 «hoveddiagnose»grupper. Det er store overlappinger og gråsoner, og mye som viser seg å være noe annet enn en først antar. Men likevel. Jeg vil anskueliggjøre dem slik:

- Bagatellene
- Vondtene
- Livsproblemene
- Den «ordentlige» medisin slik vi lærte den på doktorskolen

Bagatellene

Bagateller fins. Livet er fullt av små, uskyldige plager og selvhelbredende sykdommer. Vi kjenner oss alle igjen: uskyldige forkjølser, såre halser, kortvarig hoste, småvondter, friske unger med feber og utslett, osv. Noen kommer for atester og sykemeldinger, andre pga bekymring om mer alvorlig sykdom. Det er langt mellom de alvorlig syke barn. Alvorlig bekymrede foreldre sees langt hyppigere.

Det er en lavere terskel for legekontakt enn tidligere. Krav og forventninger til tilgjengelighet er enorm. Døgnet rundt. En mor kommer drassende til legevakta midt på natta med et barn med konjunktivitt. En pendler kommer med faryngitt kl 06 før avreise til arbeidsstedet for «å få noe» før å bli fort bra. Foreldre kommer med barn med nesten usynlige prikker, med feber i 2-3 timer, med hoste en natt, osv.

Følelsen av å være «pølse og brød» som skal kunne kjøpes over disk på bensinstasjonen døgnet rundt, er påtrengende og hever adrenalinnivået i hvert fall nattestid. Men også på dagtid. Overdreven angst for alvorlig sykdom i befolkningen er mediaskapt, men slett

ikke bare! Også iatrogen helseformørking må ta sin skyld: I vår iver etter å forebygge, skaker vi i stedet opp befolkningen med beskjeder som «vær oppmerksom på de små prikkene! Se opp for kjøttetende bakterier!» Antibiotika og andre resepter for uskyldige lidelser gir signal om at det likevel var nødvendig med legebesøk.

Mitt spørsmål er: Hvordan skal vi forholde oss til bagatellene? Hva vet vi egentlig om det?

Skal vi bruke mye eller lite tid på dem? Er det slik at gode råd én gang gjør folk bedre rustet til egenomsorg neste gang? (Gode råd på Skien legevakt gjennom 13 år synes å føre til en tanke om at «rådene var så gode at vi ringer igjen!») Hva med behandling av underliggende angst: skal vi ta oss av den? Skal vi ta dem i mot hver gang de ber om det og søke å forstå angstens? Skal vi la en bagatell få en «bagatell» av vår tid? Følgende holdning synes utbredt: «vil de betale 102 kr for 2 minutter, så gjerne for meg». Fører det til bedret egenomsorg? Hvordan bidrar

vi til best mulig egenomsorg? (Eller har vi gitt det opp?)

Hva er Kloest å gjøre med bagatellene?

Vondtene

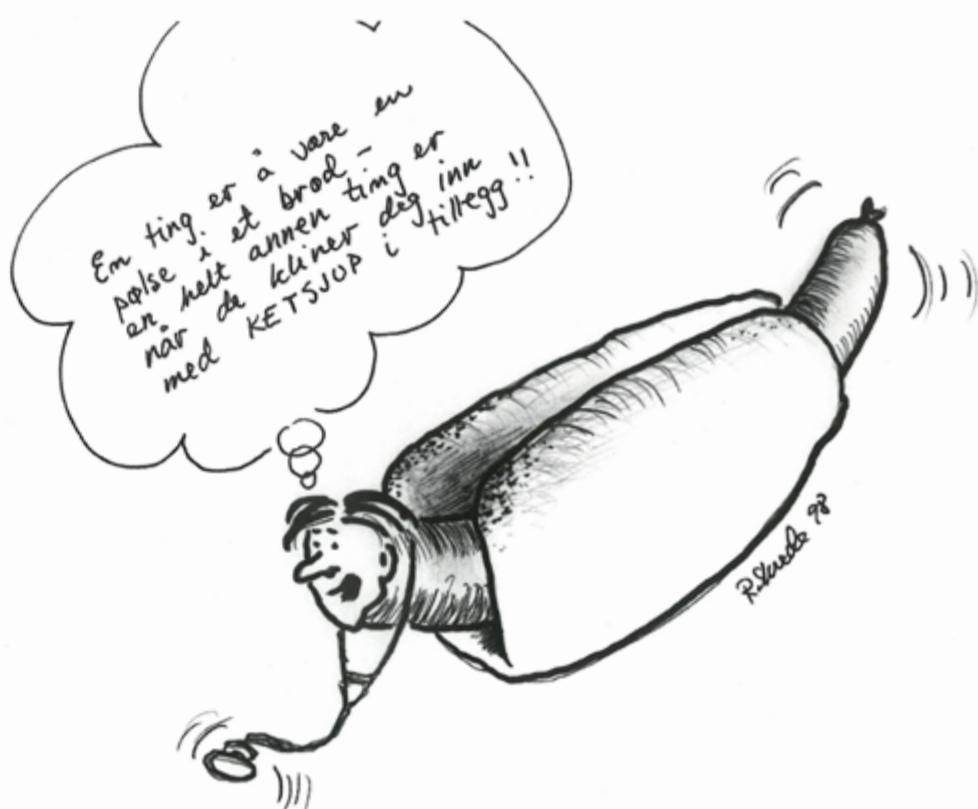
Vi kjenner dem alle: nakkesmerter, rygger, hodepiner, småvondter, post-traumatiske, arbeidsstilingsutløste, misbrukte, invalidiserende, pillemis-brukende, kreftbekymrede: de som har en venn av en venn som viste seg å ha kreft, de depressive, osv. I lange baner.

Dette er et eksempel på hvor lett det er å være i spesialisthelsetjenesten: Ole 40 år, skilt, 2 barn, ingen utdannelse, hardt fysisk arbeid, ulykke 10 år siden: ansiktsskade. I mange år smerter i rygg/nakke/hode, har fått moderate mengder analgetika, men multiple injeksjoner med lokalane-stetikum hos privatpraktiserende smerte-doktor. Nå ikke mulig å holde i arbeid. Utredet med nødvendige tilleggsundersøkelser, henvist fysikalsk medi-sinsk avdeling på sykehuset. Diagnose: kronisk smertesyndrom. Forslag til

behandling: ingen. Er henvist fysioterapeut og rygg/smerteskole. Ingen bedring. Er nå tilbake hos smertedoktoren og venter på «nervebrenning» på Ullevaal....

Spørsmålene er mange: Hvor mye somatisk utredning? Hvor inngående psykodynamisk anamnese? Hva virker av et utall behandlingsformer? Fysioterapi? Psykomotorisk behandling? Trening? Kiropraktikk? Samtaler? Er det i det hele tatt noe som hjelper? (Kanskje fysikalskmedisineren har rett?) Hva med trygdeytelser? Sykemelding? Attføring? Uførepensjon?

Kunnskapsbehovet er enormt. Lokal kultur og tenkning, familiære mønstre, bakgrunn, smerte som fenomen, osv. Nødvendige undersøkelser, utredning og behandling. Hvordan lære folk å leve med smertene, akseptere sin livssituasjon? Hvordan få folk til å ta egne valg mht framtid? Til å ta kontroll over egen situasjon? Hva skal vi gjøre med vondtene? Vi vet noe, men alt for lite. Her kan vi virkelig snakke om flertydighet!



Livsproblemene

Det er stor overlappning med vondtene, men opplevelsen av problemene er i utgangspunktet en annen, og pasienten er ikke like opptatt av somatisk utredning. Vi kjenner dem alle:

Maria, 40 år, kom fra krigen tidlig på -90 tallet, gift, tre barn, hadde tidligere vært tannlegeassistent. Nå mange år etterpå fortsatt plaget av angst, mareritt og søvnvansker. Det er forsøkt diverse sosiale tiltak, kurs, opplærings-tilbak, arbeidsmarkedstiltak, samt en del samtaler med lege. Så beskjed fra arbeidskontoret: hun må klare seg selv! Stønadene og tiltakene stopper. Ny, nærmest lammende angst melder seg med økonomiske bekymringer og angst for å være alene på dagen. Hun er ute av stand til å skaffe seg arbeid selv, men har ingen rett til arbeidstrening fordi hun ikke har fast arbeid. Rehabiliteringspenger gir henne intet å gå til om dagen. Hun fikk ingen medisinsk inngangsbillett til yrkesmessig attføring fordi det er ikke noe medisinsk i veien for at hun kan virke som tannlegeassistent her i Norge....for det kom fram at hun hadde angst for blod.....

Lotte, 25 år, vanskelig oppvekst, misbrukt av bestefar og halvbroer, ble selv mor 16 år gammel, har nå fire barn med status som enslig. Kjærester har annen adresse, er uten fast jobb. Lotte kommer med angst og søvnvansker. Det er ikke egentlig misbruket som plager henne. Hun er redd for å bli oppdaget av sosialkontoret at hun egentlig har en samboer. Hun tør ikke presentere problemstillingen for sosialkontoret. Er det mitt ansvar å bidra til å fjerne denne angstens for å bli oppdaget for noe som kanskje kan være kriminel? En mulighet er å anbefale en søknad om rehabiliteringspenger med tidligere misbruk som medisinsk inngangsbillett, evt. sammen med noen samtaler. Deretter evt. yrkesrettet attføring. Er det riktig?

Hva er medisin og hva er sosialpolitikk? Hva er fag og hva er etikk? Vi blir utfordret til å ta valg. Hvor er vår lojalitet? Hos RTV eller hos pasienten? Her er det ofte snakk om personer langt nede på den sosiale rangstigen. I utgangspunktet er ikke dette medisin-

ske problemer, men følgene av livsproblemene havner på legens kontor i form av angst og depresjoner. Skal vi befatte oss med dem?

Her et stort marked: Kjærlighetssorgen havner bedugget på legevaka kl 03: Mona ville hoppe i fossen fordi Morten hadde slått opp og lå med Mette.

Medisinsk inngangsbillett gir rett til trygdeytelser, sykemeldinger, medisiner, behandlinger osv

Hvordan samspille med andre etater? Hva er de andre etatenes ansvar? Hva er psykiatriens ansvar?

Kunnskapsbehovet er stort: lokal- og familiekunnskap, kulturelle uttryksformer, ulike verdier, referanserammer, nettverk, behandlingsprinsipper, samtaleteknikker, kjennskap til andre etater, rettigheter, osv, osv. Men de største utfordringene ligger kanskje i de etiske valgene.

Hva skal vi gjøre med livsproblemene?

Den «ordentlige»medisinen

er resten, og kanskje det greieste å forholde seg til: der vi kjenner problemstillingene igjen fra lærebøker og undersøkelser, artikler og oppslagsverk, p-verdier og tester, metaanalyser og Evidence based medicine. Utfordringene er store, beslutningsgrunnlaget er vanskelig, og det kliniske skjønnet er viktig. Den medisinske vitenskapen er grunnlaget.

Men også her finner vi andre utfordringer enn det vitenskaplige undersøkelser kan hjelpe oss med: f.eks. samhandling mellom forvaltningsnivåene:

Arne 60, har sikker angina, har vært to ganger på Feiringklinikken. Nå igjen recidiv av brystsmerter, klassisk angina. Medikamentell behandling gir ikke ønsket effekt. Telefon med Feiringklinikken bekrefter at de ønsker å vurdere muligheter for ny operasjon, men ny henvisning forutsetter godkjennning fra lokal kardiolog. Ventetid på medisinsk poliklinikk: 9 måneder. Er det hensiktsmessig samhandling å måtte vente nesten et år bare for å få godkjennning av en henvisning til Feiringklinikken?

At kunnskap og makt opptrer i hierarkisk oppbygde organisasjoner, kan få fatale følger:

Anne, 30 år, enslig. Utvikler en svær

reaktiv depresjon etter at barnevernet har innstilt på omsorgsovertakelse av barnet hennes. Hun vurderes suicidal og innlegges psyk.avd. av egen lege to ganger på en uke. Siste gang beskrevet som hypersuicidal. Første gang utskrevet etter et døgn, siste gang utskrevet etter to døgn til tross for en skarp og advarende telefon fra egen lege utskrivelsesdagen. «Hun er kommet seg», sa overlegen. Utskrevet kl 13. Funnet av politiet i sitt hjem kl 17 samme dag. Død. Hvilke makstrukturer og kulturer kan forklare slik faglig arroganse det er å overse primærlegens vurderinger på en slik måte? (Saken er sendt Fylkeslegen)

Problemene vi møter innen den «ordentlige»medisinen er store og utfordrende. Kunnskapsbehovet er stort. Men her er også hjelpemidlene mange: Gode kollegaer, lærebøker, artikler, tidsskrift, etter hvert også godt oppdaterte elektroniske beslutningsstøttesystemer, internett, Cochrane Collaboration, elektronisk legehåndbok, prosedyrepermer, mv.

Men også her er det behov for annen kunnskap enn det strikt medisinske: samhandling er et nøkkelement

Oppsummering

Mitt hovedpoeng er at tradisjonell medisinsk fagkunnskap bare er en liten del av den samlede kunnskapen. En god allmennlege må besitte og forvalte. Kanskje er dette en kunnskap som er enklest å forholde seg til. Evidence based medicine blir etter min oppfatning i denne sammenheng et verktøy, et sted å hente oppdatert og valid medisinsk påstandskunnskap.

En allmennlege som bare beversker den medisinske påstandskunnskapen, kan kanskje erstattes med et oppslagsverk. Det er i det flertydige motet mellom lege og pasient grunnlaget for diagnostikk og behandling legges. En rekke legekontakter dreier seg om spørsmål og vurderinger hvor en ikke kan gå til valide metaundersøkelser for å finne svar. Det dreier seg om valg og tolkninger, om opplevelser og inntrykk, om kultur og uttryksformer, om moral og etikk, om makt, om lokalkunnskap og mye mer. Uten dette kan vi ikke lege.

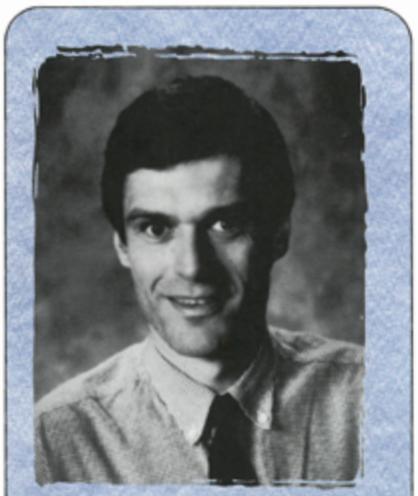
Dette trenger vi mer kunnskap om.

Klinisk kunnskap og klinisk skjønn

Innleiingsvis må det berre seiast klårt slik at lesaren ikkje mistyder det som følger: Dette er ikkje eit innlegg mot evidensbasert medisin (kunnskapsbasert medisin), men eit innlegg om alt det som trengst i tillegg.

Om kunnskap og skjønn

Først litt om bruken av ord. Eg er ikkje særleg lukkeleg over at det engelske uttrykket evidence blir omsett til kunnskap på norsk. Denne omsetjinga ser eg mest på som eit retorisk knep som skjer bort vesentlege delar av det som i praktisk arbeid må sjåast på som kunnskap. Eg vel i det følgjande difor å nytta ordet kunnskap i ei noko vidare mening, slik som i allmenn norsk språkbruk, nemleg om innsikt, røynsle og lærdom (1). Klinisk kunnskap blir då det samla settet av innsikt, røynsle og lærdom som handlar om praktisk medisin irekna undersøking og behandling av pasientar.



Geir Sverre Braut, fylkeslege i Rogaland siden 1994. Underviser i leiarsskap og helseøkonomi ved Nordiska Hälso- och Värdhögskolan i Göteborg. Tidligere redaktør av Utposten.

Sentralt i tenkinga mi står også det kliniske skjønnet. Det er det kliniske skjønnet som legg grunnlaget for valet av handling i kvart einskild tilfelle. Skjønnet byggjer på bruk av all den kunnskapen legen finn relevant i ein gitt situasjon. Såleis byggjer skjønnet på noko meir enn direkte uttrykte og dokumenterbare fakta. Vesentleg for skjønnet er såleis kva for kunnskaps-element som klinikaren finn relevante i den aktuelle situasjonen.

Ein av teoretikarane det er rimeleg å støtta seg til når ein skal disseker skjønnet i dette perspektivet er Donald A. Schön (2, 3). Ein rimeleg kortversjon av tankane hans kan vera at om ein praktikar som alt kan noko om faget sitt skal få meir kunnskap, nyttar det ikkje berre med tilførsle av meir informasjon. Informasjonen må setjast inn i ein kontekst og praktikaren må ta seg tid til å reflektera over denne koplinga. Skjønnet blir såleis på eit vis den kontekstuelle tilpassinga av kunnskapen, og skjønnsutøvinga blir i seg sjølv ei form for unik læring.

Om den mangelfulle evidensen
Før eg går vidare skal eg presentera to kasustikkar.

I. Kvinne med kreftspreiing

Ho blei operert for tjukktarmskreft for tre år sidan. For to år sidan blei det påvist ein metastase på levra som blei operativt fjerna. Siste halvår tiltakande slapp. Ved magnetisk resonanstomografi blir det funne ei rekke metastasar til hjernen.

I alle tre fasane i sjukdommen hennar blei ho konfrontert med spørsmål som ikkje kunne gjevast tilfredsstilande svar ut frå forskningsbasert kunnskap. Først var spørsmålet om ho ville vera med i ein klinisk studie om postoperativ metastaseprofylakse med diverse cytostatika. Ingen faktakunnskap kunne gje henne rettleiing. Valet måtte byggja på hennar eiga vurdering av legens truverde. Når levermetastasen skulle fjernast kom eit nytt spørsmål: Er den aktuelle kirurgen kompetent? Heller ikkje her gjev forskinga svaret. Når hjernemetastasane kom, blei det sagt at det var indikasjon for strålebehandling. Men denne let venta på seg; fordi kapasiteten for slik behandling ikkje er særleg god.

Kommentar:

I ingen fase av sjukdommen hennar var det idealet om den evidensbaserte behandlinga som gav utslaget for handlingsvalet. Ho laut setja lit til det kliniske skjønnet til legen.

II. Tromboseprofylakse under svangerskap

Ho hadde for ti år sidan djup venetrombose i leggen i samband med ein fødsel. Ved nytt svangerskap fekk ho bekkenvenetrombose. Då hadde ho ikkje fått antitrombotisk lækjemiddelbehandling. Dette valet vart teke etter at klinikarane hadde drøfta situasjonen. Norsk gynekologisk forening seier i 1995 at ho skulle ha fått profylaktisk behandling (4). I 1998 meiner dei at dette ikkje er nødvendig til personar som har hatt isolert leggvenetrombose (5).

Kommentar:

Dette er typisk tema for ei klagesak. Skal legen som i 1995 gjorde noko som ikkje var rett då, men som var rett i 1998 klandrast for det han gjorde i 1995? Slike småsøger frå den medisin-



ske kvarldagen inviterer til refleksjon over sambandet mellom evidens og sanning. (Eg føreset at Norsk gynekologisk forening i sine rettleiarar ligg nær opptil det evidensbaserte kunnskapsidelet.)

Om ulike feilslutningar

I samfunnsvitskapleg metodetrening og forsking er omgrepa atomistiske og økologiske feilslutningar mykje brukte (6). Den atomistiske feilslutninga er klinikaren si tradisjonelle fallgrop. Den handlar om at ein ut frå observasjonar på einskildindivid dreg slutningar om systematiske samanhengar som kan overførast til andre. Det er sjølv sagt denne fallgropa som evidensbasert medisin skal hindra at ein fell i.

Den økologiske feilslutninga kan lett koma til å bli den forskingsbaserte klinikaren si fallgrop. Den handlar om at ein dreg slutsnadar om forhold på individnivå ut frå systematiske samanhengar i grupper. Eg vil hevda at blind bruk av t.d. handlingsprogram lett kan føra ein ut i økologiske feilslutningar.

Kasuistikkane ovanfor viser at evidensbasert kunnskap slett ikkje alltid kan gje avgjerande rettleiing i valsituasjonar. Vidare er det verd å merka seg at mangel på evidens til å grunngje eit klinisk val, ikkje nødvendigvis heng

saman med manglande verdi av dette handlingsalternativet. Evidensbasert medisin gjev heller ikkje svar på verdkonflikter som ofte følgjer med kliniske valsituasjonar (7).

Min mellomkonklusjon er difor at evidensbasert medisin åleine ikkje gjev eit godt nok handlingsgrunnlag; nødvendig – ja, men tilstrekkeleg – nei. Faktabasert kunnskap ut frå aggregerte forskingsdata kan berre hjelpe eit stykke på vegen i den kliniske situasjonen.

Om objektiviseringa av resten av vegen

Utdringa blir difor å finna metodar for å objektivisera valet i den kliniske situasjonen. Frå gammalt av har handverksfaga hatt stor tiltre til at meistersvenn-ordningar skal gje eit grunnlag for eit meir objektivt, standardisert og etterprøvbart fagskjønn. Meistersvenn-ordningane byggjer for ein stor del på munnleg og praktisk kunnskapsoverføring.

Frå urgamle tider har det også vore slik at ein gjennom forteljingar prøver å gje forståelege svar der slike eitleg ikkje finst (8). Dei bibelske forteljingane og eventyra er kvar på sine måtar døme på det. Fellesskapet om slike forteljingar kan sjølv sagt festa ugyldig kunnskap for mandsaldrar,

men det kan også kasta lys over ulike tolkingsmåtar for vanlege og uvanlege fenomen.

Denne narrative tilnærminga er interessant for klinikaren. Ved å teikna og tolka mønster, ikkje berre ut frå fakta som ligg i dagen, men ut frå vase nyansar og samanlikningar, kan ein få eit meir etterprøvbart og kanskje også objektivt kunnskapsgrunnlag enn om ein berre opnar for fri synsing, sjølv om det ligg evidensbasert kunnskap i botn. Denne hermeneutisk prega innfallsvinkelen, som eg noko retorisk vil kalla «wisdombased medicine»(WBM!) trur eg må koma i tillegg til den evidensbaserte medisinen.

Om analyse av unike system

Det er ikkje berre i medisinens verd at ein slit med å få aggregerte data til å vera nyttige på individuelt nivå. Dei same utfordringane står ein overfor når ein skal analysera kompliserte tekniske system, som t.d. produksjonsinnretningar i petroleumsverksemda (9, 10). Det handlar då om å dra med seg den evidensbaserte kunnskapen inn i ein prosess der denne blir vurdert opp mot individuelle eigenskapar ved det aktuelle systemet (personen!) samt kontekstuelle faktorar.

Då sit ein med eit gedigent spel med mange stokastiske variablar med ulike tolkingar framfor seg. Det er dette det kliniske skjønnet handlar om. Det blir då overmåte viktig å kunna gjera greie for kva element ein har drege inn i spelet, korleis ein har vektlagt desse og korleis ulike alternativ er vurderte mot kvarandre. Ut frå dette må ein konkludera med eit handlingsval. Det minner litt om slik bayesiansk statistikk handterer eit problem (11). Sjølv dei mest kvantitatativt innretta personane kan finna moro i dette, vil eg meina.

Om ein tenkjer handlingsprogram i ein slik situasjon, vil det vera meir viktig for slike å seia noko om kva element som skal vurderast, gje tips om vektlegginga samt å visa til ulike alternativ, enn at handlingsprogrammet gje eintydige svar på korleis ein skal handla. Den andre kasuistikken ovan-



for er forsåvidt ein illustrasjon på at handlingsprogrammet bør sei meir om kva spørsmål det er relevant å stilla enn kva svar eit gitt spørsmål skal ha.

Etter alt dette blir min definisjon av klinisk skjønn at det er kontekstuell tilpassing av eksplisitt uttrykt kunnskap i ein unik situasjon. Skjønnet må såleis vera argumenterbart.

Litt ordkløyving til slutt

Hypotetisk deduktiv forskingstradisjon bygger på falsifisering, ikkje på at ein skal kunna prova det sanne. Kva som er det sanne, vil difor til ein viss grad alltid vera eit spørsmål om tru. (Trua kan ikkje provast, men treng ikkje vera mindreverdig for det!) Difor ønskjer eg å vera skeptisk til alle som hevdar at dei har funne og kan prova sanninga.

Den medisinen som vel å tru på «det sanne», men støtt prøver å prova det usanne vil eg kalla VBM, «value based medicine». Den type medisin bør etter mi mening liggja til grunn for det kliniske skjønnet. Min formel er såleis EBM + WBM = VBM.

Etterskrift I (undrande)

Eg har undra meg mykje over kvifor særleg den munnlege debatten kring evidensbasert medisin stundom blir ganske heit. Kan det ha noko å gjera

med at medisinen enno ikkje har teke den positivismeidebatten som samfunnsvitskapane hadde i 1960 og 1970 åra?

Etterskrift II (provaktivt)

Er det slik at evidensbasert medisin er den modernistiske medisinens ultimata framtoning? Om så skulle vera bør vel den medisinske vitskapen leita seg framover i den postmoderne skodda, og innsjå at randomiserte kliniske studiar ikkje lenger handlar om vitskap, men er å sjå på som rutinifiserte øvingar innan eit uttømt medisinsk paradigme.

Henrik R. Wulff (han med boka *Rationell klinik*) har nett skrive ein lesverdig artikkel om eit komande tids-skifte i medisinen (12). Eg las han som medlem av alternativ medisinutvalet, og kvapp litt då eg såg kven som var forfattar!

Geir Sverre Braut
Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680, 4001 Stavanger

(Foredrag halde på Utstein kloster vertshus 18. april 1998, omarbeidd til skriftleg form.)

Litteratur:

1. Hovdenak M, Killingbergtrø L, Lauvhjell A, Nordlie S, Rommetveit M, Worren D. Nynorskordboka. Oslo: Det norske Samlaget, 1986.
2. Schön DA. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
3. Molander B. Kunskap i handling. Göteborg: Daidalos, 1996.
4. Dalaker K (red). Veileder i fødselshjelp 1995. Oslo: Norsk gynekologisk forening. Den norske lägeforening, 1995.
5. Dalaker K (red). Veileder i fødselshjelp 1998. Oslo: Norsk gynekologisk forening. Den norske lägeforening, 1998.
6. Martinussen W. Sosiologisk analyse. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
7. Kerridge I, Lowe M, Henry D. Ethics and evidence based medicine. BMJ 1998; 316: 1151-53.
8. Rekdal JE. Det åpne svaret. Apollon. Tidsskrift fra Universitetet i Oslo 1998, nr. 1: 24-27.
9. Natvig B. Hvordan tenkte Thomas Bayes? Utposten 1997; 26 (8): 348-56.
10. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998; 316: 1154-57.
11. Aalen OO. Innføring i statistikk med medisinske eksempler. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1998.
12. Wulff HR. Tidehverv i lægevidenskabelig tænkning: menneskesyn og sygdomsbegreb. Bibliotek for læger 1998: 105-127.

Evidensbasert medisin (EBM) - et paradigmeskifte eller bibliotekmetode?

På NSAM-seminaret «Troens bevis» 14.-16. april 1998 syntes det å være skepsis og engstelse mot EBM, og jeg ønsker derfor å prøve å si noe om hva EBM er, og hvorfor vi som er allmennmedisinere må utøve EBM. Jeg kommer ikke til å drofte ulike former for kunnskap eller vårt daglige kliniske arbeid i konsultasjonen.

Definisjonen

Utvørselen av EBM innebærer å aktivt integrere god medisinsk praksis med beste tilgjengelige viten, kritisk vurdert ved hjelp av metoder fra klinisk epidemiologi, tilpasset

pasientens egen vurdering. Dette fordrer evnen og viljen til å erkjenne egne kunnskapsbehov, lære å innhente kvalitetsinformasjon, kritisk fortolke og tilrettelegge den i konsultasjonen, til pasientens beste. Vi skal altså fortsette med det gode håndverket vi har utviklet gjennom tidene, men blir nødt til å tildegne oss ferdigheter i å finne og kritisk vurdere informasjon. Etter mitt skjønn innebærer ikke dette nødvendigvis et paradigmeskifte, snarere at det nå er nødvendig med en form for informasjonsmestring for å komplettere vårt allmennmedisinske armamentarium.

Trish Greenhalgh, britisk allmennpraktiker og organisator av «UK/London Workshops on teaching evidence-based practice» hvor jeg er tutor, skriver i abstract nr. 4 til 15th WONCA World Conference følgende: – Evidence-based medicine may be seen by the practising GP as a threat or opportunity. Primary care has taken lead in the latest evolutionary phase of evidence-based medicine «the evolution from an academic, population-based discipline to a patient-centred and context-sensitive one. The general practitioner in the surgery and at the bedside works where the clinical epidemiologists fear to tread, since the needs and values of the individual cannot be ignored» (1). Med denne formuleringen plasserer hun EBM der jeg mener den hører hjemme, som en naturlig og nødvendig del av klinikeres arbeidsform.

Dave Sackett, indremedisiner og professor i klinisk epidemiologi ved det tradisjonsbundne University of Oxford definerer at «utøvelsen av evidensbasert medisin innebærer at man på samvittighetsfullt, eksplisitt og veloverveid vis bruker beste evidens i håndteringen av våre pasienter» (2). Dette innebærer at vi må integrere individuell klinisk ekspertise, profesjonsutøvelsen, og pasientens verdier

med beste tilgjengelige evidens basert på klinisk relevant forskning av betydning for håndtering av den enkelte pasient. Gode leger må bruke sin kliniske erfaring og integrere den med kvalitetsinformasjon i sin praksis.

På bakgrunn av dette vil jeg fremsette ett spørsmål og en påstand. Spørsmålet først: Bør og kan EBM praktiseres av andre enn klinikere? Er det slik at Helsetilsynet, jurister, industrien og andre kan konfrontere oss med at vi burde ha håndtatt pasienten i tråd med det Cochrane-databasen hevder? Kan dette gjøres isolert utenfor den rammen konsultasjonen gir oss for å forsøke å få til best mulig løsning for pasienten? Jeg tillater meg å reise spørsmålet, uten å gå nærmere inn på en slik diskusjon nå.

Min påstand og det som interesserer meg mest, er følgende: Som allmennpraktikere er vi nødt til å utøve EBM for å gi våre pasienter den beste håndtering, for å sørge for eget faglig vedlikehold resten av livet og for å videreutvikle vårt eget fag og spesialitet.

Hva kreves det for å utøve EBM?

Rent pedagogisk vil EBM innebære at hver enkelt av oss skal kunne lære å formulere spørsmål ut fra problemer vi lurer på i arbeidet med våre pasienter, deretter vite hvordan vi kan finne svar på spørsmålene, lære ferdigheter i å kritisk vurdere det vi finner og endelig implementere det i vårt pasientarbeid (3). Jeg ser ofte at EBM blir redusert til om ens spørsmål kan besvares med resultater fra randomiserte kliniske kontrollerte forsøk (RCT)- og det er ikke korrekt. Mange spørsmål vi allmennpraktikere har besvares best med kvalitative forskningsmetoder - da skal vi ikke se etter RCTer. Men da må vi også ta fram EBM-verktøyet for kritisk vurdering av kvalitative studier. Poeng er at det er vårt spørsmål som bestemmer hva slags metode det er som best kan gi svaret.



Atle Klovning, f. 1963. Cand. med. 1989. Spesialist i allmennmedisin 1997, nå universitetsstipendiat ved NOKLUS, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, med prosjekt på laboratoriebruk i allmennpraksis. PBL-tutor på ukekurs i EBM ved University College London Medical School og på Folkehelsa, har organisert EBM-delen i den allmennmedisinske terminen på medisinstudiet ved UiB, diverse EBM-presentasjoner i legers videre- og etterutdanning (VEU).

I stedet for å lese tilfeldige ting vi kommer over eller reklame og opplegg fra industrien, bør vi definere egne informasjonsbehov. Hvor ofte er det ikke slik at det er det siste vi har lest som styrer vår praksis? Det kan ha vært syv tidligere studier som viste X; er det da slik at dersom den åttende studien visste det motsatte, så må vi endre praksis fordi det var den siste vi leste og den stod i BMJ?

Vi må konsentrere oss om det som vi selv opplever som sentrale informasjonsbehov. Når vi så blir faglig nysgjerrige og kunnskapssøkende, har vi det beste utgangspunktet for å oppdatre oss på områder der vi merker at vi er svake. Selv kan jeg lite om demens og Helicobacter pylori, men har ved hjelp av EBM-verktøyene klart finne frem til litteratur som interesserer meg, som er industriavhengig og som ga meg svar på konkrete spørsmål jeg hadde.

Kunnskap versus informasjon

Vi overflommes av informasjon som er ufordøyd og overveldende. Først når informasjonen er bearbeidet og fortolket, er det kunnskap. Det har vært gjort forsøk på å dele medisinsk informasjon (evidensen) inn i DOEs = disease oriented evidence og POEMs = Patient oriented evidence that matters (4), som innebærer at man legger vekt på endepunkter som er vesentlige for pasienter og ikke resultater fra dyremodeller o.l.

For meg (og sannsynligvis også for pasienten) er det mer interessant om en pasient lever lenger og har et bedre liv enn om blodtrykket reduseres med x mm Hg. Og det som er interessant når det gjelder antibiotikabehandling av akutte otitter, er om behandlingen i virkeligheten reduserer antall barn med forsiktig språkutvikling. Dersom det ikke er slik, så ser jeg ingen grunn til å behandle ottittene med antibiotika. I vårt eget fag er det vi som må definere spørsmålene som er interessante for oss, det kan ikke industrien eller andre gjøre for oss. Ser man på mange av kursene i vår videre- og etterutdanning, så er det ofte mye DOEs og lite POEMs. Her bør vi jobbe mot mer POEMs.

Hvorfor må vi utvikle ferdigheter i EBM-verktøyene (klinisk epidemiologi)?

Det er vi som må forvalte kunnskapen til beste for pasientene våre, og den kunnskapen vi har om våre pasienter gir oss det beste utgangspunktet for å fortolke og deretter formidle informasjon til pasientene. Men vi må være å være kritiske, også til velrenomerte tidsskrift som f. eks. The Lancet, til Cochrane-databasen og til autoritetsbaserte påstander. Men vi mangler begrepsapparatet for å kunne argumentere mot storindustrien og elfenbenstårnene. EBM-verktøyene må også læres, slik at vi kan utvikle forståelsen av og kritisk vurdere informasjon. Jeg skal nevne et par eksempler.

Nå kjører ASTRA ut reklame for dataene fra HOT-studien (5). Andre firma vil også forsøke å hevde at det på bakgrunn av denne studien er nødvendig å redusere det diastoliske blodtrykket til under 85 eller til og med 80 mm Hg. Nylig stod det også reklame i det svenske Läkartidningen om at HOT-studien viser at nå bør vi ha 85 mm Hg som diastolisk blodtrykksmål. Industrien kommer i nærmeste tid til å argumentere med at – det på bakgrunn av verdens største blodtrykksstudie nå må anbefales at vi ytterligere intensiverer måltrykket. Seksjonsoverlege Sverre Kjeldsen ved Aker Sykehus gikk ut i Aftenposten og hevdet at HOT-studien nå vil få store konsekvenser for håndtering av alle våre hypertensjonspasienter (6). Vi som er allmennpraktikere må være våkne og kritiske til det han hevder på autoritetsbasert vis, og vi må ta en beslutning: Skal vi nå intensivere blodtrykksbehandlingen eller ikke?

Ser vi på den påfølgende brevvekslingen i The Lancet, Läkartidningen og vårt eget Tdnlf (7), er det pekt på mange svakheter med denne studien, som kanskje til og med må anses som en negativ studie, hvor dataanalysene kan villede oss. Det kan se ut til at totaldødeligheten kan være økende ved intensivert behandling. Dersom vi lar oss forføre av raske konklusjoner på sviktende grunnlag, er vi ille ute. Det er vi som må være kritiske til påstander som presenteres, på vegne av faget

vårt og pasientene. Vi trenger å kunne lese originalstudien, brevvekslingen i Lancet, Läkartidningen, Tdnlf og se da at det er mange svakheter ved denne studien som gjør at vi må rope varsko! Det er her jeg mener at ferdigheter i EBM-verktøyene (klinisk epidemiologiske metoder) er nødvendige, og vi må starte med store og sentrale områder i vårt eget fag, f. eks. ved utforming av retningslinjer. Det er det utviklet en mal for evidensbaserte retningslinjer (8) som vi bør bruke i det arbeidet f. eks. NSAM gjør med utarbeidelse av kliniske retningslinjer. I korthet innebærer det at man graderer sine påstander etter dokumentasjonsstyrke (A, B, C eller D), slik brukeren med letthet kan lese hvor godt underbygd en påstand er (8).

På tilsvarende vis har jeg vært eksremt skeptisk til at Pfizer og Hukommelsesklinikken har utviklet et PC-program som skal gi oss hjelp til rask demensdiagnostikk, muligens for at man skal kunne promotere demensmedikamenter. Jeg har sett på PC-versjonen ved hjelp av diagnostikkverktøyene i EBM-verktøykassen, og vil ikke anbefale at man bruker dette dataprogrammet til diagnostikk av demens, med nedenstående argumentasjon: Dersom diagnostikkverktøyet DEMDIAG® anvendes på pasienter på Hukommelsesklinikken, har Professor Knut Laake beregnet sensitiviteten til 90%, spesifisiteten til 83%, og pretestsannsynligheten for demens i følge gullstandarden er 65%. I følge mine beregninger fører dette til at man ved Hukommelsesklinikken vil klassifisere 59 av 1000 som falsk positive og 65 som falsk negative. Samme testen brukt i allmennpraksis vil med en anslått pretestsannsynlighet for demens på 40% føre til at 102 av 1000 pasienter vil feilklassifiseres som demente uten å være det, mens 40 vil være falsk negative. En annen måte å se på denne testen, er å beregne sannsynlighetsratioen = sensitivitet/(1-spesifitet). For DEMDIAG® er den $0,9/0,17 = 5,3$ – hvilket er beskrevet som en middels god test, mens en god test har sannsynlighetsratio >10 (9). Men disse beregningene er egentlig relativt lite interessante per se, det

interessante er konsekvensen av en falsk positiv eller negativ demensdiagnose.

«Kvalitetsinformasjon» – beste tilgjengelige evidens.

All informasjon er ikke likeverdig når det gjelder kvalitet. Dette må vi være villig til å erkjenne, for å kunne levere beste informasjon til pasientene våre. Det er beskrevet et evidenshierarki (8), og dette bør tydeliggjøres i mange sammenhenger, for eksempel ved utarbeidelsen av retningslinjer. I et forsøk på å rangere den informasjonen vi overstrømmes av, basert på kriterier fra EBM-miljøene, har jeg laget en webside: "Finding answers to questions in evidence-based medicine" (10). Jeg begynner med generelle linker om EBM, og fortsetter deretter med steder jeg har rangert etter kvalitet. Nedenfor følger en oppstilling basert på denne:

1. The Cochrane library
2. MEDLINE
3. Sekundærpublikasjoner, altså hvor noen har lest, validert og kritisk fortolket en artikkel for deg, du får en konklusjon som er begrunnet utfra originalartikler. Det finnes både tidsskrifter og websider som f. eks. Best Evidence, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Mental Health, Bandolier m. fl.
4. Primaertidsskrifter, stadig flere på web
5. Retningslinjer, guidelines, lærebøker, håndbøker, prosedyrepermer etc.
6. Autoritetsbasert kunnskap, som å ringe bakvanten, standard kurs i legers VEU.
7. Internett, som er et sammensurium av informasjon.
8. Mange E-postlister kan brukes til å

rette spørsmål man ikke til nå har funnet et svar på, som f. eks. EYR, KOMPASS, ebh-listen.

Avslutning

I vårt arbeid med pasienter ser vi alle hvordan vi til stadighet må håndtere forskjellige former for informasjon og finne løsninger i samarbeid med pasienten. Vårt eget fag trenger å styrkes på de områdene hvor det faktisk foreligger dokumentasjon på tiltak, og vi trenger hjelp til å omsette disse i praksis. Vi vet også at mange ting har ingen løsning, og det må vi også leve med.

I vår livslange videre- og etterutdanning kan verktøy som EBM hjelpe oss til i enda større grad å holde oss oppdatert. På konstruktivt og kritisk vis kan vi da ta stilling til om vi skal inkorporere ny informasjon i vårt arbeid. Det har aldri vært meningen at EBM-verktøyene alene skal styre vårt arbeid med pasienter, det er EBM vi skal utøve- ved å integrere vår kliniske ekspertise og beste tilgjengelige viten, til pasientenes beste.

Referanser

1. Greenhalgh P. Evidence Based Medicine in primary care. In: 15th WONCA World Conference; 1998 June 14-18; Dublin, Ireland; 1998.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 1. ed. London: Churchill Livingstone; 1997.
4. Index of POEMs. Patient Oriented Evidence that Matters...on this page, you'll find a list of all of the POEMs published in the Journal of Family Practice since 1994. 1998. <http://jfp.msu.edu/jclub/Indexes/jcin-dex.htm>
5. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers S, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998;351:1755-62. <http://www.thelancet.com/newlancet/reg/Issues/vol351no9118/article1755.html>
6. Hafstad A. Lavere undertrykk viktig behandling. Aftenposten 1998. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d42393.htm>
7. Klovning A, Sandvik H, Straand J. «Too HOT» blodtryksbehandling? Tidsskr Nor Lægeforen 1998;19:3005.
8. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guideline development project: summary guideline for non-steroidal anti-inflammatory drugs versus basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis. BMJ 1998;317:526-30. <http://www.bmjjournals.org/cgi/content/full/317/7157/526>
9. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1994;271(9):703-7. http://JAMA.MCMASTER.CA/evidence/3_dx.htm
10. Klovning A. Finding answers to questions in evidence-based medicine. 1998.

En mänsklighet så ren som blommor är framtidens ideal.

Edith Södergran

Hva slags handlingsprogrammer ønsker vi fra NSAM?

Beslutningsstøtte er mer enn EBM

(Per Stensland og Anders Bærheim, styremedlemmer i NSAM)

Gjennom kliniske handlingsprogrammer har NSAM levert kvalitetssikret kunnskap for allmennpraktikere. Det er tid for å revidere flere av programmene og utarbeide nye. NSAM ønsker å diskutere bruken av kunnskapsbegrepet med utgangspunkt i framveksten av «evidensbasert medisin».

EBM som troens bevis

Når NSAMs handlingsprogrammer har hatt betydelig gjennomslagskraft, skyldes det framfor alt at de er solid fundamentert. Samtidig har de skapt diskusjon ved å modifisere retningslinjer basert på undersøkelser fra sykehus med sikte på å tilpasse dem en hverdag utenfor sykehuet.

Debatten i kjølvannet av hypertoniprogrammet synliggjør deler av kunnskaps hierarkiet i medisin. Diskusjonen har gått på hvilke avveininger som skal ha gyldighet for fastsetting av behandlingsgrenser for blodtrykk. NSAMs styre har ønsket å utvide denne diskusjonen ved å lete etter hva som kan være gyldig kunnskap og handlingsgrunnlag i allmennmedisin. Grunnlaget for letingen er uro ved de stadige kravene om handling basert på randomiserte kliniske undersøkelser, der betydningen av kunnskap basert på møtet mellom mennesker i konsultasjonen synes å tones ned. Gjennom kliniske undersøkelser går konsultasjonens individuelle data gjennom en prosess der de kommer ut som gruppebaserte facts. Men deres nye status utydelig gjør deres bakgrunn som komplekse observasjoner og erfaringer. Hva skal til i metodeutvikling for at våre observasjoner av individuell variasjon og mellommenneskelige forhold skal gå gjennom en tilsvarende herdningsprosess som kan gi liknende status?

Potent språk med forheksende kraft

Evidens Basert Medisin er en språklig farsott. Hvem vil vel bygge sin faglige framtid på annet enn solid underbygget kunnskap?

I debatten fremstår EBM som en bibliotekmetode for framskaffing og vurdering av kliniske undersøkelser (1). Språkets forheksende kraft kan likevel forlede noen og enhver til troen på at EBM representerer gullet i gullstandard og skiller klint fra hvete. I så fall blir det bare de fagområdene som egner seg for undersøkelser med randomiserte kliniske undersøkelser som fortjener vår oppmerksomhet.

EBM's far, David Sackett, nyanserer dette inntrykket i forordet til en bok som nylig har kommet ut: «Gode leger bruker både sin individuelle kliniske ekspertise og beste tilgjengelige ekssterne dokumentasjon, hver for seg er ingen av delene nok. Uten klinisk ekspertise blir klinisk praksis tyrannisiert av dokumentasjon, for selv beste ekssterne dokumentasjon kan være uanvendbar overfor, eller ikke passe den enkelte pasienten. Uten den fortiden beste dokumentasjonen risikerer klinisk praksis raskt å bli utdatert, til skade for pasienten» (2).

Bibliotekdelen av EBM er derfor, i følge Sackett, bare en del av den kunnskapsmengden som brukes i klinisk praksis. I allmennmedisin er dette

særlig tydelig. Likevel ser vi at den språklige kraften i EBM-begrepet forsterker et kunnskaps hierarki som allmennmedisin både smykker seg med og lider under.

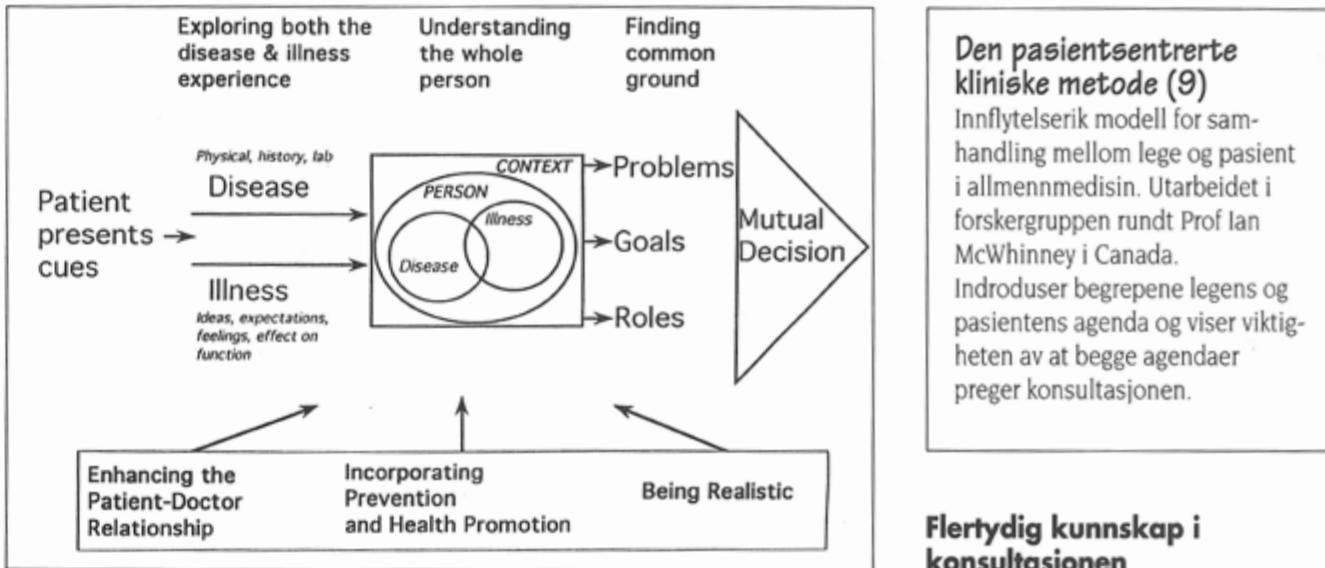
Sammensatt kunnskap

I allmennmedisin er kunnskap tilfanget svært sammensatt. Flere har prøvd å dele det opp, men enhver slik oppdeling blir fådimensjonal i forhold til hva vi erfarer at vi bruker i daglig klinisk virke. En vanlig oppdeling kan være (3-6):

1. Teoretisk kunnskap, eller påstandskunnskap er teorien i faget. Teoretisk kunnskap kan pugges, læres fra tekst.
2. Ferdighetskunnskap må øves inn. Kliniske ferdigheter kan ikke læres fra en tekst men beskrives, og innlæringen kan systematiseres.
3. Taus kunnskap er kompleks ferdighetskunnskap. Eksempler kan være hvordan vi «med et blikk» gjenkjenner fjes, eller hvordan vi overfører teori til praktisk handling. Taus kunnskap læres ved «refleksjon-i-praksis», en slags nærværenhet eller årvåkenhet mens vi er i aksjon, slik at vi får ideer om videre endring (5). Lærevennen for taus kunnskap er nok personlig basert, men den fremmes ved personlig trygghet, og oppøving av nysgjerrighet. Forskjellig mestringsgrad av taus kunnskap er sannsynligvis det som skiller en god fagmann fra en mindre god (5).
4. Fortrolighetskunnskap. I møte med mennesker kan legen øve opp en kommunikativ kompetanse som kan gjøre ham i stand til å veve den andres standpunkt inn i sitt eget, se verden med den andres øyne (6).

Den pasientsentrerte konsultasjonen

Den pasientsentrerte metoden er selve



FIGUR 1

Figuren (8) viser prinsippene for metoden. I denne figuren er pasienten og legen nesten usynlige, fordi figuren først og fremst viser prosessen. Pasienten presenterer sitt ørpend gjerne litt hulter til bulter. Den pasientsentrerte legen vil utdype pasientens «saksliste». Han prøver å få pasienten til å sette ord symptomer, på hennes forståelse av og bekymringer knyttet til symptomer/sykdom, og på hennes forventninger til konsultasjonen og behandlingen. Konsultasjonen vil ideelt sett formes av gjensidig forståelse mellom lege og pasient, og ende med felles diskusjon av planer og avgjørelser.

kjernen i den allmennpraktiske konsultasjonen. Alle konsultasjoner vil kunne profitere på å ha elementer av den pasientsentrerte metoden i seg. Det foreligger tung dokumentasjon på

hvorordan den pasientsentrerte legen øker pasientens autonomi, og reduserer pasienters konsultasjonsrate, medikamentforbruk og sykdomsopplevelse (7).

Den pasientsentrerte kliniske metoden (9)

Innflytelserik modell for sam-handling mellom lege og pasient i allmennmedisin. Utarbeidet i forskergruppen rundt Prof Ian McWhinney i Canada.

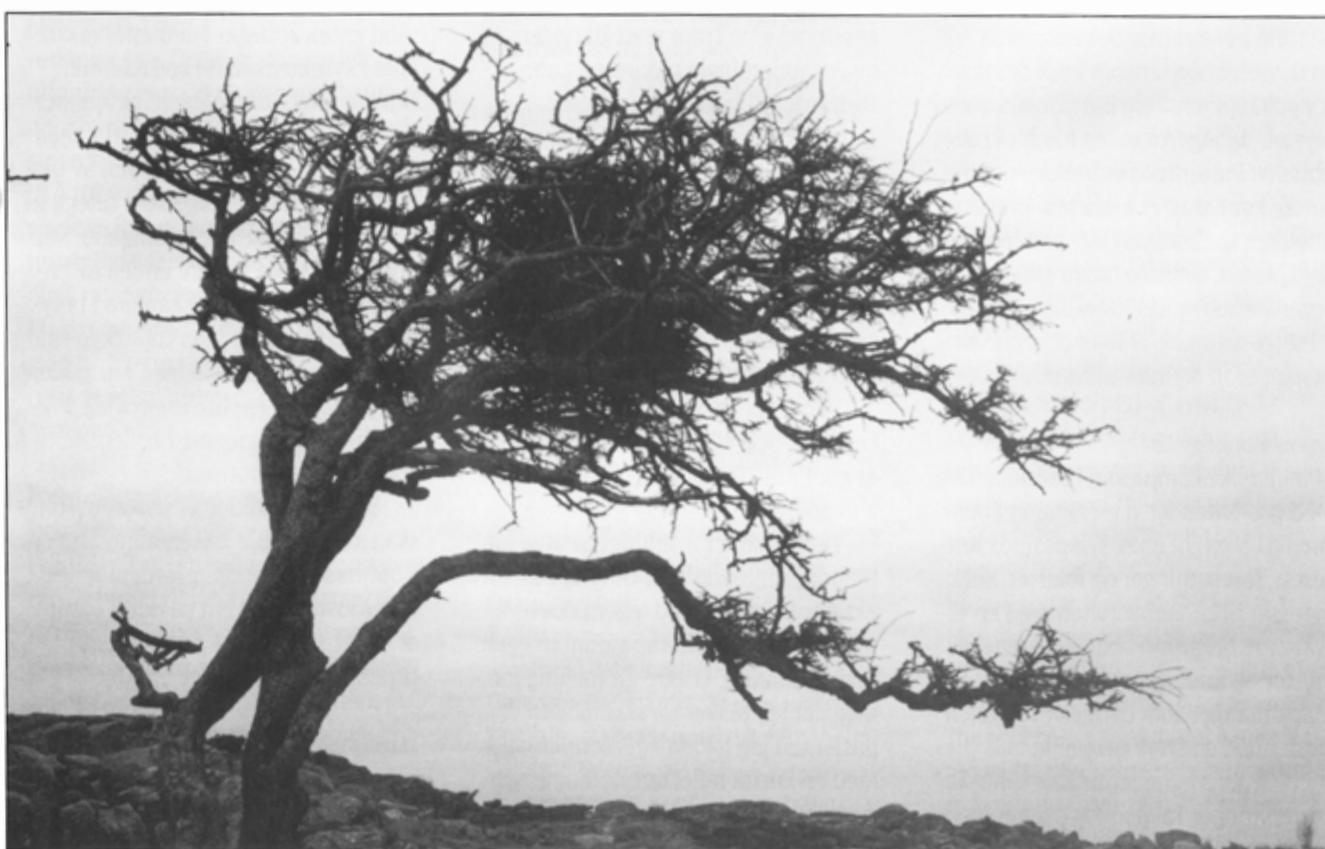
Indroduser begrepene legens og pasientens agenda og viser viktigheten av at begge agendaer preger konsultasjonen.

Flertydig kunnskap i konsultasjonen

En pasientsentrert konsultasjon er et møte mellom to eksperter, legen som ekspert på faget, og pasienten som ekspert på sitt liv (8). Begge ekspertere bringer med seg en kompleks kunnskapsmengde til konsultasjonsprosessen slik den er vist på figuren.

Pasientens kunnskapstilfang

Livet lærer oss at en rekke tilstander opptrer på andre måter enn de er beskrevet i lærebøkene. Mange sykdommer og tilstander faller mellom alle stoler, det finnes ikke slike sy-



dommer som pasientene beskriver. Dette betyr at lærebøkenes påstandskunnskap må suppleres med kunnskap om hva som særmerker de levetår der denne tilstanden opptrer. Og den må suppleres med spesifikk kunnskap om det spesielle mennesket som bærer fram plagen.

Pasienten har en unik opplevelsesbasert kunnskap om egne plager som hun nok bare delvis er bevisst. Symptomopplevelsen formes av pasientens ferdigheter til egen håndtering av slige opplevelser. Dermed koples den til, og farges av pasientens tidligere opplevelser, følelser, tenkesett og forventninger. Disse utgjør et personlig, intrikat og uoversiktlig nettverk av kunnskap som bare i begrenset grad lar seg forme i ord og metaforer som kan forventes å bli forstått av en person som ikke kjenner pasienten. Det er i dialog med legen at begge etter hvert kan sette ord på symptomene. I denne prosessen omformes pasientens forståelse og egenopplevelse ved verbaliseringen av dem.

Pasientens teoretiske medisinske kunnskap spiller også en rolle. Dette teoretiske kunnskapstilfanget er ikke så ulikt legens, og koplet med symptomopplevelser og symptomenes forhistorie blir det ofte det elementet pasienten benytter som innledning til konsultasjonen. «Jeg har fått så vondt i brystet, og jeg tror at jeg har brukket et ribben». Pasientens teoretiske medisinske kunnskap er enda mer preget av tilfeldige kunnskapskilder enn legens – dagspresse, samtale med venner, populærmedisinsk litteratur eller fagmessige web-søk. Noe av denne kunnskapen er til og med EBM-basert.

Legens kunnskapstilfang
er minst like komplekst. I samhandling med pasienten får vi en annen håndskap om hennes symptomer, tenkesett, forventninger og følelser. Selv møter vi til konsultasjonen med en tilsvarende bakgrunn som vi bare delvis mester og forstår. Det felles kunnskapstilfanget som dannes i samtalen får dermed en sterk personlig bias preget av legens egne teoretiske kunnskaper, erfaringer, følelser og pseudofaglige forventninger. Det fremgår av dette

at legens kunnskap om seg selv er et viktig klinisk redskap.

I konsultasjonsprosessen aktiviseres også annen taus kunnskap. Vi vurderer mellommenneskelig kontakt, stiller og avkrefter blikkdiagnoser, bruker sanser som lukt, syn og hørsel. Og vi gjør det stort sett uten eksplisitt vurdering, det bare skjer. Mange av grunnlaget for diagnose og behandlingsvalg ligger i resultatet av denne prosessen. Årvåkenhet på prosessen gir oss mulighet til å utvikle oss som leger (5).

Praktisk kliniske ferdigheter brukes sjeldnere og mye mer eksplisitt, for eksempel er vi i stor grad klar over hvilke abdominale palpasjonsfunn som leder til hvilke overveielser. Teoretisk kunnskap kommer inn på mange plan. Den er referanserammen i vår samtale med pasienten, den spiller aktivt på lag med taus kunnskap, og den styrer ofte hvilke praktiske ferdigheter vi anvender. Av og til, og kanskje sjeldnere enn vi burde, føler vi at den teoretiske kunnskapen ikke strekker til.

Vi overstrømmes med medisinsk kunnskap, og vi vet at det meste ikke er godt nok. Tre kilder er kanskje bedre enn andre:

Den første er resultatet av at vi lar tilfeldig kunnskap som tilflyter oss, for eksempel i møte med legemiddelrepresentanter, filtreres gjennom egen praksiserfaring. «Dette gir mening for meg når jeg tenker på akkurat den pasienten jeg hadde i går formiddag.» Med en kritisk reflektert holdning kan mye komme ut av slike tilfeldige møter.



Den andre kilden er samtale med kyndige kolleger som nyter vår faglige tillit, enten kolleger i allmennpraksis eller i sykehusbaserte spesialiteter.

Når jeg ringer barnelegen jeg kjenner for å samtale om tilstanden til ungen foran meg, formidler jeg et vell av inntrykk og uuttalte antagelser i tillegg til de nakne kliniske opplysningene. Min utvalgte kollega i andre enden av linjen oppfatter dette, og kan med betydelig støtte i egen taus kunnskap samtale meningsfullt med meg om akkurat den pasienten jeg har foran meg. I tillegg bidrar samtale med kollegaen til å klare mine egne tanker.

Den tredje kilden er påstandskunnskap av type EBM-basert kunnskap og EBM-baserte handlingsprogrammer. Atle Klovning går inn på dette emnet et annet sted i dette nummeret av Utposten.

Håndtering av felles kunnskap

I vår felles tenkning mot en løsning eller håndtering av et klinisk problem er det mer et unntak enn regel at pro-

blemet har en årsak. Praktisk allmennmedisin er et kraftig oppgjør med troen på lineær kausalitet. Og dermed et oppgjør med troen på at kliniske problemer kan finne sin løsning i databaser alene.

Hjort har nylig beskrevet hvilke personlige avveininger som kan ha gylldighet i vurderingen av atrieflimmerbehandling (9). Han får oss til å tro at allmennpraktikeren må holde fast på en evne til å kombinere kunnskapskilder.

Verdighet i yrkesutøvelse?

Et klinisk verktøy er ikke bare et innslag i praksis men er med på å forme virksomhetens karakter. Gi meg en hammer og jeg vil gjøre alle problem til spiker! Noen verktøy påvirker ikke bare en enkelt praksis, men en hel arbeidsform – kulissene tar regien.

Sterk styring og økende antall retningslinjer bidrar til en allmennpraktikerrolle som er kalt en bakkebyråkrat (10). Faglig autonomi og rommet for individuell vurdering er under press i en grad som kan få en til å føle at verdigheten i yrkesutøvelsen forsvinner (11). Vår skepsis i møte med EBM-begrepet må forstås på denne bakgrunn.

Utfordringen å finne EBM's berettigede plass i den allmennmedisinske verktøykassa. Dette er en spesiell utfordring i en tid da den medisinske intervensjonstroen brer om seg. Medisinen synes å forvalte en rett og plikt til å tilby intervensjon i folks liv – ut fra en posisjon av kunnskap om hva som tjener livet selv. Denne troen omfatter også intervensjon med medikamenter. Men rammene for medisinsk intervensjon er ikke bare et medisinsk, men også et etisk, antropologisk og politisk spørsmål.

Handlingsprogrammer og beslutningsstøtte

For tiden ser vi tendenser til forsterket medikamentell intervensjonstro på flere områder, slik som behandling av depresjon, astma, demens, hyperlipidemi og hypertensjon. Disse områdene trenger ny allmennmedisinsk fagutvikling, men i hvilken form?

Nye programmer for beslutningsstøtte bør vektlegge spørsmål legen

NSAM Handlingsprogrammer

1987	Høyt blodtrykk NSAMs handlingsprogram for allmennpraktiksis
1988	Diabetes NSAMs handlingsprogramm for allmennpraksis
1991	Bronkial astma hos barn og unge NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
1992	Revmatologoi NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
1993	Høyt blodtrykk NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
1995	Kvalitetsutvikling av diabetesomsorgen NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis

bør stille seg og pasienten, like mye som hvilken kunnskap han bør se etter. Pasientsentrerte programmer skal være brukbare på individnivå. Og de må tydeliggjøre de medisinske konsekvensene av ulike behandlingsgrenser definert ved ressurstilgang og politikk.

EBM vil kunne bidra med nyttig gruppebasert informasjon på avgrensete felt ved å tydeliggjøre hvilken teoretisk kunnskap som er tilgjengelig. Men det er forskjell på gruppebasert informasjon på samfunnsnivå og det handlingsråd legen kan gi til den enkelte pasienten (12). Her må EBM koples til individkontekstuell informasjon, og vi må lære oss et språk for å kunne presentere viten fra gruppebaserte data slik at det gir mening for på for den enkelte pasienten. Til dette trenger vi NSAMs programmer.

Referanser

1. Eivind Vestbø. Utstein kloster, april 1998.
2. Robert A Dixon, James F Munro, Paul B Silcocks. *The evidence based medicine workbook*. Butterworth-Heinemann, Oxford 1997: vii.
3. Nordenstam T. Et pragmatisk perspektiv på datautviklingen. S 17-27. I: Gøranzon B. *Datautveilingens filosofi*. Tyst kunnskap och ny teknik. Stockholm, Carlsson & Jönsson 1983.
4. Molander B. *Kunnskap i handling*. Göteborg, Diadalo 1993.
5. Schön, D. *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Avebury; London 1983.
6. Nerheim H. *Den etiske grunnerfaring. Fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap*. Universitetsforlaget, Oslo 1991.
7. Huygen Fl, Mokkink HG, Smits AJ, van Son JA, van Eyk JT. Relationship between workings style of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 141-4.
8. W Wayne Weston, Judith Belle Brown. Overview of the patient-centered clinical method. I: Moria Stewart et al. (ed.) *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Sage Publications, London 1995: 21-30.
9. Hjort PF. *Mitt Selvbilde som eldre*. *Tidsskr Nor Legeforen* 1998; 118: 1439-41.
10. Hvinden B. *Legen – en bakkebyråkrat? En innfallsvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdesystemet*. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 114:1451-4, 1994.
11. Wifstad Å. *Pasienterfaring som beslutningsgrunnlag*. *Pasientautonomi og legeautonomi som bakteppe for etiske valg i klinisk arbeid*. Seminarinnlegg. 1998.
12. Jackson R, Feder G. *Guidelines for clinical guidelines*. *BMJ* 1998; 317: 427-8.
13. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. *The patient-centred clinical method: 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. *Family Practice* 1986; 3: 24-30.

Kunskapens former och beteckningar – och kunniga människor

Bengt Molander Filosofisk institutt NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Evidensbaserad kunskap?

Denna uppsats har sitt ursprung i mina anteckningar till en föreläsning på NSAM-kursen «Troens bevis» 16 april 1998. Anteckningarna hade formen av korta punkter och därför göra denna uppsats inga anspråk på att reproducera föreläsningen.¹

En del av bakgrunden till kursen beskrivs på följande sätt: «Kunskap er makt og opptrer liksom makten i et hierarki. Språkbruk bidrar til å tydlig gjøre hierarkiet. Eksempler på dette er 'kvalitetssikret kunnskap' og 'evidensbasert kunnskap'. Hva betyr slike størelser for klinisk arbeid i en allmennpraktikerverdag som hverken er evident eller kvalitetssikret? Og hva gjør de med vår måte å tenke på om kunnskap og om arbeidet vi utfører i allmenmedisin?»²

Jag är filosof och jag överlämnar därför till allmänpraktikerna själva att svara på vad dessa uttryck betyder i deras praktik. Som filosof är jag emellertid van vid att tänka och tala om ord och begrepp; och frågan vad «kunskap» är tillhör de traditionellt filosofiska frågorna. Det är min utgångspunkt. Jag är dessutom en filosof som trivs med att röra mig mellan olika fagområden. Samtal över faggränserna är alltid en viktig uppgift.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i konungariket Sverige har, tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening, nyligen börjat utge en serie rapporter om «evidensbaserad omvårdnad» (evidensbasert pleie). Det var min första bekantskap med ordet «evidensbaserad». Ett tecken på att «evidensbasering» tillhör dagens högsta mode är att serienamnet «evidensbaserad omvårdnad» står skrivet i större bokstäver än titeln på rapporten, Strålbehandling av patienter med can-

cer (1998). Rapporten är en sammanställning av vetenskapliga studier av omvårdnad, skriven så att resultaten skall kunna tillämpas i vårdpraktiken. De olika studierna som sammanställs klassificeras och betygsätts på en skala bättre-sämre vetenskaplig kvalitet. Utgångspunkten är traditionella bedömningsgrunder inom medicin, vilket bland annat innebär att kvalitativa studier visserligen i några få fall tas med (under rubriken «annan typ av studie eller rapport») men att de inte kvalitetsbedöms – men de nämns *efter* andra studier i alla sammanställningar. Jag är övertygd om att en dylik sammanställning kan vara bra, min enda poäng så långt är att med sammanställningen följer också en traditionell *vetenskapsideologi* (som inte är och inte kan vara «evidensbaserad»).

Det sägs i rapporten att «evidence-based nursing» är «ett begrepp som länge använts internationellt. Vi har valt att översätta det till evidensbaserad omvårdnad. Evidens är ett svenskt ord som betyder bevis eller belagd, kunskap – till skillnad mot tradition. Att tillämpa evidensbaserad omvårdnad innebär att som komplement till andra kunskaper även använda sig av de vetenskapliga resultat som framkommer vid patientnära studier av vad som är bästa möjliga omvårdnad. Sådana fakta kan komma från såväl kvantitativa som kvalitativa studier.»³ Till detta bör fogas att gränsen mellan «tradition» och «belagd kunskap» är en traditionellt baserad (stipulerad) gräns. Och såvitt jag kan se finns det föga «evidens» att finna för att «evidens» i den betydelsen är ett svenskt ord – det förefaller vara ett ganska nytt inlänn från engelskan.⁴

Slutsatsen blir följande. En dylik sammanställning är säkert nyttig för den

som förmår att läsa och använda den på ett föruftigt sätt. Begreppet «evidensbasering» är emellertid onödigt. Vad det handlar om är traditionellt vetenskappliggörande enligt den sedan länge (inom medicinen) etablerade värdehierarkin för olika sätt att forska. Och den hierarkin finns all grund att ifrågasätta som mest universell bas för kunskap.

En utvikning om filosofisk kunskap

Kunskap förstas oftast med utgångspunkt i en dualism mellan subjekt och objekt: kunskap är något som mänskliga subjekt har, eller inte har, om något, objektet, utanför subjekten själv. De traditionella föremålen för filosofisk kunskap, till exempel *begreppet kunskap*, kan inte ses som ett sådant föremål. Vi kan själva brottas med våra begrepp i samtal och diskussion med andra. Vi kan gå vidare, bli klokare, mer reflekterande – men det handlar då inte om kunskap *om* ett av subjekten oberoende objekt.

Vetenskapliga framsteg innehåller ofta en utveckling av mer och mer precisa och entydiga begrepp (uttryck). Det är också viktigt inom filosofin, ibland. Lika viktigt är att hålla olikerhet och mångtydigheter vid liv. Det gäller till exempel begreppet kunskap. Skulle vi införa en exakt definition på vad «kunskap» betyder och därefter hålla oss till den skulle all begrepps-diskussion upphöra – och vi skulle inte längre kunna ha ett kritiskt-reflekterande förhållande till våra egna begrepp om kunskap.

Jag kommer därför att använda ganska öppna formuleringar, olika nyckelbegrepp – som spikar att hänga olika saker på. Vi behöver inte enas till slut. Ni måste bidra med era historier, era bilder, era erfarenheter – och

använda era ord. Passar inte mina nycelbegrepp, välja några andra som passar bättre. Så kan, och måste, det filosofiska samtalet och den filosofiska reflektionen fortsätta.

Inget av det jag säger är evidensbaserat. Tack och lov.

Kunskap - kunskapande och kunniga människor

Ezra Pund berättar följande tänkvärda historia i början av boken ABC för läsare, som handlar just om hur man läser:

Den rätta METODEN att studera poesi och god litteratur är den moderna biologins metod, dvs. noggrann primärundersökning och kontinuerlig JÄMFÖRELSE mellan olika preparat och prov.

Ingen är mogen för modernt tänkande förrän han begripit anekdoten om Agassiz och fisken:

En student for efter avlagda examina, utrustad med utmärkelser och diplom, till Agassiz för att få en sista och avslutande avputsnings. Den store mannen visade honom en liten fisk och bad honom beskriva den.

Studenten: «Det är ju bara en solfisk.» Agassiz: «Det vet jag. Gör en beskrivning av den.»

Efter ett par minuter återkom studenten med en beskrivning av Ictys Heliodiplodikus – eller vad man nu använder för term för att hålla den vanliga solfisken utanför vanligt folks vetande – tillhörande familjen Heliichterys osv., så som det står i läroböcker i ämnet.

Agassiz bad än en gång studenten att beskriva fisken.

Studenten skrev en fyra sidor lång essä. Då sade Agassiz åt honom att titta på fisken. Efter tre veckor var fisken i ett framsteg i stadium av förruttnelse, men studenten visste någonting om den.⁴

Poängen är naturligtvis inte att en läkare bör behandla patienten på det sättet. Som jag läser det här handlar det om uppmärksamhet, närvaro i verkligheten. Kunskap handlar inte primärt om att upprepa ord utan att bli en uppmärksam på olika delar av verkligheten. Agassiz tvingade studenten att se – eller kanske ännu bättre: tvingade honom att lära sig se genom att vara i en verklighet som orden «handlar om» eller snarare hör till.

Det är klart att språket – alltså språkandet, språkbruket – är viktigt för uppmärksamheten. En begreppsapparat bidrar till att styra och fästa uppmärk-

samheten. Frågor och uppgifter är viktiga medel att styra uppmärksamheten. Därför, bland annat därför, är uttrycket «tyst kunskap» (taus kunnskap) missvisande.

Den uppmärksamhet det här gäller är naturligtvis ingen «universaluppmärksamhet», som man kunde lära sig genom en kurs i uppmärksamhet eller något dylikt. Uppmärksamhetens grund är intresse och engagemang för vissa saker i verkligheten. Att uppmärksamma fiskar är på många sätt annorlunda än att uppmärksamma patienter eller matematiska strukturer.

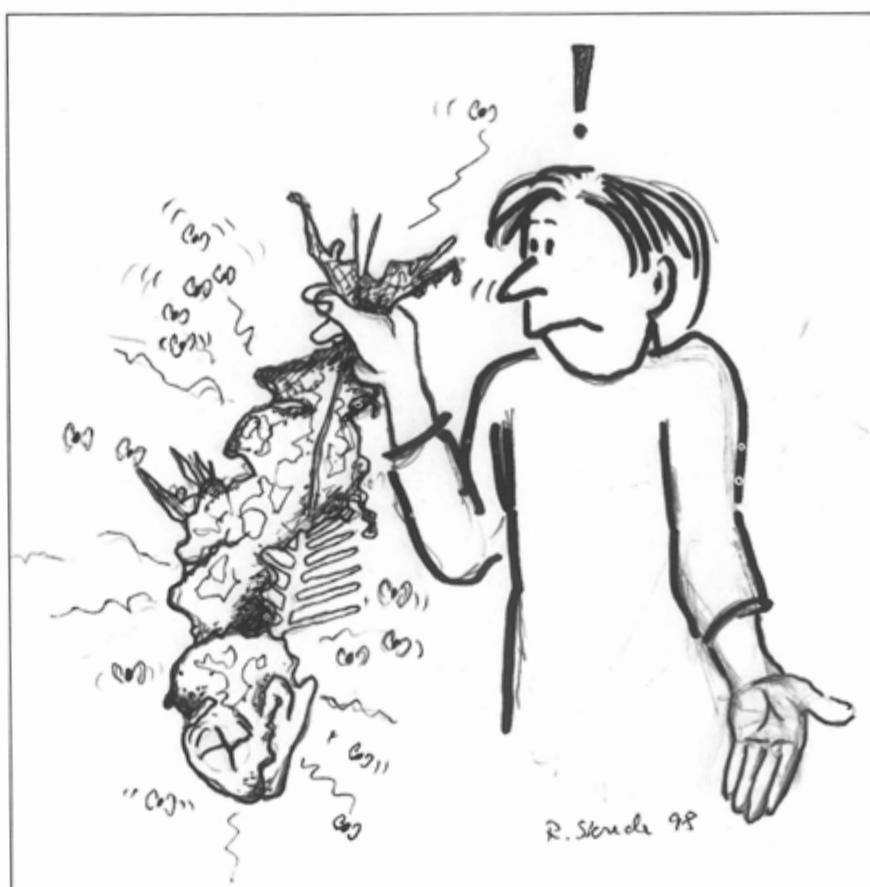
I diskussioner om professionell kunskap talar man ofta om olika typer av kunskap: tyst kunskap, påstående-kunskap, förtrogenhetskunskap, färdighetskunskap – och ibland fler därtill. Många vill skilja mellan «kompetens» och kunskap. Populärt (sedan ett par tusen år) är också att skilja mellan «teoretisk» och «praktisk» kunskap. I vissa sammanhang kan det vara klargörande att använda någon eller några av dessa uppdelningar. Men jag tror det är förödande att börja med uppdelningar.

Vi bör undvika att tala om «kunskap» i abstraktion från den som «har» eller «inte har» kunskap. Vi skall i stället vända uppmärksamheten mot kunniga människor i verkligheten. Kunniga människor är människor som kan ta sig fram på ett bra sätt i verkligheten, människor som kan gå vidare på ett bra sätt inom en verksamhet. Därmed har vi mött ett problem: Vad betyder «bra sätt»? Jag skall svara på det lite senare – nu fokuserar vi i först på det att ta sig fram, vidaregåendet. Det finns i det perspektivet inte någon «färdig kunskap», det handlar i stället om hur man går vidare och löser de problem och övervinner det motstånd man möter på vägen – med de erfarenheter, den uppmärksamhet och allt annat man har med sig i bagaget och har tillgång till i respektive situation (t.ex. fråga och få råd av andra).

Den kunniga människan är den (fortsatt) lärande människan. Den som inte vill lära gör det inte heller.

«Kunskapsteori»?

Kunskapsteori är ett filosofiskt specialområde som man, i likhet med alla



andra områden, kan studera utan att bli så mycket bättre på att ta sig fram i verkligheten. Kunskapsteorier i form av mer eller mindre färdiga paket – empirism, positivism, kritisk rationalism (Popper), hermeneutik, evidensbase rad kunskap... – kan vara användbara. Men de kan vara förrädiska om man genom att köpa ett färdigt paket glömmer att kritisk undersöka var man själv står – vilka fördomar och förutfattade meningar, alltså för-förståelse – man själv har om kunskap. Ta reda på var man själv står är många gånger mycket svårare än att välja ett attraktivt paket.

Viktigare än färdig kunskapsteori är fortsatt kunskapsreflektion – vilket förstas är i linje med min betoning av vidaregåendet, att ta sig fram på bästa sätt. Två huvuduppgifter:

- (1) Ta reda på var man står.
- (2) Ta ut riktmärken för att gå vidare.

Den första uppgiften gäller både de traditioner (i vidaste mening) som man bär med sig och är en del av och de individuella fördomarna och förutfattade meningarna. Jag skall här huvudsakligen tala om de gemensamma fördomarna i vår västerländska tradition. Resten lämnar jag, som det brukar heta, till den intelligenta läsaren själv.

Våra kunskapsfördomar

Jag talar här om fördomar i den hermeneutiska traditionens mening av förordöme och för-förståelse. De fördomar jag här skall diskutera hör till det jag kallar en *teoretisk kunskapstradition*, till skillnad från praktiska kunskapstraditioner (i plural). Observera att jag bara vill tala om «teoretiskt» och «praktiskt» i samband med olika kunskapstraditioner, alltså sätt att se på och förhålla sig till «kunskap». Jag har redan talat om två fördomar, dualismen mellan subjekt och objekt och uppdelningen i «praktisk» och «teoretisk» kunskap. Jag skall här ta upp ytterligare tre. Den första säger att kunskap hör hemma i ämnen (fag) av vilka vissa ger mer grundläggande kunskap om verkligheten än andra.

Den vanligaste indelningen är en mer eller mindre akademiskt grundad

indelning i fysik, kemi osv. med alla dess underavdelningar. Men låt mig antyda ett exempel som (delvis) rör den medicinska världen. Jag har varit biträdande handledare åt en sjukgymnast (fysioterapeut) i Göteborg som skriver en doktorsavhandling om sjukgymnasters professionella yrkeskunskap och yrkesperspektiv. Problemet för henne och många andra inom vårdområdet är att de inte finner någon möjlig plats inom den (i vidaste mening) medicinsk-teoretiska ämnesindelningen. Medicinen har delat in kroppen (och själens) delar och funktioner i så många delområden att det inte finns något område över till (till exempel) sådana sjukgymnaster som betonar att de möter människor genom deras (totala) kroppslika vara i världen. Det de har kunskap om – och i – är hur de möter och följer patienter, hur de genom sin (helkroppslika) erfarenhet går vidare tillsammans med patienten. Det är oerhört svårt att från den medicinska världen vinna förståelse för en forskningsuppgift som motiveras av och genomförs inom ramen av en sådan yrkespraxis.

Dualismen mellan subjekt och objekt är förstas en förutsättning för att man kan tänka sig en uppdelning i olika sorts objekt.

Mitt andra exempel ger ytterligare belysning av ämnesindelningarnas betydelse och ger dessutom prov på den andra fördomen jag skall tala om, nämligen att *kunskap kan tillägnas och finnas i form av påståenden*. Exemplet är hämtat från svensk skolforskning, den nationella utvärderingen av grundskolan. Det är ett stort skolforskningsprojekt som syftar till att visa vad svenska elever kan och inte kan då de slutar den obligatoriska skolan efter nio skolår.⁵ Jag hämtar mitt exempel ur en rapport om naturorienterande ämne, som inriktas på kunskaper om materia.

En fråga som ställdes till eleverna var «Vad består av atomer?», med bundna svarsalternativ (ja/hej) för olika sorters ting och fenomen. Några exempel på resultat: 89 % tror att människor består av atomer, 69 % tror att tulpaner gör det. Men endast 8 % tror att kärlek består av atomer. Enligt rapportförfattarna är rätt svar att mäns-

kor och tulpaner består av atomer – kärlek har jag funnit någon kommentar om. Det sägs att skolans ambitioner måste vara 100 % rätt på något så grundläggande som att all materia består av atomer. Betydligt senare i rapporten finns emellertid ett viktigt förtydligande, som aldrig diskuteras vidare: «Det handlar om att klargöra gränsen mellan materiellt och icke-materiellt. Materian är atomerna och atomerna är materian, i varje fall i kemi och biologi samt i klassisk fysik.» (min kursivering)

Frågan ställdes till eleverna på en timme avsatt för naturorienterande ämnen. Vad skulle svaret på frågan vad en människan består av varit inom historia eller samhällskunskap? Frågan är inte retoriskt. Vad som är rätt svar behöver här inte upptäcka oss. Sättet att fråga säger emellertid ganska mycket om kunskapsfördomar (skolan är på gott och ont en av våra främsta källor till fortsatta fördomar). Till fördomarna hör att kunskaper är ämnesbestämda och att naturvetenskaperna har högsta auktoritet när det gäller att tala om vad ting «egentligen består av». Fysiken, närmare bestämt mikrofysiken, brukar anses ge de allra mest grundläggande kunskaperna. Det är också typiskt att till exempel slöjdämnen (trä, metall, textil) överhuvudtaget inte anses bidra till elevernas kunskap om materia. Det mest uppseendeväckande är att detta i allmänhet inte anses uppseendeväckande alls.

Typsikt är också att kunskap anses existera i form av påståenden: «Materian är atomer och atomerna är materian» eller något annat om man lämnar den klassiska fysikens och kemins läroböcker. Det är en av de mest grundläggande fördomarna i vår (teoretiska) kunskapstradition. Skolan och universiteten domineras av böcker med påståenden efter påstående efter påstående. För några år sedan genomförde jag tillsammans med en professionell (konsulterande) statistiker en undersökning om hur mans er på tillämpningskunnande inom statistikutbildningen vid universitet och högskolor. En av mina uppgifter blev att läsa de grundläggande läroböcker som användes. Det var i allmänhet intresse-



dödande läsning (även om det fanns några undantag). Men det dröjde ganska länge innan jag fick en «spik» som jag kunde hänga mitt omdöme på: Böckerna bestod av svar utan frågor – alltså svar utan genuina frågor. Först talar man om hur något förhåller sig, sedan ger man frågorna för att de som läst skall visa att de har lärt sig svaren på förhand. Vi är tillbaka på spåret som gavs av Agassiz-exemplet.

Under tiden som jag läste läroböcker i statistik kom jag att läsa några uppsatser av «den svenska statistikens fader», Pehr Wargentin (1717–1783), astronom och befolkningsstatistiker *med mera*. Hans uppsatser från mitten av 1700-talet är både charmerande och lärorik läsning. Vi möter en person som vet vad hans problem är – Varför har Sverige så få och så få lyckliga medborgare? – och vi får följa hur han försöker svara på frågan. Hela tiden är det frågorna som driver undersökningen och framställningen. Det finns mycket mer att säga om Wargentin, men låt mig i stället gå från fördom till kritisk slutsats:

Ett påstående kan uttrycka kunskap endast för en person som förstår den fråga som påståendet söker besvara och det begreppsliga sammanhangen – och svaret – hörs hemma i. Och det kräver ganska mycket! Till exempel när det gäller atomer, att förstå hur

man hanterar modeller och ställer frågor i ett forskningssammanhang. Det räcker, som alla vet, inte med att kunna upprepa ett påstående – eller tiotusen.

Återigen: kunskap finns enbart i form av *kunniga människor*, dvs. människor som vet hur de skall gå vidare på bästa sätt. Det jag just sagt om påstående visar också att begreppet «påståendekunskap», som kommit att användas ganska mycket inte är ett bra begrepp. Påståenden kan aldrig «innehålla» någon kunskap. Däremot kan kunniga människor i bästa fall bli kunnigare av påståenden – *om* de förstår frågor osv.

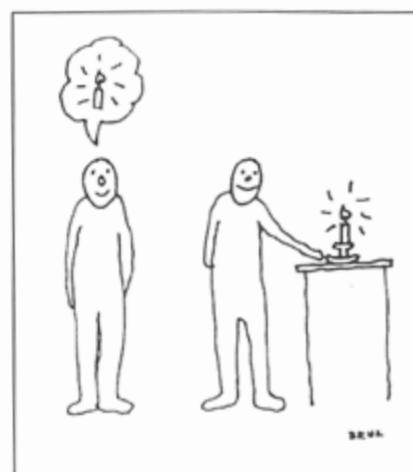
Därmed har vi redan kommit nära den tredje och sista fördomen, nämligen att *kunskap är en (mer eller mindre korrekt) avbildning* av delar av verkligheten. Följande teckning, som ursprungligen illustrerade designprocessen (skapan-deprocessen), kan också läsas som en bild av kunskap:

Det är en fin bild av avbildnings-tänkandet – och dualismen mellan subjekt och objekt – Kunskapen finns i huvudet, mer eller mindre symboliskt, och avbildas via en kombinationen av det material vi tar in genom sinnena och «tankens kreativitet» verkligheten mer eller mindre som den är. När jag talar om «avbildning» skall det förstås i så vid mening att det inkluderar bil-

der (som på brul-bilden) liksom påståenden och mer matematisk-abstrakta modeller. Det betyder bland annat att fördomen att kunskap finns i form av påståenden, «påståendekunskap», bara är en del av avbildningsfördomen.

De fördomar jag nu gått igenom bidrar tillsammans till att befästa en «teoretisk kunskapstradition» där kunskap ses som en slags representation av verkligheten. Den har dominerat vår vetenskapstradition och gör det fortfarande. Det är alltså inte bara en destruktiv fördom, det är också en kreativ för-förståelse. Som dock inte fångar den levande uppmärksamheten, kunskap i handling.

(fig: brul)



Att ta ut siktet: mot det bästa.... Vi kan inte utan vidare lyfta oss ut ur vår för-förståelse, våra fördömar. Abstrakta kunskapsteorier hjälper föga. Vi måste gå vidare, kritiskt reflektera och förbättra det vi har med oss (alltså oss själva). Det hjälper då att stötta sig på andra traditioner, som också finns sedan länge. Det jag kallar de «de praktiska kunskapstraditionerna» har funnits längre än den teoretiska, som vi kan följa lite drygt två tusen år tillbaka, och i modern form kanske ett halvt århundrade.

De praktiska kunskapstraditionerna – man kan bara tala om dem i plural – finns och förs vidare inom olika hantverks-, yrkes och verksamhetstraditioner – inklusive de vetenskapliga förstås. Kunskapen finns här bara i handling, i form av uppmärksamma mäniskor som tack vare sin uppmärksamhet – bland annat genom sina frågor – går vidare och lär sig bättre hur uppgifter skall genomföras. Det är inte primärt kunskap om något, utan i verksamheten, där man lever med material, verktyg, patienter i ett i princip icke-dualistisk förhållande. Den finländske poeten Claes Andersson säger klok «...när du möter ett träd på din vandring/tänk gärna att det är trädet/som möter dig/på sin vandring».⁶

Kunskap är det som leder vidare på bästa sätt. Detta kan låta lite paradoxalt. Det är därför bättre att bara tala om kunniga mäniskor, dvs. dem som löser sina uppgifter, skärper sin uppmärksamhet och på andra sätt går vidare på bästa sätt. Vad betyder då «bästa sätt»?

Vi kan här ta Platon till hjälp. Visserligen var han en av de främst företrädarna för en teoretisk kunskapstradition, men han var inte bara det – han var också en god företrädare för en praktisk filosofisk kunskapstradition. I dialogen Gorgias diskuterar han bland annat skillnaden mellan en som behärskar en äkta konst och en som blott tillägnat sig en färdighet att behaga mäniskorna – de representeras av läkaren respektive kocken, om det är ett bra exempel eller inte kan förstås diskuteras, men jag skall inte göra det här. I båda fallen handlar det om en uppövad färdighet. Den för Pla-

ton avgörande skillnaden är att läkarens äkta konst inriktar sig på det som är till det bästa för människan, med insikt om vad som är det bästa för människan. En förutsättning för kunskap överhuvudtaget är alltså en etisk insikt om det bästa och hur det uppnås. Detta tycker jag också speglas hos de bästa företrädarna för den praktisk kunskapstradition idag. Möbelsnickaren Thomas Tempte har talat väl om snickarens yrkesetik, som styr både handlandet och uppmärksamheten:

Möbelsnickarens uppgift är att göra billiga, lätt möbler till vilka det krävs liten virkesättsgång. Träet måste vara väl torkat, rätt och slätt. Möblerna skall vara vackra och harmoniska till sina proportioner. Lätta att hålla ren, konstruktionerna får inte samla smuts och orenlighet. De skall känna lätt men ändå vara stabila. De skall följa tidens modeväxlingar men ändå kunna följa ägaren och brukaren genom livet. Träet skall väljas med omsorg, placeras i möbeln med uppmärksamhet och snickaren skall ge ut av sig själv vid detta arbete. All omsorg, ansvars- och hederskänsla skall föras in i möbeln så att andra kan uppfatta detta. Alla hopsyttningar ska göras med precision men inte överdrivet. Mått-

ta, sans och omsorg ska präglä de föremål som tjänar mäniskorna i deras levande. Detta formade möbelsnickarens yrkesetik. Yrkesheder är att uppfylla dessa krav. En mängd precisa regler utarbetades för val och bedömning av virke, proportionering och formning av möblernas delar. Vården av många olika verktyg.

Snickaren vet att kärleken till trä kräver vassa verktyg.⁷

Kunskap är det som leder till det bästa för människan – på det hela taget och i det långa loppet, för att tala med den amerikanska pragmatisten William James.⁸ Platon hade en tämligen absolutistisk uppfattning om «det goda» och hur man når insikt om det bästa för människan. Jag vill förespråka en mer pragmatisk förståelse: kunskap är något som aldrig blir färdigt – inte heller insikten om vad som är det bästa för människan blir någonsin färdig. Vad vi kan och bör sträva efter är verksamheter som bättre och bättre leder till det som är bättre och bättre för människan – en del av detta, en kanske liten del, är en filosofisk (etisk och kunskapsteoretisk) insikt, som heller aldrig blir färdig. Förutom den filosofiska



insikten och förmågan att ta sig fram i fråga om rutinuppgifter vill jag alltså betona uppmärksamheten, *uppmärksamheterna*, närvaren i världen tillsammans med patienter, kolleger och andra människor.

Den kunskap jag talat om är inte någon «ren kunskap». Känslor, engagemang och många andra ting hör också till det som på olika sätt leder vidare mot det bästa. Det kan inte finnas och inte tänkas någon «ren kunskap». Därför kan kanske den mest grundläggande frågan formuleras sålunda: Vilka är betingelserna för att en verksamhet skall leda till det bästa för människorna (förstått som ovan, det som aldrig blir färdigt). Detta inkluderar alla betingelser, materiella och sociala, former av uppmärksamhet och närvoro, kunskapsy och så vidare.

Litteratur

Andersson, Claes (1987) Det som blev ord i mig. Dikter 1962-1987. Stockholm: Alba.

- James, William (1978) Pragmatism and The Meaning of Truth. Cambridge, MA.: Harvard University Press. (Original: 1907, 1909)
- Molander, Bengt (1996a) Kunskap i handling. 2:a uppl. Göteborg: Daidalos.
- Molander, Bengt (1996b) Synlig och dold kunskapsteori i skolforskningen. Exemplet Den nationella utvärderingen av grundskolan. Göteborg: Forskningsens villkor Skrifstserie.
- Molander, Bengt (1997) «Kunskapsmångfald och olika kunskapstraditioner», i H. Alvsvåg et al. (red.) Kunskap, kropp och kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer, s. 124-146. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Pound, Ezra (1959) ABC för läsare. Svensk översättning: Jan Olov Ullén. Lund: Bo Cave-fors Bokförlag.
- Tempte, Thomas (1982) Arbetets ära. Om hantverk, arbete, några rekonstruerade verktyg och maskiner. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Den nationella utvärderingen av grundskolan: Naturorienterande ämnen, materia, huvudrapport. Skolverkets rapport nr 18 (1993). Stockholm: Skolverket.
- Medicinsk vetenskap & praxis. Information från SBU, nr 1, 1998.
- Strålbehandling av patienter med cancer. (Evidensbaserad omvärdnad nr 1, 1988) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering & Svensk sjuksköterskeförening.

Fotnoter

- 1 Utörligare har jag gått in på kunskap i min bok Kunskap i handling (2:a uppl., 1996). Ifr också Molander (1997).
- 2 Strålbehandling av patienter med cancer (1998), Förord, s. 9.
- 3 SBU:s informationstidskrift Medicinsk vetenskap och praxis, nr 1, 1998, ger en mera försiktig framställning, där det sägs att EBM (Evidence-based medicine) «har definierats på många olika sätt men den gemensamma nämnaren är tillämpning av bästa tillgängliga vetenskapliga belägg som underlag för vårdbeslut».
- 4 Pound (1959), s. 15-16. Han syftar antagligen på den schweizisk-amerikanske naturforskaren Louis Agassiz (1807-1873) som blev tidigt känd för just sina studier av fiskar. Hans son fortsatte emellertid på en liknande väg, så syftningen är inte självklar.
- 5 Jag har kritiskt diskuterat kunskapsynnen i projektet i Molander (1996b), exemplet som följer är hämtat ur Den nationella utvärderingen av grundskolan: Naturorienterande ämnen, materia, huvudrapport (1993).
- 6 Ur dikten «till Medard Boss» ur Genom sprickorna i vårt ansikte, citerad efter Andersson (1987).
- 7 Tempte (1982), s. 79.
- 8 Framför allt i boken Pragmatism, tillgänglig i James (1978).

Sesam sesam – lukk deg opp!

Om diagnostikk av sjeldne sykdommer

Tekst: Alexander Wahl



Alexander Wahl er født i 1963, utdannet i Oslo i 1991. Har vært allmennpraktiker i by-, kyst- og jordbruksfunn samt jobbet i år på med. avd. Spesialist i allmennmedisin sannsynligvis i 1999. Tidligere redaktør av Æskulap.

Har du en sjeldnen sykdom, har du likevel krav på en diagnose. Diagnostisk dekretivarbeid kan skjerpe appetiten på fagkunnskap og er blitt forenkle ved hjelp av PC'en og medisinske databaser

Har du en sjeldnen sykdom skal du ha en god porsjon flaks om du får riktig diagnose ved første legekonsultasjon. Snakker man med pasienter med sjeldne tilstander vil mange kunne fortelle om en pinefull Canossagang mellom forskjellige leger før de blir «tatt på alvor». Det blir heller ikke enklere ved at pasienten vandrer fra lege til lege i steden for å oppsøke den første legen en gang til. Annengangskonsultasjonen vil uvilkårlig føre til grundigere utredning enn førstegangskonsultasjoner. Armamentariet av diagnostiske prosedyrer trappes opp i takt med hyppigheten og intensiteten av pasientens konsultasjoner. Av og til kan jo dette helt galt av sted ved psykosomatiske lidelser.

Som allmennpraktikere må vi leve i spenningsfeltet mellom å overutrede og underutrede, og det er sannelig ikke alltid lett.

Det er mye vi ikke vet, men forbasket mye vi kan finne ut av.

Er du så heldig at du har en pasient med kliniske funn og/eller laboratoriefunn uten diagnose finnes det håp! Da har sannsynligvis pasienten en definert lidelse og har krav på en diagnose.

I min assistentlegetid på medisinsk avdeling møtte jeg på *Mannen Uten Diagnose*. Han hadde gått til kontroll på medisinsk poliklinikk regelmessig i 10 år uten noen samlende diagnose (!). Med et lite smil spurte overlegen om jeg ikke kunne diagnostisere vår felles venn

Sesam sesam - lukk deg opp.

Med diagnostisk dekretiv-iver gikk jeg gjennom journalen og kjørte et kombinert søk i Medline på hypokalemia, alkalose og artralgi/artritt. Blant mye rare som rullet opp på skjermen dukket stadig et syndrom opp: Bartters syndrom! Gleden var dobbel da jeg fant frem til effektiv behandling av hans hypokalemia (ACE-hemmer). Som Ali-Baba fant jeg nøkkelordet til skatten. Har du tilgang til Medline/Internett, kan du ha gleden av å gjøre det samme.

Lykke til!

Klinisk kunnskap

– legen som deltaker og fortolker

Hva er klinisk kunnskap? Er dette en kunnskapsform det er mulig og ønskelig å kvalitetssikre? Hvordan kan legens rolle som deltaker og fortolker i kunnskapsprosessen forvaltes på en faglig forsvarlig måte? Hvilken rolle spiller dette for Else Hansen?

Biomedisinsk forståelse og klinisk kunnskap

Det er tirsdag morgen, og jeg møter Else Hansen på legekontoret. Jeg skal prøve å finne ut hva hun feiler, hva



Kirsti Malterud er professor i allmennmedisin og halvtids bydelslege i Bergen, og deltidsprofessor i medisinsk kvinneforskning i Oslo. For tiden permisjon fra universitetsjobben i Bergen for å drive med forskerutdanning i København, men er fortsatt i klinisk praksis halve uka. Vil gjerne bidra til å stille spørsmåltegn ved medisinsk kunnskap og makt, med utgangspunkt i kvinners hverdagsplager slik vi møter dem i klinisk praksis. Har stor tro på at folk vet mye om seg selv og egen helse og sykdom, og at legen ofte vet for lite om dette.

som kan gjøres, og hvordan det vil gå med henne.. Klinisk kunnskap og biomedisinsk forståelse er nødvendige, men ikke hver for seg tilstrekkelige betingelser for å utføre dette oppdraget (1). Den biomedisinske forståelsen er startkapitalen som jeg har med meg i min faglige ryggsæk. Ofte kaller vi dette objektive fakta. Hjertet ligger på venstre side i brysthulen og består av fire hjertekamre, og slik vil det sannsynligvis være i ubestemt tid framover. Men den biomedisinske forståelsen kan også forandre seg, som da magesår for noen år siden ble til en infeksjonssyktom, eller da vi forsto at tonometri er lite egnet som glaucomscreening. Funksjonsundersøkelser av skulderen og revmatesters prediksionsverdi er eksempler på biomedisinsk forståelse som jeg bruker i møte med Else Hansen. Den biomedisinske forståelsen er gruppebasert kunnskap som gjelder for gjennomsnittet og de fleste, selv om det finnes mennesker med situs inversus eller storøykere som ikke får hjertesyktom. Klinikeren trenger å vite hva som gjelder for de fleste, og må kunne gjøre en kritisk vurdering av denne form for kunnskap. Strategier fra evidensbasert medisin er nyttige virkemidler for dette formålet.

Klinisk kunnskap er den lokale øyeblikkskunnskap som blir til i møtet med pasienten, til bruk i diagnostikk, behandling og prognose for enkeltindividet (1). Klinisk arbeid er vurdering, fortolkning og skjønn, med den biomedisinske forståelsen som en av flere referanserammer som jeg bruker til å

oppfatte informasjonen som pasienten bringer med seg inn i rommet. Den kliniske kunnskapen er det jeg ser, hører og kjänner sammen med Else Hansen. Jeg har bakgrunnskunnskap om livet hennes fordi jeg har kjent henne i mange år. Dette farger mine inntrykk av hvordan muskulaturen hennes kjennes ved palpasjon og av ansiktsuttrykket hennes når hun forteller om jobben. Hvordan jeg kjener meg i møtet med henne er med på å gi meg ideer om hva jeg bør se nærmere på.

Den biomedisinske forståelsen er påstandskunnskap – kunnskap som kan uttrykkes og formidles som tekst eller tall, som vi kan tilegne oss fra lærebøker, tidsskrifter eller internett. Klinisk kunnskap omfatter påstands-kunnskap (at jeg kan fortelle hva jeg ser og gjør), men har sitt tyngdepunkt i erfaringsbasert og taus fortolighetskunnskap (at jeg kjerner igjen noe som jeg har møtt før, for eksempel et uferdig, men likevel typisk sykdomsbilde) og ferdighetskunnskap (at jeg kan ha noe i fingrene som kroppen min har kunnskap om, for eksempel å kjenne på nakken til Else Hansen) (2). Kvalitets-sikring av slike kunnskapsformer må stemme overens med kunnskapens karakter. Metaanalyser og randomiserte kontrollerte forsøk er ikke nok.

Klinisk kunnskap og legekunst

Mange bruker betegnelsen legekunst om det jeg her har kalt for klinisk kunnskap. Klinisk kunnskap er en nødvendig betingelse for utøvelse av legekunst, som samler medisinens humanistiske, naturvitenskapelige og sosio-kulturelle elementer og integrerer legens og pasientens dagsorden. Legekunst er ikke bare empati, magi eller humanisme – det handler også om forvaltning av en faglig virksomhet med

et bestemt formål: å forstå hva som plager Else Hansen og bidra til å finne løsninger og utveier sammen med henne (3).

Legestudiet lærte meg mye om medisin, men lite om legekunst. Det nærmeste jeg kan huske var enkelte gudbenådete lærere i propedeutisk termin som gjennom framferd og håndgrep demonstrerte noen faglige idealer som senere alltid har stått høyt i kurs hos meg. Jeg imiterte så godt jeg kunne, og har med årene forsøkt å finne ut mer om hva jeg gjør, og hvorfor. Jeg prøver ikke lenger å være dem, men leter etter hvordan jeg best kan være meg selv og fortsatt ta med meg idealene. Jeg vil gjerne arbeide for å fremme ulike veier til innsikt om dette feltet, slik at denne form for erfaringsbaseret og taus klinisk erfaringskunnskap kan deles, drøftes og bli stadig bedre (4).

Den kliniske kunnskapen er taus eller *uartikulert* fordi vi mangler ordforråd, samtaler og systematisk nysgjerrighet om hva som foregår (2). Dette betyr ikke at den er eller bør være *uartikulerbar*. Det er ikke sikkert den er av god kvalitet selv om den er erfaringsbaseret. Gammel vane gir ingen garanti for faglig kvalitet. Den tause kliniske kunnskapen fortjener vår oppmerksomhet fordi vi bruker den hele tiden, og fordi vi selv er en viktig del av den. Fordi den står så sentralt i vårt virke, trenger den også vår kritiske ettertanke.

Schön skriver om *reflection-in-action* – den ubevisste og ordløse samtale som den erfarne fagperson kontinuerlig fører med det feltet der gjerningen utøves (6). Handling kommer foran uttrykk når kunnskapen ligger i henderne, under huden eller mellom menneskene. Det kan kjennes blasphemisk å prøve å ordfeste dette. Men de av oss som sto bakerst i køen da hjerteauskultasjon skulle undervises ved sykesengen, vet at det ikke nyttet å etterape uten å vite hva man skal høre etter. Skal læring av kliniske ferdigheter bli noe mer enn en teaterskole, må vi kunne dele denne kunnskapen med andre.

Statistikk, konfidensintervaller og EBM er dårlige redskaper for forståelse av den kliniske kunnskapen. Vi skal ikke pervertere dette feltet ved å gjøre

det medisinske stuerent. Vi behøver likevel ikke tro at vi står tomhendte igjen – både samfunnsvitenskapelige og kanskje særlig humanistiske forskningstradisjoner byr på teori og metode som kan gjøre det lettere for oss å forstå det vi ser (7). Vi skal ikke akseptere biomedisinsk sneversyn på dette feltet, men heller arbeide for å utvikle forskningsmetoder som yter den kliniske kunnskapen rettferdighet og anerkjenner menneskelig samhandling, forståelse og opplevelse som vesentlige kunnskapskomponenter. Likevel skal vi aldri tro at det er mulig eller ønskelig å utforske den kliniske kunnskapen til bunns. Mye av det som skjer, er preget av øyeblikkets dynamikk og magi og unndrar seg den håndgriperlighet som er nødvendig for nærmere ettertanke (8). Men vi skal heller ikke gjøre den kliniske kunnskapen så guddommelig at vi tror vi ødelegger den ved å ta den ut i frisk luft. Hvis vi virkelig er redd for at det vi gjør, blir skadet av innsyn, oppmerksomhet eller kritisk refleksjon, må vi spørre oss selv om vi driver lysky virksomhet. Vi skal ikke gjøre legekunsten til en hellig ku, men finne ut mer om hva som kennetegner den levende kunnskapen – uten å slakte den og dele den opp til koteletter, mørbrad eller kjøttdeig..

Den diagnostiske prosess – veien blir til mens du går

Nå vil jeg prøve å vise hva dette betyr i praksis. Diagnosen er endepunktet og konklusjonen i den diagnostiske prosess (9). Diagnosen kan betyr at legen forstår hva som er i veien, og kanskje kan gjøre noe med det – som når pasienten med hypotyreose får det bedre med substitusjon. En diagnose kan også betyr at pasienten får forklaring på sine langvarige plager – som når leukemi-diagnosene avdekker årsaken til sin uforklarlige trøtthet. En diagnose kan betyr at noen bekymringer kan elimineres – som når et lipom i hvert fall ikke er kreft. Diagnosen gir også sosiale rettigheter av formell og uformell karakter – som uføretrygd ved revmatoid artritt.

Diagnosens mange bruksområder får også innflytelse på hvordan diagnosen blir til. Hvis Else Hansen har vondt

i underarmen etter at hun pusset vinduer, kaller jeg det kanskje myalgi og gir sykmelding, NSAID og anbefaler avlastning. Har hun hatt vondt i skulderen i seks uker, prøver jeg kanskje å være mer diagnosespesifikk for å intervenere med en steroidinjeksjon og kaller det supraspinatustendinit. I allmennpraksis opererer vi imidlertid ofte med svært grove diagnostiske kategorier (innleggelse nødvendig?, kreftsykdom tilstrekkelig utelukket?). Noen diagnoser er deskriptive symptomdiagnoser (lumbago), mens andre er årsaksspesifikke (pollenallergi). Skal jeg stille en diagnose som Else Hansen kan bruke til noe, trenger jeg å kjenne hennes oppdrag til meg, dermed å utvikle den nødvendige kliniske kunnskap for dette formål sammen med henne, og til sist å sammenfatte og formidle det jeg har funnet ut. Den diagnostiske prosess handler ikke bare om å finne ut, men også å vite hvordan jeg skal finne ut – om kunnskapssøkende strategier. Forut for dette må jeg være rimelig sikker på at jeg vet hva som er pasientens dagsorden.

Else Hansen har vondt i nakken, begge skuldrene, korsryggen og høyre overarm. Hun sover dårlig og er uendelig sliten. Hun er redd for at hun har Bechterew som broren, frykter at hun ikke klarer jobben stort lenger, og vil gjerne ha noe for smertene. Hvordan skal jeg finne ut hva hun feiler? Vi sier ofte at veien til diagnosen går via sykehistorie, klinisk undersøkelse og blodprøver eller røntgenundersøkelser. Den biomedisinske tradisjonen har liten tiltro til subjektive symptomer hvis de ikke kan bekreftes av objektive funn. Samtidig lever den medisinske virkelighet sitt liv stikk i strid med slike diagnostiske idealer. I en engelsk undersøkelse var sykehistorien faktisk hovedkilden til den diagnostiske konklusjon hos 3/4 av pasientene, mens den kliniske undersøkelsen ga svaret hos 12% og laboratorieundersøkelsene 11% (10).

Jeg hører Else Hansen forteller om hvordan det er å ha vondt overalt, om ensidige arbeidsrutiner, om sin demente svigermor, og om et liv med mye avmakt. Jeg finner god bevegelighet og ingen hevelse i leddene, mode-

rat supraspinatustendinit på høyre side, ingen neurologiske funn eller iliosacralledssymptomer. Om triggerpunkter er objektive funn, kan vel diskuteres. Jeg sender henne ikke på røntgen, og finner negative revmaprøver og HLAB27, SR 8. Det jeg har sett og hørt, kan ha mange navn. Jeg kan vel kalle dette for fibromyalgi. Eller kroniske muskelsmerter. Eller myofascialt syndrom. Eller kronisk lumbago. Eller skuldernakkesyndrom. Jeg har sett det før – jeg kjenner det igjen. Jeg kan ikke påstå at diagnosen jeg har stilt, er et biologisk, entydig faktum. Min diagnose er en sannsynlighetsvurdert fortolkning basert på samhandling, skjønn og verdier. Slik er det ofte.

Det kliniske blikk – «objektive» funn og – subjektive» symptomer

Tidligere var hørselen legens viktigste diagnostisk sans, og fortsatt opplever vi at stetoskopet kan ha magisk kraft. Med framveksten av den moderne medisin ble synssansen et viktigere informasjonsgrunnlag for legen enn hørselen. Mikroskopet og senere bildediagnostikken åpnet for stadig mer raffinerte vitenskapelige observasjoner og stigende forventninger om objektive fakta som grunnlag for den medisinske diagnose. Etterhvert blir det pasienten sier, mindre viktig enn det legen kan se, for det er legens observasjoner som har kunnskapsmessig autoritet. Foucault skriver om utviklingen av «*the medical gaze*» – et begrep som både omfatter legens evne til å observere all medisinsk relevant informasjon, og den autoritet som gir legen en suverenitet i sin vurdering av de medisinske tegn (11).

Jeg bruker mitt kliniske blikk når jeg ser, hører og kjenner på Else Hansen og hennes kropp og skal lese og sammenfatte inntrykkene. Blikket kan styres i ulike retninger, ofte uten at jeg vet om det. Hvis jeg synes Else Hansen overdriver, kan jeg velge en annen utredningsstrategi enn hvis jeg blir imponert over hvordan hun mestrer hverdagen sin. Hvis jeg bare hører på den delen av hennes historie som gjelder slit og overgrep, kan jeg

mene at smerten hennes setter seg i kroppen, uten å undersøke skuldrene eller finne ut om hun har Bechterew. Har jeg sett henne mange ganger, er jeg kanskje lei av å ikke forstå, og henviser henne til røntgen uten å vite hva jeg ser etter. Da kan diagnosen fibromyalgi bli til moderate degenerative forandringer i L4. Hvis hennes resignasjon er mtt sterkeste inntrykk, eller hvis jeg nettopp har vært på kurs om antidepressiva, kan det tenkes jeg gir henne SSRI i diagnostisk øyemed, og diagnosen blir somatiseringssyndrom.

Den diagnostiske prosess og dens resultat påvirkes av hvem jeg er, hva jeg tror og tenker og mener, og hvordan jeg «leser» de tegn som Else Hansen gir meg adgang til. Min faglige bakgrunn bidrar til at mine tolkninger ikke er fullstendig tilfeldige og vilkårlige, men min erfaring forteller meg at mitt kliniske blikk ikke er objektivt. Jeg tror ikke lenger på det medisinske dogme om forskjellen mellom de «objektive» funn som jeg som lege kan observere, og de «subjektive» symptomer som pasienten framfører. Jeg innår i denne prosessen med hele meg som et levende menneske. Novack og medarbeidere drøfter hvordan legens personlighetstrekk, tidligere erfaringer, verdier, holdninger og oppheng påvirker legens evne til å oppfatte og forstå pasientens historie, ofte på et ubevisst plan (12).

Godt klinisk arbeid er avhengig av at legen kjenner seg selv tilstrekkelig til å forstå hvordan det kliniske blikk kan styres i ulike retninger og fange opp helt ulike inntrykk og bidra til å forstyrre problemløsing og omsorg.

Ulike ståsteder – posisjonert kunnskap

Mye god allmennmedisin er å gjøre det som faller naturlig. Men den som har lært å kjenne sine styrker, svakheter og fordommer, kan gjennomske klisjeer og irrasjonelle strategier som filtrerer, fordreier og forstyrrer intuisjonen og det kliniske blikket (13). All kunnskap utvikles fra et ståsted som avgjør hva vi ser. Jeg ser noe annet med mikroskop enn når jeg bruker øynene. Som middelaldrende

kvinne legger jeg merke til Else Hansens hetetokter på en annen måte enn min mannlige kollega. Mitt inntrykk er ikke nødvendigvis bedre enn hans, men de er forskjellige og kan gi oss tilgang til ulike sider av den kliniske kunnskapen. Noen bilder kan være mindre skarpe og relevante enn andre, andre bilder kan bli uskarpe fordi observatoren preges av vanetenking eller kulturelle fordommer. Derfor krever godt klinisk arbeid at vi vet hvor vi står, og at vi kjenner betydningen av dette. Særlig gjelder dette i forhold til problemstillinger som vi strever med, når jeg ikke er sikker på hva jeg skal kalle Else Hansens plager, eller hva jeg kan gjøre for å lindre plagene hennes. Kanskje jeg står på feil sted og ser for lite? Kanskje mitt kliniske blikk er uskarpt fordi mine fordommer forstyrer meg?

Feministisk teori ser på forholdet mellom kjønn og makt, og hvordan vitenskap leverer premisser for vår oppfatning av virkeligheten. Feminister har rettet sørklyset mot hvordan forskerens bakgrunn og ståsted berører problemstillinger, observasjoner og resultater, og stilt spørsmålstege ved påståtte objektive, nøytrale, entydige og evige sannheter.

Forskerens kjønn er en viktig dimensjon som ofte preger forskerens perspektiv, men andre sosiale og kulturelle egenskaper kan også ha betydning. Haraway skriver om blikket som informasjonskanal for observasjoner og kunnskap, og sier at kunnskap alltid er «posisjonert» (14). Forskerens ståsted påvirker blikket og posisjonerer dermed kunnskapen. Posisjoneringen innebærer at vi i beste fall får et spesielt og begrenset bilde av virkeligheten. En elefant ser annerledes ut ovenfra enn nedenfra.

For å vurdere kunnskapens kvalitet og rekkevidde, må vi derfor vite hvem som har avlest virkeligheten og hvorfra. Kunnskaperen må vedkjenne seg sine posisjoner. Bias eller slagside er en naturlig følge av at kunnskap skapes av mennesker, og blir en feilkilde først når den er skjult, uerkjent eller fornektes. Derfor trenger vi som leger å kjenne våre posisjoner når vi avleser de kliniske tegn.

Kvalitetssikring av det kliniske blikket

Mitt kliniske blikk gir meg kunnskap om en begrenset del av Else Hansens medisinske virkelighet, avhengig av mitt ståsted, mine briller og min egen delaktighet i det jeg ser. Min delaktighet gjør ikke den kliniske kunnskapen til en privat tilfeldighet, men heller ikke til objektive fakta. Innrommer vi de begrensninger vi har som observatører og kunnskapere, vet vi bedre hva vi ser og hva vi ikke ser. De fleste av oss ser ganske mye. Vi har erfaringer om at det er mulig å forstå, også når vi ikke helt vet hvordan eller hvorfor. Vi leter etter posisjoner som gir optimal kunnskap – kanskje flytter jeg meg litt for å se eller høre bedre på en eller annen måte, bokstavelig talt ved å sette meg nærmere pasienten, eller i overført forstand ved å skjerpe mine antenner.

Code introduserer en moralsk dimensjon – «*responsible knowing*» – å ta ansvaret for den kunnskapen jeg utarbeider og bruker (15). I følge Code sier innebærer kunnskapsansvaret at jeg skal ta stilling til om jeg har utarbeidet tilstrekkelig og relevant kunnskap til å trekke mine konklusjoner, jeg skal vite noe om hvor kunnskapen kommer fra, og jeg skal vurdere betydningen av min egen delaktighet i kunnskapsutviklingen. I møte med Else Hansen kan jeg for eksempel spørre meg selv om mine observasjoner er relevante for det hun kommer for, om mine diagnostiske strategier også inkluderer Else Hansens egen sykdomskunnskap, og om hvordan mine egne erfaringer og forutinntatthet kan ha påvirket det jeg hørte og så. Det kan tenkes at jeg er så sliten at jeg ikke orker flere historier om Else Hansens anstrengende dagligliv. Det kan tenkes at jeg ikke leter videre etter ortopediske feilfunksjoner fordi jeg er så sikker på at dette dreier seg om psykososiale problemer. Kanskje mine fordommer mot overvektige kvinner gjør at jeg ikke klarer å få noen sympati for Else Hansen og mistror det hun sier. Code ber meg sjekke min rolle og posisjon og ta ansvaret for den. Ved å gjøre mine fordommer synlige for meg selv (og av og til for andre), kan jeg bedømme kvali-

teten av mine observasjoner og tolkninger, og dermed bidra til å skjerpe påliteligheten og relevansen av den kliniske kunnskapen.

Hver av oss graver der vi står til hverdags, og det er som regel mer enn godt nok. Forskning er ikke alt, men kunnskap er viktig, ikke minst i klinisk praksis. Mitt ideal er ikke å eliminere eller nøytralisere den menneskelige faktor, men tvert imot å styrke våre faglige forutsetninger for å bruke den til pasientens beste. Da trenger vi å vite mer om hvordan vi bruker oss selv og hva dette gjør med kunnskapen vi lager. Verken Foucault, Haraway eller Code har erfaring fra klinisk arbeid. De har aldri møtt Else Hansen. Deres skrifter er tungeste og anbefales bare for spesielt interesserte. Men vi kan bruke deres tanker om det kliniske blikket, den posisjonerte kunnskap og vårt kunnskapsansvar til å bygge strategier for å styrke den kliniske kunnskapen som er vårt faglige fellesgods. Jeg tror at det vi gjør, kan bli bedre hvis vi tar ansvaret for å forstå hvordan vi selv er en del av vårt kliniske blikk. Om dette er relevant, vil til syvende og sist vise seg i om vi oppfatter hva Else Hansen feiler.

Litteratur

1. Malterud K. Klinisk kunnskap – fakta eller noe mer? Noen kunnskapsteoretiske synspunkter. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3248-50.
2. Hamran T. Den tause kunnskapen. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
3. Macnaughton J. Medicine and the arts: lets not forget the medicine. Br J Gen Pract 1998; 48: 952-3.
4. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge. Towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theoretical Medicine 1995; 16: 183-98.
5. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science 1974; 185: 1124-31.
6. Schön D. The reflective practitioner. How professionals think in action. London: Avebury, 1991.
7. Hunter KM. Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton/New Jersey: Princeton University Press, 1991: 3-26.
8. Hawkins AH. Medical ethics and the epiphanic dimension of narrative. In Nelson HL, ed. Stories and their limits. Narrative approaches to bioethics. New York & London: Routledge, 1997: 153-70.
9. Malterud K. Diagnosen – et samhandlingsprodukt med sosiale konsekvenser. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 967-9.
10. Peterson MC, Holbrook JH, von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis. West J Med 1992; 156: 163-5.
11. Foucault, M. The birth of the clinic. An archaeology of medical perception. New York: Vintage Books, 1994/73.
12. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. JAMA 1997; 278: 502-9.
13. Skarsaune K. La reven leve! Om intuisjonens plass i allmennmedisinien. Utposten 1991; 20: 289-91.
14. Haraway, Donna J. Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature. Routledge, New York 1991: 183-201.
15. Code, Lorraine. Rhetorical Spaces. Essays on Gendered Locations. Routledge, New York 1995.

Livet består ikke av ord.
Livet består av realiteter.

Bjørnstjerne Bjørnson

Samtale med Signe Flottorp og Janicke Thesen, på NSAM-seminar

Ved Frode Forland og Torgeir Gilje Lid

Etter to dagers intens debatt om kunnskap og makt og begrepers forhekende kraft, fikk vi på vei hjem fra Utsteinseminaret en samtale med to av de tydeligst profilerte kvinnelige debattantene. Janecke Thesen er førsteamanuensis på seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og Signe Flottorp er allmennpraktiker i Oslo og jobber for tiden på Folkehelsa på et prosjekt om EBM. De har begge et engasjert og gjennomtenkt forhold til EBM, uten at de dermed tenker likt.

Utposten: Hva er det med EBM som provoserer deg mest, Janecke Thesen?

JT: I utgangspunktet har jeg stor tro på de metoder som brukes i EBM for å få tak i nødvendig kunnskap om en sak der man står fast. Selv har jeg brukt disse prinsippene i mitt arbeid som forsker og lege. Min bekymring ligger i den veldige kraften som EBM-bølgen har fått både nasjonalt og internasjonalt. Her er det flinke folk som står bak som kan markedsføre sitt budskap, det er ordsmeder som nå også har tatt opp i seg mye av den kritikken som er blitt reist, bl. a ved å opprette pasientnettverk.

Men hvilke pasienter er det som har mest glede av dette? Min bekymring er at det er dem som er mest like oss selv, 'the worried well'. Det bare øker avstandene mellom topp og bunn i pasient-hierarkiet.

Dette er ting som er kommet til på et seinere tidspunkt. De som arbeider for en mer EBM-preget utvikling i faget blir premissgivere for hvordan vi skal kommunisere om viktige faglige spørsmål. De som behersker språket, får makten over ordene og over begrepene. Stein Bråten kaller dette modellmakt. EBM prøver å tiltrive seg et modell-monopol som jeg er redd for i stor grad skal sette rammene for vår medisinske virkelighetsforståelse. Egentlig dreier jo EBM seg om å bruke epidemiologisk tenkning og kunnskap, eller mer presist; å anvende statistisk kunnskap med prediktiv verdi.

Utposten: Kan EBM som modell føre til at vi setter likhetstegn mellom effekt av behandling og kvalitet på behandling, Signe Flottorp?

SF: Det er en misforståelse at EBM bare handler om effekt av behandling. Det har vært sagt at kvalitets-sikring handler om å gjøre tingene rett, mens EBM handler om å gjøre det rette. Jeg vil tilføye at EBM handler om å gjøre de rette tingene på rett måte. Med tilgang til oversikter over oppdatert kunnskap om diagnostikk, behandling, risikofaktorer, prognostikk osv., får vi et bedre grunnlag for å kunne hjelpe pasientene til å ta del i den kliniske beslutningsprosessen.

Å praktisere EBM innebærer en syntese av bruk av klinisk erfaring og

klinisk skjønn, og det å bruke den beste tilgjengelige kunnskap. Vi trenger klinisk erfaring og skjønn for å kommunisere med pasientene, oppnå tillitsforhold, få en god sykehistorie, og ikke minst for å få identifisert pasientens egne preferanser og verdier. En oversikt over effekten av et behandlingstiltak gir ingen automatisk anbefaling om hva som er den rette kliniske beslutning for den enkelte pasient. Men uten bruk av tilgjengelig kunnskap risikerer vi å trenne kliniske beslutninger som i beste fall er uvirkosomme, i verste fall skadelige. Medisinen har en lang lidelseshistorie når det gjelder å påføre pasienter ineffektive og skadelige utrednings- og behandlings-tiltak. Dette er dessverre ikke et avsluttet kapittel. Vi må slutte å måle kvalitet bare ved å registrere om pasient (og behandler) er fornøyd med det som skjer.

Utposten: Hva er du redd for å miste hvis EBM får for stor plass, Janecke?

JT: EBM kan bare si noe om en liten del av universet, men dette faktum underkommuniseres. Modellen 'forhekser', den er avhengig av presise spørsmål, det som ikke kan formuleres på en slik måte blir mindre viktig. Jeg er redd for at det flertydige skal forsvinne. Det er en reell trussel at EBM kan få for stor plass, og dermed bidra til en hierarkisering av kunnskap.

Jeg vil bruke en metafor her: jeg liker å se på legen og hans praksis som en gartner som jobber i sin hage. EBM er i dette bildet en elektrisk kantklipper i gartnerens hage. Han er svært godt fornøyd med det nye verktøyet sitt. Dessverre kan kantklipperen bare fungere godt på



Foto: Torgeir Gilje Lid

rette ganger, slik at det da er en fare for at gartneren over tid vil koncentrere seg mer og mer om å lage rette gangveier i hagen sin.

Jeg er opptatt av et begrep som 'accountability', hvem velger vi å svare for ved våre handlinger og prioriteringer. Pasientene med sine virkelighetsforståelser og ønsker, eller EBM-biblene med sine ypperste-prester. På norsk kan vi bruke begreper som ansvarlighet, lojalitet, solidaritet.

Utposten: Du har saman med Arild Bjørndal kritisert norske allmennlegar for manglande oppdatering og kunnskap. Dette har falt mange tungt for brystet. Har du en kommentar til det?

SF: Arild og jeg har hevdet at medisinere som kollektiv ikke har tatt oppdateringsproblemet på alvor. Jeg skjønner at dette kan provosere, men jeg mener fortsatt vi har rett i dette. Vi har ikke sagt at allmennleger er mer kunnskapsløse enn andre leger. Poenget var ikke å gi den enkelte lege dårlig samvittighet for alt man ikke vet. Men det er et problem når det er for stor avstand mellom det vi gjør og det vi burde gjøre, fordi vi ikke vet. Vi kan ikke la være å snakke om dette, selv om det kan falle noen

tungt for brystet. Den enkelte lege kan ikke løse dette problemet alene.

Tvert imot - det er umulig, uansett hvor mye vi leser, å følge med på alt. Men mye kan gjøres for at det skal bli mindre avstand mellom klinisk praksis og vitenskapelig kunn-kap. Gode systematiske oversikter

og gode kliniske retningslinjer vil kunne gjøre det lettere for oss å utøve god praksis. Opplæring i effektiv søk etter relevant og gyldig informasjon, og kritisk vurdering av vitenskapelige artikler er ferdigheter som vil gjøre oss til bedre klinikere. Jeg vil tilføye at dette er en lang prosess. Siden noen tror vi mener at EBM er den endelige løsning og svaret på alle spørsmål kan jeg berolige: livet (og klinisk praksis) er mer enn bare vitenskap. Vi kommer aldri dit at all usikkerhet og uvitenskap er eliminert. Men hvis vi vil praktisere vitenskapelig fundert medisin, bør vi rydde opp i det ufattelige rotet i arkivrommet i det medisinske hus, og gjøre det om til et nyttig bibliotek for klinikere og pasienter.

Utposten: En kan få følelsen av at EBM som metode er spesielt velegnet for den ressurssterke og velinformerte pasienten, som har slått opp på Internett om sin sykdom. Dette er krevende pasienter som vi både kjenner og kan kjenne oss igjen i.

SF: Mitt utgangspunkt er at jeg som pasient, i likhet med de fleste, ønsker meg en best mulig og tryggest mulig behandling. EBM er et redskap som kan gi pasienten mer makt, kanskje

Foto: Torgeir Gilje Lid



er det derfor mange er så redd for disse metodene? Folk søker informasjon om sin sykdom, og med en EBM tilnærming kan vi lettere møte dette informasjonsbehovet hos pasienten på en redelig og systematisk måte. Vi har en tendens til å overvurdere folks kunnskap, men samtidig undervurderer vi ofte folks intelligens. Det er mange som ønsker å bli tatt med på råd, og ønsker å vite om hvilke beslutninger som tas om deres helse og sykdom. Ved at man gjør kunnskapen og premissene synlige for pasienten, kan de selv ta de personlige valg, mens legen kan gi råd i forhold til de faglige spørsmålene.

Kan EBM gi nyttig kunnskap i forhold til de vanskeligste pasientene, de med sammensatte, vanskelig definerbare problemstillinger?

JT: En kan forske på hva som helst hvis spørsmålstillingene er gode, men det er eksempelvis vanskelig å gjøre metaanalyser på case management studier i psykiatrien. Man risikerer å sammenligne epler med stål-stenger. Det finnes en del områder hvor de viktige spørsmålene ikke kan omdefineres til randomiserte kliniske forsøk.

Epilog: De fleste leserne vil sikkert kjenne seg igjen i mange av synspunktene over. EBM er en fornuftig metode, men bruken av den har flere sider. Janecke Thesen snakker om begrepet accountability. Kanskje vi kan fortsette med det engelske språket og istedet bruke to andre begreper, som tilsammen kan definere et fornuftig ståsted i forhold til EBM og klinisk praksis overhodet.

I stedet for accountability kan vi stjele et begrep fra musikkverdenen; 'street credibility' ('gatetroverdighet', brukes om band; f.eks. om tidligere garasjeband som har blitt superband og fortsatt har street credibility). I vår sammenheng kan vi kalle det folkelig troverdighet. Det er viktig å ha troverdighet hos folk flest, hos de som ikke sjekker siste nytt på Internett og er informert om hva de kan kreve.

Samtidig er det viktig å huske Signe Flottorps poeng om oppdateringsproblemet. For å fortsette språkbruken kan vi si at vi må ha 'scientific credibility'. Her er EBM et viktig redskap for å hele tiden bedre vår vitenskapelige troverdighet.

Syntesen av dette kan vi kalle faglig troverdighet, både i forhold til pasientene som vi jobber for, og i forhold til kunnskapen vi forvalter.



**Sekreteriatet for
allmennmedisinske kvalitetsindikatorer
(Aplf – NSAM)**

Sats på etterutdanningsgruppe!

Sats gir allmennpraktikere mulighet til å vurdere og utvikle egen praksis ut fra enkle registreringer. Sammenligning av praksis i kollegagrupper gir utgangspunkt for læring. SATS-opplegget har gitt kollegagrupper en god ramme for faglig og sosialt fellesskap.

Fire temaer er utviklet og utprøvd:

- Diabetesomsorg (mulighet for «benchmarking» i samarbeid med DiabCare Q-Net)
- Diagnostikk og behandling av migrrene/hodepine
- Diagnostikk/behandling av sår hals
- Laboratoriebruk i allmennpraksis m/praksisprofil i samarbeide med NOKLUS.

Dataregistrering og rapport kan kjøres gjennom EDB-journal. Infodoc A/S har pr. april '98 tilpasset program bare for laboratoriebruk.

En temagjennomgang tar 6-9 måneder og gir p.t. 30 poeng i etterutdanningen. Det vil kreves 900 kr i deltakeravgift for hvert emne etter bestemmelser i Dnlf Sentralstyre.

Informasjon/påmelding

Tor Carlsen
GRUK, Nedre Hjellegt 1
3724 Skien
Tlf. 35 52 29 00
Faks. 35 52 19 15
E-post: torc@gruk.no

Tor Claudi
Skogsvn. 22
8021 Bodø
Tlf. 75 56 16 70
faks. no.
E-post: tclaudi@online.no

John Cooper
4130 Hjelmeland
Tlf. 51 75 05 69
Faks. 51 75 06 40
E-post: john.cooper@isf.uib.no

Handlingsprogrammer og guidelines – redning eller refelse?

– Hva kan NSAM gjøre?



**Cecilie Daae, 36 år, cand.med.
Oslo 1990. Bydelslege ved
Bjerke legesenter i Oslo.
Gift, 4 barn.**

Innledning

Jeg er av dem som elsker handlingsprogrammer og guidelines, og hvorfor det? Jo, når jeg bruker dem:

- føler jeg meg trygg
- føler jeg meg flink
- synes jeg at terrenget stemmer med kartet
- kan jeg bokstavelig talt vise pasienten mitt handlingsgrunnlag der jeg sitter og vifter med blodtrykkskurven fra NSAM's handlingsprogram om hypertensjon oppunder nesen på dem.

«Research findings cannot implement themselves»

Utgangspunktet for min uforbeholdne kjærlighet til strukturerte retningslinjer er tanken om at «research findings cannot implement themselves», slik den engelske jordmoren Jilly Rosser har formulert det. På en eller

annen måte dvs. trolig på tallrike måter må vi som allmennpraktikere jobbe med spesifikke strategier for å oppmuntre til implementering av viktige forskningsresultater. Dette kan bl.a. skje i form av anbefalinger, guidelines eller handlingsprogrammer og kan bidra til at vi som allmennpraktikere gjør nødvendige forandringer i praksis når ny kunnskap tilslter det.

Guidelines – handlingsprogrammer – konsensusrapporter – retningslinjer – hva snakker vi om?

Det finnes tallrike betegnelser på denne måten for medisinsk kunnskapsformidling. Det er fristende å hive alt opp i en boks; dette er skriftlig, oppdatert, akseptert kunnskap til erstatning for læreboken på bestemte fagområder. Imidlertid tror jeg det egentlig er nokså forskjellige ting det er snakk om, og at det er nyttig med en klargjøring, selv om formålet med alt er å endre vår praksis til beste for pasientene. NSAM hadde en intensiv og god workshop i begynnelsen av september der arbeidet med handlings-programmene stod i fokus. Jeg følger opp her med noen refleksjoner i håp om at diskusjonen vil fortsette.

Den finske allmennpraktikeren Marjukka Mäkalä presenterer denne definisjon av guidelines: «Practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances» (1).

Mange vet mye om hvordan guidelines bør være; de må si noe om risiko, forekomst, effekt av behandling, prognose, preferanser og verdier.

Konkret informasjon om hvordan implementeringen av guidelines vil affisere helse og ressursbruk er viktig, dvs. hvordan den innsatsen det er å endre praksis kan få betydning. I tillegg må de være gode, dvs. ha høy kvalitet, og være lette å bruke! Vi trenger dem for å få «orden i det medisinske hus» (2) og for å endre vår atferd slik at pasienter kan få den best mulige behandlingen, hva nå den må være i hver enkelt situasjon. På sitt beste ser jeg for meg guidelines eller handlingsprogrammer som en «Drillo-sk» overgangsmulighet; via disse kan vi bryte igjennom klinisk forsvar og lære oss nye taklinger som kan bringe oss til mål.

NSAM's handlingsprogrammer er gullstandarden for hvordan resultatet av arbeid med slike kliniske retningslinjer skal se ut. Men handlingsprogrammer og guidelines er kanskje, eller kan i alle fall være, minst to forskjellige ting. De norske handlings-programmene er grundige, brede og utdypende i sin tilnærming. De er langt mer enn kliniske algoritmer for hvordan allmennpraktikeren skal opptre i konkrete situasjoner. Det siste kan være til forskjell fra guidelines, som godt kan omhandle på en enkel og konkret måte f.eks. behandling av otitt, gjerne ved et «flow-chart».

Guidelines og handlingsprogrammer - redning eller refelse? Jeg er ikke alene om å ha et kjærlighetsforhold til guidelines. Når man spurte 1/4 av engelske allmennpraktikere i en helseregion i England hvilken innstilling de har til å praktisere evidence based medicine, var de fleste positive og mente dette kunne bedre pasientbehandlingen

(3). Når de ble spurta hvordan de kunne oppnå dette, mente de fleste at det var gjennom å tilby evidence-based guidelines eller handlingsprogrammer utarbeidet av kolleger. På sitt beste kan disse:

- Dempe kravene til at legens hukommelse alene skal være beslutningsgrunnlaget
- Lette tilgangen på nødvendig informasjon
- Minse ønsket variasjon i praksis
- Føre til at pasienten får den beste behandling basert på det beste beslutnings-grunnlaget
- Fungere som de gode «kokebøkene» vi alle er avhengige av å lese og lære fra før vi kan eksperimentere på «kjøkkenet» på egenhånd for:
- Samtidig skal de ikke ta fra oss vår kliniske frihet, vår glede over å utøve godt skjønn og oppleve trygghet i erfaring, eller i å individualisere vår pasientbehandling. Det skal jo ikke bli slik at våre kontorer, som illustrasjonen viser, har tallrike plakater utenpå for alle de pasientgruppene vi ikke har noe «evidence-based» å tilby.

Men et viktig poeng, som også ble understreket på NSAM's møte, er at handlingsprogrammer i en forstand skal innebære en form for refusjon. Det er ønskelig at de utarbeides på områder der vi som allmennpraktikere ser det som viktig å demme opp for ukritisk påtrykk fra industri, særlig entusiaster og usunne samfunnsholdninger. Dette illustreres godt etter min mening med den pågående østrogendebatten. Andre gode eksempler mener jeg er hyperlipidemi og statinbehandling, og snart kommer fedme og medikamentell behandling for dette. Temaer som hjertesvikt og anti-koagulasjonsbehandling i allmennpraksis er også egnet for utarbeiding av handlingsprogrammer. Dette er store, tunge fagområder der vi vet at vi gjør en for dårlig jobb, og der det er nødvendig med en bred tilnærming til feltet.

Og – jeg ønsker meg enda mer....

Jeg liker klare retningslinjer på de områdene der det er mulig å ha dem. De skal være systematisk utarbeidet etter prinsipper som snart presenteres, også «på norsk» i regi av Helse-tilsynet. Jeg ønsker gode guidelines som tar for seg «mindre» fagspørsmål, dvs. i betydningen mer avgrensete problemstillinger, men som er minst like betydningsfulle som de «store», ikke minst fordi det er ting som vi møter på kontoret hver dag, og der våre (be)handlingsstrategier kan være dårlig underbygget. Jeg ønsker at slik kunnskap skal komme om f.eks. behandling av urinveisinfeksjoner, «den otitten» igjen (hvem er ikke forvirret nå?), migrrene, vaginitter, prolaps i columna, NSAID-bruk, om brystundersøkelser og gynækologiske rutineundersøkelser i allmennpraksis. Jeg vil protestere mot at dette bare blir puttet inn i legemiddelhåndboken, legevaktsboken eller liknende. Til det er slike temaer for viktig og de bør vurderes grundig og systematisk, ikke bare på ekspertenes premisser, men også tilpasset det allmennmedisinske landskap. Dette er ikke enkle problemstillinger, selv om tilstandene i noen grad er mer avgrenset i faglig forstand og derfor kanskje av mindre samfunnsmessig betydning.

I tillegg til alt dette ønsker jeg meg lyssetting på områder som hva skriftlig kommunikasjon mellom 1. og 2.linje-tjenesten skal inneholde. Det finnes gode eksempler på det (4). Et annet tema er guidelines for hvordan allmennpraktikere kan lære seg kritisk lesning og vurdering av artikler (5).

Når er handlingsprogrammer uegnet?

Handlingsprogrammer og guidelines - har de også sin begrensning? Jeg tenker meg at de ikke er særlig hensiktsmessige på områder av mer psykososial karakter som akutte kriser ved samlivsbrudd, arbeidsløshet osv., sorg, somatoforme tilstander eller omsorg ved livets slutt. Men jeg er

usikker på om dette er riktig. Det er i hvertfall ureiktig dersom handlingsprogrammene skal gjenspeile en slags politisk prioritering som NSAM skal innestå for. Da må det være like viktig å demme opp for industriens trang til å påføre mennesker evigvarende erekasjon eller lykke i form av tabletter mot depresjon.

Snart drukner vi!

Min naive begeistring over retningslinjer fører meg seg et stort problem. I Finland talte de opp over 700 forskjellige «guidelines» på lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå, i England over 2000. Dette er vanskelig, spesielt sammenholdt med «slik lever dei der» perspektivet, dvs. at lokale tilpasninger ofte er helt nødvendige. Et guidelines utarbeidet i annet terreng enn allmennpraksis vil de ofte være vanskelig å bruke på vår usorterte pasientpopulasjon. Det gir grunn til ettertanke å se for meg hvordan jeg skal finne frem akkurat det handlingsprogrammet jeg trenger akkurat nå i en bunke av 700 stykker. Jeg har i grunnen nok allerede i min «selvhjelpboks» på skrivebordet der jeg strever med å finne blodtrykkskortet og diabetesprogrammet mellom listen over ICPC-diagnoser, telefonlisten, Marevanbehandlingsinformasjonen og takstheftet. (+ noe greier fra trygdekontoret). Selv jeg får en følelse av at snart drukner vi, og da er ikke bunken av retningslinjer redning, men mollesteinen rundt halsen.

Hva kan NSAM gjøre?

Jeg føler behov for å rope om hjelp, og gjør det også. Hva kan NSAM gjøre? Jeg har noen klare og enkelte uklare tanker om dette. Jeg mener NSAM kan bidra til å sortere viktig fra mindre viktig, egnet fra uegnet. Jeg ser for meg at NSAM kan være en «sorteringssentral» både mht. temaer, eksisterende litteratur og nytt som kommer.

NSAM kan være, nå som før, en nøkkel for videre fagutvikling på dette området i allmennpraksis. NSAM har allerede vist at innad i selskapet fin-

nes nødvendig vilje og kunnskap til å drive med slikt arbeid.

NSAM har kontakter nasjonalt og internasjonalt, det er liten vits i å sitte på hver sin tue og drive slikt arbeid. Jeg mener at det er viktig at NSAM søker samarbeid med andre sentrale fagmiljøer som Folkehelsa, Helsetilsynet, Statens legemiddelkontroll osv.

I Nederland har nederlandske allmennpraktikere utarbeidet et sett på over 40 guidelines, der man har brukt systematiske tilnæringer for å utvikle dette, men tilpasset allmennpraksis. På alle utkast til guidelines har omrent 50 allmennpraktikere blitt spurtt om å gi kommentarer, i tillegg er det fulgt opp av praktiske treningsprogrammer. Slikt arbeid kan skje i regi av NSAM. Det nye spesialistprogrammet gir jo en stor mulighet for å bruke tid i grupper på nettopp slike opplegg.

NSAM er det kvalitetsstempet jeg ønsker på det jeg «ifører meg» faglig. Det er som den berømte krokodillen på skjorten. Det handler også om at vi må ta det faglige ansvaret selv for å unngå en «changing from top to bottom»-situasjon (6) der alt blir trykket ned over hodene våre fra «ekspertene». Guidelines og handlingsprogrammer kan fremstå som noe antiautoritært, egalitetsfremmende og praksisnært, dersom vi lager dem slik og utformer prosesene på vår måte.

Jeg mener NSAM må påta seg et ansvar for å arbeide frem en strategi for at allmennpraktikere skal få grei tilgang til systematiske oversikter. Dette vil kunne demme opp for min og alle andre allmennpraktikere i Norges private «ønskeliste» over hva vi ønsker oss omtalt på en systematisk, skikkelig og oppdatert måte. Jeg ønsker meg et NSAM-nyhetsbrev a la det engelske «Bandolier» der viktige og gode clinical trials, vitenskapelige rapporter og systematiske oversikter gjen-

gis og kommenteres kort (<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier>). Kanskje kunne dette skje som i et samarbeid med f.eks. Folkehelsa og Helsetilsynet. Kunne eventuelt Utposten ha noen sider forbeholdt slikt stoff?

Til slutt mener jeg at NSAM bør prioritere arbeid som kan bidra til å gjøre det lettere for engasjerte allmennpraktikere å delta i arbeid med guidelines og handlingsprogrammer. Det er viktig at terskelen ikke blir for høy selv om sluttproduktet må passe strenge krav.

Når handlingsprogrammer ikke virker – hvorfor skal vi ha dem da?

De fleste lar seg raskt overbevise, ved å lese aktuelle litteratur på området, om at handlingsprogrammer og guidelines virker dårlig (7-9), enten effekten måles i forbedret «outcome» for pasienten, endring i legers praksis eller andre relevante mål. Hvorfor skal vi lage handlingsprogrammer

dan dette ser ut i (allmenn)praksis. Vi kan ha håp om å bidra til å demme opp fra sterke markedskrefter som ikke nødvendigvis har samfunnets eller pasientens beste for øyet.

2. Gjennom et slikt kollektivt arbeid opparbeides viktig kunnskap som kan komme bredt til nytte selvom implementeringsmetodene må raffineres. Jeg ser for meg at disse kan bli meget viktige elementer nå når gruppebasert læring blir en stor del av spesialistutdanningen. Det finnes gode eksempler på at gruppdiskusjon (10) kan føre til varig endring i praksis, i motsetning til en tradisjonell forelesningsform, men det krever jo at man har noe i bunnen å diskutere ut i fra.
3. Er vi ikke selv tilstede vil vi bli utsatt for en ekstrem situasjon der vi blir pådyttet handlingsprogrammer og guidelines fra alle kanter uten selv å kunne bestemme hverken, innhold, retning eller fart. Dette vil på sikt undergrave faget.



når de ikke virker? Jeg tenker klarere etter NSAM's workshop. Vi skal ha handlingsprogrammer fordi:

- I. De kan anvendes som fagpolitiske manifester. Vi er tilstede på viktige fagområder og kan markere hvor-

Optimist – snart blir drøm virkelighet!

Jeg er optimist og gleder meg over å ha mitt ståsted i allmennpraksis. Her vil snart drøm bli til virkelighet og vi vil få:

- Elektroniske systemer der guidelines er lett tilgjengelige. I Finland har allerede en del allmennpraktikere guidelineprogram integrert i datajournalen. De bruker dette i gjennomsnitt 3 ganger daglig og det påvirker dem i de beslutninger som blir tatt i ca 50% av tilfellene (1).
- «Feedback» -sløyfer som kommer opp med synspunkter på den behandlingen jeg gir mine pasienter f.eks. er denne HbA1c-en for høy eller lav, har jeg sjekket det jeg skal i år på denne diabetespasienten?
- «Patients guidelines» der ting er forkart bedre enn jeg klarer. Jeg

synes «oppfinnelser» som «numbers needed to treat» er storartet, bare jeg slipper å regne dem ut selv.

Leg mener vi kan «sjekke» ut mange av de strategiene eller det beslutningsgrunnlaget vi praktiserer på og bekrefte at dette er godt begrunnet. Undersøkelser til nå viser jo nettopp dette (11). Det kan bidra til at vi får selvtillit på at vi gjør en god jobb som allmennpraktikere også sett fra et «evidence based medicine» ståsted, selv om mye kan bli bedre. Det enorme arbeidet som er lagt ned i f.eks. prosedyrepermer osv. rundt om i landet må kunne anvendes og komme oss alle til gode og dem som har jobbet med det ennå mer til ære.

Konklusjon

Viktige forskningsresultater kan ikke implementere seg selv. Allmennpraktikermiljøet må arbeide for å sikre at vårt handlingsgrunnlag er best mulig og at nødvendig kunnskap er tilgjengelig. Handlingsprogrammer og guidelines er fortsatt viktige faglige og politiske redskaper, selv om de alene ikke fører til store endringer i klinisk praksis. Vi må raf-

finere implementeringsstrategiene og sikre at vi «kan det vi gjør, og gjør det vi kan» (12).

Referanser

1. Mäkalä M. Do general practitioners need guidelines? *Scand J Prim Health Care* 1996;14:2-3
2. Bjørndal A. Fra pasienttilfredshet til brukermedvirkning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998;118:353
3. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perception of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998;316:361-5
4. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992;304:821-4
5. MacAuley D, McCrum E, Brown C. Randomised controlled trial of the READER method of critical appraisal in general practice. *BMJ* 1998;316:1134-7
6. The Lancet. Changing, from top to bottom. *Lancet* 1998;351:997
7. Grimshaw J, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22
8. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-705
9. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA on behalf of the Cochrane Effective practice and organisation of care review group. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8
10. Onion CWR, Bartzokas CA. Changing attitudes to infection management in primary care: a controlled trial of active versus passive guideline implementation strategies. *Family Practice* 1998;15:99-104
11. Greenhalgh T. Is my practice evidence-based? *BMJ* 1996;313:957-8
12. Tor Carlsen. Notat om kliniske retningslinjer, prosedyrepermer og handlingsprogrammer. Skien, 15.09.98.

Diskusjon om samfunnsmedisinens framtid må fortsette

Jeg har fått mange positive tilbake meldinger på min artikkel om de nye spesialistreglene i samfunnsmedisin som stod i «Utposten» nr. 3/98 (1).

Petter Øgar som selv ikke pleier å legge fingrene imellom når han skriver, har imidlertid tatt det svært ille opp at han blir utsatt for polemikk (2).

Han tillegger meg i nr. 4/98 mangel på «vilje og interesse for diskurs». Han avslutter innlegget med et velbrukt ordspill om «venner» og «fiender». Dette ordspillet er muligens ennå gangbart i deler av det politiske miljø, men i et fagtidskrift for allmenn- og sammfunnsmedisin virker det temmelig malplassert. Videre debatt på et slikt nivå har lite for seg.

Nyttig oppklaring

Jeg har notert meg med interesse at Petter Øgar ikke hører med til dem som mener at den kommunalt baserte samfunnsmedisinen er det eneste «genuine», og at han heller ikke har noe dogmatisk syn på kombilegens rolle i fremtiden. Han mener også at troen på de

kommunale muligheter til å løse alle problemer er overdrevet.

Saklig uenighet

Det eksisterer mange gode definisjoner av faget samfunnsmedisin/Public Health, både her i Norge og internasjonalt. Hvilken av disse som bør brukes i framtiden – eller om det er nødvendig å velge en definisjon på bekostning av de andre – er det fortsatt uenighet om. Jeg er enig med Petter Øgar at «varen» samfunnsmedisin trenger en god varedeklarasjon. Men det er ikke sikkert at en statsautorisert norsk definisjon er det viktigste i så måte.

Petter Øgar gjentar sitt synspunkt om at norske samfunnsmedisineres manglende realitetsprioritering er en viktig årsak til fagets problemer. Han presiserer at han likevel ikke ønsker at det skal være en «primær målsetting» i spesialistutdannelsen å gjøre noe med dette.

Han kommenterer imidlertid ikke min motstånd, nemlig at det er myndighetene/KS som må ta skylden for at norske samfunnsmedisi-

nere har fått stadig dårlige vilkår i det kommunale systemet siden 1984, jfr. «Røynslemeldingen» (3).

Han følger heller ikke opp diskusjonen om hvorvidt praktisk sosial-medisin/trygdemedisin skal ha en plass innenfor norsk samfunnsmedisin i framtiden. Dette spørsmålet var ifølge redaksjonen det viktigste poenget i min artikkel (4).

Vi trenger fortsatt livlig diskusjon om problemstillinger som angår fagets/spesialitetens framtid. Jeg synes vi skal ta det som en selvfølge at de som tar seg tid til å skrive om dette emnet, (og alle Utpostens lesere) er venner av norsk samfunnsmedisin.

Bergen, 8. juli

Sturla Gjesdal

Institutt for samfunnsmedinske fag

1. Gjesdal S. De nye spesialistreglene og framtiden for faget samfunnsmedisin.
Utposten 1998; 27 (3) s. 14–16
2. Øgar P. Samfunnsmedisinske meninger til besvær. Utposten 1998; 27 (4) s. 16
3. Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane (Stortingsmelding nr. 36 1989-90)
4. Forland F. Samfunnsmedisiners kår når markedet rår. Utopsten 1998; 27 (3) s. 3

UTPOSTEN beklager:

Desverre bli innlegget «Samfunnmedisinske meninger til besvær» i nr. 4 stående usignert.

Petter Øgar var forfatteren.

«Hva er kunnskap uten ferdigheter?»

Kjære UTPOSTEN-leser

Kompetansesenteret for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger i Bergen skal nedlegges i løpet av 1998. Det har Den norske lægeforening bestemt. Jeg tror ikke Dnlf har ment at kliniske ferdigheter hos praktiserende leger skal opphøre, men signaleffekten av vedtaket hadde nesten samme slageffekt på mange av oss. Jeg kjenner meg ikke så rent lite forbannet over vedtaket.

Hva er det vi trenger å lære og hva er det vi trenger å bli bedre i?

Ingen av oss bestrider vel nødvendigheten av omfattende og tildels nokså detaljert fakta-kunnskap som del av det medisinske studium. Noe ferdighetslæring får vi vel også der, som senere blir supplert i turnustjenesten. Ferdighetslæringen i såvel det medisinske studium som i turnustjenesten er imidlertid utilstrekkelig og har vel heller ikke til formål å være fullbyrdet på dette punkt. Noen vil kanskje hevde at vår legevirksomhet får lære oss ferdighetene, men er dette nok? Videre: hva hjelper all vår kunnskap hvis ferdighetene til å sette kunnskapen ut i livet mangler eller er mangelfulle?

Er dette for banalt eller så selvfølgelig at det ikke trenger å bli snakket om?

Det har ikke minst slått meg som veileder for vordende spesialister i allmennmedisin og som veileder for turnusleger i distrikt at de har en imponerende mengde kunnskap om de mest utrolige tema innen medisinen - flere tema jeg aldri har hørt om. Det har slått meg ennå mer hvor mye det ofte kan skorte på kunnskap om den praktiske gjennomføringen av denne kunnskapen. For meg er det ferdigheter det dreier seg om.

Det kan dreie seg om f.eks. hvordan en teknisk prosedyre skal gjennomføres, hvordan denne administrativt og organisatorisk skal legges til rette, og hvordan kommunikasjon med andre, såvel pasienter som medarbeidere skal foregå. Jeg har selvsagt av egen erfaring svært mange ganger opplevd å mangle tilstrekkelige ferdigheter til å gjennomføre det min faktakunnskap sier meg en del om. Det er nesten fristende å si at kunnskapen bare er halv når ferdigheten til å implementere (ny-ord for gjennomføring) kunnskapen mangler.

Der er denne «final touch» som Kompetansesenteret åpenbart har grepet fatt i med rette. Jeg tror neppe at det skyldes at man tror ferdigheter totalt mangler, fordi det er åpenbart for arrogant og feilaktig å påstå. Jeg har forstått det slik at man har sett et stort utviklings- og forbedringspotensiale - og som det er nødvendig å gjøre noe med. Vi bombarderes med et stadig mer komplekst helse- og sykdomspanorama, hvor også en nesten uendelig kunnskapsmengde og stort antall tekniske løsninger er en del av bildet. Kurstilbudet til leger er også særlig voluminøst og tildels nokså imponerende. Kvantiteten er det åpenbart ikke noe å si på. Men hva med kvaliteten?

Stiller vi tilstrekkelig med spørsmålstege om hva vi bør lære og hvordan vi best kan lære det?

Kompetansesenteret har åpenbart gjort det, men jeg er usikker på om Dnlf i tilstrekkelig grad har gjort det samme.

Kompetansesenteret har gjennom sin virksomhet, ikke minst sine kurs, vakt betydelig entusiasme og oppmerksamhet. Jeg var selv tilstede på et skulderkurs på Solstrandkurset, som jeg tør påstå var noe av det beste

jeg har opplevd når det gjelder kurs i min over 20-årige doktorkarriere. Hemmeligheten? Jeg er ikke sikker på om det er noen hemmelighet, men den traff meg og de fleste andre kursdeltakere hjemme ved dets evne til å gripe fatt i kunnskapen og ikke slippe den før man hadde sett at den var anvendt i praksis - i dette tilfelle ulike skuldre - for anledningen kollegaens skulder. Det er denne type kurs vi trenger! Det er nærmest noe UTPOSTENsk ved dette - kunnskap ut i praksis - praksis inn i kunnskapen.

Ikke minst vil jeg slå et slag for at det jobbes mer med å legge tilrette for læring gjennom praksisbesøk hos kolleger. Jeg tror denne læringsformen, og læring gjennom modell-læring, har et stort utnyttet potensiale.

Jeg har et håp om at Dnlf vil omgjøre sitt vedtak. Dnlf har mer enn de fleste fagforeninger grepet fatt i fagutvikling. Dette er prisverdig. Jeg håper Dnlf nå vil gripe sjansen til å følge fagutviklingen helt frem - fra idé til kunnskap til implementeringen av kunnskap i praksis. Dette må vi lære og dette må vi bli bedre i. Til dette trenger vi Kompetansesenteret.

Med vennlig hilsen
Helge Worren
Spesialist i allmennmedisin



Stålet fra MELDEREVYEN nr. 1/1997, Statens helsetilsyn

Flukt og fremtid

Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger

Nora Sveaass og Edvard Hauff (red). Ad Notam Gyldendal, 1997. Kr. 298.–
Anmeldt av Berit Austveg

Denne boken springer ut av arbeidet ved Psykososialt senter for flyktninger ved universitetet i Oslo. Det er prisverdig at det kommer en slik bok. Det er et stort behov for bedre tilgjengelig kunnskap både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelse-tjenesten. Det er mange tegn på at flyktninger har store udekkeide behov når det gjelder helsetjenester. Boken tar dessuten mål av seg, i følge vaskeseddelen, til å gi kunnskap og forståelse om flyktninger livssituasjon og flyktningespørsmål generelt.

Boken starter med en novelle, en monolog av en kvinne som har blitt traumatisert, og som strever med sine sjælelige sår. Med hennes stemme formidles på skjønnlitterært vis en rekke problemstillinger som er velkjente når helsevesenet møter flyktninger. Novellen er utgangspunkt for den første delen av boken, der fagpersoner av forskjellige kategorier kommer med sine tolkninger av kvinnens situasjon: Psykologer, antropologer, psykiatere, psykoanalytikere og en religionshistoriker. I andre del av boken tas det opp en del teoretiske perspektiver på mentale helseproblemer hos flyktninger.

Boken har en del hovedbudskap. Det er bl.a. viktigheten av å forstå den grunnleggende utsyngheten som den traumatiserte flyktningen bærer i seg, det er å se flyktningens livs-

historie i sammenheng, å ta de kulturelle forhold og pasientene religiøse oppfatninger på alvor, og å bygge på de sterke sidene i personligheten og ikke bare lete etter patologi. Terapeuten skal ikke være nøytral i forhold til at det har skjedd brudd på grunnleggende etiske normer for menneskers oppførsel, og det er et eget kapittel om menneskerettighetene.

Siden dette er en antologi, er naturligvis stil og innhold varierende. En del av kapitlene virker på meg underlig livsfjerne, og det har noe med skrivemåten til forfatterne å gjøre. På den ene siden er det mye teori, på den andre siden går det egentlig sjeldent i dybden. Den innledende novellen er tankevekkende og den er godt skrevet, men den blir etter min mening utilstrekkelig for den første halvdel av boken. Jeg ville ønsket meg flere eksempler gjennom hele boken for bedre å illustrere hva forfatterne mener. Boken hadde tjent på en strammere redigering. Det er unødig mange repetisjoner, og en del ord og uttrykk brukes på forskjellige måter. Iblast hevder forfatterne ulike syn, og det er interessant. Men dessverre får vi liten utdyping av hva forskellene egentlig går på. Her hadde det vært interessant om oppfatningene hadde blitt stilt mer i kontrast til hverandre.

En annen innvending er at det er tendens til «forjævligering». Det er ikke så rare, enhver som har arbeidet med denne problemstillingen kan gripes av raseri og maktesløshet.

Men her hadde jeg forhåpninger til at boken kunne hjelpe leseren til å utvide perspektivet, for det tror jeg er den eneste utveien for å unngå utbrenhet, i tillegg til støtte og veiledning som boken tar opp gjentatte ganger. Ovgrep mot flyktninger er fryktelige, men det fins også annen ondskap i verden. Flere forfattere framstiller politiske overgrep som i en klasse for seg av menneskelige påkjenninger, og det brukes uttrykk som «hinsides vår fatteevne». Jeg savner referanse til annen type grov vold, og til hvordan behandleren takler ondskap mer generelt. Jeg opplever boken å være noe preget av slitenhet. Bortsett fra noen få unntak, som i kapittelet til Reidun Brunvatne om risikofaktorer og forebyggende arbeid, syns jeg heller ikke at boken makter det ambisiøse målet å si noe om flyktninger i samfunnet generelt. Melinda Meyers kapittel om uttrykks-terapi kan også gi ideer til tiltak som kan gi trygghet og ro, og som kan brukes slik det er beskrevet, eller i modifiserte former.

Innen primærhelsetjenesten tror jeg dette må være en bok for de spesielt interesserte. Personer som arbeider i den psykiatriske annelinjetjenesten vil helt sikkert ha stor glede av den. Psykatri handler jo i stor grad om personer som er traumatiserte, enten det er systemisk eller privat vold.



Bokanmeldelse

Forelskelse, sex og kjærighet

Dagfinn Sørensen og Bente Træen
Gyldendal Fakta, 1997
Pris kr 198
150 sider.

Når en halvgammel dokterdame skal anmeldte denne boka som er skrevet for de mellom 13 og 17 er det fare for at vinklingen blir feil. Hva vet vel jeg om det som er bra for ungdom? Jeg tar allikevel sjansen, mine år på baken – både faglig og personlig – er vel ikke helt ubruklig?

Boka er inndelt i ni kapitler

De første syv beskriver på en fin måte ulike sider ved den seksuelle utviklinga ungdom gjennomgår. Her er det fin veksling mellom det forfatterne skriver og korte «fra virkeligheten»-beskrivelser i jeg-form med ulike seksuelle erfaringer ungdom selv har gjort. Både gode og vondt, vanskelige erfaringer blir fint presentert og vi møter ikke minst all den usikkerheten som mange føler når de prøver seg fram på disse nye, ukjente områder av livet.

Boka omtaler utforskning av egen kropp og følelser på en fin måte. Homofili og transseksualitet er behandlet på en måte som jeg tror leserne føler naturlig og avklarende. Ikke minst inviterer forfatterne til mye refleksjon rundt disse temaene, slik at alle leserne, uansett legning, har nytte av omtalen.

Jeg savner omtale av hvordan dagens sexfikserte samfunn kan presse ungdom inn i voksenrollen før de selv føler seg modne til det. Å sette egne grenser og stå imot press fra andre burde også vært bedre

omtalt.

Seksualisert vold og incest burde fått mer plass i boka. Eventuelle leserne som har opplevd slike traumer vil neppe finne mye nyttig i denne boka. Når vi vet at endel unge i denne aldersgruppa bærer på slike opplevelser alene, vil jeg tro de nettopp i en slik bok vil lete etter noe som kan hjelpe dem videre – og det tror jeg altså ikke de finner.

Klare, enkle råd om hva de kan gjøre og hvem de kan henvende seg til tror jeg ville forbedret boka på dette området.

De to siste kapitlene omtaler prevensjon og seksuelt overførbar sykdommer. Forfatterne har flettet sammen disse to temaene på en måte som gjør at leserne klarer å se at dette ofte er to sider av samme sak. Som «medisinsk sakkyndig» klarer jeg ikke å la være å kommentere endel detaljer som burde vært bedre: Det er greitt å anbefale kondomer men jeg vil gjerne ha presisert viktigheten av riktig bruk og at det må brukes ved flere samleie – noe mange unge slurver med. Videre ville jeg brukt klamydatest som argument for legeundersøkelse i forbindelse med p-pilleresepter framfor nytten av cytologiske tester. Å påstå



at minipillen er meget god beskyttelse mot svangerskap synes jeg krever at man i samme setning presiserer dette med å ta pillen til rett tid – helst med store bokstaver.

Boka avsluttes med endel nyttige telfonnumre og ordforklaringer og det tror jeg kan være nyttig for mange leser. Boka er lettles og med ungdommens naturlige interesse for temaet tror jeg den vil bli lest. Tegningene i boka er gode – men kanskje skulle det vært fler? Selv en habil, eldre leser savner noen pirrende strek tegninger på opptil 28 sider med bare tekst!

Jannike Reymert.

Det sikreste middel til ikke å bli meget ulykkelig er ikke å gjøre krav på å bli meget lykkelig

A. Schopenhauer

EN lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppgave å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke til!
Tone Skjerven - lagleder.

Vedrørende utfordringer til Utpostens lyrikkstafett

20. mai i år, mottok jeg utfordringen til Utpostens lyrikkstafett fra Peter Prydz. Jeg har møtt Peter ved kun en anledning, – så vi kjenner hverandre ikke så godt. Han ante nok derfor ikke at utfordringen var formidabel.

Jeg valgte aldri å analysere dikt på skolen, jeg kan ikke lage sanger eller dikt til fødselsdager, husker ikke et eneste vers utenat – og anser meg ikke for å være noe poesi-menneske.

Jeg gikk imidlertid i meg selv, og etterhvert dukket minnene fram.

10 år gammel deklamerte jeg et dikt på en speideravslutning.

Et dikt av Rudyard Kipling, gjen-diktet av André Bjerke; Hvis. Diktet er velkjent og mye brukt, – og jeg tenkte at det jo sikkert fantes så mange andre...

Diktet HVIS gir meg imidlertid mye; mange tanker om livets utfordringer og mulige måter å møte disse på, og til slutt har jeg faktisk fått erkjenne at dette diktet har vært med meg i bakhodet helt fra jeg var 10 år.

Jeg synes derfor etterhvert at det er en selvfølge at det er DETTE diktet jeg vil dele med leserne av Utposten.

Utfordringen går heretter videre til Peter Otto Horndalssveen, adr: Lyngveien 11, 2340 Løten (alm. Lege på Stange); «huslyrikeren» i vennekretsen vår.

Anne Korsæth

Rudyard Kipling

Hvis

Hvis du kan bli på post når man forlot deg,
og holde hodet klart når alt slår klick,
hvis du kan tro når alles tvil står mot deg,
men også våkent lytte til kritikk;
hvis du kan gå i ventetidens lære
og møte løgn – med sannhet som ditt svar,
og møte hat – du ikke selv vil nære,
men tie med hvor klok og god du var.

Hvis du kan ferdes fritt på tankens veier,
og drømme – uten selv og bli fordømt,
hvis du kan møte nederlag og seier
som to bedragere du selv har dømt;
hvis du kan tåle at ditt ord forvrenget
til ussett pjatt i demagonens munn,
hvis du kan se ditt livsverk sondersprenges
og etter bygge det på naken grunn.

Hvis du kan våge alt på samme terning
– et enkelt kast på livets spillebord –
og tape alt – og gjenopppta din gjerning,
men aldri nevne tapet med et ord;
hvis du kan ta din tørn og ikke gi deg,
men sette inn hver fiber i din kropp
og holde ut når alt forstummer i deg
unntagen viljens røst: «gi aldri opp!»

Hvis du kan si til massen hva du mener,
og selv blant konger være den du er.
Hvis du er alles hjelper, ingens tjener,
og venn og uvenn står deg like nær;
hvis du kan fylle hvert minutt av tiden
med seksti solsekunder, – da, som lønn
er jorden din med alt som finnes i den,
og – enda mer – du er en mann, min sønn!

ORD om ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig men som de færreste av oss kan forhistorien til.

I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne, det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!



Elveblest

Elveblest – en tilstand som er så vanlig at folk flest stiller diagnosen selv. Ikke sjeldent oppsøker de lege allikevel – dels for å få behandling, men også ofte for å få en forklaring på tilstanden. «Hva kommer det av?» De fleste slår seg til ro med å få vite at det er en allergisk lidelse og at det utløsendeagens kan være vanskelig å finne.

Dersom en kjenner ordets opprinnelse, kan man bruke en helt annen og artigere forklaringsmodell ... hvis man tør da! Sannhetsgehalten synker dramatisk, men det er ikke til hinder for at mange pasienter har glede av en

liten innføring i tidligere tiders medisinske teorier!

Ordet elveblest stammer fra de tider man trodde alvene (overnaturlige vesener) kunne påføre mennesker sykdom og død. Man trodde at det flyktige utslettet kom at av alvene blåste det på pasienten. Det er jo mye lettere å forestille seg enn alle disse antistoffene som herjer rundt i kroppens indre, ingen har jo sett dem heller!

«Etiologien» for **alvegust** er nokså lik – derav navnet gusten som riktig nok spiller på den gulgrå blekheten framfor elveblestens «friske» rødfarge. **Ellevill** er et annet

ord med samme opprinnelse, idet man trodde de elleville var gjort gale av alvene.

Alvpil er benevnelsen på en beinsplint man undertiden fant i slaktet dyrekjøtt – «skutt» inni dyret av alvene. En **alvedans** er et gressløst område i engen – et sikkert tegn på at alvene har danset nettopp der og med sin trolldom hindret gresset i å gro. På dansk er derimot **elledans** et område i engen der gresset er tykkere enn ellers – på de kanter trodde man altså at alvefötter fikk gress og blomster til å spire og gro frodigere enn ellers.

Del på godene

Modem i nettverk

Installere en skriver i et nettverk slik at flere pc'er deler én skriver er relativt enkelt å få til. Å gjøre det samme med et modem er ikke like enkelt, og spesielt er det vanskelig å sette opp ett modem som skal gi Internet-tilknytning for alle som er knyttet til nettverket. Den løsningen som velges når mindre edb-nettverk skal knyttes til Internet er vanligvis en "router". Dette er imidlertid en ganske dyr løsning og det er dessuten vanskelig for en amatør å sette opp en router slik at den funger som den skal.

Det finnes imidlertid softwareløsninger som kan brukes til å sette opp ett modem i et lite nettverk slik at alle brukerne i nettverket kan få Internet-tilknytning - og det samtidig.

Det enkleste og beste programmet i denne genren som jeg hittil har sett heter SyGate (<http://www.sygate.com>). Installasjonsprogrammet SG121.EXE

er 1,5 Mb stort, selvutpakkeende og kan hentes via Internet og brukes gratis til 50Mb med filer har passert gjennom modemmet og programmet SyGate på den pc-en SyGate installeres på. Videore bruk krever en registrering og betaling US \$ 49 for tre brukere, \$ 99 for 6 brukere og \$ 199 for ubegrenset antall brukere.

Installasjonen er ganske enkel og det finnes god veiledning på hjemmesiden til SyGate. Det som kan være tricky for uerfarne nettverksinstallatører er oppsettet av TCP/IP-adresser, men også det er godt og enkelt forklart av programmerne. TCP/IP er nå standardprotokoll i all Internet-trafikk og snart også i alle lokal-nett. Selv Novell som har SPX/IPX-protokollen går i sin versjon 5 som leveres i disse dager over til TCP/IP som basis adresseringsprotokoll. (Transmission Control Protocol / Internet Protocol).

SyGate-programmet installeres bare på den pc i nettverket som er tilkoblet modemmet. Etter at den og alle de andre pc-ene i nettverket har fått sine TCP/IP-adresser og evt installert TCP/IP-protokollen først hvis så ikke allerede var gjort (de fleste pc'er har denne protokollen installert i dag) – kan programmet settes opp med forskjellige alternativ mht styring av tråfikken, eventuelt automatisert slik at

når maskinene i nettverket gjør forsørsler som krever Internet-kontakt vil SyGate sørge for automatisk oppringing til internett-leverandøren og foreta oppkoblingen og koble ned når jobben er gjort. Slik fungerer SyGate på samme måte som en router vil gjøre. Og det fungerer!

Jeg har gjennom årene gjort mange forskjellige forsøk med denne typen program og blitt skuffet. SyGate impinerer med logikk, enkelhet og funksjonalitet.

Men, det er alltid et men, hastigheten med modem og spesielt som her med ett modem i nettverket – og særlig hvis 4-5 brukere har internetttrafikk over den samme linjen samtidig – blir ikke den samme som for en som alene bruker et 56k modem eller en ISDN-forbindelse.

Men brukt med forstand, og når vi vet at den viktigste nytten av Internet er elektronisk post, som har ganske små filstørrelser og ofte korte oppkoblinger mot nettet, kan en løsning med SyGate i et lite nettverk være meget god.

Anbefales til de som vil prøve seg og som vil lære litt mer om elektronisk kommunikasjon og TCP/IP !

Askøy i august 1998.
John Leer

IT, PC og nett

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer,
5305 Florvåg.

Tlf: j.56 14 06 61,
p. 56 14 11 33,
fax. 56 15 00 37

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



C Modifénac "Alpharma"

Antroflogiskum

Kapsler 75 mg med modifisert frisetting: Hver kapsel inneholder diclofenacnatrium 75 mg (25 mg diclofenacnatrium i enterosolubl form som gir hurtig effekt, samt 50 mg diclofenacnatrium i depotform som avgis langsomt). **Egenskaper:** Klassifisering: ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Virkningsmekanisme: Hemmer prostaglandinsyntesen, mens osmalt virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Modifénac kapsler inneholder 25 mg diclofenacnatrium i enterosolubl form, og 50 mg i form av depot pellets som gir en kombinasjon av hurtig innsettende effekt og lang effektdurasjon. Diclofenac absorberes fullstendig etter oral administrasjon. Diclofenac metaboliseres knapt ved den første passasjen gjennom leveren. Ca. 35-70% av den absorberete mengden aktivt stoff når den posthepatiske sirkulasjon uomsluttet. Terapeutiske serumnivåer for kapslene (> 50 ng/ml) oppnås innen 1 time og opprettholdes ca. 8 timer. Diclofenac passerer over i synovialvesken, hvor maksimalkonsentrasjonen kan nås 2-4 timer etter maksimal plasmakonsentrasjonen. Alledele 2 timer etter maksimal plasmakonsentrasjonen er nadd, et konsekvensjonen er aktiv substans i synovialvesken høyere enn plasmakonsentrasjonen, og den fortelle pellet har en diameter på ca. 1 mm, som betyr at passasjen gjennom pylorus er mindre svært avhengig av vertikalløftet spredning i absorpsjonshastigheten sammenlignet med konvensjonelle enterotabletter. Inntak sammen med mat har ingen innflytelse på mängden diclofenac som absorberes, men kan forsinke innsettende virking og absorpsjonshastighet noe. Proteinbindning: Ca. 99%. Fordele: Tidssymmetriske distribusjonsvolum er beregnet til å være 0,12 - 0,17 l/kg. Halveringstid: 2 timer i plasma og 3-6 timer i synovialvesken. Metabolisme: Metaboliseres nesten fullstendig. To av metabolittene er biologisk aktive, men i mye mindre grad enn diclofenac. Utskillelse: 60 % av dosen utskilles i urinen i form av metabolitter, mindre enn 1 % som urendt substans. Resten av dosen skilles ut via calle og feces. Pasientens myne- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikkmensteren av den aktive substansen. **Indikasjoner:** Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, Amose, Mtb. **Kontraindikasjoner:** Ulcus pepticum. Overfølsomhet for diclofenac. Skal ikke ges om acetylsalicylklysine, andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller ensagetika har forsøkt allergiske reaksjoner som astma, artrosar eller skitt smitt. **Ma ikke ges i 3. trimester av graviditet.** **Bivirkninger:** Hypotension (> 1/100); Gastrointestinales: Epigastrik smerte, kvalme, bremkringer, diarré, abdominale krämper, dyspepsi, flatulens. Sentralnervesystemet: Hodopepine, svimmelhet, anoreksi. Hud: Utslitt. Lever: Økning i serum amiotransferasenivå. Minde-hypoper: Gastrointestinal: Gastrointestinal blodning (hematemesis, melfena, blodig diarré), gastro- eller intestinalblod med eller uten blodring eller perforasjon. Hud: Urticaria. Lever: Hepatit. Sentralnervesystemet: Sevnghet. Sirkulatorisk: Ødem. Øvrige: Hypersensibiliseringreaksjoner så som astma, analytiske reaksjoner inkl. hypotensjon. **Sjeldne (< 1/1000):** Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolysk anemi, aplastisk anemi, agranuloцитose. Gastrointestinal: Alt hos stomatitt, glossitt, esofagitislesjoner, diafragmalignende intestinalkrakture, bledelse i nedre del av maven så som non-spesifik hemorrhagisk colit og forverring av ulcerativ kolitt eller Crohns sykdom, constipasjon, parkreatitt. Hud: Bullous erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (blautt toksisk epidemiolys), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), hættap, fotosensitivitetsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatit. Sentralnervesystemet: Sarselstørrelser, inkl. pareses, hukommelsessvikt, desorientering, sanvisnes, irritabilitet, krämper, depresjon, angst, mareitt, tunsse, psykotiske reaksjoner, syndromtyper (tåkrene, dinkopat), reduksjon helse, finnhus, snakkesyntrose. Sirkulatorisk: Palpitasjon, brystsmerte, hypertension, hjertevekt. Urogenitale: Alt hos myoskit, urinære abnormiteter (hematuri, proteinur), interstittiel nefrit, nefrotisk syndrom, papillary nekrose. Øvrige: Hypersensibiliseringreaksjon som viruskult, pneumonit. Aseptisk meningitt. **Forsiktighetsskjer:** Hvis navelår eller gastrointestinal blodning oppstår skal behandlingen avlyses. Kan maskere symptomer på akut. Forsiktighet bør utøves hos pasienter som har vist seg disponente for slike reaksjoner, pasienter med ulcerus koliti, Crohns sykdom, SLE, hematopoiesesvormykeler samt pasienter med alvorlig leverfunktionsfeil. Pasienter med bronkialastma bør symptomet forsvinnende bivirkninger etter advaies mot bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. **Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner pga. dets farmakodynamiske egenskaper.** Preparatet kan virke mildertidig hemmende på blodplateaggregasjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Allergiske reaksjoner inkludert analytisk/kanalaktolide kan oppstå. **Gravidditet/Amming:** Overgang i placenta: Bruk under gravidditet bør bare forekomme ved absolutt nødvendighet. Som for andre prostaglandinsympatohemmere gjelder dette spesielt i 3. trimester (også risiko for uterine innettia og/eller prematur lukking av ductus arteriosus). Overgang i mosmek: Diclofenac passerer over i mosmek, men risiko for plakkning på barmet annes som lønn ved terapeutiske doaser. **Interaksjoner:** Diclofenac reduserer utskillelsen av fibrin og metotrexat. Forsiktighet bør utøves hvis NSAIDs er gitt mindre enn 24 timer før eller etter behandling med metotrexat, siden blodkonsentrasjonen kan stige og tidsloseten av substansen øker. Samtidig behandling med diclofenac og digoxin kan gi økt plasmakonsentrasjonen av digoxin, uten at tegn på overdosering har vært rapportert. Selv om klinisk betydningsskulle interaksjoner med diclofenac og peroxate-antikoagulantia eller antidiabetika ikke er kjent, bør disse pasientene kontrolleres jevnlig. Effekten av diureтика kan reduseres. Samtidig behandling med kaliumsparende diureтика kan gi økt kaliumnivå i serum. Effekten av NSAIDs på barmet annes kan øke nimparkningen av oksosporn. Samtidig inntak av andre NSAIDs kan øke forekomsten av bivirkninger. Det er rapportert om krämper som følge av samtidig bruk av NSAIDs og antibakterielle midler i kinolongruppen. Ved samtidig administrering av diclofenac og kolesterol eller kolesterynamin reduseres absorpsjonen av diclofenac med henholdsvis 30 % og 60 %. **Preparatet bør ges med flere timers mellomrom.**

Dosering: Voksne: 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smertar spesielt om morgenen, kan 2 Modifénac 75 mg kapsler tas samtidig. Etter at denne smerten spesielt om morgenen, kan 2 Modifénac 75 mg kapsler tas samtidig. Cerebrale symptomer (svimmelhet, hodopepine, statik stigende til coma og krämper). Påvirkning av lever- og mynefunktjon, hypertension, respirasjonsdepresjon, evt. koagulasjonsforsyntreser. Behandling: Støtende og symptomatisk. Absorpsjon av hindres så raskt som mulig etter overdosering ved maveattemming og bruk av aktivt kull.

Pakninger og priser: Empac: 20 stk. kr 97,80 100 stk. kr 358,70

T:3, 11, 17, 35

Dato: 7/1998

Referanser

1) Felleskatalogen

2) Davis N M & Anderson KE

Clinical pharmacokinetics of diclofenac. Therapeutic insights and pitfalls. Clin Pharmacokinet 1997; 33:184-213

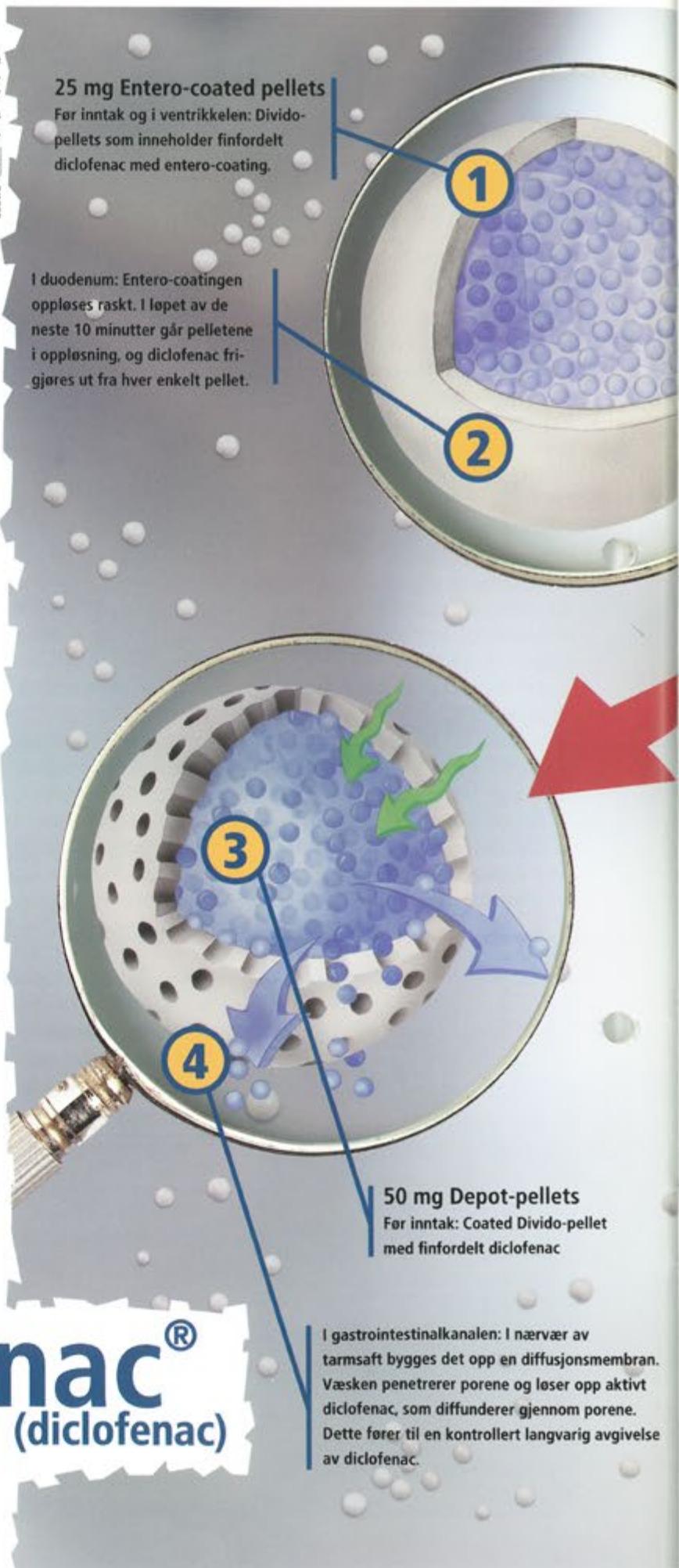
3) Rodriguez García L A.

NSAIDs, ulcers and risk: a collaborative meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 1997; 26:16-20

4) Henry D et al

Variability in risk of gastrointestinal complications with individual NSAIDs. Results of a collaborative analysis. BMJ 1996; 312 : 1563-1566

Modifénac® (diclofenac)



Første diclofenac-produkt med både rask og langvarig effekt i én og samme kapsel

Modifенac® kapsler virker raskere og lengre enn Voltaren tabletter¹

Modifенac inneholder 25 mg diclofenac i form av hurtig-oppløselige pellets, og pellets med 50 mg diclofenac i depotform. Dette gir en kombinasjon av hurtig innsettende effekt og depoteffekt.

Modifенac® – eneste diclofenac med engangsdosering ved reumatiske lidelser¹

Modifенac doseres 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smerter kan 2 kapsler tas samtidig.

Modifенac® gir mindre variasjoner fra dose til dose og pasienter imellom¹

Sammenlignet med enterotabletter av diclofenac, viser Modifенac lave inter- og intraindividuelle variasjoner i absorpsjonshastighet.

God balanse mellom effekt og toleranse

I en nylig gjennomført meta-analyse ble diclofenac rangert som nest best (etter lavdosert ibuprofen), med henblikk på risiko for gastrointestinal skade.^{3,4}

Effekten av diclofenac er sammenlignbar med alle tilgjengelige NSAIDs.²



ALPHARMA

Gjellebekkstubben, Postboks 278,
3420 Lierskogen.
Tlf.: 22 52 90 00. Fax: 22 52 93 42.



Nyhet! Nå også i 28 forpakning

Synfase®

noretisteron/etinylostradiol
-lik men allikevel ulik.

Antikonseptjonsmiddelet

TABLETTER: Hver 1/2 tabletten inneholder: Noretisteron 0,5 mg, etinylostradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigokarmin (E132). Hver 1/2 tabletten inneholder: Noretisteron 1 mg, etinylostradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. Hver 2/3 tabletten inneholder: Lactose, hjelpe-stoffer. En pakning inneholder 12 blå tabletter og 9 hvide tabletter. Pakninger med 28 tabletter inneholder dessuten 7 orangefargede tabletter. I løpet av 1998 er fargen på tabletene endret. De tabletter som var hvite er nå blå og de tabletter som var gule er nå hvite.

Egenskaper: Klaustrofin: Trafaskost estrogen-progestogen-kombinasjon (kombinasjonspill) med økt progestogeninnhold i midtcyclus svarende til den postovulatoriske progestogendominerte fasen i normalcyklus. De siste 5 dager er progestogendoseringen redusert til ungangs-doseringen. Østrogen-dosisen holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale steroidbehandlinga per cyclus blir dermed lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cykluskontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt med etinylostradiol har estrogen effekt. Kombinasjons-pillet er det sikreste antikonseptjonsmiddelet tilgjengelig dag. I internasjonale statistikk og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspillene må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap-dersom 100 kvinner bruker kombinasjonspillene i 1 år. Virkungsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen. Densiteten påvirker cervix-sekretet slik at spermienes passasjene avskjælegges og endometriose påvirkes med redusert mulighet for nidaison. *Avergijsos:* Hurtig absorpsjon med maks. serumkoncentrasjon før nidausjon. *Hulveringoid:* Hurtig absorpsjon med maks. serumkoncentrasjon før begge hormonet innen 2 timer etter innslag. *Hulveringoid:* Noretisteron: Ca. 19-72 timer (varierer i ulike studier), etinylostradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren. **Unskilje:** Metabolitene unskilles via urin og fæces.

Indikasjoner: Antikonseptjon.

Kontraindikasjoner: Verksemt eller mistenkt cancer mammae og estrogenavhengige tumorer inkl. endometriose/hyperplasi eller slike i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som tromboflebitis eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnesen. Uspeget families disposisjon for kardiovasku-

lære sykdommer eller trombose. Leverfunktions-fortyrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatit med normalisert leverfunksjon) er dog ikke kontraindikert.

Sigdiklantens, Postfy. Hypertension. Graviditet. Udiagnosert vaginalbladdning. Herpes gestationis i anamnesen. Hypoflipoproteinemi.

Bivirkninger Tromboembolier (hjerte, hjerte, lunga, dype vener) forekommer. Blodningsfortryrelser særlig initialt, viskerekrøt, mazalg, kvalme, hodepine, migrene, hunnerforandringer, synafonyktretret, chloasma. Endring av vekti og blodt. Hypertension kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus ikke nadverdigvis relateret til preparatet, skal medisinasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (ademos, fokal nodular hyperplasi) er beskrevet. Forandringerne kan ytre seg som akutte bukmerter eller tegn på intraabdominal blodning, og behandlingen bør da straks stoppes.

Forsiktighetregler: For behandling institueres forstørre grundig underøksnelse inkl. mammæreundersøkelse, blodtrykkskontrolling samt en grundig familiatranse. Kontrollen gjentas delig. Forsyrelser i koagulasjonsystemet skal utelakkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre Dø har forekommert tromboemboliske sykdommer (hvit- og fremste hjerteinfarkt, slagfall). Cytologiske prøver skal tas etter screening-progr. grammat. Bruk av personale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Risiko i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodprepp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinnene bør slutt å røke hvis de vil ta p-piller. Friske ikke-rokende kvinner uten økt risiko for hjerte-karsyddommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opptrer tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart stoppes, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes stoppes ved tegn på ikterus. Hvis mulig, stoppes minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboembosiko. Kan nedsett glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyre-sykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cyklar, samt kvinner med oligomenorø eller sekundær anovulans bør helst anvende annen form for preventjon. Ved markant blod-

trykksigning bør preparatet stoppes. Ved uteblitt hørtallsblodning skal graviditets-test utføres. Effekten kan reduseres ved oppkast og diarré. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonseptjonsmidler anvises i tillegg.

Mar 36 timer eller mer gitt siden sist tabletten ble tatt, bør annen preventjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morseligg. Både østrogener og gestagener er plikt i morseligg. Bør ikke brukes under amning.

Interaksjoner: (E122e sterolter, 122e antikonseptjonsmidler, perorale (p-piller), 122e noretisteron)

Dosering: 1 tablet daglig.

21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsbleedingens 1. dag og fortsetter med en tabletten hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletterne dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettefrie pausen på 7 dager inntar en menstruasjonslignende blodding (hørtallsbleeding). Tabletteninntaket fra neste brett startet etter 7 dagerpausen, på samme ukedag som man startet det første brettet på. Tabellene bør tas på ømmt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsbleedingens 1. dag og fortsetter med en tabletten hver dag i 28 dager. I løpet av de 7 dagene med plas-cobatosletter (orange) inntarfører en menstruasjonslignende blodding (hørtallsbleeding). Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene.

Behandlingen fortsetter dermed kontinuerlig, også under den menstruasjons-lignende blodding (hørtallsbleeding) som vanligvis intrerfører når man tar de siste tabletterne på brettet. Tabellene bør tas på ømmt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

Ressesegruppe: C

Pakninger og priser pr. 01.06.98: Datopakn.: 3 x 21 stk. pris 96,80
6 x 21 stk. pris 158,10
3 x 28 stk. pris 96,80
6 x 28 stk. pris 158,20

 **Synarelta®**
nafarelin

 **Synfase®**
noretisteron/etinylostradiol

 **Conludag®**
noretisteron

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

Norsk selskap for allmennmedisin – korttidsstillinger ved kreftavdelingene

Den norske kreftforening har for 1999 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger à 3 måneder for allmennpraktiserende leger ved Det norske radiumhospital samt de onkologiske avdelinger ved Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionssykehuset i Trondheim og Regionssykehuset i Tromsø.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktiker og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert og det er utarbeidet egen målbeskrivelse. Stillingen er lønnet i ltr. 47.

Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdannelse i spesialiteten allmennmedisin.

Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klininsk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås ved de respektive avdelingsoverleger.

En kortfattet begrunnet søknad (på vanlig brevark) med påføring av eksamensår og angivelse av ønsket tjestested sendes:

**NSAM, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo
innen 3 uker fra utlysningen.**

LØVETANNPRISEN- 1998



Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Primærmedisinske Uke onsdag 28. oktober dele ut Løvetannprisen for 13. gang. Prisen består av et litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisin. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er du som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene. Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

**Fristen på gode kandidater sendes innen 15. oktober til:
NSAM , Institutt for allmennmedisin,
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.**

ARBEIDSMEDISIN FOR ALLMENNLEGER

26. - 30. oktober 1998 Hotel Caledonien , Kristiansand

Målgruppe: Allmennpraktikere og andre interesserte.
For første gang i år vil det bli holdt et 15 timers kurs (del I) som spesielt retter seg i mot allmennleger som har bedriftslegearbeid. Neste år vil det arrangeres en fortsettelse (del II) så man sammenlagt får 30 timers kurs i dette emne (søkt godkjent).

Læringsmål: Gi allmennleger med bedriftslegefunksjon innblikk i viktige, basale og for dem relevante arbeidsmedisinske problemstillinger samt kommunikasjon mellom allmennleger og arbeidsmedisinere.

Godkjenning: Kurset er søkt godkjent for spesialitetene allmennmedisin, arbeidsmedisin og sammfunnsmedisin.

Kursledelse: Oddvar Larsen, Sunnhordaland HTM-tjeneste og Fagutvalget i Namf.

Påmelding: Så fort så mulig til: Kurs og kongresservice, «Namf», 7340 Oppdal, tel. 72 42 34 48, fax. 72 42 34 40, e-post kksoppdal@online.no

Mandag 26. oktober

Lovrammer for bedriftshelsetjenesten.
Allmennlegens oppgave og roller innen bedriftshelsetjeneste og HMS-arbeid.

- 09.00-10.15 Velkomst innledning v/kursleder.
09.15-10.00 Lovgrunnlaget for bedriftshelsetjenestens eksistens.
Arbeidsrammer for bedriftshelsetjenesten – internkontroll, forskrift for verne- og helse personell. Organisering og arbeidsmåte – er det plass til allmennlegen?
v/Arbeidstilsynet (ansvarlig overlege Axel Wannag).
10.00-10.15 Pause
10.15-11.00 Lovgrunnlag (fortsettelse)
11.00-11.15 Bedriftslegen sett fra bedriftens synsvinkel.
Ønsker, behov og forventninger. Innledning til diskusjon/gruppessamtale. v/HMS-rådgiver Ann Torill Benonisen, Fiskeri – og havbruks næringens landsforening.
11.45-12.15 Kombilegen – allmennpraktiker og bedriftslege.
Faglig og arbeidsmessig utfordring eller umulig dobbeltrolle.
Innledning til diskusjon/gruppessamtale. v/allmennpraktiker og bedriftslege Dag Kjærnet.
12.15-13.15 Lunsj
13.15-13.45 Allmennlegen som bedriftslege – en nyttig

kombinasjon eller fusking i det arbeidsmedisinske fagfelt.

Innledning til diskusjon/gruppessamtaler. v/bedriftslege Stein Grytten.

Gruppearbeid/gruppediskusjon.

Diskusjon om allmennlegens plass og rolle, den enkeltes konkrete situasjon og mulighet for å gjøre godt doktorarbeid.

Muligheter, frustrasjoner, behov.

Oppsummering – plenum. Innlederne deltar.
Pause

14.45-15.15 15.15-15.30 15.30-16.45 Roller, forpliktelser, lojalitet – bedriftens eller pasientens advokat.

Legenes arbeid i ulike funksjoner i forhold til jussen. v/advokat Leif Oskar Olsen.

16.45-17.00 Oppsummering og avslutning. V/kursleder.

Tirsdag 27. oktober

Forebygging. Overvåkning og oppfølging av arbeidsplass og ansatte.

- 08.30 Bedriftslegen og overvåkning av arbeidsplass og ansatte.
Primær og sekundær forebygging. v/Arbeids tilsynet (ansvarlig: overlege Aksel Wannag.)
09.30-10.00 Overvåkning og oppfølging av ergonomiske forhold. v/bedriftsfysioterapeut Vera Romstad.
10.00-10.30 Pause
10.30-12.00 Overvåkning og oppfølging av det psykosiale arbeidsmiljø. v/bedriftslege Lisbeth I. Dahl.
12.00-13.30 Orientering om arbeidsmedisinske veledninger v/bedriftslege Thomas Thomassen
13.30-14.00 Basisveiledning I. Utredning av den arbeidsmedisinske pasient med vektlegging på arbeidsanamnse v/overlege Bjørn Hilt.
14.40-15.00 Basisveiledning II: Helsekontroll av ansatte i forhold til eksponering v/Thomas Thomassen
15.00-15.15 Eksempel II: Helsekontroll av røydkrykkere v/lege Halfrid Waage.
15.15-15.30 Pause
15.30-15.45 Basisveiledning III: Helseundersøkelse for helseattest v/Thomas Thomassen.
15.45-16.00 Helseattest for røydkrykkere v/thomas Thomassen.
16.00-16.30 Henvisning av pasient til arbeidsmedisinsk avdeling v/Halfrid Waage, Bjørn Hilt og Thomas Thomassen.
16.30-16.45 Oppsummering og avslutning v/kursleder.

C Valtrex «Glaxo Wellcome» Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B02

TABLETTER 500 mg: Hver tablet inneholder: Valacyclovirhydroklorid tilsvarende valacyclovir 500mg, hjelpestoffer. Fargestoffer: Titandioksid (E171) og blått farvestoff (E142).

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med *in vitro* aktivitet mot herpes simplex virus(HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus(VZV). **Virkningsmekanisme:** Acyclovir hemmer syntesen av viral DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovir trifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Derved termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at acyclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved herpes zoster signifikant kortere etter behandling med valacyclovir sammenlignet med acyclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valacyclovir-behandling mot 51 dager ved acyclovir-behandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. **Absorpsjon:** Biotilgjengeligheten av acyclovir fra valacyclovir tabletter er ca. 54% (49–60%), det vil si 3–5 ganger høyere enn for peroralt acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig. Etter en enkeltdose på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir koncentrasjon på 25.1 (10.5) mol/l (5.7 (2.4) g/ml) etter en mediantid på 1 time og 45 minutter (35 min). Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakoncentration av acyclovir på 15 (3.7) mol/l (3.3 (0.8) g/ml). **Proteinbinding:** Ca. 15%. **Halveringstid:** Ca. 3 timer (i plasma). **Metabolisme:** Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. <1% av gitt dose valacyclovir gjenfinnes i urinen.

Indikasjoner: Akutte tilfeller av Herpes Zoster infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner hos pasienter med normalt immunforsvar, inkludert primær og residuert Herpes genitalis.

Graviditetsanbefalinger: Overomfintlighet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer.

Bivirkninger: *Hyplige (>1/100):* Generelle: Brekninger, hodepine, kvalme. *Mindre hyplige:* Hud: Utsett. *Seldne (<1/1000):* Generelle: Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir-behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzymer, lett senkning av erytrocyter, leukocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og hårvaff. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisien, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunsupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir.

Forsiktigheitsregler: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset.

Graviditet/Amming: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Valtrex bør derfor ikke brukes under graviditet. **Overgang i placenta:** Opplysninger mangler. Dyrestudier har ikke vist fosterskadelige effekter. Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. Bare etter acyclovir gitt i svært høye doser som ga toksitet hos mordyret, er det sett føtale anomalier. Prospektive studier av ca. 300 gravide kvinner som ble systemisk eksponert for acyclovir i første trimester viste ikke økt forekomst av fosterskader.

Amming: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Forsiktighet bør derfor utvises. **Overgang i morsmelk:** Behandling med acyclovir har gitt koncentrasjoner i morsmelk på 0,6 - 4,1 ganger plasmakoncentrationen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200mg 5 ganger daglig potensielt vil kunne eksponere diente barn for en doindose på ca. 1mg. Imidlertid brukes acyclovir intravenest i doser på 30mg/kg kroppsvekt/dag i behandling av neonatal herpes simplex.

Interaksjoner: Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektivt 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker nyrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakoncentrationen av acyclovir.

Dosering: Herpes zoster infeksjoner: 2 tabletter á 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initiertes så snart som mulig etter utslettets fremsprutt og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Primærinfeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5 - 10 dager. Residuert infeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsattes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, allerede i prodromalstadiet eller når lesionene begynner å vise seg. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

Kreatininclearance (ml/min) (normalområde 60 - 120)	Herpes zoster	Herpes simplex
15 - 30	1g 2 ganger daglig	Normaldosering
< 15	1g 1 gang daglig	500mg én gang daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance < 15 ml/min, med doseinnntak etter at hver dialyse er gjennomført.

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valacyclovir. Kontakt: eventuelt Giftinformasjonssentralen. **Symptomer:** Kvalme, brekninger, eventuell lever- og nyreparevirkning. **Behandling:** Ved symptomgiavende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltemping og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

Pakninger og priser: Tablett: 500 mg empac: 10 stk. kr 343,90
500 mg empac: 42 stk. kr 1249,30. Priser per Januar 1998.
Felleskatalog tekst av Januar 1997.



• Færre doseringer¹

ved behandling av Herpes zoster og Herpes simplex virusinfeksjoner sammenlignet med acyclovir¹

• Raskere smertefrihet¹

ved Herpes zoster sammenlignet med acyclovir¹

1) Drugs, Valacyclovir: A Review, Nov. 1996, 52 (5): 754 - 772

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 - Telefax: 22 58 20 04



DNT Bildbyrå

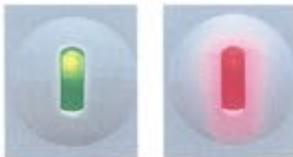
En ny prevensjonsmetode som ikke påvirker kvinnens kropp

PERSONA er en liten monitor som identifiserer de dagene i hver menstruasjonscyklus da en kvinne kan ha samleie uten å bruke prevensjonsmiddel.

TAR UTGANGSPUNKT I

KVINNENS HORMONER OG GIR HENNE INFORMASJON

Med hjelp av 8 testpinner per syklus¹⁾ mäter PERSONA to hormoner i kvinnens urin: LH og østradiolmetabolitten E3G. Analysering og lagring av hormonnivåene skjer fortlopende. Det tas hensyn til såvel eggene som sædcellenes levetid. På den måten kan PERSONA fastslå de ikke-fertile og fertile dagene i hver syklus.



Grønt signal indikerer at kvinnen kan ha samleie uten å bruke prevensjonsmiddel. Rødt signal viser at kvinnen risikerer å bli gravid og derfor skal avstå fra samleie.

94% PÅLITELIG

Basert på uavhengige prospektive kliniske studier, er PERSONA 94% pålitelig om den brukes ifølge instruksjonene og som eneste prevensjonsmetode.^{2,3,4)}

ENKEL Å BRUKE

95% av kvinnene i studien opplevde at PERSONA var svært enkel eller enkel å bruke.⁵⁾

GIR FORUTSETNINGER FOR FORTSATT GOD COMPLIANCE

Etter ett år ønsket mer enn 80% av kvinnene i studien å fortsette å bruke PERSONA.⁵⁾

ET ALTERNATIV

I FASTE FORHOLD

PERSONA er en prevensjonsmetode utviklet for kvinner med en regelmessig syklus mellom 23 og 35 dager. Ettersom den ikke beskytter mot seksuelt overførbare sykdommer, passer PERSONA fremfor alt for kvinner som lever i et stabilt forhold og kanskje planlegger barn i fremtiden.

Hos mange par finnes det et ønske om en prevensjonsmetode som ikke påvirker kroppens naturlige funksjoner. PERSONA gjør dette mulig på en enkel og pålitelig måte.

PERSONA FÅS PÅ APOTEKET

Vil du vite mer om PERSONA? Kontakt oss på telefon 22 89 51 08/22 89 53 21, faks 22 89 51 06 eller e-post: unipath.no@unilever.com.

1) Under den første menstruasjonssyklusen benyttes det 16 testpinner for at PERSONA skal kunne bygge opp et bilde av kvinnens individuelle syklus så raskt som mulig.

2) G. Freundl, Fortschritte der Medizin, 1998.

3) Independent Reliability and Acceptability Study, Data on file, Unipath Ltd.

4) Dette betyr at om 100 kvinner bruker PERSONA i ett år, forventes 6 av disse å bli gravide som et følge av at PERSONA ikke har identifisert de fertile dage korrekt.

5) R. Snowden et al (1997). Behavioural compliance and Monitor Use: the user's perspective, Data on file, Unipath Ltd.

