

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1985

ARGANG 14



Av innholdet:

**TEMA: KONSULTASJONEN
I ALMENPRAKSIS**

**Forøvrig: Utpostens essaykonkurranse 1985
Om autorisasjon av kiropraktorer
Et samfunnsmedisinsk lærestykke
Med mere!**

UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

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

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

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

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

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

Abonnement: Kr. 100,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

Er du med i "selskapet"?

Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) har avviklet sitt tredje årsmøte. Pr. 30.9. hadde 557 meldt seg som medlemmer. NSAM er godkjent som spesialforening under Dnlf og har i følge formålparagrafen som oppgave å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget almenmedisin og å fremme det faglige almenmedisinske miljø. Videre heter det at dette skal gjøres ved å: styrke aktiviteten i de almenmedisinske miljøer, arbeide for å bedre utdannelsen i almen medisin, virke for forskning i almenmedisin og å være bindeledd mellom norske og utenlandske almenmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner. For å

kunne opptas som medlem i NSAM må en primært være medlem av enten Aplf eller OLL. Andre medlemmer av Dnlf kan stå som assosierte medlemmer.

Etter årsmøtet i Tromsø må en konstatere at aktiviteten er stor og at NSAM åpenbart stadig vil bli mer synlig i almenmedisin. En del almenmedisinske selskaper i utlandet er eksklusive: f. eks. er terskelen inn til Royal College of General Practitioners i Storbritania så høy at mange snubler gang på gang uten noen gang å komme inn. NSAM er ikke blitt eksklusivt: til det trenges det fremdeles så mange til arbeidet videre framover.

Er du medlem? Får kr. 200,- pr. år kan du følge med på ferden. Dette inkluderer abonnement på skandinavisk almenmedisins flaggskip: Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Meld deg til NSAM, c/o Institutt for almenmedisin, Fr. Stangsgate, 0264 Oslo 2 eller i tlf. 02-563390. Gjennom medlemsbrev, Utposten og Tdnlf vil du få videre orientering om hvordan du kan komme med i selskapet aktiviteter.

Vel møtt!

Nr 7 - 1985

INNHold:

TEMA: KONSULTASJONEN I ALMENPRAKSIS

PER STENSLAND: "Ittno kjæm tå sæ sjøl"	s. 191
SIGURD ROSENBERG: En arbeidsmodell	s. 193
AAGE BJERTNÆS: En utfordring til almenpraktikeren	s. 196
PER HJORTDAHL: "Vil du være med å gjøre oss til bedre leger?"	s. 197
Intervju med ADAM EGEDE-NISSEN	s. 199
ANDERS GRIMSMO: Sosiale forskjeller i helse.	s. 201
JOHN NESSA: Kasset og kommunikasjon.	s. 205
(2. pris i UTPOSTEN's essaykonkurranse)	

BERIT OLSEN: Om å kjøre buss når man burde sove	s. 212
MAGNE NYLENNÅ: UTPOSTEN's essaykonkurranse 1986	s. 216
NSAM's spalter: Høringsuttalelse fra NSAM vedrørende NOU 1985:10	
"Autorisasjon av kiropraktorer"	s. 219
PER-JAN HOEM: Autorisasjon av kiropraktorer	s. 220
DAG BREKKE: NOU 1985:10	s. 221
ØYSTEIN PEDERSEN: Resepten - velbegrunnet eller tilfeldig terapi?	s. 223
PÅL GULBRANDSEN: Et samfunnsmedisinsk lærestykke	s. 226
OLA LILLEHOLT: NSAM's årsmøte 1985	s. 230
Bokanmeldelser ss. 193, 213 og 231	

Farmasøytisk industri:

DOBBELTHOLDNINGER

Vi lever i en symbiose med den farmasøytiske industrien som skulle tilsi gjensidig respekt og omsorg. Som formidlere av moderne farmaka feirer vi hver dag terapeutiske triumfer som var fullstendig utenfor rekkevidde for 30-40 år sia.

Stadig oftere irriteres jeg over uskjønne dobbeltholdninger til industrien. Av hensyn til vår åndelige integritet må det være riktig at vi hver for oss forsøker å analysere vårt syn på industrien nærmere. Nedenstående for i så måte betraktes som mini-fragmenter av en slik analyse.

Vår utrygghet har rot i populære stereotyper som at industrien representerer "storkapitalen", "imperialismen", at den er "multinasjonal" og har profitt som eneste motiv for sine disposisjoner. Med slike assosiasjoner i bakhodet er det lett å betrakte legemiddelrepresentanter og utspill fra industrien med vaktstom mistenksomhet.

Samtidig er støtte fra industrien uunnværlig i mange faglige sammenhenger: ved kurs, møter etc.. Jeg forundres igjen og igjen over problemstillinger som går ut på å få støtte fra industrien samtidig som det forhandles om at givener skal være maksimalt usynlig. Utposten kunne vi f.eks ikke drive uten et visst antall annonser: det har vært slik i alle år. Her er det ikke plass til å pensle ut i detalj mulige motiver: Har vi assosiasjoner til prostitusjon? Selger vi vår akademiske integritet og frihet? Bilder av Faust som selger sjela si til Mefistofeles? I mitt univers er følgende blitt stadig klarere:

Frittstående akademisk forskning har knapt utviklet et eneste farmakon de siste 40 åra. Det samme kan sies om den farmasøytiske industrien i de østeuro-

peiske landa. Naturligvis er industrien tilstedeværende i mange akademiske forskningsmiljøer. Men det kan se ut til at farmasøytisk industri, slik vi kjenner den, er et sine qua non for å utvikle og markedsføre nye farmaka. Det er en lang og kronglete vei fra det punkt at et behov blir identifisert hos lidende medmennesker (det vi kaller "pasienter") til medisinen når fram til dem.

Kritiske og mistenksomme må vi gjerne være når det er på sin plass. De norske kontrollinstansene bidrar til at medikamentmarkedet her hos oss er renselig og oversiktlig sammenliknet med mange naboland. Vi bør også kunne aksjonere når industrien dumper farlige og ubrukelige medisiner i U-land. Vi må studere grensene mellom nyttig samarbeide og irrelevante tiltak som av tredjeperson kan oppfattes som sløsing med midler som i siste instans er betalt fra pasientenes privatøkonomi og vårt felles trygdebudsjett.

Det er mange skotomer i farmakoterapien. Det må være vår oppgave å signalisere dette til industrien slik at vi får farmaka folk har bruk for. I et slikt perspektiv må en også vurdere utvikling av nye farmaka: det måtte være betryggende om mer utprøving kunne foregå i Norge enn det som er vanlig nå. Thi-azidene vil nok bli et klassisk eksempel på farmaka som har laudable effekter i hypertensjonsbehandlingen de fleste steder i verden, men altså ikke i Skandinavia.

Inntil vi finner noe som er bedre, må vi ta vare på den farmasøytiske industrien vår.



I dette temanummeret av UTPOSTEN retter vi søke-lyset mot konsultasjonen. Gjennom all utvikling og medisinske nyvinninger er den direkte kontakt med pasienten fremdeles den viktigste rammen for vårt diagnostiske og terapeutiske arbeid.

TEMA:

Konsultasjonen



Men det er mange varselsignaler om at denne kontakten ikke alltid fungerer som den skal. Vi opplever alle fra tid til annen at:

- pasienten kommer til poenget først når han er på vei ut døra.
- pasienten forlater vårt kontor like engstelig og urolig som da han kom, uten å ha blitt hjulpet det minste.
- pasienten føler seg frustrert over ikke å bli forstått.
- pasienten ikke forstår vårt opplegg til behandling, ikke klarer eller rett og slett velger ikke å følge våre råd.
- vi selv sitter igjen etter konsultasjonen uten minste peiling på hvorfor pasienten egentlig kom.
- vi etter tallrike mislykkede terapeutiske forsøk på noe vi har tatt for et enkelt helseproblem ser at det dreier seg om en helt annen og mer sammensatt problemstilling (som vi burde oppdaget mye før).
- vi driver utstrakt forskjellsbehandling.

Lista kan gjøres lang, helst med poenger vi ikke selv er klar over.

Det er en vel etablert erkjennelse at vi skal se pasienten som "et hele" og som del i en sosial, økonomisk og psykologisk sammenheng. Likevel: denne erkjennelsen til tross er vår arbeidsform fremdeles sterkt preget av den tradisjonelle medisinske tankegangen langs aksen symptom - diagnose - behandling basert på et organsentrert framfor individ- og samfunnsorientert syn. Vår skolemedisinske lærdom og arbeidsform leder oss lett inn i dette endimensjonale tankemønster.

Konsultasjonen er en situasjon med et utrolig mangefasettert innhold. Utbyttet er bestemt av sosiale roller, kulturelle, finstemte psykiske og praktiske faktorer, hvor mye tid legen ofrer, hvor lydhør han er, hvorvidt han viser interesse og evne til medfølelse og mye mer.

Det er ikke nok å stille en somatisk diagnose. Først ved å stille seg åpen for pasientens forventninger og bekymringer og kartlegge evnen til å gjennomføre en behandling oppnås en god terapeutisk situasjon.

Få av oss er flinke nok til å bruke konsultasjonen som det skarpslepnede og presise instrument den kan være. Vi har ikke lært det i studiet og de fleste heller ikke siden.

UTPOSTEN ønsker med dette temanummeret å motivere til å forbedre konsultasjonsteknikken, dessuten gi impulser til hvordan det kan gjøres.

Det er ingen almenlydig vei til det målet, enhver må tilpasse arbeidsmåten til sin egen personlige stil. Hvorvidt du selv eller andre foretar evalueringen av dine konsultasjoner, om du bruker lydbånd, videotape, observatør eller andre metoder er i første omgang underordnet. Det viktigste er å skaffe seg et bevisst forhold til konsultasjonen og seg selv som verktøy i sitt arbeid som lege. De fleste har mye å vinne på det, både når det gjelder følelsen av å yte god helsetjeneste og når det gjelder å spare seg selv for frustrasjoner.

Frøde H.

i almenpraksis

"Ittno kjem tå sæ sjøl"

□ Per Stensland
kommunelege i Sogndal

Per Stensland er kjent for leserne fra flere innlegg i tidligere UTPOST-numre.

Sammen med bl.a. forfatteren av neste innlegg fikk han som deltager i grunnkurset i almenmedisin note David Pendleton & co. i Oxford i vår.

Han har nylig hatt ansvaret for et kurs om konsultasjonen i almenpraksis, i Bergen.



Jeg har ikke tid til å kartlegge pasientens bekymringer i dag.

Oxfordgruppa rundt David Pendleton har nå gitt en ny innfallsvinkel til å studere konsultasjonen (1). Det de har gjort er likevel å pløye rettere furer i en jord som også har vært spadd opp før. I det følgende vil jeg trekke fram viktige stubbebrytere og foregangsmenn i dette arbeidet.

MICHAEL BALINT OG HANS "BIBEL"

Psykiateren Michael Balint er kjent av mange men må likevel nevnes. Hans "Legen, pasienten og sjukdommen" fra 1957 (2) er en gammel bibel, meget innflytelsesrik. Den introduserte momenter som idag er klare, men om skapte nok av røre da boka var ny:

Bred tilnærming!

I den diagnostiske prosessen tar pasienten aktivt del. Han søker legen med en rekke ideer om hva plagene hans bunner i. Legen bidrar med sin erfaring til å finne en merkelapp (diagnose) på plagene som både lege og pasient kan godta.

I denne prosessen har de rent somatiske diagnosene en tradisjonell forrang. Pasienter med uklare eller psykisk begrunnede plager får sin merkelapp ofte etter at "alle prøvene" har vist at "alt er i orden". Denne jakten etter klar somatisk årsak til plager kan være nyttig i mange tilfelle. Hos en stor gruppe pasienter kan den likevel være unyttig, ja endog ha destruktiv virkning på pasientens selvforståelse og på hans plager.

Balint etterlyser en bredere til-

nærming der eksempelvis foreldres engstelse for barnet får en like sentral plass i diagnostikken som den enkelte otoscopivurdering av barnet som stadig fremvises for legen med otalgi.

Lær å lytte

For legen blir svaret på dette problemet at han må lære å bli en trent lytter. Spørsmålet er ikke bare hvor mye sunn fornuft legen behøver, men hvordan han skal styre sin fornuft bedre i konsultasjonen. Dersom legen bare spør, får han bare svar. Han må derfor lære seg å finne fram til områdene han skal sette sin interesse inn på. Poenget blir her at legen må åpne opp for og interessere seg for pasientens ideer og tanker om egne plager. Og som den oppmerksomme leser har oppdaget - her forgriper han emner som vi stadig er opptatt av og som har fått en sentral plass også hos Pendleton.

Fast kontrakt

Han anbefaler almenpraktikere å inngå fast kontrakt med pasienter om samtalerier for å belyse et problem (f.eks. psykosomatisk symptom) nærmere. Han anbefalte å starte med en lengre samtale (the long talk) for å markere at pasient og lege har startet en ny tilnærming.

Deltaker eller observatør?

Når legen prøver en slik arbeidsmåte, vil han oppleve at han selv er aktiv med egne personlighetstrekk og følelser.

Lege/pasientforholdet er her til forveksling likt forholdet

mellom to mennesker i alminnelighet. Det må likevel være mulig for legen å bruke sine reaksjoner på en konstruktiv måte. En forutsetning er at han får hjelp til både å være deltaker og observatør i den prosessen han selv er en del av.

Grupper og lydbånd

Dette kan være vanskelig, og Balint mente at almenpraktikere ville ha nytte av støtte i kollegiale grupper som tar opp vanskelige pasienter - Balintgruppen. Dette slo an i almenpraktikermiljøer i 60- og 70-årene. Selv om gruppene varierte en del i innhold og struktur, møttes likevel hver enkelt gruppe jevnlig over flere år og ble derfor en viktig inspirasjonskilde for mange leger. Gruppene var oftest ledet av psykiater, men siktemålet var å bedre legenes evne til å kommunisere med syke mennesker generelt - og ikke begrenset til folk med psykiske lidelser. Et særtegn var at almenpraktikerens hverdagskonsultasjon nå ble fokusert. Med dette utgangspunktet tok mange leger med båndopptak fra egne konsultasjoner som grunnlag for diskusjoner i gruppa. På mange måter er Balintgruppen en forløper for almenpraktikergruppene som vokser fram idag.

Det er likevel også viktige forskjeller mellom dagens konsultasjonsstudier og Balintgruppene. En av Pendletons siktemål er å definere sentrale utfordringer - kommunikasjonsoppgaver - i konsultasjonen. Disse forventes det at legen tar opp og løser i forhold til pasienten. Dette blir et mer konkret utgangspunkt enn Balintgruppens frie diskusjoner. Pendleton har med dette gitt en veiviser for en mer strukturert diskusjon.

BYRNE, LONG OG EN DESTRUKTIV METODE

Byrne og Long gjorde i 1976 (3) et nytt stort spatak i samme jord ved å gi ut rapporten "Doctors talking to patients". De hadde studert hva som egentlig foregikk i båndopptak av over 2000 konsultasjoner fra 70 almenpraktikere. På grunnlag av studiene beskrev de forløpet av kontakten mellom lege og pasient i en vanlig konsultasjon. Med basis i denne beskrivelsen deler de konsultasjonen i faser. Disse fasene korresponderer på viktige punkter med "konsultasjonsoppgavene" beskrevet av Pendleton. Byrne og Long vurderte gjennomføringen av konsultasjonen i vellykkede og mindre vellykkede konsultasjoner.

De mente å påvise at et kjennetegn ved de mindre vellykkede er at legen legger for lite tid og vekt på innledningen til konsultasjonen. Han får ikke rede på hva som er pasientens problem og dermed er han ikke der pasienten er. Emmene som blir tatt opp i konsultasjonen er derfor av mindre interesse for pasienten.

Omvendt fant de som kjennetegn ved vellykkede konsultasjoner at legen får avklart dette punktet før han går videre, og at han åpner opp for å dele sine vurderinger og funn med pasienten i forløpet av undersøkelsen.

Konklusjonen blir dermed i overensstemmelse med Balints påstander.

Legers arbeidsstil

Byrne og Long studerer også legers arbeidsstil og innfører en viktig akse for vurderingen av den: Legesentrerte kontra pasientsentrert leger.

Legesentrerte leger er aktive i utspørring, de har mange lukkede spørsmål, (Eks: ja/nei-spørsmål, "Hvor er det vondt? Når startet det?") og de avbryter pasientene hyppig. De "tar opp" anamnese og bevarer kontroll og styring på denne måten. Den pasientsentrerte legen stiller åpne spørsmål (Eks: "Fortell om magesmertene."), avbryter sjelden og legger opp til en samtale der pasientens egne ideer og bekymringer også har en plass.

Forfatterne kan belegge at leger, liksom andre mennesker, dessverre er rigide vesener som i liten grad endrer arbeidsstil for å tilpasse seg problemet som blir servert. Derimot kjører vi i vei med den arbeidsstilen vi engang har lagt oss til, hva enten vi får presentert beinbrudd eller samlivsproblemer. Svaret på denne oppdagelsen mener forfatterne er trening og opplæring i praktisk konsultasjonsarbeid. Andre har seinere funnet belegg for at de har rett (4,5), at trening under veiledning med bruk av video/båndopptak fører til at leger forbedrer sin konsultasjonsstil.

Hjelp til selvhjelp

Byrne og Long har også en selvhjelpspakke, en metode, for evaluering av egne konsultasjoner. Med deres deskriptive utgangspunkt blir likevel også deres evalueringsskjema deskriptivt, der legen teller utsagn og talemåter mer enn å vurdere om bestemte målsetninger med konsultasjonen er oppnådd.

På denne måten blir det mindre rom for individuelle variasjoner i tilnærming enn det Pendleton legger opp til. En fallgrube i dette arbeidet er jo at videotrening ved innøving av kommunikasjonstriks skal lære leger å bli mer like. Det almenmedisinske landskapet er ikke tjent med en slik utvikling. Pendletons fokusering på oppgaveløsning er likevel et forsøk på å unngå denne grefta.

DET VANSKELIGE ANSVARET

Ansvar er vanskelig. Legen har ansvar for behandling og rehabilitering som han selv setter i gang. Han har likevel ikke ansvar for pasientens sykdom og ei heller for hans motivasjon til bedring. Med basis i transaksjonsanalyse har Berne (6) gitt eksempler på hvordan leger likevel overtar ansvar av denne typen. Berne ser pasient og lege som et aktpar i et spill. Tydelig blir spillaspektet når

- samme oppførsel repeterer seg stadig

- samme oppførsel hos A gir en respons hos B som gir den ene eller begge fordeler - ofte i form av fritak av ansvar for egen situasjon. Slik utveksling av gevinst foregår naturligvis ubevisst.

Fra konsultasjonen er klassisk beskrevet legespillet "JEG VIL BARE HJELPE DEG" ("JVBHD") som ofte har pasientmotspiller i "STAKKARS MEG" ("SM"). "JVBHD" er legen som alltid skal bære fram pasientens motivasjon og bedring ved å forsøke mer terapi og nye tiltak. "SM" er pasienten som ser sykdom som totalfritak for ansvar og krav til egen yteevne. Spillet er i prinsippet endeløst med nye tabletter, fysioterapiserier, kurbadopphold osv..

En variant er "HVORFOR PRØVER DU IKKE?" som spilles mot "JO, MEN". Her kommer legen med gjentatte råd og forslag (f.eks. om gjennomføring av vektreduksjon) mens pasienten avslår alle, hver gang med logisk begrunnelse. Pasientgevinsten er: Jeg vet bedre enn legen. Legen kommer ikke ut verken av denne eller den foregående situasjonen før han presenterer for pasienten at hans tilstand og plager i bunn og grunn er hans eget problem: Hva vil du selv gjøre med din situasjon?

Mulighetene for spill er mange, let bare selv.

Byrne fortjeneste ligger i at

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

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?

NAPROSYN

HEMMER
BLODPLATEAGGREGERINGEN

HEMMER
PROSTAGLANDINSYNTESEN

... derfor kan Naprosyn redusere symptomene ved migrene.

Jeg ønsker motta:

- Treatment of acute migraine attack: naproxen and placebo compared
Nestvold et al., Cephalgia 1985
- Naproxen sodium in the treatment of migraine
E. S. Johnsen et al., Cephalgia 1985
- Acute migraine attack therapy: comparison of naproxen sodium and an ergotamine tartrate compound
A. Pradalier et al., Cephalgia 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. Bechterew, Artrose. Akutte inflammasjonstilstander i muskelskjelettsystemet. Akutte anfall av artrittis 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 rhinit. 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: Vanligst 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 forhøyede 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 blødningstid. Anvendes med stor forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. 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 I: 31e naproxen. T. 3. 17. 35

han illustrerer faren ved ikke å involvere og gi ansvar til pasienten for oppfølging av eget behandlingsopplegg.

VIL DU PRØVE SELV?

Etter Rosenbergs artikkel (7) om Pendletons konsultasjonsstudier og Nessas (8) presentasjon av arbeid med opptak av egne konsultasjoner, vil noen av oss tenke på å gjøre egne forsøk med kassettspiller eller video. Som inspirator kan da til slutt trekkes fram den skotske primærlegen John Bain. I begynnelsen av 70-årene satte han i gang på egen hånd med båndspiller på sitt kontor. Over en ettårsperiode samlet han nær 500 opptak og studerte innholdet. Ved dette kunne han vise ulikheter i service som ble gitt til ulike sosiale grupper og pasient-

kategorier (9, 10).

Lykke til med egne forsøk! ■

Litteratur:

1. Pendleton D & al: The consultation. An approach to teaching and learning. Oxford Univ. Press. 1984.
2. Balint M: Lakaren, patienten och sjukdomen. Studentlitteratur. 1978.
3. Byrne PS, Long BEL: Doctors talking to patients. Royal Coll. Gen. Pract. 1984.
4. Wolaich M & al: The effect of training students to convey stressful information. J Med Educ 1984, 59: 751-3.

5. Boulton M & al: Improving communication. Medical Education. 1984, 18:269-274.

6. Berne E: Games people play. Penguin books. 1964.

7. Rosenberg S: En arbeidsmodell. Utposten 7/85.

8. Nessa J: Kassetts og kommunikasjon. Utposten 7/85.

9. Bain J: Doctor-patient communication in general practice consultations. Medical Education 1976; 10: 125-131.

10. Bain J: Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. Medical education 1977; 11: 347-350.

BOK OG



TIDSSKRIFTANMELDELSER

En arbeidsmodell

□ Sigurd Rosenberg □



Sigurd Rosenberg er cand. med. Oslo - 74. Bedriftslege 1 år, deretter vel 1 år psykiatri, Oslo Helseråd. Fra -78 har han vært almenpraktiker, først 2 år kommuneansatt i Oslo og Brum, siden -80 egen praksis i Hønefoss. Spes. i almenmedisin fra våren -85.

Boka er nr. 6 i forlagets almenpraktikerserie og har blitt til på bakgrunn av flere års arbeid og samarbeid mellom de tre almenpraktikerne Schofield, Tate og Havelock, og psykologen Pendleton.

Den er et resultat av:

1. Analyse av tidligere foreliggende litteratur om konsultasjon,
2. Egen forskning
3. Forfatterne egen praktiske erfaring.

Boka beskriver utviklingen av en holistisk konsultasjonsmodell for almenmedisin som forfatterne også i stor grad selv har prøvet ut i praksis.

Boka tar utgangspunkt i kjente tilnæringsmåter til konsultasjonen. Vi kjenner alle igjen den klassiske medisinske modell hvor sykdom og diagnose står i sentrum, men hvor det er lite rom for sosiale og psykologiske aspekter.

I boka drøftes så sosiologisk, antropologisk og transaksjonsanalytisk tilnæringsmåte til konsultasjon.

Endelig går forfatterne relativt nøye gjennom en sosial-psykologisk modell for konsultasjon, og viser hvorledes denne vinkling gjør oss i stand til å oppdage pasientens tro, bekymringer og forventninger vedrørende sitt problem. Man vil med andre ord lettere bli i stand til å få tak i pasientens helseforståelse ved en slik tilnæringsmåte. Dette mener forfatterne er vesentlig for at pasientens adferd skal kunne påvirkes og få pasienten til å ta ansvar for egen helse.

Man kan kanskje si at den konsultasjonsmodell forfatterne utvikler i boka er en syntese av den klassiske medisinske og den sosialpsykologiske konsultasjonsmodell.

Et hovedpoeng for forfatterne er at for å forstå en almenmedisinsk konsultasjon, må man se den i sin kronologiske sammenheng. Man må vurdere det som går forut for konsultasjonen og hva som hender etterpå. Først da kan man si noe om hva som bør skje i en konsultasjon.

Pasientens HELSEFORSTÅELSE blir

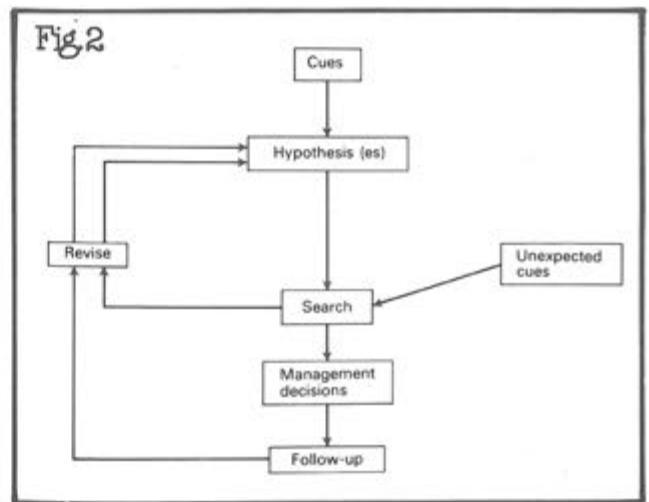
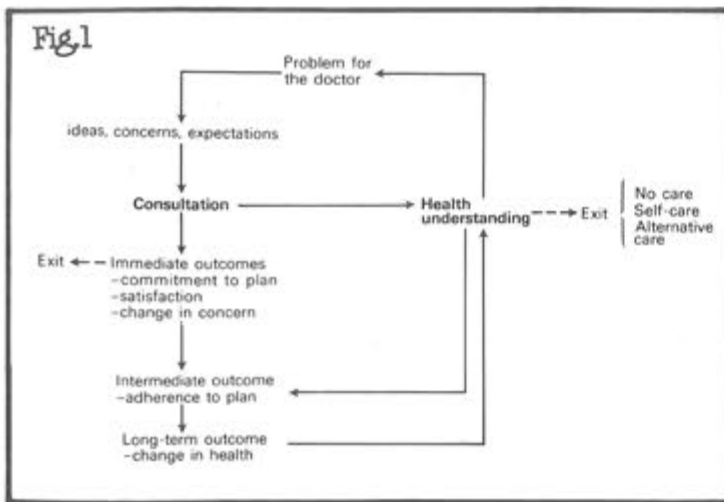


Fig 3 KONSULTASJONSKART

Etablering av kontakt	
Henvendelsesårsak	
Etiologi/US/diagnostikk	
Pas. ideer	
Pas. bekymringer	
Pas. forventninger	
Problemets effekt	
Andre problemer	
Risikofaktorer	
Delt forståelse	
Terapi/løsning	
Involvere pas. i behandlingen	
Tid (min.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
Score	1 2 3 4 5

Lytte til pas./hvor mye av tid pas.-lege:
 Avbrutt pas. hvor ofte:
 Antall avbrudd i konsultasjonen:

sentral, dette er et begrep sammensatt av mange elementer: medisinske facts, misforståelser, myter, frykt, rasjonelle og irrasjonelle følelser. Forfatterne drøfter dette begrep som de mener er en nøkkel til å forstå pasientens reaksjoner. Deres konsultasjonsmodell er utformet slik at man lettere skal bli klar over pasientens helseforståelse og så kunne ta nødvendige hensyn til den i konsultasjonen.

En konsultasjon vil alltid ha effekter, både ønskede og kanskje

uønskede. De vil kunne virke på kort og lang sikt. Forløpet av en konsultasjon vil kunne påvirke seinere konsultasjoner og vil framfor alt kunne påvirke pasientens helseforståelse.

Forfatterne summerer opp sitt syn som vist i fig. 1. Konsultasjonen er her satt i en kronologisksammenheng, nøye knyttet til pasientens helseforståelse.

I 4. kapittel går forfatterne inn i konsultasjonen og definerer en effektiv konsultasjon: Det er en

konsultasjon som gir det ønskede utbytte.

Hva er det ønskede utbytte? Det stilles opp 7 målsetninger for konsultasjonen:

1. Avklare hvorfor pasienten kommer, bl.a. få tak i pasientens forventninger og bekymringer, videre problemets effekt.
2. Vurdere andre problemer.
3. I samarbeid med pasienten velge tiltak.

4. Dele forståelsen av problemet.
5. Involvere pasienten i løsning, dele oppgaver og ansvar.
6. Bruke tid og ressurser med omtanke.
7. Etablere og opprettholde et forhold til pasienten som fremmer de nevnte mål.

Hvordan nå disse mål?

I kap. 5 redegjøres for strategier og ferdigheter som legen kan bruke. Her er dels kjente ting, som bruk av åpne kontra lukkede spørsmål etc. Boka gjennomgår en modell for den diagnostiske prosess som er nyttig, se fig.2. Modellen illustrerer viktigheten av stadig å være villig til å revurdere sine hypoteser under konsultasjonens gang, og ikke tviholde på det første innfall man får når det gjelder tanker om et problems årsak/diagnose.

Boka bringer ikke bare avanserte teorier og høye målsetninger, den gir også flere eksempler på metoder som kan brukes til å bedre konsultasjonene i praksis.

Det introduseres et konsultasjonsskema, se fig.3, som skal hjelpe oss til å identifisere de forskjellige elementer i konsultasjonen og nedtegne dem. En vurderingskala presenteres også, slik at de forskjellige elementer kan vurderes med tanke på hvorledes konsultasjonen forløp kvalitativt.

Almenpraktikere anbefales å jobbe med konsultasjon i mindre grupper, f.eks. på bakgrunn av videoopptak av deltagerne egne konsultasjoner. For at arbeidet i slike grupper skal bli fruktbart, framføres 4 "trafikkregler" for arbeidet:

- Først klargjøre evt. uklarheter, facts.
- Legen som har konsultasjonen får først vurdere seg selv. Kollegene vurderer så hva som var godt i konsultasjonen.
- Til slutt kan så kollegene evt. gi anbefaling til ev.t forandring av adferden, dette framfor rein kritikk.

De av oss som har jobbet litt etter den engelske modellen vet at dette er nødvendige rettesnorer for at ikke gruppen skal bli et "slaktehus".

Avslutningsvis tar boka opp etiske og juridiske aspekter vedrørende video-registrering av konsultasjoner. Siste kapittel tar opp de ennå ubesvarte spørsmål

(de finnes faktisk), f. eks.: Får vi det utbytte vi håper når vi følger den skisserte modell?

Bokas styrke er at den gir en omfattende teoretisk modell for konsultasjonen i almenpraksis. At den samtidig gir en rekke praktiske tips om hvorledes man kan jobbe med å bedre sine konsultasjoner, øker nytten av boka vesentlig.

Den er relativt lettlest og oversiktlig bygget opp. Det burde være mulig for selv de travleste kolleger å komme gjennom de 117 sidene, vanskeligere blir det kanskje å komme i gang med registrering i egen praksis. En brukbar begynnelse kan kanskje være å reflektere over psykiater Eivind Hagas lille artikkel i Tidsskriftet 30.4.84.

Hans 4 spørsmål til pasienten fanger vel inn essensen også av foresiggende bok:

1. Hva er det som plager deg?
2. Når og hvordan begynte det?
3. Hva tror DU det kommer av?
4. Hva trenger du nå?

Til slutt: Boka "The consultation" bør finnes hos enhver almenpraktiker.

"The Consultation, an approach to Learning and teaching"
David Pendelton, Theo Schofield, Peter Tate, Peter Havelock.
Oxford University Press 1984
117 s. Pris kr. 138

Eksempel:

KONSULTASJONSKART	
Etablering av kontakt	1
Henveidelsesårsak	2
Etiologi/US/diagnostikk	3
Pas. ideer	4
Pas. bekymringer	5
Pas. forventninger	6
Problemetts effekt	7
Andre problemer	8
Risikofaktorer	9
Delt forståelse	10
Terapi/løsning	11
Involvere pas. i behandlingen	12
Tid (min.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Score	1 2

Lytte til pas./hvor mye av tid pas.-lege:
Avbrutt pas. hvor ofte:
Antall avbrudd i konsultasjonen:



En utfordring til almenpraksis

□ Aage Bjertnæs
Spesialist i almenmedisin
Risvollan legesenter,
Trondheim

Aage Bjertnæs skulle som tidligere redaktør være godt kjent blant Utposten - lesere. Han er en av dem som tidligst startet og som har mest praktisk erfaring med evaluering av konsultasjonen her i landet.

I løpet av de siste 10 årene har leger parallelt i flere europeiske land i stigende grad interessert seg for innholdet av konsultasjonen i almenpraksis. I flere interessante rapporter fra 12-manns utvalg i Danmark og i faglig utviklingsarbeid i England med faglig rot i Royal College og General Practitioners, får en inntrykk av at dette arbeidet blir prioritert.

Også i vårt lokale miljø blant almenpraktikere i Trondheim, har konsultasjonen stått i fokus. Høsten 1983 ble det tatt initiativ til å danne 4 tolvmannsgrupper i Trondheim. Gruppene fikk navnet Celle I, II, III og IV og består av 8 - 10 almenpraktikere som kommer fra forskjellige legesentra i Trondheim i hver. Man møtes vanligvis ca. en gang pr. måned til et 2 - 3 timers langt kveldsmøte. Møteprogrammet er gitt på forhånd og gir tellende kurstimer.

I Celle I har en helt siden starten vært interessert i å belyse forholdene i den almenmedisinske konsultasjonen. Man har i dette arbeidet benyttet forskjellige metoder.

I starten diskuterte vi "problem-journaler" som hver av legene bragte med seg. Etter som interessen øket, ble man mer nyskjerrig på hva som i virkeligheten gikk for seg i konsultasjonen. Til dette benyttet man seg av båndspill fra virkelige konsultasjoner.

Utstyret har vært enkelt, noen ganger har en brukt diktafonen og slått den på konferanse slik at en har fått med seg det som ble sagt i samtalen lege - pasient. Kvaliteten på båndene har selv sagt mange ganger vært dårlig, men innholdet har vært ekte og oppveid for vanskelige "lytterforhold".

Etter at konsultasjonen har vært avspilt, starter en livlig og fruktbar diskusjon hvor hver av legene deltar.

Sentrale spørsmål som har vært diskutert har vært:

- Hvilke bekymringer og forventninger har pasienten?
- Hvordan kan du som lege best få tak i pasientens "virkelige" problem?

"The seven Tasks" fra Pendeltons bok "The Consultation", har gitt oss en god kjøreplan i så måte og anbefales på det varmeste til alle som vil starte dette arbeidet.

Videre:

- Hvordan ta imot/møte pasientens følelsesmessige tilstand? (frykt, fortvilelse, aggresjon etc.)
- Hvordan respektere pasientens kroppsspråk og forhold til egen kropp? (sensitivitet, sårbarhet)
- Hva er pasientens sykdomsmodell, hvordan skaper vi vår egen?
- Hvordan er prosessen og forløpet i sykdomsmodellen?
- Hva er pasientens kulturelle bakgrunn?
- Hvor ligger evnenivået? Hvilket språk har pasienten med henblikk på tempo, mengde idiosynkratiske ord og uttrykk, Evne til å sette ord på (Eks. Alexiothymi.)
- Hvordan er pasientens "Locus of control"? Intern, ekstern type?

Etterhvert som tiden gikk, fikk vi også behov for eksterne hjelp og ryggdekning.

I så måte har vi hatt god nytte av en kliniske psykolog som har fulgt møtene fra sidelinjen. Dette har skapt gode og sunne korrektiv hvor vi har sett oss blinde på situasjonen, og faren for at alt låser seg er til stede.

I høst har gruppen gjort forsøk med videooptak fra konsultasjoner.

Her vil en ha mulighet til å oppfatte kroppsspråk-dialoger og også få inn slike inntrykk i diskusjonen.

Hvilke problemer har vi møtt?

I starten følte vi vel alle en stor spenning og usikkerhet i dette å legge fram seg og sine

Praktikeren

"Vil du være med på å gjøre oss til bedre leger?"

konsultasjoner åpent "til slakt". Etterhvert som tiden gikk har denne usikkerheten kommet mer i bakgrunnen. Ikke minst har vi følt større åpenhet i gruppen, og dette igjen skaper respekt og sunne kollegiale forhold.

Det å eksponere seg selv med alle sine svakheter og usikkerhet, skaper selvtillit og trygghet på sikt. Dette er viktige milepeler vi føler er nådd.

Hva så i det videre?

Konsultasjoner med riktige - levende pasienter har vært nevnt.

Foreløpig har vi følt at dette ligger ennå fraem i tid, men også dette mål kan nås.

Dog er det viktig å ile med små skritt slik at selvtillit og sensitivitet kan trenes tilstrekkelig.

Alt i alt har vårt arbeid med konsultasjonene vært nyttige og utviklende, og personlig hatt stor betydning i mitt faglige arbeid.

Jeg ønsker andre almenpraktikere i det ganske land velkommen etter.



- hvor mange avbrytelser?

Per Hjortdahl

Konsultasjonen er noe av det mest personlige som finnes i medisinen. Ett av de bærende elementer i konsultasjonen er tillitsforholdet mellom lege og pasient. Dette intime forhold mellom to (eller noen få) personer gjør konsultasjonen til en lukket seanse som det er vanskelig for andre å trenge inn i. Denne nærhet er konsultasjonens største styrke og samtidig største svakhet. Vi trenger taushetsplikt og etiske regler for å beskytte pasienten, -og tidvis oss selv. Samtidig må vi ha åpenhet for å oppnå personlig dyktiggjøring og faglig videreutvikling. Disse to essensielle, men tilsynelatende motstridende elementer, -lukket, men åpen- krever en fin ballansegang og en stadig bevisstgjøring hos oss, i vårt arbeid som almenpraktikere. Andre har i dette nummer av Utposten tatt for seg positive sider ved konsultasjons-opptak og vurderinger. Her følger noen betraktninger omkring de begrensninger som legges på oss i denne sammenheng. Disse kan deles i tre, til dels overlappende hensyn: juridiske, etiske og praktiske.

Juridiske betenkeligheter

Jeg har vært i kontakt med Data-tilsynet. De sier at så lenge konsultasjonene blir tatt opp på bånd (audio eller video) som ledd i vår videre og etterutdannelse, har de ikke innsigelser. Annerledes ville det være om vi tok konsultasjonene opp på bånd som del av journalføringen, da måtte vi søke konsesjon. Helseinspektoratet har heller ikke råd eller betenkeligheter så lenge vi innhenter "informert samtykke" fra pasienten.

Det springende punkt er altså "informert samtykke", hva innebærer egentlig dette? For dette finnes det ingen faste regler. I England har almenpraktikere i noen år tatt opp konsultasjoner på bånd og i Norge har psykiatere gjort det samme. På denne bakgrunn har det utfelt seg normer som blir anbefalt fulgt(1,2). Holdbarhet av disse normene har meg bekjent ikke vært juridisk prøvet i vårt land. Nå som audio-visuelle opptak av pasienter blir stadig vanligere innen alle deler av medisinen, kan det være fornuftig å be Lægeforeningen bestille en juridisk betenkning om dette emnet. Inntil en slik betenkning foreligger, mener jeg vi er på juridisk sikker grunn så lenge de nedenfor gitte anbefalinger om "informert samtykke" følges.

Grove overtramp på lege-pasient forholdet er det juridisk ikke vanskelig å sette fingeren på. Det skal ikke mer til enn at en av oss "glemmer" å ta ut

videobåndet av opptakeren når vi leverer maskinen tilbake til utleiefirmaet og konsultasjonsbåndet blir "folke-eie". Eller at vi "glemme" å fortelle pasienten at de blir tatt opp på bånd. I en rettsak omkring slike forhold ville vi stille svakt. I tillegg til de juridiske sider vil slike overtramp ha klare lege-etiske implikasjoner.

Lege-etiske betenkeligheter

Avisartikler i Dagbladet eller VG om slike overtramp eller påstander om "Spioner i konsultasjonen", vil ikke bare ødelegge for den enkelte lege, men også vanskeliggjøre det nødvendige tillitsforhold for de fleste andre leger som tar konsultasjoner opp på bånd. Like viktig som disse generelle aspekter, er de individuelle hensyn og respekt vi må vise hver enkelt pasient. Her er grenseoppgangen ofte vanskeligere, men følgene hensyn må tas:

Informert samtykke

Før hvert opptak må pasienten informeres om hva som skal foregå og skriftlig samtykke innhentes. Pasienten må få mulighet til å se opptaket, og når som helst få det slettet. Samtykket skal også inneholde en klausul om formålet for opptaket, og for hvem det skal vises. Båndet kan således ikke lånes ut til andre, eller brukes i andre sammenheng med mindre nytt samtykke fra

pasienten er innhentet. Ved opptak gjør pasientene oss en tjeneste, ikke motsatt. Vi må derfor legge den størst mulige grad av frivillighet inn i pasientsamtykket. Dette kan være vanskelig. Som behandlere har vi "tak" på pasienten, og de sier ofte "ja" for å tekke oss. På den andre siden har undersøkelser vist at om vi ikke er sikre og entusiastiske i våre tilnærmelser vil meget av vår usikkerhet smitte over på pasienten og "falske negative" svar lett forekomme (3). Den riktige tilnæringsmåten er ganske sikkert individuell fra lege til lege, og må varieres overfor de ulike pasienter. Det viktige er at vi er lydhøre for pasientens underliggende ønske, og at vi er vårt ansvar bevisst.

Praktiske hensyn

Samtykket bør innhentes på en slik måte at det griper minst mulig forstyrrende inn i selve konsultasjonen. Samtykket kan innhentes i ekspedisjonen før pasienten kommer inn til legen. Denne fremgangsmåten ble forsøkt av konsultasjonsgruppen bestående av Anne Lise Holst, Kirsti Malterud, Øyvind Svenning og undertegnede. Av ulike grunner fant vi denne fremgangsmåten vanskelig. Best svarprosent og sansynligvis det riktige resultat ble oppnådd når vi selv informerte pasienten, og innhentet samtykke på kontoret før konsultasjonen begynte.

Etter avtale med Oslo helseråd som er administrativt overordnet tre av deltagerne i konsultasjonsgruppen, føres liste over opptakene. Dette for å bedre kontrollen med opptakene, og for å påse at båndene blir slettet etter 12 måneder med mindre spesielt samtykke er innhentet(2) Denne klausul om automatisk sletting er diskutabel. Den svenske psykiatriske forening har gått i mot et liknende forslag. De hevder at verdifullt undervisnings- og forskningsmateriale da vil ødelegges (4). De mener i stedet at "videoteket" skal gjennomgås hvert 5. år, og at alt uaktuelt materiell da skal slettes. Selv føler vi at "12-måneders-slette-regelen", men med mulighet til forlengelse, er praktisk for vår gruppe.

Videre er det viktig at båndene blir oppbevart på samme betryggende måte som journaler, slik at de ikke kommer uvedkommende i hende.

I video-konsultasjonene våre var undersøkelsesbenken utenfor kameralinsens rekkevidde. Dette fikk pasientene vite. Kledde pasienten av seg på kontoret, satte vi på linsebeskytteren, men lot kameraet gå. På denne måten fikk vi med lyd og de verdifulle poeng som kom frem under denne delen av undersøkelsen, uten å krenke pasientens bluferdighet.

Etter 60 opptak er vår erfaring i

Konsultasjonsgruppen at om lag 15% av pasientene ikke ønsker å delta. Vi prøvde å forutsi hvilke av våre pasienter som ville svare benektende, men det var vanskelig. Der vi minst ventet det, fikk vi samtykke. Disse opptakene var blant de nyttigste. Et generelt inntrykk er at det er lettere å få pasienters samtykke enn vi først hadde trodd. Den største skepsis til opptak lå til å begynne med ikke hos pasientene, men hos oss deltagende leger.

Legen det blir gjort opptak av har på samme måte som pasienten behov for at integriteten blir tatt vare på. Er det noe han/hun ikke ønsker å vise frem eller ikke føler seg trygg nok til å ta opp i gruppen, må dette respekteres. Pasienten og legen har hver for seg og i fellesskap råderett over opptakene.

Forslag til fremgangsmåte

Den muntlige informasjonen skal være motiverende. Det skriftlige samtykket skal være juridisk bindende.

Eksempel på samtykke:

PASIENTSAMTYKKE FOR VIDEO-OPPTAK

Jég,, gir ved dette samtykke til at min konsultasjon hos dr. den blir tatt opp på video.

Jeg er informert om at video-opptaket vil bli vist til en gruppe leger som del av dr. videre og etterutdanning.

Jeg er gjort kjent med retten til å stoppe opptaket, få det slettet eller selv se det før bruk.

.....

Litteratur:

1. Pendelton D et al. The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984
2. Stadsfysikus, Oslo helseråd. Notat om innkjøp og bruk av videoutstyr. 1984
3. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. BMJ 1985; 291:315-7.
4. Giertz G. Etik i lekarens vardag. Stockholm: Svenska Lekarsällskapet Förlag, 1984

□ Ved Frode Heian

Intervju Adam



Ju med Egede Nissen

Vi skal i dette intervjuet snakke om kommunikasjonen med våre pasienter, men du har jo en spesiell bakgrunn til norsk almenpraktiker å være. Kan du ikke først fortelle litt om deg selv?

Jeg er født i 1911, tok artium i Stavanger i 1932. Lege hadde jeg villet bli helt fra barndommen. Da jeg vokste opp i et ganske aktivt politisk miljø, fikk jeg lyst å studere i Moskva for å se hva som foregikk i dette fremmede og fascinerende landet. Gjennom min fars forbindelser fikk jeg anledning til det. Det ble da også på alle måter noen merkelige og fengslende år.

Det medisinske studium var lagt opp med sterk fremheving av den praktiske siden. Formålet i 30-årene var å utdanne leger for landsbygden, -selvstendig arbeidende leger. Men så ble det vel mindre tid for teoriene.

Jeg kom hjem i 1938 og begynte å lese for å ta tilleggsksamen. For å få arbeidsro og for å finansiere studiene reiste jeg på hvalfangst.

9. april var jeg på vei hjem derfra og havnet omsider i Oktober i Halifax, Canada. Der meldte jeg meg til "Lille Norge", flytreningsleiren i Toronto.

Etter det tjenestegjorde jeg ved flyvåpenet i Island, Helsekontoret for sjøfolk i New York og tilslutt som sanitetsmajor ved de norske styrkene i Finnmark der russerne i oktober -44 hadde frigjort den østlige delen.

Etter kapitulasjonen og dimmiteringen dro jeg til Tønsberg der jeg arbeidet på sykehuset og så hos stadslegen til -48.

Så flyttet jeg endelig til Oslo der jeg etter en tid på legevakten begynte egen privatpraksis som jeg siden drev inntil jeg for 2 år siden gikk av med pensjon. Men jeg har beholdt en beskjedne

hjemmepraksis. Det er ille vanskelig å slutte helt, og det er like ille å la være å treffe kolleger og gå på kurs!

- Har du vært tilfreds med å drive almenpraksis?

Ja, jeg har nok alltid vært tiltrukket av den form for praksis. Ofte har jeg nok savnet å ha en kollega å konferere med og dele gleder og sorger med. Men til gjengjeld har jeg alltid vært heldig med kontorsøster. Hun har fungert mer som en medarbeider og medansvarlig enn som "underordnet hjelpepersonell". Jeg har i høy grad erfart at for mange, særlig kvinnelige pasienter, var det å komme til en forståelsesfull og moden, såvel menneskelig som faglig søster, like god hjelp som å sitte inne hos meg.

- Hva er det som er så tiltrekkende ved almenpraksis?

Det herlige ved almenpraksis er at du hele tiden har med mennesker å gjøre, og det er ikke bare sykdommer. Hele mennesker, små og store, unge og gamle, kvinner og menn med alle slags sinnsstemninger og temperamenter, mennesker i alle slags livssituasjoner, glade og triste og kanskje spesielt viktig; redde.

For et arbeidsfelt! For en utfordring! Særlig pasientenes angst har jeg følelsen av at vi leger altfor ofte overser og undervurderer. Å fjerne den, å skape trygghet og ro i sinnet er vel den fornemste oppgaven vi har. Jo naturligvis, vi må stille riktige diagnoser, foreta de riktige undersøkelser og prøver, forordne de riktige medisinene og helbrede sykdommer. Men pasienten er ikke ferdigbehandlet før han selv er overbevist om at han virkelig er frisk. Tro om vi ikke ofte over-

ser dette moment. Bruker vi nok tid på å få forklart pasienten hvordan det står til med helsen?

- Jeg forstår at du legger stor vekt på samtale med pasienten.

Ja, jeg lærte som student, og jeg har erfart det gjennom et langt liv at anamnesen, samtalen, er grunnlaget for en riktig diagnose. Samtidig er den ofte også det første terapeutiske skritt. Særlig gjelder det naturlig nok de nervøse lidelsene, -og hvilke sykdommer har ikke et sterkere eller svakere preg av nervøsitet? Ved undersøkelsen av krigsseilere må jeg gjennomgå hele det kompleks av symptomer som utgjør krigsseiler-syndromet, angsten, tvangstankene, psykolabiliteten, overfølsomheten og ubehersketheten, det reduserte intellektet osv. osv. Symptomer som fyller pasienten med motvilje og ubehag å berøre.

Ofte spør han ganske brydd: Hvorfor spør du om alt dette? Hvordan vet du dette? Når han så får vite at disse symptomene jo er naturlige i hans situasjon, at det er en følge av krigsseilingen, blir han ofte synlig lettet og glad og får kanskje tatt det første lille skritt for å forsone seg med sin plage og derved kvitte seg med den.

Det må innrømmes at samtalen i konsultasjonssituasjonen er tidrøvende. Jeg tror at det er nødvendig. Og jeg tror at vi bør innrette vår praksis etter dette og ikke innrette vår behandling av pasienten etter den tid vi har til disposisjon slik vi i dag ofte er tvunget til. Det vil vel på lengre sikt bety flere leger og færre pasienter på arbeidsdag (de økonomiske konsekvenser holder jeg her utenfor).

- Har konsultasjonen skiftet karakter siden du begynte som lege?

Ja, egentlig nokså meget. En side av dette er en følge av medisinsens utvikling. For en del år siden besto legens vesentligste innsats i samtaler og noen få kunstgrep, perkutering og auskultasjon bl.a..

Etterhvert, og særlig etter den siste krig, er de tekniske hjelpemidlene øket på alle felter, og snarveien til diagnosen går nå via alle slags apparater og prøver. Dette har ført til en avpersonifisering av legen som truer med å rive over kontakten mellom pasient og lege, noe som vi regnet som et av et av de aller mest verdifulle elementer i vårt arbeide.

Det er vel heller ikke til å benekte at dagens leger er under konstant tidspress, -for manges vedkommende ikke minst av økono-

miske grunner. Men det er vel også noe som ligger i tiden: jaget, farten.

Eldre tiders leger lærte å gi seg bedre tid, ta livet med større ro, vise tålmodighet. Vi var mer til disposisjon for våre pasienter. Sikkert ble vi ofte misbrukt, og sikkert ble vår tid og virksomhet ikke alltid rasjonelt utnyttet, men jeg tror at den glede vi følte ved vårt yrke, var meget større enn hos dagens kolleger. Og her tror jeg at vi er ved noe ganske vesentlig.

Formålet med vårt arbeid ligger på to plan.

Først og viktigst: å hjelpe Pasienten, å gjøre ham frisk og lykkelig. Dette er så selvsagt at det er vel tull å nevne det.

- Men så for det annet: å gjøre legen lykkelig. å gi ham følelsen av å ha et meningsfylt arbeid som setter krav til hans intellekt og hans kunnskaper, og også hans medmenneskelighet og varme. Nå kan man kanskje si: hva angår legens sjeletilstand saken?

Meget! Jeg tror at bare en glad og tilfreds lege kan ha den harmoni og ro som er med på å skape en givende konsultasjonsatmosfære. Dette lyder banalt, men jeg tror at det er sant, unnskyld meg.

- Er vi flinke nok til å informere pasientene?

Når det gjelder saklig medisinsk informasjon mener jeg ja. Men det fremgår tydelig av undersøkelser at pasientene altfor ofte ikke følger legens anvisning til behandling, ikke tar medisinene riktig, ikke følger de påbudte regimer osv., og det kan bare bety at vi ikke har vært flinke nok til å informere pasientene om nødvendigheten av våre forordninger.

- Har du kommet frem til noen bestemt måte å møte dine pasienter på når de kommer med et problem?

Nei, jeg har ikke noen standardmåte. Jeg forsøker å være naturlig og avslappet.

Jeg forsøker å ikke være hoven og ikke ri på autoriteten. Jeg har alltid vært velsignet med et godt humør, og det har kommet vel med. Jeg har bestrebet meg på å gi pasientene den tid de trengte, og det førte til at de med mindre ulyst ventet på tur når det var nødvendig. I en slik praksis som jeg hadde i en velavgrenset bydel med en godt samkjørt befolkning, hadde jeg forøvrig inntrykk av at venteværelset for en del fungerte som "sosiålkontor" eller pub. Vi manglet bare ølet!

I mange situasjoner har det vært godt å kunne mobilisere fantasien

og spørre seg selv hva ville jeg gjort i tilsvarende situasjon som pasienten og så løse problemet sammen med ham. Jeg har forsøkt ikke å gi råd, for ikke å snakke om direktiver, men heller hjulpet å klargjøre problemet og la pasienten velge.

En ting har jeg passet meg for: Å gråte med pasienten. Vise deltakelse ja, men aldri syte.

Å trøste, det er rolig og medfølelse og verdig å vise vei ut av sorgens lammelse.

- Hva gjør du for å avslutte en konsultasjon når pasienten tilsynelatende har et uttømmelig behov for tid?

Ja, det hender jo! Og da må man jo henvise til venteværelset og andres tidsnød. Men alle vil godta om du etter en rimelig tids samtale tilbyr ny konsultasjon neste dag på slutten av dagen. Svært ofte hender det at pasienten ved nærmere ettertanke ikke føler behov for den timen likevel ■



- bare en glad og tilfreds lege kan ha den harmoni og ro som skal til for å skape en givende konsultasjonsatmosfære.

SOSIALE

Hva kan gjøre med

□ Anders Grimsmo
kommunelege i Surnadal



Anders G. er cand. med. fra 1978 og tilhørte det første medisinerkullet fra Trondheim. Turnus i Askim og Surnadal. Senere stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo. Kommunelege i Surnadal fra sept. 1983. Dr. med. 1984 med avhandlingen "Fra å bli syk til å bli pasient. Hva betyr sosiale forhold for sykkelighet, egenomsorg og legesøking?"

FORSKJELLER I HELSE.

Almenmedisineren

I det ?

Bruk av legesultasjon og sykebesøk i det forebyggende helsearbeidet.

PROBLEMSTILLING

I epidemiologisk sammenheng er det få forhold det er forsket så mye på som sosiale ulikheter i helse. Nesten entydig finner en at når en deler befolkningen inn i grupper etter utdanning og inntekt, deles også befolkningen i grupper med ulik helse.

I Osloundersøkelsen f.eks. ble sammenhengen mellom sosial klasse og dødelighet hos en gruppe menn i alderen 40-49 år registrert i fire år. De fant, slik tabell 1 viser, at dødeligheten i sosialgruppe I og II bare var ca. 30 % av dødeligheten i sosialgruppe V. For alle sykdommer var det en overdødelighet i klasse V (1).

I Grenlandsundersøkelsen fant jeg store forskjeller i morbiditet (figur 1). Det var f.eks. en seksdobling i antall tilfeller av hjertesykdommer i klasse V. Likeledes en femdobling i nervøse lidelser, en tredobling i muskel/skjelettsykdommer og en fordobling av sykdommer i nerve/sanseorganene (2).

Dette er noe av bakgrunnen for at en nå mener at det forebyggende helsearbeidet må prioriteres. Det kan selvfølgelig gjøres på flere måter, men hva kan almenpraktikeren bidra med i sitt daglige arbeid med pasienter ?

ÅRSAKER TIL ULIK HELSE

For å kunne gjøre noe med sosiale forskjeller i helse, må en vite hva årsakene kan være. På dette området gjenstår det mye forskning, men av det som foreligger, synes det i liten grad å foreligge noen klassespesifikke årsaksfaktorer. Det som er tyde-

lig, er en generell opphopning av sykdomsfremkallende faktorer i lavere sosiale lag. Dessuten en generell mangel på det en kan kalle helsefremmende faktorer. Det røykes mer, det mosjoneres mindre og det spises mere fett. En finner høyere blodtrykk, mer overvekt, dårligere arbeidsmiljø, færre rekreasjonsmuligheter og dårligere boforhold i lavere sosiale lag. Figur 1 bekreftet dette indirekte ved at alle sykdommer unntatt infeksjonssykdommene forekommer hyppigere i sosialgruppe V.

Klasseinndelingen får derfor lite å si for hvilke sykdommer en bør forebygge. Derimot har nok klasseinndelingen større betydning når det gjelder valg av metode for å iverksette tiltak.

GENERELT FOREBYGGENDE HELSEARBEID

En almenmedisiner bør legge følgende kriterier til grunn for valg av forebyggende tiltak: For det første er det viktigst å bekjempe de sykdommer som er alvorligst og forekommer hyppigst sett ut fra både mortalitet og morbiditet. For det andre bør årsakene til de sykdommer som skal bekjempes være godt dokumentert. For det tredje må det foreligge reelle muligheter til å gjøre noe med disse årsakene. Til sist, de tiltak som iverksettes må innebære en sikker helsegevinst, dvs. en må ikke erstatte ett problem med et nytt eller annet problem.

Hva som er viktigst for helsen, de faktorer som det enkelte individet selv kan rå over, eller de faktorer som individet ufrivillig blir utsatt for, er det

ikke enighet om. I denne debatten skjer en ofte en polarisering, mest fordi en ikke blir enig om hva som er frivillig eller ufrivillig. Etter min mening er overgangen flytende og forskjellig for de ulike sosiale lag. Det er lett å innse at mosjon er en frivillig sak for en med normal arbeidstid, lett arbeid og som bor i et villastøk. Men det må være like lett å skjønne at en enlig mor i fullt arbeid som bor i et bysentrum knapt har noe valg.

Det forebyggende helsearbeidet har derfor to sider. En må arbeide med det enkelte individ, og en må arbeide med de miljø- og samfunnsmessige aspektene. Jo mer en vil utrette for de lavere sosiale lag, jo viktigere blir den samfunns/miljømessige siden.

Helseopplysningen som har vært drevet, er blitt kritisert i første rekke å komme øvre sosiale lag til gode. På den måten har den bidratt til å bevare, i enkelte tilfelle forsterke, forskjellene i helse. Det er nok riktig, men over tid viser det seg at også lavere sosiale lag tar i bruk opplysningen, nærmest ved at den diffunderer ned fra de øvre sosiale lag. Bruken av prevensjon er ett eksempel.

Et annet moment er at effekten av helseopplysning sannsynligvis følger den vanlige nytte/innsatskurven (figur 2). Befinner vi oss på den bratte delen av kurven, vil forskjellene i helse ikke endres av helseopplysning, men over tid bare føre til en generell bedring i helse for alle. Det er dette som for det meste har vært tilfelle til nå.

Men det er en grense for hva som

Tabell 1

DØDELIGHET BLANT MENN I ALDEREN 40-49 ÅR ETTER-SOSIAL KLASSE (HOLME, I. ET AL. 1980, OSLO UNDERSØKELSEN)

SOSIAL KLASSE	DØDSFALL PR. 1000
I & II	16.0
III	15.1
IV	24.2
V	55.1

Fig 1

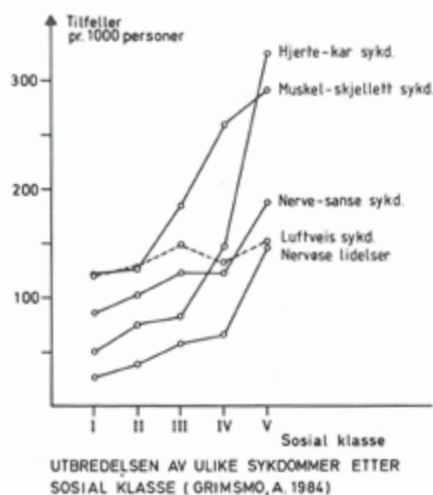


Fig 2

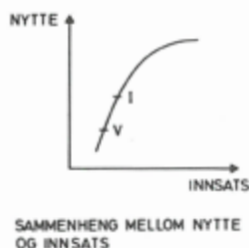


Fig 3

A AKTUELLE SYMPTOMER/PROBLEMER	C LEGESØKNINGSADFERD EGENOMSORG
B TIDLIGERE ELLER KONTINUERLIGE SYMPTOMER/PROBLEMER	D PRIMER OG SEKUNDER PROFYLAKSÉ

EN MODELL FOR INNHOLDET I EN KONSULTASJON HOS ALMENPRAKTIKER (STOW, N.C.H. & DAVIS, R.H. 1979)

er mulig å oppnå av bedret helse, slik kurven illustrerer. F.eks. den dagen sosialgruppene I slutter helt å røke, noe utviklingen går i retning av, er det ikke mer å vinne blant dem på det området. Fortsetter anti-røykekampanjen vil det i første rekke komme lavere sosiale lag til gode.

Denne erfaringen ble gjort i Oslo-undersøkelsen (3). Det var få som røykte i sosialgruppe I. Denne, det en kan kalle harde kjernen, som fortsatt røykte blant disse, lot seg i liten grad påvirke til å slutte. Derimot, i sosialgruppe V var det en mye større andel som sluttet. Generell helseopplysning har derfor fortsatt en viktig plass i det forebyggende helsearbeidet, selv om den midlertidig kan bidra til å bevare forskjeller i helse. For enkelte problemstillinger kan det være den mest egnete metoden, og den er et viktig supplement til annet forebyggende helsearbeid.

GOD KURATIV PRAKSIS

Når det gjelder helt konkret hva en almenmedisiner kan gjøre for å redusere forskjeller i helse, er det for det første å sørge for at en ikke bidrar til å opprettholde eller forsterke de sosiale forskjellene. Slik vårt helsesystem fungerer har almenpraktikeren et helt spesielt ansvar. Almenpraktikeren er nøkkelen eller inngangsporten til alle de andre tjenestene og har en helt sentral rolle i fordelingen av trygdeytelser. Hvis almenpraktikeren behandler eller tar hånd om pasienter på ulik måte avhengig av sosial klasse, vil denne forskjellsbehandlingen slå ut også i resten av helseapparatet.

Grunnlaget for det forebyggende helsearbeidet legges derfor gjennom en god kurativ praksis, der barrierene for å få hjelp er så få og så lave som mulig. Almenpraktikeren må i sitt arbeid skape tillit og vise spesielt lavere sosiale lag at han eller hun ønsker å hjelpe dem. Dette går på legenes holdninger og organisering av praksis. Vi vet fra forskning at mangel på fast lege, lange køer/lang ventetid, høy egenandel osv. spesielt rammer lavere sosiale lag.

KONSULTASJONSSITUASJONEN

Konsultasjonssituasjonen hos en almenpraktiker har vært lite påaktet som et potensielt effektivt verktøy i det forebyggende helsearbeidet. Det vanlige er at en konsultasjon avgrenses til å

stille diagnose og finne fram til en behandling av symptomene som blir presentert. En har i liten grad diskutert hvilke andre muligheter som finnes, kanskje fordi det ikke har vært utarbeidet en god nok modell for hva innholdet i en konsultasjon bør være.

Det finnes en slik modell (5) (figur 3). Den danner en teoretisk ramme for det faglige innholdet og full utnyttelse av konsultasjonssituasjonen. Den er svært praktisk, ikke minst fordi den er lett å huske og fordi den kan brukes på alle konsultasjoner.

Rubrikk A representerer det tradisjonelle innholdet i en konsultasjon. Pasienten henvender seg på grunn av ett eller flere symptomer, og legen forsøker å avhjelpe pasienten med dette.

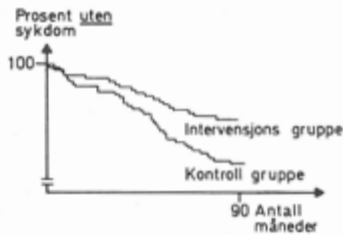
Rubrikk B er viktig både for pasienten og legen. Ved å spørre pasienten om hvordan det gikk etter forrige konsultasjon, får legen feed-back på behandlingen og muligheter til å evaluere sine tiltak.

Kroniske sykdommer utgjør en stadig større del av det kliniske arbeidet. Det er viktig at disse sykdommene følges kontinuerlig for å redusere følgene av sykdommen. Det er her tertiærprofylaksen kommer inn. Konsultasjonen bør derfor brukes til å motivere pasienten til fortsatt behandling, undersøke compliance og evt. vurdere ytterligere tiltak. Altfor mange pasienter tror at når de ikke ble bra eller bedre etter første konsultasjon, så er det lite legen kan gjøre for dem.

Rubrikk C impliserer muligheten for at en i hver konsultasjon kan influere på pasientens fremtidige legesøkningsadferd. Når en lege forskriver medikamenter, forsterker det pasientens tro på at sykdommer kan og bør behandles av lege. Det er vist i en undersøkelse at hvis en samtidig med helseopplysning slutter helt å gi medikamenter for banale selvløgende lidelser, vil konsultasjonsfrekvensen for slike problemer gå sterkt tilbake (7).

I ethvert behandlingsopplegg, også for alvorlige lidelser, bør legene vurdere mulighetene for egenomsorg. Det vil ha innflytelse på konsultasjonsfrekvensen og påvirke compliance. Egenomsorg er også viktig for det forebyggende helsearbeidet ved at folk får kunnskap om og blir bevisstgjort hva som kan være årsaken til sykdom. På den måten

Fig 4



ANDEL PERSONER UTEN SYKDOM (FATALE OG IKKE FATALE HJERTEINFARKT OG PLUTSELIG DØD) I GRUPPEN SOM FIKK HELSEOPPLYSNING SAMMENLIGNET MED KONTROLLGRUPPEN (HJERMANN I 1981)

kan egenomsorg være indirekte opinionsdannende, og de gir folk større råderett over egen helse og mindre avhengighet av helsevesenet.

Egenomsorg er selvfølgelig lettest å gjennomføre for folk med gode sosiale ressurser. En almenpraktiker må derfor være svært bevisst på hvilke muligheter den enkelte har for å følge opplegg som blir foreslått. Det er lett å komme i skade for å gi folk skyldfølelse istedenfor reell hjelp til selvhjelp.

Rubrikk D er kanskje den viktigste delen av konsultasjonen i denne sammenheng. Enhver konsultasjon innebærer muligheter til å fremme den generelle helse-tilstanden. Det kan skje ved å hjelpe pasienten til å identifisere ett eller flere aspekter i hans eller hennes nærmiljø som kan ha betydning for helsen. F.eks. endringer i diett, alkohol- og tobakksforbruk, tilstrekkelig mosjon og forholdet til medmennesker. Dette er primærprofylakse, men konsultasjonen kan også brukes til systematisk å oppspore sykdommer tidlig eller presymptomatisk, f.eks. måle blodtrykket hos alle over 40 år. Dette kalles ofte for case-finding, en metode som brukes i sammenheng med sekundærprofylakse.

Greier en å innføre disse elementene i konsultasjonssituasjonen, kan en gjennom dette drive både primær-, sekundær- og tertiærprofylakse i det daglige arbeidet med pasienter. Men det er også andre grunner til at konsultasjonssituasjonen etter min mening er unik i det forebyggende helsearbeidet.

For det første er pasienten som henvender seg pga. sykdom godt motivert for helseopplysning. For det andre har en lege på tomannshånd stor påvirkningskraft. For det tredje kan helseopplysningen tilpasses den enkelte, både når det gjelder den risiko vedkommende er utsatt for og om det f.eks. er skriftlige eller muntlige forklaringer, evt. en kombinasjon som egner seg best. For det fjerde er det lettere å oppdage og forklare eventuelle misforståelser enn ved generell helseopplysning. Alt dette gjør at en i konsultasjonssituasjonen kan drive forebyggende helsearbeid på en effektiv og trygg måte.

At denne metoden virker, ble tydelig demonstrert i Oslo-undersøkelsen (figur 4). Gruppen som ved konsultasjon fikk helseopplysning, fikk en tydelig reduk-

sjon i risikofaktorer for hjerte/karsykdommer med redusert dødelighet til følge (3). Det er også interessant å se hvor tidlig virkningen inntrådte.

Ca. 75 % av befolkningen har kontakt med en almenpraktiker i løpet av ett år. Det betyr at en almenpraktiker når svært mange. Øker en perioden til tre år, vil en kunne nå 90 % (8). Hvis en da også systematiserer arbeidet, f.eks. ved å bruke programmet Harald Siem har foreslått for helseundersøkelser (9), vil konsultasjons-situasjonen kunne brukes som en screening av befolkningen. Vanlige screeningsundersøkelser har sjelden en så stor oppslutning som 90 %. En kan derfor reise tvil om det i det hele tatt vil være behov for screeningsundersøkelser separat, hvis almenpraktikere gjennomfører det jeg har skissert her.

Denne metoden har også den fordel at den innebærer en positiv forskjellsbehandling. Jeg har i Grenlandsundersøkelsen vist at det er de lavere sosiale lag som går hyppigst til lege (2). Gjennom å bruke konsultasjonssituasjonen vil en kunne nå disse gruppene som ellers er vanskelig å få med i det vanlige forebyggende helsearbeid. På denne måten vil denne arbeidsmetoden kunne motvirke forskjeller i helse.

De enkelte konsultasjoner vil med dette opplegget ta lengre tid, men på en annen side er det innbygget i metoden muligheter til å redusere konsultasjonsfrekvensen, jfr. rubrikk C, og er en optimistisk, vil arbeidsmengden totalt gå ned. Fastlønn for leger vil kunne gjøre det lettere å gjennomføre dette opplegget.

Helseopplysning og veiledning kan også rasjonaliseres ved å danne grupper for pasienter med samme lidelse. Dette har vært forsøkt med hell blant pasienter med hjertelidelser, diabetes, overvekt og mange flere. Slike grupper har den fordel at det skaper samhold, virker motiverende og at medlemmene hjelper hverandre. Almenpraktikeren som har full oversikt over pasientene, vil kunne bidra til at dette ikke bare blir et tilbud til ressurssterke og spesielt interesserte. Til slike grupper kan en også benytte annet helsepersonell som derved kan avlaste legene.

SYKEBESØK

En positiv forskjellsbehandling til fordel for lavere sosiale lag kan også gjennomføres ved opp-

søkende virksomhet. For en almenpraktiker blir det gjennom sykebesøk.

I epidemiologisk forskning brukes ofte parametrene yrke, økonomi og utdannelse til å framstille lagdelingen i samfunnet. I gjennomsnitt gir nok disse variablene en god beskrivelse av forholdene, men de blir for grove og ufullstendige hvis en ønsker å finne fram til enkeltindivider eller familier som har behov for hjelp. Det er derfor liten nytte i f.eks. ligningskontorets opplysninger.

Det mange almenpraktikere erfarer, er at de økonomiske og utdannelsesmessige vilkår mange ganger ikke stemmer med den egentlige sosiale tilhørighet. En finner flere personer i lokalsamfunnet med lav inntekt og utdannelse som har en høy sosial posisjon og livsstil som vi vanligvis forbinder med de høyere sosiale lag. Motsatt finnes det familier med gode økonomiske forutsetninger, men som pga. f.eks. en svært lav selvaktelse og interne problemer ikke greier å nytte sine ressurser.

En almenpraktiker har i sitt daglige arbeid store muligheter til å få oversikt over helse-tilstanden og levevilkårene i lokalsamfunnet. I Grenlandsundersøkelsen fant jeg at hver person i gjennomsnitt søkte lege 2,3 ganger pr. år. I hver husholdning var det gjennomsnittlig 2,9 personer (2). Det betyr at legen treffer ett av husholdningsmedlemmene ca. annen hver måned. Familier med mye sykdom treffer almenpraktikeren enda oftere. Denne store kontaktflaten gjør at almenpraktikeren over tid kan samle masse informasjon om de enkelte familier, deres livsstil, levevilkår og problemer.

Familierapi blir som regel forbundet med psykoterapeutisk behandling. En almenpraktiker kan bruke et mye bredere spektrum av tiltak. Det kan være alt fra løsning av familiære konflikter, problemer med arbeidsplassen, behandling og oppfølging av kroniske sykdommer, til rent praktiske tiltak som anskaffelse av barnehageplass eller hjemmehjelp, eventuelt søknad om trygd eller sosialhjelp. I rent forebyggende sammenheng kan almenpraktikeren ta opp kosthold, tobakk- og alkoholforbruk eller andre uheldige livsvaner. Det er utarbeidet flere strategier og teknikker for almenpraktikere på dette området, og det er vist at intervensjon overfor hele familier kan være langt mer effektivt enn individualbehand-

ling (10).

AVSLUTNING

Det er mange almenpraktikere som allerede i dag driver helseopplysning og forebyggende helsearbeid i tilknytning til lege-konsultasjoner. Det er likevel nødvendig at dette øker i omfang, og ikke minst at det systematiseres. For å greie dette må vi øke forskningen som kan gjøre oss i stand til å fylle rubrikkene i figur 3 med et meningsfylt innhold. Det må også legges større vekt på innholdet i en konsultasjon i studentundervisningen. Studentene bør lære å systematisere en almenmedisinsk konsultasjon på samme måte som de lærer å sette opp en indremedisinsk journal. Den modellen jeg har skissert ovenfor skulle være godt egnet til dette.

Forebyggende helsearbeid i konsultasjonssituasjonen er i hovedsak individorientert. Selv om denne metoden har mange fordeler, har den også sine klare begrensninger. Det er en rekke faktorer av betydning for helsen som det enkelte individ har få eller ingen muligheter til å påvirke eller velge mellom. Almenpraktikere må derfor ikke glemme de miljø- og samfunnsmessige aspekter ved det forebyggende helsearbeidet, men utforske og engasjere seg i helsepolitiske spørsmål.

Helseskadelige faktorer har ofte en dobbelt virkning. F.eks. dårlig arbeidsmiljø er ikke bare skadelig i seg selv. Det tapper også det enkelte menneske for nødvendig overskudd til fritidsaktiviteter og opprettholdelse av et rimelig godt sosialt nettverk. Likeledes virker et rutinemessig og styrt arbeid passifiserende. Denne passiviteten overføres også til tiden da en ikke arbeider (11). På den måten er et dårlig arbeidsmiljø med på å forme den enkeltes vaner og livsstil utenfor arbeidstiden.

Når helseopplysning og veiledning ikke når fram til lavere sosiale lag, så skyldes det ikke bare, slik mange mener, dårlige brosjyrer feilaktig språk osv.. Jeg tror manglende muligheter og overskudd er de viktigste årsakene. Budskapet når nok fram til de fleste, men det "koster" for mye til å ta kunnskapen i bruk. Individ- og samfunnsorientert forebyggende helsearbeid må derfor gå hånd i hånd hvis en skal oppnå gode resultater. ■

Litteratur:

1. Holme I, Helgeland A, Hjer-mann I, Leren P, Lund-Larsen PG: Four year mortality by some socioeconomic indicators: The Oslo Study. *Epid Comm Health* 1980; 34: 48-52.
2. Grimsø A: Fra å bli syk til å bli pasient. Hva betyr sosiale forhold for sykkelighet, egenomsorg og legesøking. SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr. 1-1984.
3. Hjer-mann I, Holme I, Velve Byre K, Leren P: Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; 12: 1303-10.
4. Aday LA: Economic and non-economic barriers to the use of needed medical services. *Med care* 1975; 13: 447-56.
5. Weiss JE, Greenlick MR: Determinants of medical care utilization. *Med Care* 1970; 8: 456-62.
6. Stott NCH, Davis RH: The exceptional potential in each primary consultation. *J. Royal Coll Gen Pract* 1979; 29: 201-5.
7. Marsh GN. Curing minor illness in general practice. *Br Med J* 1977; 2: 1267-9.
8. Bentsen BG. *Illness and general practice*. Oslo: Universitetsforlaget 1970.
9. Siem H. *Masseundersøkelser og helsekontroller*. Oslo: Institutt for almenmedisin og NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr. 2-1979.
10. Hugen FJA. *Family medicine. The medical life history of families*. Nijmegen. The Netherlands: Dekker & Van de Vegt, 1978.
11. Pettersen B. Norsk helsepolitikk - hva må gjøres og hvorfor? In: Echholm EP(ed): *Levekår som dreper*. Oslo: Tiden Norsk Forlag. 1981.

Kassett og kommunikasjon

□ John Nessa □



John N. er cand. med. fra Oslo 1979. Etter 2 år med psykiatri ved Sentralsykehuset i Stavanger arbeidet han som kommunelege i Gloppen og fra sist sommer er han kommunelege i Hjelmeland.

Innleiing

■ Relativt typisk for vår tid er kommunikasjonsteoretiske problemstillingar blitt aktuelle i medisinen. Det er spesielt psykiatri og familiebehandling som har nytta kommunikasjonsteori, og då gjerne nokså direkte som alternative behandlingsmetodar. Kommunikasjonsteori har også mykje å tilføre allmenmedisin, men problemstillingane i dette faget er noko annleis. Det er ikkje så mykje trong for nye behandlingsteknikkar. Derimot er det avgjort av verdi å beskriva det arbeid ein alt gjer reint intuitivt. Språk- og kommunikasjonsteori kan gi impulsar til dette. Med utgangspunkt i den språklege kommunikasjon mellom lege og pasient presenterer denne artikkelen eit forslag til registrering av konsultasjonen. Språkvitskaplege problemstillingar vert drøfta, og utdrag frå fire språkvitskaplege retningar (språksosiologi, analytisk språkfilosofi, psykolingvistik og systemteori) vert presentert.

Eit særtrekk ved allmenmedisinsk praksis er relativt mange konsultasjonar. Mange meiner som Balint (1) at legens personlegdom og lege/pasientforholdet har mykje å bety for resultatet av konsultasjonen. Men erkjenner ein først dette, blir det viktig å samle systematisk erfaring og kunnskap om temaet. Ein møter då straks det problemet at både omgrep om legens personlegdom og om lege/pasientforhold er svært upresise. Men det gir meining å hevde som Rommetviet (2) at språket er ein innfallsport til det mest genuint menneskelege ved mennesket. Språket er dessutan eit felles eige, gitt oss nærast som ein materiell storleik, med noko nær felles språkbruksreglar innanfor same kultur. Difor er det også mogleg å systematisere observasjonar om språket. Når eg difor avgrensar temaet til den verbale kommunikasjonen mellom lege og pasient, er det legens og pasientens språkbruk under konsultasjonen eg vil undersøkje. Eg er samstundes medviten om at kommunikasjonen også har ei non-verbal side (mimikk, kleddrakt, generell atferd), gjerne kalla ananlog kommunikasjon (3), som eg i denne sammenheng ser bort frå.

For å kartlegge den verbale kommunikasjon må ein:

1. Kunne registrere samtalen under konsultasjonen på ein praktisk og smidig måte utan det verkar vesentleg forstyrrende.
2. Ha teoriar om språk og kommunikasjon.
3. Ha ein terminologi, eit "språk om språket".

Denne artikkelen er eit forsøk på å stimulere til dette prosjektet. Eg vil først gi ei praktisk oppskrift på registrering. Dinest vil eg gi ei oversikt over enkelte aspekt ved lege/pasientkommunikasjonen. Den vanlegaste metodebruk i tradisjonell akademisk medisin vil bli kommentert. Eg vil så i stikkords form supplere med fire alternative samfunns- og kultur-faglege modellar, som etter mi vurdering vil gi verdfulle impulsar til ei utforsking på dette området.

For ordens skyld vil eg minne om at eg ikkje har formell språkvitskapleg kompetanse. Mitt perspektiv er snarare emissærrens, ei

gruppe Per Lønning i si tid karakteriserte som "halvstuderte røverar". Mi trøyst får vere at det emissaren taper ved sneversyn og intoleranse, tar han gjerne igjen i form av iver og frimod.

Det enklaste i vårt prosjekt er å samle data. Ein kan prinsipielt tenkje seg dette på tre måtar: Kassettopptak, videoopptak eller registrering ved tredje person. Til vårt føremål er kassettspelearen suveren. Den registrerer den verbale kommunikasjonen, og utelet det meste av den non-verbale. Den er billeg i innkjøp og lett å installere. Det ein treng, er ein kassettspelelar med uttak for mobile mikrofonar, og med digitalt teljeverk. Dei vidare hindringane er i hovudsak av psykologisk art: Korleis presentera dette for pasienten? Klarer eg sjølv å opptre utan å bli distraherert av at bandet går? Det første problemet er erfaringsmessig enkelt å løyse. Forklarer vi pasienten at dette gjer vi for å dyktiggjere oss sjølve til jobben, vil svært få pasientar reagere negativt. To fagetiske krav må i tillegg oppfyllest. Det eine er å fortelje pasienten korleis ein vil bruke bandet, det andre er å bruke bandet slik ein har forklart. Spesielt skal ein vite at å ta ein samtale opp på band er langt meir kjenslevarv enn til dømes å skrive eit journalnotat. Ein bør difor ha gjennomtenkte rutinar for oppbevaring og stryking av bandet.

Dette er unødvendig å seie, men eg gjer det likevel.

Ein har no eit framifrå materiale til sjøvevaluering. Berre det å lytte gjennom eigen konsultasjon vil gi dei fleste av oss mange lærerike observasjonar om oss sjølve og vår eigen funksjon. Ein kjem i den sjeldne posisjon at ein er tilhøyrar til eigen praksis. Dette er ei erfaring alle burde unne seg. Vil ein i tillegg ta bryet med å skrive av frå bandet, får ein eit mikroskoperspektiv på stoffet, og oppdagar gjerne det ein fortrente ved berre å lytte til bandet.

Det er vanleg å dele teoretiske studier av verbal kommunikasjon i syntaktiske og pragmatisk analyse. Ei syntaktisk studie er eit grammatisk prosjekt, og vanlegvis ei oppgave for lingvistikken. Semantikk er betydningslære, og filosofane har tradisjonelt dominert dette området. Gjennom Arne Næss sitt logikkpensum (4) har dei fleste norske medisinarstudantar fått ei god innføring i semantiske pro-

blemstillingar. Med pragmatisk analyse meiner ein analyse av den effekten språk har på handling, i vårt tilfelle medisinsk behandling. For vårt føremål ligg interessa på pragmatiske og delvis på semantiske problemstillingar. For å illustrere slike problemstillingar vil eg presentere fire sentrale aspekt ved lege/pasientkommunikasjonen. Lista er sjølvsagt ikkje utfyllande, om nokon skulle tru at ei slik utfyllande liste finst.

1. Kommunikasjonen føregår i ein spesiell samanheng der den eine er hjelper, den andre hjelpe-trengande. Dette kan ha preg av eit herre/knekt forhold, og kan til dømes få som praktisk konsekvens at pasienten aksepterer ein bodskap frå legen utan å forstå han.

2. Den verbale bodskapen har både eit innhaldsnivå og eit relasjonssnivå. Døme frå eigen praksis: Etter at eg hadde palpert glandler og vurdert dei som normale, spurde pasienten: Kan er slappe heilt av no? Implisert i dette eine spørsmål: a) "Er det kreft?" og b) "Kan eg stole på deg? Det første spørsmålet er om det medisinske innhald i mi vurdering, det andre om relasjonen mellom pasienten og meg.

3) Legen svingar mellom å objektiverer pasienten, og å argumentere med pasienten. Begge deler er nødvendig. Når ein vurderer eit symptom eller ein skade, prøver ein gjerne å forklare symptomet ved å setje det inn i eit medisinsk diagnose-system. Her er legen det handlande subjektet og pasienten det passive objektet. I andre situasjonar argumenterer ein med pasienten, t.d. når pasienten sjølv kjem med ei forklaring på eit fenomen. Då er legen eit handlande subjekt og pasienten eit handlande med-subjekt. Med psykiatrisk problematikk blir dette ofte eit dilemma. Når ein pasient presenterer sin angst eller depresjon, må ein gjerne ta stilling til om ein vil objektiverer dette symptomet, t.d. ved å forstå det som eit utslag av uheldige barndomsopplevingar pasienten ikkje kan stå ansvarleg for (=psykologisering), eventuelt redusere symptomet til eit farmakologisk problem, eller om ein vil argumentere med pasienten om det er grunn for han/henne å bli redd/deprimert. Tendensen er gjerne at di meir uforståeleg symptomet er, di lettare har ein for å objektiverer. Når den objektiverande haldninga vert absolutt, har ein redusert pasienten til eit kasus. Skjerveheim har ei prinsipiell drøfting

av dette problemet i sitt essay Deltakar og tilskodar (5).

4. I konsultasjonssituasjonen er det ein handlingstvang der det å ikkje gjere noko også blir oppfatta som ei handling. Pasienten presenterer eit problem, legen må ta stilling til problemet.


I tradisjonell skulemedisin er det ein klar dominans av naturvitskapleg metodebruk der måling og kvantifisering av ulike einingar er hovudprinsippet. Metoden har hatt stor suksess, og også vore modell for samfunnsvitskaplege fag som t.d. sosiologien. Men heller ikkje denne metoden er verdinøytral. Den påverkar vår måte å sjå tilveret på, og gir oss som regel berre eit perspektiv på fenomena. På enkelte fenomen er han svært lite eigna. Eg tenkjer spesielt på fenomen som intensjonalitet og ulike opplevingskvalitetar.

Det einaste større alternativ til naturvitskaplege forståingsformer i akademisk medisin har vore den psykoanalytiske modellen. Langs ein aksé er han diametralt motsett naturvitskapane. Den er klart subjektiv, dvs. avhengig av observatørens fortolkning, og fortolkningen lar seg prinsipielt ikkje etterprøve etter objektive kriterier. Den gir intrapsykeiske forklaringar på psykiske tilstandar, i motsetnad til kommunikasjonsteoretiske modellar, som legg hovudvekta på interpersonelle forklaringsmåtar. Psykoanalysen er ein reindyrka kvalitativ modell, i motsetnad til naturvitskapen, som er reindyrka kvantitativ.

Likevel er det ikkje urimeleg å hevde at den innsikt den psykoanalytiske modellen har gitt, har vist seg å vere fruktbar. Men også her er det viktig å minne om at psykoanalysen berre gir eit perspektiv, og at same fenomen også kan beskrivast på andre, og kanskje meir fruktbare måtar. Og sidan psykoanalytiske vurderingar har vore så vanskelege å etterprøve, har metoden lidd den vanskelege å bli offer for eit utstrakt misbruk i form av psykologisering i tide og utide.

Det er sjølvsagt råd å bruke tradisjonelle målemetodar på vårt materiale. Ein vil kanskje undersøkje kven som snakkar mest, pasienten eller legen. For meg gav dette eit avslørande resultat. Mens eg tidlegare hadde oppfatta meg som ein roleg, lyttande doktor som gav pasienten rikeleg tid til å forklare sine plager, stod eg her fram som anmassande og taletrengt med klart lengre lengre taletid enn

DET KAN VÆRE VONDT Å TVINGES I KNE, SPESIELT HVIS DET ER FULLT AV URINSYRE- KRYSTALLER!



Altfor ofte blir et slikt kne feilaktig diagnostisert.* Det kan være bursitt, tendinitt eller erysipelas. Men i dette tilfellet er det ikke det – det er urinsyregikt! Og meget smertefullt særlig hvis det ikke behandles korrekt fra første øyeblikk av. Urinsyregikt omfatter langt mer enn den klassiske opphovnede stortå.

Over 40%** av alle tilfeller av urinsyregikt lokaliseres til ankel, kne, albu eller fingre.

Urinsyregikt kan ikke kureres. Men anfallene kan forebygges. Det går an å leve med urinsyregikt uten smerter. Forutsetningen er korrekt diagnose (ta serum-urinsyre) og korrekt behandling. Er man i tvil, så er en leddvæskeprøve det sikreste diagnostikum.

Ved residiverende urinsyregikt er daglig behandling med Zyloric – normalt i engangsdoser på 300 mg – effektivt profylaktikum. Bør ikke benyttes under akutte anfall – og bare med særlig varsomhet under graviditet.

*Currie, W. J. C., (1978) Curr. Med. Res. Opin., 5, 714.

**Currie, W. J. C., (1978) Rheum. Rehab., 17/4, 205.

pasienten.

Men set ein kvantitativ metodikk opp mot dei fire sentrale problemstillingane nemnt tidlegare i teksten, vil ein fort skjønne at metodikken kjem til kort. Eg vil hevde at teljing og måling i denne sammenhengen er like interessant som å telje bokstavar i Ibsens skodespel. Og Holbergs Mor Nille er framleis ikkje ein stein eller eit molekyl, men eit høgst levande menneske med både tankar, kjensler og vilje, og ho kan oppføre seg svært så lunefullt for akademiske observatørar. For legen presenterer ho seg i dialogen. I dialogen er det to medvit (intensjonar) som handlar strategisk ut frå vissa om at den andre og har eit medvit. Elster (6) hevdar at omgrepa om samhandling mellom intensjonar burde vere sentrale i terapi og terapiforskning.

Men for å bruke slike forståingsmåtar må ein over i andre forskningsstradisjonar enn dei sentrale medisinske. Eg tenkjer på kulturvitskaplege tradisjonar (historie, språk- og litteraturvitskap), gjerne karakterisert som hermeneutiske, og samfunnsvitskaplege (sosiologi, antropologi), gjerne kalla kritiske vitenskapar. Med hermeneutikk meiner ein analysemetodar som legg særleg vekt på intensjonal forståing av handlingar i motsetnad til kausal forklaring (6). Det kritiske element i samfunnsvitskapane består i at dei gjerne har hatt interesse i forandring av samfunnsforhold (7).

Eg vil i stikkords form minne om fire tradisjonar som etter mi vurdering bure kunne fungere som "basalfag" for allmennmedisinsk refleksjon om kommunikasjon. Den eine er kontinental med vekt på sosiologi, den andre angelsaksisk med vekt på språkfilosofi, og dei to siste amerikanske med vekt på lingvistik, kybernetikk og antropologi.

Den første vert gjerne kalla Frankfurterskolen, fordi den har sitt utgangspunkt i "Institut für Sozialforschung" grunnlagt i Frankfurt am Main (7). Den er interessant for oss fordi den gir ei grundig drøfting av tilhøvet mellom vitskapane, i Noreg gjerne omtala som positivismekritikk. Jurgen Habermas, som i dag dominerer denne retninga, er presentert på norsk med eit eige tidskriftnummer (8). Habermas sitt hovudverk er "Teorien om en kommunikative handling", eit verk ein visstnok skal ha ei erotisk dragning mot for å makte å arbeide seg gjennom. Eit døme på

bruk av Habermas sitt omgrep "kommunikativ kompetanse" på ein medisinsk problemstilling finn ein hos Skirbekk (9).

Det teoretiske grunnlaget for Habermas sitt kommunikasjonsomgrep er analytisk språkfilosofi. Det sentrale namn i språkfilosofien er Ludwig Wittgenstein, denne merkelege mannen frå Wien som slo seg ned på ei berghylle ved Sognefjorden for å skrive sitt første hovudverk, Tractatus Logico-Philosophicus. Wittgenstein har fasinert mange båe med sin person og sin filosofi, og han må nok reknast som ein slags åndeleg bestefar både til moderne språksosiologi og til generell systemteori. Som student og seinare professor ved Cambridge verka han først og fremst i det engelske filosofimiljøet.

Det er vanleg å dele Wittgensteins filosofi i to, og ein talar gjerne om den tidlege Wittgenstein, som presenterer seg i Tractatus (10), og den seine Wittgenstein, uttrykt i Philosophical Investigations (11).

Tractatus er opptatt av spørsmålet om språkets vesen, og forfatteren utviklar ein biletteori om språket. Språket er eit bilete eller ein modell av det verkelege. Teorien kan synast banal, men det er langt frå tilfelle. Tvert om er han svært komplisert, noko ein klart får inntrykk av ved å lese Tranøy si framstilling (12). I Philosophical Investigations er Wittgenstein opptatt av ulike former for språkbruk, og han presenterer ein teori om "språkspel". Språket består av mange ulike språkspel, som ikkje har noko anna felles enn ein viss familielikskap. Språket brukes ikkje berre til å beskrive, til å uttrykke det som er sant eller falskt, men like ofte, og like meningsfullt til funksjonar som å be, banne, kommandere, advare, ønske, true, love og så bortetter.

Wittgenstein fekk mange tilhengjarar, men var kritisk og negativ til dei fleste, inklusive seg sjølv. Difor vart lite av Wittgensteins filosofi publisert mens han levde. Ei retning som førte ideane hans vidare, var den såkalla "Oxford-filosofien". Mest kjend er J.L. Austin, som med boka "How to do Things with Words" presenterte eit sett omgrep om språket som Searle nyttar i ein artikkel om "talehandling" (13). Omgrepet er synonymt med omgrep som "språkhandling" eller "lingvistisk handling".

Austin deler dei verbale utsagn i to grupper: Beskrivande utsagn som kan verifiserast eller falsifiserast (konstantiv), og utsagn som "skaper kva det nemner" (performativ) (14). Det siste omgrepet er vanskeleg å definere, men lettare å illustrere ved døme. Døpsritualet i kyrkja er eit slikt døme. Den hypnotiske induksjon under hypnosebehandling er eit anna døme. Den handlingen å hypnotisere ein pasient er å seie fram eit bestemt sett ord under bestemte vilkår. Hypnosen er ei performativ ytring, og hypnotisøren utfører ei talehandling. Searle hevdar at det er ikkje symbola, orda eller setningane i seg sjølv som er einingane for språkleg kommunikasjon, men produksjonen av teikn, ord og setningar for å utføre ei "illocutionary act", som er den minste eininga i ei talehandling.

Ein av vanskaner med å formidle språkfilosofisk litteratur er at det er vanskeleg å skjønne at stoffet er relevant for ein har arbeid seg inn i det. Måseide har brukt talehandlingsanalyse på eit språksosiologisk arbeid om lege - pasientkommunikasjonen ved ein pediatrik poliklinikk i USA og ei indremedisinsk avdeling i Norge (15). Brukt isolert har modellen likevel begrensa nytte fordi den ikkje tar omsyn til konteksten, dvs. den ikkje-språklege samanheng ytringen oppstår i. Måseide foreslår difor at talehandlingsmodellen blir supplert med to andre modellar, ekspansjonsmodellen og problemløsningsmodellen (16)

Ein forskningsstradisjon som også bør nemnast, er den såkalla psykolingvistikken, som spesielt er assosiert med arbeida til den amerikanske lingvisten Noam Chomsky. Chomsky hevdar at vår evne til å formulere stadig nye ytringar er basert på at vi meistrar nokre avgrensa, enkle setnings- og konstruksjonsmønstre. Desse konstruksjonsmønstra blir presentert i den såkalla transformasjonsgrammatikken (17). Bandler og Grinder (18) har brukt prinsipp frå transformasjonsgrammatikken i psykiatrisk praksis, og det synest vere stigande interesse for deira metode i skandinaviske fagmiljø.

Bandler og Grinder hevdar at vi brukar språket vårt på to måtar:

1. Til å representere våre erfaringar (tenkning, fantasi) og
2. Til å kommunisere vår oppleving av verda til andre (snakke, skrive, synge).

Den første måten er underlagt tre universelle mekanismer: generalisering, utvelgning og forvrengning. Generalisering består i å gi ei konkret oppleving generell status. Eit vanleg døme er personar som har lært seg å ikkje uttrykkje kjensler fordi dei har hatt ein uheldig reaksjon på dette. Med utvelgning forstås ein tendensen til å velge ut dei inntrykk som stemmer med ei på førehand oppsett norm, og omvendt "stryke det som ikkje passer". Pasienter som vel ut dei erfaringane som stadfester dei paranoide forestillingane, er vel kjende i medisinen. Den paranoide pasienten kan også illustrere fenomenet forvrengning, dvs. å tolke erfaringane i ein bestemt retning. Desse tre mekanismene er det mentale "filtret" vi bearbeider våre inntrykk gjennom, og det er dei same mekanismene som gir kreativitet og vekst hos somme, og smerte og symptom hos andre. Behandlingsopplegget går kort fortalt ut på å avsløre og påpeike uheldige utslag av desse mekanismene hos pasientane.

Men det er generell systemteori som synes å ha mest interesse for norsk allmenmedisin. Den har vore mykje brukt i familiebehandlninga, og er nyleg presentert i Utposten (19). Generell systemteori er eigentleg utvikla som ein alternativ vitenskapsteori (20), og representerer i motsetnad til den newtonianske, lineære forståingsmåte ein kybernetisk, såkalla sirkulær, eller økologisk forståingsmåte (21).

For å illustrere forskjellen mellom lineær og sirkulær forståing vil eg ta eit typisk norsk døme: Ola drikk fordi Kari kjefter og Kari kjefter fordi Ola drikk. Systemteoretisk tenkning går ut på at det ikkje går an å finne nokon "eigentleg" årsak til Kari/Ola sin handlemåte, og at den forklaringa vi bestemmer oss for, er avhengig av vår "punktering av handingssekvensar" (22), dvs. kor i sirkelen vi tar vårt utgangspunkt. Det er prinsipielt på same måte med all mellommenneskeleg interaksjon, som kan betraktes som ei ubroten rekkje av utveksling (interchange) (33). Kva som er årsak til kva er umogleg å seie, og spørsmålet om kausalitet blir uinteressant. I staden for å spørje kvifor stiller gjerne systemteoretikarane spørsmålet korleis.

Den mest sentrale ideologileverandør for systemteori brukt i medisinen er antropologen Gregory Bateson, og det vitenskaplege senteret som gjerne blir

knytt til denne retningen, er The Mental Research Institute, Palo Alto, California. Bateson presenterer double-bind hypotesen for utvikling av schizofreni, ein teori basert på å bruke teorien om logiske typar på verbal åtferd (23). Teorien om logiske typar er sentral for å forstå opphavet til verbale paradoks, som blir brukt på ein svært medviten måte i systemteoretisk behandling. Teorien er framstilt på ein instruktiv måte av Watzlawick, Weakland og Fisch (24).

At det er slektskap mellom Wittgensteins språkfilosofi og systemteori kjem klart til uttrykk i Palo-Alto skulens framstilling av paradoksale definisjonar (33). I denne boka er det også ei filosofisk oppsummering som endar med refleksjonar og sitat frå Tractatus.

Føremålet med å gå i breidda heller enn å referere ein kommunikasjonsteoretisk retning meir inngående, er å vise at det er mange samfunns- og kulturvitskaplege retningar som kan gi impulsar til ein systematisk refleksjon om lege/pasientkommunikasjon. Dermed er ein sikra perspektivmangfold, og kan kanskje unngå det eg vil kalle lemenår i norsk allmenmedisin. Som kjent er lemenår prega av intens og destruktiv vekst av ei dyreart i strom med karrig vegetasjon. Det er spesielt systemteori som kan stå i fare for å få ein slik tragisk skjebne. Og det ikkje på grunn av svikt i sjølve teorien. Tvert om er systemteori både intellektuelt fasinierende og så effektiv i klinisk medisin at det av den grunn er fare for ukritisk bruk. Tendensar til raske og ukritiske konklusjonar finn ein også i systemteoretisk litteratur. Det vert t.d. hevda i Forandring (24), med systemteoretisk grunngeving, at legalisering av marijuana "ikke bare kunne redusere bruken av det, men også nesten fra dag til dag eliminere de innviklede og negative følger av legalt forbud". Verken form eller innhald gir grunn til tvil om at forattarane er amerikanske. I klar kontrast til slike utvekster står Palazzoli og medarbeidarar si nøkterne og sjølvironiske, men like fullt entusiastiske framstilling av systemteori (25).

Plassert mellom psykologar og sosionomar på den eine sida, og ein spesialisert medisin på den andre side, skal god allmenmedisin dra omsorg for heile pasienten, og sikre god pasientkontakt (19). Dette bør både bli eit praktisk og eit teoretisk

program. Å finne ut korleis lege og pasient snakkar saman, er ein naturleg del av dette programmet ■

Literatur:

1. Balint M: The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing. 1980.
2. Rommetveit R: Språk, tanke og kommunikasjon. Universitetsforlaget. 1972.
3. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Pragmatics of Human Communication. W.W. Norton & Company. 1967.
4. Næss A: En del elementære logiske emner. Universitetsforlaget. 1973.
5. Skjervheim, H: Deltakar og tilskodar. I Brytninger i tidens tankeliv. Av Asbj Aarnes m.fl. Johan Grundt Tanum. 1960.
6. Elster J: Metoder og prinsipper i hermeneutisk forsknings-tradisjon. Nord Psykiatr Tidsskr 1979; 33:135-149.
7. Horkheimer M, Marcuse H, Adorno TW, Habermas J: Kritisk teori. Gyldendals studiefakler. 1977.
8. Sosiologi i dag 2-3/83. Tema: Jurgen Habermas og kritisk teori. Tidsskrift utgitt av Novus forlag A/S, årgang 13.
9. Skibrekke G: Den frie vilje og psykiske helse. Norsk filosofisk tidsskrift 1983; 18:105-116.
10. Wittgenstein L: Tractatus Logico-Philosophicus. Doxa Reprint nr. 8, 1982 (i svensk omsetjing).
11. Wittenstein L: Philosophical investigations. Basil Blackwell Oxford. 1983.
12. Tranøy KE: Ludwig Wittgenstein. Vestens tenkere III. Aschehoug. 1962.
13. Searle J: What is a speech act? I Language and Social Context, ed. by PP Giglioli. Penguin Modern Sociology Readings. 1972.
14. Austin JL: How to do things with words. Oxford University Press. 1982.
15. Måseide P: Sincerity may frighten the patient: Medical dilemmas in patient care. Journal of Pragmatics 5 (1981) 145-167. North-Holland Publishing Company. (Forts. side 212)

PRØV TOLVON® FØRST – ved behandling av depressive lidelser

Søvnforbedrende

ETTER

FRA 1. NATT

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

TOLVON® – nytt antide

Angstdempende

Stemningshevende

ETTER 10-14 DAGER

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 antitokseriske bivirkninger. Virkningsmekanisme: Øker utskillelsen av noradrenalin i synapsene ved å blokkere de pre-synaptiske α_2 -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 5-39 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 fæces. Overgang/morsmelk: Går over i små mengder.

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

KONTRAINDIKASJONER: Manier. Behandling med MAO-hemmere. Disse seponeres minst 2 uker før behandling. Inntil spesifikke undersøkelser foretigger 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 krampor, 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 f.eks. munntørhet, synsforstyrrelser og obstpasjon vil normalt ikke forverres.

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

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

INTERAKSJONER: Mianserin kan potensierte 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 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 dosen 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 døgndosen gi som én enkelt dose ved sengetid (maks. 60 mg.). Dosen kan også deles i flere doser. Tablettene skal svelges hele. Behandlingen fortsetter etter depresjonens etiologi og forløp, ofte i flere måneder.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Intoksikasjonstaren er mindre med mianserin enn med tricykliske antidepressiva. (F: 16d 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 1984

REFERANSER:

- SMITH, A. H. W. & al. *Br. J. Clin. Pharmacol.* (1978), 5, 675-705
- TORREY, W. P. & al. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 456
- COPPEN, ALEC. & al. *Br. J. Psychiat.* (1978), 129, 342-345
- KRETSCHMAR, J. H. & al. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 144
- PICHOT, P. & al. *Br. J. Clin. Pharmacol.* (1978), 5, 375-385
- MONTGOMERY, S. & al. *Br. J. Clin. Pharmacol.* (1978), 5, 775-805
- BROGDEN, I. N. & al. *Curr. Therap. April* 1979, 20, 4
- HOPMAN, H. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 107
- KOPERA, H. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 132
- GHISE, K. & al. *Psychopharmacol.* 49 (1978) 201-104
- SHAW, W. L. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 44
- CHAND, S. & al. *Pharmacopsychiat.* (1981), 14, 15-17
- BURROWS, G. D. & al. *Med. J. Aust.* (1979), 2, 97-98
- KOPERA, H. *Curr. Med. Res. Opin.* (1980), 6, Suppl. 7, 36
- TEIGE, B. & al. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (1981), 101, 29, 1563-1566
- BROGDEN, I. N. & al. *Drugs* (1979), 18, 273-301
- DESSLER, K. H. *TherapieWoche* (1981), 31, 4073-4077
- RYGNESTAD, T. K. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (1981), 101, 32, 1825-1827
- RYGNESTAD, T. K. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* (1981), 101, 34, 35, 36, 1968-1972
- MURPHY, J. E. *Br. J. Clin. Pharmacol.* (1978), 5, 81a-85a
- CCNTI, L. og Pinder, M. *J. Int. Med. Res.* (1979), 7, 285-8

39, 49

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

apeutiske doser 5, 7, 9, 10

ssiva ved overdosering 11, 12, 13, 14

pressivum som holder hva du lover.

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

TOLVON®

En daglig
dose ved
sengetid.



Organon

16. Måseide P: Micro analyses and social structure: Cognitive and linguistic models in sociology. Acta Sociologica 1982 (23) 4:389-403.

17. Chomsky N: Syntactic Structures. Hauge: Mouton. 1957.

18. Bandler R, Grinder J: The structure of magic. Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, California, 1975.

19. Haugen L, Stensland P: Vi er alle brikker i vårt eget spill. Utposten 1985; 1. årg. 14, side 31-36.

20. Bertalanffy L: General system theory. George Braziller, New York. 1980.

21. Andersen T: Kybernetisk forståelsesmåte og dens betydning for arbeidet med psykiske problemer. Fokus på familien 1984;1:21-31.

22. Watzlawick P, Beavin J: Some formal aspects of communication. Frå boka The interactional view (Watzl et al.). W.W. Norton & Company. 1977.

23. Bateson G: Toward a theory of schizophrenia. Behavioural Science, vol. 1, nr. 4. 1956.

24. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Forandring, Gyldendals Fakkelt-bøker 1980.

25. Palazzoli MS, Boscolo L, Cecchin G, Prata G: Paradox and Counterparadox. Jason Aronson, Inc. 1981.

Om å kjøre buss når

□ Berit Olsen

Spørsmålet om hvordan skiftarbeid best kan organiseres med tanke på å skape minst mulig forstyrrelser i døgnrytmen er blitt sterkt aktualisert i hele den industrialiserte verden. F.eks. er 1/5 av arbeidsstokken i USA skiftarbeidere, og inkluderer grupper som luftfartskontrollører, personell på kjernefysiske kraftstasjoner og U-båter, helsepersonell i nødhjelpssituasjoner, osv..

Tallrike medisinske og psykososiale problemer er forbundet med skiftarbeid, spesielt synes det å være en høyere ulykkesrate i arbeidslivet (1). Andre vanlige klager gjelder søvn, dårlig appetitt, fordøyelsesbesvær og magesår.

Czeisler og medarbeidere (2) rapporterer betydelig flere problemer med søvnvansker hos arbeidere på roterende skift enn blant arbeidere som ikke gikk skift i samme fabrikk. Men mer slående var det faktum at 29% av skiftarbeiderne fortalte at de hadde falt i søvn i arbeidstida minst en gang i løpet av de forutgående 3 måneder.

Individuelle forskjeller kan til en viss grad modifisere reaksjonene på skiftarbeid. Det ser ut til at alder er en modifierende faktor. Skiftarbeid er tiltagende vanskelig å tolerere med økende alder. Evnen til å oppnå tilfredsstillende søvn etter nattskift synes spesielt redusert. I den nevnte rapporten fra Czeisler og medarbeidere var 26% av skiftarbeiderne aldri istand til å justere sin søvnrytme før ny skiftplan tok til.

Det er lite en vet om konsekvensene av denne forstyrrelsen av normalt sosialt liv og individuelle døgnrytmer, men det gjør seg gjeldende en voksende bekymring omkring mulige langtidspåvirkning på helsa.

F.eks. har forskere fra Harvard (3) bedt luftfartsmyndighetene i USA vurdere å innføre begrepet "subjektiv natt" for piloter. "Subjektiv natt" er etter deres definisjon det intervallet i løpet av 24 timer hvor en persons ytelser er minst effektive og negative virkninger av utmattethet er mest uttalte: hvilket vil si det 6-timers intervallet som normalt er forbundet med uforstyrret søvn.

Det er ikke vanskelig å forestille seg hvilke praktiske vanskeligheter det vil medføre fullt ut å ta hensyn til våre biologiske rytmer ved skiftarbeid. Derfor er da også problemet forsøkt løst på forskjellige måter:

1. Faste skift uten rotasjon. Problemet er her oftest at det er vanskelig å greie å bemanne kvelds- og natteskiptene. Og de som arbeider på slike skift vil fortsatt ha konflikten mellom ytre og indre rytmer.

2. Hurtig rotasjon fra ett skift til det neste (2-3 dager) for å unngå konsekvensene av delvis adaptasjon (4). Dette systemet er det som fortrinnsvis benyttes i Europa.

3. Seleksjon av individer med høy toleranse for forstyrrelser i døgnrytmen. På mange måter eksisterer det vel en "naturlig" seleksjon uavhengig av system, idet de som får de største plagene etterhvert faller ut. Det er sannsynligvis mulig på forhånd til en viss grad, å skille ut de som vil få problemer.

Czeisler og medarbeidere har foreslått å utytte den viten vi har om at det er lettere å tilpasse seg til faseforsinkelser enn til faseframskyvninger. Derfor laget de arbeidsplaner for roterende skiftarbeid som tar hensyn til dette, hvor ethvert skift starter senere enn det foregående, og hvor intervallet mellom hvert skift var maksimalt forlengt. I løpet av en 9 måneders kontrollert studie fant de betydelige forbedringer i



man burde sove...

arbeidernes tilfredshet, ulike helseindekser, produktivitet og jobb-stabilitet i den gruppen som hadde skiftplaner basert på slike prinsipper i forhold til kontrollgruppen (2).

OG HVA SÅ ?

I Hammerfest Felles Bedriftshelsetjeneste er jeg bedriftslege for Finnmark Fylkesrederi og Rutebilselskap, og bussjåførene her en gruppe med roterende skiftarbeid. Jeg har studert skiftplanene for 5 sjåfører i en tilfeldig valgt to-ukersperiode.

I løpet av denne perioden kjørte en sjåfører 12 skift, de andre kjørte 11 skift. Totalt sett var det 30% av alle skiftene faseforsinket, men 9 av disse hadde en forsinkelse på under 8 timer. Over halvparten av alle skift hadde faseframskyvning, som anses som det mest ugunstige og det vanskeligste å tilpasse seg til.

Har dette noen praktiske konsekvenser for arbeidssituasjonen til sjåførene? De opplever selv arbeidet og kjøreplanen som stressende. Og en kan vel ikke se bort fra at det kan ha en sammenheng med tilpasnings og adaptasjonsproblemer i forhold til rytmen deres.

I Finnmark er dette naturligvis ikke et problem bare for bussjåfører. Vår "sosiale dag" tar ikke hensyn til circadiane prinsipper, dvs. vår indre døgnrytme, og det er kanskje ikke mulig heller?

Men vi kan i alle fall ikke se bort fra at denne diskrepansen mellom ytre og indre krav gir seg negative utslag f.eks. med hensyn til stress og vantrivsel i jobben, arbeidsulykker, skolebarnas innlæringssevne, etc.. Heller ikke vet vi noe om mulige langtidseffekter på psyke og soma. ■

Litteratur:

1. Winfree AT: Circadian timing of sleepiness in man and woman.

Am J Physiol. 1982; 243. 193-204.

2. Czeisler CA, Moore-Ede MC and Coleman R: Rotating shift work schedules that disrupt sleep are improved by applying circadian principles. Science. 1982; 217. 460-2.

3. Anonymous ("Medical News"): Piloting when you "should" be sleeping: what effects? JAMA. 1981; 245:904-5.

4. Voac Z, Magnus P, Jebens E and Gundersen N: Apparent phase-shifts of circadian rhythms (masking effects) during rapid shift rotation. Int Arch Occup Environ Health. 1981; 49. 53-65.

Systemperspektiv på familierterapi

□ Berit Olsen

Forfatterne er henholdsvis psykolog og barnepsykiater. Gjennom flere års erfaring fra klinisk og pedagogisk arbeid innen familierterapien har de søkt å klargjøre hvordan man på systematisk vis kan forstå familier, og danne seg terapeutisk anvendbare oppfatninger ut fra de mønstre man kan se i familiens samspill. Det dreier seg altså ikke om en lærebok i familierapeutiske teknikker, eller om en fullstendig oversikt over den raske utviklingen på dette området de siste 30 år, men om et forsøk på å gi et teoretisk bidrag til forståelsen av hva som skjer i familien og mellom terapeut og familie i behandlingssituasjonen.

Boka gir en oversikt over de viktigste ideene som ligger til grunn for de ulike familierapeutiske skolene: den strategiske, den strukturelle, den eksperimentelle, den systematiske og den psykoanalytisk orienterte. Forfatterne har hentet sitt materiale fra alle disse retningene, og integrerer og utvider begreper fra forskjellige hold, for å søke å bygge opp en forståelse av de prosesser de iakttar og samtidig selv tar del i sitt arbeide med familier med problem.

Videre behandles kildene til informasjon om familien slik som: familiens beskrivelse av seg selv, deres ikkeverbale samspill og terapeutens observasjon av egne reaksjoner. Det gis også en utførlig omtale av begrep for å forstå og beskrive familiens liv. Om dette sier forfatterne i innledningen: "Man kan inte forstå det før vilket man inte har ett språk". Sentrale begrep som grenser, koalisjoner, roller, regler og kommunikasjon diskuteres og settes inn i en system-sammenheng.

Bokas siste del omhandler eksplorasjonsprosessen, og viser hvordan de teoretiske begrepene anvendes i den praktiske behandlingssituasjon. I det hele ligger styrken i framstillinga i anvendelsen av systemtenkning og integrering av elementer fra de ulike familierapeutiske skolene.

TIDSSKRIFTANMELDELSER



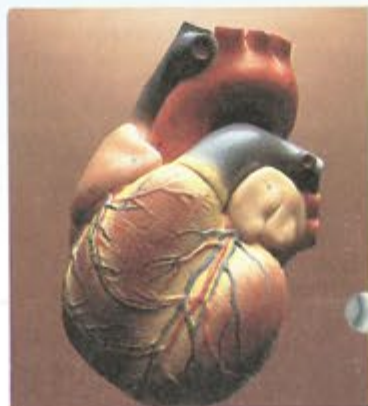
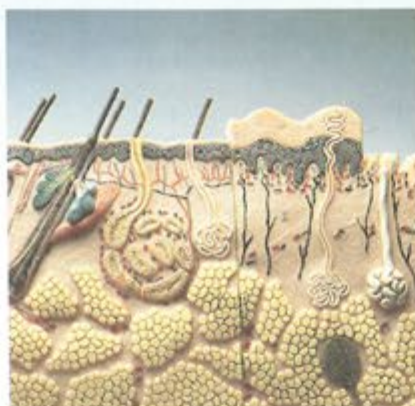
BOK OG



Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLSTRADIOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturligt pro



Monofasisk, enkel for patienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4).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., etinylstradiol 0,030 mg. Conellit s.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklusstyring. God antikonseptiv sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt lean eller ingen vektforandring. Øker plasmaproteinkonsentrasjonen av HDL-cholesterol. Virningsmekanismer: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirking av cervikalsekretet slik at spermienes passage vanskeliggjøres. 3. Påvirking av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. Absorpsjon: Hurtig. Maximal plasmaproteinkonsentrasjon: Desogestrel: 0,8-1,3 timer. Etinylstradiol: Ca. 1 time. Aftværingstid: Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinylstradiol: ca. 26 timer. Metabolisme: Både etinylstradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og feces. Øvergang i morsmelk: Man har påvist både østrogen og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboemboli eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, diabetes, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsdiabetes i anamnese (egenoppkjøpt hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationis i anamnesen. Relativt: Ikke-stabilit menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blodringeforstyrrelser, vektforandring, masteig, kvalme, hodepine, migræne og hirsute forstyrrelser (despans), samt forstyrrelser. Endring av vekt, blod, samt alisk-kjemisk normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på allergi, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandring (akutt, lokal nodular hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte bukmerer eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling inntas en grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelsene bør spesiell oppmerksomhet rettes mot cyklusregulering, kroppsvækt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, tenn og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte-karsykdom. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonseptjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer 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 tromboembolierisiko. Prevensjonstabletter kan medføre glykosoleransen, og diabetikere bør stå under streng legestyring. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykler, 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 ubleitt bortfallblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tabletinntak avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Et bortfallblødningsutløst på hver andre ledningscyklus, skal graviditetstest alltid utføres. Preparats 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 hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

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

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 66,70 6 x 21 Kr. 129,50
1.10.1995

genet gesteron



Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³



God sykluskontroll
88,1% i tredje og 90,9%
i sjette syklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³

REFERANSER

13. Weijers M. J. *Clinical Therapeutics* 1982, 4 No 5, 359-366.
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. Pallatsi, 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. Samsøe, G. *Contraception*, 1982, 25, 487-504.

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65



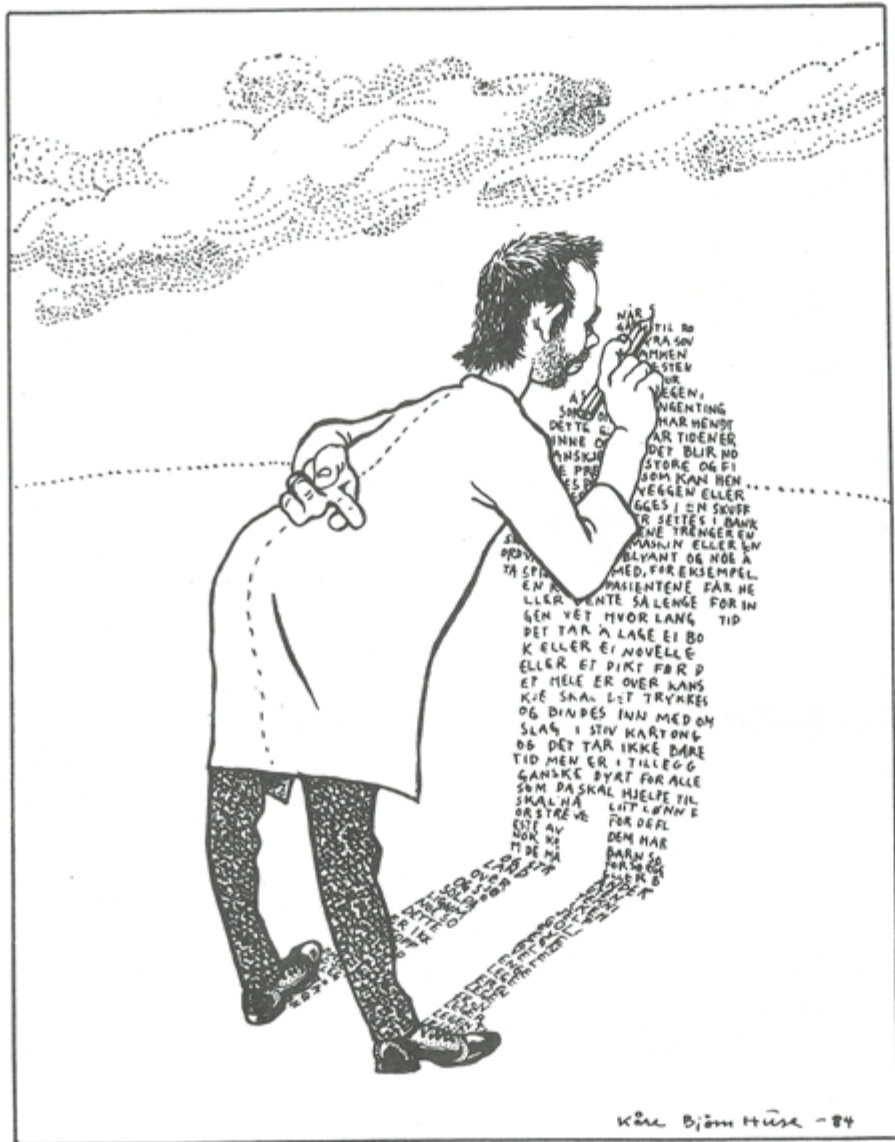
skolene til et praktisk klinisk utgangspunkt for forståelse av samspillsprosesser, slik de kan avsløre seg via gjentatte studier av samme videosekvens.

Framstillinga er klar og oversiktlig. De teoretiske aspektene er hele veien illustrert med eksempler fra dagliglivets møte med familier med problem. Boka vil utvilsomt være nyttig som en innføring i systemtenkning innen familiebehandling, og gir også oversikt og referanser for videre utdypning av emnet.

Almenpraktikere som ønsker å utvide sin forståelse av familiedynamikk, både i og utenfor behandlingssituasjon, vil finne denne boka av interesse.

Miriam Runfors og Bjørn Wrangsjo: *Familjemonster: Att forstå och beskriva familjer ur systemperspektiv. Natur och Kultur. Lund 1984. ISBN-27-01331-6. Kr. 195,-.* ■

Utpostens essaykonkurranse 1986



Magne Nylenna

Som det fremgikk av forrige nummer av Utposten betrakter redaksjonen årets essaykonkurranse som en suksess. Seks innkomne bidrag synes vi er bra, og at kvaliteten var utmerket har leserne selv kunnet konstatere.

Førsteprisvinneren Jørgen Jørgensen med essayet "Medisin og helse" ble presentert i nr. 6, og annenprisvinneren John Nessa med "Kassett og kommunikasjon" presenteres i dette nummeret.

Redaksjonen kan fullt ut underskrive juryens ord om at de prisbelønte essayene er et bevis på at det skjer almenmedisinsk fagutviklingsarbeid av høy vitenskapelig klasse ute blant kollegene. Med andre ord; våre forventninger til årets konkurranse ble mer enn innfridd! Vi nøler derfor ikke med å invitere til Utpostens essaykonkurranse 1986.

Sannsynligvis var det mange som var på nippet til å sende inn bidrag til

årets konkurranse, men som likevel lot det være. Disse, og alle andre, får nå en ny sjanse.

Håpet er selvsagt at langt flere vil delta enn de seks som sendte inn manuskripter i år.

Hva er et essay?

Ingen må la seg skremme av ordet essay. Det er ingen vanlig skjønnlitterær konkurranse vi inviterer til. Essayet er valgt for å trekke et skille mot den vitenskapelige artikkel. Essaybegrepet har et vidt innhold. Selv om essayformen rent litterært kan gis spesielle kjennetegn og definisjoner, brukes begrepet i dag om så å si alle former for skriftstykker som omhandler et bestemt emne.

Essay betyr egentlig forsøk. Og det vi venter oss er nettopp forsøk på å beskrive, analysere eller argumentere for sentrale sider ved dagens almen- eller samfunnsmedisin. De vitenskapelige pretensjoner skal ikke være for store, og det er ikke originale forskningsarbeider i form av innsamlede og bearbejdede data vi er på jakt etter.

Bortsett fra at emnet skal være aktuelt og sentralt i norsk almen- eller samfunnsmedisin, stilles forfatterne også i år fritt både i temavalg, disposisjon og fremstilling. Vi venter oss alt fra systematiske analyser og begrunnede synspunkter til mer personlige opplevelser. Håpet er at konkurransen skal kunne senke terskelen som hindrer tanker og ideer fra å bli festet til papiret.

Det at forfatterne stilles fritt i tema-valget skulle gi alle muligheter for å delta. Alle våre lesere har utvilsomt stoff til både ett og flere essays hver, og utfordringen er nå gitt.

Hvem kan delta?

Alle Utpostens lesere er velkommen med bidrag. Vi henvender oss både til leger og ikke-leger, menn og kvinner, gamle og unge.

En spesiell oppfordring går til dem som vanligvis ikke griper så lett til pennen. Sannsynligheten for å finne hittil ukjente og uforløste tanker og

Konkurranseregler Utpostens essaykonkurranse 1986

Utposten inviterer sine lesere til en konkurranse om årets beste primærmedisinske essay. Deltagerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske almen- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4 ark og bare på den ene siden av arket. Det benyttes dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør ikke være under 10 manussider og må ikke overskride 15 manussider. Dersom litteraturhenvisninger er aktuelle, føres disse opp i henhold til "Vancouver-konvensjonen" (jfr. Tidsskriftets manuskriptveiledning). Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Anonymisering:

Forfatterens navn skal ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet og ved innsendelsen skal det vedlegges en lukket konvolutt som er merket med manuskriptets tittel utenpå og som inneholder opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer. Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen.

Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: **Utposten, 6657 RINDAL** innen 15. mai 1986.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av almenpraktiker Dnlf Eli Berg Bratlie, bydelslege Elise Klouman Bekken, professor Per Fugelli og stipendiat Magne Nylenna.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1986 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL.

synspunkter er kanskje størst nettopp der.

Hva legges det vekt på i bedømmelsen?

Utposten har oppnevnt en jury som skal vurdere de innkomne bidrag. I tillegg til å vurdere om essayet virkelig omhandler et sentralt og aktuelt tema fra dagens almen- eller samfunnsmedisin, vil det bli lagt vekt både på disposisjon og form. Det er ikke de rent litterære kvaliteter som vil bli vurdert strengest, men det blir lagt vekt på at formuleringene er klare og stilen leservennlig.

Manuskriptet skal utarbeides med tanke på Utpostens lesere. Leserne består i det vesentlige av leger i kommunehelsetjenesten, men også av andre med interesse for, eller tilknytning til norsk almen- og samfunnsmedisin.

Det er en forutsetning at konkurranse-reglene følges når det gjelder manuskriptutarbeidelsen.

Altså:

La allerede nå tankene kretse omkring et emne som kan egne seg. Sett tanker og momenter på papiret og bruk mørke høst- og vinterkvelder til å raffinere og foredle budskapet. La så våren og varmen forløse essayet og sørg for at det er oss i hende innen 15. mai 1986.

Vi venter i spenning ■

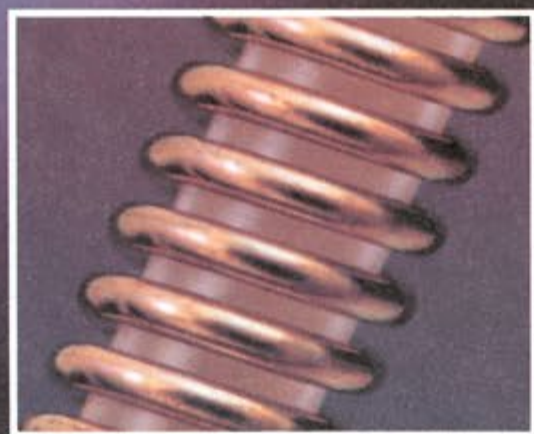
Det er ikke lenger noen grunn for å vente:

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

NYHET



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

MULTILOAD
CU375

**– med veldokumentert
5 års virketid**

Høringsuttalelse fra NSAM vedrørende NOU 1985:10 "Autorisasjon av kiropraktorer"

Ført i pennen av Signe Flottorp og Jo Telje

Sosialdepartementet oppnevnte i juli 1979 et utvalg for å utrede spørsmålet om autorisasjon av kiropraktorer. Det foreligger 3 fraksjonsstillinger, en fra utvalgets tre kiropraktorer, en fra utvalgets to leger, og en fra utvalgets to siste medlemmer (jurist og konsulent fra Rikstrygdeverket).

Til "Utkast til lov om kiropraktorer" har kiropraktorene den merknad at de mener det bør åpnes mulighet for at kiropraktorene kan foreta blodprøver. Legene i utvalget har følgende merknad til lovutkastet:

"Disse medlemmers tilslutning til at det fremsettes et lovforslag med støtte av disse medlemmer er betinget av at kiropraktorenes virksomhet begrenses som angitt i vår særuttalelse, og vil derfor at §2 gis følgende tilføyelse: Behandling med håndgrep av halsvirvelsøylen må dog ikke nyttes. Kiropraktorer må heller ikke behandle barn og ungdom under 16 år med håndgrep".

Utredningen dokumenterer et klart politisk ønske om autorisasjons- og godkjennelsesordning av kiropraktorvirksomheten. Utredningen viser også at det har skjedd en økning av trygdens utgifter til kiropraktorbehandling etter at det ble innført ordning med trygderefusjon ved legehenvist kiropraktorbehandling. Antall refunderte behandlinger pr. yrkesaktiv lege har økt med 64,3% fra 1976 til 1983. Imidlertid er bare mellom 32% og 43% av kiro-

praktorens behandlinger henvist fra lege.

Utredningen viser tydelig det tradisjonelle motsetningsforhold som eksisterer mellom kiropraktorer og leger. Argumentasjonen har vel fra begge sider til tider vært mer preget av subjektive oppfatninger og følelsesmessige utsagn, enn av saklige argumenter bygget på systematiske undersøkelser. En savner evaluerende undersøkelser av manipulasjonsgrepets effekt på forskjellige, godt definerte rygglidelser, som er vitenskapelig tilfredsstillende.

I dag er det imidlertid et faktum at kiropraktorenes virksomhet er et behandlingstilbud for en del pasienter med ryggplager. At trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor er økt siden ordningen ble innført i 1975, må tolkes som tegn på økende anerkjennelse av dette behandlingstilbudet, også fra legestanden.

Utredningen viser at det er betydelige fylkesvise variasjoner i kiropraktorenes virksomhet, spesielt den behandlingen som skjer etter henvisning fra lege. Oslo har det laveste antall refunderte kiropraktorbehandlinger, mens Nordland har det høyeste. I de fylker hvor det er større del av legehenviste kiropraktorbehandlinger, er det vårt inntrykk at både leger og kiropraktorer opplever samarbeidet som positivt.

Det er stor faglig uenighet om

effekt og bivirkningsrisiko ved kiropraktorbehandling. Majoriteten av undersøkelsene og kasuistiske erfaringer viser at manipulasjonsbehandling kan gi en rask og spontan effekt. Mer tvilsom er effekten over tid. Det er enighet om en del absolutte og relative kontra-indikasjoner.

Vi finner det urimelig med svært strenge krav til dokumentasjon av effekt av kiropraktorbehandling. Trygdens utgifter til konvensjonell fysikalsk behandling for de samme lidelser er betydelig større, uten at effekten av denne behandlingen er bedre vitenskapelig dokumentert. I den medisinske hverdag støter man ofte på problemer som ikke alltid har en ideell eller strengt vitenskapelig løsning. Pasienter med ryggplager representerer ofte slike diagnostiske og terapeutiske problemer. Det er en tallmessig svært stor gruppe, som påfører samfunnet store utgifter i form av tapt arbeidsfortjeneste og utgifter til behandling og syketrygd. Ryggplager medfører perioder med betydelig besvær og invaliditet for mange mennesker.

Leger har i dag ofte liten kunnskap om kiropraktorbehandling. En autorisasjons- og godkjenningsordning for kiropraktorer vil sikre pasienter at den som kaller seg kiropraktor har en godkjent utdanning og ideelt sett er tilstrekkelig grunnlag for å vurdere eventuelle kontra-indikasjoner mot behandling. ➡

Vi finner det hensiktsmessig at kiropraktorene selv har det fulle og hele ansvar for sin undersøkelse og behandling, og at trygderefusjon således kan gis uten legehenviisning.

Vi kan derimot ikke slutte oss til kiropraktorenes ønske om generell adgang til å sykmelde pasientene. Fravær fra arbeid av behandlingsmessige årsaker omfatter også mange andre aspekter i pasientenes totale situasjon og vurderes best av lege.

Vi kan heller ikke se dokumentert behov for at kiropraktorene skal kunne foreta blodprøve som foreslått i merknad til paragraf 3.

Ut fra utredningens dokumentasjon kan vi ikke se det foreligger gode nok grunner til et generelt forbud mot manipulasjonsgrep på halsvirvelsøylen, som foreslått i merknad til §2.

Ut fra denne pragmatiske vurdering velger NSAM å støtte det foreliggende lovutkast ■

Autorisasjon av kiropraktorer

□ Per-Jøn Hoem Kiropraktor, Kristiansund

■ Å kommentere denne artikkelen, skulle vel på nåværende tidspunkt være unødvendig for utfallet av saken. Denne er nå kommet så langt i sin prosess, at det opp til politikerne å ta den endelige avgjørelse. Skulle det derimot bidra til å bedre et forhåpentlig fornuftig samarbeide mellom leger og kiropraktorer i framtiden, kan det være på sin plass å oppta spalteplass.

De reservasjoner legene i utvalget kommer med, minner om innspurten i en valgkamp, der partene (les motparten) er mer opptatt av å være uenige, enn å komme fram til fornuftige løsninger. Når denne saken nå skal avgjøres, er det innhentet ca. 520 høringsnotater fra bl.a. en rekke kommuner, fylkeskommuner og involverte departementer. For å kunne avgi sin uttalelse er det klart at mange av disse instanser må støtte seg til sine rådgivere i helse spørsmål, i de fleste tilfeller leger.

Dette er bemerket av formannen i komiteen, høyesterettsdommer E. Endresen, og RTV representanten, M.L. Røed Kristiansen, som på s. 47 i utredningen hevder "Disse medlemmer kan ikke se bort fra at det på legehold gjør seg gjeldende betydelige fordømmer overfor denne gruppe yrkesutøvere". Det er derfor nærliggende å tro at de fleste høringsinstanser er påvirket av dette syn.

Konkret til de reservasjoner legene i utvalget kommer med: "Behandling med håndgrep av halsvirvelsøylen må dog ikke nyttes". Fra utvalgets utredning s. 47 kan

siteres: "Representantene for skolemedisin i utvalget har særlig pekt på faren ved manipulasjon av nakken. Disse medlemmer (Endresen og Kristiansen) kan ikke se at den praksis som er utøvet av kiropraktorene har ført til slike skader. Det er disse medlemmers syn at kiropraktorene etter sin utdanning er oppmerksomme på de faremomenter som kan foreligge i så henseende. De uttalelser som utvalgets medlemmer Kåss og Gedde-Dahl henviser til er etter disse medlemmers vurdering for løse og udokumenterte. Det mest kjente tilfelle i Norge som er dokumentert, er foretatt av lege uten kiropraktorutdanning".

Det kan videre henvises til at en rekke anerkjente og fullt aksepterte medisinske behandlingsformer av ikke livstruende sykdommer har en komplikasjonsfrekvens med dødelig utgang på mer enn 1:1000.

Undersøkelser har vist at komplikasjonsfrekvensen ved manipulasjonsbehandling av halsvirvelsøylen er ca 1:20.000.000 (Ref.: Injuries to the vertebral artery caused by manual therapy. Guttman Manuelle Med. 1983). Vedrørende 16 års grense ved behandling som mindretallet i utvalget Kåss og Gedde-Dahl framsetter, så er dette for kiropraktorene uakseptabelt og dårlig faglig begrunnet. Norge ville i så fall være det eneste landet i verden med en slik begrensning. En kiropraktorlov med slike forbehold vil umuliggjøre en forsvarlig kiropraktorpraksis, og ville vekke internasjonal oppsikt. Vi kiropraktorer får til stadighet henvist pasienter med nakkelidelser og pasienter under 16 år fra leger landet over. Kiropraktorene tekkes stadig mer inn i forebyggende arbeid blant yngre aldersgrupper, et område som til

nå har vært meget forsømt.

Når Brekke i en bisetning hevder å mene at mange fysioterapeuter behersker vesentlige sider av belastningslidelsenes forebygging og behandling så vil jeg bare vise til de utredninger og sammenligninger som er gjort på dette felt. Jfr. siste gallup. Pasientene bør tross alt bli hørt i denne sak. Det er de som kjenner hvor skoen trykker.

En kommentar til at det bør innføres en henvisningsordning, så er det bare å si at det har vi hatt siden 1974, uten at denne har fungert tilfredsstillende for noen av partene. De fleste leger jeg har snakket med om dette vil være glad den dagen de slipper denne henvisningsordningen.

Det siste hjertesukk vedrørende den kiropraktiske metodens vitenskapelige begrunnelse, og forklaring, så vil det måtte bli en artikkel for seg selv. Det er i dag presentert en mengde litteratur som underbygger fagets berettigelse både fra kiropraktorer og medisinske autoriteter. Det neste mål må nå være at begge parter inntar en positiv holdning til problemstillingen, for sammen å arbeide for pasientenes beste.

NOU 1985:10

Autorisasjon av kiropraktorer

□ Dag Brekke kommunelege II i Molde

Hittil har tittelen kiropraktor ikke vært lovbeskyttet men Norsk Kiropraktorforening har bare tatt opp medlemmer med bestemt utdanning, vanligvis 4-6 årig utdanning fra kiropraktorskole i USA eller England. Det er nå ca. 100 praktiserende kiropraktorer i Norge.

Sosialdepartementet nedsatte 3. juli 1979 et utvalg som fikk følgende mandat:

"Utvalget skal utrede spørsmålet om autorisasjon om kiropraktorer, herunder de faglige, juridiske og økonomiske sider av saken. Det skal legges spesiell vekt på å utrede de økonomiske og administrative konsekvenser av de forslag som legges fram".

Utvalget har hatt 7 medlemmer, 3 kiropraktorer, 2 leger, 1 høyesterettsdommer og 1 konsulent fra Rikstrykdeverket. Norsk Kiropraktorforening satte som betingelse for sin deltagelse at det ikke skulle være noe medlem av Norsk Fysioterapeuters Forbund i utvalget.

I NOU 1985: 10 avgir utvalget sin innstilling. NOU har ikke noen sammendrag, men den munner ut i et utkast til lov om kiropraktorer.

Siden 1974 har Folketrygden gitt en viss refusjon for kiropraktorbehandling etter henvisning fra lege. Det er en klart økende tendens i antall henvisninger fra lege til kiropraktor.

Utvalget går enstemmig inn for at kiropraktorene må gis en offentlig

lig autorisasjon med hjemmel i lov som foreslått.

KIROPRAKTORENE

Kiropraktorene i utvalget mener at lovforslagets §3 bør åpne for mulighet til at kiropraktorene kan ta blodprøver, i det de hevder at dette er en del av kiropraktorenes utdanning og en naturlig del av den undersøkelse de bør foreta.

Til dette er å bemerke at selve prosedyren å ta blodprøve kan betraktes som harmløs, men som likevel er en prosedyre som har sine kontraindikasjoner. Mere tungtveiende er imidlertid det at den som tar blodprøve i diagnostisk øyemed også må besitte tilstrekkelig kunnskap til å kunne fortolke prøveresultatene. Dette bør tilligge det personalet som har best mulig medisinsk kunnskap og har muligheter for differensialdiagnostiske overveininger over hele det medisinske felt. Det er bare leger som samfunnet idag anser å ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne forestå dette. Av hensyn til pasientenes sikkerhet bør dette fortsatt være det enerådende syn.

LEGEREPRÆSENTANTENE

De to legerepresentantene i utvalget støtter lovforslaget under forutsetning av at kiropraktorenes virksomhetsområde begrenses noe, og de ønsker en tilføyelse til lovforslagets §2 sålydende:

"Behandling med håndgrep av halsvirvelsøylen må dog ikke nyttes. Kiropraktorer må heller ikke behandle barn og ungdom under 16 år med håndgrep".

Forslaget om 16 års aldersgrense er blant annet fremmet under henvisning til at skjelettet

fortsatt er i vekst og at det forekommer skjelettanomali-er som har sin bakgrunn i at det er beskrevet eksempler på tværr-snittslesjon av ryggmargen i nakkenivå med total lammelse av armer og ben som følge. En nøktern risikovurdering av dette i forhold til risikoen ved behandlingsmessige tiltak i helsevesenet forøvrig, tilsier vel at en slik reservasjon ikke tillegges avgjørende vekt.

AUTORISASJONSSPØRSMÅLET

Selve autorisasjonsspørsmålet er det enighet om, idet en da vil kunne stille formaliserte utdanningskrav og få en rettsbeskyttelse av yrkestittelen. Dette vil medføre at ikke seriøse yrkesutøvere uten tilstrekkelig formelle kvalifikasjoner faller ut av markedet.

En aktuell problemstilling er om kiropraktorene skal gis selvstendig myndighet til å drive diagnostisk og terapeutisk virksomhet, slik at pasienten kan henvende seg direkte til kiropraktoren uten noen kontakt med lege. For behandling hos fysioterapeut, også behandling hos fysioterapeut med spesialutdannelse i manipulasjonsbehandling, kreves det idag henvisning fra lege. Manipulasjonsbehandling som fysioterapeuter utøver er svært lik den virksomhet kiropraktorene driver. Kiropraktorene mener imidlertid at fysioterapeutenes utdannelse på området er utilstrekkelig, mens fysioterapeutene på sin side mener at de behersker andre vesentlige sier ved belastningslidelsenes forebygging og behandling som kiropraktorene ikke kan.

Og dette siste er riktig etter mitt skjønn.

Lovforslagets §3 angir begrensninger i kiropraktorenes virksomhet i forhold til virksomhet som forutsetter autorisasjon som lege. Men i lovforslagets §9 overlates ansvaret for videre henvisning til lege eller sykehus til kiropraktoren selv i tilfeller der denne mener det er behov for supplerende undersøkelser eller behandling. Kiropraktoren skal få skriftlig rapport om resultatene.

Ved dette gis kiropraktoren større kompetanse enn han reelt har. Forutsetningen for å kunne erkjenne et problem, er at man ut fra sin utdannelse og erfaring vet at problemet eksisterer. Erfaringer fra legers samarbeid med sykepleiere og fysioterapeuter

tilsier at man skal være tilbakeholden med å bruke en mindre kompetent instans til å foreta, enn si ha ansvaret for, utredningsmessige og differensialdiagnostiske vurderinger. Slik §9 er utformet kan vi komme i den situasjon at kiropraktorer, også for å sikre seg selv, begynner å bruke sykehuslaboratorier og poliklinikker direkte.

Dette vil være i strid med det som hittil har vært det rådende syn i Norge: at koordinator for utredningsmessige og behandlingsmessige tiltak utenom sykehus skal være en primærlege.

Både av hensyn til det koordinerte behandlingstilbud de fleste pasienter trenger, og til ressursbruken, bør denne side av lovforslaget vurderes nærmere. Et bedre informasjonssystem fra lege til kiropraktor og fysioterapeut er ønskelig, og tilsvarende er den andre veien helt nødvendig om vi skal få innarbeidet en mer rasjnell bruk av disse to behandlingstilbudene. Slik komiteen har vært sammensatt, har ikke dette spørsmålet vært vurdert uttømmende.

SAMMENFATTENDE

ser jeg det slik at det bør innføres en autorisasjon av kiropraktor i Norge etter de retningslinjer som er fremlagt i lovforslaget. Imidlertid bør forslaget §9 omformes slik at det går tydelig frem at kiropraktorene skal forholde seg til den primære helsetjeneste og ikke selv kan iverksette eller rekvirere undersøkelser eller prosedyrer som forutsettes utført av autorisert lege. Det må etableres informasjons- og kommunikasjonssystemer som ivaretar den nødvendige smidighet. Mest hensiktsmessig kan dette ivaretas ved at det innføres en henvisningsordning fra lege til kiropraktor tilsvarende den som i dag gjelder for fysioterapeuter, og med informasjonsplikt tilbake.

Til sist et hjertesukk. Det hevdes at den kiropraktiske metode savner vitenskapelig fundament, og forklaringsmodellene er mange. Det er beklagelig at kiropraktorene ikke har tatt dette mer alvorlig. Seriositeten trekkes også i tvil når gruppen finner det formålstjenlig å gå ut i landets aviser med en bestilt gallupundersøkelse som åpenbart er grovt biased. På den annen side er en del av de holdninger leger har tilkjenngitt heller ikke preget av den åpenhet som en vitenskapelig skolering skulle tilsi.

Det er å håpe at denne saken nå kan få sin fornuftige løsning.

Hva mener fysioterapeutene?

UTPOSTEN beklager at Norske Fysioterapeuters Forbund ikke er tilgodesett med et innlegg om kiropraktorgodkjenning i denne omgang. Her følger den helt ferske resolusjonen om dette fra landsstyremøtet 13-16 nov. Et mer utfyllende innlegg vil komme i neste nr.

RESOLUSJON OM NOU 1985:10 VEDTATT AV NFF'S LANDSTYREMØTE 13 - 16 NOV. 1985

Landsstyremøtet 1985 i NFF går på det sterkeste imot en autorisasjon av kiropraktorer som innebærer at pasientene kan henvende seg direkte til dem uten henvisning fra lege og at dette dekkes over Folketrygden. Kiropraktoren har ikke dokumentert at deres utdannelse gir dem en slik kompetanse.

Sosialdepartementet har uttalt at helsepolitikk er utdanningspolitikk. Utdannelse av kiropraktorer foregår utenfor landets grenser. Norske myndigheter har derfor ingen innflytelse på utdanningsinnholdet.

Å gi autorisasjon som primærkontakt til en gruppe hvis utdannelse man ikke har styring over, er derved på tvers av norsk helsepolitikk.

NFF's landsstyremøte ber politikerne ta konsekvenser av sin egen helsepolitikk og dermed ikke gi kiropraktorene den autorisasjon som er foreslått.

Fysioterapeuter har i dag en 3 års videreutdanning i Manuell Terapi. Denne utdannelsen er NORSK og dermed påvirkbar av norske myndigheter.

Norske Fysioterapeuters Forbunds Landsstyremøte påpeker at dersom kiropraktorene får autorisasjon som primærkontakt, må samme autorisasjon gis til fysioterapeuter.

RESEPTEN:

velbegrunnet eller tilfeldig terapi?



Øystein Pedersen
almenpraktiker Dnlf, Molde

FRA "LEGEMIDLER OG HELSE 1985" (4)

Legemiddelsalg fra apotek 1983	Kr 2.237.000.000
Sykehusenes andel	" 350.000.000
Blåresept-medikamenter	" 945.000.000
Legemiddelsalg pr. innbygger 1983	" 542
Beregnet legemiddelforskrivning pr. almenpraktiserende lege 1983	" 500.000
1.500.000.000 : 3000	

■ Forskrivning av medikamenter er almenpraktikerens hyppigste tiltak i terapeutisk hensikt. Verdien av denne forskrivning kan anslås til ca. 500.000 kroner pr. lege pr. år altså 2000-3000 kroner pr. arbeidsdag. Med den forankring klinisk praksis har i naturvitenskapelig undersøkelser med utprøving av medikamenter, skulle vi tro at reseptbruken var en noenlunde standardisert arbeidsprosedyre med "riktige" medikamenter gitt på "riktige" indikasjoner.

Flere undersøkelser har imidlertid vist betydelige ulikheter i legens bruk av resepten i konsultasjonen. En norsk undersøkelse ved Rutle og Forsen (5) viste at en gjennomsnittlig almenpraktiker skriver resept til vel halvparten av sine pasienter (56%), med en variasjon fra 6 til 96 reseptforskrivninger pr. 100 konsultasjoner! Undersøkelser fra England viser samme tendens, der med en variasjon fra 29 til 83% reseptbruk i konsultasjon (6). Hvis all medikamentforskrivning er basert på kliniske realiteter: hvorfor er det da så store variasjoner mellom de enkelte leger? Og hvorfor viser Norsk Medisinaldepots salgsstatistikk for 1983 (3) så store fylkesvise ulikheter i forskrivningsmønsteret?

Av statistikken kan vi bl.a. lese at

- laxantiaforbruket pr. innbygger er over tre ganger så høyt i Oslo som i Finnmark
- det fylkesvise salg av vitamin B12 pr. innbygger varierer fra 37 til 169% av landsgjennomsnittet
- i Oslo selges dobbelt så mye antibiotika pr. innbygger som i Akershus
- forbruket av benzodiazepiner er i Østfold dobbelt så stort som i Oppland, og nesten fire ganger så stort pr. innbygger som i Sogn og Fjordane
- østrogensalget pr. 1000 kvinner i menopausal alder varierer fra 18 (i Troms) til 119 (i Oslo) døgndoser (DDD)

De geografiske forskjeller er

store, men også de individuelle forskjeller mellom leger i samme fylke, eller samme kommune, er betydelige. Dette gir gode holdepunkter for å påstå at vår forskrivningspraksis styres av en rekke forhold som ikke nødvendigvis er klinisk/medisinsk forsvarlig begrunnet. Hjortdals undersøkelse av vår takling av problemet sår hals i almenpraksis (Utposten nr. 3-85) viser det samme.

Fugelli viste i en litteraturstudie (1) at forskrivning av legemidler ikke er en så rasjonell gjerning som vi helst vil tro. Han fant at våre forskrivningsvaner blir påvirket av en rekke forhold, bl.a. legemiddelindustriens markedsføring, vår utdanning og interesse for farmakoterapi, forhold ved vår praksisform, krav fra pasientene, holdninger i samfunnet, m.m.. Rutle og Forsen (5) fant at den

kvantitative reseptbruk, altså hvor ofte legen forskriver medikamenter, påvirkes lite av legens kjønn, alder, praksisforhold og etterutdanning. Med hensyn til det kvalitative aspekt, altså hva som er optimal behandling, vet vi for lite om hvilken terapi som er best ved de fleste problemer, og vi vet lite om hva som får legen til å velge det ene eller det andre.

Pasienter med samme helseproblem får iallefall ikke samme undersøkelse og behandling, ikke bare fordi pasientene er ulike, men kanskje enda viktigere - fordi legene er ulike. Problemet blir da om all denne forskjellsbehandling er likeverdig medisinsk sett, eller om noen pasienter underbehandles, overbehandles eller feilbehandles?

Det er flere fornuftige og akseptable grunner til stor variasjon i reseptbruken:

- Det er relativt få absolutte indikasjoner for medikamentell behandling, og mye er overlatt til den enkelte leges skjønn

- Det er mange behandlings-trengende tilstander der flere behandlingalternativer er aktuelle (f.eks. ulcus pepticum, ischias), uten at noe enkeltmedikament er bevist som "det ene rette" i terapien

- Vi behandler ikke alle pasienter med samme diagnose likt. Individuelle forskjeller nødvendiggjør ofte at samme lege praktiserer ulik tilnærming og behandling av ellers like problemer.

Problemet med ulik forskrivningspraksis er ganske sikkert stort ved tilstander der medikamentbruk har tvilsom eller usikker indikasjon. Det kan dreie seg om f.eks. katarrhalsk otitt, barn med feber, nakkemyalgier, utslitte og deprimerede husmødre, unge piker med hodepine, altså situasjoner der ingen medikamentell behandling egentlig er nødvendig, men hvor det ofte blir spørsmål om å gjøre noe likevel. Hvordan bestemmer vi oss i slike situasjoner?

- Kanskje burde vi bli klarere både overfor oss selv og pasienten når det er tvil om medikamentforskrivning er hensiktsmessig, istedenfor autoritært og automatisk skrive en resept på usikkert grunnlag?

Kanskje burde vi se på oss selv ikke som mytiske helbredere som forordner, terapi på symbolpegede resepter, men mer som bedre-

vitende kunnskapsforvaltere og formidlere som snakker med folk om deres problemer? Jeg tror at liberal forskrivningspraksis kan svekke folks evne og tiltro til egenomsorg, og at det viktigste og riktigste vi kan gjøre i mange tvilstilfeller er å bruke hode og tid til relevant helseopplysning.

Vår holdning til reseptblokken kan si litt om vår holdning til pasienten og til vårt fag. Vi lever i et behandlingssamfunn der grensene mellom det friske og det syke er diffuse og utflytende. Jo flere behandlere det er, jo flere pasienter blir det. Mange kontakter helsevesenet med

HVA PÅVIRKER VÅR RESEPTBRUK?



DET ER OFTE VÅRSELIG Å BESTEMME SEG ...

plager og problemer som åpenbart har helt klare ikke-medisinske årsaker. Det er derfor ikke alltid at det å tilby medikamenter er relevant terapi. Vi bør vel heller ikke bestrebe oss på å skape forventninger om at der kan gis pille for alt som er ille, men heller oppmuntre til eget ansvar for helse- og livsproblemer der det finnes ressurser vi kan hjelpe fram.

Vår forskrivningspraksis i slike situasjoner med tvilsom medikamentindikasjon er med på å forme et terapeutisk mønster for oss selv og våre pasienter. Det er ikke bare pasientens forventninger som påvirker oss, det ser ut til at pasientenes forventninger i enda større grad påvirkes av våre holdninger og forskrivningsvaner (Antibiotika, psykofarmaka, analgetika). Slike vonde sirkler kan det bli vanskelig å komme ut av senere.

Et ekstra tankekors bør det vel også være at unødvendig forskrevne medikamenter påfører pasienten en unødvendig helse- og livsrisiko. De kjemikalier vi for-

valter med resepten har potensialer til å gi pasienten betydelige problemer i form av utilsiktede bivirkninger og komplikasjoner. Mer enn en gang har vi nok alle opplevd å se invalidiserende sedasjon, allergisk exanthem, plagsom diare eller hissig dyspepsi av medisin gitt på usikker indikasjon. I en engelsk undersøkelse fra sykehus (8) ble 290 av 815 pasienter påført ialt 497 iatrogene komplikasjoner/sykdomstilstander, og 208 av disse skyldtes medikamenter. Fortsatt har vi årlig over 20 medikamentinduserte dødsfall i Norge!

Men tilbake til konsultasjon igjen: Hva er det som avgjør terapivalget når en pasient kommer til legen med plager han ønsker hjelp for? Hvis han gikk til 10 forskjellige leger med sin dyspepsi, ville han da oppleve 10 forskjellige måter å bli behandlet på? Hva er vi enige om - og hva er gjenstand for skjønn? Hva er riktig bruk av medikamenter, og hva er feilbruk, overforbruk eller underforbruk?

Selv om det ikke finnes definitivt rette og gale måter å løse alle problemer på, finnes det åpenbart gale måter å bruke resepten på (6).

Flere forhold kan påvirke oss til reseptbruk altså forskrivning av medikamenter uten tilstrekkelig klinisk medisinsk grunnlag:

1. For lettvinthets skyld, slippe tidkrevende forklaringer og diskusjoner med pasienten.
2. Behov for helgardering, medisinsk og juridisk, ved å behandle "for sikkerhets skyld" på usikkert indikasjonsgrunnlag.
3. Behov for å markere mestring av situasjonen, at man har diagnostisert tilstanden og vet hvordan den skal behandles ("Doktor-rolle-spill").
4. Behov for å leve opp til pasientens forventninger, gjøre pasienten fornøyd og konsultasjonen hyggelig.
5. Av ren vane/uvane, der man ureflektert og automatisk griper reseptblokken og tenker lite på ekspektans helseopplysning.
6. Behov for å rettferdiggjøre konsultasjonen som medisinsk berettiget, gi pasienten noe konkret igjen for honoraret.
7. Behov for å få avsluttet konsultasjonen fordi man har det travelt, er lei av pasienten, er trett e.l..

Ettersom vi tydeligvis er doktor på vår egen måte og har vår egen stil m.h.t. medikamentfor-skrivning og reseptbruk, er vi oss selv nærmest når det gjelder å evaluere vår egen praksis: om vi ofte befinner oss på tynn is medisinsk sett.

Det er ingen realistisk eller ønskelig målsetting å standardisere alt til en riktig måte, ett riktig preparat, ett korrekt handlingsalternativ. Men samtidig bør det ikke være rent lotteri for pasienten å søke legehjelp. Vårt fag er forhåpentligvis såpass konsistent at det ikke er rene tilfeldigheter som bør råde. I alle fall bør den eksisterende variasjonsbredde i større grad kunne forklares ut fra klinisk medisinsk begrunnelse, og ikke skyldes irrasjonelle ikke-medisinske forhold som styrer oss i forskjellige retninger.

Ulike tiltak kan hjelpe oss på vei i riktig retning.

1. Vi kan få apotekstatistikk på vår praksis og sammenligne og diskutere med kolleger - et tilbud fra NSAM.

2. Vi kan bruke lokale kollegamøter eller grupper for å diskutere terapeutisk ved ulike vanlige tilstander (lumbago, otitt, pseudokrupp, asthma).

3. Vi kan dyktiggjøre oss i konsultasjonsteknikk, lære å forholde oss til både rimelige og urimelige pasientforventninger, tåle mer konfrontasjon og konflikt i konsultasjonen enn den tradisjonelle harmonimodellen vår tillater, lære å ta pasienten på alvor, gi konkrete svar der vi har svar og være ærlig med vår tvil når vi er i tvil. Alt dette vil gi bedre kontakt og styrke grunnlaget for rasjonell terapi.

4. Vi kan i enda større grad kvalifisere oss til helseopplysningsinnsats overfor pasienter der medikamentenes plass har tvilsom verdi, og der kanskje forklaringer om normal-anatomi, fysiologisk variasjon, livsstilspålegg, spontanforløp av småskader og febersykdommer kan være det pasienten trenger mest.

5. Vi kan mer kritisk egen-evaluere vår praksis, følge opp våre pasienter nøyer, etterkontrollere hvordan pasienten bruker resepten, vurdere risikomomentene ved ikke å gi medikamenter nøyer, registrere daglig/ukentlig medikamentfor-skrivning og kostnad m.m..

6. Vi kan kanskje til og med

forsøke i vår egen praksis, f.eks. "100 antibiotikakurer spart ved aktiv ekspektans", "5 samtaler istedenfor psyko-farmaka", "ryggbehandling uten medikamenter", "bivirkninger ved antibiotikabruk i almenpraksis" m.m..

Vår bruk av resepten er interessant på mange måter. Den representerer vår offisielle konklusjon - diagnostisk og terapeutisk - på pasientens problem. Den er et viktig kommunikasjonsmiddel både overfor pasienten og apoteket (2). Den formidler til pasienten at han har en tilstand eller sykdom som trenger medisiner for å bli bra og er en viktig helseopplysning for pasienten og hans nærmiljø. Den påfører også pasienten og samfunnet betydelige kostnader til medikamenter, bare i 1983 ble det skrevet blåresepter for 945 millioner kroner! Som sentrale ressursforvaltere i helsevesenet er det viktig at den jobben vi gjør har forankring i rasjonell medisinsk praksis, og vi bør i størst mulig utstrekning egen-evaluere oss ut av den uønskede situasjon at deler av vår for-skrivning skjer på feilaktig eller irrasjonelt grunnlag.

Litteratur:

1. Fugelli P: Hva bestemmer legenes forskrivningsvaner? Tdnlf 1977, 1383-1384

2. Mandt I: Resepten som kommunikasjonsmiddel. Tdnlf 1983, 103; 583-588

3. Norsk Medisinaldepot: Årsrapport 1985.

4. NOMI & NO-RE-FARM: Lege-midler og helse 1985.

5. Rutle O & Forsen L: Allmen-praksis. Tema med variasjoner SIFF Gruppe for helsetjeneste-forskning. Rapport nr. 8 - 1984.

6. Ryde D: Prescribing - controversial craft? Practitioner. 1981 Vol 225; 283-285.

7. Rössner S: Ekspektans - en bra och billig terapi som bør användas oftare? Nordisk Medicin 1980 vol. 95; 143-146.

8. Steel, Knight et al.: New England Journal of Medicine 1981, 304, 638.

RISP



- Den største angsten er når du ikke lenger vet hvorfor du er til. Da gir legen deg en pille.

Beit

annonse

NORSK FORENING FOR INTERNASJONALE
HELSESPØRSMÅL arrangerer

Kurs for helsearbeidere til u-land

på Hellerud gård i Nittedal 28. april- 9. mai 1986.

Tema: Primærhelsetjeneste, tropemedisin, forebyggende helsearbeid, katastrofemedisin, kirurgi, obstetrikk/gynekologi, mor/barn, ernæring.

Kursavgift: For deltaker som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive kost og losji. Andre kursdeltakere må betale kost og losji selv, ca. kr. 300.- pr. døgn. Utover dette er det ingen kursavgift.

Søknadsfrist: 14. mars 1986. Søknaden skal inneholde opplysninger om utdannelse, praksis og evt. planer/avtale om utreise. Alle interesserte kan søke. Søknaden sendes til NFIF, Postboks 295, Sentrum, 0103 Oslo 1.

Det vil bli arrangert et tilsvarende kurs høsten 1986.

Et samfunnsmedi



□ Pål Gulbrandsen □
kommunelege i Aurland

Pål Gulbrandsen, 30 år, cand.med. Bergen 1979, turnustjeneste i Drammen og Lavik, bedriftslege i Hallingdal mobile bedriftshelse-tjeneste 16 mndr.. Siden januar 1983 kommunelege i Aurland.



Kanskje føler mange som jeg, at den kommunale saksgang kan være en hemsko i arbeidet med å forebygge helseproblemer. Da kan det være fristende å gå snarveien til befolkningen, f.eks. gjennom torgappeller eller pressen. Det er slett ikke umulig at samfunnsmedisineren kan oppnå meget ved en slik angrepsmåte. Her er imidlertid fallgruber man lett faller i om engasjementet blir for sterkt.

Nye helserådstjenester

Fra begynnelsen av det forrige århundret og fram til i dag har forebyggelse av de epidemiske infeksjonssykdommer stått sentralt i samfunnsmedisinen, ja, forebyggende helsearbeid har nærmest vært identifisert med tuberkulosebekjempelse, drikkevannskontroll og rottekrig. At dette nå omsider er vesentlig endret, ser man klart av innholdsfortegnelsen i den gode NOU 1984:28, Helserådstjenesten, der egne kapitler er viet ernæringsarbeid, sosiale miljøfaktorer og ulykkesforebyggende arbeid.

For oss er det blitt en selvfølge at vi bør arbeide også innenfor disse feltene, men det betyr ikke at folk flest umiddelbart innser at det er rett. I sær i ulykkesforebyggende arbeid kan det nok være vanskelig å se hvorfor legerne skal være spesielt meningsberettigede. Og nettopp ulykkesforebyggende arbeid har interessert meg særlig.

Blant ulykkene står, ved siden av hjemmeulykkene, trafikkulykkene, sentralt. Resultatene her veier tungt når det beregnes tapte leveår. Hundreder av liv ofres årlig på transportens alter. Det er bred politisk enighet om at noe kan gjøres med dette, men virkemidlene kan være mange og er tydeligvis ikke lette å enes om.

For fort på smale veier

I vår kommune kjøres det fort på

sinsk lærestykke

smale veier. Fortau eller andre fysiske skiller mellom bløte og harde trafikanter er mangelvare. Men, til dags dato er det ikke drept myke trafikanter i kommunen. Dermed er det ikke noe PROBLEM!

Konflikt bil og barn

Blant de raskeste bilførerne er stedets rørlegger. Han leier lager av kommunen i samme hus som barnehagen. Atkomstveien er felles, en ca. 3 m bred innkjøring. Rørleggeren har dessuten behov for stor utelagringsplass, slik at barnas uteareal ligger langt under gjeldende normer. Barnehagen drives derfor med dispensasjon.

Blant vilkåra for fortsatt dispensasjon, heter det at kommunen må ta skritt til å forbedre disse forholdene. Intet initiativ er kommet i den anledning, da man har manglet arealer som rørleggeren har kunnet akseptere. Hver dag buser han i 30-40 km/t inn oppkjørselen, og om det er barn i veien eller på plassen foran huset betyr ikke det at han flytter høyrefoten. Nei, ved flere anledninger har han faktisk blitt sint på foreldre eller personale i barnehagen fordi de ikke har sett bedre etter barna.

Helserådet maktesløst

I daværende Helseråd fikk jeg i 1983 ingen respons når jeg forsøkte å få politikerne til å ta et initiativ. Man fant ingen klare forskrifter å hjemle vedtak i.

Foreldrerådet maktesløst

Gjennom Foreldrerådet anmodet kommunen flere ganger om å endre på forholdene, uten en gang å få svar. Da jeg selv ble medlem av foreldrerådet, og vi påny ble oversatt med vår henvendelse, var det at det sprakk. Ville de ikke høre på annen måte, så fikk jeg skrike høyt i pressen. Det resul-

terte i følgende innlegg i lokalavisa, under full tittel, og med bruk av fullt navn på rørleggeren:

Innlegg i pressen:

Når skal det første barnet plukkes opp fra gata i Aurland?

Jeg gjør det helt klart med en gang - dette er et angrep på Aurland kommune, rørlegger N. og en stor prosent av Aurlands menn generelt.

I Aurland tar ikke menn seg av barn. De kjører bil - og mener at kvinnene bør se bedre etter barna. Antagelig tror de at barn kan parkeres som biler. De få som holder fartsgrensen i byggefeltene bremses bare unntaksvis når de passerer en barneflokk. Etter mye mas har vi endelig fått 30 km/t soner, men hastigheten er som ventet den samme. Det eneste som kan dempe hastigheten, fartsdumper, vil man ikke bygge.

Den ene grunnen jeg har fått oppgitt er nær sagt utrolig, man er redd det vil skade bilene! Den andre er mer sannsynlig: man kommer ikke opp bakkene når det er glatt. Hvis man må bryte fartsgrenser eller kjøre hensynsløst for å komme opp om vinteren skal man legge på kjettinger, ikke forsøke å kjøre i hjel barn!

Sentrum barnehage har i flere år hatt et anstrengt samliv med rørlegger N. Denne mannen leier lagerplass av kommunen i barnehagebygget og deler atkomstvei med barna. Rørleggeren liker ikke at det er barn der. Derfor reduserer han ikke bilens hastighet ved kjøring inn i området før han har skremt foreldre og ansatte halvveis opp i hagen til den maktesløse lensmannen.

Når barna ikke rekker så langt, tillater N. seg å bli sint! HAN blir sint! Personalet i barnehagen har i lang tid forsøkt med det gode, men det hjelper

selvfølgelig ikke. De rådet meg fra å skrive dette brevet, fordi de venter at N. vil hevne seg med å kjøre enda mer hensynsløst!

Helt siden høsten 1982, da Foreldrerådet enstemmig ba kommunen om å påskynde arbeidet med å finne annen lagerplass til N.N., har Aurlands folkevalgte vært oppmerksomme på problemet. Intet er gjort, og det er vel ikke å vente, for ingen er jo drept ennå. Denne hensynsløse rørlegger har selvfølgelig ikke rett til å kjøre uforsvarlig selv om han disponerer området, men kommunen må ta konsekvensene av dette umulige samliv og skille de to virksomheter straks! I mellomtida bør N. gå i skole hos sin sønn, som viser hensynsfull og fornuftig kjøring på stedet - og takk for det!

Dette brev er foranlediget av at en rekke henvendelser, formelle og høflige, ikke har gitt resultater. At Aurland kommunestyre har over 80% mannsrepresentasjon holder jeg for årsaken til de viser noe annet. I 1983 forsøkte jeg å få Helserådet til å ta hansken opp, men nei. Slike ting skal ikke en lege befatte seg med, forsto jeg.

Slik den epidemiske situasjon for tida er i Aurland, er det intet annet forebyggende helsearbeid som veier tyngre enn trafikksikringsarbeidet. Det blir meg som må plukke barneliket opp av gata. Den jobben bytter jeg gjerne med dere, mannfolk! Før det skjer blir vel intet gjort!

Debatt fulgte

Reaksjonene lot ikke vente på seg. Debatten bølget i lokalsamfunnet i minst tre uker etterpå. Fra flere hold fikk jeg uventet støtte. Mange mente det var helt på sin plass, men de fleste reserverte seg for personangrepet og ordvalget (barneliket). Saken vant altså gehør, men at jeg kalte en spade en spade, det var

ikke populært.

Politikerne ga ikke en lyd fra seg. - Men, NRKs distriktskontor tok emnet opp, og stilte ordføreren opp til intervju mot tre mødre fra byggefeltet. For det første sa han at kommunelegen ikke har noe med hvem som passer barna, m.a.o. tok han fatt i et av mine bipoeng, kjønnsforholdene. Dernest sa han med tyngde: "Kommunelegen legg seg bort i ein del ting han ikkje har noko med å gjera."

Nei vel. Som dere kanskje forstår, nytter det her lite å komme med NOU:1984:28 og vise til det sju sider store kapitlet om ulykkesforebyggende arbeid. Dette har nemlig ikke leger greie på, ikke har de hatt det før, og ikke har de det nå.

I dag er legen forlengst dels dyttet, dels har han selv gått ned, fra pīdestallen. Dertil kommer altså at vi nå inkorporerer praktisk talt alle samfunnsproblemer i begrepet samfunnsmedisin. En samfunnsmedisiner med respekt for seg selv er oppvakt av videovold, arbeidstidsreguleringer, sur nedbør og atomkrig.

Samfunnsmedisin og politikk

Jeg synes det er riktig. Men da bør vi være forberedt på å bli møtt på banen. Om alt dette kan vi ikke regnes å ha vesentlig bedre kunnskaper enn mange andre. Vår autoritet blir trukket i tvil og våre ord er ikke lenger lov. Nøkkelen ligger i selve ordet samfunnsmedisin - SAMFUNN. Samfunnet er alle, og hvordan det løser sine problemer kalles politikk.

Hvis vi nå innser, og det bør vi, at et samfunnsmedisinsk engasjement i realiteten også er et politisk engasjement, er mye vunnet. Om du føler deg aldri så objektiv, vær sikker på at andre oppfatter deg annerledes.

Bare tre måneder etter at jeg flyttet til Aurland holdt jeg en torgappell om de medisinske virkningene av atomkrig. Etter dette så man lenge med skepsis selv til mine rutineframlegg for Helserådet, helt til jeg, tilfeldigvis, fant veien til bygdas hjerte.

Veien til bygdas hjerte

Jeg begynte i stedets aktive bridgekubbe. Etter en sesong var jeg avmystifisert og akseptert. Det viste seg langt lettere å få folk i tale om samfunnsmedisinske

spørsmål der enn i rollen som lege. Jeg hadde funnet en kanal og bygget allianser.

Uheldige konsekvenser

Mine allianser fra trafikk sakene, der jeg valgte kvinner, var derimot ikke særlig effektive. I Aurland har kvinner fortsatt meget lite de skal ha sagt utenfor kjøkkenet. Derfor har intet skjedd i den saken, unntatt at rørleggerens kone og barn ikke lenger hilser på meg.

Det synes jeg er forståelig, men leit. Gjennom mitt utspill berøvet jeg dem i realiteten deres lege, og den skaden kunne vært ubotelig. Heldigvis har vi en mindre temperamentsfull lege som de kan gå til. Men hva gjør de ved akutt sykdom når jeg har vakt? Kan jeg oppnå deres tillit igjen?

Hvordan har de det egentlig, pasientene mine, som også møter meg i egenskap av kontrollør? Er det riktig overfor dem å opptre i begge disse rollene?

Samfunnsmedisinen støter på vansker

Hvilke komplikasjoner kan en altså vente dersom en forsøker å bruke sin yrkesrolle til å påpeke helseskadelige forhold i samfunnet?

1. Man identifiseres, mer eller mindre riktig, med bestemte politiske grupperinger.
2. Man beskyldes for å uttale seg om forhold der en ikke er spesielt meningsberettiget.
3. Man støter pasienter fra seg.
4. Din praksis utsettes for et sterkere kritisk blikk, og kan kanskje rammes mer enn rettferdig er.

Gode forholdsregler

Jeg mener det lar seg gjøre å unngå disse komplikasjonene. Punktvis vil jeg her antyde hvordan. Jeg understreker at dette er mine tanker og erfaringer, og at viktige ideer kan være glemt og noen forhold blir kanskje for sterkt poengtert.

1. VÆR IKKE INNFLYTTER!

Folk bør kjenne deg før du markerer deg. Vil du si noe høyt på et tradisjonelt arbeidsområde, så vent to-tre år.

2. VÆR TÅLMODIG!

Den politiske beslutningsprosess





er langt langsommere enn den du utøver på ditt kontor. En rekke saker må modnes. Legg vekk akademikerens drøm om det opplyste eneveldet! Vi lever i et demokrati. Det er langsomt, det !

3. LEGG VEKK AUTORITETEN!

Folk er stort sett ferdige med den autoritære lege. De møter ham enda mer ugjerne utenfor kontoret. Bruk selvfølgelig dine fagkunnskaper, men forveksle ikke andre kunnskaper med dem, du blir fort avslørt!

4. IKKE DRAMATISER!

Jeg valgte innhold og form og ord i avisinnlegget med dramatisk omhu. Jeg ble hørt, men ikke lyttet til. Det er trolig riktig at innlegget gjorde mer skade enn gagn. Du må stikke fingeren i jorda og finne akkurat den rette balansen mellom å åpne øynene på folk og få de til å lukke dem i skrekk. Det er ikke lett.

5. FINN ALLIANSER!

Begynn ikke din samfunnsmedisin med legerollen. Meld deg inn i foreninger, møt folk i andre sammenhenger. Har du virkelig tenkt å nå langt med ditt syn bør du velge "tunge" foreninger. I Aurland er Skyttarlaget, Jeger- og fiskeforeninga eller Lions Club mest aktuelle. Bridgeklubben er ikke ueffen, mens Songlaget og Byggefeltets velforening er bak mål.

6. INNSE AT DU DRIVER POLITIKK!

Du trenger ikke nødvendigvis ha partipolitiske sympatier, men dine såkalt objektive fagøyne må engasjere seg, og engasjement ER politisk. Det blir lettere for deg hvis du ikke lar deg såre på dette punkt. De som er uenige med deg ser deg som politisk motstander, og det er ikke urimelig.

7. Hvis dette ikke fører fram: BLI POLITIKER! Da er du unnskyldt.

Etterord

Det ligger vel i kortene at jeg ikke bare har disse råd på hjertet. Jeg har ved noen eksempler også pekt på konflikten mellom kurativ lege og samfunnsmedisiner. Det er sagt til kjedsommelighet at vår distriktslegemodell med kombinasjonen av disse roller er heldig og at mange land misunner oss den. Ikke så rart, kanskje, men i en tid der samfunnsmedisinen utvider sine grenser anselig, og der kravene til en dyktig almenlege øker sterkt, bekymrer rollen meg. Jeg er redd for å bli "jack of both trades", en fuser i begge fag. Det vil avgjort kunne skade vår troverdighet. Jeg spør derfor dere: Bør vi skille rollene? Er det egentlig noen ulempe om to personer bekler disse krevende stillinger? ■



NSAM's årsmøte 1985

□ Ola Lilleholt □

I dagene 25.-26. oktober var Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø vert for NSAM's årsmøte. Slik som i tidligere år var det kombinert med kurs. Nesten 70 av medlemmene hadde tatt turen til Tromsø og et arrangement som var vellykket både faglig og sosialt.

Kursdagen innledet med en sekvens om diabetesbehandling og -omsorg i almenpraksis. Adri Vermeer og Tor Claudi presenterte imponerende og systematiserte kontrollprogram fra Lenvik og Bodø. Diabetikerne er en stor pasientgruppe. Optimal behandling gir sikker gevinst ved at mange alvorlige komplikasjoner kan forebygges. Her ligger det store oppgaver og utfordringer og venter på almenmedisinere ut over hele landet: så mye er ugjort!

Steinar Westin orienterte om produksjon og bruk av plakater ("posters") til presentasjon av vitenskapelige arbeider. Erfaringer fra kongresser de siste åra viser at dette er en form som er kommet for å bli også i almenmedisinske miljøer.

Ellers var det inspirerende, og til dels provoserende, forelesninger basert på forskjellige

lokale undersøkelser både med origo i Institutt for samfunnsmedisin og Regionssykehuset. Dag Steinar Thelles presentasjon kaffeens skadevirkninger, slik det er kommet fram i Tromsøundersøkelsen, satte en støkk i noen og hver.

Årsmøtet viser at mange av NSAM's tiltak nå er kommet godt i gjenge: Journalutvalget vil snart legge fram et forslag til standard skjemaer for journaler i almenpraksis og publiseringsutvalgets arbeide er godt synlig i bøkene som alt er kommet i almenpraktikerbiblioteket, og flere er underveis.

Etter valg på årsmøtet er nå følgende med i NSAM's styre: Olav Rutle (leder), Tor Anvik, Christian F. Borchgrevink, Signe Flottorp, Anne Hensrud, Ola Lilleholt og Jo Telje.

Ingen blir vel fornærmet om utdelinga av Utpostens essaypris utropes til dagens høydepunkt: i alle fall maktet Magne Nylenna å opparbeide en åndeløs spenning før han endelig kalte fram vinneren, Jørgen Jørgensen. Jørgen J. kvitterte i spøk og alvor med et innlegg som vakte stor jubel.

Ledsaget av musikk fra medbragt kassettspiller avsluttet Tor Anvik årsmøtet med en kritisk gjennomgang av våre almenmedisinske idealer ("KOPF") basert på en pasientenquete fra Bodø.

Værmelding: Under årsmøtet i Bergen 1984 regnet det, naturligvis. Denne gang reiste fra Tromsø i snøvær. Neste årsmøte blir i Ålesund. Hvordan blir været der, tro?



Jørgen Jørgensen mottar Utpostens essaypris fra vår Magne N.

Bok om luftveissykdommer for almenpraktikere

Tone Haug
 Institutt for almenmedisin,
 Bergen

Boken er den åttende i en serie beregnet på almenpraktikere. Den er skrevet av 2 almenpraktikere (JF og MW) og en lungelege (RW).

De 3 første kapitlene omtaler anatomi, fysiologi, patologi og epidemiologi ved luftveislidelser. Deretter følger en generell oversikt over undersøkelsesmetodikk, symptomer og behandling med utgangspunkt i almenpraksis. De siste 9 kapitlene omhandler så de forskjellige sykdomsgrupper. De aller fleste vanlige sykdommer er tatt med, men omtale av kataralsk otitt og nesepolypper savnes. Stoffet er ordnet slik at vanlige sykdommer som forkjølelse og astma omtales på ca. 100 sider, mens bare 20 sider er viet de mer spesielle tilstander som lungekreft og sarcoidose.

Språket er godt, og boken har en rekke fine tabeller og figurer.

Boken tar på en utmerket måte for seg de vanlige luftveislidelser

slik man møter dem i almenpraksis. Utgangspunktet er almenpraktikerens hverdag og boken er spekket av praktiske tips både om utredning, behandling og råd til pasientene. Den betoner sterkt almenpraktikerens unike anledning til å lære opp pasientene og deres pårørende til egenomsorg. Likeledes legger den stor vekt på den mulighet man i almenpraksis har til å drive pasientrettet forebyggende arbeid.

Spørsmålet om antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjoner blir grundig drøftet. Forfatterne viser at det, i tillegg til de rent medisinske vurderinger, er mange andre faktorer som er med på å bestemme om legen skal gi antibiotika eller ikke: Sosiale faktorer som f.eks. at pasienten bor i utkanten av distriktet eller at pasienten er i familie med en kollega. En annen viktig faktor kan være legens behov for å ta alle forholdsregler slik at han kan være helt sikker på at pasienten blir frisk. Dette behovet blir da viktigere enn de bivirkningene pasienten utsettes for og de utgiftene pasienten belastes med. I tillegg kommer opplærings-effekten en slik praksis vil ha.

Dersom legen liberalt skriver ut antibiotika ved luftveisinfeksjoner, vil pasienten lett kunne få forståelse av at han hver gang han får lignende symptomer bør oppsøke lege for å få behandling. Endelig kan en vesentlig faktor være at legen vil forhindre at han selv eller en kollega blir oppringt av pasienten neste dag. Det hele munner ut i klare og velbegrunnede retningslinjer for bruk av antibiotika ved luftveisinfeksjoner i almenpraksis.

Boken er svært velegnet for almenpraktiserende leger. Medisinske studenter vil også kunne ha nytte av den, men den vil ikke kunne erstatte en lærebok, til det er omtalen av de mer spesielle lidelser for summarisk.

Fry J, White R, Whitfield M, Respiratory Disorders. 186 s. Edinburgh. Churchill Livingstone 1984, Pris 12 pund.

FREDSKORPSET

Fredskorpset rekrutterer fagfolk som utviklingslandene selv mangler. I våre hovedsamarbeidsland i Afrika, Kenya, Tanzania, Zambia, Mosambik og Botswana arbeider det idag 160 norske fredskorpsdeltakere.



Det er særlig behov for fredskorpsdeltakere til avsidesliggende områder og til tiltak som kommer kvinner, barn og funksjonshemmede til gode. Evne til samarbeid med lokalbefolkningen og forståelse av deres kultur er en forutsetning for at arbeidet skal lykkes.

Fredskorpset søker ortopedisk kirurg til Kilifi District Hospital ved Mombasa i Kenya.

Fredskorpset har vært engasjert ved klinikken gjennom ortopedisk kirurg siden 1982, og det er et sterkt behov for at arbeidet som er gjort, følges opp. Stillingen stiller store krav til tilpassnings- og samarbeidsevne, selvstendighet og evne til å improvisere. En må være innstilt på å arbeide under meget enkle forhold. Det er ønskelig at eventuell kandidat til stillingen begynner på forberedelseskurs i januar '86.

Fredskorpset baserer seg på like-lønnsprinsippet og tar sikte på å holde en nøktern, men økonomisk tilfredsstillende levestandard.

Vi krever:

- Minst to års yrkespraksis etter endt utdanning.
- Kunnskaper i engelsk.
- Nedre aldersgrense 22 år.

Vi tilbyr:

- Fri bolig.
- Månedlig godtgjørelse som omtrentlig tilsvarer i.tr. 18 i Statens regulativ.
- Ca. 10 ukers forberedelseskurs før utreise.
- 2 krevende og interessante år i Afrika.

Vi hører gjerne fra deg dersom du vil ha flere opplysninger. Bruk kupongen nedenfor eller ring oss, tlf. (02) 31 45 19.

Sendes:
 NORAD, Fredskorpskontoret,
 Postboks 8142 Dep., Oslo 1.

Navn:

Adresse:

Yrke/fagkrets: Alder:

Telefon: Utposten



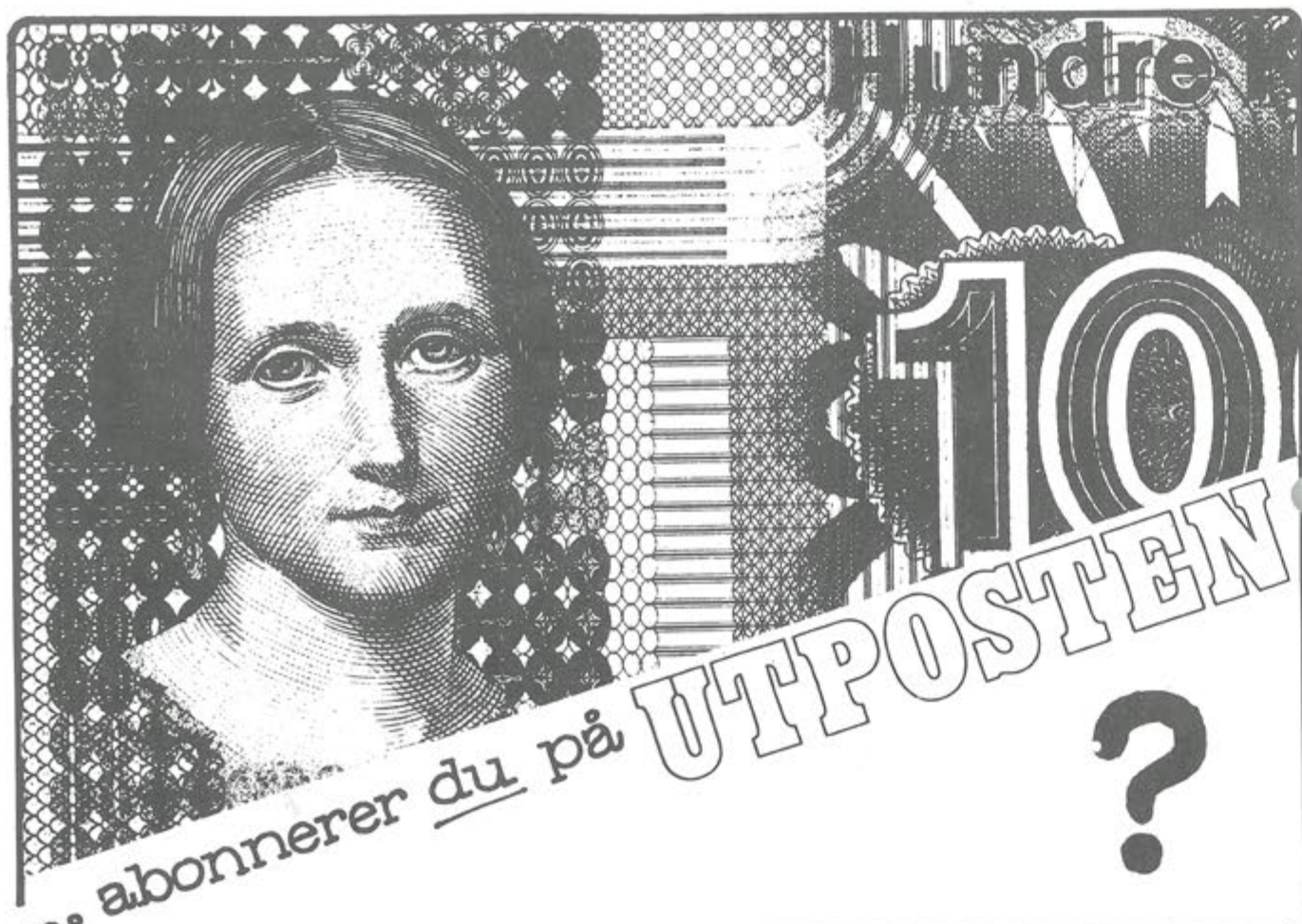
Departementet
 for utviklingshjelp DUH
 NORAD

RETTELSE

til nr. 6/85:

Som vanlig var det en del små feil,
men en er så stor at den må rettes:

Titelen til Steinar Westins artikkel skulle være:
"PROBLEMLØSNING OG BESLUTNINGSSTIL I ALMENPRAKSIS"



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

Navn: _____

Sendes til: "UTPOSTEN"
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

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

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

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

30% av pasientene som fikk sår-dannelse/strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornyet væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofaguslilhinnen 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. Lymecyclin (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.)

Bivirkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.

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

Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.

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

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

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

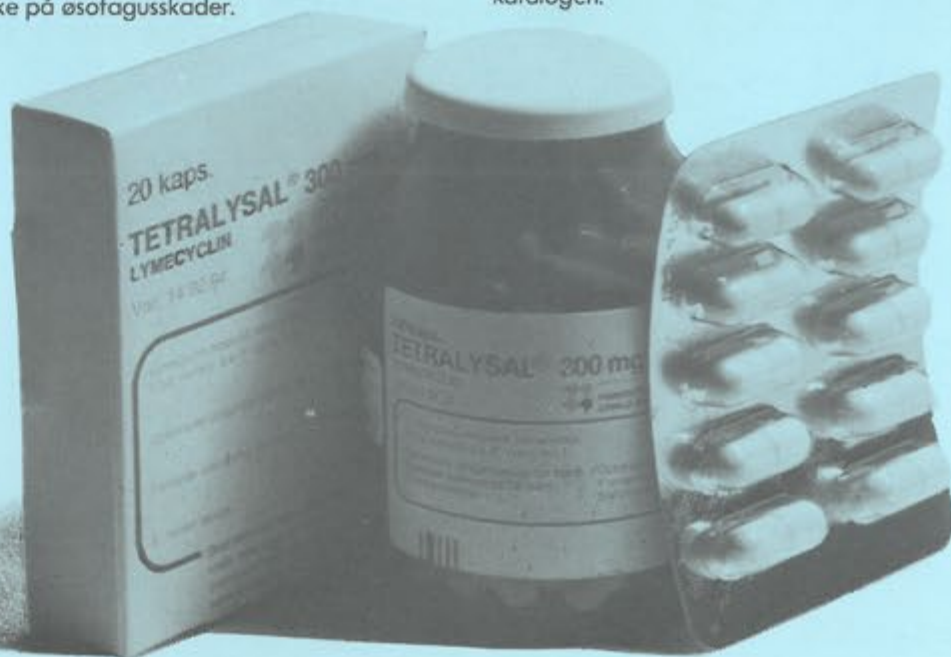
(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm,


Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.

A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.

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

For øvrige opplysninger om Tetralysal®, henvises til felles-katalogen.



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

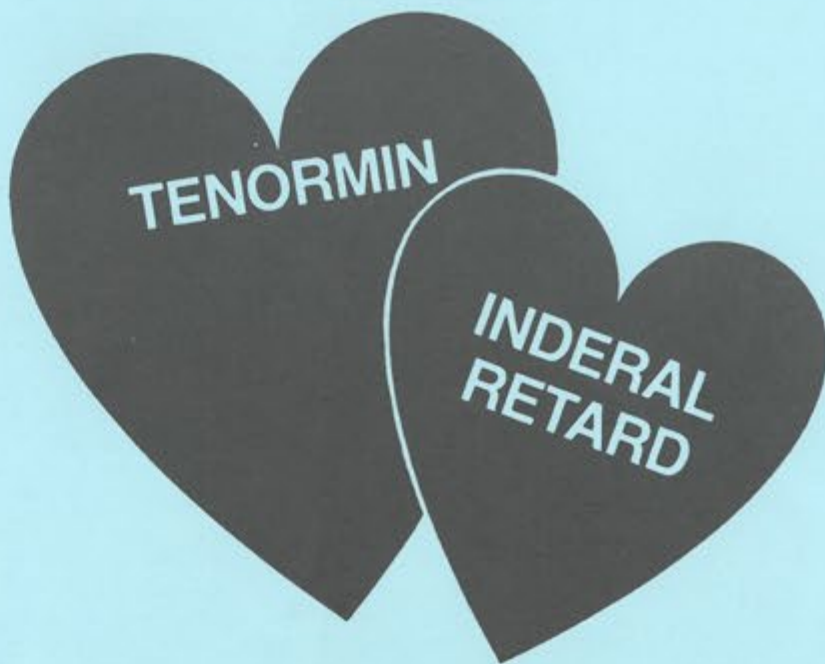
Tetralysal®
lymecyclin

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.

mellom to mennesker i alminnelighet. Det må likevel være mulig for legen å bruke sine reaksjoner på en konstruktiv måte. En forutsetning er at han får hjelp til både å være deltaker og observatør i den prosessen han selv er en del av.

Grupper og lydbånd

Dette kan være vanskelig, og Balint mente at almenpraktikere ville ha nytte av støtte i kollegiale grupper som tar opp vanskelige pasienter - Balintgruppen. Dette slo an i almenpraktikermiljøer i 60- og 70-årene. Selv om gruppene varierte en del i innhold og struktur, møttes likevel hver enkelt gruppe jevnlig over flere år og ble derfor en viktig inspirasjonskilde for mange leger. Gruppene var oftest ledet av psykiater, men siktemålet var å bedre legenes evne til å kommunisere med syke mennesker generelt - og ikke begrenset til folk med psykiske lidelser. Et særtegn var at almenpraktikerens hverdagskonsultasjon nå ble fokusert. Med dette utgangspunktet tok mange leger med båndopptak fra egne konsultasjoner som grunnlag for diskusjoner i gruppa. På mange måter er Balintgruppen en forløper for almenpraktikergruppene som vokser fram idag.

Det er likevel også viktige forskjeller mellom dagens konsultasjonsstudier og Balintgruppene. En av Pendletons siktemål er å definere sentrale utfordringer - kommunikasjonsoppgaver - i konsultasjonen. Disse forventes det at legen tar opp og løser i forhold til pasienten. Dette blir et mer konkret utgangspunkt enn Balintgruppene sine frie diskusjoner. Pendleton har med dette gitt en veiviser for en mer strukturert diskusjon.

BYRNE, LONG OG EN DESTRUKTIV METODE

Byrne og Long gjorde i 1976 (3) et nytt stort spatak i samme jord ved å gi ut rapporten "Doctors talking to patients". De hadde studert hva som egentlig foregikk i båndopptak av over 2000 konsultasjoner fra 70 almenpraktikere. På grunnlag av studiene beskrev de forløpet av kontakten mellom lege og pasient i en vanlig konsultasjon. Med basis i denne beskrivelsen deler de konsultasjonen i faser. Disse fasene korresponderer på viktige punkter med "konsultasjonsoppgavene" beskrevet av Pendleton. Byrne og Long vurderte gjennomføringen av konsultasjonen i vellykkede og mindre vellykkede konsultasjoner.

De mente å påvise at et kjennetegn ved de mindre vellykkede er at legen legger for lite tid og vekt på innledningen til konsultasjonen. Han får ikke rede på hva som er pasientens problem og dermed er han ikke der pasienten er. Emnene som blir tatt opp i konsultasjonen er derfor av mindre interesse for pasienten.

Omvendt fant de som kjennetegn ved vellykkede konsultasjoner at legen får avklart dette punktet før han går videre, og at han åpner opp for å dele sine vurderinger og funn med pasienten i forløpet av undersøkelsen.

Konklusjonen blir dermed i overensstemmelse med Balints påstander.

Legers arbeidsstil

Byrne og Long studerer også legers arbeidsstil og innfører en viktig akse for vurderingen av den: Legesentrerte kontra pasientsentrerte leger.

Legesentrerte leger er aktive i utspørring, de har mange lukkede spørsmål, (Eks: ja/nei-spørsmål, "Hvor er det vondt? Når startet det?") og de avbryter pasientene hyppig. De "tar opp" anamnese og bevarer kontroll og styring på denne måten. Den pasientsentrerte legen stiller åpne spørsmål (Eks: "Fortell om magesmertene."), avbryter sjelden og legger opp til en samtale der pasientens egne ideer og bekymringer også har en plass.

Forfatterne kan belegge at leger, liksom andre mennesker, dessverre er rigide vesener som i liten grad endrer arbeidsstil for å tilpasse seg problemet som blir servert. Derimot kjører vi i vei med den arbeidsstilen vi engang har lagt oss til, hva enten vi får presentert beinbrudd eller samlivsproblemer. Svaret på denne oppdagelsen mener forfatterne er trening og opplæring i praktisk konsultasjonsarbeid. Andre har seinere funnet belegg for at de har rett (4,5), at trening under veiledning med bruk av video/båndopptak fører til at leger forbedrer sin konsultasjonsstil.

Hjelp til selvhjelp

Byrne og Long har også en selvhjelpspakke, en metode, for evaluering av egne konsultasjoner. Med deres deskriptive utgangspunkt blir likevel også deres evalueringsskjema deskriptivt, der legen teller utsagn og talemåter mer enn å vurdere om bestemte målsetninger med konsultasjonen er oppnådd.

På denne måten blir det mindre rom for individuelle variasjoner i tilnærming enn det Pendleton legger opp til. En fallgrube i dette arbeidet er jo at videotrening ved innøving av kommunikasjonstriks skal lære leger å bli mer like. Det almenmedisinske landskapet er ikke tjent med en slik utvikling. Pendletons fokusering på oppgaveløsning er likevel et forsøk på å unngå denne grofta.

DET VANSKELIGE ANSVARET

Ansvar er vanskelig. Legen har ansvar for behandling og rehabilitering som han selv setter i gang. Han har likevel ikke ansvar for pasientens sykdom og ei heller for hans motivasjon til bedring. Med basis i transaksjonsanalyse har Berne (6) gitt eksempler på hvordan leger likevel overtar ansvar av denne typen. Berne ser pasient og lege som et aktørpar i et spill. Tydelig blir spillaspektet når

- samme oppførsel repeterer seg stadig

- samme oppførsel hos A gir en respons hos B som gir den ene eller begge fordeler - ofte i form av fritak av ansvar for egen situasjon. Slik utveksling av gevinst foregår naturligvis ubevisst.

Fra konsultasjonen er klassisk beskrevet legespillet "JEG VIL BARE HJELPE DEG" ("JVBHD") som ofte har pasientmotspiller i "STAKKARS MEG" ("SM"). "JVBHD" er legen som alltid skal bære fram pasientens motivasjon og bedring ved å forsøke mer terapi og nye tiltak. "SM" er pasienten som ser sykdom som totalfritak for ansvar og krav til egen yteevne. Spillet er i prinsippet endeløst med nye tabletter, fysioterapiserier, kurbadopphold osv..

En variant er "HVORFOR PRØVER DU IKKE?" som spilles mot "JO, MEN". Her kommer legen med gjentatte råd og forslag (f.eks. om gjennomføring av vektreduksjon) mens pasienten avslår alle, hver gang med logisk begrunnelse. Pasientgevinsten er: Jeg vet bedre enn legen. Legen kommer ikke ut verken av denne eller den foregående situasjonen før han presenterer for pasienten at hans tilstand og plager i bunn og grunn er hans eget problem: Hva vil du selv gjøre med din situasjon?

Mulighetene for spill er mange, let bare selv.

Bernes fortjeneste ligger i at

han illustrerer faren ved ikke å involvere og gi ansvar til pasienten for oppfølging av eget behandlingsopplegg.

VIL DU PRØVE SELV ?

Etter Rosenbergs artikkel (7) om Pendletons konsultasjonsstudier og Nessas (8) presentasjon av arbeid med opptak av egne konsultasjoner, vil noen av oss tenke på å gjøre egne forsøk med kassettpiller eller video. Som inspirator kan da til slutt trekkes fram den skotske primærlegen John Bain. I begynnelsen av 70-årene satte han i gang på egen hånd med båndspiller på sitt kontor. Over en ettårsperiode samlet han nær 500 opptak og studerte innholdet. Ved dette kunne han vise ulikheter i service som ble gitt til ulike sosiale grupper og pasient-

kategorier (9, 10).

Lykke til med egne forsøk! ■

Litteratur:

1. Pendleton D & al: The consultation. An approach to teaching and learning. Oxford Univ. Press. 1984.
2. Balint M: Lakaren, patienten och sjukdomen. Studentlitteratur. 1978.
3. Byrne PS, Long BEL: Doctors talking to patients. Royal Coll. Gen. Pract. 1984.
4. Wolaich M & al: The effect of training students to convey stressful information. J Med Educ 1984, 59: 751-3.

5. Boulton M & al: Improving communication. Medical Education. 1984, 18:269-274.

6. Berne E: Games people play. Penguin books. 1964.

7. Rosenberg S: En arbeidsmodell. Utposten 7/85.

8. Nessa J: Kasset og kommunikasjon. Utposten 7/85.

9. Bain J: Doctor-patient communication in general practice consultations. Medical Education 1976; 10: 125-131.

10. Bain J: Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. Medical education 1977; 11: 347-350.

BOK OG



TIDSSKRIFTANMELDELSER

En arbeidsmodell

■ Sigurd Rosenberg



Sigurd Rosenberg er cand. med. Oslo - 74. Bedriftslege 1 år, deretter vel 1 år psykiatri, Oslo Helseråd. Fra -78 har han vært almenpraktiker, først 2 år kommuneansatt i Oslo og Brum, siden -80 egen praksis i Hønefoss. Spes. i almenmedisin fra våren -85.

■ Boka er nr. 6 i forlagets almenpraktikerserie og har blitt til på bakgrunn av flere års arbeid og samarbeid mellom de tre almenpraktikerne Schofield, Tate og Havelock, og psykologen Pendleton.

Den er et resultat av:

1. Analyse av tidligere foreliggende litteratur om konsultasjon,
2. Egen forskning
3. Forfatterens egen praktiske erfaring.

Boka beskriver utviklingen av en holistisk konsultasjonsmodell for almenmedisin som forfatterne også i stor grad selv har prøvet ut i praksis.

Boka tar utgangspunkt i kjente tilnæringsmåter til konsultasjonen. Vi kjenner alle igjen den klassiske medisinske modell hvor sykdom og diagnose står i sentrum, men hvor det er lite rom for sosiale og psykologiske aspekter.

I boka drøftes så sosiologisk, antropologisk og transaksjonsanalytisk tilnæringsmåte til konsultasjon.

Endelig går forfatterne relativt nøye gjennom en sosial-psykologisk modell for konsultasjon, og viser hvorledes denne vinkling gjør oss i stand til å oppdage pasientens tro, bekymringer og forventninger vedrørende sitt problem. Man vil med andre ord lettere bli i stand til å få tak i pasientens helseforståelse ved en slik tilnæringsmåte. Dette mener forfatterne er vesentlig for at pasientens adferd skal kunne påvirkes og få pasienten til å ta ansvar for egen helse.

Man kan kanskje si at den konsultasjonsmodell forfatterne utvikler i boka er en syntese av den klassiske medisinske og den sosialpsykologiske konsultasjonsmodell.

Et hovedpoeng for forfatterne er at for å forstå en almenmedisinsk konsultasjon, må man se den i sin kronologiske sammenheng. Man må vurdere det som går forut for konsultasjonen og hva som hender etterpå. Først da kan man si noe om hva som bør skje i en konsultasjon.

Pasientens HELSEFORSTÅELSE blir

Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingen av søvnløshet



• Halcion® (triazolam)

**Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet**

• „De langtidsvirkende preparater
bør undgås, hvor man ikke spesielt ønsker
dagsedation”

Rasmussen, P. Terpager & Wildschjødtz, G.
Ugeskrift for Læger 144, 331-336, 1982



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 en

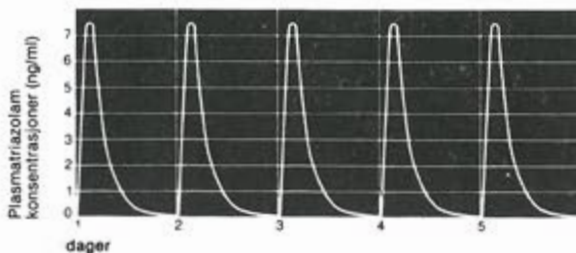
SVARSENDING
Tillatelse nr. 222000/19

SYNTEX legemidler

Postboks 44
2011 STRØMMEN

Halcion®

(triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

B Hypnotikum

Tabletter:

Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin.

Egenskaper:

Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir noen akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7–3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i faeces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:

Alle typer søvnløshet, både vanskeligheter med å falle i søvn og hyppige og/eller tidlige oppvåkninger. Akutte og kroniske medisinske situasjoner som krever rolig søvn.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåketet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

△ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). (I: 51 e benzodiazepiner).

Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125–0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25–0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre).

Voksne: 0,25–0,5 mg. **Geriatriske pasienter:** 0,125 mg (økes trinnvis til 0,25 eller 0,5 mg ved behov). **Hospitaliserte pasienter:** 0,25–0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 14,20 – 30 tabl. kr. 28,45 – 100 tabl. kr. 71,50
0,250 mg: 10 tabl. kr. 17,20 – 30 tabl. kr. 36,10 – 100 tabl. kr. 93,15



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon, Solvikn. 12, 1310 Blommenholm, tlf. (02) 53 98 06

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.

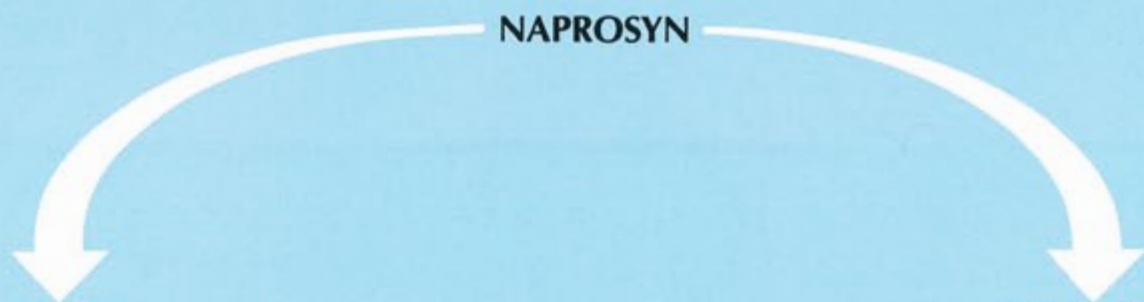
BLODPLATENE

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 inneholder: Naproxen 250 mg resp. 500 mg (med delestrek) const. q.s. ad 380 mg resp. 760 mg

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

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

KONTRAINDIKASJONER: Akutt 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 rhinit. 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: Vanligst 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, åreus, 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 blødningsstid. Anvendes med stor forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. 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 antillogistika 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 antillogistika.

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

T. 3. 17. 35