

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1984

ARGANG 13



## TEMA: NÅR LEGEN BLIR PASIENT

Av innholdet:

Hvilke bøker bør skrives?

Stillingsstrukturen

Pasientgrupper i Almenpraksis

Perinatal omsorg (1. del)

NSAM's spalter

Se innholdsfortegnelsen på 2. omslagsside

# UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG  
SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S  
9652.63.00111

Ola Lilleholt  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal  
Tlf. kont. 073. 65 217  
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna  
Inst. for Almenmedisin  
Fr. Stangsgt. 11/13  
Oslo 2  
Tlf. kont. 02. 56 37 80  
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian  
Tingvoll Helsecenter  
6630 Tingvoll  
Tlf. kont. 073. 31 100  
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen  
Distriktslegekontoret  
6400 Molde  
Tlf. kont. 072. 55 036  
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen  
Distriktslegekontoret  
6490 Eide  
Tlf. kont. 072. 96 361  
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr. år. Studenter og pensjonister: Kr. 50,- pr. år. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger



## INNHold:

- Nils Johnsen: Stress og utbrent-  
het. 134
- Anne W. Shetelig og Steinar  
Westin: Hvilke bøker bør  
skrives? 138
- Ivar Sønbo Kristiansen:  
Stillingsstrukturen en stadig  
hodepine for legeföreningen. 140
- Herman Anker: Inntrykk fra kurs  
for almenmedisinske lærere i  
Dubrovnik. 142
- Magne Nylenna: Referat fra SIMG-  
symposium i Antwerpen 11.-12. mai  
1984. 143
- Gisle Roksund og Ole Bjørn Her-  
land: Bruk av pasientgrupper i  
almenpraksis. 144
- Debatt: Carl Ditlef Jacobsen/  
Roald Bolle og Tor Anvik/Harald  
Drøsdal. 145-147
- Bokanmeldelser av Jørgen  
Jørgensen, Lars Vatten og Magne  
Nylenna. 150-151
- Frode Heian: Perinatal omsorg  
i Norge 152
- Tema: NÅR LEGEN BLIR PASIENT 126-137
- Ola Lilleholt: Introduksjon av  
tema: Vår avmakt. 126
- Kirsti Malterud og Per Hjortdal:  
Når legen blir pasient. 128
- Kirsti Malterud: Intervju med  
Joh. Fr. Thaulow. 131
- Lars Vatten: Somatisk sykdom 133

# Om å bli generalist.

## Eller: Vita brevis, ars longa est.

Er det mulig å leve et lykkelig og givende liv som medisinsk generalist, eller er hver dag fylt av mindreverdfølelse overfor spesialistkolleger og angst for faglige glipp? Hva skal vi svare når studenter og nyutdannede kolleger spør slik? Etter hvert som åra går studerer vi kanskje fra tid til tid ansiktet i speilet og stiller det samme spørsmålet.

Ingen kan lenger sette seg det mål å bli en polyhistor: kunnskapsmengden er blitt altfor stor og mangfoldig. Ekte generalister føler nok en nærmest usluttelig tørst etter å orientere seg i kunnskapsuniverset og står i fare for å ende opp som en lokal Balatonsjø: en stor overflate uten dybde noe sted. Om en også greier å begrense seg til de medisinske fagene, er det mulig å ende opp som udyktig i forhold til det daglige arbeidet. Et ferniss av kunnskap kan være sjarmerende i selskapslivet, men sprekker fort i kontakt med medarbeidere og pasienter.

La oss i disse dager sende noen tanker til dem som arbeider med sette opp krav til utdanning i spesialiteten almenmedisin: de kan ikke ha det lett! Kanskje prøver de å definere eller å beskrive den medisinske generalist, eller kanskje også å lage en målbeskrivelse. "Kommer ikke kjernen snart for en dag?" spør de kanskje med Peer Gynt som dissekerte jordløk. Noen linjer lengre ned finner de kanskje også Ibsens svar: "Underlig stell, det hele røre. Livet, som det kalles, har en rev bak øret. Men griper en til, setter Mikkjel på spring, og en fanger noe annet - eller ingenting."

Trolig må en målbeskrivelse for almenmedisinen søkes i to retninger: enten som en katalog over det minimum av kunnskap og ferdigheter som kreves for at en skal være ufarlig for pasientene ("pasientsikker") i en solo almenpraksis: i dag er det adskillig mer enn den medisinske grunnutdannelsen. Dersom inter-

nasjonale lærebøker i "family practice" (som f.eks Fry & Gambrill) eller detaljkunnskap av den karakter som kreves for å bli medlem av The Royal College of General Practitioners i England skal antyde noe om kunnskapsmengden en almenpraktiker må beherske, så vil vi måtte reservere mye tid på teori i etterutdannelsen. Jeg tror at vi må akseptere at det vil bli nærmest umulig å produsere homogene almenmedisinere i forhold til en målbeskrivelse som går på formelle kunnskaper.

En alternativ vei eller komponent er å kultivere en almenmedisinsk filosofi ved at etterutdannelsen støtter opp om en faglig og alminnelig modning. Kanskje vil mange føle at modning er en så diffus prosess at det vil vise seg umulig å formulere operasjonelle og rettfærdige krav. Her kan vi vise til innholdet i ordninger med supervisjon som en del andre yrkesgrupper har etablert: det er f.eks. å revidere praktisk arbeide og skriftlige saksframstillinger sammen med en erfaren kollega. Dette er dialoger som dels handler om faktisk kunnskap, men like mye om elevens tilnærming og form. Her rører vi ved det som ligger hinsides eller innenfor det medisinske håndverket, kjernen både i medisinen og i almenmedisinen: legekunsten. Psykoterapeutene har i sin utdanning tatt konsekvensen og formalisert av at denne modninga blant anna er en vandring innover, og har satt som krav at alle terapeuter skal ha gjennomgått psykoanalyse.

Innskriften over porten til Apollotempelet i Delfi må gjerne stå som veiviser: "Gnothi seauton"/ "kjenn deg sjøl". Noen er så heldige at de spontant og tidlig i livet makter å observere seg sjøl. De fleste trenger en sokratisk jordmor til å starte denne indre dialogen. I et slikt perspektiv får ansvaret ved supervisjon i den almenmedisinske utdannelsen nye dimensjoner: den vil bli både mer krevende og mer

givende. "Kjenn deg sjøl" har også en viktig konsekvens i forhold til formell kunnskap og ferdigheter: en lege med faglige sorte hull er fremdeles "pasientsikker" når han i detalj kjenner sine begrensninger og handler deretter. Naturligvis har vi visst dette "bestandig". Vi kjenner kolleger som f.eks på faglige møter blottstiller seg ved å stille spørsmål som avslører en faglig uvitenhet som vi et øyeblikk rystes over: samtidig vet vi at dette er en kollega som har en meget heldig hånd med det daglige arbeidet i sin almenpraksis.

Til spesialiteten i almenmedisin må vi gjerne få krav om kunnskapskurs, altså i håndverket vårt. Vi tumler inn i en framtid med omveltninger på alle kanter. Kunnskapene og innsikten i medisinen vokser og endrer så raskt at målbeskrivelser som definerer formelle kunnskaper vil måtte revideres med maksimum 5 års mellomrom. Derfor er det den almenmedisinske legekunsten vi må hegne om og dyrke for at vi i åra framover skal kunne høste groden, en kvalitativ bedring av den almenmedisinske praksis.

Denne lederen innledes med et retorisk spørsmål om det er mulig å bli lykkelig som medisinsk generalist. Svaret er naturligvis avhengig av personen som spør. Kanskje er jeg heller ikke den rette til å gi et uttømmende svar: etter 15 år i almenpraksis er jeg nå 42 år og har med alle mulige reservasjoner 25 år igjen til pensjonsalder.

Men, altså et svar på om det er mulig å bli lykkelig som medisinsk generalist: Svaret er i alle fall ikke bare negativt: kanskje er det ikke en gang spesielt vanskelig. Emosjonelt utsettes en som almenmedisinere for mangeartede stimuli, både slitomme og givende. Intellektuelt må en hver dag kunne leve med en evig usikkerhet om handler optimalt i forhold til spesialistenes praksis og kunnskaper. En må kunne finne glede og spenning ved å betrakte alle de små medisinske ekspedisjonssakene som strømmer gjennom kontoret: noen av dem kommer tilbake etter å ha vokst seg store. Alt i

alt et liv som kan passe for mange, men slett ikke for alle. For at denne lderen ikke skal være like forgjengelig som en festtale kommer budskapet her på slutten:

En forpliktende avtale om faglig supervisjon med en erfaren kollega er langt viktigere komponent i viderutdannelsen enn både kurs og sykehustjeneste. En tid uten vakanser i sykehusa må også være grunn til ofre supervisjonsordninger den største oppmerksomhet.

Ola L

TEMA:



# Når legen blir pasient

# VÅR AVMÅKT

□ Av Ola Lilleholt

I denne utgaven av Utposten trekker vi fram et tema som har vært fortrent ut i et perifert halvmørke: legenes egne helseproblemer. Vi har så smått kunnet registrere aktivitet på forskjellig hold, bl.a. i form av begrepet "burn-out" eller utbrenthet. Slike ord/begreper kan virke to veier. Et "navn" kan bidra til å fjerne angst og avmystifisere et fenomen, men denne effekten kan være for sterk slik at det oppstår en falsk følelse av trygghet og innsikt. "Burn-out" er et slikt ord som trolig er mer tildekkende enn opplysende.

Bibelens ord "Læge, læg dig selv" (eller i Jesus Siraks form: "Hjelp dig først selv, før du læger andre") ligger som et ubevisst dictum inne i de fleste av oss og influerer nok våre handlinger mer enn den rasjonalitet vi presterer i hverdagen ellers. Dette dictum, eller denne myten, er en farlig brems både i forhold til somatiske og nervøse plager. Vi vet så inderlig vel at det er god mentalhygiene å bearbejde problemer og konflikter, eventuelt også å ta en kamp heller enn å vente til de er så massive at en har bare ett alternativ: den resignerte avmakt.

Her i Utposten tror vi ikke at noen idag har innsikt nok til å tegne et sannferdig bilde av den norske legestands mentale og fysiske helsetilstand. Kanskje er det ikke så konstruktivt å samle detaljerte data til en slik status presens. Vi ønsker snarere å åpne dører for kolleger som opplever avmakt i forhold til sin egen livssituasjon og å åpne øyne og hjerter hos dem som har krefter til overs.

Her er så mange spørsmål, og de mest fundamentale er om leger står i en særstilling i forhold til pasientrollen og når det gjelder morbiditet. Trolig vil alle uten videre være enige i at det både er problematisk å bli pasient hos en kollega og å ha kolleger til behandling. Artiklene i dette nummeret av Utposten skulle også underbygge dette.

Spørsmålet om legers, og spesielt norske legers morbiditet, er vanskelig. Under forarbeidet til dette nummeret ble det gjennomført et Medlinesøk på publikasjoner om helsepersonell og legers sykkelighet. Vi fant hundrevis av arbeider om dette temaet fra de siste åra og må konstatere at det i internasjonalt perspektiv er stor aktivitet i dette feltet. Boka "The impaired physician" av Scheiber og Doyle (samt 10 medforfattere) er ny og inneholder rikelig med henvisninger til internasjonal litteratur. Boka tar særlig for seg legers og medisinske studenters nervøse lidelser og problemer og misbruksproblemer. Her finner en at den amerikanske legeforeninga (AMA) har lagt ned et stort arbeide på å organisere tilbud for leger med helseproblemer. I de fleste statene er det i løpet av de siste åra etablert "Impaired Physician Programs". I USA ser det bl.a. ut

til at mange legefamilier har problemer. Kvinnelige medisinske studenter har større hyppighet av suicid enn mannlige studenter. Hyppigheten av suicid for mannlige leger er sannsynligvis nokså lik den som finnes i befolkninga forøvrig. Kvinnelige leger har suicidhyppighet omtrent lik den som finnes hos mannlige leger, noe som ligger adskillig over talla for kvinner i befolkninga ellers. Risikoen for medikamentavhengighet er for leger 30-100 ganger større enn for befolkninga generelt. Hyppigheten av alkoholmisbruk er trolig som i befolkninga ellers.

Argeo Bämayer har gjort en grundig studie av 119 suicid hos leger og tannleger i Oberbayern i perioden 1963-78. Dersom insidens av suicid i befolkninga standardisert for kjønn settes til 100, fant han insidens svarende til 296 hos kvinnelige leger, 292 hos kvinnelige tannleger og 158 hos mannlige leger. En insidens av suicid på 125 hos mannlige tannleger var ikke statistisk signifikant i dette materialet. Det er også interessant å merke seg et mønster i alder hos disse gruppene: alle de mannlige tannlegene var over 55 år, alle de mannlige legene under 55 år, mens de kvinnelige tannlegene og legene var i alderen 45-65 år.

Det er naturligvis søkt å sammenligne situasjonen hos oss med amerikanske og tyske forhold som er så forskjellige fra våre. Psykiater Eivind Haga har gjort observasjoner som tyder på at vi har problemer som fortjener oppmerksomhet også her. I en artikkel om familierapeutens egen familie har Hans Jørgen Holm kommentert legers familieproblemer slik: "Bortsett fra de gleder som følger med en god økonomisk standard, synes derfor legers popularitet på ekteskapsmarkedet å bygge på en illusjon".

Vi må ikke glemme at norsk helse-tjeneste og samfunnet vårt forøvrig i disse tider gjennomgår ei brytningstid som helt sikkert forandrer både mannlige og kvinnelige legers arbeidssituasjon. Observasjoner fra noen få år tilbake kan vise seg å være ufruktbare og villeedende i forhold til de problema vi vil stå overfor i nær framtid.

Vi håper at dette nummeret av Utposten kan inspirere noen til å ta opp disse temaene på kollegiale møter rundt om i landet. De skulle egne seg for diskusjon i mindre grupper som vanligvis møtes lokalt. Kanskje kunne det også være en ide å reservere tid til en diskusjon

ved noen av de generelle etterutdanningskursene? Kan det også være hensiktsmessig å opprette "Impaired physicians' programs" på fylkes- eller regionalt plan i regi av legeforeninga?

## Litteratur:

Scheiber SC & Doyle BB: The impaired physician. Plenum Medical Book Company. New York. 1983. Dette er en svært informativ og oversiktlig bok som vesentlig handler om legers psykiske problemer.

Bämayer A: Über den Selbstmord von 119 Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen in Oberbayern von 1963 bis 1978. Doktoravhandling ved Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1983. Denne publikasjonen er ikke i salg og forfatteren har ikke flere eksemplarer. Interesserte kan få låne Utpostens til gjennomsyn. Den har vært omtalt av prof. Nils Retterstøl i Tidsskriftet nr. 4/1984, 104, VII.

Haga E: Hjelpeløse hjelpere - legen som psykiatrisk pasient. Nordisk Medicin 1982; 97: 273-4.

Haga E & Abrahamsen P: Psykiateren og psykiaterens familie. Nord Psykiat Tidsskr 1982; 36: 159-63.

Holm HJ: Familierapeutens egen familie. Focus på familien. 1983: 59-71.

## Når legen blir pasient

Hvordan møter almenpraktikeren sykdom hos seg selv eller familien?

Av Kirsti Malterud og Per Hjortdahl

# Selvsagt

# kan legen bli syk

Kirsti Malterud er cand. med. fra Bergen 1975. Bydelslege i Oslo fra 1977, siste 3 år ved Rodeløkka Helse- og Sivsalsenter. Særlig interessert i spørsmål om kvinner og helse og har nettopp utgitt en bok om dette. Har bl.a. også skrevet om kvinnemishandling, om seksualitet og om almenmedisinske problemstillinger.

Per Hjortdahl er cand. med. fra Colorado, USA, 1972. Etter en del år som distriktslege på Værøy er han nå bydelslege på Lysejordet i Oslo. I øyeblikket er han stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo.



Å være lege beskytter selvsagt ikke mot sykdom. Vi har ingen grunn til å tro at vår utdanning og vårt daglige virke gjør oss mindre sårbare enn våre medmennesker. Almenpraktikerens egen helse er imidlertid sjelden i fokus. Vi er mer vant til å beskjeftige oss med andres sykdom. Først når sykdom truer legens yrkesutøvelse i en slik grad at pasientene rammes, vekkes den alminnelige interesse for problemstillingen. "The impaired physician" - legen med misbruksproblemer eller tyngre psykiske plager - er blitt atskillig omtalt de siste årene (1). Av egen erfaring vet vi at også alminnelige sykdommer og plager hos legen og i legefamilien er verdt ettertanke og diskusjon. Vi mener dette er en pasientgruppe med sine særpreg og sine egne problemer. Det er dette denne artikkelen skal handle om.

### Utvidet egenomsorg?

Gjennom kontakt med kolleger har

vi lært at almenpraktikerne ofte behandler egen sykdom annerledes enn pasientenes sykdommer. Vi tror underbehandling er vanligere enn overbehandling, og at legen ofte venter lengre enn folk flest med å behandle seg. Kanskje gjelder dette til og med for enkle egenomsorgsprogrammer som sengeleie, sykmelding og varm solbærsaft. Når egenomsorgen ikke strekker til, varer det også lenger før legen søker medisinsk hjelp. Rammene for egenomsorg tøyes kanskje for langt - vi vet ikke riktig hvor lenge vi selv skal beholde ansvaret, og når vi skal overlate det til en kollega. Legens egenomsorg grenser uskarpt inn i uklart farvann, fordi vi fritt kan forsyne oss både av reseptpliktige preparater og diagnostiske utredninger som andre må søke lege for å få. Noen grenser er lette. Almenpraktikeren kan trygt skaffe seg sine egne nesesdråper, mens sterke analgetika ikke bør inngå i egenomsorgen. Andre grenser er vanskeligere.

Skal almenpraktikeren diagnostisere og behandle sin pneumoni eller utrede sine nyresteinssmerter? Hva med blodtryksbehandling? Vi antar grensene for egenomsorg vil ha et geografisk preg - det er lettere å oppsøke en kollega i Oslo enn på Røst. Etter vår mening bør en diskusjon av slike grenseoppganger være fruktbare for oss alle.

### Legen som pasient

Når egenomsorgen ikke strekker til, blir legen uvegerlig pasient. Dette er en uvant rolle for de fleste av oss, og mye blir snudd opp ned. Ulike forhold kan føre oss over i rollen som pasient. Symptomene kan være plagsomme - kanskje invalidiserende - og egenomsorgen gi ikke symptomlindring god nok. Eller symptomene kan være av en slik art at de varsler om muligheter for alvorlig somatisk sykdom. Da kan det være såvel realisme som angst som fører legen til lege. Den som er vant til å ta ansvaret for andres helse, har ikke lett for å gi fra seg ansvaret for egen helse. Legen søker derfor medisinsk hjelp når hun eller han ønsker at noen andre skal overta hovedansvaret for utredning og behandling.

Reaksjonsmønsteret er sammensatt hos leger som blir pasienter. På den ene side finner vi holdninger og følelser som er særpreget for oss leger som yrkesgruppe - på den annen side varierer reaksjonen med den enkeltes personlige og sosiale forutsetninger for å møte egen sykdom.

Legerollen inviterer til forsvar og motstand mot egen svakhet - noe som sikkert bidrar til at mange leger drøyer lenge med å bli pasienter når de blir syke. For oss almenpraktikere er det kanskje typisk at vi har vår hverdag som sentrum i en travel praksis der mange mennesker er avhengig av vår tilstedeværelse. Vi rekker kanskje ikke helt å kjenne etter - eller vi vet hvor problematisk det blir for medarbeiderne hvis vi ikke kommer på kontoret. Legerollen kan gi oss en falsk forestilling om egen uunnværlighet, som forsinker erkjennelsen av egen dårlig helse. Vår faglige ballast - kunnskaper om skumle differensialdiagnoser eller ubehagelige medikamentbivirkninger kan føre til at angsten omgjøres til bagatellisering eller fornektning. Som almenpraktikere har vi også et faglig og kollegialt kontaktnett - som ikke alltid inviterer til å søke hjelp hos nærmeste lege. Kollegaen kan være en nær person-

lig bekjent, eller på den annen side være en som ikke dekker våre behov for fullstendig tillit og trygghet. Geografiske og sosiale barrierer kan også virke inn på legens eget legesøkningsmønster.

Våre reaksjoner overfor egen sykdom vil sannsynligvis være annerledes ved akutt sykdom enn ved kronisk sykdom. Vi møter trolig psykisk sykdom på en annen måte enn somatisk sykdom. De banale lidelser kan være lettere å lide av enn mer belastede tilstander. Likevel tror vi det finnes et felles, gjennomgående reaksjonsmønster med bagatellisering, fornektning, uunnværlighetsfølelser og nihilisme før vi erkjenner vår plass i pasientkontrollen (2). I verste fall kan dette få konsekvenser for lege-pasientenes helse, f.eks. ved at sykdomsperioden forlenges, eller endog ved at mulighetene for helbredelse forspilles. Etter vår mening er dette grunn god nok til å regne almenpraktikere som en helsemessig risikogruppe - som kanskje egentlig trenger et særlig finmasket og lett tilgjengelig helsetjenestetilbud (3).

### Om å ha (kol-)leger som pasienter

Almenpraktikeren kjenner systemet ut og inn, og har andre muligheter og begrensinger enn folk flest for å søke medisinsk hjelp. Vi leter etter ONION (Optimal Nærhet I Omsorgs-Nivå) - legens lege skal helst ikke være familiens nærmeste venn, men heller ikke så fjern at vi ikke vet noe om vedkommendes faglige og menneskelige kvalifikasjoner.

Som almenpraktikere står vi også overfor et eget dilemma: skal vi selv gå til en almenpraktiker, eller skal vi henvise oss selv direkte til spesialist når egenomsorgen ikke strekker til? Selv om vi i blant kan si at det er opplagt at det er spesialist-tjenester vi trenger, er det mange gode grunner for at almenpraktikeren selv bør ha sin egen huslege. Dersom vi erkjenner at almenmedisin er et eget fag med sine egne særpregete sykdoms-presentasjoner, da må vi også erkjenne at almenpraktikeren selv kan lide av de almenmedisinske sykdommer og behøve hjelp fra den best kvalifiserte - en annen almenpraktiker. I Storbritannia, hvor alle innbyggere har plass på listen til en huslege, har også almenpraktikere sine selv-følgelige huslege (3).

Visse "trafikkregeler" kan være nyttige for legen som møter en kollega som pasient. Etter vår erfaring er det nødvendig for



begge parter at det allerede fra første kontakt defineres en klar kontrakt, som først og fremst fratar lege-pasienten det medisinske ansvaret, og utvetydig legger dette på den behandelende legen. Det er en illusjon å tro at dette likevel kan bli et vanlig lege/pasientforhold. Premissene og rollene gjør det nærmest umulig. Behovet for medbestemmelse og informasjon er stort hos legepasienten - men i virkeligheten kanskje ikke større enn det folk flest har som pasienter? Særlig viktig (men ofte vanskelig) i et slikt lege/pasientforhold er at begge parter aksepterer lege-pasientens behov for regrediering. Når først legen er blitt pasient, må det være lov å få være i sykerollen (4). Legen som har behandlingsansvar må imidlertid være klar over potensielle problemområder, spesielt manglende compliance (2).

### Sykdom i legens familie

Vi har alle erfart at slektninger ber om medisinske råd over lamme-steken eller i juleselskapet. Vi vet at kolleger møter slike spørsmål på varierende vis - fra selvbeskyttende, firkantet (eller diplomatisk) avvisning, til imøtekommende reseptlofter og tillop til undersøkelser over kaffebordet. Av egen erfaring vet vi at dette ofte blir dårlig medisinsk praksis, og vi tror det er på tide å drøfte også denne grenseoppgangen seriøst.

Legens aller nærmeste familie er etter vår mening i en særlig problematisk situasjon når noen blir syke. Vi vil påstå - også ut fra egen erfaring - at dette er en gruppe som mer enn mange andre utsettes for underbehandling og dårlig medisinsk hjelp. Vår objektive profesjonalitet strekker dårlig til overfor personer vi har et utpreget subjektivt og emosjonelt forhold til. Vi liker dårlig å møte tegn på alvorlig sykdom hos dem vi er glade i. Den som er omgitt av syke folk hele dagen, trives kanskje best med friske folk omkring seg hjemme. Vi har selv opplevd hvordan faglig kunnskap og erfaring forsvinner som dugg for sola i situasjoner der vår egen angst og redsel blir påtrengende. Vi mister vårt profesjonelle grep på situasjonen - og selvbebreidelsene er ikke lette å møte når konsekvensene melder seg (5). Særlig bekymringsfullt tror vi dette er når legen bagatelliserer symptomer hos nære pårørende, som senere viser seg å være tegn til alvorlig sykdom. Som leger må vi også ha lov til å vente at andre over-

tar det medisinske ansvaret fra oss. Det er ikke alltid så lett.

### Helsetjenester for helse-tjenere

Det er nyttig for leger å gjøre pasienterfaringer. Rolleskiftet kan gi viktig erkjennelse og lede til økt innsikt (6). Likevel vil vi ikke påstå at dette er en forutsetning for å gjøre godt arbeid som almenpraktiker. Vi behøver ikke ha gjennomgått alle våre pasienters sykdommer for å gi god behandling.

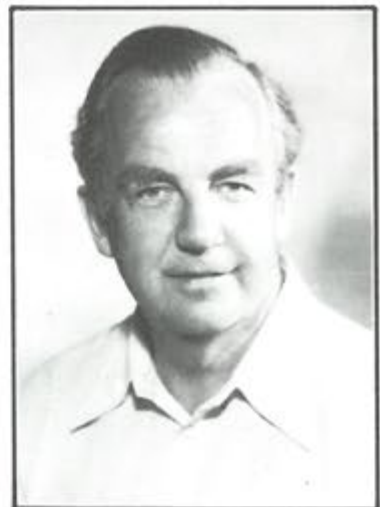
Men selvopplevde pasienterfaringer kan være dyrekjøpte for legen. Vi tenker da på de gangene legen drøyer for lenge med å søke hjelp. I denne artikkelen har vi pekt på den risiko som er særegen for legen med dårlig helse. Vi tror det er på tide å ta denne risikoen på alvor. Vi må stikke fingeren i jorda og erkjenne at også helse-tjenere trenger helsetjenester. Det ser ut til at disse må organiseres og tilrettelegges spesielt, for å unngå de fallgrubene vi har beskrevet. Men først trenger vi en faglig grenseoppgangs-diskusjon i vårt eget faglige miljø. Vi håper at denne artikkelen kan sette i gang en slik diskusjon ■

Ass. overlege Joh. Fr. Thaulow, Psykiatrisk avdeling, Lovisenberg Sykehus (Oslo) intervjuet av Kirsti Malterud.

Psykiaterens synspunkt på almenpraktikerens yrkesrolle:

# Hvordan forebygges våre egne yrkessyk-

Joh. Fr. Thaulow er ass. overlege ved psykiatrisk avdeling, Lovisenberg sykehus. Han har i mange år deltatt i seminarer og Balintgrupper samt undervist psykiatere og psykologer i psykoterapi. Godkjent psykoanalytiker.



### Litteratur:

1. Shore JH. The impaired physician. JAMA 1982; 248: 3127-30.
2. Editorial. Doctors as patients. Lancet 1983; 201.
3. Editorial. Family doctors for doctors' families. J Royal Coll Gen Practitioners 1980; 709-11.
4. Gold N. Is there a doctor in the house. Australian Family Physician 1976; 8: 1183-98.
5. Hilfiker D. Facing our mistakes. N Engl J Med 1984; 310: 118-22.
6. Anker Jensen P. Når legen blir pasient. Nordisk Medicin 1983; 98: 92-3.



# r vi dommer?

\* KM: Du har lang erfaring som psykiater, og vet også atskillig om hvordan almenpraktikeren har det. Du har møtt almenpraktikere i Balint-grupper, i sykehus-tjeneste ved din avdeling, - og også som pasienter. Hva er det ved legerollen som kan bli til en uheldig belastning for legen selv i det lange løp?

\*JFT: Legens måte å møte sin egen hjelpesløshet på, kan være en avgjørende faktor for utvikling av stress, utbrenning og yrkessykdom. Vår oppdragelse og utdanning som leger gjør at vi ofte tror at vi kan mer enn vi egentlig kan. Vi forventes å beherske vanskeligheter og løse problemer. Livets innebygde begrensninger lærer vi mindre om. Ambisjonene om å stadig være til nytte for andre, stadig utrette noe viktig, kan lede til et mønster av skuffelser og ødeleggende hjelpeløshet. Når legen ikke erkjenner hjelpeløsheten, kan belastningen bli tung - og kanskje til og med sykdomsskapende.

\*KM: Hvor ligger almenpraktikerens største muligheter til å havne i et uheldig mønster?

\*JFT: Å anvende spesialistens fagkunnskaper eller teori ufor-døyd i almenpraksis kan bli slit-somt. Når den entusiastiske almenpraktiker kommer begeistret fra kurs, nyforelesket i teorier som ikke er brukbare i praksis, er skuffelsen garantert. Resultatet blir gjerne bedre når almenpraktikeren omsetter ny-ervert teori til alminnelig fornuft med god samvittighet. Det er farlig å tro at pasienten umiddelbart skal profitere på det legen nettopp har lært. Innsikt fra andre fagområder må bearbeides for almenpraktikerens egen hverdag for at pasientene (og legen selv) skal kunne dra nytte av den. Når resultatene ikke kommer, tenker man lett at det er pasienten som er for syk, eller behandleren som ikke er flink nok. Det kunne tenkes det var selve teorien, eller kanskje ambisjonene, det var noe i veien med.

\*KM: Er det noe ved almenmedisinsens særpreg som kan påvirke hjelpesløshet, ambisjoner og belastninger?

\*JFT: Jeg tror at almenmedisin på godt og vondt preges av handlekraft, handleglede, handle-trang. Den utålmodige almenpraktiker med store forventninger til egne krefter må bli resignert når det ligger i sakens natur at du ikke kan oppnå resultater på kort tid. Slik er det jo ofte både i almenpraksis og i psykiatri. Når pasienten - til tross for aktiv innsats fra legens side - bare blir dår-ligere, kan resultatet bli en snikende følelse av håpløshet hos legen. Det er særlig viktig for den handlekraftige almenpraktiker å lære å erkjenne begrensninger. Jeg er ikke så sikker på at dette er det samme som passiv, negativ resignasjon. I blant kan en slik realitetsorientering til og med sette i gang en uventet, positiv endring i situasjonen.

\*KM: Men behøver handlekraft nødvendigvis å føre til skuffelse og utbrenning?

\*JFT: Nei, evne til å omsette det man tenker i fornuftig handling er et nyttig verktøy når det brukes riktig. Når du vet at du har noe å hente ved å være aktiv og driftig, kan du satse med desto større glede. Men det krever erfaring og innsikt å vite når man kan resignere med ro, og når man skal slippe sin entusiasme løs. Det å si "nei", det å i et velbegrunnet avslag på et krav eller en forventning, kan også være en handlekraftig beslutning.

\*KM: Hva skjer med almenpraktikeren når vi møter vanskeligheter eller skuffelser overfor pasientene?

\*JFT: Legen kan bli sinna på pasienten eller på seg selv. Det er kanskje vanskeligere å omgjøre utilstrekkelighetsfølelsen til ubevisste, irrasjonelle reaksjoner. Legens følelse av avmakt kan føre til ubevisst maktut-øvelse - kanskje særlig overfor pasienter med psykiske problemer. Hjelpeløsheten kan også slå inn-over og gi legen depresjon eller høyt blodtrykk. Mest typisk for den dynamiske almenpraktiker er kanskje et "prøve-omiggen"-mønster - et nytt mediakament, et nytt utredningsopplegg. Dette kan bli en vond sirkel som bare øker skuffelsen over manglende resultater. Det kan være mere fruktbart å erkjenne hjelpe-løsheten - kanskje til og med sammen med pasienten.

\*KM: Hvilke faresignaler kan fortelle almenpraktikeren at forholdet til jobben er i ferd med å bli helsefarlig?

\*JFT: Sykdomstegn oppstår selv-følgelig hos leger på samme måte som hos alle andre. Men leger vegrer seg kanskje mer for å innse at det er fare på ferde.

Overraskelser bør alltid være tankevekkende. Hvis man foretar seg noe uvanlig som ikke har sin åpenbare begrunnelse, er det all grunn til å ta tre skritt tilbake, kjøre filmen om igjen og reflektere over hva som holder på å skje. Et faresignal som er særlig viktig for almenpraktikeren, er når grensene mellom profesjonalitet og privat-liv begynner å bli flytende. Det er farlig når det blir en vane å ta problemene med seg hjem. Det er betenkelig når legen ikke klarer å besvare en nyttig faglig distanse overfor pasientene. Når legen forskriver sovemidler eller psykofarmaka til seg selv, er det helt nødvendig å stoppe opp og tenke seg om. Det er umulig å ha en rasjonell, objektiv holdning til slik medikasjon hos seg selv.

\*KM: Tror du leger mer enn andre er utsatt for depresjon, mis-bruksproblemer og suicid? Eller er dette en myte?

\*JFT: Det vet jeg ikke. Ved vår avdeling har vi hatt en særlig åpen dør for helsepersonell med psykiske problemer. Likevel tror jeg egentlig ikke at sykkeligheten er større i vår yrkesgruppe. Samtidig må vi innse at lege-rollen i våre dager er i endring, vi er mindre beskyttet enn før.

Vi må i større grad enn tidligere skjerpe oss mot å ikke skulle være så uangrikelig fullkomne. Dermed blir det ekstra viktig å sikre det faglige, etiske og menneskelige nivået i legestanden. Men det er ikke lett å skille ut dem som ikke passer for et ansvarsfullt arbeid blant mennesker. Psykiatere i spesialistutdanning får supervisjon underveis, men almenpraktikere er ikke sikret samme mulighet for korrektiv. Veiledning kan være nyttig for noen hver, selv om det bare er få som trenger hjelp til å komme seg over i et annet fagfelt enn det de selv har valgt. Som regel er det andre grunner enn disse når kolleger får psykiske problemer og trenger hjelp til å løse dem.

\*KM: Hvilke råd vil du gi til kolleger som har problemer med seg selv eller jobben, og som strever med å passere den

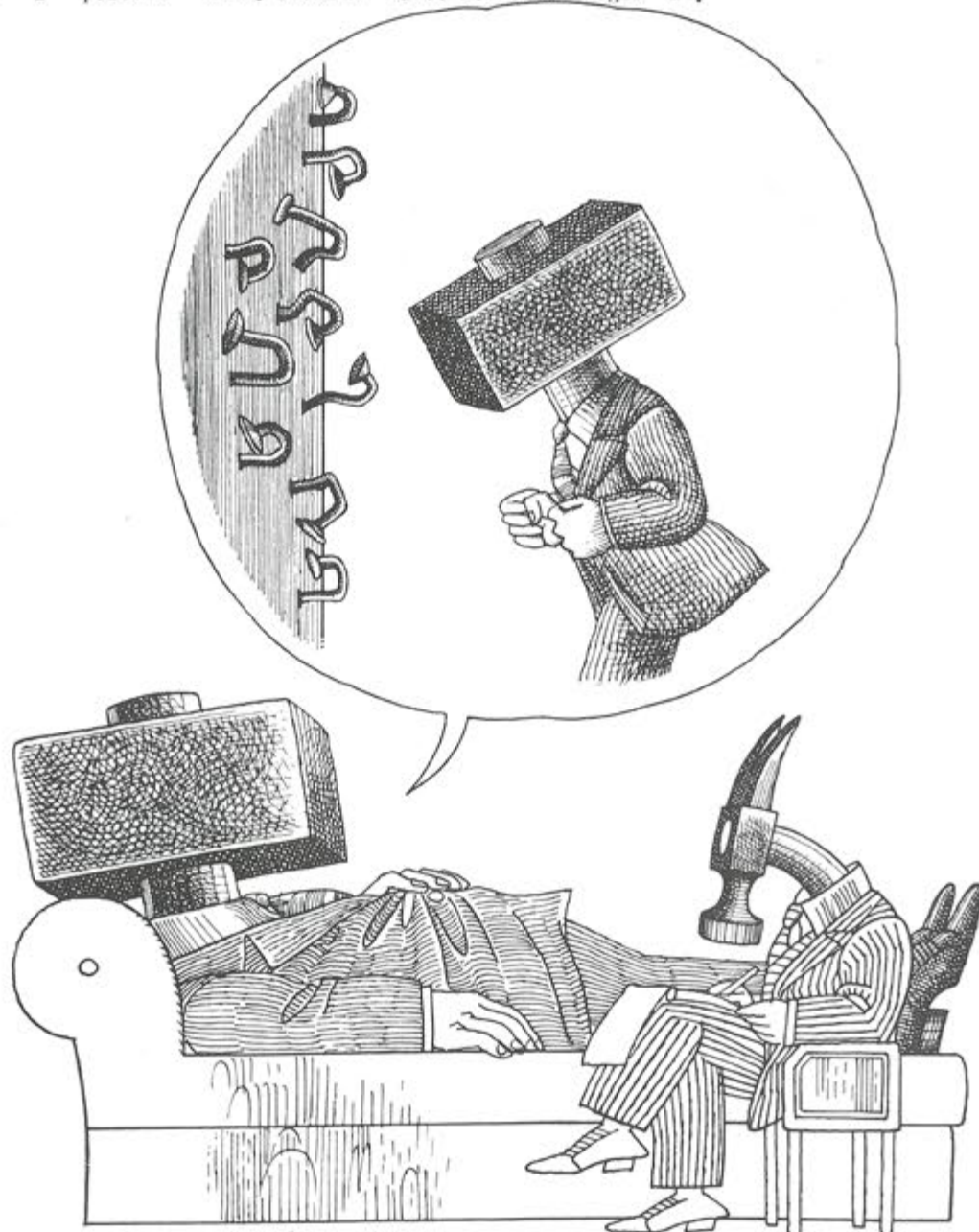
terskelen det er å søke psykiatrisk hjelp?

JFT: Første steg er å erkjenne at det er nødvendig å søke hjelp. Finn fram til en behandler du føler tillit til. Dernest blir det viktigste å prøve å være 100% pasient. For å få dette til, må leger bevisst satse på å glemme det man kan og vet, ellers er det ikke mulig å gå inn i pasientrollen. Den som likevel selv trenger å føle seg ansvarlig på et vis, kan prøve å ta ansvaret for å gjøre behandleren minst mulig usikker. Behandleren kan beroliges ved at den som søker hjelp sørger for at det ikke er tvil om hvem som er pasienten.

\*KM: Hvordan kan vi forebygge yrkessykdom og slitasje hos almenpraktikeren?

\*JFT: Gjennom det medisinske studium må de kommende leger i

større grad enn i dag læres opp til å møte livets innebygde begrensninger. Å bruke resignasjon aktivt, i stedet for å bli brukt av den. Noen må ta ansvar for å veilede dem som heller burde finne sin plass i laboratoriearbeid enn i klinisk arbeid. Almenpraktikeren må lære seg måter å møte sin egen hjelpelessness, -gjenkjenne den, og utnytte den til egen og til pasientens fordel. Dette er nødvendig for å lære seg å leve med de bekymringer, problemer og begrensninger som pasientarbeidet innebærer, -sammen med alle gledene og oppmuntringene som ligger i almenpraksis. Viktig daglig forebygging mot utbrenning og negativ resignasjon er å kunne dele sin oppgitthet, sin fortvilelse og sine skuffelser med kolleger. Det er alltid godt å vite at man ikke er alene.





## TEMA: Når legen blir pasient

Lars V. er 32 år gammel og cand.med. fra Tromsø 1980. Etter dette har han brukt mest tid i almenpraksis. I det siste har han i Trondheim arbeidet som stipendiat med helseproblemer i landbruket.

# Somatisk sykdom

Av Lars Vatten  
Stipendiat

Situasjonene kan beskrives slik: Ca. åtte måneders sykehistorie. Diagnosen er Hodkins lymfom. Histologien såkalt blandingstype med hellning mot nodulær sklerose. Stadium III, kanskje IV. Behandlingen er et åtte måneders cytostaticaregime, dels peroralt, dels intravenøst, gitt poliklinisk. Prognostisk skulle utsiktene være relativt gode.

### Begynnelsen

Det er håpløst å tidfeste noen påvisbar begynnelse nøyaktig. På et visst tidspunkt begynte jeg å kjenne glandler på halsen. Fikk til og med en kollega til å palperer dem sånn i all hast, men vi fleipet det hele bort. Antakelig skjedde dette tre-fire måneder før diagnosen var klar.

En uøm, hard kjertel dukket opp på venstre side. Seinere begynte en større men bløt og uøm tumor å promenerer på høyre side når jeg stod framfor speilet og barberte meg. Noen bevisst mistanke om malign sykdom slo meg aldri. Likevel fikk den daglige påminnelsen meg til å ville få kulen undersøkt. Hver gang høvet bød seg, "glemte" jeg imidlertid årendet, og undersøkelsen ble stadig utsatt. Ikke bare dagene, men også ukene passerte.

Endelig en dag: En god venn og kollega palperer, spør hva jeg ville gjøre for en pasient med tilsvarende funn. Svaret var

enkelt. Min venn er kirurg, og neste dag plukket han ut tumor. Fortsatt følte jeg ingen uro.

### Hvorfor denne latensen?

Vi er så ulike, og hver og en kan vel ha sitt eget svar. Mitt er mest spekulerende spørsmål som har et visst psykologisk tilsnitt. Kan det for eksempel være "doctor's neglect" av egen helse? Eller en slags overmenneskelig tro på ikke å kunne rammes av alvorlig sykdom? I allfall ikke i ung alder?

Mange vil nøle med å oppsøke kolleger med egne problemer, særlig om en kanskje er redd det dreier seg om bagateller. Å la seg operere for en reaktiv lymfeknuteforstørrelse kan føles flaut og gi assosiasjoner i retning av cancrofobi, overengstelig, nervøs etc..

Samtidig kan latensen begrunnes rasjonelt og epidemiologisk. Som kjent er det typiske kjennetegn ved sjeldne sykdommer at de forekommer så sjelden. Og i mitt tilfelle spilte nok tilfeldighetenes iboende "førjæklighet" meg et puss. Etter at familien har vært forskånet for malign sykdom i over 30 år, hadde både mor og far med ett års mellomrom fått diagnostisert uheldelig kreftsykdom. At eldste sønn så å si i samme slengen skulle rammes føltes usannsynlig inntil det absurde.

### Pasientrollen

Motstanden mot å bli pasient var en sterk kjensle som ennå sitter i. Motviljen mot å innlemmes i de sykes rike føltes nesten fysisk,

og var spesielt sterk under et kortvarig opphold ved Radiumhospitalet.

Denne følelsen er åpenbart "naturlig", og den trenger tid på seg for å bli avklart. Problemet er at for svært mange innenfor dette sykdomsfeltet er en plass i de sykes rike uunngåelig. Døden blir i mange tilfelle en høyst tenkbar realitet, og det eksisterer et punkt da de fleste er tjent med å erkjenne at slutten nærmer seg. Samtidig har mange god grunn til å håpe og tro på livet, og kampen mot sykdommen vil ta mange former.

Et så banalt forhold at behandlingen skjer poliklinisk kan gjøre identifiseringen med pasientrollen og sykdomstilværelsen mye svakere. Den svekker i en viss forstand oppmerksomheten omkring sykdommen, og gir i seg sjøl budskap om at behandlingen foregår over en tidsavgrenset periode og vil avløses av noe annet og kanskje bedre.

I dette brede feltet bør lege-kunsten finne oppgaver den foreløpig har kvidd seg for å ta på alvor. Kreftsykdommenes biologiske utvikling kan være vanskelig å forutsi i detalj, men langtidsutsiktene er ofte mistrostrøtge. Dette er nok et incitament til å fordype seg i den biologiske gåten, men for klinikerer burde det like mye være en stimulans til å bruke mer tid og tanke på omsorgens natur.

### Angsten

Den aktive, intensive behandlingsperioden bærer håpet i seg. Angsten får ikke dominere før det

er grunn til resignasjon. Snarere kan en oppleve det motsatte slik at en økt livsappetitt kan prege denne tida. Behovet for å ta igjen noe av det ulevde i livet kan blir stort. Den pliktoppfyllende, beskjedne og forsiktige arbeidsmaur kan bli den hedonistiske livsnyter.

Baksiden av denne medaljen vil gjerne være den psykologiske blokkeringen som kan skje. Kreftsykdommen kan brukes til å legitimere egoistisk hensynsløshet i forhold til de nærmeste. Aggresjon i forhold til sykdommen kan lett projiseres over på omgivelsene. Kreften rammer ikke bare pasienten. Familien er sterkt involvert, og mest utsatt er sannsynligvis ektefellen.

### Tryggheten

Så lenge kreftbehandling fortsatt i stor grad er palliativ, blir psykologisk trygghet og god omsorg to avgjørende sider ved behandlingen. Etter min erfaring tror jeg leger i hovedsak kan gi pasienter trygghet ved å ha kunnskap om tilstanden og ved å bruke tida godt i forhold til pasienten. Kanskje betyr kunnskapsfaktoren mest. De fleste vet at legetid ofte er kostbar tid, men vissheten om kompetent behandling kan gi den største trygghet.

For primærleger kan dette være å stille store krav. En nødvendig måte å høyne kunnskapsnivået i forhold til egne pasienters sykdom er at kommunikasjonen til sykehusspesialisten er god. Jeg ville bruke telefonen hyppig, og lege/pasientforholdet ville bare tjene på om samtalene ofte pågikk mens pasienten er på kontoret.

### Cytostatica

Cellegiftens vederstyggelige bivirkninger er i mange tilfeller ikke overdrevet. Vel er stoffene ulike og toleransen er individuell, men å gjennomgå et lengre cytostaticaopplegg er en tøff opplevelse.

En type reaksjon er de psykologiske betingete reflekser som etter hvert opptrer. Situasjoner og samtaler som minner om behandlingen kan fremkalle kvalme og ubehag, og tida forut for behandling kan oppleves tilsvarende. Jeg vet ikke om "avbetinging" av slike reaksjoner verken er mulig eller ønskelig. De rene fysiologiske bivirkningene er imidlertid langt mer ubehagelige og fortjener oppmerksomhet. Etter mitt skjønn må det være viktig å bruke kvalmedepende og eventuelle andre dempende medikamenter i tilknytning til behand-

lingen av disse pasientene. Hovedargumentet for slik tilleggsmedikasjon er at bivirkningene av cytostatica kan være så plagsomme at de kan true pasientens "compliance" og føre til at han vegrer seg for fortsatt behandling.

### Framtid og arbeid

Når den aktive behandling er over, vil på et vis tanken på framtida bli aktuell. Muligheten for recidiv vil gi tilværelsen en viss usikkerhet. Sammenliknet med den første optimistiske kampen for helbredelse, har tanken på recidivet noe langt mer dystert, ja, depressivt, over seg. Recidivet bærer på en helt annen måte i seg truselen om uforhet og død.

Samtidig trenger recidivet slett ikke inntreffe. I alle fall kan det ta seg god tid. Og livet skal leves, for mange sammen med ektefelle og barn. Mange kreftpasienter har vansker med å vende tilbake til de friskes rike. Kreft maner fram så sterke bilder av håpløshet og undergang at tilværelsen som frisk blir utrolig.

I denne sammenhengen tror jeg atførbingsbegrepet kan gis et positivt og reelt innhold. Og legens rolle i denne prosessen kan ofte være av største betydning. Nøkkelen til påvirkning ligger i kunnskap om kreftens ofte gjennomgripende betydning for de fleste pasienters liv, og i interesse og kjennskap til den enkelte pasient. ■

## TEMA: Når legen

# Stress og ut

Bokomtale og personlige betraktninger.

Av Nils Johnsen   
bydelslege i Oslo

Nils Johnsen er cand. med. fra Utrecht 1969. Han var distriktslege i Nes i Ådal i 10 år og arbeider nå som bydelslege i Oslo. Han er gift med lege og har prøvd seg som hjemmepappa med barn på ryggen og på magen i 1 1/2 år.

■  
Stress snakker vi alle om, nå også disiplinert om følger for hjelpearbeidere.

Steinar Stjernø har presentert et stort forskningsarbeide i bok fra Universitetsforlaget. "Stress og utbrenthet" er en analyse av sosialarbeideres arbeidsmiljø yrkesbelastende byrder.

Sosialarbeideren er almenpraktikerens samarbeidspartner, og profesjonene har felles trekk. Skal almenpraktikerens yrkes-situasjon fram i lyset, er boka en nyttig lykt. Vi mangler søkelys på mange av de vanskelige sider i arbeidet med mennesker.

Stjernø går til by og bygd og

# blir pasient

# SS

# Utbrenthet

gjør en omfattende analyse av sosionomers (også kontorpersonell og sosialfullmektigers) arbeidsbelastninger og deres betydning for stressymptomer. Som indikator på stress står psykosomatiske besvær i focus.

Ikke forbausende er det å lese at sosionomer har en tøff arbeidssituasjon og rikelig med plager, og det er verst i byene.

klientorienterte sosionomer med liten handlefrihet og sosionomer med stort arbeidspress som ror i byråkratisk motstrøm sliter mest.

Det er verre å kjøre med bremsen på enn i stor fart. Hvor leder det så hen? De som er mest motivert for jobben slutter oftere enn andre.

En slik paradoks situasjon sier noe om arbeidets feilaktige vilkår. Men Stjernø's bok begrenser seg ikke til begredelighetsforskning. Arbeidet positive sider og oppskrift for mottiltak er også kommet med. Her er klare veivisere bort fra den uttørrede strand på det nedslitte stadiet, skjont gjennomføringen av motiltakene er ikke bare enkle.

**Hvorfor er boka nyttig lesning for deg og meg? Fordi:**

- sosionomen er vår samarbeidspartner

- yrkesbelastningen leder sosionomen til oss som pasient

- og det er mange felles trekk i

arbeidet og derfor lærdom å hente for egen arbeidssituasjon og helse.

Er så stress og utbrenthet også aktuell problematikk for almenpraktikeren? Er det hensiktsmessig å høre flere hulk nå når vi seiler i medvind i en luksusprofesjon?

Men en viss grad av luksus er nødvendig for å tillate pessimisme, og "syting" unngås ikke ved neglisjering.

Vi må forstå og forholde oss til utbrentheten som vi i forskjellig grad vil oppleve for å kunne dyktiggjøre oss i mestring av den.

Vi har få analyser av norske almenpraktikeres syn på sin arbeidssituasjon. Distriktslegeundersøkelsen belyste noe. Yngvar Løchens "Behandlingssamfunnet" også noe, men faktorer som fører til utbrenthet kommer ikke klart fram.

Ann Cartwright peker i boka "General Practice Revisited" på stor yrkestilfredshet blant engelske leger, skjont faktorer som frustrerer har en dominerende plass i hverdagen.

"Jobben er ålreit, hadde det bare ikke vært for pasientene," er ikke utelukkende en fleip uten snev av følelkesmessig innhold. Det er klart at vi også går luta lei.

I det følgende skal jeg forsøke å

tilnærme meg problemet utbrenthet med basis i personlige almenmedisinske erfaringer.

Det er noe mer enn å være luta lei på fredags kveld etter en lang uke. Det er ikke emosjonelle tidevannssvingninger men en tilstand av en viss varighet i hvilken den faglige vitalitets turgor er svunnet hen, og lysningsbladet blir fristende lektyre om det ikke hadde vært for ulykkelig medisinsk kjærlighet eller store banklån.

Det utbrente syndrom er beskrevet som en tilstand av depressivitet med uttalt tvil om egen verdi, faglig og ofte personlig.

- Pessimisme med økende faglig nihilisme

- Økende arbeidshemming med mangel på arbeidslyst og -glede samt psykosomatisk besvær som angst, uro søvnløshet, matutine magesmerter etc.

Syndromet i full blomst forestiller jeg meg slik det er billedliggjort av Dante: "Jeg døde ikke, men det fantes ikke liv igjen."

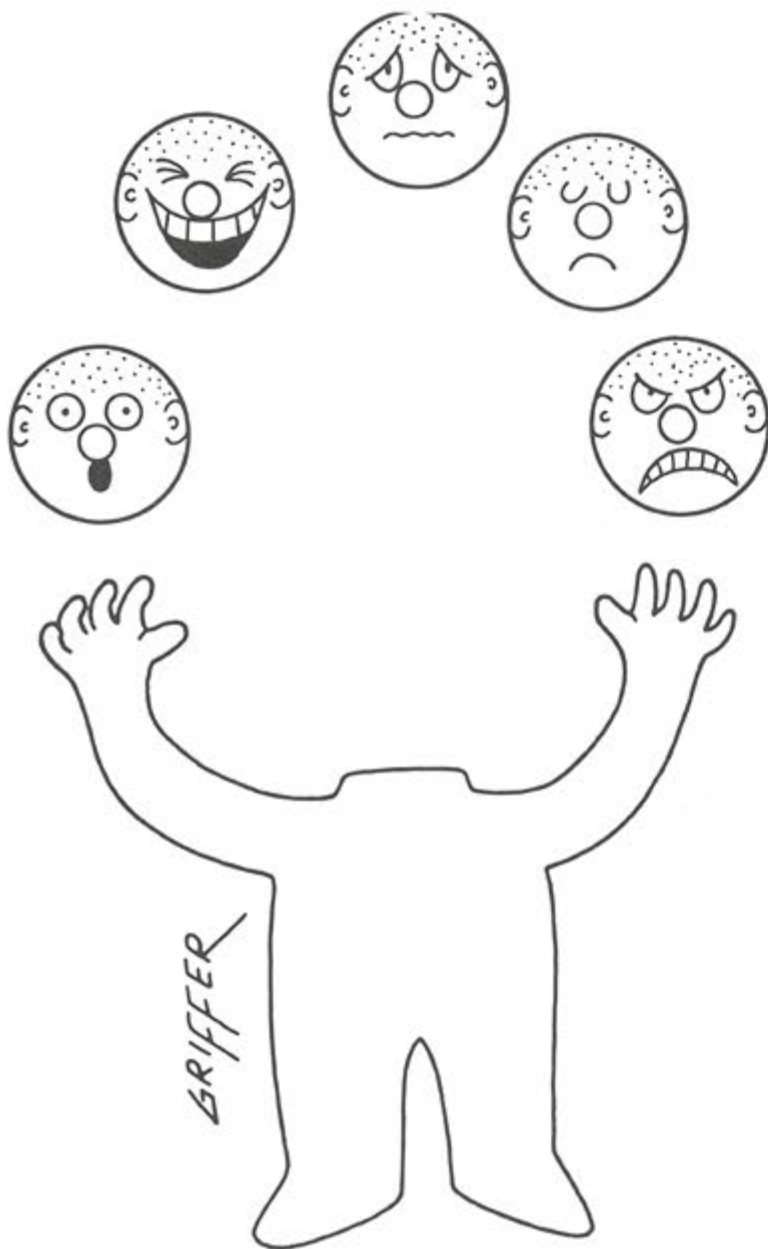
I det følgende skal jeg se på enkelte faktorer som jeg selv har opplevd som viktige for å være brennende.

Målet må ha mening. Det må gi lys og varme, gode effekter, og dette må jeg oppleve.

Som arbeider i et hjelpeyrke forventer jeg resultater, og om jeg erkjenner det eller ikke, er det et element i min yrkesmotivasjon at jeg skal gjøre gode og meningsfulle gjerninger og bli satt pris på. Almenpraksis har mange slike oppgaver, jordnære og håndfaste, men lett blir disse tapt av syne. Almenpraktikeren opplever ofte at kirurgen ser det sydde sår mens en selv ser at tiden går og klagen består.

Det er glede å oppleve i kontinuitet, men sannelig skal tålmodet være din venn. Bekreftelser fra resultater av virksomheten er ofte kun å se som drypp. Mange av våre pasienter er kronikere og gjengangere, og våre målsettinger ofte lite realistiske. Vi glemmer at behandling for å klare neste runde ofte er god behandling selv om neste runde er kort. I vårt fag er vi tvunget til å leve med langsiktige mål i vårt terapeutiske arbeid og ikke bare la følelsen av kompetanse og mening i virksomheten være avhengige av hva en ser her og nær.

Bekreftelse trenger vi også av våre pasienter, men har vi ofte



arrogante sperrer for mottak. Det er vanskelig å ta imot pasienters takk og omsorg på en naturlig måte. Vi rødmer lettere av flauhet enn av glede når pasienten gir naturlig menneskelig omsorg og varme og viser takknemlighet. Er vi redd det skal rokke en innbilt autoritativ posisjon?

### Bål kan og brenne ut når varmen er for sterk.

Er tempoet for rått og ambisjonene for store, kan entusiasmen lede en inn i Faglige Skyggers Dal. Endeløse arbeidsdager uten hvil og uten nødvendige pauser, men har må vi ha lov til å håpe at blir vi flere, blir det bedre.

Ellers tror jeg at også vi møter farer som sosionomene at å ro mot strømmen kan bli det tyngste. Det

skal bli spennende å se hvorvidt den nye loven presser almenpraktikeren inn i en grenserolle hvor en blir skviset mellom barken og veden representert ved pasienten på den ene side og byråkratiske administrative oppgaver med helsepolitisk ansvar på den annen.

### Manglende brennstoff gir også døende bål.

En av de store almenmedisinske gleder ligger i spredning og variasjon, og det kan skape faglig utfordring og god pyromanlyst. Det er klart at det er begrenset hva en orker av snørr og tårer, og de fleste av oss vil vel innrømme at vi flammer opp og brenner godt når det dukker opp en sjelden tyri.

Praksisvirksomhet der alt av fag-

lig utfordring forsvinner til nærmeste spesialist tror jeg brenner dårlig. Vi trenger faglig utfordring og faglig fornyelse, og det kan være fristende å si at: "Jacks of all trades and masters of none has little of professional fun"! Det generelle og almene har så mye spesielt ved seg at det ikke mangler på kilder til drivstoff.

Jeg tror mange har opplevet slukningsfaktorer som det vanskeligste, og den verste er surstoffmangel.

Leger før oss har alltid arbeidet i et surstoffrikt klima. Helse-tjeneste var meningsfylt. Ja, i slutten av det forrige århundre var legen og hans gjerning symbolet på fremskritt og det nye liv. Han representerte naturvidenskapen, utviklingen og endog det radikale livssyn. Helt fram til slutten av sekstiårene var det liten negativ kritikk mot helsetjenestens formodede hoder.

Så kom det en slag skjebnetime som det har vært vårt lodd å vandre i. Det kom en tid for likferder i hvis fotefar få blomster vokste opp. En helseideologisk nihilisme fikk mer eller mindre fritt spill, men ikke tror jeg at helseideologene som formelig slåss om å formulere de saftigste og mest velformede utsagn hadde til intensjon eller var klar over at de stjal surstoff fra oss som brant i marken. Det var vanskelig å brenne i luft forurenset av tvilsomme utsagn som: "Helsetjenesten betyr neppe stort for helsen", "Folk lever lenger og bedre uten leger" og "Det er en betydelig forskjell mellom en god og dårlig lege, men neppe mellom en god lege og ingen".

I denne tiden da man gjorde sitt beste for å slå barnet ut med barnevannet, grodde naturlig nok legehetsen frodigere opp enn noensinne. Det var vanskelig å tro at det var alle dine venner, kolleger, slyngler som bare prøvde å skvise trygdekassa best mulig for egen velferd.

Det vanket mange slag i hodet, men spark i hodet leder til spark fra bena. Det var vanskelig å være skyteskive uten å ende opp i konflikter hvor det var pasienter som mottok sparkene. Jeg tror flere enn meg tenker med gru på situasjoner som endte i konfrontasjoner. Jeg er overbevist om at den som dukkes, selv dukker andre og lett mister profesjonell og terapeutisk forstand.

Tennveske kan også i for store doser ha kvelningseffekt. Det

hemningsløst positivistiske synet på helsen som et lykke stadium med fravær av alt ubehag kan nok i overskuddstider være ideologisk drivstoff, men i store doser konfrontert med realiteten skape grobunn for skuffelse. Det tar tid i praksis å oppleve at helsen ikke er det eneste mennesket har og ikke nødvendigvis det samme som frihet fra alle plager. "Helse for alle i år 2000" er ikke bare en drivende tennvæske.

### Blåsebelger:

Åpenhet er ikke vår styrke, men det er viktig og går an å erklære "jeg gjør feil", "jeg strekker ikke til". Det går an å erklære for seg selv, sine pasienter og kolleger. I framtida tror jeg at vi må venne oss av med frykten for å bli kikket i kortene. Vi bør dele våre konsultasjoner med våre kolleger, og som kolleger lære å være hverandres blåsebelger, ikke brannslanger.

Vårt fag er fullt også av almenmedisinske gleder. De må vi dele med hverandre og utforske. Jeg tror at det er nyttig også å rent spesialisere seg innad i det generelle. Bli "stengalen", ultralydfans eller "familieidiot". Det er deilig gjødning med generell virkning å hente i det spesielle.

Men det er viktig å skape rom for mulighet til å drikke av andre kilder. Det finnes noe annet enn medisinsk virksomhet.

Vi må være klar over at det er farlig å brenne ut uten å oppdage det og gjøre noe med det. Farlig for oss selv, men ikke minst også for våre pasienter.

### Hvor leder veien fra et sluknende bål?

Vi kan selvsagt hoppe av. Snekker er ingen dum ting å være, men de fleste av oss vil nok fortsette, og da er det to hovedretninger som peker seg ut. Den ene veien heter distansering og den andre engasjement.

Distansering bringer med seg en form for pasientfientlighet og avstandstagning. Det kan vi gjøre i rund og firkantet form.

Runde og overaksepterende i moderne kafeteriaform, smilende, klappende pasienten på skulderen, og tilby hva det nå enn måtte være.

Allikevel har det vel vært en tendens til å distansere seg i firkantform. Det har liksom vært lettere å skape ny autoritet som belærende formynder, nymoralist



Honore Daumier: "Hvorfor går mine pasienter bort? Jeg årelater dem, gir klyster og medisiner ...Jeg forstår det ikke!"

og forbruksdirigent.

Jeg tror og håper at det gå an å finne fram på veien langs engasjementlinjen. Heldigvis for oss er krefter utenfor oss drivende i denne retning. Engasjementlinjen er preget av delaktighet og demokratisering. Dette er et klart ønske fra pasientene, og det er den nye lovs positive understrøm. Jeg skulle ønske vi

som almenpraktikere kunne komme på offensiven og prege engasjementlinjen med kreativitet og fantasi. Da kan en helseideologi fri for snerpethet eller grådighet vokse frem i forvissning om at veien til bedret behandling går gjennom samhandling. Da er jeg overbevist om at et almenmedisinske bål kan brenne til tross for stress uten utbrenthet. ■

## TEMA: Når legen blir pasient

# Hvilke bøker bør skrives



Almenpraktikernes litterære  
ønskeliste

Av Anne W. Shetelig  
og Steinar Westin

60 kolleger svarte på Publiseringsutvalgets<sup>1)</sup> oppfordring i Utposten nr. 3/1984 om å bedømme 16 angitte bokforslag. Svarene er presentert på motstående side. Problemstillingen var: Hvilke bokutgivelser tror du norsk almenmedisin har mest behov for? Vurder hvert forslag ut fra spørsmålet: Tror du dine kolleger vil ønske å skaffe seg en slik bok selv?

Hensikten med denne enkle meningsmålingen var for det første å få et varsel om på hvilke felt savnet av bøker er sterkest innen norsk almenmedisin. Dernest håpet vi å få en rekke nye ideer til bokutgivelser. Meningsmålingen er ingen tungtveiende markedsundersøkelse, og vi vet ikke om den er representativ for norske almenpraktikere. Med disse forbehold tillater vi oss likevel å vurdere en del av resultatene.

Det må bemerkes at svarprofilene var svært forskjellige, som rimelig kan være. Noen bruker hele spekteret av tallverdier mens andre øyensynlig mener det kanskje er behov for alle bøkene og at kollegene vil skaffe seg de fleste. Bedømt ut fra gjennomsnittsverdiene er da også alle bokforslagene "kanskje en god ide".

Hva er grunnen til at man prioriterer en boktittel høyt? Det er nærliggende å tro at man føler savn av kunnskap eller systematikk innen et felt hvor man ofte møter problemer i almenpraksis. Tyder det på manglende undervisning i studiet? Eller mangler det lærebøker med den ønskede vinkling mot problemet i almenpraksis? Går den faglige utvikling så fort at man trenger nye bøker med en samlet fremstilling av nytt og matnyttig stoff? Det er fristende å spekulere litt over dette når man ser på de fire boktitlene som peker seg ut som de mest interessante.

Det er for det første "Muskel-skjelettsykdommer i almenpraksis". Holder vår enkle meningsmåling stikk, skulle denne boken bli en bestselger. Hvorfor?



Det er vel egentlig ikke så overraskende. Praksisundersøkelser viser at dette er et særdeles hyppig problem i almenpraksis. Belastningssykdommer er i ferd med å bli et begrep på folkemunne, og innen arbeidslivets organisasjoner er man i økende grad opptatt av det forebyggende aspekt. Dette er dagligdagse og ikke sykehusrelaterte problemer. Det er ganske sikkert en svært hyppig sykemeldingsgrunn. Diagnose og behandling foregår i stor grad hos primærlegen. Som det tidligere er påpekt i Utposten, er det avsatt altfor liten tid til dette felt i studiet til tross for at det foregår en stadig utvikling vedrørende diagnostikk og behandlingsmuligheter. Det finnes ingen lærebok som har systematisert dette med henblikk på hva man kan/bør foreta seg i almenpraksis. Mange er det nok som føler at man forskriver fysisk behandling, medikamenter eller cortisoninjeksjoner på et noe usikkert diagnostisk grunnlag. En god bok (supplert med kurs) kan sikkert rette opp en del av dette, men det er vel også grunn til på ny å rette blikket mot grunnutdannelsen for å bedre kommende kollegers kompetanse.

Boken om "Svangerskapskontroll i almenpraksis" kommer som nr. 2 på ønskelisten. Dette feltet har jo siste år vært et omdiskutert tema, og det har vært pekt på at svangerskapskontrollen er for dårlig. Det skjer en rask faglig utvikling som nødvendiggjør ajourført viten og mer standardiserte rutiner. Det er også mange sider ved kontrollen som bør vies større oppmerksomhet, som "de vanlige svangerskapsplagene", psykiske og sosiale forhold m.m. Tilgjengelig litteratur er vesentlig lærebøker i obstetikk som i liten grad dekker behovet for en ajourført håndbok til bruk i almenpraksis.

Ønsket om et bok om geriatri antar vi skyldes problemets økende omfang i praksis. Dette er dessverre også et felt som er viet liten oppmerksomhet i studiet. At forskjellige problemer innen geriatri de senere år er tatt opp i egne kurs som har fått stor oppslutning, tyder også på at det her er et udekket behov.

Noe overraskende kommer ønsket om bok om diabeteskontroll såvidt høyt. Vi trodde at Hoecht's hefte om diabetes dekket en del av dette behovet, men det er kanskje ikke tilstrekkelig? Å drive god diabeteskontroll i praksis kan være vanskelig og tidkrevende arbeid. Studiet og tilgjengelige lærebøker inneholder kanskje i

for liten grad praktiske råd som man har behov for i dette arbeidet. Den faglige utvikling skjer her enormt fort, og det er nok behov for en ajourført fremstilling vinklet mot problemene i praksis.

Generelt synes vi listetoppen preges av håndfaste praksisorienterte temaer, mens emner av mer forebyggende teoretisk art er prioritert lavere. En bok om familien i almenpraksis er for eksempel ikke blant de høyest prioriterte. Dette er overraskende når man vet hvor stor interessen er for dette temaet blant almenpraktikere i andre land. Er det kanskje nettopp fordi vi ikke har hatt noen god litteratur om dette på norsk?

Til slutt vil vi takke for alle de nye forslag vi fikk. Det var mange. Følgende gikk igjen flere ganger:

- .Psykiatri i almenpraksis
- .Gynekologi i almenpraksis
- .Samfunnsmedisin/offentlig helsearbeid

Dessuten refererer vi noen av forslagene fra den lange ønskelisten av bøker som enda ikke er skrevet:

- .Seksualopplysning/prevensjonsveiledning i lokalsamfunnet
- .Hodepine som symptom/plage
- .Lærebok i småkirurgi for almenpraksis
- .Allergi i almenpraksis
- ."Nyttige tips til almenpraktikeren": Tips-samling fra kolleger
- .Sosialmedisin i almenpraksis
- .Ny grensedragning mellom spesialitet og almenpraksis
- .Ernæring/kokebok ved vanlige sykdommer/plager

- og til slutt dette ubeskjedne ønsket:

- .Diagnostisk arbeid i almenpraksis organisert etter vanlig norsk mønster med lange reiseavstander og for de vanligste lidelser. Eventuelle kombinerte terapi/diagnostikk-"smørbrødlister" som almenpraktikere og spesialister kan enes om og som kan redusere helsebudsjettene.

Er det noen som kan påta seg å være Norges John Fry - han med boka "Common diseases"? I all beskjedenhet må vi innrømme at vi i Publiseringutvalget ikke uten videre kan påta oss å skaffe kollegene alle de bøkene de helst vil ha. Vi er avhengige av at kolleger blant spesialister og almenpraktikere er villige til å skrive dem, og at Universitetsforlaget finner det økonomisk

forsvarlig å utgi dem. Men i dette spørsmålet tenker vi langsiktig. En litterær ønskeliste fra 60 almenpraktikere vil være en nyttig veiledning for Publiseringutvalgets videre arbeid.

Takk for hjelpen så langt!

- 1) Norsk selskap for almenmedisin's Publiseringutvalg:  
Steinar Westin  
Aage Bjertnæs  
Per Hjortdahl  
Anne W. Shetelig

## Almenpraktikernes litterære ønskeliste:

# Hvem svarte



Her er noen av kjennetegnene ved de 60 kollegene som sendte inn ønskelisten:

Det var 48 menn og 12 kvinner. Alderen varierte fra 28 til 66 år. Gjennomsnittsalderen var 37 år med 35 år som medianalder.

Det var 29 distriktsleger, 8 bydelleger og 17 privatpraktiserende leger, mens 6 er rubrisert under andre legestillinger. I tråd med dette hadde 28 landdistrikt som praksissted, 20 praktiserte i by og de øvrige på tettsted (<5000 innbyggere).

Antall år i almenpraksis var fra 0 til 28 år, med et gjennomsnitt på 7 år, og en median på 6 år.

Alle fylker unntatt Vestfold og Telemark var representert blant svarerne.

# Norsktoppen-

## Hvilke bøker ønskes mest?

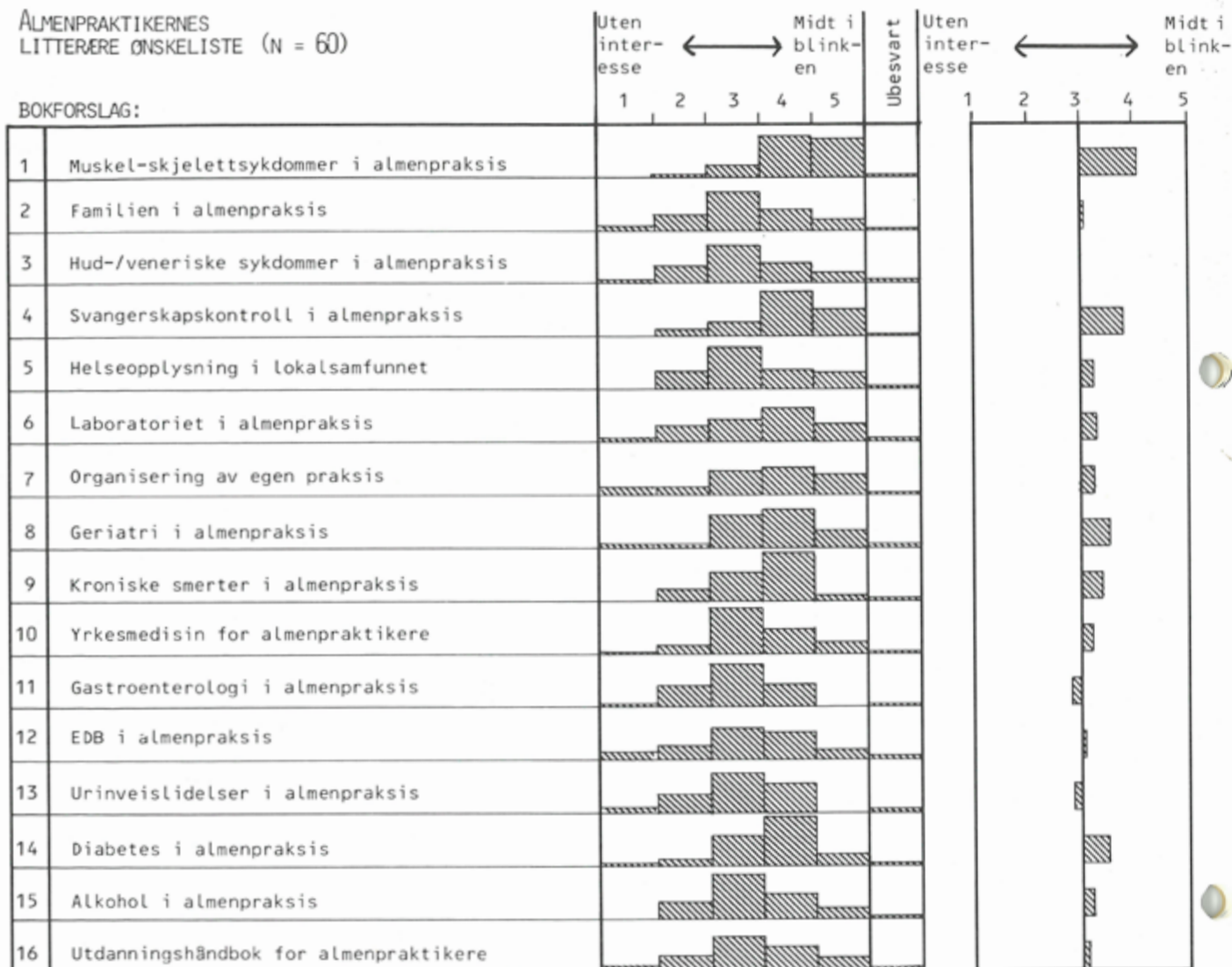
Nedenfor gjengir vi resultatene

fra de 60 innsendte svarslippene fra Utposten nr. 3/1984. Svarfordelingen presenteres som histogrammer, der søylenes høyde angir

hvor stor prosent av deltakerne som har krysset av på hvert av de fem trinnene fra "uten interesse" til "midt i blinken". Til høyre er svarenes gjennomsnittlige tallverdi fremstilt grafisk med midtverdien 3 - "kanskje en god ide" - som utgangspunkt.

ÅLMENPRAKTIKERNES  
LITTERÆRE ØNSKELISTE (N = 60)

BOKFORSLAG:



## Stillingsstrukturen en stadig hode

Subjektive inntrykk fra Lægeforeningens landsstyremøte 28.-29. mai.

Lægeforeningen har tidligere hatt landsstyremøte (lukket) annet hvert år i forbindelse med det åpne landsmøtet hvor alle medlemmer kan delta. Foreningen vedtok i fjor under landsmøtet i Loen at man heretter også skal ha et kort landsstyremøte i de mellomliggende år. Slikt møte ble for første gang avholdt på Soria Moria i Oslo 28. og 29. mai. Det var litt skuffende å dra fra strålende sommervær og sambastemning i Tromsø til skyet vær i Oslo-området. Det var forøvrig tunge skyer med tendens til torden innendørs også.

## □ Av Ivar Sønbo Kristiansen formann i Oll/ass. fylkeslege i Troms.



Det stod fire saker på kartet. Tre av disse var hva de fleste vil oppfatte som bagatellmessige. Det gjaldt en mindre endring av Lægeforeningens lover, omgjøring av spesialiteten lungemedisin til en grenspesialitet under indremedisin og endring av spesialistreglene i fysikalsk medisin. Disse sakene vakte lite debatt og ble behandlet på rekordkort tid. Den saken som satte sinnene i kok og tok tid, var stillingsstrukturen ved sykehus.

I 1981 fremla en arbeidsgruppe med representanter staten, Norske kommuners sentralforbund (NKS) og Lægeforeningen et forslag til endret stillingsstruktur ved sykehusene. Dette innebar omgjøring av underordnede stillinger til overordnede for å begrense produksjonen av spesialister. Dette forslaget ble blankt avvist av YLF, vesentlig fordi det ville frata legene muligheten til å sitte mange år i underordnet stilling i sentrale strøk av landet. Forslaget ble formelt forkastet av ekstraordinært landsstyremøte i Lægeforeningen høsten 1981.

arbeid hva angår konkrete forslag til omgjøring. Arbeidsgruppen foreslo imidlertid denne gangen at de omgjorte stillinger skulle få betegnelsen spesiallege og at det skulle forhandles særskilt om lønns og arbeidsvilkår. NKS forutsatte dessuten at leger skulle få begrenset (14 år) adgang til å inneha underordnet stilling. Hensikten med dette var at ferdig utdannede spesialister skulle tvinges til å søke fast stilling for derved å få besatt alle overordnede legestillinger i utkantfylkene.

Ylf (Yngre legers forening) og Osf (Overordnede sykehuslegers forening) hadde før møtet på Soria Moria inngått allianse i stillingsstruktursaken. Mange undret seg over denne alliansen mellom foreninger som tradisjonelt har vært i opposisjon til hverandre. Begge foreninger var skeptiske til å forhandle med NKS og staten om en løsning.

Ved åpningen av møtet ble det fremlagt to forslag til vedtak, ett fra Ylf og ett fra sentralstyrets flertall. Forslagene var temmelig like. Ylf's adskilte seg ved at det ville gi faste underordnede leger i sykehus. Ylf avviste blankt 14-årsgrensen for underordnet legestilling og foreslo i stedet en ordning med seks måneders pliktjeneste for å dekke utkantfylkenes spesialistbehov. Begge "leire" innså behovet for forhandlinger om omgjøring av underordnede til faste stillinger.

Det var sterke følelser blant møtedeltagerne; særlig blant Ylf'erne som forståelig kan være. Misnøyen blant foreningens yngste var til og ta og føle på. De ville rett og slett ikke lenger finne seg i at deres stillinger skal være tidsbegrenset. Ordningen innebærer en sosial belastning som ingen lenger er villig til å akseptere skal man tro deres tillitsvalgte. Det ble

forslag på den ene side og sentralstyrets på den annen. Hovedeffekten var naturligvis at begge leire ble mer overbevist om eget standpunkt (hvorfor skal man ellers gå på talerstolen??).

Vi gikk derfor til middagsbordet om kvelden uten avklaring. Aplf og Oll hadde felles gruppemøte. Gruppen teller for tiden ca 35 representanter og utgjør således en ikke ubetydelig maktfaktor hvis man opptrer samlet. Det ble antydning mulighetene for en hestehandel. Primærlegene skulle støtte Ylf mot å få det nødvendige antall øremerkede stillinger for primærleger i sykehus.

Ylf hadde også sarmøte. Gledelig nok var "signalene" (smlgn. referat fra landsmøtet i Loen!) fra Ylf at man ikke hestehandlet om så viktige prinsipper som stillingsstrukturen. Som noen unge, kvinnelige kolleger uttrykte det: "Vi selger hverken vår dyd eller våre prinsipper!" Eller som noen eldre mannlige kolleger formulerte det: "Vi er villige til å hestehandle om kandidater til sentralstyret, men ikke om fundamentale prinsipper".

Stemningen var amper neste dag. En del av de yngste mumlet om å forlate federhuset; en trussel som vel ikke ble tatt helt alvorlig. Presidenten nedla et kjempearbeid for å forene motstridende interesser og få et enstemmig vedtak. Tross lange sarmøter i sentralstyret fikk landsstyret seg likevel forelagt to forslag til vedtak. Forslagene var like på ett ord nær: "bør" og "skal". Ylf stemte for at tidsbegrensning "skal" begrenses til det strengt nødvendige. Da de fikk flertallet mot seg, forlot de møtet i protest. Men kom snart tilbake. Flertallsvedtaket kan leses i Tidsskriftet nr. 16-18/84. De fleste vil nok mene at flertallet gikk langt i å imøtekomme Ylf.

Nå har det neppe stor betydning hvilket forslag som fikk flertall. For legene er det et beklagelig faktum at de ikke alene kan bestemme stillingsstrukturen i norske sykehus. Mitt inntrykk er at Lægeforeningen i realiteten står overfor to dårlige alternativer: La det skure med de problemer underordnede leger har i dag eller gå til et forhandlingsbord hvor motparten har mer å si enn hva som godt er.

Det er slutt på at legene er overlegne ved forhandlingsbordet. Det kan være ubehagelig for legene, men er kanskje sunt for folkehelsen????

# pine for Lægeforeningen

Lægeforeningen nedsatte istedet et internt utvalg som i 1983 fremla nytt forslag til stillingsstruktur med omgjøring av underordnede stillinger til faste stillinger. Dette forslaget dannet våren 1983 grunnlag for en ny arbeidsgruppe med representanter fra NKS og Lægeforeningen. Utvalget fremla sin innstilling i mars d.å..

Det siste forslaget bygget på Lægeforeningens interne utvalgs-

fremholdt at de tillitsvalgte får stadig større problemer med å håndheve tilsetningsreglene.

Representantene for Aplf (Almenpraktiserende lægers forening) og Oll (Offentlige legers forening) var særlig opptatt av at det måtte skapes øremerkede stillinger for primærleger som trenger sykehustjeneste.

Det ble holdt mange flammende innlegg til fordel for Ylf's

# Inntrykk fra kurs for almenmedisinske lærere i Dubrovnik



Dubrovnik 1984

I slutten av april var en gruppe med 33 kolleger samlet i Dubrovnik til et fire dagers kurs med temaet: "The training of teachers of general medical practice". Formålet med kurset var å hjelpe almenmedisinske lærere til bedre planlegging og gjennomføring av undervisning.

Av Herman Anker   
Oslo helseråd/Universitetet  
i Oslo

## Hvorfor velge nettopp Dubrovnik som møtested?

Dubrovnik er best kjent som en middelalderby ved Adriaterhavet, omgitt av festningsverk og bymurer som skjærer havnen og verner om klostre og kirker - et strategisk handels- og kultursenter med en dramatisk historie og tradisjon som uavhengig bystat. Byen har bevart sin egenart som i dag sjarmerer mange turister, enten de flanerer over marmorbelagte smug slipt av århundres skritt, slår seg til ved fortausrestaurant, lytter til kammerkonsert i en borghall eller nyter badelivet.

Valget av Dubrovnik har imidlertid en akademisk bakgrunn, som sete for Inter-University Centre of postgraduate studies (IUCO). Denne institusjon som ble opprettet i 1970 etter initiativ fra Universitetet i Zagreb, har i dag tilslutning fra ca. 140 universiteter spredt over hele verden.

Til disse hører også våre fire hjemlige universiteter. Hvert år organiserer IUC ca. 40 konferanser, kurs og seminarer av inn-til flere ukers varighet. Emnene favner over et vidt felt: Vitenskapsfilosofi, filosofi og samfunnsvitenskap, religion, fredsforskning, internasjonalt samarbeid og folkerett, kvinneforskning, kunst, litteratur og medisin. IUC holder til i en gammel skole omgitt av pinjer og syresser med utsyn mot havet - et sydlig Soria Moria, men mer beskjedent utrustet enn vårt pedagogiske palass i Oslo.

Kursledelsen omfattet flere tidligere medlemmer av Loewenhorstgruppen, blant andre Sigurd Humerfelt, den frodige Zelimir Jaksic fra Zagreb og som kurskoordinator John Horder, tidligere president i Royal College of General practitioners. Deltagerne fordelte seg på følgende land: Jugoslavia, Hellas, Portugal, Belgia, Storbritannia, Norge, Sverige, Danmark, Finland og Øst-Tyskland, foruten en forskningsstipendiat fra New Zealand. De påmeldte deltagerne fra Ungarn, Tsjekkoslovakia og Sovjet gav avbud i siste øyeblikk. Det forteller noe om høy motivasjon og knapp økonomi at to kvinnelige kolleger reiste fire døgn med tog fra Lisboa til Dubrovnik.

Kurset var lagt an som en pedagogisk øvelse i planlegging av en undervisningsmodul for almenpraktikere. Deltagerne ble delt i fire grupper, hver kløktig sammensatt av 7-8 personer fra nord og sør, øst og vest. Likeledes ble gruppelederne utpekt etter kompasset. Arbeidsformen vekslet mellom plenum og gruppeseksjoner.

gruppene ble stilt fritt til å velge mellom to temaer, "befolkningsrettet helsearbeid" og "konsultasjonen". Denne valg-situasjonen avspeilte deltagerens frnrskjellige bakgrunn i helse-tjenesten, deres undervisnings-erfaring og interesseområder.

Utfallet av valget ble 3 : 1 til fordel for den samfunnsmedisinske oppgaven, som vel var den vanskeligste å avgrense. Belgierne syntes å være mest individorienterte, to av dem forlot sine grupper for å slutte seg til "konsultasjonsgruppen".

Etter belgisk frafall besto vår gruppe av 2 jugoslavere, 1 finne, 1 brite, 2 portugisere og 2 nordmenn. Flere hadde vansker med å uttrykke seg på engelsk og vår britiske kollega lot seg lett overtale til å være gruppens referent. Enkelte opplevde den

innledende diskusjon om pedagogisk planlegging, med begreper som mål, faglig innhold, læremidler, ressurser og evaluering, som en fremmed og abstrakt verden, fjern fra deres medisinske hverdag med arbeidsløshet, fattigdom og sult. Det ble derfor særlig viktig i gruppeprosessen å konkretisere slike begrep med eksempler som illustrerte det almene i ulike arbeidssituasjoner. Gjennom prinsipielle diskusjoner og berikende digresjoner med felles jordnære "a-ha" opplevelser, komponerte vi etter hvert en utdanningsmodul som fellesskapet

kunne enes om - en referanseramme for eget videre arbeid.

Kunne vi tegne konturene av en felles europeisk modell? Neppe. Dertil er ulikhetene ennå for store. Som pionerland har Storbritannia 25 års erfaring, mens Hellas står på bar bakke. Finland satser på endoskopi som rutineundersøkelse i almenpraksis, mens den portugisiske kollega sjelden er utrustet til å utføre urinmikroskopi.

Kursets spesielle verdi var opplevelsen av faglig fellesskap og identitet i samarbeid om felles

pedagogiske oppgaver i en situasjon som var lærerik, men ikke belærende.

Kurset vil bli gjentatt neste år med en litt annen profil som legger mer vekt på deltagerens egne undervisningssituasjoner, f.eks. illustrert ved rollespill. Det kollegiale og sosiale samvær var meget inspirerende, ikke minst takket være det jugoslaviske vertskaps gode omtanke og gjestfrihet. Dessuten er Dubrovnik et rimelig og familievennlig reisemål å besøke. ■

# Referat fra SIMG-symposium, Antwerpen 11. og 12. mai 1984

□ Av Magne Nylenna □

"Research by and for general practitioners" var temaet for SIMG-symposiet som fant sted i Antwerpen i mai i år. I alt møttes ca. 120 almenpraktikere fra 16 land til et to-dagers symposium som skulle ta for seg de fire emnene:

1. Hvordan formulere spørsmål og problemstilling ved almenmedisinske forskningsprosjekter?
2. Hvordan velge den rette metode?
3. Hvordan samle de nødvendige data?
4. Hvordan trekke de rette konklusjoner?

Symposiet var i stor grad basert på gruppediskusjoner, noe, som i slike sammenhenger alltid er både spennende og lærerikt. Om ikke annet får man innsikt i kollegers hverdag og problemer under andre himmelstrøk. I den forbindelse er det tankevekkende å oppdage de kulturelle forskjeller det fortsatt er mellom de forskjellige nasjoner i en tid da vi tross alt ser de samme fjernsynserier, hører den samme musikk, bruker samme klær og stort sett spiser den samme maten og har kommunikasjoner som gjør at vi faktisk bare lever få timer fra hverandre.

Ut fra egne forventninger om symposiet som et slags grunnkurs i almenmedisinsk forskning var det overraskende å møte en deltagermasse spekket med erfarne og kompetente almenpraktikere, samt en rekke av "veteranene" og "toppene" innen europeisk almenmedisinsk forskning. Gjennomsnittsalderen var høyere enn forventet, men hvorvidt dette representerer en trussel mot rekrutteringen er ikke godt å si. Gruppe- og plenumsdiskusjonene avdekket ved flere anledninger den tra-



## SOCIETAS INTERNATIONALIS MEDICINÆ GENERALIS SIMG

International Society of General Practice  
Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin  
Société Internationale de Médecine Générale

disjonelle "motsetning" som vi delvis også kjenner hjemme fra: De ekte almenmedisinske praktikere, som "bare har sine pasienters ve og vel for øye" på den ene side, og på den annen side de ekte akademiske forskere med høye krav til metodologi og vitenskapelig kvalitet. Dette er naturligvis karikert, men spenningene som vi her hjemme kjenner blant annet i diskusjonen om de almenmedisinske institutters praktistilknytning kunne tydelig føles. Dette er en beklagelig og farlig tendens som bør stoppes før den får skadelige konsekvenser. Det må være mulig, som ellers i medisinen, å forene en klinisk aktivitet med forskningsinteresse- og innsats. Dette bringer meg over i et annet aspekt ved den almenmedisinske forskning:

Hva er det det forskes i?

Både under SIMG-symposiet og et påfølgende to-dagers forskningsmøte arrangert av EGPRW (European General Practice Research Workshop) fremgikk det tydelig at den kliniske forskning er underrepresentert. Over hele Europa er det den mer helsetjenestepregede forskningen som dominerer og fortsatt er det registreringer av antall konsultasjoner, sykebesøk, diagnosegrupper, ventetid, henvisningsfrekvens etc., etc. som dominerer.

Det er viktig å huske at almenmedisinen først og fremst er et klinisk fag. Vårt hovedarbeid er å forebygge og behandle sykdom, og dette bør også avspeiles i den forskning vi driver. En

aktiv innsats for å dreie den almenmedisinske forskning i denne retning kan snart være indisert. Her hjemme har Norsk selskap for almenmedisin store oppgaver på dette område.

En annen biobservasjon etter noen dagers samvær med europeiske kolleger er at vi forskningsmessig ligger godt an her i Norge. Våre almenmedisinske institutter har på ingen måte noe å skamme seg over internasjonalt, og dette må det være hyggelig å notere seg for våre pionerer og ledere.

Som alltid er det ofte aktiviteten utenom grupperommene og foredrags-salen som blir husket. Akkurat som vi vel her hjemme har konstateret at vi i for liten grad bruker tid til å besøke hverandre og lære av hverandres erfaringer, gjør nok dette seg i enda sterkere grad gjeldende internasjonalt. De som systematisk har reist en del rundt og høstet erfaringer lovpriser alle denne måten å lære på. Kanskje kan vårt hjemlige Selskap kanalisere en del av sin internasjonale aktivitet nettopp på slik kollegial kontakt.

Alt i alt må de fire dagene i Belgia kunne betegnes som givende og vel verdt investeringen både tidsmessig og økonomisk. At et slikt opphold også medfører en del kulinariske gleder er noe ikke minst denne referent setter pris på. ■

Magne N.

# Bruk av pasientgrupper i almenpraksis

Av Gisle Roksund og Ole Bjørn Herland, distriktsleger i Siljan.

Jff daa der dante vnd vnses Soldt/  
So sey dettes vil dem Kreyg holdt/  
Erfars en andret ich bin jatt/  
Wir hat man zogen schoch roch matt.



Som almenpraktikere arbeider vi stort sett med enkeltpersoner. De fleste konsultasjoner foregår under fire øyne, i høyden trekker vi inn familiemedlemmer og pårørende. Fra psykiatrien kjenner vi godt til bruk av pasientgrupper i terapeutisk sammenheng. Innen helsestasjonsarbeid er svangerskapskurs godt kjent og utbredt. Endel ettervernsgrupper og treningsgrupper av forskjellig slag er drevet med utgangspunkt i institusjonshelsetjenesten. Bruk av grupper i mer daglig praktisk almenmedisin er mindre kjent og utbredt.

Ved legekantoret i Siljan har vi gjort noen erfaringer vi gjerne vil bringe videre til norske almenpraktikere. Det gjelder bruk av "pasientgrupper" i følgende sammenhenger:

## Hjertegruppe

Noe av det vanskeligste med hjertepasienter vil ofte være å skille hjertesmerter fra ikke-hjertesmerter. (Jeg synes ofte det er like vanskelig som pasienten selv). Oftest står vi overfor de samme problemstillinger med forskjellige pasienter.

Våren 1983 samlet vi sammen 6 menn i alderen 45 - 70 år som alle hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Alle møtte. De første møtene ga vi en strukturert innledning med noe anatomi og patofysiologi, etterhvert gikk praten svært så lett om det som lå den enkelte på hjertet. Det ble mye prat om symptomer og prognoser, om smerter og angst. Alle innrømmet å ha hatt tildels betydelig angst. Innleggelse i akuttavdeling hadde gjort voldsomt inntrykk: Møte med døden i nabosenga glemmer ingen.

Vi fryktet dominans og utflytende prat av de mest manifesterede hjertenevrotikere, men gruppedynamikken regulerte dette utmerket. Ved ett

møte dominerte en; den barske i gruppa poengterte at han slett ikke var kommet for å høre på dennes plager i det vide og breie. Neste gang dominerte den "barske" med sine plager.

## Ektefellegrupper

Starten på andre møte i hjertegruppa tok til med at en av deltagerne hilste fra kona, og sa at ektefellene vel så godt kunne trenge en slik gruppe.

Vi tok ballen i luften og arrangerte tre møter med ektefellene, parallelt med karfolket, men i adskilte rom. Ramma om møtene var ganske like. Et kostholdsmøte ble holdt felles etter ønske fra deltagerene.

Disse møtene med konene til hjertepasientene var noe av det artigste en ensom almenpraktiker kan erfare. Følgende typiske sitater fra gruppa viser tankene deres:

"Ååh, jeg har av og til all denne hjertepreiken opp i halsen, men jeg tør jo ikke si det!"

"Jeg er ofte trøtt og lei, men tør aldri bli sinna mer".

"Han er jo blitt som en unge!"

"Han fungerer ikke som mann lenger."

"Jeg må passe på han hele tida for at han skal holde dietten."

Disse damene hadde nok pratet sammen på hjørnet, men aldri så oppriktig om disse sidene av livet. Lettelsen var stor da de oppdaget at følelsene av skyld og utilstrekkelighet var felles og kanskje uberettiget. Den som hadde størst utbytte av disse møtene var kanskje likevel doktoren, som opplevde å komme så nær innpå disse kvinners følelsesliv. Hjerteinfarkt er sannelig noe mer enn transaminaser og EKG. ➔



populære leger, er fulle. I England er det ofte venteliste for å komme på listen hos enkelte leger. Det må være lite stimulerende å ha pasienter som en vent venter på å komme over til en annen lege. Den muligheten en norsk pasient har til å skifte lege hvis han ikke er fornøyd med behandling/ utredning er etter min mening en rimelig og meget viktig sikkerhetsventil både for lege og pasient. Vi er ikke, og blir aldri ufeilbarlige, vi får ikke like god kontakt og samarbeide med alle pasienter.

2. Listesystemet er ett passivt system. Det bestemmes sentralt hvor mange en full liste utgjør. I distriktene kan en da dele befolkningen med dette tall, og en har dermed nødvendig antall almenpraktikere. Har en så har fulle lister i et distrikt, vil incentivet til å yte service overfor pasienten bli redusert. I Norge har vi et konkurransemoment som arbeider til pasientenes fordel.

Når både listestørrelse og betaling pr. person på listen bestemmes sentralt, får staten kontroll over ikke bare det økonomiske men også over arbeidssituasjonen. Det er ikke nødvendigvis en fordel.

3. I det engelske system for almenpraksis er det lite incentiv til å drive småkirurgi, gynekologi osv.. Det har ingen takster

som stimulerer til bruk av fotometer, mikroskop eller taking og innsending av blodprøver. Mange kontorer har ingen laboratorie-fasiliteter i det hele tatt. Jeg har mange pasienter som har vært behandlet i England flere ganger for f.eks. fluor vaginalis uten noen gang å ha fått en gynekologisk undersøkelse.

Takstsystemet er etter min mening en av grunnpillarene i det "norske systemet" og er til stor nytte både for pasient og lege. Vi har mulighet til å ta i bruk både teknologi og tid i diagnose og behandling. Vi er ikke nødt til å sende pasientene videre til laboratorier og poliklinikker for problemer som forsvarlig kan løses på våre kontorer.

Listesystemet kan selvfølgelig kombineres med vårt takstsystem. Jeg tror det da ville gå kort tid før myndighetene av økonomiske og styringshensyn setter normaltariffen ut av drift, og vi sitter tilbake med et rent listesystem.

4. Norsk almenpraksis har inntil i dag krevet et minimum av administrasjon. Hvis listesystemet innføres, kan det gjøres på to måter:

a.) Udifferensiert med relativt

lite administrasjon, eller

b.) differensiert med mye administrasjon.

Hvis a.) velges, vil en lege med "tung" liste, f.eks. høy alder eller mye sosiale problemer hos sine pasienter, få samme lønn og betydelig lenger arbeidsdag enn en kollaga med "lett" liste. Det tas heller ikke hensyn til om nabolegen er lat, har mye sykdomsfravær eller er på kurs store deler av året. Typiske feriedistrikter vil komme uheldig ut. Distrikter med vanskelig kommunikasjon vil få store problemer. Hvis systemet skal virke tilnærmet rettferdig, må det en betydelig grad av differensiering til. Dette er delvis gjort i England, som da også har et gedigent byråkrati tilknyttet almenpraksis. Jeg tror vi får nok byråkrati i den nye helseloven uten å komplisere ytterligere.

Min konklusjon er fortsatt: Listesystemet er en anakronisme, konstruert for politikere og byråkrater, ikke for pasienter. Kortsiktige fordeler blir lett til store tap over tid. ■

EBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT

## Underslag av medisinske fakta

□ Av Carl Ditlef Jacobsen □  
Sentralsykehuset i Akershus

Utposten nr. 3/84 tok for seg temaet astma. De profylaktiske aspekter var lite omtalt. Vår akademiske medisin er tilsynelatende mindre interessert i å forebygge sykdom, og nesten all oppmerksomhet vies reparasjonsmedisinen. Så også i disse artikler om astma. Jeg tenker da helt spesielt på relasjonen til tobakksbruk og særlig foreldrenes røyk. Selv om WHO mange ganger har påpekt foreldrenes ansvar overfor barns (særlig spebarns) luftveier, får man ikke inntrykk av at allergologer og astmaspesialister tar dette særlig alvorlig. Det samme gjelder relasjonen til acetylsalicylsyre og lignende preparater som kan ha en

meget uheldig effekt på "bronchial hyperreactivity"-syndromer.

Jeg våger følgende påstand: en del av barna med hyppige forkjølelser og såkalt "bronchitt" eller "astmatisk bronchitt", og en del av av astmaanfallene til barn skyldes i stor grad at de utsettes for de meget bronchialirriterende substanser i tobakksrøyk. Noen barn som får "astma" under forkjølelssykdommer har pga. feber fått ASA av sine foreldre. Her bør det informeres bedre. Det er blitt en mani at ingen barn skal få lov til å ligge med feber, selv barneleger roper på et eller annet febernedsettende middel. Dette har preg av hysteri. Feberen kan bringes ned uten å gripe til midler med høyt bivirkningspotensiale.

Men tilbake til tobakksrøyken: er vi flinke nok til å motivere foreldrene til å ta bedre hensyn til barna med sensible luftveier?

Ass. overlege Bolle har vært forelagt ovenstående og har sendt følgende svar:

Det var et prisverdig initiativ av Utposten å dekke asthma/allergi-problematikken med så bred penn som i nr. 3/84. Men selv den bredeste penn kan ikke dekke alt.

Det er få områder i medisinen hvor det så åpenbart er profylaktiske gevinster å hente som nettopp innenfor allergologien og asthmaterapien. Elimineringen av allergener og irritanter vil alltid være en hjørnestein i behandlingen. ➡



Det brukes ukentlig flere timer til informasjon av pasient og pårørende om profylakse ved asthma og allergi ved de allergi-avdelinger/ poliklinikker jeg kjenner til. Røykevaner hos pasient, foreldre og besøkende i hjemmet - og bruk av acetylsalicylpreparater - er blant de de obligatoriske spørsmål ved anamneseopptaket (som det bl.a. fremgår av anamneseskjema som pasientene som oftest får tilsendt før en allergologisk utredning).

Tobakksrøykens innvirkning på hyperreaktive bronchialslimhinner, inklusive hos pasienter med recidiverende obstruktive bronchitter, har i flere år vært ansett som meget viktig, både som utløsende og som terskelsenkende faktor: pasienten tåler mindre av et allergen dersom vedkommende også utsettes for tobakksrøyk.

Ingen kjede er sterkere enn det svakeste leddet i kjeden. Slik er det også i behandlingkjeden, der det nettopp saneringen/ profylaksen som ofte ikke ofres tilstrekkelig plass, mens det blir fokusert sterkt på den medikamentelle siden.

Takk, Carl Ditlef Jacobsen, for at du tar opp dette - helt i tråd med de retningslinjer vi arbeider etter i norsk allergologi i dag og som man prøver å bringe videre ved seminarer, men som dessverre ikke kom tydelig nok fram i utdragene fra allergikurset som ble publisert i Utposten.

Det faktum at det blir alt vanligere å gi tilbud om systematisk trening av barn med asthma - og her er det "vår akademiske medisin" som viser veien - er enda et eksempel på at moderne asthmaomsorg ikke bare beskjefter seg med reparasjoner.

Når det gjelder barnelegers bruk av febernedssettende midler, har jeg absolutt det inntrykket at slike preparater brukes langt mindre i dag enn for få år tilbake. Hos barn med feberkramper, nedsatt cardiovaskulær funksjon og autoimmune sykdommer er det ofte vanskelig å komme utenom antipyretica. Mange velger da paracetamol i stedet for acetylsalicylsyre. Hos allergikere synes det - ut fra dagens viten - å være riktigst å velge paracetamol. Dette kan jeg berøre i et senere innlegg. ■

## Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

# Norsk Selskap for Almenmedisin ett år

## Seminar Kongsvoll Fjellstue 10.-12. mai 1984



En lydhør forsamling



Jo Telje på talerstolen

Av Ivar Aaraas og Toralf Hasvold

Norsk selskap for almenmedisin har passert ett år med 400 medlemmer, daglig økende tilslutning og gode tegn til aktivitet. Selskapets viktigste mål i øyeblikket er å spre faglige aktiviteter, forskning, evaluering av videre- og etterutdanning i de almenmedisinske miljøer. Selskapets styre inviterte to almenpraktikere fra hvert av landets fylker, representanter fra skandinaviske almenmedisinske selskaper, samt APLF.s og OLL.s.s formenn til seminar på Dovre. Samlingen var en slags "samling i bønn" for å stake ut vegen videre i arbeidet på lokalplanet. Kongsvold fjellstues kulturhistoriske bygninger omgitt av snødekte topper, vårklukkende bekker og sommersolskinn dannet en inspirerende ramme for 35 framøtte. ➔

Programmet var tredelt med ett hovedemne for hver dag. Første dag var viet spørsmålet: "Hva kan Selskapet gjøre for deg og almenmedisinen?" Formannen, Christian Borchrevink gjorde rede for utviklinga hittil. Blant de viktigste igangsatte aktiviteter det første året er evalueringstilbud, almenpraktikerbiblioteket, og tiltak for å bedre almenpraktikerens arbeide med kreftproblemer. Evaluering og forskning i almenpraksis må anses som et hovedanliggende for Selskapet. Steinar Westin tok dette nærmere opp og skisserte aktuelle forskningsområder. Han kom også inn på forskningens problemsider, og ikke minst på mangel på kvalifiserte veiledere og penger. En økt forståelse i NAVF for almenmedisin som viktig forskningsområde kan bære bud om mer økonomisk støtte etter hvert. Steinar Westins mer teoretiske refleksjoner første dag ble satt i relieff ved seminarets avslutning da vi fikk høre om praktiske forskningserfaringer i et kjellerkontor i Verdal med tett "fjernkontakt" til veileder i Oslo. Jostein Holmen lot oss i sannhet medoppleve 4 års utfordringer og problemer i almenmedisinsk forskning gjennom sin lune personlige framstilling.

Olav Rutle redegjorde mer detaljert fra Selskapets evalueringstilbud som foreløpig omfatter salgsstatistikk fra apotek, samt registrering av reseptforeskrivning. Foreløpige erfaringer hos enkelte deltakere tydet på at tiltakene kunne bidra til nyttige diskusjoner om forskningsforskjeller og forskjellenes eventuelle betydning for behandlingkvalitet. Norsk almenmedisins kontakt med miljøer i andre land og internasjonale organisasjoner ble også berørt første dag. Det ble drøftet hvordan representasjonen kunne fordeles slik at inntrykk og impulser kunne formidles bredest mulig her hjemme.

Seminarets kursdel, annen dag, tok for seg: "Psykosomatikk i almenpraksis". Even Lærum bidro med perspektivrik historikk knyttet an til en norsk multi-senterundersøkelse. Kasuistiske meddelelser observert og forstått i familiesammenheng fra Arne Ivar Østensen og Tore Dahl ansporet til nytenkning og refleksjoner om kompleksiteten og mulighetene i lege/pasientforholdet, som en del av et lege/familieforhold. Familielegens mulighet til å se sammenhenger og gjøre noe med

dem, i stedet for å ty til betablokker, ble interessant belyst.

Gunnar Gotestam delte et vell av kunnskaper om nyere psykosomatisk forskning med forsamlingen. Adferdsmedisinske metoder i behandlingen av "somatiske" sykdommer ble berørt for en rekke tilstander. Mest oppmerksomhet vakte kanskje de preliminare resultatene av adferdsmedisinske tilnæringer i sekundærprofylaksen etter hjerteinfarkt. Kan metoder for adferdsendring utgjøre et godt alternativ til, nok en gang: betablokkere?

Dagen ble avsluttet med diskusjon omkring almenmedisin som spesialitet etter Jo Teljes orientering fra komiteen som for tiden arbeider med temaet. Mangel på almenpraktikerstillinger i sykehus, utdanning av praksisveiledere, kontinuitet i praksis og penger er stikkord på problemer som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre de strengeste krav til en ideell videre- og etterutdanning. APLF's formann gjorde seg til talsmann for at kvalitet ikke måtte vike for praktiske egeninteresser i fastsetting av spesialitetskrav.

Tredje dag var viet: "Lokale tiltak og aktiviteter for å styrke Selskapet og almenmedisinen". Eli Berg Bratli, Janecke Thesen og Åge Bjertnes fortalte fra det almenmedisinske liv i Sør-Hedemark, Sogn og Trondheim. Bildet av ulike miljøer med forskjellige tradisjoner, forutsetninger og aktiviteter ble tegnet spennede og kontrastfylt. Den aktuelle fagpolitiske situasjon med felles interesser omkring kommuneloven har stimulert faglige aktiviteter noen steder. Andre steder synes en faglig bevisstgjøring å spille en større rolle, noe 12-mannsgruppene i Trondheim er eksempler på. Virksomheten har hatt smitteeffekt på trønderske distrikter. Liknende spirende grupper er i emning andre steder i landet også. Hvordan slike grupper skal kunne utvikles fritt og stimuleres av Selskapet uten at det ble kunstig og påtvunget, var en hovedsak i den friske meningsutvekslingen som fulgte. Niels Damsbo bidro med lærerike erfaringer som Dansk selskap for almenmedisin har høstet gjennom en 10-årig utviklingsprosess.

Fra en forestilling om Selskapet som treet og lokalmiljøene som grenene, ble bildet nyttegnet i løpet av seminaret til en blomsterhage med en rik flora av

forskjelligartede, lokale blomster.

"La de 1000 blomter blomstre" ble et gjennomgangstema.

En seminardeltaker på veg til Kongsvold så Dovres vidder og spurte: "-et selskap på viddene?" Etter tre dagers samling var svaret ja, men på vidder der blomster og gras gror, - en fin symbolikk. I ett av foredragene ble det sagt at latter og positiv innstilling kan redusere smerter og bokstavelig talt forlenge livet. Etter stemninga og tonen på Kongsvoldseminaret tror vi selskapet får et langt og smertefritt liv, for latteren satt løst og optimismen for framtida var stor.

Det ble talt varmt for en ny samling samme sted, eller i liknende omgivelser om ett år, - kanskje tradisjon for Selskapet og norsk almenmedisin? ■

Fredag 26. oktober:

Kurs:

A: Pediatri og almenpraksis

B: Institutt for almenmedisin og almenpraktikeren.

Møtested: Hotell Neptun.

Møteleder formiddag: Tone Tangen Haug

0800-0945: Registrering.

0945-0955: Åpning.

0955-1010: Velkomst ved formannen i Selskapet.

1010-1040: Allergi hos barn ved Arve Hexeberg.

1040-1050: Diskusjon.

1050-1125: Kronsike syke barn, døende barn, terminal pleie ved Finn Wesenberg.

1125-1135: Diskusjon.

1135-1145: Pause med kaffe/te.

1145-1215: Epilepsi hos barn: Fungerer samarbeidet mellom spesialist og primærhelsetjeneste? Ved Per Erik Waaler.

1215-1225: Diskusjon.

1225-1250: Prøvetaking hos barn. Praktiske og teoretiske problemstillinger ved Trond Markestad.

1250-1300: Diskusjon.

1300-1430: LUNCH.

Møteleder ettermiddag: Per Madsen

1430-1515: Institutt for almenmedisin, oppgaver og funksjon. Ved Jens Eskerud og Kjell Haug.

1515-1545: Institutt for almenmedisin, plass i det almenmedisinske landskap. Ved Per Fugelli.

1545-1555: Pause.

1555-1700: Diskusjon.

ca. 1700: Avslutning

2000: MIDDAG

Lørdag 27. oktober:

Generalforsamling i Norsk Selskap for Almenmedisin:

Møtested: Bryggen museum Kl. 10.00.

Årsberetning ved formannen..

Beretning fra underutvalgene.

Regnskap.

Kontingent.

Valg.

Lovendringsforslag.

Veien videre? Innledning ved styret.

Diskusjon.

Eventuelt.

Lunch : 1200-1300.

Avslutning kl. 1530.

Kurset er godkjent med 8 timer i forhold til almenpraktiker Dnlfutdannelsen.

Holberg Travel A/S, Boks 2444, 5012 Solheimsvik, formidler avtaler om reiser og overnatting. Holberg Travel har tlf. 05-294910. Ved kjøp av flybillett hos Holberg Travel A/S blir det gitt 20% møterabatt på ordinære flyreiser. Dag H. Søvik ved Bergen helseråd kan gi nærmere opplysninger om kursets faglige del.

Påmeldinger snarest til Holberg Travel A/S eller Dag H.Søvik.

## Grunnkurs i almenmedisin

Grunnkurset består av fire delkurs, og arrangeres nå for første gang som et faglig og pedagogisk eksperiment. Tanken har vært å bruke kurset som ledd i en almenmedisinsk faglig utvikling. Vi har ønsket en vekselvirkning mellom teori og empiri, ikke minst for å få systematisert kliniske erfaringer og utveksle likheter og forskjeller i tilnærming og praksis.

Vi tror det ligger betydelige ressurser i kursdeltakernes egne erfaringer, og har prøvd å skape et opplegg som henter fram dette i størst mulig grad. Kontinuitet gjennom kurset har vært en bærende faktor i dette, og det er meningen at deltakerne skal gjennomføre kurset som en samlet gruppe så langt det er praktisk mulig.

Første delkurs, "Forebyggende almenmedisin", foregikk høsten 1983 på Sanner Turisthotell. Kvalitet i almenpraksis var hovedtema for andre delkurs, "Almenmedisinske idealer og realiteter", som ble holdt våren 1984 samme sted. Tredje delkurs, "Almenpraksis - norm eller mangfold", finner sted på Sanner 8.-12. oktober 1984. Her vil vi ta opp fordeler og ulemper ved varierte driftsnormer og praksismåter, drøfte behov for standardisering innen ulike sider av fagfeltet vårt, og se nærmere på vår egen praksishverdag. Deltakerantallet er begrenset til 30, og deltakere fra tidligere kurs har fortrinnsrett. Av erfaring vet vi imidlertid at det kan bli noe frafall, og vil derfor ikke regne det som håpløst å prøve å melde seg på for andre. Påmelding sendes Karin Dolven, Institutt for Almenmedisin, Fr.Stangs gt. 11/13, Oslo 2, snarest.

Kurset avsluttes i Storbritannia, hvor vi har fått hjelp av britiske kolleger til å planlegge kurset "Klinisk almenmedisin" 15.-19. april 1985. Dette kurset, som vi tror vil bli virkelig spennende, forbeholdes dem som har deltatt ved tidligere delkurs.

Kurskomiteen består av Dag Bruusgaard, Øystein Pihlstrøm og Kirsti Malterud.



# Bok om sorg- arbeide.

Ved Jørgen Jørgensen   
Legehuset i Hokksund

Boken er skrevet av en forfatter og far til to gutter på 10 og 11 år. Innledningen forteller nøkternt og gripende om hvordan den eldste sønnen dør akutt i et asthmaanfall, om lege, ambulansepersonell, politi, obduksjon og begravelse.

Hoveddelen av boka forteller om hvordan faren skriver ned sine tanker og refleksjoner til den gjenlevende sønnen. Dette gjør han både for at sønnen skal huske noe om sin bror, men mest fordi det er naturlig for ham som forfatter å skrive seg ut av sin sorg. Han forsøker å finne en mening i det meningsløse som har skjedd, og kommer etter ett års skriving fram til en filosofisk plattform som både har elementer av stoisme og panteisme.

Hvis man har litt filosofisk legning, er hans vei fram mot konklusjonen fascinerende lesning.

Som almenpraktiserende leger møter vi aktivt sorgarbeide som en viktig del av vår hverdag. Vi kan derfor lære noe av hvordan denne faren forsonet seg med sin sorg.

Leach C: Letter to a younger son. J. M. Dent & Sons Ltd., London. 1981. Pris ca. £ 9.-.

# Verdens beste- er det godt nok ?

Ved Magne Nylenna

Professor Peter F. Hjort fylte 60 år 23. mars 1984. I anledning 60-årsdagen ble det arrangert et seminar i Medicinsk selskab i Oslo med tittelen Vi har verdens beste helsevesen, men er det godt?

Foredragene fra dette seminaret foreligger nå i bokform, og bare listen over forfatterne er tilstrekkelig til å overbevise en om at samlingen må være verd å lese. Her finnes i skjønn blanding: Fredrik Mellbye, Natalie Rogoff Ramsøy, Harald Siem, Erik Kåss, Nils Helsing, Åsa Rytter Evensen, Gro Harlem Brundtland og Trine Norimann.

Emnene spenner fra en sosiologs syn på det norske helsevesen til aktuelle geriatriske problemer. Felles for foredragene er imidlertid at de alle søker å belyse norsk helsevesen i dag, med dets mangler og muligheter.

De enkelte bidrag bærer nok preg av å være foredrag mer enn artikler, men de er alle lesverdige. Boken er på 75 små og letteste sider og kan anbefales som perspektivgivende lesning mellom Tidsskriftet og British Medical Journal.

Christian F. Borchgrevink, Dag Hofoss, Hans Th. Waaler (red.): Verdens beste - er det godt nok? Foredrag i anledning Peter F. Hjorts 60-årsdag 23. mars 1984. Universitetsforlaget 1984.

*Ulla*



# Kreft som metafor.

□ Ved Lars Vatten □

I sitt essay "Sykdom som metafor" beskriver den amerikanske forfatteren Susan Sontag de følelsene som er knyttet til alvorlige sykdommer. Disse kjenslene preger menneskenes forhold til sykdom og er blitt til sementerte mytiske bilder som ofte ligger fjernt fra virkeligheten. En uttalelse av den kjente psykiateren Karl Menninger er sitert som eksempel på en av de mange metaforene Sontag går til angrep på: "Sykdom er dels det verden har gjort mot offeret, men for en større del det offeret har gjort mot sin verden, og mot seg sjøl".

Sonnats poeng er at sykdom som metafor er av det onde. Hun går til angrep på forestillingen om at sykdom er en straff for menneskene. Hun vil imøtegå denne oppfatningen ved hjelp av forklaringer som er mest mulig renset for bilder. For å kunne fjerne følelsene og mytene som er spunnet rundt alvorlige sykdommer, ønsker hun å bruke en medisinsk, biologisk tilnærming. Slik håper hun at sykdommer kan avkles de mange, metaforiske assosiasjoner som de vekker.

En forutsetning for å bli en rik metaforisk kilde er at sykdommen har et mystisk preg. Det vil si at årsaken til sykdommen er ukjent. Årsaken til kreft er ukjent, og ved siden av tuberkulose er kreft den sykdom som omgis flest bilder og forestillinger. Kreftsykdommen oppfattes som rovgrisk, uovervinnelig, en utsending fra det onde. I fortsettelsen av dette symboliserer kreft døden. Kreft er lik død, og den taushet som ofte preger forholdet til kreft, avspeiler og bekrefter den dødsdom som ligger i diagnosen. En avmytologisering av kreft vil på mange måter bety en avmytologisering av døden.

En gammel myte som fortsatt ser ut til å være levedyktig, er myten om all sykdom som forvandlet lidenskap og kjærlighet. Mens tuberkulosen ble assosiert

med for mye lidenskap, lett-sindighet og sensualitet, oppfattes kreften motsatt. Kreft rammer den som er kjenslemessig hemmet, undertrykt og forknytt. Kreft er utslag av fortrenning og en vedvarende undertrykking av følelser.

Tidligere dreide det seg om lidenskap, men seinere er dette også satt i forhold til aggressjon og voldelige kjensler.

Kilden til mange av forestillingene om kreft finner en i Wilhelm Reichs psykologiske teorier. For Reich er kreft svaret på en følelsesmessig resignasjon hvor livskraften er forsvunnet. Kreft er et bilde av sinnet, og virker dermed sjølv-avslørende. Sykdommen materialiserer det hemmelige, det ubeviste, det som en kanskje ønsker å holde skjult. Årsaken til kreft ligger i menneskets karakter, som ikke er i stand til å ytre seg på noen annen måte.

Grunnlaget for slike tanker hviler på ideen om at mennesket er ansvarlig for sine egne sykdommer. Sannsynligvis svekker slike oppfatninger evnen til å forstå hva medisinsk behandling kan utrette, og sikkert nok vil det forsinke og kanskje føre til at pasienter unnlater å komme til behandling. I særlig grad vil slike synsmåter ramme og dømme kreftpasienter. De levnes nok en viss medlidenhet, men denne er samtidig parret med forakt. Ingenting rammer pasienten hardere enn at sykdommen tillegges en mening, og særlig en mening som oftest nær sammenheng med moral.

Et noe seinere syn knytter kreft til depresjon. Depresjon er melankoli minus dens sjarm, det vil si minus den inspirasjon og lunefullhet som kan ligge i melankolien. At depresjon kan være en risikofaktor til kreft, er vel fortsatt et kontroversielt synspunkt. Imidlertid er det langt mindre omstridt enn å hevde at langvarig depresjon kan være direkte årsak til kroppslig sykdom, langt mindre at bestemte kjensler kan føre til bestemte

sykdommer. I det hele tatt er teorier om at somatisk sykdom skyldes tilstander i sinner og kan helbredes gjennom viljestyrke, en pekepinn om hvor mye en ikke vet om sykdommens biologiske sider.

Den psykologiske, eller kanskje; den psykologiserende forklaring ser i dag ut til å være velegnet forklaringsmåte for nesten all sykdom. Slike forklaringer brukes til å "forstå" sykdoms-angrep som folk i realiteten ikke har den fjerneste kontroll med. Kreft avslører det beklagelige i at kroppen er bare en kropp, og at den rene materie ikke har noe oversanselig over seg. Psykologiske forklaringer underslår imidlertid på et vis "eksistensen" av den aktuelle sykdommen. Den ubønnhørlige materielle realitet, sykdom og død, kan ikke gis en psykologisk forklaring. Den kan bare nektes, og da er psykologiseringen egnet som metode. Denne type psykologi er i virkeligheten en slags sublimert spiritualisme, og som sådan er den farlig. Den oppnår at en somatisk sykdom blir mindre reell, men, som kompensasjon blir den mer interessant, når den betraktes og vurderes som en tilstand hvor sinnet, ja, ånden er utgangspunktet. Den beklagelige konsekvens er at folk oppfordres til å tro at de får sykdom fordi de "ubevisst" ønsker å få det, og de oppfordres til å tro at helbredelsen kan oppnås ved bruk av viljen. Teorier som legger skylden for sykdom på den syke, vil etter hvert få pasienten til også å føle at han har fått som fortjent.

Metaforene som omgir alvorlig sykdom gir grobunn for en økende tillitskrise mellom leg og lærd. De rydder samtidig marked for behandlingsformer som i sitt vesen er tuftet på mystikk og blottet for vitenskapelighet. Susan Sontags essay er i denne sammenheng et intellektuelt ryddig og særdeles velskrevet bidrag til klargjøring av et innfløkt tema.

Boka inneholder cirka 80 sider og omsettes for tida på billigsalg hos de fleste større bokhandlere. Jeg vil tro den kan leses av de fleste leger med stort utbytte.

Susan Sontag: Sykdom som metafor Gyldendals Fakkell, 1979.

# Perinatal

Av Frode Heian

I UTPOSTEN's temanr. om svangerskapskontroll (nr.5/83) ble det kort referert til den kommende utredningen om PERINATAL OMSORG I NORGE. Utgangspunktet var NIS-rapport nr.7/82 der det fremgikk at perinatal mortalitet i Norge har sakkert akterut bl. a. i forhold til andre skandinaviske land. Rapporten pekte på at 1/3 av tilfellene med dødelig utgang kunne vært taklet bedre. Svikten i disse tilfellene var likelig fordelt på obstetrisk overvåking (23%), neonatal overvåking (27%) og svangerskapskontroll (30%). I januar -83 nedsatte Sosialdepartementet et utvalg "for å vurdere tiltak som kan iverksettes for å bedre helsearbeid i forbindelse med svangerskap, fødsel og nyfødtperiode".

Utvalget hadde følgende sammensetning:

Professor Leiv Bakketeig, samf. med. inst., Trondheim (formann)  
Avdelingsjordmor Bertha Berg, tidligere rektor ved Statens jordmorskole i Oslo  
Professor Per Bergsjø, Universitetet i Bergen  
Professor Knut Bjørø, Universitetet i Oslo  
Dosent Per H. Finne, Universitetet i Bergen  
Ass. overlege Anne Berit Gunbjørud, Helseledelsekontoret.  
Almenpraktiker Kjell Johansen, Universitetet i Bergen (sekretær)  
Distriktslege Janecke Thesen, Lærdal.

3 underutvalg har arbeidet med :

- Handlingsprogram for svangerskapskontrollen
- Transport av gravide kvinner og nyfødte barn , og
- Utdanning av personell for perinatal omsorg

Utvalgenes innstillinger foreligger nå samlet i NOU 1984:17. Til NOU å være er innholdet uvanlig faglig preget. Vi finner en meget grundig gjennomgang av alle sider ved den perinatale omsorgen, og konkrete vurderinger og anbefalinger av tiltak.

Både vurderingene og tiltakene vil skape diskusjon, sikkert også strid. Uenigheten om ultralyd i svangerskapskontrollen er allerede velkjent. Selv om utvalget understreker ultralyddiagnostikkens verdi, er konklusjonen at det "ikke er tilstrekkelig dokumentert at denne type masseundersøkelse er så nyttig at den kan anbefales som rutine".

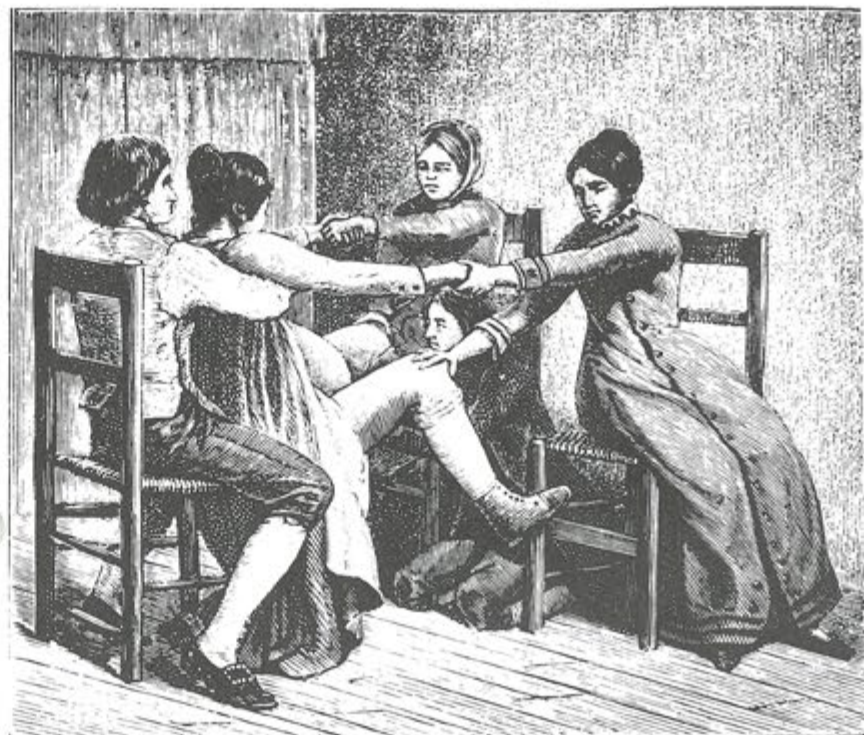
Når det gjelder et annet gammelt diskusjonstema: hvem som skal utføre svangerskapskontrollen, er anbefalingen en noenlunde lik fordeling av antall kontroller mellom jordmor og lege. Kontrollene skal fortrinnsvis foretas på helsestasjonene. Det forutsettes jordmor i hver kommune. Hun (han?) skal ha økt skoloring i svangerskapskontroll-arbeid, kontroll etter fødsel og familieplanlegging. Hun skal også etter å ha fulgt den fødende i størst mulig utstrekning ta seg av selve fødselen. Distriktsjordmor skal også sikres regelmessig obstetrisk praksis gjennom utveksling med jordmødre på sjukehus.

Grenseoppgangen spesialist/ primærhelsetjeneste vil og bør bli gjenstand for diskusjon. Det er viktig med en rask henvisningspraksis, men prinsippet om tilbakehenvisning burde understrekes sterkere. Med de marginale gevinstene det tross alt er snakk om må samarbeidet mellom de forskjellige omsorgsnivåer veves tett sammen. Psykososiale faktorer har vanskelig målbar men likevel utvilsomt innvirkning på de resultater vi er ute etter, og dette området ivaretas best av primærhelsetjenesten. Utredningen ofrer relativt liten oppmerksomhet på denne siden av den perinatale omsorgen.

Forøvrig blir det stilt økte krav



# Omsorg i Norge



## Handlingsprogrammet

□ Ved Frode Heian □

Utredningen er sendt til alle landets kommuner og er tilgjengelig fra Universitetsforlaget på vanlig måte. Det vil likevel være bare et fåtall av alle de som arbeider med perinatal omsorg som får den i hende, enn si leser den slik den fortjener.

Innstillingen danner en helhet og bør leses av den interesserte. Fra primærhelsetjenestesyndspunkt er det spesielt viktig at innholdet i delinnstillingen "Svangerskapskontroll i Norge, handlingsplan og struktur" gjøres kjent.

UTPOSTEN har derfor, som et unntak, funnet det riktig å referere innholdet i Handlingsprogrammet utførlig.

Gjennom en undersøkelse i regi av underutvalget foretatt i -83, dokumenteres den ulike praksis rundt om i landet.

Underutvalget gjennomgår detaljert de forskjellige sider ved svangerskapskontrollen. Det skisserer oppgavefordelingen mellom de forskjellige involverte yrkesgruppene, og går i detalj med undersøkelsene på ulike tider i svangerskapet. De forskjellige parametre (Hb., urin u.s., SF mål o.s.v.) blir også gjennomgått, likeledes indikasjoner for spesialundersøkelser.

Det legges opp til en nødvendig standardisering av svangerskapskontrollen, med bl.a. en felles svangerskapsjournal for hele landet.

\*Underutvalgets sammensetning:  
Professor Per Bergsjø, Universitetet i Bergen, formann.  
Professor Tor Bjerkedal, Universitetet i Oslo  
Helsesøster Signe Bø, Vinstra  
Distriktsjordmor Sonja Irene Sjølie, Eidsvoll  
Almenpraktiker Dnlf Åsa Rytter Evensen, Oslo, sekretær

Her er utvalgets egen introduksjon til handlingsprogrammet:

"I det følgende refereres de punkter utvalget har lagt vekt på, når det gjelder retningslinjer, særlig der disse bryter med dagens tradisjon.

1. Svangerskapskontroll er i utgangspunktet primært forebyggende

til perinatal omsorg på alle områder og alle nivåer. Utvalget anbefaler en faglig omprioritering av aktuelle grunnutdanninger, og all videreutdanning skal inneholde obligatoriske relevante kurs. Alle som driver svangerskapskontroll skal gjennomgå obligatoriske kurs, for primærlegenes vedkommende dreier det seg om 15 timer hvert 10. år. Kravene til fødested er i utvalgenes arbeid blitt lempet på. Fødeavdelingene på småsjukehusene får stå foreløpig, og vi finner heller ingen endelig dødsdom over de lokale fødestuene.

Utredningen er et langt skritt framover når det gjelder perinatal omsorg. Det er nå viktig at den behandles videre og ikke blir liggende og støve ned.

Etter en intens ringerunde til Sosialdepartementet får vi brakt på det rene at det ennå ikke er bestemt hva som videre skal skje med utredningen.

helsearbeid. Der det er mulig, bør kontrollene henlegges til helsestasjon. De personellgrupper som skal forestå kontrollene, er jordmødre og almenpraktiserende leger.

Jordmødrene er spesialutdannet til denne oppgaven og kan ivareta en del av kontrollene av friske gravide, gi råd og veiledning og foreta hjemmebesøk før fødselen og barselvisitt rett etter fødselen. Hun kan følge den gravide til klinikken der avstandene er lange og derved spare unødige opphold i nærheten av fødeklinikken. Forholdene bør også legges til rette slik at primærhelsetjenestens jordmor kan bistå ved fødselen.

Den almenpraktiserende lege har det medisinske ansvar for den gravide. Legen foretar en del av kontrollene og er ansvarlig for alle henvisninger til annenlinjetjenesten, i samarbeid med jordmor. En velfungerende svangerskapskontroll må baseres på løpende samarbeid mellom jordmor og den almenpraktiserende lege.

2. Den faglige aktivitet på svangerskapskontrollene er i dag for varierende. Utvalget mener det må stilles krav til videre- og etterutdanning for de almenpraktiserende leger som skal ha ansvar for de gravide, samt til etterutdanning for jordmødre. For å opprettholde kompetanse til

denne oppgaven, vil det være en betingelse at almenpraktikeren har et visst antall til kontroll årlig, noe avhengig av lokale forhold.

3. Med "Svangerskapsomsorg i Norge, handlingsprogram og struktur" har utvalget utarbeidet retningslinjer for en målrettet svangerskapskontroll og oppfølgings/hevisningsrutiner som skal sikre at patologiske funn av enhver art oppfølges av adekvat handling. Tegn til sykdom og komplikasjoner må oppdages på et så tidlig tidspunkt som mulig, og den gravide må umiddelbart tas hånd om av det rette nivå i helsetjenesten. Det må foreligge faste retningslinjer for henvisnings- og oppfølgingsrutiner når mistenkt eller sikker patologi foreligger. Henvisningslinjen må være fra den almenpraktiserende lege til fødeavdelingen. Fødeavdelingen bør stå som koordinator av supplerende spesialistundersøkelser, eventuelt ved praktiserende gynekolog. Ved kompliserte svangerskap skal fødeavdelingen angi programmet for den videre kontroll.

Utvalget mener at hyppigheten av svangerskapskontroller bør avpasses grad av risiko for komplikasjoner i det senere forløp. For dem med lavest risiko, annen og tredje gangs gravide uten tidligere svangerskapskomplikasjoner og uten sykdom, kan antallet kontroller gjøres mindre enn det er vanlig i dag.

Utvalget kan ikke se at rutinemessig ultralyd-screening av alle gravide har noen plass i helsekontrollen. Det foreligger enda ikke resultater som entydig overbeviser om fordelene ved en slik rutine. Rutinescreening kan føre til redusert kapasitet for de gravide som virkelig trenger undersøkelsen på grunn av usikker termin eller mistanke om patologi. Ukontrollert spredning av ultralydapparater i primærhelsetjenesten vil føre til svekket diagnostisk sikkerhet og bør unngås.

4. Utvalget anbefaler at den vedlagte svangerskapsjournal blir brukt over hele landet, og at den inngår som en del av den medisinske fødselsregistrering. Den samlede erfaring som vinnes gjennom svangerskapskontrollene bør gjennom dette system benyttes til en løpende evaluering av arbeidet. Nye problemer kan derved erkjennes og finne sin løsning. Nødvendige justeringer i rutinene kan til enhver tid foretas i henhold til fremskritt i medisinsk viten og teknologi.

Nedenfor gjengir vi i kort form det viktigste av innholdet i Handlingsprogrammet:

## SVANGERSKAPSOMSORGENS GRUNNLAG

### Statistikk

Perinatal dødelighet er i Norge nå ca. 10 pr. 1000 fødsler. 2/3 er dødfødsler, 1/3 død i første leveuke.

40% skyldes tilstander i forbindelse med preeklampsitilstander i placenta, og asfyxi uansett årsak.

20% skyldes medfødte misdannelser 7% skyldes infeksjoner og interkurrente sykdommer hos moren.

5% skyldes fødselskader. Umodenhet pga. for tidlig fødsel er viktig medvirkende årsak i svært mange tilfeller.

På bakgrunn av før nevnt NIS-rapport konkluderes med at bl.a. svangerskapsomsorgen må standardheves.

### Somatiske aspekter

Svangerskapsbetinget hypertensjon, preeklampsi, må oppdages tidlig. Fosteret kan bli veksthemmet pga. ernæringsvikt og i verste fall dø in utero. Placentasvikt med vekstretardasjon forekommer også uten at moren har påvisbar sykdom. Å oppdage disse tilfellene er vanskelig, men viktig. Føtal vekstretardasjon og for tidlig spontan fødsel er to av de største utfordringer i moderne obstetikk.

### Psykososiale aspekter

Homeostasen blir radikalt forandret under svangerskapet og ikke minst hormonforholdene blir slik at det godt kan forklare endringer i psyken. Post partum psykoser vitner om hvilke omveltninger som kan finne sted i et ellers veltilpasset individ. Legg vekt på sosiale forhold som økonomi, bolig, arbeid, forholdet til ektefelle/partner, eller om den gravide bor alene. For kvinner med innflytterstatus kommer språkproblemer og kulturforskjeller i tillegg til alt annet.

### Omsorg etter grad av risiko

I dag går så og si alle gjennom det samme 12-14 kontrollers programmet i svangerskapet uansett risiko. 2. og 3. gangs fødende kan klare seg med noe mindre når de ellers er friske og lever i gode kår.

Anbefaling av mønster for svangerskapskontroll nedenfor modifiseres hvis risikoforhold endres i løpet av svangerskapet.

## FORMÅLET

med svangerskapskontrollen er å:

- sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse og hennes sosiale velvære blir best mulig.

- sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret.

- oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet.

## HANDLINGSPROGRAM

Metode - vurdering av risiko. Risikofaktorene kan modifiseres eller forsvinne etter som svangerskapet utvikler seg, og nye momenter kan komme til. Risikofaktorene må derfor stadig revurderes.

Enkelte gravide vil reagere på språkbruken. Å bli kalt risikokasus kan lett misopfattes. I slike tilfelle må lege og jordmor bruke tid på å forklare at "risiko" bare brukes for å minne om ekstra påpasselighet, slik at alt skal gå bra. Det er ikke uten grunn at nær 10% av alle fødsler i Norge skjer ved keisersnitt. Hensikten er å unngå den økte risiko som ligger i vaginal fødsel for disse mødre og barn. Ved risikovurderingen kan en planlegge for en slik mulighet.

## FØRSTE KONTROLL

Det er viktig å fylle ut alle rubrikker på svangerskapsskjemaet. Vær obs. på forhold i yrkeslivet som kan være skadelige, og advar mot røyking, alkohol og unødig bruk av medisiner. Spør om grad av arbeidsbelastning i hjemmet.

Opplysninger om tidligere svangerskap er viktige. Gjentakelse av tidligere fødselsprestasjon er vanlig. Få tak i epikriser hvis de ikke er i eget arkiv. Avvik fra naturlig forløp i tidligere svangerskap tilsier henvisning til/kontakt med spesialist (unntatt spontan- eller prov. abort).

Årsak til langt intervall etter forrige svangerskap bør klargjøres. Svangerskap etter infertilitetsutredning/ behandling må kontrolleres av spesialist.

Gravide med hjertesykdom, hyper-



tensjon og kronisk sykdom i nyrer/urinveier må henvises til obstetrisk poliklinikk ved fødeavdeling, som bestemmer det videre opplegg. Ofte vil det bli et samarbeid mellom primærlege og spesialist, avhengig av sykdommens grad og de stedlige forhold. Omsorg for gravide diabetikere må konsentreres. Korrekt regulering av sukkersyken har alt å si for resultatet. Helst bør kontrollene av disse pasienter starte før svangerskapet, henvisning for prekonseptjonell veiledning er altså det ideelle. Antallet gravide diabetikere i Norge er så lavt (bare ca. 100 pr. år) at kontrollene for helseregion 1 og 2 bør samles i ett senter, mens det bør være ett senter i hver av de øvrige regioner. Alvorlig allergi (astma og utbredt eksem) hos gravide tilsier kontakt med spesialist, avhengig av grad og type allergi. Det kan være aktuelt å modifisere evt. medikasjon.

Epilepsi krever nøye kontroll av medikasjon med tillegg av metabolsk kontroll, samarbeid primærlege, gynekolog og nevrolog.

Kvinner med gjennomgått gynekologisk lidelse ut over det helt banale bør kontrolleres av gynekolog.

Gravide med psykisk lidelse er en risikogruppe. De må vurderes individuelt og gis intensivt omsorg. Hjemmebesøk er aktuelt. Stoffmisbrukende mødre må ha spesialomsorg, i større byer i egne samarbeidsgrupper som kan gjøre dette arbeidet så effektivt som mulig.

Gravide som har gjennomgått andre alvorlige sykdommer, eller som har annen kronisk sykdom (polyartritt, colitis ulcerosa, maligne lidelser etc.) må kontrolleres av spesialist.

## Arv

Slektskap mellom partnerne er ikke alene henvisningsgrunn men må ses i sammenheng med annen risiko for kromosomavvik eller misdannelser som høy alder hos mor, kjente arvelige lidelser i familien eller tidligere fødsel av barn med misdannelser.

Henvisning eller telefonkontakt til spesialist i medisinsk genetik, evt. til gynekolog. Den gravides eget ønske om opplysning/ videre utredning er avgjørende for snarlig henvisning. I 16-18 uke kan ultralyd være aktuelt. Gravide over 38 år uten slektsbelastning bør opplyses om mulighet for diagnostikk med tanke på Down's syndrom. Evt. amnionpunksjon må gjøres i 16.-17. uke.

## Livsvaner

Gravide som røker får hyppigere

abort, for tidlig fødsel og barn med lav fødselsvekt enn ikke-røkere. Den fetale vekstretardasjon er avhengig av nikotinforbruket og av morens hemoglobinkonsentrasjon. Tidspunktet er velegnet for påvirkning til å slutte.

Forbruket av alkohol er viktig å notere. Noen klar nedre konsumgrense for risiko er ikke funnet. Ved mistanke om stort forbruk: kontroller leverfunksjon, intensiv veiledning. Hjemmebesøk.

## Tidfesting

Jo tidligere første undersøkelse gjøres og jo bedre funnene er dokumentert, jo større er sjansen for bedømmelse av mulig overtid på slutten av svangerskapet.

Kriteriene for anmerkning om "sikker/usikker" termin er følgende:

"Sikker" hvis:

- regelmessig mens. 28 + 4 dgr.
- hun husker siste mens + 3 dgr.

"Usikker" hvis:

- polymenore, intervaller 23 dgr. og mindre.
- oligomenore, intervaller 33 dgr. og mer.
- varierende intervaller, både poly- og oligomenore.
- blitt gravid før spontan mens. etter bruk av p-pille
- blitt gravid under bruk av p-pille
- blitt gravid uten mens. etter abrasio, abort eller fødsel.
- ikke husker siste mens. sikkert.

## GU.

Ved inspeksjon og eksplorasjon bedømmes størrelse, form, versjon og konsistens av uterus. Cytologisk prøve tas hvis ikke gjort de siste 2 år.

## Alminnelig organundersøkelse

som vanlig ved status presens. Særlig viktig er BT, høyde, vekt, kroppsform, bekkenform (skjønnsmessig). Bekkenpasser er ikke nødvendig, hvis kriteriene for henv. til rtg. bekkenmål (se senere) blir fulgt. Manmae bør palperes.

## Prøver

Blod til Hb og WR, Rh/ ABO bestemmelse, samt rubella antistoff. WR er lovbestemt. Urinprøve undersøkes på protein og sukker.



WYSS

## SAMTALE/VEILEDNING

Første undersøkelse avsluttes med orientering om alminnelig leveste under svangerskapet og avtale om kontroller hos lege og jordmor.

### Praktiske spørsmål:

Coitus kan gjennomføres, men kvinner som har opplevd annet trimester aborter eller for tidlig fødsel bør være avholdende, i den aktuelle perioden av svangerskapet.

Jerntilførsel før 20. uke er unødvendig hvis Hb ved første kon-

troll er over 11 g/dl (se senere). Kostholdet skal være vanlig, variert, med nødvendige mineraler og vitaminer (etv. tilskudd). Forsøk på å begrense vektøkning ved restriksjoner er galt. Unngå overdrevent inntak av sukkerholdige drikkevarer og sjokolade/slikkerier. Jevn vektøkning er normalt, selv om vekten stiger med 20-25 kg., så lenge det ikke er andre tegn på sykdom (proteinuri). Lav eller manglende vektøkning er derimot et faresignal.

Siste del av handlingsprogrammet blir å lese i UTPOSTEN nr. 6/84.

Plan for videre kontroll (veiledende tabell)

Kontrollprogram for gravide uten økt risiko.

uke	para 0	para 1+
9	lege	lege
16	jordmor	
20	jordmor	jordmor
24	lege	
28	jordmor	jordmor
32	jordmor	lege
34	lege	
36	jordmor	jordmor
38	lege	jordmor
39	jordmor	
40	lege	lege

Der det ikke er jordmor overtar legen jordmorkontrollene.

# VI BLIR LEST!

# Dagbladet



Mandag 23. juli 1984

\*\*\* Nr. 168 — 116. årgang. — Løssalg kr. 4,00

## Fra Vitenskapsens Verden

Vår spalte er i dag spesielt beregnet på menn som lurer på om de er impotente — også mens de sover. Her kommer det:

Utviklingen i diagnostikk av søvnforstyrrelser.

Av K. Kayed, overlege ved Neurofysiologisk seksjon, Sentralsykehuset i Akershus.

### Impotens

Påvisning av impotens eller ikke under søvn hos impotente pasienter kan også utføres under polysomnografi. Nocturn penil tumescens (NPT) blir registrert via transducere laget av kvikksølvsløynger. Man kan benytte kommersielt tilgjengelige sløynger og i tillegg utføre «flow»-målinger via Dopp-lerteknikk for å påvise atherosomoseforandringer i a. dorsalis penis. Nylig har man anbefalt anvendelse av enklere metoder, f.eks. bruk av



frimerke 7-9 cm i omkrets som settes på rundt penis. Hvis dette frimerket er revet over når pasienten våkner om morgenen, kan man anta at pasienten har hatt en ereksjon i løpet av natten. Denne testens validitet er dog noe usikker. Det er verd å merke

seg om ereksjon inntreder under REM-søvn idet NREM-relatert ereksjon kan oppstå via en spinal refleksmekanisme.

UTPOSTEN 1984 nr. 4; ARG. 13

Naturen er vidunderlig. For millioner (milliarder?) av år siden var det ingen som visste at vi ville komme til å få frimerker som er dobbelt så lange (i bredden) som de er høye (i lengden). Og likevel — og det er det som er det vidunderlige — og likevel har vi fått munnen anbrakt på langs.

I forhold til frimerket. I forhold til kroppen for øvrig sitter den selvfølgelig på tvers. Nå som før.

At de fleste peniser er lenger (i lengden) enn de er brede (i bredden) eller m.a.o.: tykke, endrer ikke dette faktum. Snarere tvert imot!!!

på vegne av

NORSK DUSTEFORBUND  
Darwin P. Erlandsen  
President

# Hva hender når et ulcerogent legemiddel setter seg fast og løser seg opp i øsofagus?

**70%** av pasientene som har vært utsatt for at legemidler satte seg fast i øsofagus og siden forårsaket sår-dannelse eller strikturer, merket aldri at legemiddelet satte seg fast i øsofagus når det ble gitt. Symptomene opptrådte først 6-8 timer etter at legemiddelet var inntatt.

Symptom: 1. Retrosternal smerte.  
2. Vanskeligheter med å svelge.  
3. Smerte ved inntak av både flytende og fast føde.

**30%** av pasientene som fikk sår-dannelse/strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornyet væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofagusslimhinnen som holder tilbake det ulcerogene legemiddelet. De fleste pasienter som kommer ut for at et ulcerogent legemiddel setter seg fast i øsofagus, opplever de verste smertene 3-4 dager etter at legemiddelet har satt seg fast.

I Sverige ser Sosialstyrelsen så alvorlig på dette at de har foreslått å innføre preklinisk testing av alle legemidler med tanke på øsofagusskader.

Undersøkelser har slått fast at det er medikamenter som tetracycliner som har medført de fleste skadene. Lyme cyclin (**Tetralysal<sup>®</sup>**) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. **Tetralysal<sup>®</sup>** er ikke et ulcerogent legemiddel.

#### Referanser:

*Tabletter och kapslar kan fastna i matstrupen och orsaka svåra skador på denna!*

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

*Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.*

(Bjørn Carlborg, Läkartidningen vol. 73, nr. 48, 1976.

*Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.*

(Bjørn Carlborg, O. Densert, C. Lindquist.

The Laryngoscope, vol. 93, nr. 2, februar 1983.

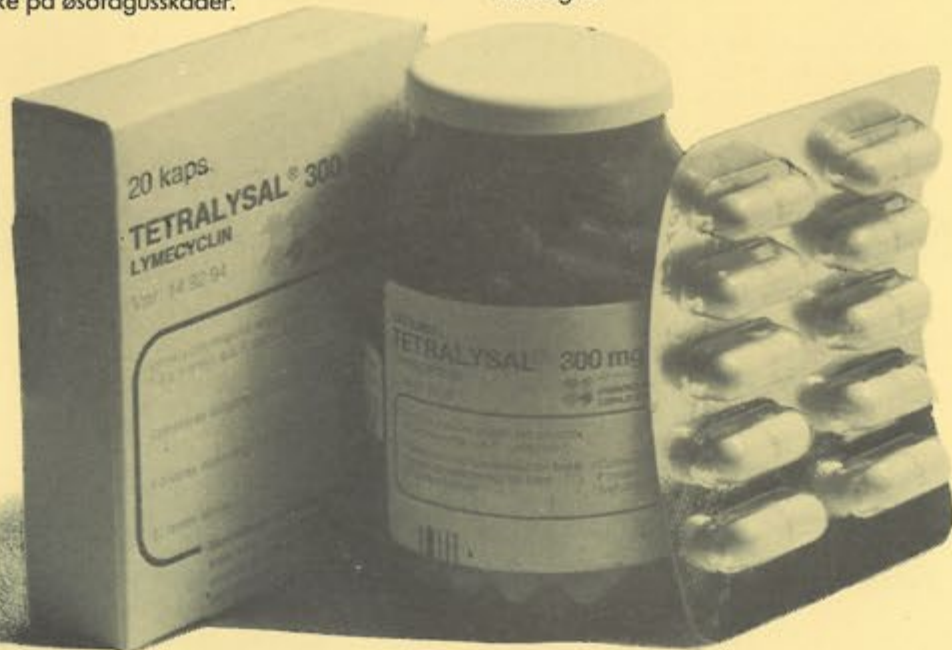
*Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. A propos de 5 cas.*


(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm, Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.

*A new endoscopic finding of tetracycline induced esophageal ulcers.*

(Thomas F. O'Meara, Maj. MC.)

For øvrige opplysninger om Tetralysal<sup>®</sup>, henvises til felleskatalogen.



 MONTEDISON GROUP  
FARMITALIA  
CARLO ERBA  
Postboks 53, 1371 ASKER  
Tlf. (02) 79 07 60

Tetralysal<sup>®</sup>  
lymecyclin



7  
8  
9  
10  
11  
12

RUTLE OLAV  
Slettmark 2  
2050 Jessheim

RETURADRESSE:  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

# SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose  
med DELESTREK!



INDISERT  
ved  
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.  
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og  
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

---

**RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR**

Skårervøien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf. (02) 70 55 20

