

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1985

ARGANG 14



Kåre Bjørn Huse - 85

RESULTAT AV ESSAYKONKURRANSEN

TEMA: Kliniske handlingsprogrammer og beslutninger

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. 66 217
Tlf. priv. 073. 66 125

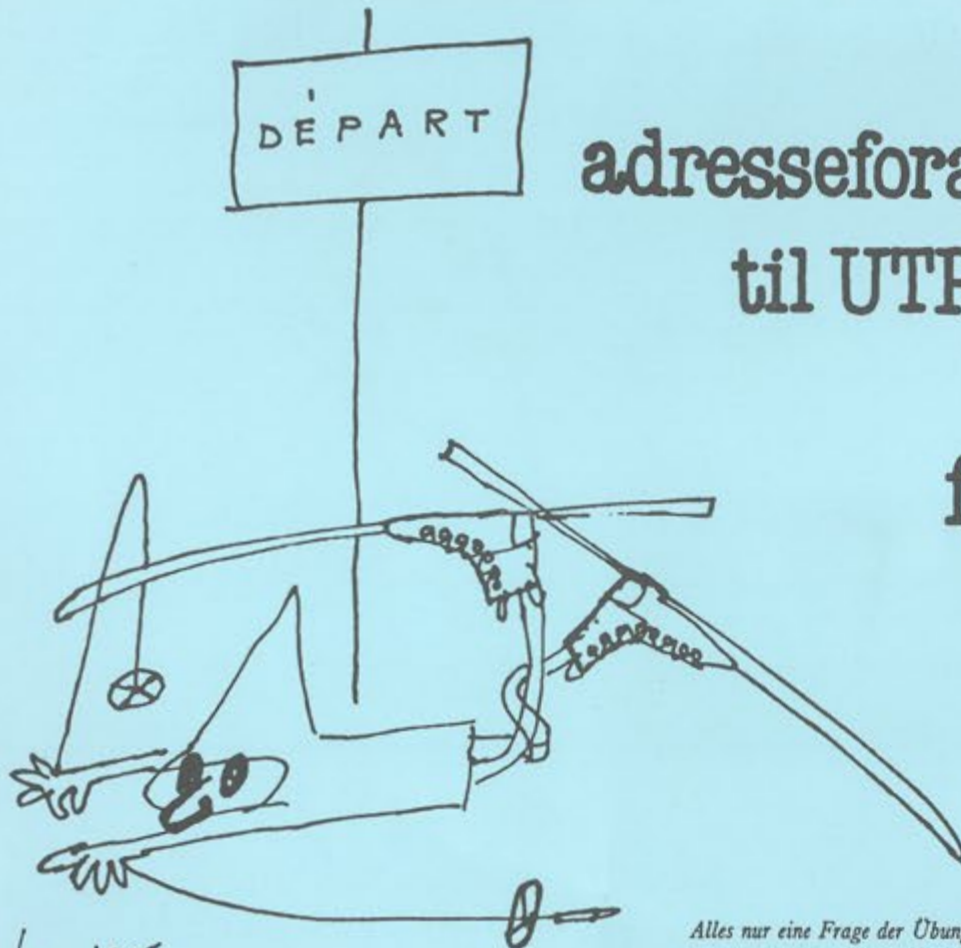
Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 37 80
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frøde 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. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.



**Meld
adresseforandring
til UTPOSTEN
når du
flytter!**

Nr. 6 - 1985

Alles nur eine Frage der Übung

INNHOOLD:

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| Bjørn Høivik: Data-assistert diagnostikk | 154 | Jørgen Jørgensen: Sykdom og helse. Trenger vi nye paradigmer? | 174 |
| Magne Nylenna: Skal,....skal ikke? | 156 | Nils Lønberg: Epicritis nosocomialis, en pestilens ... | 180 |
| Steinar Westin: Problemstilling og beslutningsstil i almenpraksis | 158 | Magne Nylenna: Omsorg ved livets slutt (møteref.) | 183 |
| Ola Lilleholt: Algoritmer | 161 | Per Stensland: Big brother sees you! Big brother needs you! | 184 |
| Øystein Pedersen: Hva handlingsprogrammer ikke kan | 164 | Ola Lilleholt: Den umodne mann (bokomtale) | 186 |
| ESSAYKONKURRANSEN | | | |
| Juryens uttalelse | 170 | | |
| Ola Lilleholt: Intervju med Jørgen Jørgensen | 171 | | |
| Egil Storås: "Tommelfingerregel" for fastlønnskutt virker urettferdig og ødeleggende | 150 | | |
| TEMA: KLINISKE HANDLINGS-PROGRAMMER OG BESLUTNINGER | | | |
| Magne Nylenna: Hvorfor gjør vi som vi gjør? | 151 | | |
| Jan Grund Økonomiske og etiske perspektiver ved beslutninger i kommunehelsetjenesten | 152 | | |

Fastlønnstilskuddet

• Lokalt selvstyre har vært det gjennomgående prinsippet i forbindelse med gjennomføringen av lov om helsetjenesten i kommunene.

Krav om sentrale direktiver med minstenormer på bemanning, økonomisk fordelingsnøkkel, lovfesting av flere yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten mm., er kontant tilbakevist av myndighetene: "Nå må helsepersonellet forstå at kommunehelsetjenesten er kommunenes eget ansvar".

Dette har nå de fleste av oss akseptert, på godt og vondt.

Så kommer altså Sosialdepartementet med minstekrav til kurativ tjeneste.

Som mål på den kurative tjenesten brukes innkrevde egenandeler slik at 90 000 kroner i egenandeler godtgjør for fullt tilskudd (kr. 105 100) og 54 000 kroner for redusert tilskudd (kr. 70 100). Dette innebærer noe under 2 egenandeler pr. time, dvs. noe over 2 konsultasjoner pr. time, i minst 25 timer pr. uke for fullt tilskudd og 15 - 25 timer for redusert tilskudd.

HVA FØRER DETTE TIL ?

Nedskjæring

En rekke kommuner fikk i -84 redusert sine fastlønnstilskudd.

Forskjellsbehandling

Det er fylkeslegene som håndhever disse reglene, og det gjøres tydeligvis med forskjellig grad av elastisitet. Eksempelvis fikk 24 av 25 kommuner i Finnmark redusert sine fastlønnstilskudd mens bare en kommune i Troms.

Press i arbeidssituasjonen

Kommunene ønsker å beholde de fastlønnstilskudd de har budsjettet med, og pålegger legene å holde den kurative virksomheten

på et nivå som tilfredsstiller kravene.

Kommentarer som dette er vanlige:

"Jeg har aldri følt meg så presset til å holde oppe tempoet når det gjelder kurativ virksomhet som nå, heller ikke da jeg drev etter stykkprissystemet."

- "Nå tar jeg pasientene innenfor døra der enkel legekontakt egentlig skulle være nok, bare for at kommunen skal få sine egenandeler."

- "Jeg har aldri før følt at noen står og kikker meg over skulderen slik som nå."

- "Hvis jeg prioriterer opp samfunnsmedisinsk arbeid med en time pr. uke, mister kommunen 70 000 kr."

- "Kommunen blir dobbelt straffet gjennom tap av både egenandeler og fastlønnstilskudd."

På OLL's landsmøte nå i september opplever vi det interessante at de offentlige legene og representanten fra NKS står side om side i denne saken, mot sosialdepartementet. Evt. nye allianser imøteses med spenning framover.

Etter at vi er bitt tutet ørene fulle av hvor viktig og riktig samfunnsmedisinsk arbeid er, og etter at vi har fått høre at kommunene selv bestemmer økonomiske og administrative forhold, kommer det altså en eneste kontroll på virksomheten i primærhelsetjenesten: Hvordan går det med det kurative arbeidet? Hvor mange egenandeler tar dere?

Det å argumentere for samfunnsmedisinske oppgaver har ikke alltid vært lett overfor kommunens politikere og administrasjon.

Det blir ikke lettere heretter hvis de i tillegg må gi slipp på statlige tilskudd.

Det er mye penger som overføres til kommunenes helsetjenester og selvsagt ikke urimelig med en viss kontroll. Men kontrollen bør da gå på hele driften. Vi imøteser forskriftene til lov av 30. mai -84 om statlig tilsyn med helsetjenesten (kvalitetskontroll

og egenkontroll) i den anledning.

La gå med at fastlønnstilskuddet er kompensasjon for tap av trygderefusjon til kommunene ved fastlønnsordningen.

Med gjennomføringen av en så omfattende reform som kommunehelsetjenesten skulle det også være mulig å skjære gjennom en enkeltstående detalj som denne.

Ekstra irriterende blir dette hvis beregningene av fastlønnstilskuddet er satt for lavt, se Egil Storås' innlegg på neste side.

Vi vil oppfordre myndighetene til å bruke mer positive virkemidler og ikke snike noen av takstsystemets skyggesider inn bakveien i fastlønns-systemet.

Storås
og

Jon H. Mann

"Tommelfingerregel" for fastlønnstilskudd virker urettferdig og ødeleggende

Eide kommune får ikke fullt fastlønnstilskudd etter kravet om 2 egenandeler pr. kurative time. Men en nøyere undersøkelse viser at kommunen egentlig er berettiget til fullt fastlønnstilskudd, dersom mulig refusjon fra folketrygden virkelig ble lagt til grunn, forteller helsesjef og kommunelege I, Egil Storås, til Utposten.

For å få fullt fastlønnstilskudd krever fylkeslegen at hver lege arbeider minst 25 timer kurativt pr. uke, og at dette kan vises ved at det i gjennomsnitt for hver lege er tatt inn 2 egenandeler pr. kurativ time.

Eide kommune har 3 leger som etter arbeidsplanen skal arbeide 25 timer kurativt pr. uke. Fylkeslegen stiller som krav at det er inkassert kr. 135 000,- for første halvår som bevis på utført arbeid. Kommunen kan legge fram regnskap for at det er innkassert "bare" kr. 115.500,-, altså ca. kr. 20.000,- for lite.

Siden fylkeslegen har varslet at inngang egenandeler vil bli lagt til grunn for utbetaling av fastlønnstilskudd, risikerer Eide kommune en reduksjon i fastlønnstilskudd fra høyt tilskudd på kr. 105.100,- pr. lege til lavt tilskudd på kr. 70.100,- pr. lege pr. år (tilsammen en reduksjon i forhold til budsjettert på kr. 105.000,- for inneværende år).

En slik reduksjon i fastlønnstilskuddet har skjedd i flere kommuner i 1984 og synes fortsatt å kunne skje i en rekke kommuner for 1. halvår 1985.

Dette har gjort det nødvendig for Egil Storås, som også er tillitsmann for Offentlige legers landsforening i Møre og Romsdal, å se nærmere på hva fastlønnstilskuddet fra statens side egentlig er ment å være. I henhold til forskrift om rammetilskudd og fastlønnstilskudd, skal tilskuddet gis i stedet for det en avtalelege/privatpraktiserende lege ville kunne ha krevd i refusjon fra trygden etter normaltariffen.

Storås har derfor beregnet hva Eide kommunes fastlønnspraksis ville ha innbragt i refusjon fra trygden om kommunene hadde sendt regning etter normaltariffen. Dette er mulig å beregne i Eide kommune fordi helsetjenesten fører en kontinuerlig registrering av alle kontakter. På laboratoriet skrives opp alle prøver som blir tatt og i arbeidstidsregistreringene registreres alle kurative timer, derunder også samarbeidsmøter om pasienter. Antall innsendte prøver er ikke bokført, men er medtatt i regnestykket etter et lavt skjønn (0,5 innsendte prøver pr. konsultasjon som gir egenandel).

| | |
|--|---------------|
| Konsultasjoner/hjemmebesøk i kontortid | kr. 57.612,- |
| Lab/skiftestue | kr. 75.070,- |
| Samarbeidstjenester om enkeltpasienter | kr. 19.925,- |
| ----- | |
| Mulig trygderefusjon 1. halvår 1985 | kr. 152.607,- |

Fullt fastlønnstilskudd for 3 leger for 1. halvår utgjør kr. 157.650,-, altså omtrent identisk med det beløp trygderefusjon ville ha innbragt om kommunen sendte refusjonskrav til trygden.

Likevel risikerer Eide kommune bare å få kr. 105.150,- i redusert fastlønnstilskudd for alle sine 3 leger for 1. halvår 1985, det vil si en underdekning i forhold til reelle behov/krav på kr. 52.500,- pr. halvår.

Denne undersøkelsen viser at Eide kommune med en praksisprofil som gir "bare" 1,5 egenandeler pr. kurativ time, likevel ville ha fått fullt fastlønnstilskudd om den reelle mulige trygderefusjon ble lagt til grunn. Etter for-

skriftene er det også egentlig den reelle mulige trygderefusjon som skal legges til grunn (hvis det bare var mulig å regne den ut i alle kommuner), mens regelen om 2 egenandeler pr. kurativ time bare er en "tommelfingerregel" som skal muliggjøre fylkeslegens kontroll med tildeling av fastlønnstilskuddet.

Undersøkelsen viser at bruk av "tommelfingerregelen" om 2 egenandeler pr. kurativ time som grunnlag for utbetaling av fastlønnstilskudd er galt og uheldig. Bruk av denne "tommelfingerregelen" utgjør en utilbørlig økonomisk/faglig påvirkning og forstyrrelse av kommunehelsetjenestens praksisprofil, uttaler Egil Storås til Utposten.

Disse sitatene av brev fra Sosialdepartementet skulle gi god anledning til romslige tolkninger av kravet til fastlønnstilskuddet.

5. nov. -84 til fylkeslegen i Møre og Romsdal med kopi til alle fylkeslegene:

"Fylkeslegens henvendelse innebærer et ønske om retningslinjer knyttet til hvor store egenandeler en bør forvente når legene utfører henholdsvis 15 og 25 timer pr. uke. Sosialdepartementet anser det som lite ønskelig å normere arbeids-

innholdet i fastlønnstilling for sterkt. Fastlønnstillinger skal gi rom for å bruke tid på den enkelte pasient.

På den annen side skal fastlønnstilskuddet ikke subsidiere stillinger som ikke driver kurativ virksomhet i rimelig omfang."

"Dersom de oppgitte egenandeler ligger under disse grenser, anser en at det kurative omfang ikke er

dokumentert. Fylkeslegen må i så fall be om annen dokumentasjon for det kurative arbeid. Slik dokumentasjon kan f.eks. være oppgaver over antall konsultasjoner.

Dersom antall konsultasjoner ligger under henholdsvis 1200 og 2000 pr år i et fullt arbeidsår, skal tilskuddet reduseres en klasse evt. bortfalle."

TEMA: Kliniske handlings- programmer og beslutninger



Hvorfor gjør vi som vi gjør?

□ Magne Nylenna

■ At det er store variasjoner i arbeidsstil mellom norske almenpraktikere er et velkjent fenomen. Rutle og Forsén har funnet at mens 6 % av pasientene fikk medikamentell behandling hos en lege, fikk 96 % av pasientene hos en annen lege slik behandling. Når det gjelder sykmelding var spredningen fra 3 % til 83 %, og bruken av laboratorieprøver varierte fra ingen til over tre prøver pr. kontakt i gjennomsnitt (1).

Disse dramatiske variasjonene er en av grunnene til den evalueringsdebatten som har vokst fram i norsk almenpraksis. Kvalitetssikring og kvalitetskontroll er forøvrig et emne Utposten kommer tilbake til med det første.

Variasjonen avspeiler ganske sikkert store forskjeller i vurderinger og hand-

lingsmønster mellom de forskjellige leger. Det kan gi oss god grunn til å spørre hvorfor vi egentlig gjør som vi gjør. Hva påvirker våre diagnostiske og terapeutiske vurderinger og hva styrer våre beslutninger? Hvorfor blir f.eks. den ene pasienten med hoste henvist til røntgen thorax og den neste ikke? Hvorfor får en angstpasiert diazepam, men andre får det ikke? Og hva bestemmer om en pasient blir innlagt i sykehus eller forblir hjemme?

Beslutningsteori har fått et gjennombrudd i medisinen, og det er elegant vist hvordan vi kan treffe riktige beslutninger ved hjelp av systematisk og gjennomtenkt tilnærming til problemene (2,3). I en artikkelserie i Nordisk Medicin har Siem og Waaler nylig gjennomgått de viktigste aspekter ved den diagnostiske beslutningsprosessen (4). Mange av disse tankene har fått gjennomslag blant kollegene, og ord som sensitivitet og spesifisitet blir stadig oftere benyttet i faglige fora.

De store variasjoner både i

etiske perspektiver ved kommunehelsetjenesten

får pasienter med psykosomatiske lidelser i upersonlige bo-komplekser, det er DERE som ser hvordan enkeltpersoner kommer ut av balanse når arbeidslivet øker prestasjonskravene. Det er DERE som skal være talsmenn for befolkningen når det gjelder farlige veikryss, luftforurensninger, forslumming og andre forhold ved samfunnet som kan bryte ned helsen. Dere vil leve et liv i et spennende skjæringspunkt mellom store behov og begrensede muligheter. Dere vil presses av behovene som følger av økningen av antall eldre, økte vanskeligheter for barna og de unge, en økende arbeidsledighet, og dere vil fristes av de muligheter deres fag gir. Loven åpner for en rekke nye muligheter - dere skal ha et ansvar for å yte pleie, omsorg, attføring, helseråd-tjeneste og medisinsk behandling. Den store hindringen for dere ligger dels i et komplisert samfunn som styres av krefter som ligger utenfor deres mulighetsområde, og dels stramme økonomiske rammer. Dere har naturlig nok bilde av store og viktige oppgaver, og dere er irriterte over å ha en ressursramme som er for liten til å løse oppgavene. Denne konflikten mellom rammer og muligheter vil kunne skape sinne, fortvilelse, frustrasjon, ineffektivitet og vantrivsel for dere. Jeg tror den største utfordring knyttet til kommunehelsetjenesteloven er å prøve å finne en løsning på denne konflikten som både politikere, administratorer, pasienter og helse- og sosialarbeidere kan leve med. Forutsetningen er at alle parter forstår og respekterer hverandre. Rammene må respekteres, men det må også helse- og sosialarbeidernes ønsker om å gjøre en best mulig jobb overfor pasienter og klienter.

Det medisinsk/faglige ansvar

Et viktig aspekt i denne sammenheng er f.eks. det medisinsk/fag-

lige ansvaret som nå kommunehelsetjenesteloven gir dere leger. Hvor langt skal dette ansvaret strekke seg? - For det første er det klart at det ikke kan strekke seg så langt at det skal angå prioriteringen av ressurser mellom hovedgrupper av tiltak. Det er og må bli et politisk ansvar. For det andre er det også klart at forandringen i legerollen, ved at andre yrkesgrupper får større tyngde i sine fag, også må innebære at legene ikke skal ha det faglige ansvaret overfor f.eks. sykepleierne. Jeg håper og tror at det skal være mulig å finne fram til hensiktsmessige samarbeidsformer mellom yrkesgruppene, slik at det blir gjensidig respekt mellom dere, og slik at dere alle forstår hvordan de forskjellige etater i lokalsamfunnene fungerer.

Forhold til massemedia

Et annet forhold som også blir viktigere i årene fremover er forholdet til massemedia. En må regne med at massemediane i økende grad vil rette sine "øyne" kritisk mot helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Mediene vil reise reportasjer om køer, kriser og kaos, og helse- og sosialarbeiderne må slippe til for å svare på disse reportasjene. Først da kan en få bevisstgjort politikere og befolkning om hva som er nødvendig for å minske problemene i helse- og sosialtjenesten.

Prioriteringskonflikter

Det er selvsagt ikke bare i distriktshelsetjenesten prioriteringsproblemer er vanskelige. Prioriteringsproblemer i helsevesenet har vært gjenstand for debatt både i massemedia, i politikk og blant fagfolkene. Debatten dreier seg noen ganger om hvorvidt hjertetransplantasjoner skal prioriteres foran omsorgsmedisin, andre ganger om fostervannsdagnostikk, ytterligere andre ganger som spørsmål knyttet til medisinsk teknologi. Disse prioriteringskonfliktene

henger særlig sammen med at de økonomiske rammer alltid setter grenser for hva helsetjenesten kan gjøre. Det er ikke mulig å bygge ut alle felter der det kan påvises behov, og der det finnes medisinske muligheter. Innenfor de økonomiske rammer myndighetene trekker opp for helsevesenet vil prioriteringskonfliktene bli stadig større i årene fremover. Eldrebølgen øker presset på alle deler av helse- og sosialtjenesten, - den medisinske utvikling gir stadig nye tilbud og behandlingsformer. Vi vil derfor gå inn i en tid hvor helsepersonellet vil oppleve massive pasientkrav, og politikere vil ha økende vanskeligheter med å rettferdiggjøre ventelister og teknologiske etterslep overfor befolkningen og velgere. Hvordan skal en møte disse utfordringer? - Det er et av helsepolitikken problem, og regjeringen har derfor nedsatt et eget utvalg for å utarbeide retningslinjer for håndteringen av disse prioriteringskonflikter. Prioriteringen av den enkelte pasient i relasjon til et behandlingstilbud vil nok alltid hovedsaklig måtte bygge på faglig/medisinsk skjønn.

Prioriteringen mellom grupper av pasienter må imidlertid bygge på et sett av prinsipper trukket opp av befolkningen og de politiske myndigheter. Skal vi prioritere de som står først i køene, de som er sykest, bestemte underprivilegerte grupper, la pasienter som har ansvar for det oppståtte problem vente, eller utelukkende se på helse-økonomiske aspekter, - dvs. investere ressurser hvor de gjør mest nytte? I et demokrati må det være en politisk utfordring å trekke opp retningslinjene for disse ubehagelige prioriteringene, og det er derfor regjeringen har nedsatt Lønning-utvalget. Dette utvalget vil forhåpentligvis også gi materiale som kan være til nytte for dere i deres fremtidige arbeid. Beslutninger må dere alltid ta. Noen klarere prinsipper for prioriteringer kan imidlertid gjøre valget lettere for dere. ■

Data-assistert diagnostikk

Innen klinisk medisin har interessen for computerbruk først og fremst vært rettet mot bedre utnyttelse av laboratoriedata. Det er økende forståelse for at resultatene fra kliniske laboratorier, fysiologiske parametre eller såkalte hårde data, kan inneholde viktig informasjon som lett kan gå tapt for behandleren. Dette gjelder f.eks. trendutvikling, om det skjer en utvikling i en bestemt retning hos en pasient samt tolkingen av sammenhengen mellom ulike laboratoriedata og sykdomstilstander.

Da dataalderen gjorde sitt inntog i 1950- og 60-årene antok mange at også den kliniske diagnostikk ville bli revolusjonert. Det foreligger nok et begrenset antall entusiastiske rapporter, men i det store og hele har ikke computeren slått gjennom som hjelpemiddel ved klinisk diagnostikk.

Bare i liten grad synes legene å være klar over hvilken verdi det kan ha å strukturere kliniske data - myke data - og deretter la computeren behandle disse.

Det hevdes ikke sjelden at legekunst er noe mer enn å ta bestemmelser ut fra "kolde fakta". Den informasjon pasienten gir mellom linjene, ved sin oppførsel og ved sitt utseende, den ikke-verbale informasjon antas også å være vesentlig for legens beslutning om diagnose og behandling. Og denne type informasjon har man ikke hatt lett for å tenke seg innpasset i et fast strukturert system.

Legekunst er imidlertid et uttrykk for å bestemme seg for en diagnose eller et terapeutisk tiltak. Grunnlaget er alle informasjonen gitt av pasienten, ved sykehistorie, klinisk undersøkelse og laboratorieprøver. Denne informasjonen sammenholder så legen med sin kunnskap om lignende tilstander og erfaring fra andre pasienter tidligere.

Å stille en diagnose innebærer at legen må ta tre beslutninger eller valg:

1. Avgjøre hvilke symptomer som er vesentlig eller relevante.
2. Plassere pasienten i en problemgruppe.
3. Velge den mest sannsynlige differensialgruppe.

Når legen første gang møter pasienten, er alle muligheter tilstede. Legen vurderer de informasjoner pasienten gir og velger ut et mindre antall mulige diagnoser. Blant disse bestemmer han seg for den mest sannsynlige differensialdiagnosen. Fremdeles vil imidlertid denne kun være en arbeidshypotese.

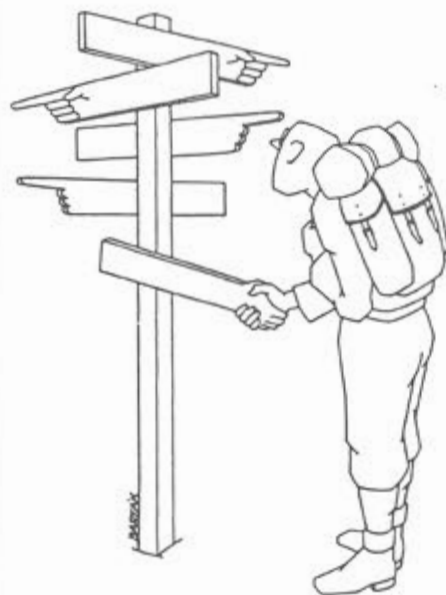
Det er prøvet å la en computer kommunisere direkte med pasienten og ta opp den første sykehistorien. Erfaringene er delvis gode, blant annet har pasienter angitt at de lettere kommuniserer med en maskin når det gjelder omtålige problemer.

Imidlertid har ikke denne bruk slått gjennom. En vesentlig grunn er at når pasienter selv skal gi opplysninger, så prioriteres lett det positive mens negative, relevante informasjoner blir borte.

Å vurdere hva som er relevant klarer legen langt bedre enn computeren. Etter å ha møtt en pasient vil legen ganske snart danne seg et bilde av situasjonen og strukturene sine videre spørsmål og undersøkelser ut fra dette. I denne situasjonen finnes det idag ikke computerprogram som er gode nok, og det er et åpent spørsmål om slike program vil kunne lages i fremtiden.

Imidlertid har computeren vist seg å være legen langt overlegen når det gjelder å differensiere mellom et begrenset antall diagnoser - ut fra strukturerte og

□ Bjørn Høivik _____
dr. med. ass. overlege,
Sentralsykehuset i Akershus



(Bortås)

relevante kriterier. Computerteknologien gjør det nemlig mulig å legge et nærmest ubegrenset antall observasjoner til grunn for våre vurderinger og avgjørelser. Alle data huskes, intet blir oversett eller glemt ved en feiltagelse.

Det er blitt hevdet at computeren fungerer som den menneskelige hjerne, men det er en slående forskjell på computerens og den erfarne klinikers evne til å gjenkjenne mønstre og sammenhenger. Den erfarne kliniker klarer seg like godt som computeren ut fra et lite, begrenset antall data. Men når antall data øker, synker klinikerens evne til å analysere mot hva man vil forvente blir resultatet om tilfældigheter avgjør.

Det er computerens evne til å behandle store mengder data som benyttes ved diagnostisering. Computeren, så vel som legen, benytter mønstergjenkjennelse, computeren legger til grunn beregninger av statistisk sannsynlighet og regresjonsanalyser.

For både lege og computer gjelder, at "most common things - most commonly occur".

Det er vesentlig å understreke at en diagnose, enten den er foreslått av lege eller computer, alltid kun er et uttrykk for en sannsynlighet.

Dette skyldes ikke minst at bare unntagelsesvis vil en tilstand gi det samme sykdomsbildet hos to forskjellige pasienter. Som regel varierer sykdomsbildet fra pasient til pasient. Sikkerheten, økende sannsynlighet, for en aktuell diagnose vil øke avhengig av om det foreligger et typisk sykdomsbilde eller ikke.

Som illustrasjon faller det naturlig for meg å ta utgangspunkt i pasienter med "akutt abdomen", pasienter med akutt innsettende mavesmerter, varighet mindre enn syv dager.

Innen kirurgien er dette en meget viktig gruppe, den utgjør ca. 15% av alle pasienter innlagt i kirurgisk avdeling.

En rask og sikker diagnose er viktig for behandlingen og kan være avgjørende for prognosen.

For hele gruppen av akutte abdominalsykdommer varierer riktig preoperativ diagnose mellom 40% og 74%. Årsaken til den store variasjonsbredden beror trolig på ulikt pasientgrunnlag, ulike rutiner og ulike vurderinger. Det er imidlertid klar indikasjon

for at det er ønskelig og nødvendig å bedre diagnostikken, primært av hensyn til pasientene men også av hensyn til en effektiv utnyttelse av ressursene i helsetjenesten.

For å se nærmere på om computeren kunne tilpasses klinisk arbeid, deltok kirurgisk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus i 1977/78 i en større multinasjonal undersøkelse. Det ble foretatt registrering av symptomer og sykdomstegn hos pasienter innlagt med akutte abdominalsmerter, "akutt abdomen".

Målet for undersøkelsen var å

1. Finne frem til en eventuell geografisk variasjon i hyppighet og innbyrdes sammenheng mellom ulike differensialdiagnoser.

2. Påvise symptomsammenheng og sannsynlighet for de ulike symptomer ved de forskjellige differensialdiagnosene.

Disse informasjonene skulle være grunnlaget for en database som så nye pasienter skulle kunne sammenlignes med.

Åtte differensialdiagnoser var de hyppigst forekommende: appendicitt, cholecystitt, pancreatitt, tynntarmsileus, ulcus perforatum, diverticulitt og andre (gynekologiske lidelser er ikke tatt med her).

Den differensialdiagnostiske verdi av de ulike symptomer og funn ble prøvet ut, og dette er grunnlaget for et skjema som benyttes til innhenting og registrering av symptomer og kliniske funn.

Undersøkelsen ble ledet av Tim deDombal, Leeds i England. Det ble registrert tilsammen vel 6.000 pasienter, hvorav 660 ved kirurgisk avdeling, SiA. Med grunnlag i disse registreringene ble det så etablert en database.

Ved SiA har vi de siste årene benyttet disse strukturerte skjema som journal for pasienter innlagt med akutte abdominalsmerter. Dette skjema er nødvendig for å kunne benytte computeren som hjelpemiddel ved diagnostisering. Utover dette gir det sikring mot at vesentlige opplysninger blir utelatt og undersøkeren tvinges til å ta standpunkt til de ulike symptomer og funn. Dette siste har også alene en effekt med henblikk på sikrere diagnostisering.

Computerassistert diagnostisering, "akutt abdomen-programmet" består i at computeren

sammenligner strukturerte data fra den nye pasienten med databasen, d.v.s. opplysninger om de mer enn 6000 pasientene hvor symptomer og diagnose allerede er kjent.

Computeren stiller riktig diagnose hos mer enn 90% av pasientene og det er bedre enn hva de mest erfarne klinikere makter. Dette er resultater fra flere sentra som har prøvet computer assistert diagnostisering, de lar seg reproducere og det dreier seg altså ikke om en engangsforetelse.

Det viser seg at om lag 2/3 av pasienter med akutt abdomen har karakteristiske symptomer og kliniske funn som stemmer med lærebøkene. De øvrige 1/3 frembyr et bilde som er mer eller mindre atypisk. Dette kan forklare at de yngste legene, de med minst erfaring, har de laveste diagnose-score. Ved samarbeid med computer har det imidlertid vist seg at også deres diagnostisering kan bedres til det nivå de erfarne klinikere har.

Praktisk bruk av akutt abdomen-programmet har medført at andelen perforerte appendicitter ved operasjon går ned, også antall negative laparotomier reduseres.

Ved Airdale District Hospital utenfor Leeds i England, befolkningsgrunnlag 160.000 mennesker, førte bruk av computer assistanse ved diagnostisering til en reduksjon på om lag 400 pasientdøgn pr. år for pasientgruppen innlagt med diagnosen akutt abdomen.

Akutt abdomenprogrammet er enkelt, skrevet i Basic. Jeg bruker det selv på en liten hjemmedatamaskin til vel 1.000 kr. Det er like godt egnet for almenpraktikeren som for legen i sykehusets mottagelse.

Ved bruk av computer til assistanse ved diagnostisering er det vesentlig å understreke av kvaliteten av pasientdata er avgjørende, og at det er legen som alltid tar avgjørelsen.

Computeren er kun et hjelpemiddel. Den sier hva som er mest sannsynlig. Legens kliniske vurdering blir særlig viktig når det foreligger sjeldne tilstander hvor computeren ikke har tilstrekkelig grunnlag i data å sammenligne med.

Computer-assistansene fører ikke til at kravene til legen reduseres, snarere tvert om.

Almenpraktikerens dilemma:

Skal, ...skal ikke?



□ Magne Nylenna

Magne Nylenna turde være velkjent for Utpostens lesere. Han er stipendiat ved Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo, redaksjonell medarbeider i Tidsskrift for Den norske lægeforening og medredaktør i Utposten.

Kunnskap om testers sensitivitet, spesifisitet og prediksjonsverdi er nødvendig, men ikke tilstrekkelig i den medisinske beslutningsprosess. Mange beslutninger må tas, og enda flere tas, på et mindre rasjonelt grunnlag. Det er viktig med kunnskap om de faktorer som påvirker våre beslutninger, og to slike påvirkningsfaktorer presenteres:

Salderingssyndromet henger sammen med vår tendens til å anvende representativitetstenkning på alt for små pasientgrupper. Sensibiliseringssyndromet skyldes den emosjonelle påvirkning dramatiske eller sjeldne tilstander har på oss. For å bli gode beslutningstakere må epidemiologisk og klinisk kunnskap kombineres med egeninnsikt og evne til kritisk å kunne revurdere tidligere beslutninger.

Den almenpraktiserende leges hverdag er fylt av beslutninger. Enhver beslutning fattes på bakgrunn av sannsynlighetsvurderinger. Før en prøve tas eller en undersøkelse rekvireres må vi vurdere sannsynligheten av at prøven eller undersøkelsen er av nytte i diagnostikken. De forskjellige diagnoser baseres på grader av sannsynlighet, og før vi iverksetter behandling vurderer vi sannsynligheten for at nettopp denne behandlingen vil hjelpe. Slike sannsynlighetsberegninger skjer ikke alltid like bevisst, men de forutgår likevel enhver handling.

Ettersom almenpraktikeren representerer inngangsporten til det medisinske hierarki, er konsekvensen av våre handlinger særlig store. Våre vurderinger er ofte avgjørende for pasientens videre skjebne. Dette gjør førstelinjearbeiderens arbeid særlig utfordrende, men også usedvanlig ansvarsfullt.

Alle tiltak vi iverksetter, eller handlinger vi utfører, har terskler. Det er høyden på denne terskelen som i en gitt situasjon avgjør om vi skal eller ikke skal ta en biopsi, henvise til spesialist eller telle hvite blodlegemer hos en pasient.

Disse tersklene er ikke bare forskjellige fra lege til lege (1), men f. skyver seg også hele tiden for den enkelte av oss.

I analysen av hvor tersklene bør være for å utføre en diagnostisk prøve eller iverksette en bestemt behandling, har sannsynlighetsberegning og beslutningsteori vist seg nyttig. Sensitivitet,

spesifisitet og prediksjonsverdi er sentrale begreper i denne tilnærmingen, og for mange av oss har nettopp Bayes teorem (2) åpnet øynene. Fra denne synsvinkelen kan vi forklare hvorfor hoste i almenpraksis betyr noe annet enn hoste i en lungeavdeling, og hvorfor feber i Norge bør utredes på en annen måte enn feber i Afrika. Kunnskap om testers repeterbarhet og validitet bestemmer terskelhøyden for mange av våre daglige handlinger.

Alt dette er, eller burde være, velkjent.

Rasjonalisme ikke alltid mulig

Likevel fatter vi stadig vekk beslutninger mer eller mindre uavhengig av slike forutsigbarhetsberegninger. Det skyldes flere ting:

- I de aller fleste sammenhenger mangler vi kunnskap og bakgrunnsdata til å utføre slike statistisk/matematiske analyser. Mangelen på kontrollerte/kliniske forsøk er skrikende, og enten vi liker det eller ei er det meste av vår hverdag fylt av problemstillinger som ikke er godt nok utforsket til at slike sannsynlighetsanalyser kan utføres. Tenk bare på det vitenskapelige grunnlag vi har for å analysere diagnostikk og behandling av vonde rygger eller plattfot, eller å vurdere nytten av samtaleterapi eller henvvisning til sosialkontoret.
- Og selv der vi har et visst grunnlag for å gjøre slike statistiske bereg-

ninger spiller andre forhold inn. Selv om den matematiske sannsynlighet for å ha nytte av cerebral CT hos en 63 år gammel mann med TIA er den samme på Frogner som på Finnmarksvidda, så vet vi at tilgjengelighet er noe av det som bestemmer terskelen og derved handlingen aller sterkest. Premisene for de statistiske beregninger vil også være subjektive (har pasienten egentlig hatt hemoptyse? Er pasienten i virkeligheten ikterisk?), og i blant vanskelig å definere. (Hva er brystmerter? eller endrede avføringsvaner?).

- Sist, men ikke minst, gjør vi våre subjektive vurderinger av sannsynligheter. Disse subjektive vurderingene går i blant helt på tvers av de matematisk/statistiske beregninger, og slike psykologisk og atferdsmessig betingede vurderinger er et fascinerende område som innbyr til spennende lesning (3).

Et par slike subjektive beslutningsmønstre har jeg tidligere omtalt (4):

Salderingssyndromet

I vårt kliniske arbeid forholder vi oss til representativitet på en ytterst subjektiv måte. Dette kan sies å være en bivirkning av vår epidemiologiske kunnskap, og består i at vi hele tiden forholder oss til en pasientfordeling, en slags norm, som vi appliserer også på små enheter. Terskelen for å fatte bestemte beslutninger varierer i forhold til hvor hyppig tilsvarende beslutninger er tatt før, og i forhold til hvor ofte vi føler at det forventes av oss at vi skal ta nettopp denne beslutningen.

Dersom vi har lagt inn tre fortløpende pasienter når vi kjører sykebesøk, blir terskelen for å innlegge den fjerde uvilkårlig høyere enn den ville ha vært om ingen av de tre forutgående var blitt innlagt.

Et klassisk eksempel på dette kan vi hente fra New York der en gruppe på 1000 skolebarn ble undersøkt med henblikk på indikasjon for tonsillektomi (5). Det ble funnet at 610 av barna burde få mandlene fjernet. Deretter ble de resterende 390 undersøkt av en ny gruppe leger som fant at 45 % av disse også burde tonsillektomeres. De som nå ble "frikjent" ble atter en gang undersøkt, nå av en tredje gruppe leger, og 46 % ble funnet å trenge tonsillektomi. Det samme ble gjort en gang til, og til sist sto man tilbake med bare 65 barn som ikke behøvde tonsillektomi.

En slik tendens til å saldere vurderingene opp mot et tenkt gjennomsnitt skyldes at vi ser en begivenhet i for sterk sammenheng med de nylig forutgående begivenheter. På mange måter minner det om den velkjente "gambler's fallacy" som består i at jo flere ganger rødt går ut med gevinst

på ruletten, jo sikrere blir vi på at det blir svart neste gang. Har jeg henvist fem pasienter til øyenlege en dag, skal det mye til at jeg henviser den sjette.

Det vi glemmer er at særegenheter eller avvik fra gjennomsnittet ikke korrigeres ved hjelp av en saldering - de bare fortynnes i løpet av en prosess.

Sensibiliseringssyndromet

Et annet subjektivt vurderingsmønster er velkjent for oss alle, nemlig at mistenksomhet og følsomhet for en tilstand varierer med det vi nylig har sett eller hørt. Dette står i en slags paradoksal motsetning til salderingssyndromet, og jeg har gitt det navnet sensibiliseringssyndromet.

Akkurat som et bilvrak ved landeveien penser tankene våre inn på faren for trafikkuhell og kjøreendrer vår kjøreadferd, virker oppdagelsen av en sjelden tilstand på kontoret. Dersom vi diagnostiserer en hittil uoppdaget hofteleddsdysplasi hos en ett-åring, så skjerper det både sanser og mistenksomhet i vårt arbeid med nyfødte fremover. Lex coincidentia er et begrep i medisinen. Kanskje noe av innholdet i denne loven ligger i at vi finner det vi leter etter, og at vi leter etter det vi nylig har funnet.

Som i allergiologien forøvrig vil sensibilisering avhenge av antigenets potens og mengde. Et dramatisk tilfelle av tumor cerebri hos en ungdom virker sterkere enn et mindre dramatisk tilfelle hos en olding. To tilfelle av cancer coli med kort mellomrom virker sterkere enn ett tilfelle alene. Som med sensibilisering forøvrig avtar gjerne følsomheten gradvis med tiden fra siste diagnostiserte tilfelle.

Revurdering viktigst

I den medisinske verden møter vi både uttrykk som "i omgang med den enkelte pasient betyr ikke statistikk noe" og "det vanlige er vanligst". Som klinikere er det vårt ansvar både å forholde oss til den enkelte pasient uavhengig av det vi tidligere har sett og hørt samme dag, og samtidig ta hensyn til den kunnskap vi har om den epidemiologiske sammenheng denne pasienten befinner seg i.

Dagliglivets beslutninger er mange og mangfoldige. Det er nyttig og viktig at vi får innsikt i de forskjellige mekanismer som styrer disse beslutningene. Kunnskap om prevalens, insidens og kliniske ytringer av de forskjellige sykdommer er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Vi må også analysere de atferdsmessige og psykologiske faktorer som innvirker på våre vurderinger og avgjørelser.

I den kontinuerlige strøm av skal/skal

ikke-beslutninger er det viktig med evne til revurdering. De store tabber skyldes som regel manglende evne til å revurdere tidligere beslutninger. I en revurdering blir en analyse av beveggrunnene ved forrige avgjørelse særlig viktig. Tiden er en egen dimensjon, og to situasjoner vurdert på to forskjellige tidspunkt er ikke identiske - uansett hvor like de er. Selv om både blodtrykk, puls og serum kreatinin er det samme, kan vurderingen av pasienten på to forskjellige tidspunkt bli forskjellig dersom vi klarer å frigjøre oss fra våre tidligere beslutninger.

Gode klinikere blir vi først når vi kan kombinere den epidemiologiske og kliniske kunnskap som er tilgjengelig med en betydelig innsikt i hva som styrer våre egne beslutninger.

Litteratur

1. Cummins RO, Jarman B, White PM. Do general practitioners have different "referral thresholds"? Br Med J 1981;282:1037-9.
2. Waaler HT, Siem H. Bayes teorem. Nord Med 1983;98:91.
3. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. New York: Oxford University Press 1984.
4. Nylenna M. Frihet til å velge? Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:1926.
5. Bakwin H. Pseudodoxia pediatrica. N Engl J Med 1945;232:691-7.

Almenpraktikerens hverdag kan beskrives som en serie av beslutninger. Ikke slik å forstå at våre kolleger i andre spesialiteter unngår dette vanskelige anliggende. Men almenpraktikeren må gjennom sin arbeidsdag ta flere, og oftest på mindre sikkert grunnlag. De tidlige og uferdige sykdomsbildene og det brede spektrum av problemer med legemlige, psykiske og sosiale komponenter stiller almenpraktikeren overfor særlig store utfordringer. Det er derfor neppe noen tilfeldighet at interessen for beslutningsteori og forskning omkring problemløsningsatferd har vokst til et ganske betydelig forskningsfelt innen den internasjonale almenmedisin gjennom de senere årene (1).

Problemstilling og b i almenpraksis



Steinar Westin er førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim, p.t. NAVF-stipendiat. Tidligere bakgrunn som almenpraktiserende lege i Askøy kommune og må nå kunne rubriseres som en superkjendis i norsk almenmedisin.

Klinisk beslutningsanalyse.

Strengt tatt dreier det seg om to nokså forskjellige tilnæringsmåter. Innenfor den kliniske beslutningsanalyse (clinical decision analysis) benyttes epidemiologiske data og statistiske metoder til å beskrive hva som er den mest hensiktsmessige utredning og behandling i hvert enkelt tilfelle. Her er det utviklet modeller som gjør det mulig å legge opp rasjonelle handlingsstrategier som balanserer usikkerhet og risiko mot kostnader og ubehag for pasienten (2). Slike resonnementer ligger bak de mange utrednings- og behandlingsprogrammer (vårdprogrammer) vi nå støter på i den medisinske litteraturen. Problemet, sett fra almenpraktikerens synspunkt, er at mange av disse oppskriftene for rasjonell doktoradferd ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til det epidemiologiske terreng den enkelte almenpraktiker arbeider i. Dette poenget er allikevel utmerket belyst i Wulff's allerede klassiske bok "Rationel klinik" (3), som herved anbefales.

Adferdsorientert beslutningsteori.

Men det er enda et problem vi må ta hensyn til i omgangen med denne form for rasjonell kunnskap. Det viser seg nemlig at legen ofte handler annerledes; og

iblant helt i strid med retningslinjer den kliniske beslutningsanalysen trekker opp (4). Omstendighetene rundt beslutningene kan være uforutsette og preget av faktorer man ikke er seg helt bevisst. Slike observasjoner har lagt grunnen for en forsknings-tradisjon som på norsk kan benevnes adferdsorientert beslutningsteori (behaviour decision theory (5)). Mens den kliniske beslutningsanalysen er normativ og opptatt av hva man i en gitt situasjon bør gjøre, har den adferdsorienterte et deskriptivt utgangspunkt og befatter seg med hva legen faktisk gjør.

La oss ta et eksempel. En 35-årig mann kommer på kontoret ditt like før stengetid en torsdag og klager over dysuri. På spørsmål bekrefter han at det har vært litt fluor pr. urethram de siste par dager, ihvertfall merkbart om morgenen. Og han har, som du allerede har tenkt deg, hatt et "eventyr" noen dager i forveien, under en ferietur i Frankrike. Oppskriften for den videre diagnostiske utredning er grei nok. Men problemet er at han allerede samme kveld skal reise videre for å treffe sin kone. Og det Løffler-preparatet du laget på overtid mens ungene ventet i barnehagen, gav ikke noe entydig svar.

I slikt farvann blir det ikke lett foreskrive et entydig riktig handlingsprogram. Statistiske sannsynligheter i diagnostikken og sosiale kom-

eslutningsstil

plikasjoner for pasienten vever seg inn i legens egne sosiale hensyn. Utfallet, den strategien legen til slutt velger, blir ikke bare bestemt av epidemiologiske resonnementer og kunnskapen om denne slags diagnostikk, men like mye av faktorer, som lettere lar seg beskrive innenfor rammen av den adferdsorienterte beslutningsteori.

Forskjellig problemløsningsstil.

For dette overfladiske nivået er slike betraktninger velkjente og banale. Her er de trukket fram mest for å gi bakgrunn for et tredje aspekt ved almenpraktikeren som beslutningstaker, nemlig det fenomen at vi som leger tydeligvis er svært forskjellige i vår måte å løse problemer på.

Det er i seg selv ikke noe å løfte på øyenbrynene av. Hvis det ikke hadde vært for det faktum at disse forskjellene på noen punkter lar seg kvantifisere og beskrive. Og at det jeg nå skal referere nettopp baserer seg på et materiale fremskaffet av Utpostens egne lesere.

Dette er, med andre ord, en passende anledning til å gi Utpostens lesere et kortfattet sammendrag av et forskningsarbeid som sprang ut av Utpostens almenmedisinske problemserie, som ihvertfall er velkjent for bladets lesere i 1981 og 1982 (6). I løpet av denne perioden

presenterte vi 6 korte kasuistikker fra den almenmedisinske hverdagspraksis med invitasjon til leserne om å sende inn sine diagnostiske og terapeutiske overveielser på en ferdig trykket svarblankett. Hensikten var å gi en løpende tilbakemelding til problemløserne om hvordan det enkelte problem ble vurdert. En slags "medical audit" ble det, med anledning for den enkelte svarer til å vurdere sin egen løsning av problemet i lys av alle andre deltageres. Den pedagogiske teknikken var en modifikasjon av velkjente metoder som baserer seg på simulerte kliniske situasjoner, i dette tilfellet det som i internasjonal litteratur benevnes "patient management problems" (7).

Det innsendte materialet bestod av 355 svarslipper fra ialt 210 forskjellige norske almenpraktikere. Hver svarslipp bestod av en tallrekke på ca. 20 tall mellom 1 og 5, der tallet indikerte i hvilken grad svareren erklærte seg enig eller uenig i hvert av de ca. 20 korresponderende utsagnene med relasjon til kasuistikken.

Det som etterhvert pirret vår nysgjerrighet, var at disse svarslippene hadde et meget varierende mønster. Noen kolleger besvarte de fleste utsagn med ytterpunktsangivelser (helt enig = 5 eller helt uenig = 1), mens andre tydeligvis foretrakk å uttrykke seg med mer forsiktede beslutninger (delvis enig = 4,

delvis uenig = 2 eller usikker = 3).

Herfra oppsto tanken om å kvantifisere denne grad av skråsikkerhet, henholdsvis usikkerhet, hos den enkelte svarer, ved å regne ut en svarindeks som forsøksvis besto av antallet ytterpunktsangivelser i telleren og antallet mellompunktsangivelser i nevneren, slik:

$$x = \frac{n1 + n5}{n2 + n3 + n4}$$

Ved møysommelig gjennomgåelse av de enkelte anonymt innsendte svarslippene, lot det seg gjøre å identifisere de svarslippene som var innsendt av den samme kollegaen på flere forskjellige oppgaver. Det viste seg da at svarmønsteret, uttrykt ved denne svarindeksen, var ganske konsistent fra oppgave til oppgave hos den enkelte kollega.

Herav fulgte vårt neste spørsmål: Var disse forskjellene i beslutningsstil bestemt av identifiserbare egenskaper hos den enkelte almenpraktiker? Hver svarslipp inneholdt angivelser av visse bakgrunnsdata om svareren, noen personrelaterte som alder, kjønn og antall år i almenpraksis, andre praksisrelaterte, som normaltariff versus fast lønn, solopraksis versus gruppepraksis osv. Det lot seg altså gjøre å utføre en korrelasjonsanalyse.

Og svarene, var de som forventet? Hva kjennetegnet den "skråsikre" almenpraktiker i forhold til den "usikre"?

To nært beslektede bakgrunnsvariable ble stående igjen som mest sentrale: Alder og antall år i almenpraksis. Og - helt motsatt av hva mange av våre kolleger har gjettet under muntlige forespørsler:

Graden av skråsikkerhet økte med alderen. Yngre kolleger tenderte til å ta mer forsiktede og usikre beslutninger. Dessuten så det ut til at arbeid i solopraksis samvarierte med den skråsikre beslutningsstil, mens arbeid i gruppepraksis tenderte til å gi lavere svarindekser. Denne forskjellen bestod også når det ble korrigert for alder.

Variable som kjønn, betalingsordning, arbeidsbelastning og praksissted viste ingen samvariasjon med svarindeksen.

Slik hadde det seg at Utpostens almenmedisinske problemserie fikk en avlegger i Oxford i John

Howie's nystartede almenmedisinske tidsskrift (8).

Denne undersøkelsen har gitt opphav til nye spørsmål. Er den skråsikre beslutningsstilen også uttrykk for at almenpraktikeren tar de riktige beslutningene? Er det med andre ord kunnskap eller andre personlighetsmessige variable som kommer til uttrykk i disse forskjellige måtene å ta beslutninger på? Hvordan henger disse forskjellene sammen med legens arbeidstempo og tidspress?

Foreløpig har vi bare kunnet teste disse hypotesene på medisinske studenter (9). Her så det ikke ut til at kunnskap, målt ved karakterer i studiet, hadde noen nevneverdig innflytelse på beslutningsstilen, mens enkelte personlighetsvariable hadde betydning. De studentene som løste oppgavene raskest, hadde gjennomgående en mer "skråsikker" beslutningsstil. Og et markert funn i denne siste undersøkelsen: Studentenes beslutningsstil var vesentlig mer preget av lavere svarindekser enn det vi så hos almenpraktikerne, selv sammenlignet med de yngste av dem. Det ser med andre ord ut til at beslutningsstilen endrer seg betydelig fra studietiden og videre fram gjennom års arbeid i almenpraksis. Hva som ligger bak denne endringen, og hvordan en formes av utdanning og erfaring, vet vi enda lite om.

Mange forbehold og metodiske overveielser er utelatt i denne summariske oversikten. I de engelsksproglige publikasjonene har vi f.eks. lagt vekt på å drøfte i hvilken grad simulerte kliniske situasjoner gjenspeiler det legene gjør i sitt arbeid med virkelige pasienter (10). Men like fullt, vi tror vi med disse studiene har løftet litt på sløret til et forskningsfelt som dreier seg om en viktig dimensjon i daglig almenmedisinsk praksis.

Til slutt - for å understreke ett poeng - disse undersøkelsene over våre kollegers beslutningsstil sier ikke noe om kvaliteten av det arbeid de utfører. Oppgavene var ikke konstruert slik at de skulle gi riktige fasitsvar. Men teknikken kan likefullt benyttes for å gi kolleger feedback på sin egen beslutningsstil. Et 60-talls kolleger på almenmedisinske enmekurs på Røros i 1982 vil sikkert huske den seansen! ■

Litteratur:

1. Marinker M.: Clinical problem solving in general practice. 1:

Cormack J Marinker M, Morell D (Rds.). Practice. A handbook of primary medical care. London: Kluwer Medical, 1982: 8-15.

2. Weinstein M C, Fineberg H V, et al.: Clinical decision analysis. Philadelphia and London: W B Saunders Company, 1980.

3. Wulff H R.: Rationel klinik. Grundlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 2. utgave. København: Munksgaard, 1981.

4. Tversky A, Kahneman D.: The framing og decisions and the psychology of choice. Science 1981; 211: 453-8.

5. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S.: Behavioral decision theory. Ann Rev Psychol 1977; 28: 1-39.

6. Westin S, Østensen A I: Utpostens almenmedisinske problem-

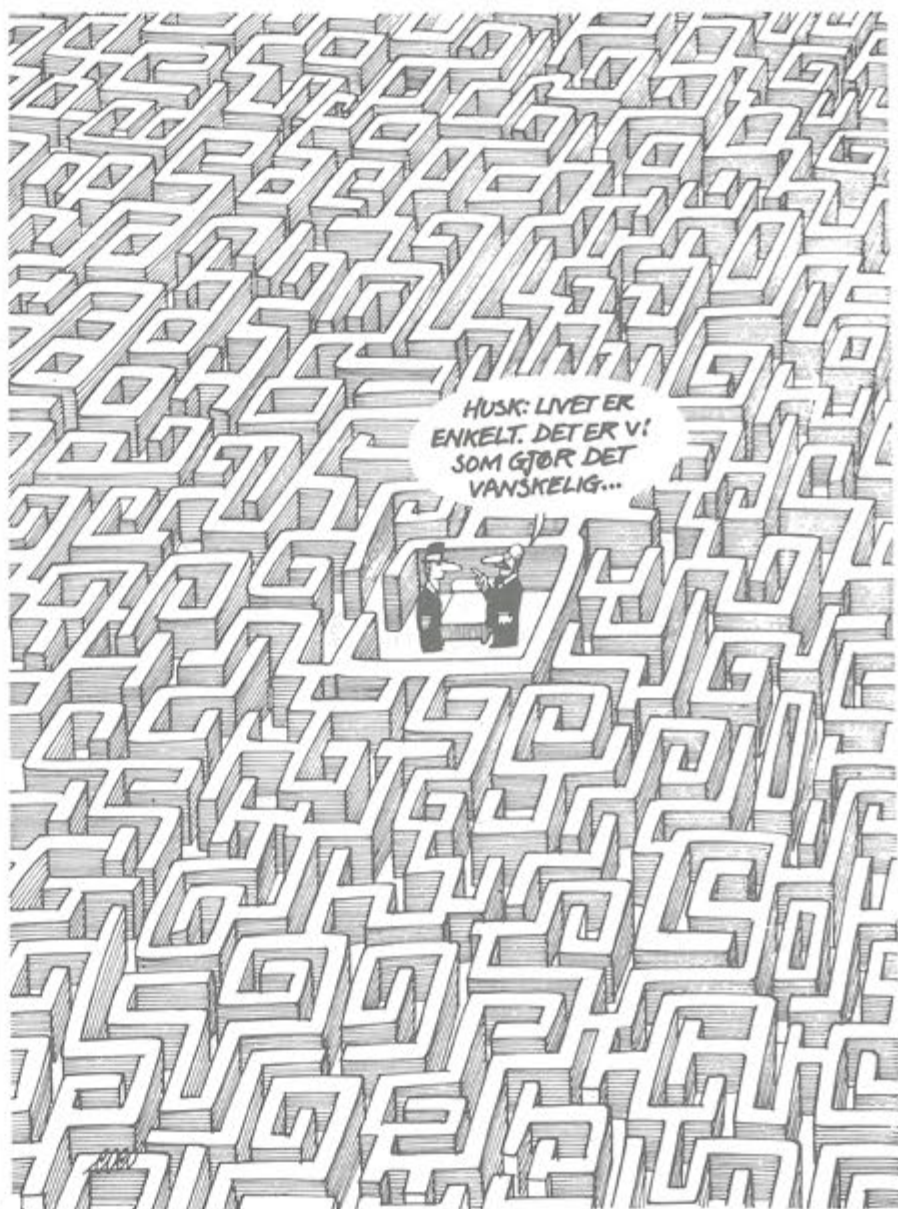
serie ved veis ende. Utposten 1982; Nr. 5/6: 13-20.

7. Westin S, Jacobsen A I.: Patient management problems in general practice: Using a medical journal for self-assessment exercises. Scand J Prim Health Care 1983; 1: 63-71.

8. Westin S.: Problem solving styles of general practitioners in simulated clinical situations. Family Practice 1984; 1: 92-9.

9. Westin S, Salvesen K, Gøttestam K.G.: Problem solving styles of medical students related to knowledge and personality in simulated clinical situations. Med Educ 1985 (in press).

10. Boshizen H P A, Claessen H F A.: Problems of research into medical problem solving: some remarks on theory and method. Med Educ 1982; 16: 81-7.



De følgende to artiklene av Øystein P. og Ola L. er bearbejdede sammendrag av innlegg på Kongsvoldseminaret sist vår. Ola L. skulle holde et innlegg med argumenter vesentlig for algoritmer, mens Øystein P. skulle finne argumenter mot. Artiklene skulle vise at ingen av oss har bastante meninger hverken i den ene eller andre retning.

Kart å navigere etter:

ALGORITMER

Trolig er det svært få av oss som makter å holde fast ved en "tankerekke" i mer enn 2-3 minutter av gangen. Dersom det ikke dreier seg om en tankerekke, men f.eks. et sett størrelser og forhold mellom disse, skal det utrolig lite til før vår hjerne blir for liten. Vi har lært oss å bruke forskjellige hjelpemidler for å øke kapasiteten vår: vi skriver, tegner og regner på papir og skjermer. Stadig oftere møter vi nå et nytt hjelpemiddel: algoritmer.

□ Ola Lillehdot

■
Løselig kan en definere algoritmer som et sett regler som brukes som hjelpemiddel til å løse et avgrenset problem. Dette er ikke noe fullstendig nytt i medisinen. Fig. 1 og 2 er eksempler på enkle algoritmer. Utforminga kan være svært forskjellig. I prinsippet kan en betrakte alle skriftlige og grafiske beskrivelser som algoritmer. En beskrivelse av f. eks. hjerteinfarkt i en lærebok eller et synopsis gjengir i prosa sammenhenger mellom anamnesticke data, kliniske funn og behandlingsstrategier. Leseren sitter etter å ha lest en slik framstilling igjen med et inntrykk av hva som er viktig og velkjent, men kanskje også nokså diffuse forestillinger om det som er kontroversielt. I praksis viser det seg ofte å være problematisk å ta beslutninger basert bare på inntrykk fra læreboksartikler.

Konsensuskonferanser, som vi har sett en del av de siste åra, ligger i et grenseland mellom lærebøker, oversiktsartikler, synopsis og algoritmer.

Noen ganger kan det være svært instruktivt å tegne en algoritme på grunnlag av lærebokskapitler og oversiktsartikler. For den skadefro kan denne øvelsen noen ganger

avsløre sjølmotsigelser og huller i framstillinga.

Algoritmer er et tankens hjelpemiddel og et arbeidsredskap som vil komme til å spille en stadig viktigere rolle for oss. De siste åra er det kommet flere bøker med algoritmer beregnet på praktisk klinisk bruk. Fig. 1 er hentet fra Bucholz & al. (1), "Orthopaedic Decision Making", en bok som i sin helhet er en samling integrerte diagnostiske og terapeutiske algoritmer. Det samme forlaget har tidligere utgitt lignende bøker om obstetrikk, gynekologi, øre-nese-hals-sykdommer og forbereder utgivelser om pediatri, intensivmedisin, psykiatri (!), karkirurgi, neonatologi, urologi, cardiologi og radiologi. Hobsley (2) har utgitt en lignende bok med kirurgiske algoritmer.

BRUKSOMRÅDER

Algoritmer kan konstrueres for mange formål:

1. De kan som nevnt ovenfor utformes som hjelpemidler både for leger og anna helsepersonell. Algoritmer har vært en del brukt som hjelpemidler for helsepersonell i avsides egner uten tilgang på medisinsk spesial-ekspertise, dels ved at rutinediagnostikk og -behandling har vært overlatt legens hjelpepersonell i legesentra og sykehus. Christensen Szalanski &

al.(3) har beskrevet hvordan de innførte en slik algoritme for akutte luftveisinfeksjoner i en gruppepraksis. Hjelpepersonell administrerte etter dette pasienter med luftveisinfeksjoner i samsvar med algoritmen. Utgiftene til diagnostikk og behandling ble halvert, samtidig som at et også kunne se ut til at feil og mangler ble redusert. Alt i alt mener forfatterne at denne algoritmen bedret den faglige kvaliteten på tilbudet.

Kanskje har vi som en leger en inngrodd skepsis overfor forenklinger: vi har lært at humanbiologien, og ikke minst at mennesket som sosialt vesen, er lite forutsigbare. I prinsippet skulle det ikke være noe i veien for å lage algoritmer som tar vare på intrikate og delikate sammenhenger: foreløbig har vi stort sett møtt svært enkle mønstre. En kan heller ikke se at det er hold i påstander om at algoritmer gjennom forenklinger skulle lede til intellektuell forflatning og utarming: de setter snarere krav til konsekvens og klarhet.

2. Algoritmer kan bli normative. Mange nærer en angst for dette og mener at dette kan gå ut over vår "kliniske frihet". Her er det ikke plass til å gjennomdiskutere begrepet klinisk frihet, men det er i alle fall ikke en fullstendig faglig frihet. Begrepet "lege artis" har vi levd med både

i vårt daglige arbeide og i saker om medisinsk etikk og jus. Vi har så mange "normsendere" i vår vestlige medisin at det knapt er mulig å tenke seg at det vil oppstå noen faglig ensretting.

3. Algoritmer er gode pedagogiske hjelpemidler og er trolig brukt for lite både i grunn-, videre- og etterutdannelsen. Igjen vil en sikkert kunne møte argumenter om at forenkling vil gi studentene et unyansert bilde av medisinsens mangfold.

4. I forskningssammenheng er det uomgjengelig nødvendig å klarlegge begreper og årsakssammenhenger. En kan knapt forestille seg epidemiologisk forskning av noe omfang uten at struktur, prosess og resultat er relatert til hverandre i en konsistent algoritme. I denne sammenheng tjener algoritmen som et analytisk hjelpemiddel.

Kliniske algoritmer kan også grovt klassifiseres i forhold til de viktigste bruksområdene:

DIAGNOSTIKK

Algoritmer kan være hjelpemidler til å utnytte optimalt den informasjon som foreligger i en situasjon med usikkerhet. Dette er et sentralt område i klinisk beslutningsteori. Fig. 2 er hentet fra Weinstein, Fineberg & al. (4) hvor en kan finne grundige diskusjoner om konstruksjon og bruk av algoritmer og om medisinsk beslutningsteori i sin alminnelighet. De fleste vil umiddelbart oppfatte diagnostiske algoritmer som lite kontroversielle, kanskje oppleves disse mer som intellektuelle hjelpemidler som samlet vurderes som en test som lett kan forkastes dersom den avviker for mye fra legens skjønn. Når algoritmen legger opp til kostbare, og kanskje også risikable undersøkelser, vil det kunne oppstå en konflikt for den som skal bruke algoritmen: det er lett å bli offer for "verstefalltenkning".

TERAPI

Terapeutiske valg vil kanskje mange oppfatte som en mer sensitiv sfære der algoritmer berører "den kliniske frihet" og kanskje også fratrar legen ansvar. Her kan en også ane konfliktene av en annen konfliktsituasjon: det er ikke alltid optimal behandling av individet faller sammen med stor-samfunnets helseøkonomiske prioriteringer. En kan altså her tenke seg algoritmer som legger opp til en optimal, men ressurskrevende, behandling, eller også

fig 1

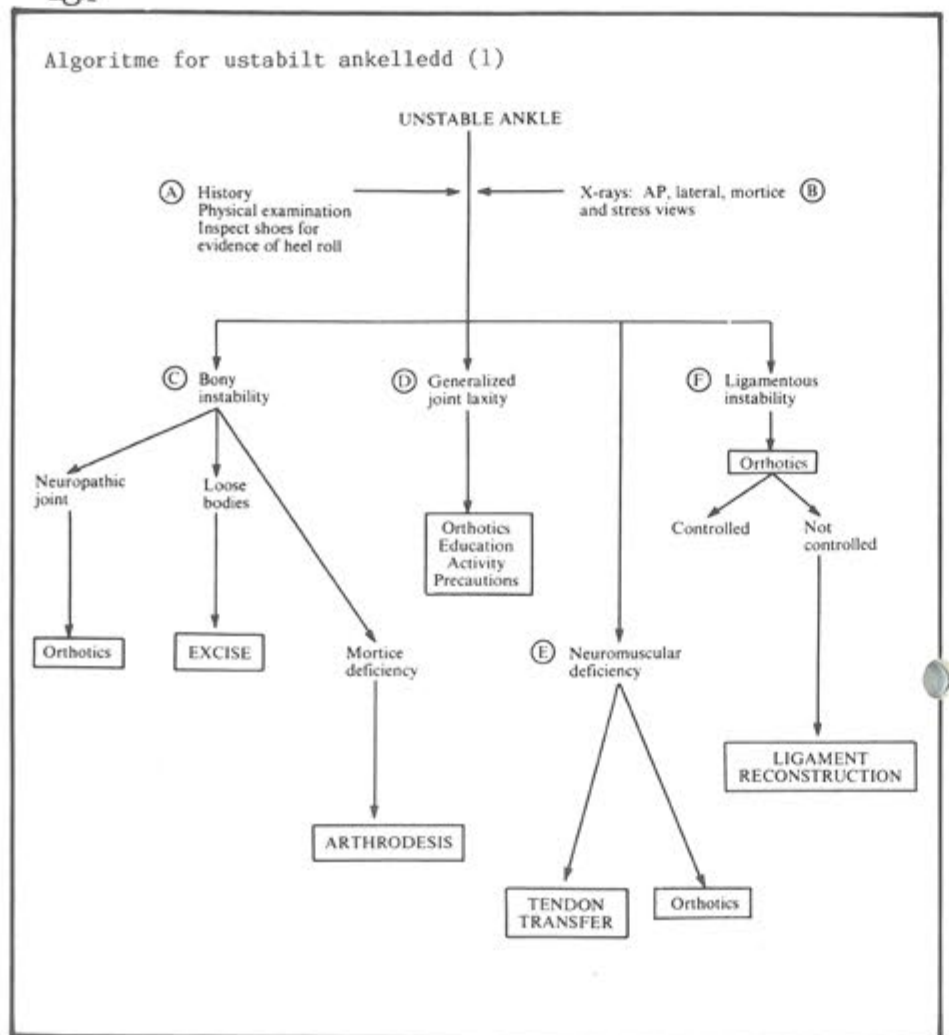
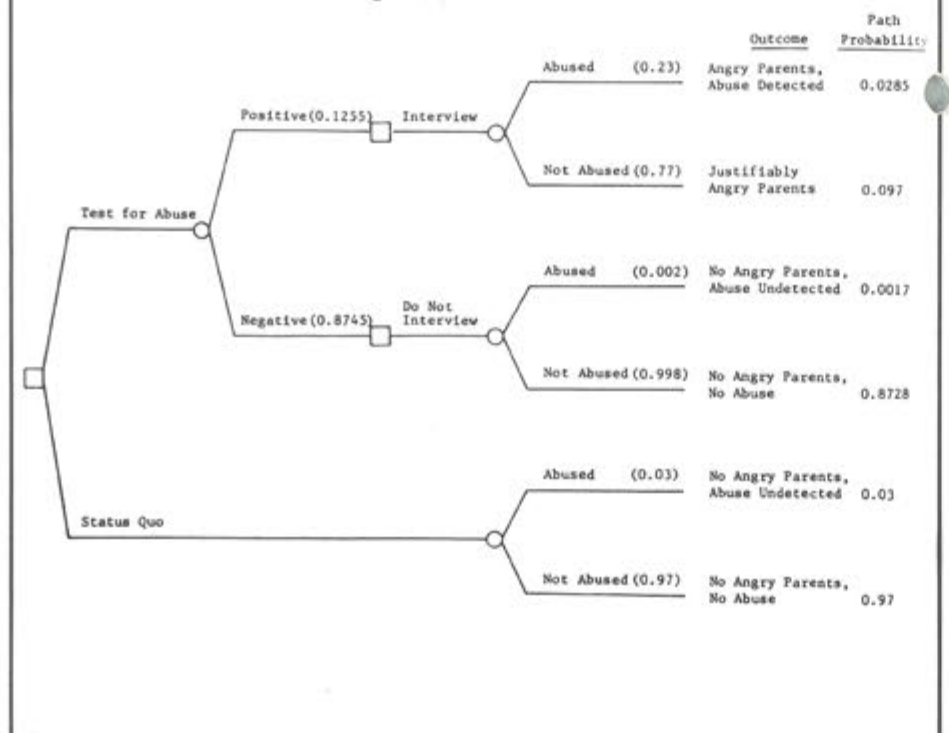


fig 2

Algoritme over mulige utfall når en reagerer på mistanke om barnemishandling (4)



en behandling som prioriterer andre verdier enn det medisinsk optimale. Imidlertid vil alle algoritmer være åpne på den måten at det må være mulig å kontrollere de kriterier de er satt opp etter: stort sett vil det være lettere å gjennomskue en algoritme enn forordninger gitt i prosa.

HVEM SKAL LAGE ALGORITMER?

Mitt svar er at alle bør lage algoritmer: enkeltleger bør gjennomføre den intellektuelle øvelse det er å sette på papiret sine tanker om bestemte kliniske problemstillinger. Som nevnt ovenfor kan det noen ganger være velegnet til å resymere lærebokskapitler og tidsskriftsartikler. Legegrupper kan ha glede og nytte av å avklare faglige diskusjoner ved å synliggjøre enighet og uenighet i algoritmer, og for å bli enige om strategier som avpasser praksis etter de lokale ressurser, avstander til sykehus, spesialister etc.. Ekspertgrupper på nasjonalt faglig plan vil kunne samle kunnskap og erfaring i mer generelle algoritmer. I forhold til mange problemstillinger vil utenlandske algoritmer være oss til liten hjelp.

Svenskene har samlet en del erfaringer med å lage algoritmer for primærhelsetjenesta. SPRI har nå utarbeidet algoritmer (eller "vårdprogrammer" som det heter der) for forskjellige kliniske problemstillinger. Arbeidet har vært satt bort til lokale grupper. SPRI (5,6) har rapportert at arbeidet til dels har gått tregt og tungt, men prosjektet har avfødt flere interessante publikasjoner. Stort sett er det ikke blitt algoritmer i tradisjonell forstand, men har mer hatt preg av synopsis. Den siste, som omhandler hodepine og som nettopp er utkommet, kalles da også et "underlag till vårdprogram".

PROBLEMER

En del problemer med algoritmer er allerede nevnt. Praktisk arbeide med å lage gode algoritmer vil støte på følgende:

1. Den nosologiske taxonomien er ufullkommen: vi finner fort at store og sentrale deler av medisinen er mangelfullt kartlagt, og at begrepsapparatet som vi arbeider med ikke er konsistent.

2. Anamnesticke data (pasientens og eventuelle komparenters observasjoner) er usikre og

vanskelig kvantifiserbare. Vi vet at det hefter stor usikkerhet også omkring våre egne observasjoner. En må søke å lage algoritmer som er mest mulig resistente mot intersubjektive nyanser i observasjonene.

3. Det kan oppstå uenighet om målet for en algoritme slik som nevnt ovenfor ved at pasienten, helsepersonellet og samfunnet ikke har sammenfallende mål.

FRAMTIDSUTSIKTER

"Livet

er kort og kunsten lang" het

det: det er begrenset og tilfeldig hva hver av oss greier å samle av erfaringer og kunnskaper gjennom et liv med medisinen. I øyeblikket kan vi se at det dukker nye hjelpemidler opp over horisonten. EDB gjør det mulig å systematisere og akkumulere kunnskap på nye måter. Lusted (7) utga i 1968 en bok om medisinsk beslutningsteori som fremdeles er aktuell, ja, kanskje mer nå enn den gang den første gang kom ut. Han beskriver her en symbiose av menneske/datamaskin i klinisk arbeide. Maskinen mates i utgangspunktet med en algoritme og tilføres senere data om enkelt-pasientene etter hvert som de strømmer gjennom klinikken eller sykehuset. Maskinen glemmer ikke og akkumulerer erfaringer både om de gunstige og uheldige hendelsesforløp. Programmet lages slik at det hele tida korrigerer seg sjøl og blir istand til å vurdere stadig bedre de data som måtte komme inn. Her vil

klinikeren etter en tid ha fått en svært informativ assistent både i forhold til kliniske valg-situasjoner og til å vurdere verdien av kliniske data. Det er åpenbart at slike databaser bare vil være av begrenset verdi andre steder enn er den er innsamlet, men tilgangen på datakraft gjør det snart mulig å sette i gang med slike prosjekter også i primærhelsetjenesta ■

Litteratur:

1. Bucholz RW, Lippert FG, Wenger DR & Ezaki M: Orthopaedic decision making. Philadelphia. BC Decker Inc.. 1984.

2. Hobsley M: Pathways in surgical management. London. Edward Arnold. 1979.

3. Christensen-Szalanski & al.: Phased trial of a proven algorithm at a new primary care clinic. Am J Pub Health 1982, 72: 16-21.

4. Weinstein MC, Fineberg HV & al.: Clinical decision analysis. Philadelphia. WB Saunders. 1980.

5. SPRI-rapport 103/82: Vårdprogram for effektivare vård.

6. SPRI-rapport 146/83: Vårdprogram i primærvården.

7. Lusted LB: Introduction to medical decision making. Springfield Ill.. CC Thomas. 1968.



Anne Birgitte Jacobsen

i vårt daglige arbeide og i saker om medisinsk etikk og jus. Vi har så mange "normsendere" i vår vestlige medisin at det knapt er mulig å tenke seg at det vil oppstå noen faglig ensretting.

3. Algoritmer er gode pedagogiske hjelpemidler og er trolig brukt for lite både i grunn-, videre- og etterutdannelsen. Igjen vil en sikkert kunne møte argumenter om at forenkling vil gi studentene et unyansert bilde av medisinens mangfold.

4. I forskningssammenheng er det uomgjengelig nødvendig å klarlegge begreper og årsakssammenhenger. En kan knapt forestille seg epidemiologisk forskning av noe omfang uten at struktur, prosess og resultat er relatert til hverandre i en konsistent algoritme. I denne sammenheng tjener algoritmen som et analytisk hjelpemiddel.

Kliniske algoritmer kan også grovt klassifiseres i forhold til de viktigste bruksområdene:

DIAGNOSTIKK

Algoritmer kan være hjelpemidler til å utnytte optimalt den informasjon som foreligger i en situasjon med usikkerhet. Dette er et sentralt område i klinisk beslutningsteori. Fig. 2 er hentet fra Weinstein, Fineberg & al. (4) hvor en kan finne grundige diskusjoner om konstruksjon og bruk av algoritmer og om medisinsk beslutningsteori i sin alminnelighet. De fleste vil umiddelbart oppfatte diagnostiske algoritmer som lite kontroversielle, kanskje oppleves disse mer som intellektuelle hjelpemidler som samlet vurderes som en test som lett kan forkastes dersom den avviker for mye fra legens skjønn. Når algoritmen legger opp til kostbare, og kanskje også risikable undersøkelser, vil det kunne oppstå en konflikt for den som skal bruke algoritmen: det er lett å bli offer for "verste fall-tenkning".

TERAPI

Terapeutiske valg vil kanskje mange oppfatte som en mer sensitiv sfære der algoritmer berører "den kliniske frihet" og kanskje også fratrar legen ansvar. Her kan en også ane konfliktene av en annen konfliktsituasjon: det er ikke alltid optimal behandling av individet faller sammen med stor-samfunnets helseøkonomiske prioriteringer. En kan altså her tenke seg algoritmer som legger opp til en optimal, men ressurskrevende, behandling, eller også

fig 1

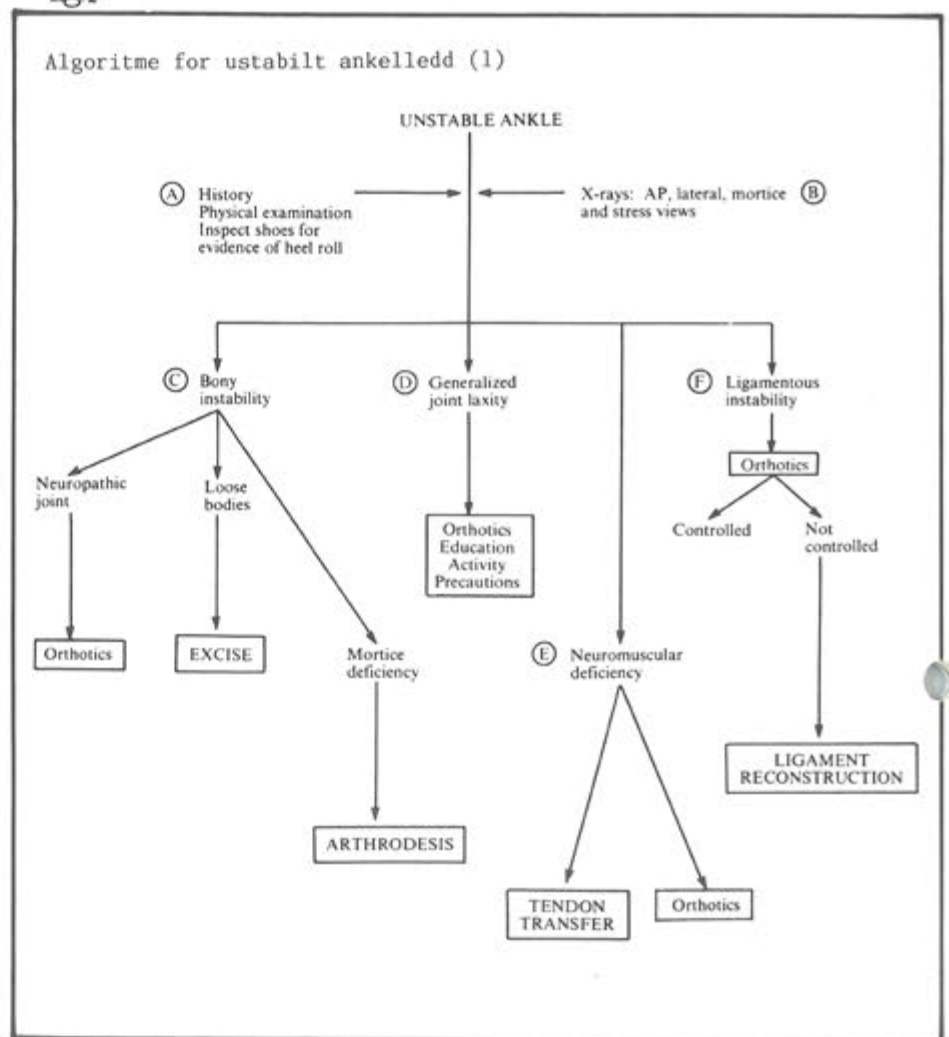
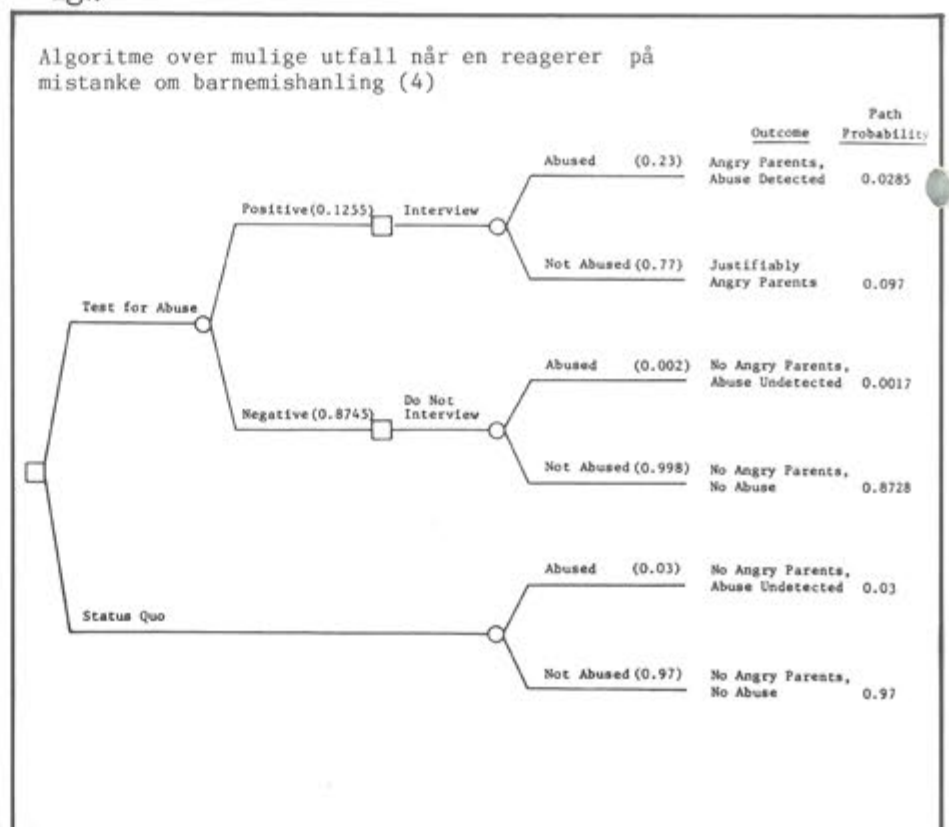


fig 2



en behandling som prioriterer andre verdier enn det medisinsk optimale. Imidlertid vil alle algoritmer være åpne på den måten at det må være mulig å kontrollere de kriterier de er satt opp etter: stort sett vil det være lettere å gjennomskue en algoritme enn forordninger gitt i prosa.

HVEM SKAL LAGE ALGORITMER?

Mitt svar er at alle bør lage algoritmer: enkeltleger bør gjennomføre den intellektuelle øvelse det er å sette på papiret sine tanker om bestemte kliniske problemstillinger. Som nevnt ovenfor kan det noen ganger være velegnet til å resymere lærebokskapitler og tidsskriftsartikler. Legegrupper kan ha glede og nytte av å avklare faglige diskusjoner ved å synliggjøre enighet og uenighet i algoritmer, og for å bli enige om strategier som avpasser praksis etter de lokale ressurser, avstander til sykehus, spesialister etc.. Ekspertgrupper på nasjonalt faglig plan vil kunne samle kunnskap og erfaring i mer generelle algoritmer. I forhold til mange problemstillinger vil utenlandske algoritmer være oss til liten hjelp.

Svenskene har samlet en del erfaringer med å lage algoritmer for primærhelsetjenesta. SPRI har nå utarbeidet algoritmer (eller "vårdprogrammer" som det heter der) for forskjellige kliniske problemstillinger. Arbeidet har vært satt bort til lokale grupper. SPRI (5,6) har rapportert at arbeidet til dels har gått tregt og tungt, men prosjektet har avfødt flere interessante publikasjoner. Stort sett er det ikke blitt algoritmer i tradisjonell forstand, men har mer hatt preg av synopsis. Den siste, som omhandler hodepine og som nettopp er utkommet, kalles da også et "underlag till vårdprogram".

PROBLEMER

En del problemer med algoritmer er allerede nevnt. Praktisk arbeide med å lage gode algoritmer vil støte på følgende:

1. Den nosologiske taxonomen er ufullkommen: vi finner fort at store og sentrale deler av medisinen er mangelfullt kartlagt, og at begrepsapparatet som vi arbeider med ikke er konsistent.
2. Anamnesticke data (pasientens og eventuelle komparenters observasjoner) er usikre og

vanskelig kvantifiserbare. Vi vet at det hefter stor usikkerhet også omkring våre egne observasjoner. En må søke å lage algoritmer som er mest mulig resistente mot intersubjektive nyanser i observasjonene.

3. Det kan oppstå uenighet om målet for en algoritme slik som nevnt ovenfor ved at pasienten, helsepersonellet og samfunnet ikke har sammenfallende mål.

FRAMTIDSUTSIKTER

"Livet er kort og kunsten lang" het det: det er begrenset og tilfeldig hva hver av oss greier å samle av erfaringer og kunnskaper gjennom et liv med medisinen. I øyeblikket kan vi se at det dukker nye hjelpemidler opp over horisonten. EDB gjør det mulig å systematisere og akkumulere kunnskap på nye måter. Lusted (7) utga i 1968 en bok om medisinsk beslutningsteori som fremdeles er aktuell, ja, kanskje mer nå enn den gang den første gang kom ut. Han beskriver her en symbiose av menneske/datamaskin i klinisk arbeide. Maskinen mates i utgangspunktet med en algoritme og tilføres senere data om enkelt-pasientene etter hvert som de strømmer gjennom klinikken eller sykehuset. Maskinen glemmer ikke og akkumulerer erfaringer både om de gunstige og uheldige hendelsesforløp. Programmet lages slik at det hele tida korrigerer seg sjøl og blir istand til å vurdere stadig bedre de data som måtte komme inn. Her vil

klinikeren etter en tid ha fått en svært informativ assistent både i forhold til kliniske valg-situasjoner og til å vurdere verdien av kliniske data. Det er åpenbart at slike databaser bare vil være av begrenset verdi andre steder enn er den er innsamlet, men tilgangen på datakraft gjør det snart mulig å sette i gang med slike prosjekter også i primærhelsetjenesta.

Litteratur:

1. Bucholz RW, Lippert FG, Wenger DR & Ezaki M: Orthopaedic decision making. Philadelphia. BC Decker Inc.. 1984.
2. Hobsley M: Pathways in surgical management. London. Edward Arnold. 1979.
3. Christensen-Szalanski & al.: Phased trial of a proven algorithm at a new primary care clinic. Am J Pub Health 1982, 72: 16-21.
4. Weinstein MC, Fineberg HV & al.: Clinical decision analysis. Philadelphia. WB Saunders. 1980.
5. SPRI-rapport 103/82: Vårdprogram for effektivare vård.
6. SPRI-rapport 146/83: Vårdprogram i primær vården.
7. Lusted LB: Introduction to medical decision making. Springfield Ill.. CC Thomas. 1968.



Anne Birgitte Jacobsen

Hva handlingsprogrammer ikke kan

Øystein Pedersen



Øystein P. er almenpraktiserende lege i Molde og medredaktør i Utposten.

Bedre diagnostikk! Bedre behandling! Økt trygghet for lege og pasient!

Dette er noe av det vi streber etter i vårt arbeide for å bedre kvaliteten i almenpraksis.

Bør vi lese mer faglitteratur? Abonnere på flere tidsskrifter? Gå mer på kurs? Etablere lokale faggrupper? Hospitere oftere på sykehus? Administrere kontortiden annerledes?

I denne sammenheng diskuteres det nå om utrednings- og behandlingsprogrammer for almenpraksis bør utvikles som hjelpemidler til å drive en kvalitativt bedre helse-tjeneste. I startfasen for dette ressurskrevende arbeidet kan det være nyttig å reflektere litt over hvordan slike handlingsprogrammer er tenkt å fungere, og hvordan de som arbeidsredskap passer inn i den almenmedisinske hverdag.

Hensikten med å lage handlingsprogrammer er å gi almenpraktikeren et arbeidsredskap som skal forenkle og standardisere problemløsning i almenpraksis. Det skal virke ressursbesparende med hensyn til tidsbruk og helseøkonomi. De skal beskytte mot de tilfeldighetenes sjansespill det er å la hver lege være doktor på sin måte, og de skal beskytte samfunnet mot usikre og uvitende legers ukritiske ressursbruk i utredning og behandling av pasientplager.

Er slike handlingsprogrammer anvendbare i den vanlige almenpraksis? Trenger vi slike programmer for å rettlegge oss i problemløsning og pasientbehandling, - eller representerer de kun et intellektuelt rebusløp for teoretisk/akademiske almenmedisinere uten forankring i praksis? Det er ikke umiddelbart selvfølgelig at alle ideer om faglig utvikling representerer framskritt. Jeg tror i allefall det er nødvendig med en grundig

gjennomtenkning av hvilke problemer som kan oppstå ved utarbeidelse og bruk av handlingsprogrammer beregnet på almenpraksis.

Ideen bak handlingsprogrammer bygger etter min mening på to foreldede prinsipper i almenmedisinen:

1. Det essensialistiske prinsipp: at der er en entydig og prinsipiell grense mellom det syke og det friske, og at hver sykdom har sine essensielle karakteristika som skiller den fra det friske og fra andre sykdommer.

2. Prinsippet om den spesifikke behandling: at der er en bestemt riktig behandling for hver enkelt tilstand/sykdom som skal anvendes hos hver pasient med den aktuelle diagnose.

Eller sagt på en annen måte: sykdom dreier seg om syke organer, fysiologiske og bio-



Førstehåndvalg
ved behandling
av lokale
østrogenmangel-
symptomer?

Ovesterin (østriol)

- det naturlige østrogen

Ny, effektiv og sikker
behandlingsform
ved vaginitt,
vulvitt, fluor
og pruritus.



Nyhet

Ovesterin vagitorier • tabletter • vaginalkrem

For ytterligere informasjon, se felleskatalogtekst.



Postboks 325 - 1371 Asker
Telefon (02) 78 43 65.

kjemiske feilfunksjoner. Legens oppgave er å løse gåten som symptomet representerer, nøste seg tilbake til utgangspunktet - årsaken - som finnes i enden av tråden, og deretter forskrive den årsaksrettede spesifikke helberedende terapi....

DIAGNOSTISKE HANDLINGS-PROGRAMMER

Når det gjelder bruk av diagnostiske handlingsprogrammer i utredningen av pasienten fra symptom til diagnose, ønsker vi å avklare om pasienten er syk, og i såfall hvilken sykdom.

Å nærme seg denne oppgaven i almenpraksis med de forenklinger og standardiseringer handlingsprogrammene innebærer, kan av flere grunner by på store problemer:

1. Symptomforekomsten i almenpraksis er annerledes enn det vi lærer på sykehusene i lærebøkene. Den såkalte symptomspesifisiteten er lav, og komplett symptomutredning hos alle for å finne de få sjeldne sykdommene blant de mange banale problemene med samme symptom, er hverken realistisk eller helseøkonomisk forsvarlig. (Tenk på hoste, hodepine, lumbago o.l.). Her kan et ferdigkonstruert utredningsprogram lett føre oss på ville veier.

2. Å presentere seg hos legen som pasient med symptomer er ofte et resultat av høyst individuelle forutsetninger. Mange av de vanligste symptomene kan representere tilpasningsmekanismer i en ellers vanskelig livssituasjon. Momenter som symptomterskel, symptomtoleranse, sykdomsgevinst og sykdomsforståelse er interessante i denne sammenheng. Vi lærer iallefall etterhvert at der ikke befinner seg en sykdom i enden av hvert symptom, og at mange kommer til legen med andre behov enn å få diagnose og resept.

Ut fra dette må arbeidsmåten i almenpraksis være ytterst fleksibel, da samme symptomer kan skjule vidt forskjellige årsaks-sammenhenger og nødvendiggjøre svært forskjellige tilnæringsmåter. Det er mange veier til målet. Leger er forskjellige og pasienter er forskjellige. Standardløsningen av tilsynelatende likt problem (lumbago, nakkesmerter) er en umulighet.

3. Diagnostiske handlingsprogrammer forutsetter pålitelige data for å fungere. Hvor pålitelige er pasientens subjektive

symptomangivelse? Overdriver pasienten? Bagatelliserer han? Feiltolker han selv sine symptomer? Og hvor pålitelige er våre "objektive" funn ved undersøkelsen? Selv blant lunge-spesialister er det stor uenighet om auskultasjonsfunn, og selv røntgenbilder og endoskopier er beheftet med subjektivt skjønn hos undersøkeren som påvirker den objektive verdi av undersøkelsen.

4. Svært mye av det vi foretar oss i almenpraktisk diagnostikk er basert på usikre data. Vi må ofte resignere med hensyn til å gi pasienten en sikker diagnose. Faktisk er det bare omkring halvparten av det symptom- og problempanorama vi ser som kan diagnostiseres på tradisjonell naturvitenskaplig måte. I vår streben etter å konvertere



pasientplager til sykdomsdiagnoser, er det ofte mange uløselige dilemmaer der hypoteser, sannsynlighetstenkning og ansvar for beslutninger i usikkerhet er uunngåelig. Doktorarbeidet vil ofte domineres av individuelt, sentrert helhetsorientert tankegang, der problematiske livssituasjoner kan bli like viktige som syke organer. Innenfor denne rammen er det svært lite handlingsprogrammer kan hjelpe oss med.

5. Og hvis vi fortsatt er i tvil om diagnosen, eller årsaken til pasientens plager, hvor omfattende utredning skal vi sette igang? Hvor mange differensialdiagnoser skal vi overveie? Hva må til for å gi tilstrekkelig trygghet for lege og pasient? Hvor går grensen for å velge å leve med den usikkerhet som fortsatt er tilstede? Individuelle forhold hos lege og pasient vil som regel være avgjørende i den

beslutningsprosess som her er nødvendig. I tillegg vil vi i almenpraksis alltid konfronteres med at vår utredningsevne og utredningskapasitet er betydelig ressursbegrenset.

6. I verste fall kan anvendelse av handlingsprogrammer gi en negativ gevinst med hensyn til rasjonalitet, tidsbruk og økonomi. Fordi de pr. definisjon fremstår som klare og objektive, vil de lett oppfattes som såpass normerende og autoritære at de blir "den ene rette måten" å utrede symptomet på. Legen kan bli mer defensiv, redd for kritikk, redd for å gjøre unlatelsessynder, mer usikker på egen erfaring og intuisjon. Eksisterende utredningsprogrammer ville fort bli offentlig hjent, og det kunne skape forventningspress og krav fra pasientenes side om "fullstendig utredning" av hodepinen, slappheten, svimmelheten, o.l. og derved føre til både økt tidsbruk og økte kostnader.

TERAPEUTISKE HANDLINGS-PROGRAMMER

Bruk av terapeutiske handlingsprogrammer (behandlingsprogrammer) i almenpraksis er heller ikke uproblematisk. Etter at tilstanden er diagnostisert, må vi ta stilling til om pasienten skal behandles, og i såfall hvilken behandling. Å standardisere slike beslutningsprosesser er ikke enkelt:

1. Hvert sykdomsforløp er forskjellig. Ikke alle med samme diagnose har de samme plager, og ikke alle som får samme behandling har lik effekt av denne. Utilsiktete behandlingsprogrammer opptrer svært variabelt og uforutsigbart. Ut fra dette må også valg av terapi tas ut fra en rekke individuelle forutsetninger.

2. Pasientenes livssituasjon er ulike, og mange utenommedisinske individuelt betingede forhold vil kunne påvirke valg av terapi. Pasientens yrke og forhold på arbeidsplassen, pasientens bosted og avstand til f.eks. fysioterapeut, pasientens økonomi, pasientens familiesituasjon - alt dette kan begrense muligheter for ideelt terapivalg.

3. Pasientenes sykdomsforståelse varierer. Å lage et individuelt akseptabelt behandlingsopplegg kan være en utfordring til legens diplomatiske evne. Ved f.eks. lumbago kan det bringes på bane å behandle med medisiner, injeksjoner, fysioterapi, kiropraktor,

egne øvelser, sykemelding - eller henviser til røntgen, blodprøver, spesialister. Er det legen eller pasienten som skal bestemme? På forhånd kan det være umulig å forutsi effekt og nytteverdi av ulike tiltak, og vi kunne alltid gjort noe annet som kunne ha virket annerledes. Jeg tror at dersom legen går mot pasientens sykdomsforståelse, forventninger og tilpasningsmekanismer, oppnår vi lett at pasienten saboterer vårt opplegg (lav "compliance"), evt. kontakter annen lege som "forstår" ham/henne bedre. Standardiserte og skjematisk behandlingstiltak øker risikoen betydelig for et slikt uheldig resultat av konsultasjonen.

4. Almenpraktikeren konfronteres med mange uløselige problemer. Ofte er det ingen skarp grense mellom det som skal behandles og det som ikke trenger behandling. Andre ganger er problemet hva som kan behandles og hva som ikke kan behandles. Det kan dreie seg om livsproblemer der lite eller intet oppnås uansett ressursbruk, der vi blir stående som hjelpe-løse hjelpere. Eller vi må resignere i vår streben etter å få pasienten frisk eller symptom-fri, og nøkkelen til et bedre liv befinner seg andre steder enn hos legen. Når har vi forsøkt lenge nok? Når skal vi definere et problem som uløselig eller en plage som uheldig? Handlingsprogrammer hjelper oss lite i dette vanskelige arbeidet, fordi de ofte opererer med ideelle løsninger istedenfor realistiske behandlingstilbud.

Handlingsprogrammene berettigelse i almenpraksis måtte være hvis de kunne gi reell hjelp i diagnostikk og terapi ved å øke rasjonaliteten i det kliniske arbeidet. Ut fra det foregående er det store begrensninger i muligheten for dette ut fra vårt fags egenart.

MODERNE BESLUTNINGS- TEORI

Men også ut fra moderne beslutningsteori er det vesentlige momenter som begrenser anvendelsen av handlingsprogrammer som redskaper og prosedyrer for problemløsning i almenpraksis.

Bruken av handlingsprogrammer som beslutningsmodell synes å være best egnet der tilnærmet 100% rasjonalitet er mulig. Det vil si at problemet som skal løses er klart avgenset, alle løsningsalternativer er klarlagt, konsekvensen av de forskjellige alternativer er kjent, og man har en entydig norm for å vurdere

hvilket alternativ som er best. I almenpraksis er problemet uorganisert og kaotisk, og konstruksjon av pålitelige, fullstendige og anvendbare handlingsprogrammer blir nærmest umulig. I alle fall opererer vi med så mange rasjonalitetsbegrensede forhold at nytteverdien neppe blir vesentlig større enn den boklærdom vi gjennom vårt studium er i besittelse av for å veilede oss i diagnostikk og terapi. Vi kommer neppe utenom å måtte leve med at almenpraksis er et fag preget av sterkt begrenset rasjonalitet, at vi oftest må avstå fra det ideelle og nøye oss med "mulige" løsninger.

Vi har i utgangspunkt dårlig avgrensede problemer å jobbe med, løsningsmulighetene er mange og uoversiktlige, konsekvensene av våre valg er vanskelige å forutsi, og individuelt variable forhold gir ulike valg med hensyn til problemløsning/behandlingsopplegg i ellers tilsynelatende like valgsituasjoner.

Passer handlingsprogrammene inn i denne virkeligheten? Eller vil de etter nye ressurskrevende utviklingsarbeid ende opp som kart som ikke passer med terrenget? I såfall vil de kunne skape større problemer enn de løser både for lege og pasient ■

Litteratur:

Gabrielsen R m/fl.: Innføring i organisasjonsteori. Universitetsforlaget. 3. utg. 1985.

Hodgkin K: Towards Earlier Diagnosis in Primary Care, Churchill Livingstone, London 1978.

Hofoss D: Behandlingsprogrammer - klinisk frihet og helsepolitisk ansvar. SIFF gruppe for helse-tjenesteforskning, Oslo Rapport nr. 5 - 1984.

Juul Jensen U: Sykdomsbegreper i praksis. Munksgard, København 1983.

McWhinny F: An Introduction to Family Medicine Oxford Univ. Press, Oxford 1981.

Morell DC: An Introduction to Primary Medical Care Churchill Livingstone, London 1981.

Wulff H R: Rational Diagnosis and Treatment. Blackwell sci. publications, London 1976.

rettelse:

Artikkel av Kjell Nordby i nr. 4/5-85:

Vi hadde lite illustrasjoner i temadelen i siste utgave av Utposten. Bedre blir det ikke når vi også utelater de figurene som det er henvist til i teksten. Her gjengir vi nå de to figurene som Kjell Nordby henviser til i sin artikkel.

fig 1

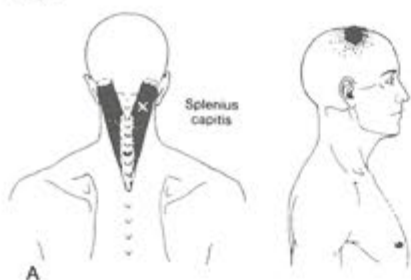
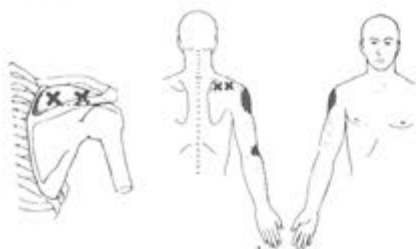


fig 2



PRØV TOLVON[®] FØRST – ved behandling av depressive lidelser

Søvnforbedrende

FRA 1. NATT

- Bedrer søvnen fra 1. natt hos de fleste^{1,2}
- Tolvon virker angstdempende etter ca. 1 u
- Stemningsløftende effekt sees normalt ett
- Antikolinerge bivirkninger sjeldne ved tera
- Mindre toksisk enn de tricykliske antidepress

TOLVON[®] – nytt antidepress

Angstdempende

Stemningshevende

ETTER 10-14 DAGER

R 1. UKE

C Tolvon «Organon»
Tetracyklisk antidepressivum. ATC-nr.: N06A C02
T **TABLETTER 10 mg og 30 mg:** Hver tablett inneholder: Mianserinhydroklorid 10 mg, resp. 30 mg

EGENSKAPER: Klassifisering: Tetracyklisk antidepressivum med angstdempende og sedativ virkning. Mianserin er mindre toksisk enn de tricykliske antidepressiva ved overdosering, og gir sjelden antikolinerge bivirkninger. Virkningsmekanisme: Øker utskillelsen av noradrenalin i synapsene ved å blokkere de pre-synaptiske α_1 -reseptorer, og har dessuten en perifer serotonin-antagonistisk effekt. Sederende egenskaper gjør at søvnforbedring kan forventes fra første natt. Virker angstdempende etter ca. 1 uke. Spesifikk antidepressiv effekt etter ca. 14 dager. Kan gi til pasienter med glaukom med åpen kammervinkel uten at det intrakulære trykk øker. Absorpsjon: Fullstendig. Maksimal plasmakonsentrasjon etter 2-4 timer. Proteinbinding: Ca. 90%. Halveringstid: Ca. 17 timer (intervall 6-39 timer). Metabolisme: I lever. Ved demetylering, aromatisk hydroksylering og N-oksidasjon. Metabolittene er biologisk aktive. Proteinbindingsgrad og halveringstid for metabolittene er ikke kjent. Utskillelse: Ca. 70% i urin, ca. 30% i feces. Overgang i morsmelk. Går over i små mengder.

INDIKASJONER: Endogene depresjoner av uni- og bipolar type. Forsøksvis ved reaktive, neurotiske og symptomatiske depresjoner som ikke har reagert tilfredsstillende på annen behandling.

KONTRAINDIKASJONER: Marier. Behandling med MAO-hemmere. Disse seponeres minst 2 uker før behandling. Inntil spesifikke undersøkelser foreligger anbefales preparatet ikke benyttet til barn under 12 år.

BIVIRKNINGER: Det er rapportert tilfeller av benmargdepresjon (vanligvis i form av granulocytopeni og agranulocytose). Rapporterte tilfeller opptrådte vanligvis etter 4-6 uker. I tillegg er rapportert krampet, hypertensjon, ikterus og artralgi. Desighet kan gjøre seg gjeldende særlig de første dager. For å sikre optimal effekt, bør dosen ikke reduseres. Autonome, sykdomsrelaterte symptomer som t.eks. munntørhet, synstørrelser og obstipasjon vil normalt ikke forverres.

FORSIKTIGHETSREGLER: Teratogen effekt ikke påvist. Likeledes tilrås forsiktighet ved bruk til gravide i første trimester. Pasienter med diabetes, lever-, nyre- eller hertesuffisiens kontrolleres regelmessig under behandling med antidepressiva. Pasienter med vinkelglaukom eller prostatahypertrofi bør overvåkes, selv om preparatet ikke er forbundet med antikolinerge bivirkninger. Pasienter advares mot bilkjøring og pass av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Som for andre antidepressiva kan mianserin induere hypomani hos disponerte pasienter med bipolar sykdom. I slike tilfeller bør preparatet seponeres. Likeledes seponeres hvis

ikterus eller krampet skulle opptr. Hos pasienter som viser tegn på infeksjon (feber, sår hals eller stomitt) bør det foretas telling av alle typer blodlegemer.

INTERAKSJONER: Mianserin kan potensere den depressive effekten av alkohol på CNS, og pasienten bør advares mot alkoholinntak under behandlingen. Klinisk erfaring tyder på at preparatet ikke interagerer med antihypertensiva som β -metyldopa, propranolol eller propranolol i kombinasjon med hydralazin. Interagerer ikke med fenpropionolol, hvilket antyder at interaksjon med antikoagulantia av kumarintypen er usannsynlig. (1, 26e)

DOSERING: Initialt anbefales 30 mg daglig. Dette gjelder både innlagte og ambulante behandlede pasienter. Etter en uke økes dose til 60 mg. Doseringen justeres etter det kliniske svar. Terapeutisk døgndose er normalt 30-90 mg, og hos de fleste pasientene har en døgndose på 60 mg vist seg effektiv. Pga. sedativ effekt bør døgnosen gis som en enkelt dose ved sengetid (maks. 60 mg). Dosen kan også deles i flere doser. Tabletene skal svelges hele. Behandlingen fortsetter etter depresjonens etiologi og forløp, ofte flere måneder.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Intoksikasjonstaren er mild med mianserin enn med tricykliske antidepressiva. (F: 16 antidepressiva)

PAKNINGER OG PRISER: 10 mg: Enpac: 90 stk. kr 113,70. 30 mg: Enpac: 14 stk. kr 63,35, 42 stk. kr 165,80, 84 stk. kr 293,05.

T 18 Juni 198

REFERANSER:

1. SMITH, A. H. W. & al. Br. J. clin. Pharmac. (1978); 5, 675-705
2. TORMEY, W. P. & al. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 456
3. COPPEN, A. L. C. & al. Br. J. Psychiat. (1979); 129, 342-349
4. KRIEBSCHMAR, J. H. & al. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 144
5. PICHOT, P. & al. Br. J. clin. Pharmac. (1978); 5, 875-905
6. MONTGOMERY, S. & al. Br. J. clin. Pharmac. (1978); 5, 775-805
7. BROGDEN, J. N. & al. Curr. Therap. April 1979, 20, 4
8. HOPMAN, H. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 107
9. KOPFERA, H. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 132
10. GHOSE, K. & al. Psychopharmacol. 49 (1979); 201-104
11. SHAW, W. L. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 44
12. CHAND, S. & al. Pharmacopsychiat. (1981); 14, 15-17
13. BURROWS, G. D. & al. Med. J. Aust. (1979); 14, 97-99
14. KOPFERA, H. Curr. Med. Res. Opin. (1980); 6, Suppl. 7, 38
15. TEGDE, B. & al. Tidsskr. Nor. Lægeforen. (1981); 101, 28, 1563-1566
16. BROGDEN, J. N. & al. Drugs (1979); 16, 273-301
17. GEISSLER, K. H. Therapie Woche (1981); 31, 4073-4077
18. RYGNSTAD, T. K. Tidsskr. Nor. Lægeforen. (1981); 101, 32, 1625-1627
19. RYGNSTAD, T. K. Tidsskr. Nor. Lægeforen. (1981); 101, 34, 35, 36, 1968-1972
20. MURPHY, J. E. Br. J. clin. Pharmac. (1978); 5, 81a-80a
21. CONTI, L. & al. Pharmazie (1979); 7, 285

39, 49

er ca. 10-14 dager 3, 4, 5, 6, 7, 8

apeutiske doser 5, 7, 9, 10

essiva ved overdosering 11, 12, 13, 14

epressivum som holder hva du lover.

Tolvon 30 mg
1 om kvelden
1. uke
senere 2 om
kvelden
MMS

TOLVON®

En daglig dose ved sengetid.



UTPOSTEN's essaykonkurranse 1985 • juryuttalelse •

Juryen for Utpostens essaykonkurranse har fått oversendt seks manuskripter som alle er blitt behandlet anonymt.

Juryen finner at alle bidragene omtaler emner som er aktuelle og sentrale i norsk almenpraksis i 1985. Alle bidragene inneholder således stoff som burde være av interesse for Utpostens lesere.

I tillegg til vurderingen av om bidraget er aktuelt og sentralt har juryen lagt til grunn også en rekke andre premisser i sin vurdering. Aspekter som praktisk relevans, originalitet, lesbarhet og at bidraget faller inn i Utpostens tradisjon er blitt tatt med i vurderingen. Juryen har også vurdert om det mål som forfatteren har satt opp for sitt bidrag er fulgt opp i essayet.

Etter en felles, avsluttende telefonkonferanse 23. august, har juryen kommet frem til at bidraget

SYKDOM OG HELSE TRENGER VI NYE PARADIGMER ?

fortjener Utpostens essaypris for 1985. Dette essayet omhandler forskjellen mellom den universitets- eller skolemedisin som vi lærer i vår utdanning og den virkelighet vi møter som almenpraktikere. Emnet står helt sentralt i dagens almenmedisinske ideologiske debatt, og bidraget føyer seg godt inn i Utpostens tradisjon som ideologisk debattorgan. Artikkelen er veldisponert og lettlest. Budskapet er klart, og forfatteren bygger åpenbart på både betydelige kunnskaper og solid erfaring i almenmedisin. Essayet Sykdom og helse beskriver på en klargjørende måte noen av de problemer primærlegen anno 1985 står overfor.

Imidlertid er det også et annet bidrag som skiller seg ut, og som juryen anbefaler til en annen plass i Utpostens essaykonkurranse. Dette er bidraget

KASSETT OG KOMMUNIKASJON.

en meget klar og dekkende oversikt som viser hvordan teorier og metoder fra språk- og kommunikasjonsvitenskapene kan brukes til utforskning av lege/pasientforholdet. Artikkelen vitner om en omfattende og oppdatert lesing innen pedagogikk, språkfilosofi, sosialantropologi og kommunikasjonslære. I tillegg har forfatteren åpenbart selv erfaring fra almenpraksis og blir derved i stand til å anviser hvordan kommunikasjonsvitenskapene kan nyttiggjøres til analyse og forbedring av lege/pasientkommunikasjonen. Artikkelen er logisk disponert og godt skrevet. Det er en del fagterminologi fra kommunikasjonsfagene som gjør at den ikke kan kalles lettlest, - desto mer lærerik blir den. Essayet Kassett og kommunikasjon representerer en syntese av kommunikasjonsteori og almenpraksis. Essayet er et enzym som vil katalysere interessen for forskning og undervisning i lege/pasientforholdet i norsk almenpraksis.

De prisbelønte essayene er et bevis på at det skjer almenmedisinsk fagutviklingsarbeid av høy vitenskapelig klasse utenfor universitetsinstituttene.

Juryen vil foreslå at det bevilgede prisbeløp på kr. 10.000 deles med kr. 7.000 til førsteprisvinner og kr. 3.000 til annenprisvinner.

Juryens kjennelse er enstemmig.

Oslo 3. september 1985

Eli Berg Bratlie

Per Fugelli

Magne Nylenna

Essay- konkurransen 1985

Vi var svært spente på responsen da vi lyste ut til essaykonkurranse. Vi fikk inn 6 manuskrifter, og juryen har nok ikke hatt noen enkel oppgave. Spenninga var stor da vi åpnet navnekonvoluttene. Resultatet ble altså slik:

1. pris, kr. 7000.-, er tildelt

Jørgen Jørgensen, Legehuset,
3300 Hokksund

2. pris, kr. 3000.-, er tildelt

John Nessa, 4130 Hjelmeland

I denne utgaven av Utposten bringer vi et intervju med Jørgen Jørgensen og hans vinneressay. "Kassett og kommunikasjon", 2. prismausskriptet, vi bli publisert i neste utgave. Juryen har funnet at alle bidraga er av interesse for Utposten lesere, vi håper at flere av dem vi kunne bli publisert utover vinteren.

Til alle som måtte føle inspirasjonen stige kan vi opplyse at vi også kommer til å utlyse essaykonkurranse i 1986, så følg med!

Vinner av 1. pris i Utpostens essaykonkurranse:

Intervju med Jørgen Jørgensen



□ Ola Lilleholt □

■
- Gratulerer med velfortjent pris! Siste utgave av "Norges leger" begynner å bli nokså uaktuell, og det er sikkert mange av de yngre legene som ikke har denne informasjonskilden: Kan du fortelle litt om din bakgrunn, yrkeskarriere og kanskje litt om din sivile status?

● Jeg er og vil alltid være nordlending, fra Finnsnes i Troms. Selv om jeg mer og mindre har levet borte etter 16 årsalder, føler jeg meg ikke hjemme andre steder. Her på Eiker hvor jeg har bodd i 17 år, føler jeg meg fortsatt som i en gjesterolle. Det er rart med røtter.

Selv om jeg er født i 1936 og altså nærmer meg 50, føler jeg meg ikke gammel, men nærmest slik som jeg alltid har vært. De siste krigsårene husker jeg godt. Vi bodde ved kysten, og Finnmarkingene som evakuerte i stadig strøm, tyskerne hadde tatt skolen, og det var spennende tider for en gutt. De første skoleårene gikk vi delvis på skole i private hjem, delvis hadde man ingen skole. Som alle unger i kyst-Norge ville jeg til sjøs. Først var jeg på sommertokt med skoleskipet Sørlandet, deretter reiste jeg ordentlig utaskjers med malmbåt og senere tankskip. Dengang i etterkrigsårene var det eneste måte å komme seg ut på, og verden var virkelig vid for en ungdom.

Heldigvis fikk lysten til å lese overtaket, ellers hadde jeg vel kanskje vært kaptein i dag.

På grunn av den tiden jeg hadde tapt, måtte jeg ta realskolen på 1 år og artium på 2 år. Jeg var så heldig å gå på Nordfjordeid gymnas. Riktignok måtte man gå opp som privatist i alle fag, men der var ungdommer bokstavelig talt fra hele landet og et spennende sted. Man måtte arbeide hardt, og det var nok en lærdom som kom godt med siden. Mange leger har nok fått sin artium fra dette gymnaset.

Doktorskolen har jeg fra Oslo. Turnus fra Tønsberg og Lebesby i Finnmark. Da jeg også hadde gjort unna militærtjenesten, reiste jeg i 1966 nygift sammen med min kone til USA. I to år arbeidet jeg ved Student Health Service, først i Kansas, senere i Missouri. På slutten av sekstitallet var det mye uro i USA, Martin Luther King og Robert Kennedy ble skutt bl.a., og så reiste vi hjem til rolige forhold. Sammen med kullinger som foretrakk almenmedisin fremfor sykehusmedisin, bygde vi Hokksund Legehus og startet opp 16.12.68.

Erfaringene fra Legehuset har jeg skrevet om i no 6/84 av Utposten, så det vil jeg ikke repetere her. Min kone har alltid hatt sterk utferdstrang, og i 1974 fikk hun meg til å søke jobb som lege ved Norsk Hydros kunstgjødsselfabrikk i Qatar i den Persiske Golf. Hele familien hadde en fin tid der fra 1974 til 1977. Så dersom noen vet om en interessant stilling i utlandet er det bare å si fra!

Sivil status: Gift, 2 barn. Min kone er lærer i musikk og drama og er tilsvarende spennende person å være gift med. Vi er visst så gammeldagse at vi bare har vært gift denne ene gangen!

Dessverre for yrket har jeg så mange interesser at det blir liten tid til forskning eller annen studering. Kolingen sa i sin tid: "Arbete er nok bra det, men det tar så forbannad mycke tid."

Jeg er interessert i klassisk musikk og har en stor samling plater og bånd. Bøker om alle mulige emner leser jeg daglig, men mest blir det romaner og biografier. Fotografering driver jeg med og har eget mørkerom, dessuten er jeg formann i Eiker Sjakklubb med alt som det fører med seg. Rødviner er jeg fascinert av, men denne interessen må tøyles både av hensyn til pengepung og leveren.

- Er det noen bestemte personer eller spesielle opplevelser i studiet eller yrkeskarrieren din som du ser på som særlig betydningsfulle om du i store trekk skulle beskrive hvordan ditt syn på medisinen, sykdom og helse er blitt formet?

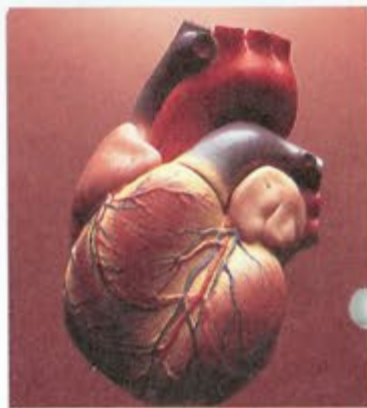
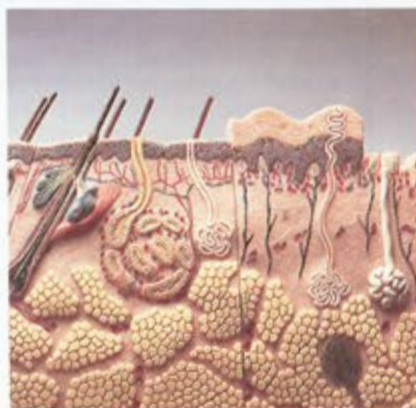
● Mitt syn på medisin, helse og sykdom er blitt formet av 20 års praktisering. Du verden så grønn man var når man kom ut av doktorskolen, da var det mye kunnskaper og lite vett. Etterhvert har jeg kommet til at verdier og holdninger er like viktige som kunn-



Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLESTRADIOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturligt pro



Monofasisk, enkel for pasienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2), Pasientfeil 0,1 (0,0-0,3)).¹³

Ingen androgen effekt forventes^{19, 20, 21, 22} og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert^{21, 21a, 21b}

Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.^{39, 40, 41}

Marvelon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneholder Desogestrel 0,150 mg, etinylestradiol 0,020 mg. Constat, s.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cykluskontroll. God antikonseptiv sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2); Pasientfeil 0,1 (0,0-0,3). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforøgning. Dele plasmakoncentrasjonen av HDL-cholesterol.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulationen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermernes passage vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. Absorbjon: Hurtig. Maksimal plasmakoncentrasjon: Desogestrel 0,8-1,3 timer. Ethinylestradiol: Ca. 1 time. Halveringstid: Desogestrel: 18-21 timer. Ethinylestradiol: ca. 20 timer. Metabolisme: Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og feces. Overgang: Normalt. Man bør påføre både østrogen- og gestagener i moraxen.

INDIKASJONER: Antikonseptjon

KONTRAIKASJONER: Absolutt: Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, akutt, Dubin-Johnson syndrom. Relativt: Rødt-tyndrom, graviditetsdiabetes i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Værtsfart eller mistenkt cancer mammae, værtsfart eller mistenkt østrogenafhengige tumorer, vedligeholdelse genitalblødning, graviditet, arntall hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, beryes gestasjoner i anamnesen. Relativt: Ikke etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Avvirkte bivirkninger som tromboembolier (thromb, hjerte, lung, type venøse trombotikker). Andre bivirkninger er: blodnngelstyrrelser, vektøkning, magsår, kvalme, hodepine, migræne og merkelige forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk kjønnsnormalitet og testar. Arteriel hypertensjon kan oppstå. Oppstår tegn på akutt, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tiltak: av leverforandringer (adenom, lokal nodular hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringerne kan ofte sies tilbake til andre faktorer eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammalundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrollere hvert halvår. Ved disse undersøkelsene bør spesiell oppmerksomhet rettes mot brystkjenning, kroppvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av generelle antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte-kransykdom. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av generelle antikonseptjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Oppfør tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboseisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykoseoleransen, og diabetikere bør stå under streng legeskontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller ryktsykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabile cyklus, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bløttsyklus før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved utsettelse bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positive test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. En bortfallsblødning utløst av påfølgende legende cyklus, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-hormonelle antikonseptjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoiner minsker preparatets påvirkning.

DOSEERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKKNING OG PRISER:

3 x 21 K: 68,70, 6 x 21 K: 129,50

1.10.1985

genet gesteron



**Normalt liten eller
ingen vektforandring**
(1 613 kvinner/23 258 sykler)¹³

God cykluskontroll
(1 613 kvinner/23 258 sykler):
77,6% i første og 90,8% i sjette
cyklus hadde ingen uregelmessige
blødninger.



REFERANSER

13. Organon International. Data på file (1983)
19. Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1982, 111, 47-54
20. Hammond, G. L. et al. Fertility and Sterility 1984, 42, 44-51
21. Palatsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517-523
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 22, 29-36
21. b) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195-202
22. Cullberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229-243
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477-485
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61-72
41. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487-504

skaper. At man ikke er tekniker som reparerer en defekt maskin, men et menneske som møter et annet menneske. Alle har vel lærere og hendinger i studiet som har betydd mye for dem uten at jeg vil trekke fram noe spesielt. Derimot var det en skjellsettende opplevelse for meg da jeg fikk acusticusneurinom og måtte opereres på neurokirurgen. Selve sykdommen tror jeg at jeg tok med fatning, men rolleskifte fra u-sårbar lege til hjelpeløs pasient så og si over natten var tankevekkende.

- Du har valgt å arbeide i en gruppepraksis i en folkerik landkommune med lange industritradisjoner etter norske forhold. Om du med bakgrunn i ditt essay skulle se 10-20 år inn i framtida: Tror du at privatpraksis, solo eller i gruppe, fortsatt vil bestå som en fruktbar møte- og arbeidsplass for leger og pasienter?

- Jeg er overbevist om at møtet mellom den enkelte pasient og lege vil bestå for alle tider enten dette skjer i gruppe eller solo praksis. Trass i allslags teamarbeide, teknologi og computere vil forholdet mellom "hin enkelte" (som Kierkegaard sier) og legen være de sterkeste terapeutiske krefter vi har.

- Hvilke erfaringer har du gjort med reformene i kommunehelsetjenesta de siste åra? Er vi på rett vei?

- Vi er på rett vei. Kommunene er en fin enhet for den primære helsetjeneste der alle aktiviteter kan koordineres. Vi ser en utbygging av sykehjem, alternative botilbud for eldre og funksjonshemmede, økning i hjemmesykepleie og hjemmehjelp, økning i skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Riktignok tar alt tid, men Rom ble ikke bygget på en dag.

Dessverre har vi hatt problemer med bedriftshelsetjenesten. Arbeidstilsynet forlanger at den skal være en stat i staten, mens de fleste andre vil mene at den skal koordineres innenfor det felles helsetilbud i kommunen. I vår gruppe har 4 leger tatt grunnkurset i bedriftshelsetjeneste, men fellesordningen i vår kommune er ikke godkjent av Arbeidstilsynet fordi vi som leger har deltidsarbeide i tjenesten! Men vi er jo i godt selskap. Formannen i bedriftslegeforeningen ble jo heller ikke godkjent!

- Som almenpraktiserende leger står vi i Norge opp i en bryt-

ningstid ikke bare ideologisk men kanskje like mye organisatorisk. Tør du spørre noe om hvorvidt NSAM, OLL og APLF vil tilpasse seg en situasjon der nesten alle er blitt "offentlige leger"? Tør du eventuelt konkret foreslå hvordan legene i primærhelsetjenesten nå bør ta sikte på å organisere seg?

- Jeg tror at vi bør endre organisasjonsforholdene for primærleger i Norge. Det overveldende flertall av leger blir offentlig ansatt, og det vil være naturlig med en forening som fagpolitisk omslutter alle leger i primærhelsetjeneste. Selskapet for almenmedisin har en annen funksjon enn APLF/GLL og må bestå uavhengig av "fagforeningen".

- Hvilke faglige mål ville du prioritere høyest i norsk almenmedisin om du fikk diktatorisk makt over Helsedirektoratet, Sosialdepartementet, Lægeforeninga, Universiteta etc. i 5 år framover?

- Det har skjedd mye siden jeg gikk på doktorskolen. Studiet er blitt mere praktisk orientert med større vekt på den hverdag man møter i almenhelsetjenesten. Gjennombruddet kom med studieplanen ved det nye Tromsø Universitet og senere har de andre Universitetene fulgt etter.

I opplæringen av leger ville jeg særlig ha 4 mål:

1. Vi må være kritiske til teknologi og den oppfatning at økende teknologi betyr fremskritt.

2. Vi må legge like mye vekt på holdningsverdier som kunnskaper.

3. Opplæring må hele tiden omfatte mennesket som helhet, altså bio/psyko/sosialmedisin.

4. Legen må utvikle en bedre evne til å forholde seg til den enkelte pasient og hans miljø.

- Vi takker for intervjuet og ønsker deg velkommen tilbake som bidragsyter i essaykonkurransen også neste år! ■

1. pris i Utpostens essaykonkurranse 1985

Sykdom og helse

TRENGER VI NYE PARADIGMER?

SAMMENDRAG: Essayet omhandler det gap som er mellom den sykdomsorienterte akademiske medisin bygget på stadig forbedret teknologi, og de vanlige plager vi kaller funksjonelle eller "bare nerver" som en almenpraktiker møter. Paradigmebegrepet omhandles, og det understrekes at våre medisinske paradigmer bør forandres for å bli i stand til å møte framtidens problemer.

□ Jørgen Jørgensen □

Det diskuteres hva helse er og hvordan primærlegen i fremtiden vil måtte fokusere like mye på helsefremmende tiltak som behandling av sykdommer.

Når vi som ferdige leger slippes løs på befolkningen, er vi proppet med kunnskaper om sykdommer mer og mindre ordnet som sirlige diagnoser. Man er klar til å lete etter phaeochromocytomer, hyperparathyreoidismer og tromboser i a.cerebellaris inf. post. Møtet med virkeligheten kan bli hårdt for mange. For man møter ikke pasienter med velavgrensede diagnoser, men i stedet diffuse symptomer krydret med pasientens make-up av psykiske eiendommeligheter og hans evne til introspeksjon. Man møter en forvirrende mangfoldighet og skjønner etterhvert at terrenger ikke stemmer med kartet.

Hvordan reagerer vi på dette ?

Vi leger er en mangfoldig flokk. Noen blir frastøtt og trekker seg inn i laboratorier hvor virkeligheten kan redigeres. Noen trekker seg inn i sykehus for der stemmer terrenget bedre med kartet, - noe jeg skal komme tilbake til. Men mange av oss blir tilbake ute i det levende liv. Vi oppdager etterhvert at det naturligvis finnes sykdommer som stemmer helt med dem vi lærte om på Universitetet, men like naturlig finnes det tilstander vi ikke kan forklare og slett ikke helberede. Etter noen år i praksis får man mange slike pasienter og den opprinnelige allvidenhet bør vel etterhvert avløses av beskjedenheter. Les følgende sykehistorie så skjønner du hva jeg mener:

Mann født 1931, blikkenslager:

Han har diabetes mellitus fra

1945, bruker Insulin Leo Retard. Hans diabetes er velregulert til tross for at han går lite til kontroll. Han har en lett retinopathi, men ellers påvises ingen komplikasjoner. Fra 1972 hadde han smerter lokalisert til høyre lyske og opp i høyre flanke. Til å begynne med kom smertene i perioder, men i de senere årene var de nærmest daglige.

Smertene var av knivestikk-lignende karakter og ble etterhvert så sterke at de truet med å gjøre ham arbeidsufør. Psykisk er han rolig og robust og det fantes ingen grunn til å anta en psykiatrisk årsak til smertene.

Hans lange vandring mellom leger begynte i 1974 med polikliniske undersøkelser hos kirurg, fortsatte med innleggelse i kirurgisk avdeling til renal angiografi i 1976 og der ble det uheldigvis funnet en atypisk form på høyre nyre. Røntgenologen mente det kunne foreligge en nyrecyste. Denne cysten viste seg etter mange undersøkelser å være uten betydning.

Neste trinn på stigen var nevrologisk undersøkelse, men her fant man ingen forklaring. Deretter var det internistens tur, - pasienten hadde jo tross alt diabetes. Han ble innlagt i fylkets sentralsykehus og gikk gjennom hele møllen av undersøkelser i 1979. Intet ble funnet. Plagene økte, han ble deprimeret, arbeidsevnen var truet. I siste akt ligger han på Rikshospitalet, vi er kommet fram til 1981. Han lå først på medisinsk avdeling, deretter på nevrologisk. Pasienten fikk det som populært kalles "en grundig undersøkelse". Man råder jo tross alt over hele den moderne medisins armamentarium. Tro ikke at jeg ironiserer over spesialistenes vansker, vi var alle oppgitt over pasientens smerter, og vi var villige til å prøve alle veier. Men heller ikke Rikshospitalet kunne hjelpe pasienten.

Til sist kom han til meg vinteren 1982 og spurte om sukkersyken var til hinder for at han prøvde naturmedisin. Det var det ikke, og pasienten gikk til naturlege. Etter noen uker på forskjellige droger kunne han fortelle meg at smertene var borte! Dette var jo forbausende, men full av skepsis advarte jeg ham om at bedring kanskje bare var kortvarig.

I dag, mars 1985, har en fornøyd pasient ikke hatt en dag med smerter av lignende type etter

1982. Kuren var på 3 uker, senere har han ikke tatt droger av noe slag. Han har ikke mistet troen på leger, men forstår at de ikke er allvitende.

Jeg kunne gi mange eksempler på pasienter der man finner symptomer som ikke passer inn i vår offisielle diagnoseliste. Noen blir bra av alternativ medisin, enten kortvarig eller permanent, andre blir aldri bra av noe slags terapi. Fra vår praksis er det nok å tenke på pasienter med uklare "revmatiske" plager, med kroniske magesmerter vi aldri finner noen årsak til eller med hodesmerter uten sikker diagnose etc..

"THE BIGGER AND BETTER SYNDROME"

Fra studiet er vi vant til å kalle disse lidelsene funksjonelle i motsetning til organiske eller strukturelle. Dette kan synes som en fornuftig inndeling, men når vi erstatter funksjonell med "nevrotisk", "bare nerver" eller "uten betydning", kommer vi galt avsted. Den gang jeg som fersk lege hadde mitt møte med virkeligheten etter mange års studier, trodde jeg at bedre diagnostisering, finere apparatur eller bedre kunnskaper skulle få orden på gruppen. Toeffler (1) har beskrevet "the bigger and better syndrome" som ironiserer over de mange som tror at dersom sykdom ikke kan identifiseres, er den diagnostiske teknologi utilfredsstillende. Stadig forbedret teknologi vil oppdage stadig flere sykdommer. Etter mange års praksis har jeg desverre mistet troen. Fortsatt møter jeg et virvar av merkelige symptomer, og pasientene stiller spørsmål jeg ikke har mulighet til å svare på.

PLACEBO

Placebos virkning er et annet foruroligende problem. Howard Brodie (2) har gitt en leseverdige oversikt over dette området.

Alle vet at placebo kan bedre funksjonelle symptomer som f.eks. smerter, men ikke alle vet at placebo kan virke sterkere enn vanlige medikamenter. Mange mener til og med at organiske sykdommer kan reagere på placebo. På engelsk har man en forskjell mellom "treatment" og "healing" som jeg ikke finner på norsk. "Healing" medfører noe mere enn bare en behandling som passivt mottas av en behandlet. Man forstår noe som også kommer fra pasienten selv, hans vilje til å

leve og forholdet mellom pasient og lege.

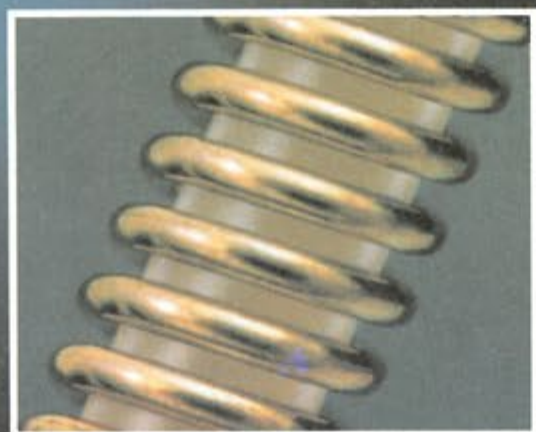
Helt fra Hippocrates tid har forholdet mellom lege og pasient vært spesielt og har vært et terapeutikum i seg selv. Moderne medisinsk vitenskap og teknologi har ikke termer som kan analysere dette forholdet, det finnes ingen referanserammer for slikt. Den overveiende del av originalartikler og doktorarbeider skrives ut fra arbeidet med dyr, laboratoriet, forøk med medikamenter o.s.v.

LEGE/PASIENTFORHOLDET

I den moderne medisins barndom publiserte leger i klinisk arbeide sine iakttagelser over pasienter og deres sykdommer. Mange oppdaget med tiden at et klinisk synspunkt ofte var en hemsko for laboratorie-preget vitenskap. Man oppdaget også at prestisje og oppstigning i det akademiske hierarki oftere var en belønning for laboratoriepreget vitenskap enn for klinisk dyktighet. Alvan Feinstein (4) sier at "the scientific aspects of modern clinical care therefore often focused more on the patients laboratory identification as a diseased organism, than on his bedside identity as a sick person". Nettopp lege/pasient forholdet er vanskelig å måle, men for flere grupper av pasienter har det fundamental betydning. En gruppe er de pasienter som har såkalt funksjonelle plager. Konvensjonell legevitenskap har ingen forklaring på slike plager og heller ingen behandling. En annen gruppe er de pasienter som har kroniske og/eller dødelige sykdommer, der hele familien blir dratt med av ringvirkninger. Først i de senere år har vi forstått hvor viktig det er for cancerpasienter å ha sin personlige lege med kontinuerlig omsorg i hjemmemiljøet.

Medisinen er under økende angrep fra ulike hold, og de mange former for alternativ medisin får stadig flere tilhengere. På samme tid kan vår medisinske teknologi nærmest utrette mirakler. Vårt århundre har sett en enorm utvikling i våre tekniske evner, måleapparater, hjerte/lunge maskin, computertomografi o.s.v. Vi kan trenge stadig dypere inn i kroppen, helt ned til atomenes nivå, men vi er ikke blitt bedre til å helbrede forkjølelse, lumbago eller mavekatarr. Problemet er at det store flertall har vanlige, hverdagslige plager, de trenger ikke påsydd en arm eller et nytt kunstig hjerte. For teknologi er ikke vitenskap. Det er tekno-

NYHET



- ★ Høy sikkerhet
- ★ Lav utstøtningsfrekvens
- ★ Fleksibel form
- ★ Enkel innsetting

MULTILOAD
CU375

– med veldokumentert
5 års virketid

POSTBOKS 325, 1371 ASKER TLF. (02) 78 43 65



logien som har utviklet seg så eksplosivt, vår vitenskapelige grunnholdning til mennesket og dets sykdommer er uforandret.

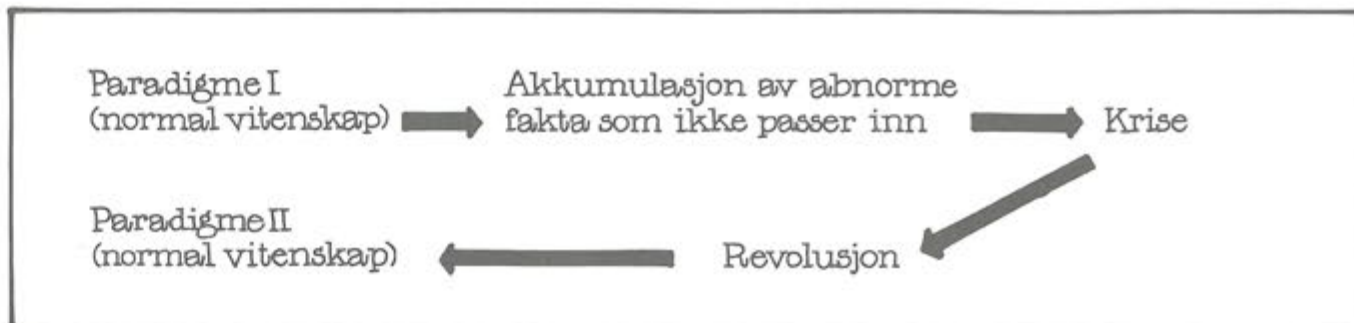
PARADIGMESKIFTET

For ett år siden kom jeg over to artikler som forsøkte å svare på noen av de spørsmålene jeg satt inne med: (5, 6). Begge artiklene går ut fra Thomas Kuhns bok:

"The Structure of Scientific Revolution" (3). Kuhn behandler vitenskap generelt, men hans tanker lar seg fint applisere til den medisinske vitenskap. Det er vanlig å anta at en vitenskapelig tankebygning oppstår ved at kunnskap legges på kunnskap som sten på sten. Av og til gjør man hopp forover slik som f.eks. skjedde med oppdagelsen av insulin, men dette skyldes en opphopning av

kunnskaper som før eller senere ville resultert i ny viten. Det hele er en uavvendelig prosess mot stadig større viten.

Thomas Kuhn har et annet syn på vitenskapelig fremgang. I stedet for vårt syn på vitenskapen som en evolusjon, hevder Kuhn at virkelige forandringer skjer som en revolusjon. Hans grunntanke kan uttrykkes ved et diagram:



Paradigmer er de fundamentale grunnsetninger i en vitenskap, f.eks. medisin. Alle som arbeider innenfor den akademiske medisin er enige om disse grunnlover som i det snære arbeidet taes for gitt, som implisitte fakta. Den forskning som så følger på aksepteringen av de grunnleggende paradigmer kalles den normale vitenskap. Forskning i en normal vitenskap kaller Kuhn "a strenuous and devoted attempt to force nature into the conceptual boxes supplied by professional education".

Et av de grunnleggende paradigmer i medisinen er at det foreligger enheter vi kaller spesifikke sykdommer. Så snart man er enig om dette paradigme, vil den medisinske vitenskap beskrive sykdommer, deres årsaker og mekanismer. Men ingen vil senere stille spørsmålstegn ved om det egentlig finnes en slik velavgrenset enhet som en sykdom. Det intellektuelle hjelpemiddel vi bruker er differentialdiagnosen og pasienten er den passive mottager av behandlingen. Imidlertid vil forskningen i årenes løp komme til data som ikke passer sammen med de vedtatte paradigmer. Man vil forklare disse data som artefakter, falske positive resultater eller merkverdigheter uten betydning, men etter hvert blir de forstyrrende data så mange at de ikke kan oversees. I følge Thomas Kuhn kan man ikke justere et paradigme slik at det tilpasser nye data som ikke lar seg forklare ut fra det normale vitenskap.

Det som tilsist skjer at samlingen av de data som ikke passer inn i paradigmet skaper en krise.

I løpet av krisen får man forskjellige tolkninger av de nye data, men tilsist vil et syn vinne fram som det nye aksepterte og vil danne paradigme II.

Deretter vil forskningen utgå fra dette modifiserte syn som bedre kan forklare de nye data. Kuhn sier at det er "a reconstruction of the field from new fundamentals, a reconstruction that changes some of the field's most elementary theoretical generalizations".

Ved et slikt paradigmeskifte kan striden bli både bitter og irrasjonell, og tilhengere av det gamle paradigmet vil ofte ikke ha forståelse for det nye syn. De som fremsetter og står bak det nye paradigmet, kommer ofte fra fagets periferi eller helt utenfor det, og ofte er det yngre personer som kan ha nye tanker og ideer.

Før jeg går videre, er det best å klargjøre to forhold:

For det første har jeg forenklet begrepet paradigme, som på gresk betyr "mønstergyldig eksempel". Thomas Kuhn bruker en hel bok til å forklare det som jeg antyder på noen linjer.

For det annet betyr ikke et paradigmeskifte at det gamle skal erstattes av det nye, det gamle paradigme kan stemme under visse forhold. Hvis vi tar eksempler fra fysikken, så vil Newtons verdensbilde og mekanikk være helt tilstrekkelig for vanlige ingeniørarbeide. Prøver vi å beskrive det helt store eller det helt små vil det imidlertid være utilstrekkelig. Det nye paradigme vil derfor ikke erstatte

det gamle, det vil heller om- slutte det. Det er heller ikke meningen å forandre vår vitenskapelige metodikk, f.eks. begrepet repeterbarhet. Som Eric T. Bell (7) sier: "Hvis en person hevder at han har oppvekket et fire måneder gammelt lik, da må han beskrive sin bragd i termer som hvem som helst i hans vitenskapsgren kan forstå. Disse termene må også være slik at forskere i det samme fagområde enten må kunne repetere hans bedrift, eller vise at han misforsto det han gjorde".

Våre medisinske paradigmer har tjent oss bra i over 100 år. De har sin opprinnelse i det nittende hundreår og er preget av den mekanistiske verdensoppfatning som da rådde. Paradigmene har klart seg best i sykehusene våre og spesielt i akademiske sykehus. Her rådet man etterhvert over en fantastisk teknologi, og man fikk stor evne til diagnostikk og behandling av sykdommer, men den vitenskapelige grunnholdning til mennesket og dets plager er uforandret. Våre akademiske læresteder må kanskje være konservative i sin holdning. De diagnostiserer og behandler plager som faller inn under sykdomsbegrepet, de øvrige pasienter skrives ut med et skuldertrekk som funksjonelle, nevrotiske eller "bare nerver". Som lege vil det derfor være lettere og arbeide innenfor de akademiske sykdomsrammer. Særlig ved veldefinerte sykdommer med klar årsak og behandling (antibiotica, hormoner, vitaminer, kirurgi etc.) passet paradigmet som hånd i hanske. Mange yngre leger følte seg tiltrukket av en sikker nisje hvor de med stor teknisk kompetanse kunne være trygge for funk-

sjonelle og uryddige pasienter.

HUSLEGEN

Gjennom årene har den almene leges betydning og plass i vårt helsevesen skiftet. I gamle dager var huslegen suveren, der var få sykehus, og han hadde liten konkurranse om sin suverene stilling. Med økende teknologi og dermed spesialisering sank primærlegens betydning og nådde et lavmål i sekstiårene. Det syntes som om primærlegen var på vei ut i det moderne samfunn, og dette så man tydeligst i Sverige og USA. Heldigvis oppdaget man etterhvert at dette førte inn i en blindgate. For det første ville befolkningen ha en almenlege i lokalmiljøet som de kunne kalle sin, og som kunne ta seg av det meste av de problemer og fortredeligheter livet førte med seg.

For det andre så man i syttiårene en reaksjon mot ekspertvelde, spesialisering og teknokrati. For det tredje gav et økende antall ferdige leger fra inn- og utland en bedre rekruttering til almenpraksis. For det fjerde ble økonomien i samfunnet strammere og staten oppdaget at stadig dyrere teknologi ikke gav tilsvarende retur i form av bedre helseparametre. Alt dette og sikkert mere til virket gunstig på fremveksten og betydningen av primærlegen. For å bruke et moteord fra syttiårene har han blitt "bevisstgjort" om sin sentrale stilling i helsevesenet.

SYKDOMSPANORAMAET

De av oss som har levd lenge har sett hvordan sykdomspanoramaet har skiftet. I tidligere tider var hygienen dårligere, ernæringen mangelfull, og man hadde mye infeksjons- og mangelsykdommer. Fra femtiårene fikk vår vestlige sivilisasjon overflods- og livsstilsykdommer samtidig som stadig økende levealder førte til degenerasjonssykdommer hos befolkningen. Økende stress og fremmedgjøring i samfunnet vil i økende grad gi det som Peter F. Hjort kaller samlivssykdommer, og de vil kanskje bli vårt største problem i kommende dekaner.

Moderne medisin med vekt på teknologi og et paradigme som er sykdomsorientert er lite egnet til å ta seg av disse problemene. Helse vil bli et sentralt begrep i fremtiden, men hva er egentlig helse? Vi snakker om helsekontroll, men mener undersøkelse for å utelukke sykdom. Vi snakker om forebygging, men mener forebygging av sykdom.

WHO definerer helse som passivt velvære. Men helse er ikke hverken noe negativt eller passivt, helse skal være noe aktivt og positivt. Helse har noe med overskudd og vitalitet å gjøre, men foreløbig har vi ingen klar definisjon. Heller ikke har samfunnet noen strategi for hvordan man skal oppnå helse.

Men tilbake til WHO's helsebegrep. Ved at somatisk, psykisk og sosialt velvære settes opp som norm, trekker man lett den kortslutning at fravær av et slikt velvære automatisk betyr sykdom. Dette er en annen svakhet ved sykdomsbegrepet. All lidelse og elendighet defineres som sykdom, og i stedet for å finne de ytre kår eller mobilisere egne ressurser, vil individet appellere passivt til samfunnet.

Magnussen og Lavik (8) sier: "Vårt poeng er imidlertid at sykdomsbegrepet har fått flyte utover det menneskelige panorama av problemer, og fortrent alternative måter å oppfatte lidelse og nød på, f.eks. de pedagogiske, moralske og juridiske".

Jeg mener ikke at vi skal kaste over bord teknologien og vårt raffinerte diagnostiske apparat, men vi må være bevisst at som primærleger er vi ikke biologiteknikere som analyserer apparat-

feil. Den monokausale modell er utjenlig i primærmedisinen, - sykdom og funksjonssvikt har et spekter av årsaker. Riktignok lærte vi av den akademiske medisin at visse spesifiserte sykdommer var psykosomatiske, men vi hadde ikke vært lenge i almenpraksis før vi oppdaget at all sykdom var psykosomatisk. Også sosiale forhold (utrygghet, samlivsproblemer, livsstil osv.) spiller med som årsaker til sykdom.

Vi må i fremtiden ha en totalopplevelse av pasienten, som individ, i familien, i nærmiljøet og i arbeidet, og streve for å gjøre lege/pasient forholdet så sentralt som det engang var. I vår kompliserte tid har ikke pasienten behov for et team, han trenger et medmenneske. Vi må ikke bare foreskrive medikamenter, men også hjelpe frem pasientens egne helende krefter.

Vi må endre våre medisinske paradigmer slik at også lidelser og plager som akademisk medisin hittil ikke har kunnet hjelpe, blir både forklarlige og behandelbare. Kanskje de ulike retninger i den såkalte "alternativbevegelsen" kan lære oss noe?

La oss samle oss om det stolte mål: Intet menneske må være oss fremmed. **➔** (forts. s. 190)



HVORFOR OG HVORDAN?

Olav Thorsen, Kvernvik helse- og sosialsenter, Stavanger

Demokratiseringsprosessene i samfunnet har i vår tid gitt folk økt innflytelse, over sitt arbeide via bedriftsdemokrati, over skolen gjennom elevdemokrati. Også andre grupper har fått økt sine muligheter til å komme med sine standpunkt og meninger, som f.eks. pensjonistene ved at det opprettes eldreråd i kommunene.

Innen helsevesenet derimot, har tradisjonelt legene selv, som fagfolk, ledet utviklingen og formet helsetjenestene etter sine egne ideer og idealer. Politikerne, som bevilger de midlene som skal til for å drive helsevesenet, har etterhvert fått stadig større kontroll over utviklingen. Demokratiseringen av helsetjenestene har således foregått via de folkevalgte politikere, mens menigmann har hatt liten eller ingen mulighet til å påvirke beslutningene. Klager og misnøye fra publikum har derfor en stor del kommet til uttrykk via lesebreve og mediaoppslag.

I England ble det i 1972 dannet den første brukergruppen for et helsesenter, en såkalt patient participation group, for å bedre kommunikasjonen mellom helsevesen og befolkning. Etterhvert har det kommet over 60 slike grupper i England. De fleste av disse er opprettet etter initiativ fra legene selv og er knyttet til et helsesenter. Noen av gruppene kaller seg health center users group, for å unngå ordet pasient, som kan oppfattes som belastende. Gruppene er organisert i den landsomfattende National Association of Patient Participation in General Practice. Gruppene er sammensatt på forskjellig måte, med medlemmer fra lokalmiljøet, pasientforeninger, interessegrupper og enkeltpersoner med spesiell interesse for helse-spørsmål. Selv om målsetningen er den samme, er aktivitetene svært forskjellige, alt fra helseopplysning og kurs i helse-spørsmål til praktisk hjelp for gamle og uføre, henting av medisiner, transport til lege osv.. Felles for gruppene er imidlertid kontaktmøtene med representanter fra helsetjenestene, hvor aktuelle problemer diskuteres, som f.eks. åpningstidene ved

senteret, tilgjengelighet, adgangsmulighetene osv.. Klager fra befolkningen kan således formidles direkte til legene, slik at uheldige forhold kan rettes på og misforståelser blir oppklart. På denne måten kan man også gi befolkningen reell medinnflytelse over sin egen lokale helsetjeneste. I enkelte tilfeller har også disse gruppene satt igang innsamlinger for å skaffe nytt utstyr til helsesentrene der dette ikke var mulig på annen måte.

Kan så slike brukerutvalg være med på å øke vanlig folks innflytelse over helsetjenestene også i Norge? Har vi i det hele tatt bruk for en bedre kommunikasjon mellom fagfolk og menigmann, mellom helsepersonell og befolkning? Eller ønsker folk at legene selv styrer utviklingen innen helsetjenestene, som før. Er ikke politikere valgt for nettopp å styre utviklingen slik folk flest ønsker? Hvorfor kan ikke politikere ivareta pasientenes interesser godt nok?

For det første fordi politikere representerer et parti og et program som de har forpliktet seg på, og hvor de har en rekke forhold å ta hensyn til. Politikere må prioritere sin tid og sine ressurser på en måte som ikke alltid lar seg forene med det å forsvare pasientenes interesser. Det er også vanskelig for politikere å engasjere seg i særlig grad for en mindre gruppe, en bydel eller en pasientkategori.

Jeg tror også at helsearbeidere har mye å lære når det gjelder brukernes interesser og behov, og at man i stadig større grad må ta hensyn til disse. Spørreundersøkelser har vist at folk har stor interesse for ting som angår helsetjenestene, og slike undersøkelser kan derfor danne grunnlag for tilretteleggelsen av helsetjenestene, for at tjenestene skal bli mest mulig slik folk ønsker og har behov for. På denne måten kan blant annet lokalisasjonen av tjenestene, tilgjengelighet, åpningstider, sykebesøksordning osv. planlegges i samråd med brukerne av helsetjenestene.

Når det så gjelder den daglige driften, hvorledes helsetjenestene fungerer, må folk få anledning til også å kunne uttrykke sin mening og komme med kritikk på en naturlig og konstruktiv måte. Dette kan bare skje ved at brukerne av helsetjenestene (pasientene, oss alle) har representanter som de kan kontakte, utvalgte som kan bringe ros og ris videre til de som utfører tjenestene. Alt for lenge har folk følt seg oppgitt og frustrert når det gjelder mulighetene til å si hva de mener om helsetjenestene, forat disse skal bli bedre.

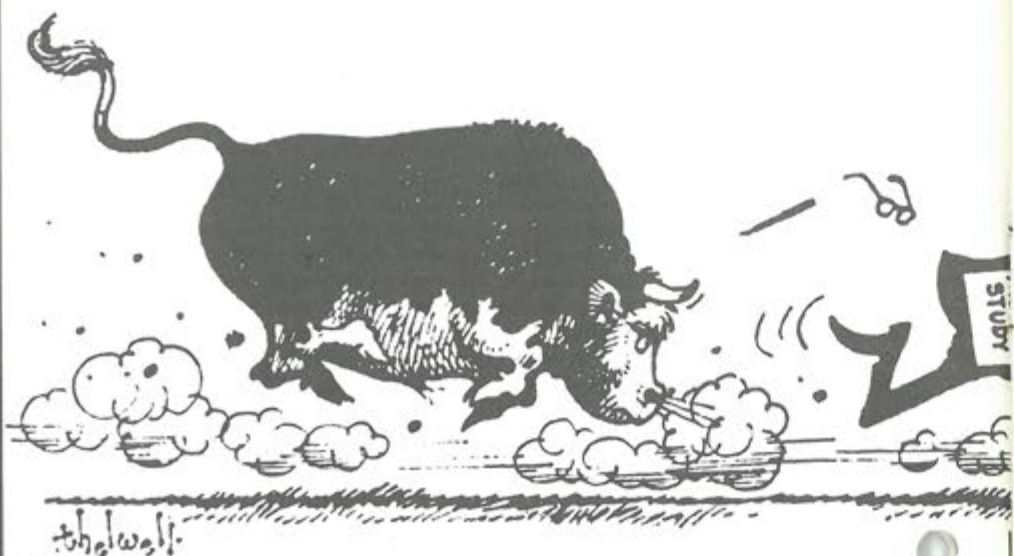
Vi trenger derfor en pasientorganisasjon i Norge, og vi trenger pasientråd og brukerutvalg i helsevesenet, både for primærhelsetjenesten og for sykehusene. Stadig flere leger og helsearbeidere innser dette.

Hvem vil gå foran?

(forts. fra s. 178)

Litteratur:

1. Toeffler, A.: Future Shock, Random House, New York 1970.
2. Brodie, Howard: Placebos and the philosophy of medicine. Chicago University Press 1980.
3. Kuhn, T.S.: The structure of scientific revolutions. Chicago University Press 1970.
4. Feinstein, Alvan: Clinical Judgment. Williams and Wilkins, Baltimore 1967.
5. McWhinney, Ian R.: Changing Models. the Impact of Kuhns Theory on Medicine. Family Practice, vol 1, no.1, 1983.
6. Style, A. & Briggs Style, C.: Once upon a paradigm. An inquiry into the state of medical knowledge. Journ. of Soc. and Biol. Structures, 1982, vol 5, 203-212.
7. Bell, Eric T.: The search for truth, Allen & Unwin Ltd., London 1946.
8. Magnussen & Lavik: Sykdommens sosiale rolle. Tidsskrift. Nor.Lægeforen vol. 100,1980, 1506-1510.



Epiceritis nosoc

en pestilens...

Definisjon:

Funksjonsforstyrrelsene i sykehus karakterisert av triaden sene epikriser, dårlige epikriser og legelig frustrasjon.

Etiologi:

Kompulsive og fobiske mekanismer på legelig nivå. Frakktypene RES, ASS og TUR dominerer. Immunitet mot skrivemaskiner og diktafoner er beskrevet (1). Miljøbetinget fobi mot skrivebordsarbeide hyppig årsak (2,3). Karakteravvik hos involverte leger finnes regelmessig (4,5). Hos en del avdelinger og leger ses mania electronica og depressio byrocratica (6,7).

Biokjemi:

Epikriser (EP) er et av sluttproduktene i organismen NOSOCOMIUM HUMANUM hvis hovedfunksjon er omdannelsen av PAS₁ til PAS₂:

A) I første trinn dannes mellomproduktet JR₁ ved kobling av PAS₁ til YL idet råmaterialet PAP og enzymet SEKR medvirker:



PAPX₂ er identisk med JR₁ og er separat for hver PAS₁.

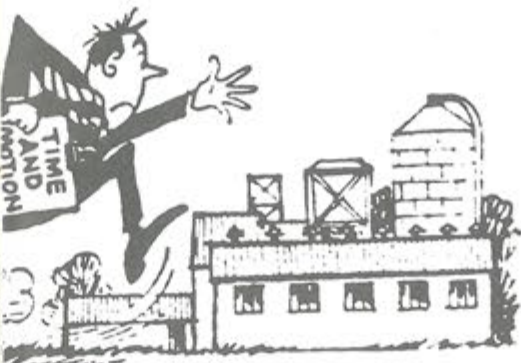
Både SEKR og YL gjenbrukes i prosessene etter opplading.

B) I annet trinn modifiseres PAS₁ og JR₁ parallelt under prosedyrene OPR og MED. De omdannes herved til PAS₂ og JR₂ idet PAS₂ utskilles eller destrueres:



□ Nils Lønberg □
kommunelege i Sandøy

Nils L. er en kosmopolitt og operaelsker med røtter i Danmark og har Europa, og særlig de sydlige deler, som tumleplass. De siste åra har han hatt Sandøy i Møre og Romsdal som base. Han er et velsignet muntrasjonsråd for helsepersonell og andre i et fylke med mange gravalvorlige aktører.



comialis

mangler, uleselighet og feil.

Hovedformene har hver typiske undergrupper, men overgangsformer ses og følgende kliniske bilder dominerer:

Epicritis juvenilis: YL kan ikke ta seg sammen til å ekspedere papirarbeidet. Man foretrekker journalskriving, operasjoner, visitter, poliklinikker og konferanser. Skrivebordsarbeidet er ulystbetont og utsettes pga. "travelhet", "overarbeide", "mange vakter" osv. osv.

Epicritis byrocratica: Skrive-stuen er trang og underbemannet. Sekretærene har nakke- og skuldermyoser. En sekretær har graviditetspermisjon og en annen sykmeldt for dårlig rygg. Sekretærene må først skrive innleggelsesjournaler, operasjonsbeskrivelser og visitter. Journalene ligger i tykke bunker på hyllene og faller regelmessig på gulvet.

Epicritis ultrasonica: Avdelingen er utstyrt med en USF (ultrasonic flatograph) hvormed man kan måle colonluftens turbulens. Apparatet er suverent til å avsløre tidlige stadier av forstoppelse og flatulens og avdelingen er involvert i interessante projekter i inn- og utland. Overlegen har vært intervjuet i TV og reiser ofte til USA på møter. Interessen for epikriseskriving er minimal, forsinkelsene groteske.

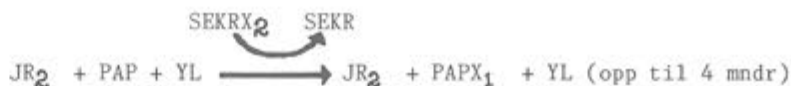
Epicritis schematica: OVL har for noen år tilbake konstruert et skjema som ble stensilert i 10 000 eks. med plass til blodprøver, blodmengder og andre tall. Skjemaet utfylles av sekretær med kuklepenn så legene slipper arbeidet. Skjemaet er uoversiktlig, men de resterende ca. 7000 eksemplarer skal brukes før endring kan komme på tale "vi må jo spare".

Epicritis operativa: Avdelingen sender ut en A-4 side med pas. navn, innleggelsesdato, utskrivingsdato og hoveddiagnose. Det vedlegges en operasjonsbeskrivelse hvor legenes spikring, nagling og manipulering av indre organer kan studeres.

Epicritis serologica/histologica/radiologica: Avdelingen tar mange blodprøver, rtg. bilder og biopsier og alle prøver remses systematisk opp. Prosaen er mangelfull og usammenhengende. Epikrisen forsinkes fordi man venter på mikroskopisvar av en fjernet liktorn.

Epicritis diagnostica: Avdel-

C) I tredje og siste trinn gjennomgår JR₂ en komplisert vandrings-, fermenterings- og lagringsprosess hvoretter EP dannes ved komprimering og kondensering av JR₂:



PAPX er identisk med EP. YL samt coenzymet SEKR medvirker som før.

Alle trinn katalyseres av OVL som i sjeldne tilfeller kan inngå i prosessen i stedet for YL.

Patofysiologi:

Sykdommen utspringer hos leger av typen OVL som katalyserer alle processens 3 trinn idet følgende kan skje:

1. OVL forbrukes i processene OPR, VIS, ADM og utelukkes herved fra å katalysere prosessene A, B og C.
2. YL unngår kontakt med PAP og JR og involveres kjemotaktisk i PAS, PAS, OPR og VIS.
3. JR akkumuleres og tilstanden kan utvikle seg til STATUS EPICRITICUS som er vanskelig å behandle.

Førløp:

Snikende med tendens til spredning.

Terapi: Forebyggelse er viktigste prinsipp. Auto-disciplina og tabula systematica nødvendige. Ved behandling av Status Epicriticus brukes samme behandling, men i større doser.

Sykeavdelinger har dessverre ofte sterk motvilje mot behandling pga. tvangspreget fobi mot endringer i daglige rutiner (reformofobia anancastica).

Epicritis nosocomialis opptrer i to hovedformer:

Epicritis tarda - preget av forsinkelser - undertiden monstrose.

Epicritis parva - preget av

ingen har ikke funnet noe galt eller legene mistolker funnene. Tilfeldige diagnoser klistres på pasientene, f.eks. Observatio - psykonevrosis - funksjonelle plager - synkoper -.

Epicritis maligna saltans: Journalen forsvinner på overlegens kontor mellom 2 numre av Journal of Bone and Joint Surgery og finnes først 3 mndr. etter. Epikrisen forfattes med forsinkelse og etter best mulig erindring.

Status epicritus:

Journalene hoper seg opp - legene blir sure

Sekretærene blir sure

Ovl reiser på ferie

Primærlegene beklager seg

Leger og sekretærer blir mere sure

2 nye turnuskandidater starter

1 diktafon går i stykker, journalene hoper seg opp

Ass overlege reiser på kongress i Sverige

Sykehussjefen ber om å få orden i tingene

Res.legen reiser til Oslo for å holde foredrag

5 dikterte bånd slettes ved en feiltagelse

1 sekretær går på graviditetspermisjon

Journalene hoper seg opp

Eldste sekretær sier opp stillingen

Halvparten av avdelingen reiser på påskeferie

Samarbeidsmøte med byens leger - enighet om å forbedre henvisninger og epikriser

Lokalavisen skriver om forholdene

Ny assistentlege starter

Journalene hoper seg opp.....

Mest brukte unnskyldninger:

1. Vi venter på prøvesvar
2. Den ansvarlige lege har ferie/er på kurs/er nettopp reist
3. Den ansvarlige lege er syk/har permisjon

4. Avdelingen lider under økonomiske innstramminger

5. Vi har nettopp hatt påskeferie/sommerferie/juleferie

6. Henvisningene fra primærlegene er forøvrig temmelig dårlige

7. Vi forsøker å legge om rutinene

Litteratur

1. Hamilton-Jones P.D.G.: "Immunity to typewriters and dictaphones in the medical profession". New England Journal of Medical Confusion, 1973, 27, 454 - 468.

2. Tromp J. & Huigen K.: "Het Schriewing van Epikrisser eer doegh det waarste wie weet". Nederlandsche Inlichtingsblatt voor Huisarts, 1978, 3, 67 - 78.

3. Schnabelewopski, G. Sprudelwasser F. & Adamski-Rosenstern H.: "Kurze Beschreibung der Artzliche Schreibtschphobie". Wochenblatt der Nordwestdeutsche Spitzenburgerverein, 1967, 3, 1-56.

4. Jönsson U. Johansson L. & Göransson B.: "Svenska avind-sjukans beteende i södra Malmöhus-län". Lakartidning för Lappland, Halland och Gotland 1982, 78, 367 - 915.

5. Brunelleschi P. & Mastrelli-Anzilotti G.: "Un giorno nel'inferno del medico condotto italiano". Revista italiana della gioia nella medicina 1985, 16, 23-29.

6. Chateaubriand D. & Petit-Pois J.J.: "La depression bureau-cratique dans les hopiteaux en France". Tribune medicale de la facon suspicieuse 1980, 58, 135-167.

7. Ørsted A. & Brandes G.: "Hovedtrømninger i den saakaldte elektriske manie udi lægekunsten". Acta Scandinavica Anan-castica 1887, 45-68.

Annonsen

Korttidsstillinger for almenpraktiserende leger ved onkologiske sentra.

Landsforeningen mot Kreft har for 1986 bevilget lønnsmidler til fire korttidsstillinger á tre måneder ved almen-nelig avdeling, Det Norske Radiumhos-pital og to korttidsstillinger á tre må-neder ved onkologisk avdeling, Hauke-land sykehus.

Hensikten med tjenesten er å gi den almenpraktiserende lege innsikt i on-kologisk virksomhet og bedre samar-beidet mellom almenpraktikere og sy-kehusavdelinger innen dette feltet. Tjenesten vil være delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen mål-beskrivelse.

Stillingene er lønnet i lønstrinn 22 og tjenesten teller som sykehustjeneste for videre- og etterutdannelse til Al-menpraktiker Dnlf.

Nærmere opplysninger om stillingene i Oslo kan gis av professor Herman Høst, Det Norske Radiumhospital eller stipendiat Magne Nylenna, Institutt for almenmedisin i Oslo, I Bergen av professor Bengt Rosengren, Haukeland sykehus eller stipendiat Kjell Haug, Institutt for almenmedisin i Bergen.

Søknad med angivelse av ønsket ar-beidssted, ønsket tidsrom, tidligere tjeneste i almenpraksis og sykehus, samt motivasjon/behov for tjenesten sendes Norsk selskap for almenmedi-sin, Frederik Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2 innen 30.11.85.



Møtoreferat:

Omsorg ved livets slutt

Mer enn 3/4 av alle dødsfall i Norge skjer i institusjon og andelen er særlig høy når det gjelder dødsfall av kronisk sykdom som f.eks. kreft. Terminal omsorg for kreftpasienter er likevel av stor interesse for kommunehelsetjenesten. Delvis fordi det synes å være en klar utvikling mot at flere ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme. Delvis fordi kreftpasientene allerede i dag tilbringer det meste av sin siste levetid, omenn ikke de siste dagene, utenfor institusjon.

Blant de over 400 deltagerne ved konferansen "Omsorg ved livets slutt" som Landsforeningen mot Kreft arrangerte i Loen 13.-15. mai var imidlertid den store majoritet institusjonspersonell, og de aller fleste var sykepleiere. Legene utgjorde mindre enn 10% av deltagerne, og kun en god håndfull var leger i kommunehelsetjenesten. Årsakene til denne sparsomme legeoppslutning kan være flere, men for de som deltok ble det ihvertfall noen innholdsrike og spennende dager.

□ Magne N. fra Loen □

Selv om både de fleste foredragsholderne og de fleste emnene var hentet fra sykehusmedisinen, var det meste også aktuelt for primærleger. Veien mot en bedre omsorg for alvorlig syke og døende går gjennom holdningsendringer og kompetanseoppgrustning i og utenfor institusjon. Og holdninger og konkret kunnskap var det som sto i sentrum på Alexandra hotell disse tre eventyrlig vakre moidagene.

Omsorg ved livets slutt er et både intimt og såkalt "mykt" tema. Som sådan kan en slik kjempekonferanse lett bli upersonlig og preget av tomprat og preik. Stort sett klarte arrangørene med anestesilege Stein Husebø fra Haukeland i spissen til å styre unna disse fallgrubene, - skjønt ikke helt. Det ble en del gjentakelser, og heller ikke var alle foredragsholderne like klare og konkrete. Tre av foredragene skilte seg ut som konferansens høydepunkter:

Dr. Balfour Mount fra Canada snakket om Hospicebevegelsens bakgrunn og filosofi. Hans erfaringer fra Royal Victoria Hospital i Montreal var både imponerende og fascinerende. Kanskje er det litt urettferdig, men det er nå engang litt uvant å høre en kirurg snakke om menneskelig omsorg med en slik innlevelse. Det er vanskelig å komme til et klart standpunkt i balansegangen mellom en særomsorg for døende på den ene side og en mer eller mindre kronisk for-sømmelse på den andre. At det er

mye å lære av den utpreget individualiserte omsorgen som ble demonstrert er imidlertid udiskutabelt.

Professor Leo Eitingers foredrag om "Mennesker ved livets skillevei" satte hel omsorgsproblematikken inn i et nytt perspektiv. Med utgangspunkt i krigens konsentrasjonsleire viste han at også benektelsen kan ha en positiv effekt. Selv i den mørkeste håpløshet finnes et slags håp. Betimelig nok poengterte Eitinger at selv den mykeste og mest hensynsfulle omsorg blir lite verdt dersom den ikke er fundamentert på en skikkelig faglig basis.

Rektor Inge Lønning tok opp etiske aspekter ved omsorgen for alvorlig syke og døende. Ett av hans hovedbudskap var det villedende i å dele samfunnet inn i omsorgstrende og ikke-omsorgstrende. Han presiserte at det er maktmisbruk dersom mennesker i livets slutfase blir tilsidesatt eller fratatt mulighetene for meningsfylt menneskelig fellesskap. Avslutningen hører livet til og er en fullverdig del av hvert enkelt menneskes liv.

Forøvrig ble smerte- og symptomlindring, som må sies å være en avsløtt forutsetning for en god terminal omsorg, viet mye plass. De såkalte rådgivningsgruppene, som er tverrfaglige, ressursgrupper som er opprettet i Trondheim og Bergen, ble presentert og i den presentasjonen kunne det til tider bli vel mye selvtillfredshet. Det er vanskelig å forestille seg at forholdene ved de to sykehusene helt ut kan være så idylliske som det ble fremstilt. ➡

Innlegg fra en kreftpasient og en etterlatt gjorde dypt inntrykk og understreket hvor tøft dette området egentlig er, - også for den som skal yte omsorg.

Alt i alt ble konferansen en nyttig opplevelse og først og fremst en bevisstgjørende og inspirerende vitamininn-sprøyting. Holdninger endres ikke over natten, men mye skjedde nok med mine egne holdninger i løpet av disse tre dagene og nettene. Det var forøvrig morsomt å være med på en tverrfaglig konferanse der selve saken kom i sentrum og profesjonsstriden så absolutt lå i skyggen.

For deg som ikke var oppmerksom på denne muligheten eller ikke hadde anledning til å reise til Loen gis det en ny mulighet neste år. Neste landsforeningskonferanse om Omsorg ved livets slutt arrangeres i Tromsø 19.-22. mai 1986. Du kan godt merke deg datoen allerede. Almenpraktikerne bør her kjenne sin besøkelsestid ■

Tilsynsbesøk i kommunehelsetjenesten

Big brother sees you! Big brother needs you!

□ Per Stensland
kommunelege I i Sogndal

■ Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal Helse- direktoratet, Sosialdepartementet og fylkeslegekontorene føre tilsyn med kommunehelsetjenesten. Dette er planlagt gjennomført ved kontroll av planer (Sos. dept.), budsjett og årsmeldinger (H.dir.): så man er ikke redd for dobbeltarbeid. I tillegg er imidlertid Storebror H.dir. ute for å vinne mer direkte erfaringer gjennom inntrykk fra den folkelige hverdag i kommunene.

Således fikk Sogndal, som en av 4 kommuner i fylket, tilsynsbesøk i juni i år. På forhånd hadde Hedemark fått tilsvarende besøk. Planen er å ta ut enkeltkommuner i flere fylker for å få et inntrykk av status rundt om i landet.

Ordet tilsynsbesøk smaker unektelig vondt, og på forhånd undret vi oss på hvilken profil besøket skulle ha: statlig sorebror- avsløring av forsømmelsessynder eller dialog om erfaringene med kommunehelsetjenesta så langt. Vi satset på det siste, og det viste seg å være rett.

På forhånd fikk vi tilsendt en emneliste, som foruten gjennomgang av vanlige virksomhetsområder, helsepersonellens tilknytningsforhold og internt/eksternt samarbeid også inneholdt nye momenter om kommunens egenkontroll med helsetjenester, etterutdanning av kommunalt helsepersonell og journalføring. På drøye tre timer skulle vi pløye gjennom alt dette. Dybden på gjennomgangen ble preget av dette.

Hva interesserer Staten seg for når han er på rundfart?

Skal jeg dømme ut fra det som ble

spurt etter, må svaret bli:

- Helsepersonellens mulighet for innflytelse overfor kommunale politiske organer. Forholdet mellom faglig og politisk ledelse av kommunal helsesektor.

- Hvordan sikre at helsesynspunkt inkorporeres i kommunal arealplanlegging.

- Viktigheten av å komme i gang med lokal registrering av ytelser og behov i helsetjenesten som basis for en desentralisert planlegging.

- Også Staten er tydeligvis blitt lei av den langsomme framdriften av et landsomfattende registreringssystem.

- Opplysningsvirksomhet om seksuelt overførte sykdommer (les: AIDS) i lokale skoler! (H.dir. er først med det siste i Sogn og Fjordane).

- Forholdet mellom lokal og sentral innsats i større helseopplysningskampanjer.

- Forebyggende helsearbeid blandt eldre. Sykepleieren av H.dir., l. konsulent Ester Egebakken, understreket viktigheten av at slikt arbeid måtte skje under ledelse av helsesøster

i helsestasjonsregi! Hun fremhevet således behovet for sterkere sykepleiermarkering i den antatte kommunale helseprofesjonsstriden. Vår kommune har hittil gått pent unna slik strid, og tross hennes oppfordring skal vi antakelig fortsette å samarbeide vel så bra internt som H.dir. klarer på sin hjemmebane.

- Medisinsk attføring: De ulne lovbestemmelsene skal nå visstnok følges opp med en veileder. Utover å fungere som en blomst til de funksjonshemmede fikk jeg ikke inntrykk av at lovteksten åpnet for nye tanker eller ressurser til attføringsarbeid i kommunene.

Hva kom ut av tilsynsbesøket?

Politikere og helsepersonell fra

kommunen hørte lite nytt på dette møtet, så det direkte utbyttet var magert.

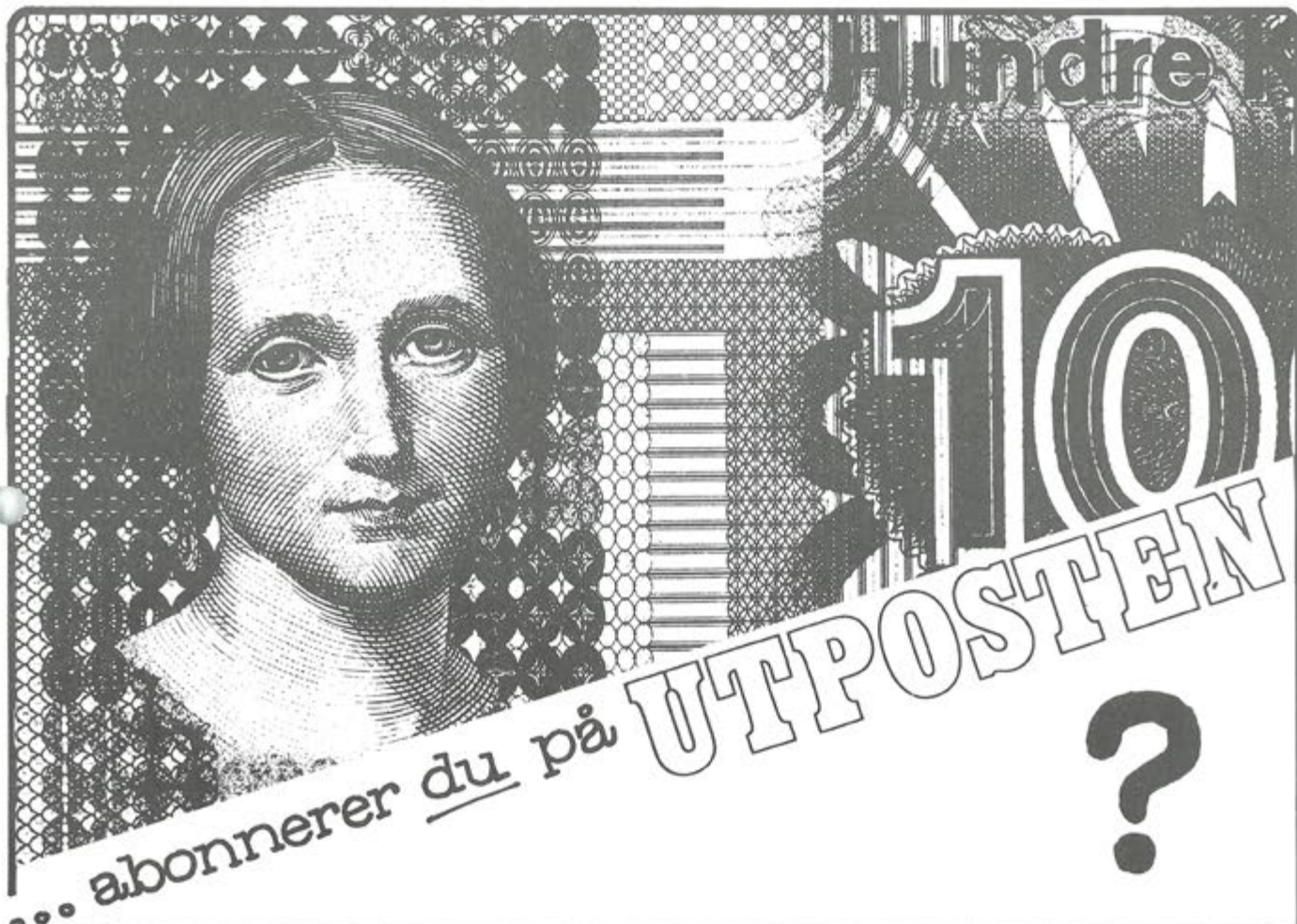
Indirekte har vi likevel nytte av å skulle formulere egne erfaringer overfor ledelsen i byråkratiet. Usminkede inntrykk fra distriktene vil gi dem hjelp til å tenke mer praktisk enn deres vanlige papirhverdag innbyr til. Besøket bærer også bud om at H.dir. er klar over sin avhengighet av et samarbeid med kommunehelsetjenesta for å effektivere et tilsyn som kan fungere effektivt. Dett er et utgangspunkt vi skal være glade for.

Ettertanke om skiftende tider

I ettertid har jeg stusset ved at jeg etter snart ti år i bransjen ikke kjente til lederen i delegasjonen, avdelingsdirektør Per Bærum, i avdeling for kommune-

helsetjeneste. Han ledet delegasjonen utmerket, med innsikt og interesse, men han var ikke tatt fra den nye skare av samfunnsmedisinere. Jeg er fortalt at han er tannlege. Skiftende tider: Vi leger bestyres av to blad tannleger i toppen av helsevesenet i den perioden samfunnsmedisinen ble en medisinsk spesialitet.

Pussig ■



Jeg bestiller ett års abonnement på Utposten (1985) - kr. 100,-

Navn: _____

Sendes til: "UTPOSTEN"
Distriktslegkontoret
6657 Rindal

Det er ikke lenger noen grunn for å vente:

infodoc

Det ledende datasystem for helsetjenesten leveres nå på PC'er. Flerbrukerløsning. - Rutiner for lønn, regnskap, statistikk o.s.v. kan leveres som tillegg til Infodoc. Finansieringsbistand.

Kontakt: Informasjonssystemer, Bergen. Tlf. (05)23 2000

BOK OG



TIDSSKRIFTANMELDELSER



Peter Pan-syndromet:

Den umodne mann

Ola Lilleholt

Her er en bok som alle burde lese, spesielt alle som arbeider som rådgivere og behandlere både i helsetjeneste og det sosiale hjelpeapparatet.

Alle har vi møtt umodne menn nær sagt utallige ganger som aktører i problemfamilier, som alkoholikere, nervepasienter og naturligvis også i trafikken, på arbeidsplasser etc. etc.. Terminologien har variert fra psykiaternes "psykopati/abnorm personlighet", "psykoinfantilitet" til straffelovens "mangelfullt utviklede sjelevner" og kvinnebevegelsens "egoistiske

mannsfaschister".

Den amerikanske psykiateren Dan Kiley har skrevet en bok som er en øyenåpner fordi han gir en komplett beskrivelse av denne tilstandens etiologi, patogenese og forskjellige manifestasjoner. Han kaller dette Peter Pan Syndromet. I Norge kunne vi gjerne ha snakket om Peer Gynt syndromet. Det er ikke bare fornavnet som er likt. Begge har nødvendige medaktører: Wendy og Solveig. Vår Peer har også en mor Åse som Ibsen med sin dikteriske intuisjon har skildret slik Kiley beskriver mødre til de

guttene/mennene som aldri er blitt voksne.

Ofrene utvikler symptomer på syndromet i 12-17 års alder med uansvarlighet, angst, ensomhet og en kjønnsrollekonflikt. I tidlig voksenalder er ofrene samtidig narcissistiske og dominerende kjønnsjåvinister. I 23-25 års alder søker de gjerne hjelp hos lege, psykolog/psykiater for en omfattende men vag lede som av behandlerne gjerne blir oppfattet som "normal" for alderen. Kiley beskriver deretter hvordan ofrene etablerer seg som "voksne" med ektefeller, barn og jobber og de forskjellige manifestasjonene etter som åra går.

Ofrene er sjarmerende og gjør et godt førsteinntrykk. De har ofte problemer med å bestemme seg både som studenter og i arbeidslivet. Kiley skriver at de flørter både med arbeide og utdanning. I ung voksenalder dyrker de kvinner som er betydelig yngre enn seg sjøl. Når de er gift, forsetter de som ofte ungkarlivet sammen med "gutta" og lar kona ta ansvar for husarbeide og administrasjon i heimen.

I 30-45 års alder kan de være "arbeidsnarkomane" med en vedvarende indre uro og lede som en del av dem begynner å behandle med alkohol i stigende doser. I denne perioden er de gjerne svært autoritære og dominerende overfor ektefelle og barn. Dersom det oppstår familiekonflikter på grunn av alkoholmisbruk, kan de avvekslende være dominerende og sentimentale på en måte som gjør dem i stand til å holde fast ved en hustru som sliter med å komme seg fri eller å forandre situasjonen.

Senere i livet kommer ofrenes sosiale impotens og ubotelige ensomhet mer og mer i forgrunnen: på grunn av en følelsesmessig avstumpning har de har ikke vært i stand til å skaffe seg ekte og varige venner. Grunnen er lagt for depresjoner, alkoholmisbruk, dyrking av statussymboler og jakt etter det det forestiller seg er "ungkarsgleder".

"Dette er da ikke noe nytt," vil mange nå si. Nei, alle kjenner vi mange menn med disse egenskapene og problemene. Dan Kileys for-tjeneste er at han har laget en systematisk beskrivelse. Han mener også at prevalensen av syndromet øker mye i våre vestlige samfunn. Dette kan høres ut som et spesifikt mannsproblem som sekundært utvikler seg til en ulykke for ofrene sjøl og deres hustru(er) og barn. Men Kiley mener at dette også er kvinnesak

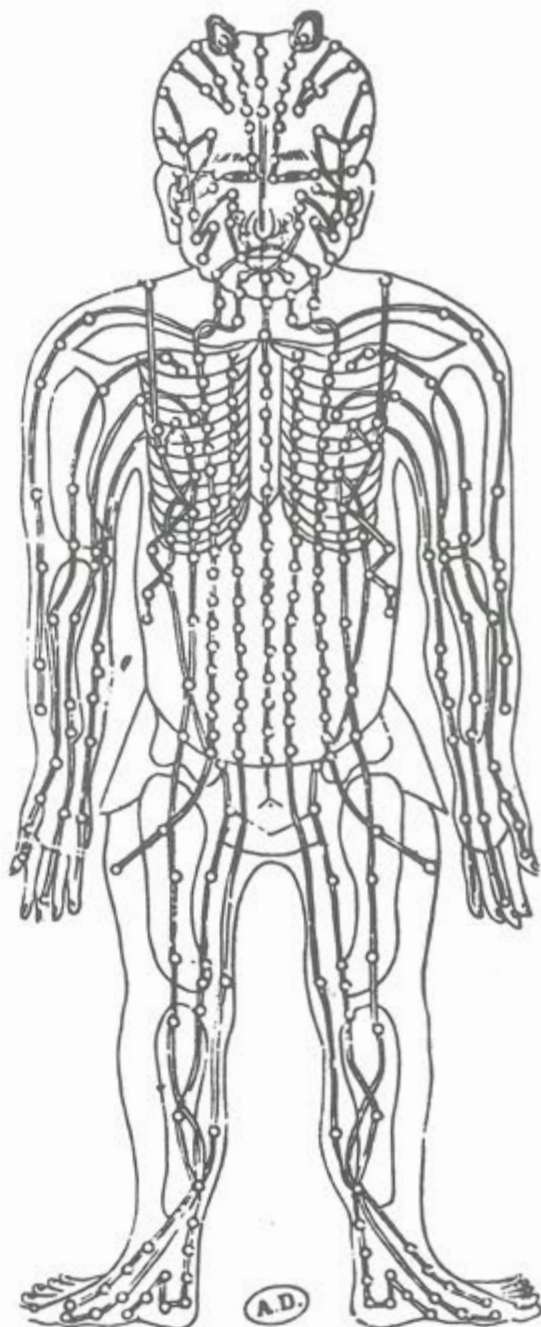
fordi det ofte er ofrenes mor som spiller en viktig etiologisk rolle. Det er mødre som opptrer som oppførende tjenerer for sine tenårings sønner som i sin tur blir nærmest hjelpeløse når de skal flytte heimefra og skal forsøke å administrere seg sjøl. Da er det svært behagelig å finne en hustru som er villig til å ta over mors tjenerrolle: en "Solveig/Wendy"-type. "A perfect match for all the wrong reasons".

Når det gjelder strategier for intervensjon fra hjelpeapparat og familie er dette et såpass mangfoldig kapittel et jeg ikke skal forsøke å rekapitulere det i en kort anmeldelse. Som leger bør vi

merke oss at dette er en tilstand som ikke kan klassifiseres og behandles som en "sykdom", men snarere som en "eksistensiell tilstand", "vantrivsel" eller "sam-sykdom" som vi har sett brukt i forskjellige sammenhenger de siste par åra.

Dan Kileys bok inneholder et vell av eksempler og kasuistikker. Den vil kunne bli en klassiker og burde oversettes til norsk eller et annet skandinavisk språk.

Kiley D: The Peter Pan Syndrome. Men who have never grown up. Dodd, Mead & Company. New York. 1983



Solstrandkursets prisoppgaver

I forbindelse med vårens Solstrandkurs utlyses det prisoppgaver. De to beste besvarelsene vil bli belønnet hver med kr. 3 000,-. Besvarelsene vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinnerne vil bli invitert til å presentere besvarelsene i form av en forelesning torsdag 22. mai.

En av følgende to oppgaver besvares:

A. Ta for deg en eller flere pasientgrupper som er funksjonshemmet både medisinsk og sosialt. Eksempler kan være barn og ungdom med tilpassningsvansker, psykiatriske pasienter, alkomane, pleietrengende eldre m.fl. Drøft organiseringen av den tverrfaglige omsorg for gruppene med spesiell vekt på almenpraktikerens rolle i teamarbeidet.

B. EDB i almenpraksis. Drøft ulemper og fordeler med databasert journal. Hvilke oppgaver eller rutiner egner seg/egner seg ikke for databehandling? Hvordan blir utstyrets muligheter for innkallingsrutiner, regnskap, selvevaluering, forskning m.m. utnyttet? Hvordan reagerer pasientene?

Besvarelsen merkes med en kode. Samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt som legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsen sendes kurskomiteen ved undertegnede innen 2. april 1986.

Geir Thue
Legesentret - Oasen
5033 Fyllingsdalen

Solang es Leben gibt, gibt's auch Verzweiflung



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. Fornytt 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 Socialstyrelsen 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[®]) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. Tetralysal[®] 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 Laryngoscote, 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[®], henvises til felles-katalogen.



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA
CARLO ERBA

Postboks 53, 1371 ASKER
Tlf. (02) 79 07 60

Tetralysal[®]
lymecyclin

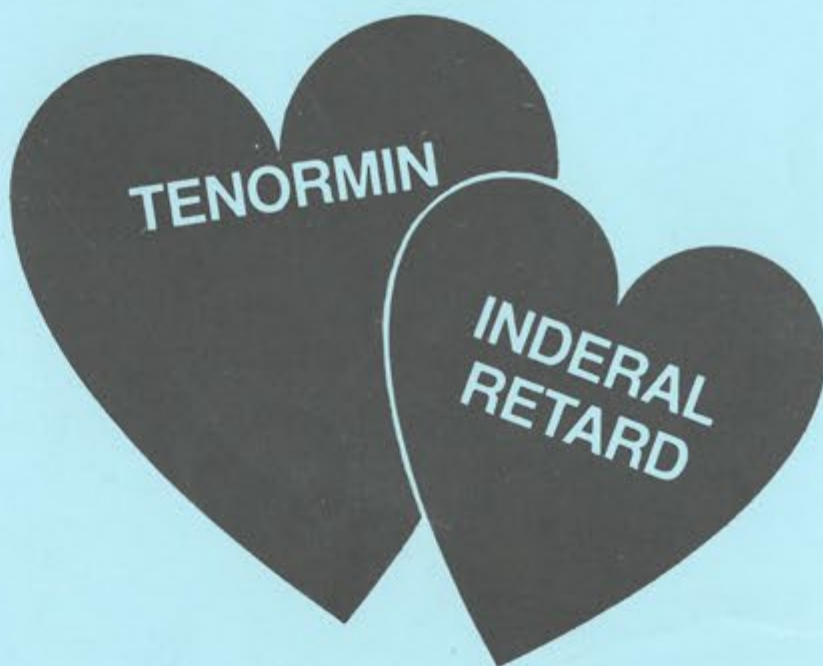


RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



... begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

HVA ER ÅRSAKEN TIL MIGRENE?

Det kan i dag ikke gis noe entydig svar på dette spørsmålet. Patogenesen og patofysiologien ved migrene er svært kompleks og ikke fullt ut forstått. Det finnes imidlertid forskjellige nyere observasjoner som kan forklare noe av det som skjer ved migrene.

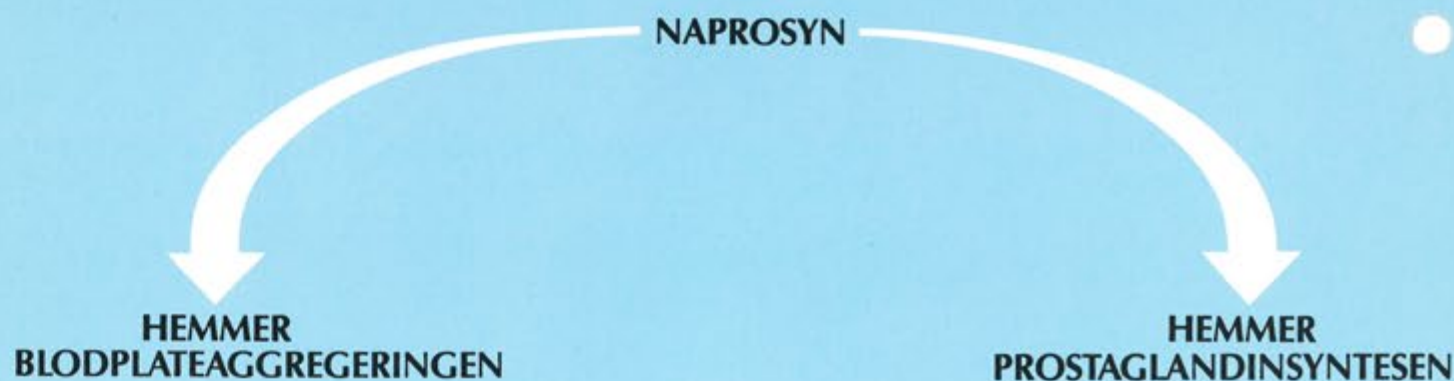
BLODPLATENE

Man ser hyperaggregering hos migrenepasienter før anfall. Flere vasoaktive substanser frigis, bl. a. serotonin og prostaglandiner, som kan være mediatorer ved migrene.

PROSTAGLANDINER

Infusjon av PGE₁ hos friske kan gi migrenelignende anfall. Forskjellige prostaglandiner er involvert i de vaskulære endringer som finner sted under migrene-anfall.

Hvorfor virker Naprosyn ved migrene?



... derfor kan Naprosyn redusere symptomene ved migrene.

Jeg ønsker motta:

- Treatment of acute migraine attack: naproxen and placebo compared
Nestvold et al., Cephalalgia 1985
- Naproxen sodium in the treatment of migraine
E. S. Johnsen et al., Cephalalgia 1985
- Acute migraine attack therapy: comparison of naproxen sodium and an ergotamine tartrate compound
A. Pradalier et al., Cephalalgia 1985.
- Bruksanvisning for migrenepasienter

Navn:

Adresse:

Legens stempel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Naproxen 250 mg resp. 500 mg (med delestrek) const. q.s. ad 380 mg resp. 760 mg.

STIKKPILLER: Hver stikkpille inneh.: Naproxen 500 mg, const. q.s.

INDIKASJONER: Revmatoid artritt, Juvenil revmatoid artritt, Mb. Bechterev, Artrose. Akutte inflammasjonstilstander i muskelskjelettsystemet. Akutte anfall av arthritus urica. Primær dysmenoré. Forsøksvis ved akutte anfall av migrene.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet overfor preparatet. Bør ikke gis om acetylsalicylsyre, andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller analgetika har forårsaket astma, urticaria eller rhinitt. Sikkerhet under graviditet er ikke dokumentert. Bruk av Naprosyn under graviditet krever nøye avveining av mulige fordeler mot potensielle risiker for mor og barn, spesielt i 3. trimester.

BIVIRKNINGER: Værilgst er dyspeptisk besvær. Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. Ved å anvende stikkpiller kan de gastrointestinale bivirkninger reduseres. Hodepine, tretthet, søvnløshet, lett uro, øresus, svimmelhet. Allergiske reaksjoner i form av hudreaksjoner og astmaanfall kan forekomme. Enkelte tilfeller av blodbildeforandringer er sett. Mildt perifer ødem. Natriumretensjon er ikke rapportert i metabolske studier, men det er mulig at pasienter med mistenkt eller verifisert hjertesvikt løper større risiko. Enkelte tilfeller av forhøyete leverfunksjonsverdier er rapportert.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienter med ulcus pepticum eller alvorlig dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Kan maskere symptomer på ulcus. Kan gi reversibel hemming av plateaggregasjonen med risiko for forlenget blødningslid. Anvendes med stor forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdeleker. Kan maskere tegn på infeksjon. Forsiktighet ved signifikant nedsatt nyrefunksjon. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Sikkerhet ved bruk til barn under 5 år er foreløpig ikke dokumentert. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

INTERAKSJONER: Hemming av den renale litiumutskillelse og dermed økt serumkonsentrasjon av litium er rapportert. Øvrige se l. 31e naproxen. T. 3. 17. 35

Naprosyn®

naproxen

● «Forsøksvis ved akutte anfall av migrene»

Dosering:

Tabletter: 750 mg ved første symptom på anfall. Tidligst 30 min. etter første dose: 250 mg om behov. Maksimalt 1250 mg pr. døgn.

Stikkpiller: 1 stikkpille (500 mg) ved første symptom på anfall. Deretter en ny stikkpille om behov, tidligst 30 min. etter første dose.

BREV

Kan sendes
ufrankert
i Norge.
Adressaten
vil betale
porto.

SVARSENDING

Tillatelse nr. 222000/19

SYNTEX legemidler

Postboks 44

2011 STRØMMEN