

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTHELSETJENESTEN

NUMMER 6

AUGUST 1974

ÅRGANG 3



Av innholdet:

Per Fuggeli:	Om kollegialitet	side 3
T. Robberstad:	Har distriktslegar uavgrensa plikt til å vikariere for sin neste? ..	side 5
Bøker:	Rationel klinik side 9. Medizinischer occultismus side 11. Medizin auf Wegen und Irrwegen side 11. Rättsløs hälsa side 12. Misdirected Medicine	side 12
Kjell Malde:	Sterilpsykose	side 13
Chr. F. Borchgrevink:	Svar til Kirsti Malterud	side 15

UTPOSTEN

Redaktorer:
Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretærer:
Ulrik Malt
Ansgar O. Aasen
Nils E. Tørris

Tegninger og Lay-out:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:
ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger.

I GRENSELAND

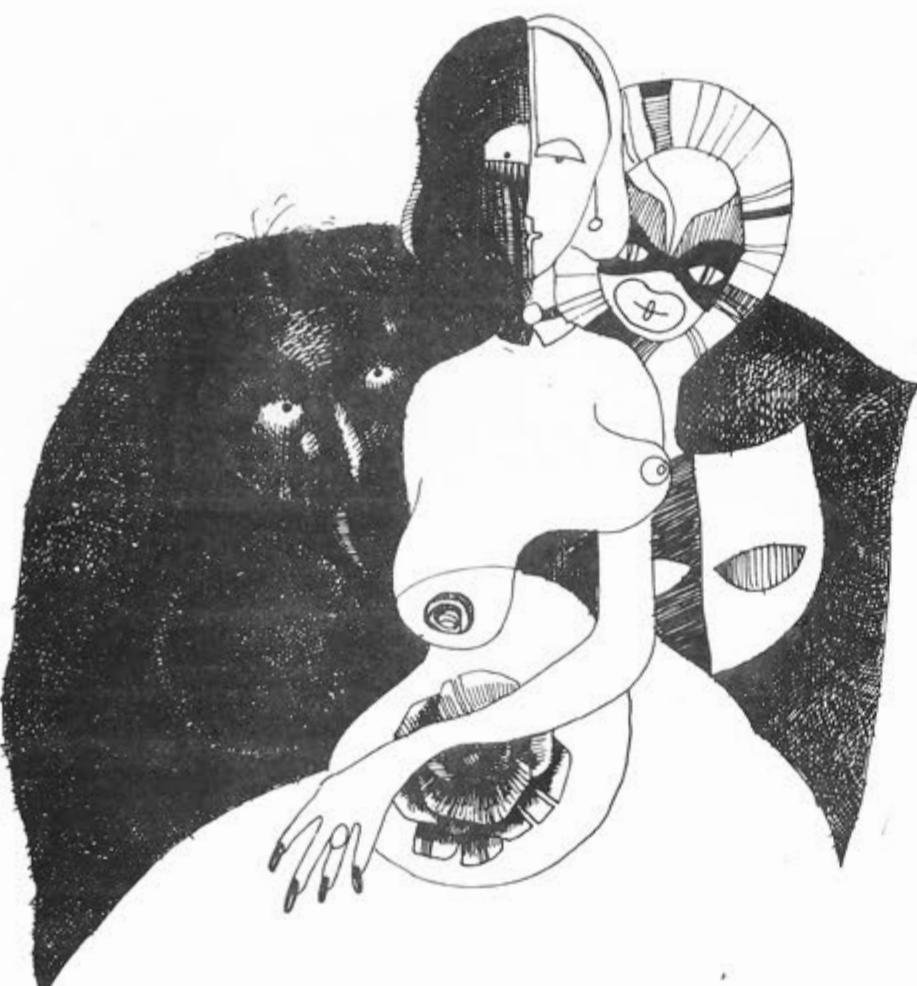
Det er kanskje først og fremst pedagogiske grunner for at medisinstudenter får inntrykk av at lege er en eksakt vitenskap.

Allerede etter få minutters turnustjeneste i distriktet, beøvnner en imidlertid å tvile på om dette er sant. Man blir etterhvert øyneöff opp for at skolemedisinien bare dekker en sektor av befolkningens behov for urter og omsorg.

Et stort grenseland ligger mellom det som med sikkerhet kan kallas medisin og det som helt sikkert er fantasi. Hvis vi velder i høle oss innen "god medisin", det vi med rimelig god samvittighet hevder er vitenskapelig beurteint, og ikke våger ons inn i grenseland, avskriver vi en del av vårt kall som lege, og overlater det til andre. Andre som står redde til å overta på et irrasjonelt grunnlag.

En nævere gransking av hva som er rationelt underbygd i vår egen praktisering til ydmykhet overfor de som hovedsakelig oppholder seg i grenseland.

Hverken har vi hatt noksies brukket lykken fram i livet for om mulig i starten av medisinsutviklingen om hvem han den enkelte lege bør trekke grunnen for sin gledning. Problemset er intellektuelt og humanistisk utfordrende, så vi hoper på hjelp fra leserne til en videre klarlegelse.



AV PER FUGGELI.

OM KOLLEGIALITET

Tale ved et femårs-jubileum

Gode kolleger, -

Jeg griper ordet under press og tvang strengt mot min legning og lyst.

Når jeg likevel gjør det er det fordi dette initiativ fortjener å prises, fordi vertskapet fortjener å takkes og fordi anledningen på sett og vis fortjener en smule ettertanke.

Men er nå egentlig 5 år noe å feire enn si spinne en tale omkring?

Jevnt over kan vi vel regne med at et gjennomsnittlig medisinsk livsspann i Norge nå om dagen er på ca. 40 år.

Altså har vi i dag bare levet gjennom den første åttendedelen av vårt legelige liv. Sånn sett er vi i grunnen som medisinske jomfruer å regne, - vi er ennå medisinske barn kommet sammen for å feire 5 års gebursdagsselskap.

Vi får trøste oss med at 5 ikke alltid er 1/8 del av 40, - fordi nemlig alle år er ikke like. Noen år former og

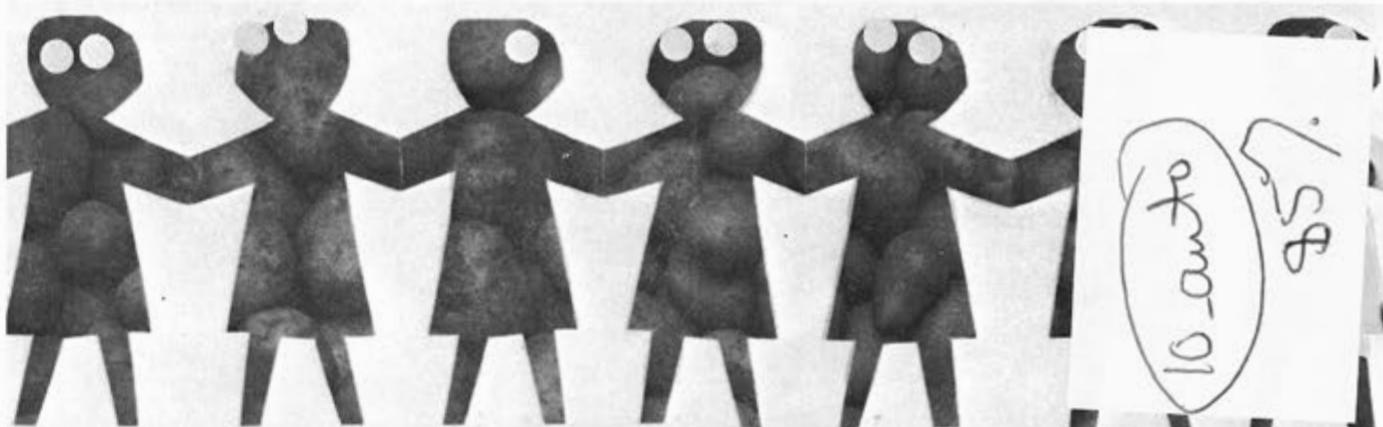
preger og betyr mer enn andre. Og det er vel med et medisinsk livsløp som et vanlig menneskeliv slik at de første leveår er mer formende og betydningsfulle enn de senere. De 5 årene vi har lagt bak oss har støpt og meislet oss i en form og penset oss inn på det felt vi skal leve resten av vårt medisinske liv på. Derfor er det viktige år som fortjener oppmerksomhet ut over det den spinkle åttendedelen i seg selv skulle tilsi.

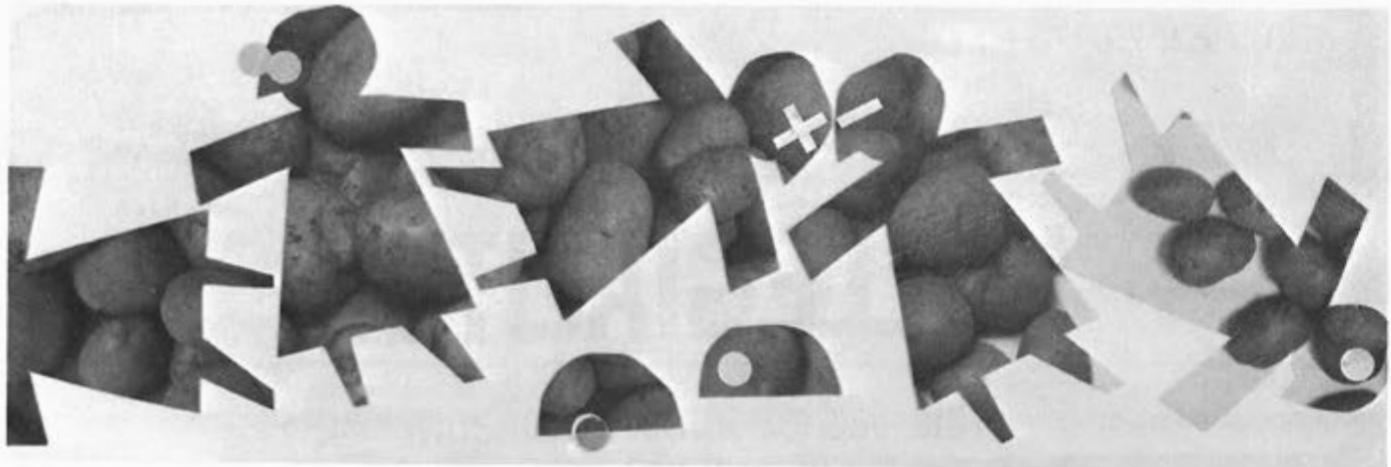
Hva ser vi så om vi skuer det halve tiår tilbake og tenker på det kull som da fløy ut av sitt medisinske rede. Kan vi overhode gjøre opp et slags bo-, kan vi i dag 5 år senere si noe begavet og beåndet som gjelder alle?

Jeg tror ikke det. Vi kunne det den gang for 5 år siden. Ulike som personer var vi likevel ganske ensartede faglig/medisinsk sett ved den fellesskjeblne at vi alle var studenter ferdige til å dra ut i den medisinske jungel som doktorer. I dag er kullbildet ganske annerledes

broget. Vi spriker i alle medisinske himmelretninger. Vi er et medisinsk lappeteppe som spraker i alle mulige kontrastfarger. Noen av oss steller med døde andre med levende, noen sysler med encellede andre med flercellede, noen forblåser på utposter langs ishavskysten andre har sunnet sin lune hule i de smørøye, forstyrre og korre andre bl jordmødr valgt å av mennes analyse større kan psy

La det hvor u har gjort oss. Det er å beklage at spesialiseringen fjerner oss fra hverandre faglig sett, at de 5 årene har revet i stykker endel av de bånd som før lenket oss sammen til en mer ensartet gruppe. Vi må bare se i øyne at det er slik og vil være slik og at vi intet kan gjøre ved det, men jeg tror





igrunnen ikke vi skal bekymre oss så meget over spesialiseringen i seg selv, - faren ligger mer tror jeg i den beklagelige innsnevring av begrepet kollegialitet som altfor ofte er spesialiseringens dystre følgesvinn. Jeg tenker på de usedvanlige talenter den medisinske spesialist har til å helliggjøre nettopp sin spesialitet med tilhørende tap av kollegialt gangsyn og faglig folkevett vis-a-vis den øvrige medisin.

Strabisme-eksperten deler norske leger i to alt etter hvorvidt de er familiære med den temporære, pseudolatente, konvergensinsuffisiens som jo alle i anstendighetens navn bør vite særpreger Lima-Babinsky syndromet. Så der sitter da strabisme-eksperten i den ene båsen alene og alle andre norske doktorer i den andre, - båsen for de som ikke vet, båsen for de som ikke følger med, båsen for de som er en fare for sine pasienter, båsen for alle de som ikke begriper at Lima-Babinsky syndromet kan dukke opp her til lands hva dag som helst.

Og strabisme-eksperten er ikke alene om å dømme. Har du vært urolog lenge nok dømmer du alle kolleger fra forstand og ære hvis de ikke sender alle nattevætere til urografi, miksjonsuretrocystografi, cystoskopi og cystometri.

Nå setter jeg bevisst på spissen for å gjøre problemet skarpt og klart. Og problemet er nøkternt sagt dette at den bevaringsverdige dyd som heter kollegialitet den er i ferd med å smuldra bort i vår superspesialiserte medisin.

Jeg tenker ikke på den "kollegialitet" som går ut på at legene som stand murer seg sammen til en uinntagelig bastion mot et samfunn som gjerne vil kikke oss litt i kortene og plukke litt på våre privilegier. Den gase-øyne-kollegialitet må gjerne smuldra bort for min del. Jeg tenker på en annen form for kollegialitet. Den kollegialitet som ytrer seg ved at kollegene tåler hverandre, den kollegialitet som får isotopeksperten til å forstå at ikke alle medisinske problemer kan scintigraferes, - at sosial-medisineren kan være en dugelig kollega best egnet til å ta seg av visse medisinske problemer, og motsatt den kollegialitet som gjør at sosialmedisineren ikke prøvetringet reflex ser på isotopkollegaen som en umenneskelig geigerteller uten stans og følelser for andre deler av pasienten enn de som kan måles i curie!

Jeg tenker på den kollegialitet som bevirker at sykehuslejen ikke bruker opp hele mavesyren på feildiagnoser fra innleggende leger men kan hende prøver å forstå arbeidsforholdene ute i den primærmedisinske jungel og motsatt den kollegialitet som bevirker at almenpraktikeren ikke biller seg inn å være helt alene om å se sykdommen som en del av et menneske og medmennesket som en del av et miljø. Jeg tenker på den kollegialitet som frelser oss fra det spesialiserte fagidioti og ekspertisens hovmod, som setter oss i stand til å forbli vanlige idioter og dermed gode kolleger på tvers av alle faglige skiller.

Jeg tenker på den kollegialitet som gjør det mulig for oss å forstå og tåle hverandre hva enten vi sysler med mus eller menn, med kniv eller penn, hva enten vi virker på Bjarkøy eller Rikshospitalet, hva enten vårt redskap er electron-microskopet eller siccaapparatet.

Jeg vil foreslå at vi bruker en skål til å sette streker under følgende håp:

Måtte vi bevare og tømre sterkere den kollegialitet som setter oss i stand til å begripe det ubegripelige, - at din disiplin, - din spesialitet, ikke er den eneste sanne og saliggjørende. Fordi nemlig, - det er det bare min som er.



Torleiv Robberstad

Har distriktslegar uavgrensa plikt til å vikariere for sin neste?

I Utposten nr 6/1973 skreiv distriktslege Knut Rein sitt veldokumenterte stykke om "Vikariat i nabodistrikter". Reaksjonen var som når du kastar ein stein utpå ei blautmyr: du høyrer eit lite svupp, - og så er alt som før. Men denne saka er for viktig til å bli ignorert, så la oss sjå meir på den.

Dei fleste offentlege legar må stundom ta seg av ei eller fleire distriktslegestillinger i tillegg til si eiga, enten det no gjeld permisjon eller vakans. Og dei fleste av oss har vel i slike hundevakter undra oss over

korleis det kan vere lovleg å påleggje ein lege ei arbeidsmengde som i praksis stundom berre blir avgrensa av det fysiologiske søvnbehovet, - og snautt nok det.

Lov av 26. juli 1912 nr. 1 om utførelsen av de offentlige legeforretninger pålegg i § 9 dei offentlege legane å rette seg etter gjeldande instrukser. Instruksken kom i kgl.res. av 18. juli 1913, og vikariatreglane finn me der i punkt 23 (etter seinare revisjoner): "Han plikter på forlangende av fylkesmannen eller

departementet å overta bestyrelsen av nabodistrikt (distriktslege eller stadslegedistrikt).

- a. Under ledighet mot godt gjørelse som fastsettes av departementet.
- b. Under forfall og tjenestefrihet som ikke går inn under tjenestemannsloven av 15. februar 1918, mot godt gjørelse og på vilkår for øvrig som i mangel av minnelig overenskomst fastsettes av departementet.
- c. Under forfall og tjenestefrihet i henhold til tjenestemannsloven på vilkår som bestemmes av departementet."

Så langt er punkt 23 av interesse for oss som ikkje er i heildags administrasjonsstilling enno.

Punkt 23 fortel altså mykje om kva løn ein skal få for vikariat (takstane finn du i Rundskriv nr I-10063/73, jnr. 8760/73 H.dir.1. frå Sosialdepartementet 2. april 1973). Men ikkje noko om tidsavgrensing av vikariat. Det er ikkje så underleg. Før tenestemannslova kom i 1918, hadde offentlege tenestemenn helst berre plikter, og ikkje så mykje rettar andsynes arbeidsgjevaren. Til dømes kunne ein amtmann avsetje på dagen diverse sortar offentlege tenestemenn, etter eige skjønn. Ferie hadde dei ingen rett på. Tenestemannslova av 1918 blei som eitslag Magna Charta for offentlege tenestemenn.

Kva seier så lov om offent-





lige tjenestemenn av 15. februar 1918 nr 1? 1 § 13, 2. ledd står: "Plikten til å overta en annens tjenestestilling eller til at utføre en annen tjenestemanns arbeide ved siden av sitt eget, gjelder dog ikke utover to måneder i et kalenderår". Kort og greit.

For ti år sidan tok ein distriktslege opp spørsmålet om han hadde plikt til å ta seg av nabodistrikt meir enn 2 månader i kvart kalenderår. Løns- og prisdepartementet skreiv om dette i brev 18. mars 1964:

"Bestemmelsen i tjenestemannslovens § 13, 2. ledd må sees i sammenheng med 1. ledd, som omhandler en tjenestemanns plikt til å overta en annen offentlig tjenestemanns tjenesteplikter uten særlig godtgjørelse under fravær som skyldes ferie, sykdom eller tjenesteulykke. Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt en tjenestemann - uavhengig av godtgjørelsesspørsmålet - er pliktig til i rimelig utstrekning å overta en annen tjenestemanns arbeid, har lønns- og prisdepartementet antatt at en slik plikt i alminnelighet må anses å ligge i selve ansettelsesforholdet. Lønns- og prisdepartementet antar derfor at de omhandlede bestemmelser i instruks for distriktsleger ikke er i strid med bestemmelsene i tjenestemannslovens § 13".

- Departementet "antar" altså at tjenestemannslovas § 13 gjeld også for distriktsleger. Men kva er så "rimelig utstrekning"? Kva meining var det lovgjevarane ville

fastsette i tenestemannslovas § 13, 2. ledd? Då må me sjå etter i forarbeida til denne lova, har som alltid elles når ein vil vite meir om tanken og meiningsane bak ein lovprargraf. Kva finn me så der?

hvor denne f.eks. i egenkap av kasserer har med større pengebeløp at gjøre, eller hvor tjenestens forsvarlige utførelse kan faa betydning for publikums liv eller eiendom". Så veit me det.

Dette er klar tale. Her er det ikkje snakk om pengar, men om at 2 månader pr. år skal vere maksimumsgrense for ekstraarbeid. Alle må då



"Kva veit vel eg om liv og lagnad.....?"

Odelstingsproposisjon nr 38 1916 "Om utfærdigelse av en lov om offentlige tjenestemænd" seier i merknadene til § 13 2. ledd: "Plogen til at overta en andens stilling eller at utføre en andens arbeide ved siden av sit eget i den utstrækning dette med rimelig anstrængelse er mulig, kan ikke gjelde for ubegrenset tid. Hvad tidsgrænse der bør sættes, vil være skjønsmæssig. Departementet finder, at maksimum bør sættes til ikke over 2 måneder. Selv indenfor denne ramme bør bestemmelsen benyttes med varsomhet, hvor der følger særlig ansvar med den tjenestefries arbeide,

vere samde om at dette med "tjenestens forsvarlige utførelse kan faa betydning for publikums liv" er særskilt aktuelt for ein distriktslege. Eg har etter dette vanskeleg for å tru at L&P-departementets brav av 18. mars 1964 kan vere skrive med kjennskap til Odelstingsproposisjon nr. 38 - 1916. Departementet skreiv om sitt fagområde: løner og prisar. Når det gjeld grensa for forsvarleg arbeidsmengde, fann dei ikkje dette omhandla i tenestemannslovas § 13, men me ser i Odelstingsproposisjonen at det var nettopp avgrensing av arbeidsmengda lovgjevarane ville ha fastsett. Tenestemannslovas § 13 blei vedteken som i proposisjonen, og er ikkje blitt endra sidan. Då må me byggje på det lovgjevarane meinte.

Kva gjeld så for offentlege legar? Nokre vil meine lova av 26. juli 1912, fordi dette er ei spesiallov for offentlege legar. Andre vil meine tjenestemannslova av 15. februar 1918, fordi denne er nyare, og fordi denne lova ikkje spesielt utelukkar offentlege legar frå sitt område. Frå framståande juristhald er det sagt meg at her er det godt grunnlag for

tvil mellom juristar. Me såg ovanfor at L&P-departementet heldt noko på tenestemannslova. Og anno 1919 kunne det vore god grunn til å få prøvd for domstol om distriktslegar kunne krevje rettar etter tenestemannslovas §13. Men anno 1974 er ikkje dette aktuell politikk lenger.

For i mellomtida er dette kome til, som heiter administrativ praksis. Dette er den praksis som departementet med eller utan lovheimel, har valt å praktisere. Og når denne har vore uendra fra 1918 til 1974, er det ikkje realistisk å prøve å få den stempla som ulovleg, utan at ein har eit fleirtal i Stortinget bak seg.

tale om beordringslov for legar.

Og her trur eg me er framme ved grunnen til at Den norske Lægeforening har vore så merkverdig passiv når det gjeld dette problemet. Vel har dei offentlege legane vore ein liten del av medlemsmassen. Men dei var då fullverdige medlemmer likevel, var dei ikkje? Med Lægeforeningen har hatt (og har?) ein patologisk skrekk for at Staten skal leggje seg for mykje opp i helsestellet her i landet. Så dersom beordringslov for legar truga i horisontenå skjønar eg godt at Lægeforeningen heldt seg passiv.



„Her er for få“



„Dette legg vi oss ikkje bort i.“

Det er ikkje alltid at ei lov får full gjennomslagskraft på alle dei områder det var meint. Så også her. Det nakne faktum er at § 13 i tenestemannslova blei gjennomført for alle andre offentlege tenestemenn på den tid før min var ung. Men § 13 har aldri vore innført for distriktslegane. § 13 har liksom aldri eksistert for oss, den har ikkje hatt gjennomslagskraft nok.

Helsedirektoratet har nok vore kjend med problemet. Men kva skulle det gjøre? I 1912 var det 161 offentlege legar, i 1923 404, i 1956 406, i 1968 463 (+60 heildagsadministratorar). Det hadde kanskje sjansen kring 1919, men greip ikkje høvet til å innføre § 13 for oss då. Sidan har arbeidsmengda auka sterkt, men politikarane ville ikkje auke talet på offentlege legar nemnande. Enten måtte då distriktslegar stundom påleggjast 80-90 timars arbeidsveke + kontinuerleg vakt resten av veka. Eller det måtte bli

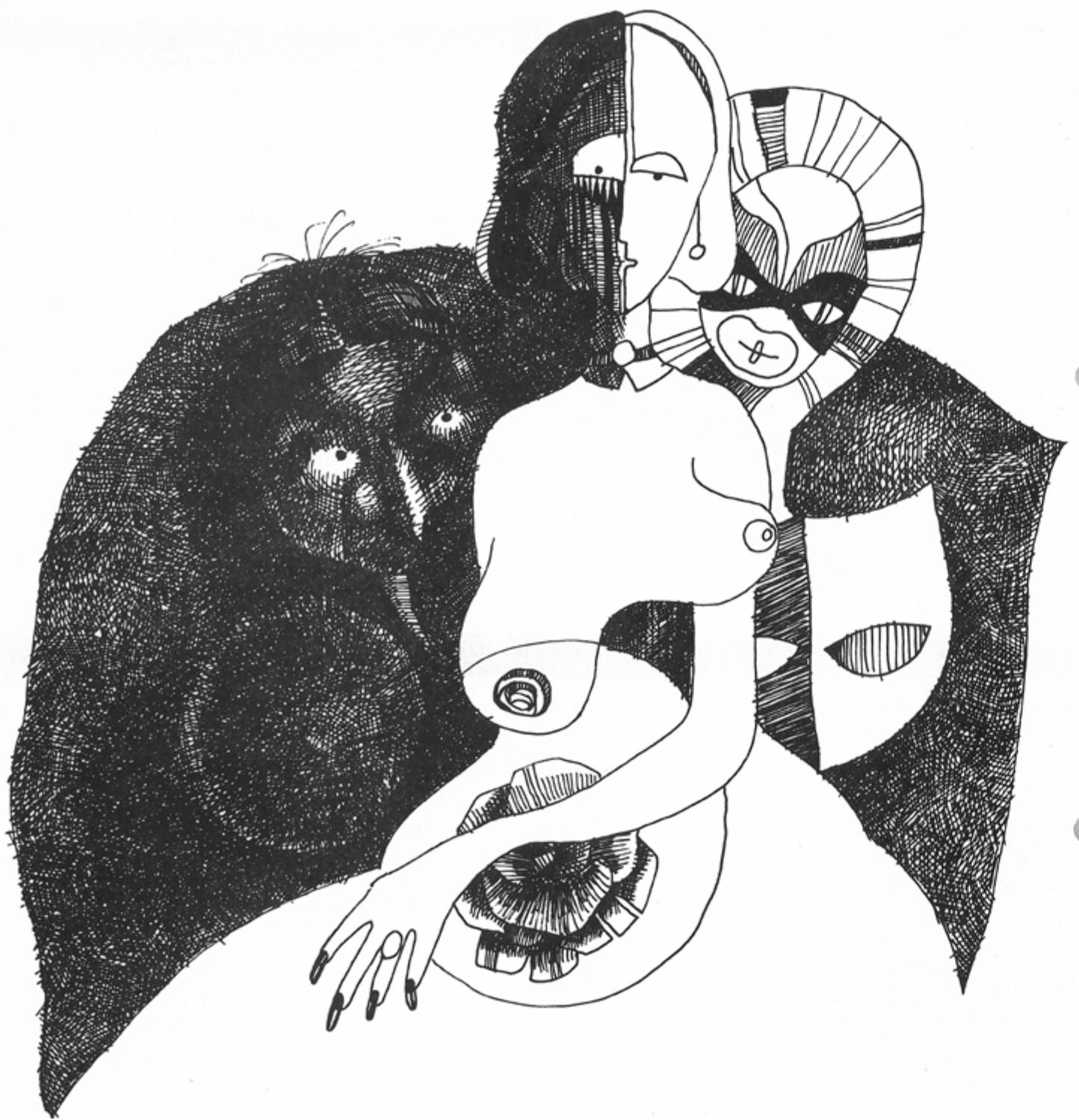
Men eg for min del likar ikkje at mi fagforening er så passiv i eit så sentralt emne. Det ville vore betre med ei beordringslov for legar, - tannlegane har då overlevd si ganske bra? Ei beordringslov for legar ville leggje den reelle problemstillinga synleg for alle andre: det er for få legar i deler av kongeriket Noreg, og derfor må samfunnet tvangsdiregjere litt, for at ikkje distriktslegar skal ha ei så uforsvarleg stor arbeidsmengde at dette "... kan fåa betydning for publikums liv eller eiendom". Eg minner om NOS Legestatistikk 1972: gjennomsnittleg aktiv arbeidstid for distriktslegar er 64 timer/veke, i tillegg kjem all kvilande vakt, og opphakking av det aktive arbeidet utetter kveld og natt. Dette vil ikkje eg kalle "rimelig anstrængelse". Vil du?

Ei beordringslov kunne gje høve til eitt års beording til offentleg legeteneste innanfor ein to-årsperiode etter fullført turnusteneste.

Dette ville gje langt betre levevilkår både for pasientar og distriktslegar i store deler av landet. Men ei beordringslov er altså eit statleg inngrep. Er det betre at dei offentlege legane er den vesle gruppen som både arbeidsgjevaren og den store fagforeninga gløynde. Og kva med pasientane?

Altså: I 1918 var det meininga at vår plikt til vikariat skulle avgrensast til maksimalt 2 månader pr. år. Administrativ praksis har ikkje gjennomført denne retten for oss, berre for alle andre offentlege tenestemenn. Men vår arbeidsgjavar, Staten, er ikkje bunden av noko lov til ikkje å gjennomføre tenestemannslovas § 13 for oss offentlege legar.

Dei siste åra har det vore mykje snakk om oppvurdering av den primære legetenesta, og at den i framtida meir enn før må byggje på det offentlege helsestellet. Iherdige sjeler arbeider for at dette skal kome vidare enn festtale-stadiet. Ville det ikkje då vere rimeleg at Sosialdepartementet no gjennomfører tenestemannslovas §13 for alle sine underordna, også for dei offentlege legane? og ei avgrensa beordringslov på kjøpet der som det trengst, for då kunne me få noko handfast å stri med, ikkje berre denne administrative Bøygen. Skal me få retta på tilstanden, må problemet gjerast synleg for mange nok, ikkje feie det under golteppet som no.



Henrik R. Wulff

Rationel klinik

Grundlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger

Alle vitenskaper har sin praktiske daglige rutine, og de har alle sine begreper som brukes av kolleger over alt i verden. Hverdagens medisinske arbeid er kan hende den vitenskapelige gren der rutinen får konsekvenser for flest mennesker, og der følgene av en begrepsforvirring kan være skjebnesvanger for store grupper pasienter. Fra tid til annen fremstår det da heldigvis personer som evner å ta et skritt til siden for den medisinske allfarvei og fester blikket på vitenskapens historie, for dermed å kunne gi velmente kritiske råd og advarsler til den samtidige praksis. Når vedkommende person att på til har sitt daglige virke i klinisk arbeid, unngår man farene for at belysningen av problemene blir virkelig nedsfjern og uinteressant. Henrik Wulffs bok "Rationel Klinik" er et slikt sidesprang som griper fatt i de elementære problemer og tvinger leseren til å grunde over helt sentrale sider av sitt arbeid. I fire grundige kapitler tar han for seg grunnlaget for den kliniske beslutningsprosess, sykdomsbegrepet, historisk og samtidig, diagnosebeslutningen, og behandlingsbeslutningen. Med andre ord hele prosessen fra pasienten søker lege til han kan vende tilbake til samfunnet som "frisk", evt. er blitt offer for sykdommen. Da det finnes så lite litteratur om et slikt vesentlig emne, er det nok riktigst å forsøke å gi et kort resymme av bokens innhold snarere enn å gi en kritisk vurdering.

"Vitenskapelig tenkemåte er en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig betingelse for å bli en god kliniker." (side 16). Med dette som utgangspunkt tar han fatt i innsamlingen av data og viser hvordan en datamaskin, om den er aldri så fullkommen, aldri kan gi et riktig resultat dersom den blir foret med forkjærte opplysninger. Den hippokratiske medisinske kunst, nemlig synet for og evnen til å betrakte symptomer og tegn, vil derfor aldri kunne erstattes. Det betyr at før studentene fester blind tillit til laboratoriearbeid og parakliniske funn, må de være fortrolige med kunsten å finne frem til de vesentlige problemer pasienten sliter med. For "it is at the bedside we commence our labors and at the bedside we terminate them." (Knud Faber). Man opplever i sykehussarbeid ikke sjeldent at de egentlige iatrotrope symptomer (de som får pasienten til å søke lege) glemmes som en følge av subspesialisering der journalen svulmer over av vesentlige og uvesentlige data. Wulff har derfor tatt for seg et amerikansk forslag om en problemorientert journal som i stedet for den tradisjonelle anamnese, objektive undersøkelse, tentative diagnose, oppsetter en liste over pasientens problemer. Konkretiseringen av problemene dannet tyngdpunktet i journalen, og det er viktig at man ved problemorienteringen ikke går utover den forhåndenvarende evidens. Eksempel kan være følgende liste:

Problemer:

**HENRIK R. WULFF:
RATIONEL KLINIK.
MUNKSGAARD FORLAG, 1973, 181 SIDER.**

1. Smarter i øvre abdomen (iatrotropt symptom)
2. Hypertension
3. Økonomiske vanskeligheter

I en tradisjonell journal ville man sannsynligvis i stedet ha skrevet: Obs. for cholelithiasis, obs. for ulcus, hypertensio arterialis, og opplysningen om økonomien ville være gjemt, og kanskje glemt, i teksten.

Etter problemlisten følger en plan som har til formål å klarlegge og løse de enkelte problemer, f.eks. plan:
ad.1. røntgenundersøkelse av ventrikkel og gallevieier, alkaliske fosfataser, transaminase etc.
ad.2. urografi, katekolaminer i urinen, daglig blodtrykksmåling, etc.
ad.3. samtale med ektefelle, sosialrådgiver.

Når det gjelder den kliniske forskning, må et av de krevne man kan stille til den, være at den kan sette opp en liste over gjengse rutinedata som ved de enkelte symptombilder og sykdommer verifiserer eller avkrefter diagnoser. Det er vel ofte slik at studenter og nyutdannede leger ikke har klart for seg hensikten med de forskjellige undersøkelser. På en presise måte viser Wulff hvorfor det er så viktig ikke å hoppe fra symptombeskrivelsen til symptomtolkningen. Eksempel: Sultsmertesyndrom i stedet for ulcusdyspepsi. Hvis man tok for seg en gruppe almenpraktiserende og sykehuseleger og bad dem gi en definisjon av et vanlig begrep som angina pectoris, ville man helt sikkert få en rekke forskjellige svar. Det er derfor viktig at lærebøkene legger vinn på å gi eksakte definisjoner av sykdomsbegrepene, og at man selv i sin

praksis viser sunn skepsis overfor kollegers og egen begrepsbruk.

Ingen ting av dette er vel nye tanker for folk med klinisk erfaring, derfor er det mest interessante ved Wulffs bok at han henter fram et våpen som kan brukes i kampen mot begrepsforvirringen. Et våpen som fordi det ikke er tale om en naturlov, bare må brukes av myndige personer. Det er tale om statistikken eller med andre ord et logisk hjelpeapparat. Dette bør ikke skremme noen fra å lese boka, det krever ingen forkunnskaper i faget statistikk. Men Wulff viser ved en rekke sentrale eksempler hvordan en statistisk/logisk tankegang kan gi kliniker en inntrykk av verdien av hans arbeid, både ved datainnsamling, prøvetaking og terapi. Dessuten vil en slik anskuelsesmåte være av stor hjelp når det gjelder å vurdere betydningen av kliniske forsøk som refereres i tidsskrifter etc. Hva skal f.eks. kunne kreves for å kunne ekstra-polere resultater fra et forsøk der bare 100 personer har vært involvert? Hvor stor er sannsynligheten for at resultatene er tilfeldige, og hvor stor sannsynlighet er det for at jeg i mitt arbeid vil få kontakt med personer som ligger innenfor en normalfordelingskurve.?

Wulff tar for seg lærebøkene i medisin og viser hvordan de begynner i en ende som er motsatt av den almenpraktikeren må ta fatt i. "Ved lesning av en lærebok i medisin, får man ofte det inntrykk at årsaken til en rekke av de sykdommer som vi diagnostiserer, er ganske godt klarlagt. Når det angis at etiologien til en sykdom er kjent, betyr dette dog oftest bare at vi har kjennskap til en enkelt av mange etiologiske faktorer, og når det angis at patogenesen er kjent, betyr det i regelen at man har kjennskap til et enkelt ledd av den årsakskjede som fører til det observerte sykdomsbilde. Når unntas visse akutte infeksjoner, forgiftninger og traumatiske lidelser, har langt de fleste sykdommer ganske ukjente årsaker. Det er meget viktig at man gjør seg dette forhold klart, etter som det er umulig for en lege å drive rasjonell legegjerning hvis han ikke rea-

listisk anskuer vår faglige viden om sykdomsårsaker." (side 69). Et annet illustrerende sitat: "Et barn innlegges med bronchial asthma. Hvor stor er sannsynligheten for at barnet vokser fra sykdommen? Når vil det skje? En pasient får påvist et venstresidig grenblokk. Hvordan er langtidsprognosoen? Et røntgenbilde på en 50-åring viser spondylotiske forandringer. Vil pasienten senere få smærter i ryggen? En del slike opplysninger, som jo har enorm betydning for pasientene, kan støves frem av faglitteraturen, men like så hyppig søker man forgjeves. Årsaken til dette er sannsynligvis at det er hospitalsleger som driver forskning og skriver lærebøker. De ser langt de fleste av sine pasienter i et meget begrenset tidsrom, og selv hvis hospitalsavdelingen har et etterambulatorium, vil dette oftest omfatte sterkt selekerte pasientgrupper." (side 71) "Dette betyr at praktiserende leger, som ser langt størstedelen av de mennesker som søker lege, stort sett er tvunget til å basere sine beslutninger, dels på egne ukontrollerte erfaringer, dels på viten innsamlet ved undersøkelser av nosokomiale sykdomstilfeller. Dette er irasjonelt." (side 87).

Derfor ville det ha stor betydning om almenpraktiserende leger skriver ned sine erfaringer på trykk, for bare slik kan vi få de manglende opplysningene om sykdommers forløp på lengre sikt. Lærebøkene må med mellomrom skrives om, og sykdomsbeskrivelsene endres. I et kapittel gjør Wulff sine betrakninger anskuelig ved hjelp av elementær mengdelære. Han tar for seg det velkjente symptom smærter i precordiet, og setter opp parameterne:

- 1) Smærter i precordiet.
- 2) Myocardinfarct.
- 3) Lungeødem.
- 4) Sjokk.

Klinikere vil sikkert utallige ganger i sin praksis ha grunnet over hvilke sammenhenger det er mellom disse tilstandene og hvor betydningsfull de enkelte tegn er. Denne enkle teoriens modell er verktøyet som letter det tankemessige skrivebordsarbeidet. Slike kliniske resonnementer legger Wulff vekt på å anskuelig bærer hen og hva det bygger gjøre ved statistiske uttrykk, på.

lest disse delene av boken, sitter man igjen med et inntrykk av at her finnes hjelp for den som ønsker å brøte seg vei i den jungel av forskningresultater og nye behandlingsmåter som etter hvert gror opp. F.eks. ble det for en tid siden publisert et arbeid som skulle introdusere en ny metode til diagnosen av thyreotoxikose. Man gikk ut fra en rekke pasienter som hadde fått stillet denne diagnose ved anvendelse av et større antall tester, bl.a. den hvis verdi man ønsket å undersøke. Deretter gjorde man opp hvilken metode som var positiv i de største antall tilfeller, og det viste seg naturligvis å være den nye diagnostiske test. Det eneste man kan konkludere ved et slikt arbeid, er imidlertid at forfatterne hadde lagt mere vekt på den nye test enn på de øvrige, da de stilte diagnosen. Arbeidet er verdiløst og villedende, og det er viktig at forbrukerne av faglitteraturen er i stand til å gjennomskue sirkelslutninger av denne art. En av Wulffs konklusjoner blir derfor at han uttrykker håp om at det i fremtiden blir norm at ingen ny behandling introduseres uten at det foreligger regelrett utførte kliniske forsøk, og forhåpentlig vil det også bli tid til å etterprøve de behandlinger som allerede er innført. Begrepet kontrollert klinisk forsøk gir han seg god tid til å definere, og de interesserte henvises til boka. Hvis dette blir oppnådd, vil man kanskje kunne forebygge den misbalansen som i dag eksisterer mellom aktiv forskning og formidling av viden. Hvis ikke dette skjer, risikerer man at alt for mye betydningsfull forskning går tapt fordi resultatene ikke når frem. Til slutt: Boka er lettlest og rikelig forsynt med forståelige illustrasjoner. Mest av alt merker man at det bak dette arbeidet står en god vilje, fri for egne prestisjehensyn, til å hjelpe den som i sitt daglige arbeid ønsker å få kastet et kritisk lys over sin rutine. Han slår nemlig ikke bema under den rutinen som bygger på historisk og egen erfaring, men forsøker å få oss til å se hvor vårt arbeid

Per Anders Øien

Medizinischer Okkultismus

PARAMEDIZIN

Innenfor et svart omslag med heksebokstaver har prof.dr.med. O.Prokop, rettsmedisiner og immunolog fra Berlin, sammen med sine medarbeidere samlet eksakt riten om overtro og kvakk-salveri. Med tysk grundighet, om enn noe usystematisk, fremstilles kritiske etterprøvinger av forskjellige paramedisinske terapi-retninger. Etter en innledning om naturvitenskap og overtro blir astromedisin, celleterapi, homøoterapi, okkult språk, siderisk pendel og iristydning blottstiltet i sin udugelighet.

Forfatteren interesserer seg for hvilke psykiske behov som tilfredsstilles gjennom paramedisinske til-

bud, og hvilke kommersielle interesser som kan ligge bak.

I beskrivelsen av storhomøopat dr. Fritz Donners egen tvin på homøopati, blir det antydet at legmann aldri kan forsikreres for paramedisinske fremstøt, selv om legestanden kan forventes å holdes opplyst.

...En nimbus av eksklusivitet "vil være nok for pasienter som er skuffet andre steder, og særlig nevrotikere, som også til dels blir kurert" hos homøopater. Det anføres ved en representativ demoskopisk undersøkelse i BRD at man har funnet at 12% av den voksne tyske befolkning mener å ha sett spøkelser selv, og 32%

mener at man kan se inn i fremtiden. En rundspørring blant leger i 1968 med 535 besvarte skjemata fra leger i BRD viste at bare 27,4% av legene begrenser seg til en "vitenskapelig terapi". Blant de andre fant man tilhengere av nevralterapi, segmentterapi, akupunktur, homotoxinlære og annet.

Jeg vil tro at man i Tyskland lettere enn her hos oss overgir seg til okkult medisin, men få av prof. Prokops anførte fenomener er helt fremmede for oss. I en tid hvor man i økende grad interesserer seg for hvor lite rasjonell skolemedisin til tider kan være, tjener boken som et ypperlig motargument.



MEDIZIN AUF WEGEN UND IRRWEGEN:

ADOLF VOEGELI, 1973, FLAMBERG FORLAG, ZÜRICH.

Forfatteren gav opp sin karriere som røntgenolog, og har ofret seg for homøopatisk medisin det meste av sitt liv. Han er kritisk innstilt overfor dagens klokkertrø på vitenskapen, og har betenkninger overfor behandling som bare retter seg etter symptomer. Gjennom homøopati finner han mulighet til å tilnærme seg sykdommen på en mer "naturlig" måte: akutte sykdommer ser han

som skritt på veien til å bli frisk, hvor menneskets iboende livskrefter kommer frem. Homøopaten bygger sin legegjerning på disse livs- og naturkreftene i mennesket og prøver å mobilisere dem. Han er da overlatt til sin intuisjon og sin evne til å forstå naturens språk. Derigjennom har han terapeutiske muligheter som den tradisjonelle skolemedisin ikke benytter seg av.

Boken tjener til å fjerne en del av det mystiske overbygg over homøopati, samtidig som den er en sjærerende skildring av forfatterens medisinske liv.

Man fornemmer gjennom teksten en utad vendt personlighet som sikkert passer bedre som pasientens nære trøster enn røntgenlege. Hans takknemlighet og tillit fra sine pasienter synes å ha vært viktigere enn vitenskapelig bedømelse av terapeutiske metoder.

"Världen kan endast främjas av den som står i motsättning till den.
Den som anpassar sig till den är förlorad för allt som är livsdugligt."
(Goethe)

RÄTTSLOSLÄRAN

Lars Erik Essén

Vita Nova Helsingborg
325 sider

Boken er noe tung å lese, men de kapitler jeg har studert, er solide og maner en skolemedisiner til ydmykhet. Det er ikke sikkert at den naturvitenskapelige medisin er eneforvalter av helsemessige sannheter. Det synes galt at samfunnet bekjemper de minoriteter som vil markedsføre sin oppfatning av helse og sitt tilbud

av helsefremmende prosedyrer og eliksirer.

Forfatteren synes hele tiden mellom linjene å peke på at den tradisjonelle medisin har vært opptatt av å bekjempe sykdommer, mens naturmedisinen, spesielt i dette tilfellet den antroposofiske medisin, er opptatt med å fremme helse.

Etter studier i boken sitter man igjen med en sann interesse for de sannheter som enda ikke er opplest og vedtatt, men også en følelse av avmakt og mangl på metoder for å kunne finne frem til disse sannheter.

Dr. Esséns argumentasjon for å utvide tradisjonell medisin med bruk av alternativer medisiner, er en utfordring til vår tradisjonelle medisinske tenkning.

Misdirected Medicine

Dr. Sam Mc. Clatchie

Walker & Co.

1973 172 sider

Forfatteren er amerikansk patolog, globetrotter. Boken er skrevet i Ny Guinea hvor forfatteren slår fast at mye av hva han har gjort i sitt liv har vært bortkastet tid.

Han mener den medisinske utvikling har gått i gal retning på forskjellige felt. Friskt og upresentiøst redigerer han for sine synspunkter. Han peker på at Aswan-dammen i Egypt har skapt vesentlig flere problemer enn den har løst. Han har sine spark både til laboratoriemedisin, en religion kalt

forskning, dr. Robot og våre fremstøt for å regulere omgivelseshygienen. Han stiller spørsmålet om legemangel er et faktum, eller en bløff man i alle samfunn kan stille opp.

Ikke bare blir legens og medisinens forhold til samfunnet analysert, men enkelte interessante aspekter ved legegjerningen. Spesielt leseverdig er hans kapittel om hat/kjærlegtsforhold mellom pasienter og lege.

Forfatteren ønsker ikke å eksponere legene og deres

svake sider, og alle som leser etter dette i boken, blir skuffet. De fleste leger forfatteren har møtt, har vært ærlige, med rederlige motiver, kompetente for sin gjerning og har arbeidet hardt.

Boken er underholdende og lettles, og er et verdifullt bidrag for de som vil myke opp sine egne synspunkter på hva som hører innenfor skolemedisinens sirkler, og bør aksepteres som sannheter, og hva som skal avvises som utenforliggende juks og bedrag.

Harald Siem

STERIL PSYKOSE

En riktig fin junidag ringer jeg min apoteker for å bestille cremor ad explorasjonen. 5 glass av den typen jeg har brukt tidligere.

"Dessverre", er svaret, "det lages kun steril eksplorasjonskrem i 6 g. tuber."

Hjem i all verden er det som finner på slikt sprøyt ??

In noen gi en begrunnet og rørnuftig forklaring på hvorfor krem som brukes til eksplorasjon i rectum og vagina skal være steril? Jeg har i min praksis ikke sett en

steril vagina, langt mindre en steril rectum. Men kanskje det finnes slike i noen kontorer i Oslo.

Eller er det på NAF's nye laboratorium og fabrikk på Elverum det finnes sterile underliv?

Man har en mistanke om at det er for at ikke apotekene skal kunne lage magistrelle preparater slike skrivebordsregler er laget.

Det viser seg også at andre preparater i det siste er pålagt laget sterile. Bl.a.

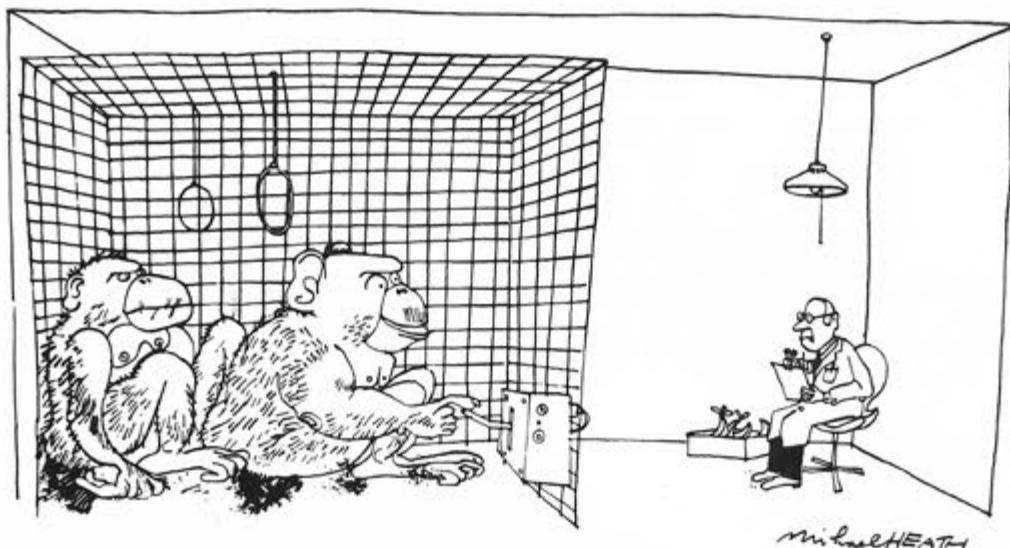
hydrocortisonsalve. Man formoder at det er vedlagt bruksanvisning som viser hvordan pasienten skal sterilisere fingeren før salven smøres på. Hudens som salven skal på, bør vel også være steril? Eller er det et skrivebordspåfunn dette også ??

La oss i alle fall få lov å bestille den vanlige cremor ad explorationen.

Jeg gremmes.

Kjell Malde,
distriktslege i Lenvik





"It's most interesting. By pushing this lever twenty times you can get him to walk across here with a banana."

URICULT®

Fordeler:

1. Enkel provetagning, dyrkning og transport.
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden fra Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behover ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult ved kjølig romtemperatur.
Unngå temperatursvingninger.
Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S,
Postboks 204, 1371 Asker
Tlf. (02) 78 30 60, Asker

Akutt lungeødem

Impugan

(furosemid)

til intravenøs injeksjon —
2 og 4 ml brekkampuller

For utferdig informasjon: Se Felleskatalogen

DUMEX

Chr. F. Borchgrevink:

Svar til Kirsti Malterud

Det er ikke mange tidsskrifter jeg leser fra perm til perm. UTPOSTEN er et av dem. Med stor glede, selv om jeg nok av og til synes at redaktørene er noe negative.

I nr.5 i år har stud.med. Kirsti Malterud noen fornuttige kommentarer til det medisinske studium. Jeg skal såvisst ikke argumentere mot henne, men rette på en liten misforståelse. Hun sier: "Det er opprettet institutter for almenmedisin ved alle våre tre medisinske fakulteter. Likevel inkluderer studieplanen vår ingen undervisning i dette faget."

Dette er vel strengt tatt ikke helt korrekt. I Tromsø har studentundervisningen foregått i et år, og Institutt for Samfunnsmedisin, som inkluderer en avdeling for almenmedisin, har vært aktive i undervisningen i dette året. Den videre studieplanen legger stor vekt på undervisning i almenmedisin, bl.a. skal studentene være 2 måneder hos distriktslege.

I Bergen begynte studentundervisningen i almenmedisin i vår.

I Oslo har vi i mange år undervist i almenmedisin,

både preklinisk og i tre kliniske terminer. Det er klart undervisningen kan gjøres bedre og mer systematisk. Undervisningen i Oslo er ikke obligatorisk, noe som egentlig ikke bekymrer meg. Det er heller ikke eksamen i almenmedisin. På lang sikt kunne jeg tenke meg at en slik eksamen burde komme i slutten av studiet, men ikke før vi kan gi et skikkelig undervisningstilbud til alle studentene.

Jeg er enig med Kirsti Malterud at det er langt frem, men vi har tross alt begynt.

Nå er den kommet! Referat fra Røros-seminaret, 130 sider, illustrert.

Det er tatt med som bilag planløsninger fra forskjellige helse- og sosialsentra.

Boken er aktuell for alle som er interessert i planlegging av helse- og sosialtjeneste.

Det store oppdrag og de store utgifter ved trykkingen gjør at ingen skal genere seg for å bestille publikasjonen via UTPOSTEN's redaksjon, 6420 Aukra.

Pris kr. 25,-.



Symposium om helse- og sosialsentra

Redigert av
Harald Siem

i samarbeid med
Ansgar O. Aasen og Vegard Omdal

REFERAT FRA OFFENTLIGE LÆDERS LANDSFØRENINGENS SEMINAR PÅ RØROS 9.-11. MAI 1974

SØVNVANSKER

– et symptom, flere årsaker



Når søvnvansker er forårsaket av en underliggende depressiv tilstand, vil behandling av søvnproblemet med tradisjonelle hypnotika bare gi en god natts søvn. Årsaken til søvnvanskene vil derimot fortsatt være upåvirket, og pasienten forblir derfor avhengig av medikamentet for å få sove.

Disse pasienter trenger noe, mer enn bare et tradisjonelt sovemiddel, de har behov for et preparat som gir hurtig normalisering av søvn, demping av angst og en god antidepressiv effekt.

Mange hypnotika og de fleste tricykliske antidepressiva påvirker det normale søvnmonsteret. Dette kan igjen gi ubehagelige symptomer ved seponering, i form av søvnloshet, mareritt og agitasjon, og pasientene vil derfor nødig avslutte medikasjonen.

SURMONTIL påvirker ikke det naturlige søvnmonsteret,¹ i motsetning til de fleste tricykliske antidepressiva, og doseres med 50–150 mg (2–4 tabletter à 25 mg) 2 timer før sengetid.

¹Dunleavy, D.L.F., et. al. Br. J. Psychiat. (1972), 120, 663–672.

Surmontil® Doseres en gang daglig – 2 timer før sengetid

Trimipraminum

Indikasjoner:
Alle former for depresjonstilslører især når den ledsages av insomnia, angst og agitasjon.

Dosering:
50–100 mg 2 timer før sengetid. Største dose gis forstyrrelser og hodepine er laktatt. Ved høye doser er det enkelte tilfelle sett ekstrapyramidale symptomer som dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Toksiisk-depressive reaksjoner kan i sjeldne tilfelle forekomme. Bivirkningene foreviner som regel ved reduksjon av dosis.

Bivirkninger:
Lett initial dosisighet kan forekomme. Tørhet i munnen, lett tremor, vertigo, hypotension, tachycardia, akkomodasjonsstyrkefeil, gastrointestinale forstyr-

reiser og hodepine er vanlig. Ved høye doser er det enkelte tilfelle sett ekstrapyramidale symptomer som dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Toksiisk-depressive reaksjoner kan i sjeldne tilfelle forekomme. Bivirkningene foreviner som regel ved reduksjon av dosis.

Forsiktigheitsregler:
Som ved alle medikamentell behandling av depresjoner kan den hemmende/avsløsende virkning inntra før den depresjonsløsende virkning, og dette kan føre til økt suicidalitet. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f. eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmetilslører

og sinus-tachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertetilslører. Schizofremiske symptomer kan aktiviseres. Antall av intermitterende tåkesym, regnbueym og øyesmerter krever hurtig øyelege kontroll og utelukkelse av anfallsglaukom før behandling fortsettes. Forsiktighet ved leverdysenter, epilepsi, hjerneskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskapet.

Kontraindikasjoner:
Trangivnket glaukom. Må ikke gis til pasienter som behandles med M.A.O.-hemmere – og tidligst 2 uker etter at M.A.O.-H-behandling er avsluttet.



pharma rhodia Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik