UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6 1986 ÅRGANG 15

ESSAYKONKURRANSEN

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

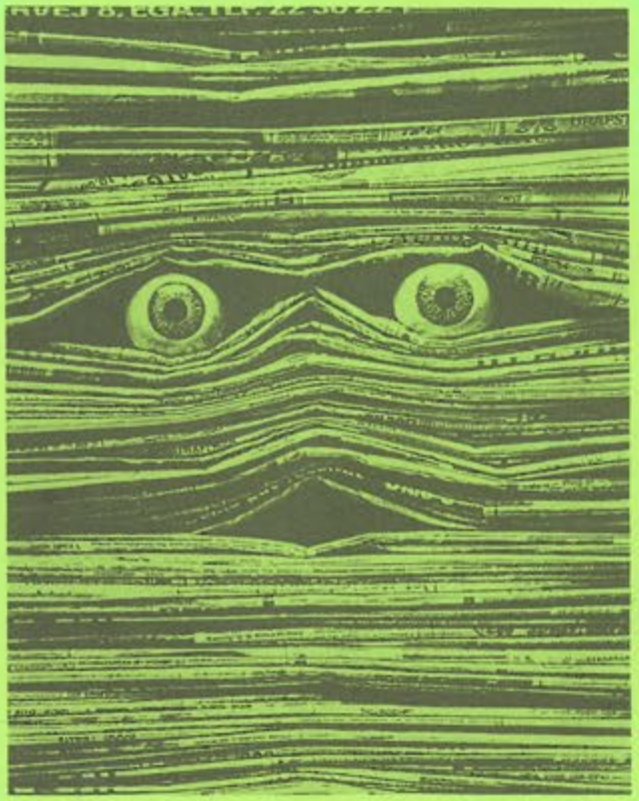
Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Helan
Tingvoll Helsesenter
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. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.



Føler du at du drukner i kommunale sakspapirer og administrative oppgaver, har du nå igjen muligheten til å legge deg litt bakover i stolen og nyte kollegers refleksjoner i mer avslappet form.
Bla i siste nummer av UTPOSTEN og kos deg med vinneressays, tanker om teoretisk almenmedisin, "hjelp"-trengende forskere og en del faglig stoff.
Og tenk deg om: er det noen av dine nærmeste kolleger som går glipp av dette, eller som leser ditt eller legesenterets felleseksemplar "over skulderen" uten mulighet for å ta det med hjem i godstolen? Er det noen institusjonsleger eller andre som du unner/tror ville ha godt av stoff som dette?
Gi dem et tips. Abonnement kan tegnes ved å skrive til UTPOSTEN, 6657 Rindal.

Nr 6, 1986

INNHOLD:

ESSAYKONKURRANSEN 1986 ..... s. 182

Tor Inge Romøren:
Hva skal det bli med kommunelegen? ..... s. 182

Jørgen Jørgensen:
Lege /pasientforholdet og placebovirkningen ..... s. 189

Dag Bruusgaard:
Skal teoretisk almenmedisin ofres på praksisens alterbål? ..... s. 193

Elise Kloumann Bekken:
Hjelp — jeg har fått almenpraktikerstipend! ..... s. 197

Knut Arne Holtedal:
Hjelp — jeg er gift med en forsker! ..... s. 204

Even Lærum:
Urinveisinfeksjoner i almenpraksis s. 207

Arne Røde, Fredrik Bendiksen:
P-pillen — status 1986 ..... s. 210

Magne Nylenna:
Den 14. internasjonale kreftkongress ..... s. 213

Ivar U. Rosenborg:
Urimelig samordningsregel ved uførepensjon ..... s. 215

Jon Hilmar Iversen:
Rapport fra OSG ..... s. 215

Kursreferat ..... s. 216

Kommunehelseloven - tre år etter

Innføringen av Lov om helsetjenesten i kommunene i 1984 er den viktigste begivenhet i norsk primærhelsetjeneste på årtier. Et så desentralisert ansvar for helsetjenesten som loven medfører er unikt i internasjonal sammenheng, og loven representerer på flere måter et gedigent helsepolitisk eksperiment. Samtidig som reformen innebærer utfordringer og muligheter, var også de potensielle bivirkningene tydelig på et tidlig tidspunkt. En presset kommuneøkonomi, profesjonsstrid i helsevesenet og økende byråkratisering representerte kanskje de største farer. Om lovens konsekvenser for den faglige utvikling innen norsk almen- og samfunnsmedisin var meningene delte - og sterke.

Hva har skjedd?

Nå, knapt tre år etter, er tiden inne for en foreløpig evaluering. Situasjonen er fortsatt preget av innkjøringsproblemer i mange kommuner, men enkelte konsekvenser av reformen er i ferd med å avtegne seg. Kommunehelsetjenesten er blitt en del av den kommunale forvaltning, ikke bare i teori, men også i praksis. En tredelt organisasjonsmodell av den kommunale helse- og sosialetat fremstår, der sykepleierne har fått gjennomslag for egne omsorgsavdelinger i mange kommuner. Blant legene har den tidligere flate struktur fått en krumning, og anlegget til et kommunalt legehierarki er synlig. En gryende todeling mellom almenmedisinske og samfunnsmedisinske funksjoner er også synlig.

Stimuleringseffekten av loven er tvilsom, og i verste fall negativ. Rekrutteringen av helsepersonell til utkantkommuner er igjen i fare. Tidligere erfaring har vist at overgangen fra vanskeligheter til krise er glidende på dette området.

Almenmedisin og samfunnsmedisin

Hva så med det faglige liv i kommunehelsetjenesten? Så langt er det liten tvil om at almenmedisinen er den av de nyopprettede tvillingspesialiteter som har kommet best ut. Mens samfunnsmedisinerne bruker tid og krefter på det kommunale byråkrati, blomstrer aktiviteten i norsk almenmedisin. Eksempler på denne blomstringen finnes i Norsk selskap for almenmedisin, som i disse dager avholder sitt tredje årsmøte med god vind i seilene, i de mange veiledningsgrupper for den almenmedisinske spesialitet og i NAVFs nyetablerte Program for almenmedisinsk forskning. Hvor mye av denne aktiviteten som kan krediteres Kommunehelseloven er diskutabelt, men at norsk almenmedisin er i fremgang er udiskutabelt.

Systematiske evalueringer

Så langt bygger mine vurderinger på subjektive inntrykk og enkeltstående opplevelser. Mangelen på systematisk evaluering av kommunehelsereformen så langt er slående. Desto hyggeligere er det derfor å kunne presentere den første rapporten basert på egne datainnsamlinger i dette nummeret av Utposten. Tor Inge Romørens vinneressay i Utpostens essaykonkurranse 1986 tar opp kommunelegens situasjon etter 1984. Romøren viser at situasjonen ikke er så preget av pessimisme og frustrasjon som mange av oss har trodd. Det finnes både entusiasme og arbeidsglede blant de medisinske administratorer i kommunehelsetjenesten. Det er ingen grunn til å legge skjul på at Romørens resultater er langt mere positive enn det i hvert fall noen av oss har fryktet. Dette er oppmuntrende. Enda mer oppmuntrende hadde det vært om disse tendensene kunne utledes direkte av den faglige aktivitet i miljøet.

Mer samfunnsmedisinsk engasjement

At det finnes et faglig potensiale også på den samfunnsmedisinske siden i kommunene er velkjent. Romøren viser at der også finnes initiativ og tilfredshet. Dette er viktige forutsetninger for en aktiv fagutvikling. Samfunnsmedisinen må ikke bli en "minispesialitet" for de "spesielt interesserte" rundt i kommunene. Det bør føles som en særlig utfordring for OLL og det nyetablerte folkehelsemiljøet i Tromsø.

Vi venter mer

Romøren gir nyttig informasjon om kommunelegens situasjon. Hans rapport er en viktig brikke i det puslespillet som bør og må legges om Kommunehelseloven skal gis en anstendig evaluering. Kommunelegen er imidlertid bare en av aktørene på arenaen. Hvordan opplever de øvrige legene i primærhelsetjenesten sin situasjon? Hva med avtalelegene og kommunelegene uten lederansvar? Og hva med annet helse- og sosialpersonell, for ikke å snakke om kommunepolitikerne?

Og aller viktigst: Hvilke konsekvenser har Kommunehelseloven fått for dem loven egentlig var laget for - pasientene?

Spørsmålene er mange, og svarene imøteses med spenning. Behovet for systematiske kartlegginger er stort og følbart.

Kanskje er det flere overraskelser i vente?

Utpostens essayk

Juryen for Utpostens essaykonkurranse 1986 har mottatt seks manuskripter til bedømmelse. Alle artiklene omhandlet emner som må kunne karakteriseres som aktuelle og sentrale i dagens almen- og samfunnsmedisin.

Juryen mener at to av bidragene skiller seg klart ut, og vil på denne bakgrunn dele Utpostens essaypris 1986 mellom to likeverdige prisvinnere, nemlig essayene:

- Lege/pasient-forholdet og placebovirkningen.
- Hva skal det bli med kommunelegen?

Lege/pasient-forholdet er et tidløst og stadig aktuelt emne. Artikkelen lege/-pasient-forholdet og placebovirkningen tar opp et almenmedisinsk emne av stor betydning. Forfatteren baserer seg åpenbart på personlig erfaring i tillegg til en imponerende litteraturoversikt. Essayet er krydret med spennende sitater. Språket er godt og artikkelen perspektivrik.

Essayet "Hva skal det bli med kommunelegen?" beskriver kommunelegens situasjon knapt tre år etter innføringen av Lov om kommunehelsetjeneste. Dette er et samfunnsmedisinsk essay, som inneholder mye ny og interessant kunnskap av stor betydning for norsk kommunehelsetjeneste. Forfatteren bygger åpenbart på et nært og grundig kjennskap til emnet, og stoffet fremstilles i en klar og lett lesbar form.

Juryen mener at både det almenmedisinske og det samfunnsmedisinske essayet passer godt inn i Utpostens tradisjon og ånd. Juryen vil rose prisvinnerne for deres evne til å fremstille stoffet på en kortfattet og grei måte, og vil berømme dem begge for solid faglig tyngde.

Tildelingen av en almenmedisinsk og en samfunnsmedisinsk essaypris passer også godt inn i Utpostens målsetting, og juryen slutter seg til Utpostens kommentar da de nye spesialitetene i kommunehelsetjenesten ble opprettet:

Det ble igjen tvillinger!

Oslo 11. september 1986

Elise Kloumann Bekken

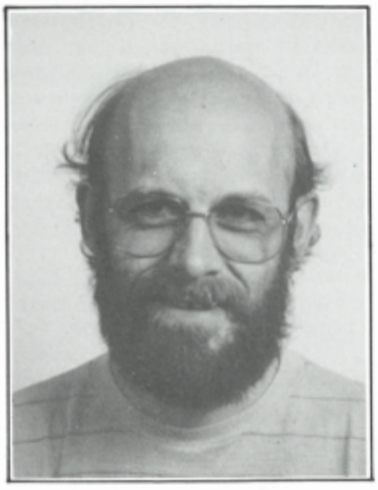
Eli Berg Bratlie

Per Fugelli

Magne Nylenna

Hva skal det bli m

Tor Inge Romøren



Dette essayet handler om kommunelegen. Eller mer presist: det handler om kommunelege I, - den medisinsk-faglig ansvarlige for kommunenes helsetjenester. Hver gang jeg bruker betegnelsen "kommunelege", er det kommunelege I det siktes til. Jeg skriver om hans gleder og frustrasjoner i sin nye rolle, om viktige særtrekk ved denne rollen, og om å påvirke kommunelegens framtid. En slags kommunelegediagnose og et forslag til kommunelegeterapi, om man vil.

◆

onkurranse 1986

Tor Inge Romøren om kommunehelsetjenesten:

Optimisme med sørgeflor...

Årets samfunnsmedisinske essayprisvinner er en teoretisk velskolert kollega. Tor Inge Romøren er 39 år og av utdanning både sosiolog og medisiner. Han er helsesjef i Larvik kommune, og har for tiden permisjon for å drive forsknings- og utredningsarbeid.

- Gratulerer med Utpostens essaypris, Tor Inge! Hvordan vil du presentere deg for Utpostens lesere?

- Jeg er en medisinsk sosiolog med bakkekontakt. Jeg vil gjerne at det jeg skriver og sier skal være preget av romslighet og sans for paradokser og det uforutsette. Jeg har arbeidet i primærhelsetjenesten siden 1978, først som sosiallege og senere som helsesjef. For tiden har jeg to års permisjon for å gjennomføre et eldreomsorgsprosjekt i regi av NAVF, og dessuten er jeg prosjektleder for Sosialdepartementets evaluering av kommunehelsetjenesten.

- Hva går dette evalueringsprosjektet ut på?

- Vi forsøker å samle de erfaringer som er gjort i kommunehelsetjenesten etter 1984. Departementets plan er å legge fram en stortingsmelding i 1989. Jeg koordinerer en gruppe som arbeider med dette prosjektet, og kommunelegeundersøkelsen som vinner-essayet baserer seg på er en del av prosjektet. Videre arbeider vi med delundersøkelser om sykepleiertjenesten og fysioterapitjenesten, foruten at vi analyserer de administrative og økonomiske konsekvenser.

- Kan du gjøre opp en foreløpig status for kommunehelsetjenesten allerede nå?

- Min holdning til kommunehelsetjenesten kan beskrives med et sitat fra Ernst Bloch, som optimisme med et sørgeflor. Jeg tror det er viktig å analysere på et faglig grunnlag det som skjer, og forstå hvorfor ting blir som de blir. Jeg vil at endringsforslag skal ha en skikkelig begrunnelse.

- Du har skrevet et typisk samfunnsmedisinsk essay. Samfunnsmedisinske bidrag er ikke så altfor hyppige i Utposten for tiden. Hvordan kan den samfunnsmedisinske aktivitet i kommunehelsetjenesten stimuleres?

- Den samfunnsmedisinske fagutvikling lider under mangel på miljø. Mye tid og krefter blir i dag benyttet i arbeid med organisering og administrasjon i den enkelte kommune, og det er lite overskudd til felles faglige aktiviteter utover dette. Etter at distriktslegene kuttet navlestrengen til Staten er de nye kommunelegene blitt stående for isolerte og alene med sine vanskeligheter og problemer. Kommunelegene må finne sammen og danne et miljø.

I tillegg trengs en strukturert utdanningsplan. Det som nå skjer i Tromsø er prisverdig og lovende.

Vi må heller ikke glemme at det i norsk samfunnsmedisin må bygges et nytt fag, så å si fra grunnen. Jeg ser selv min oppgave i denne fagoppbyggingen.

- Du er altså blant de samfunnsmedisinere som leser Utposten. Har du noen kommentarer tilbake til oss i Utposten i bladets 15. årgang?

- Jeg leser Utposten dels fordi jeg lærer noe av hvert nummer jeg leser, og dels fordi det er en fin måte å føle primærlegene på pulsen på. På sitt beste representerer Utposten en god blanding av almenmedisin og samfunnsmedisin. Terskelen for å skrive der er lav, og det bør den være. Grasrot- eller utkantsprofilen er tydelig og fin, og Utposten representerer et aktivum i norsk kommunehelsetjeneste.

Magne

ed kommunelegen?

◆ Selv om kommunelegerollen er ny, er den ikke tegnet på blanke ark. Den inneholder gamle og nye elementer som inngår i en fersk syntese. Den offentlige legen og almenpraktikeren er de mest kjente gamle elementene. De viktigste nye er bedriftslederen og byråkraten. I sannhet en spennende og krevende blanding, full av fallgruber. "Duket for rollekonflikter", ville samfunnsforskere ha sagt.

2-3 års erfaringer med en ny rolle er ikke mye. Mange av de erfaringene som er gjort er dessuten knyttet til overgangsfenomener og startvansker. Men det fins også erfaringer med kommunelegerollen som representerer potensielt permanente trekk. Disse gjelder det å få tak i, forstå og analysere.

La oss starte med noen "referanseverdier". Etter et par år med kommunehelsetjenesteloven mener 60-70% av landets kommuneleger at den har hatt positive virkninger. 10-20% er tvilende, eller mener det meste er som før. En like stor andel mener den har hatt negative virkninger (1). Sammenlignet med undersøkelser fra tilsvarende administrative og organisatoriske endringer, er andelen positive vurderinger høy. Likevel er det grunn til å understreke variasjonene i synspunkter. De er betydelige, og favner alt fra det panegyriske til det patetiske.

På tross av denne overveiende positive holdningen, er det naturlig at det begynner å dukke opp symptomer som kan utvikle seg til permanente og alvorlige problemer. Du kan høre om dem på kurs og møter, eller i andre fora

hvor du treffer dine kolleger. Legeforeningen arrangerte i vår en høring om helsetjenesten på selveste Soria Moria. Her var enkelte hjertesukk lett gjenkjennbare: I kommunehelsetjenesten er byråkratiseringen blitt lammende og ressursene for små. Vi mister gnisten. Primærhelsetjeneste-entusiasmen fra 1970-årene er i ferd med å bli borte.

Disse hjertesukkene representerer selvsagt reelle og viktige erfaringer. Men sett på bakgrunn av tallene over, er de foreløpig antakelig ikke så utbredte som mange kanskje frykter.

Et annet, alvorligere symptom, er et brev fra helsedirektøren til Sosialdepartementet, som fortteller at 1/4 av kommunelegestillingene i Nord-Norge nå er vakante. Helsedirektøren opplyser at fenomenet er i ferd med å spre seg til Vestlandet, og at det dessuten også er en sterk nedgang i antallet søkere til kommunelegestillinger i sentrale strøk av landet. De som søker, kommer ofte direkte fra turnustjeneste, sier Mork. Han anfører at økonomiske forhold, arbeidspress og samarbeidsvansker med kommunen er mulige årsaker til at leger for tiden finner stillinger i kommunehelsetjenesten lite attraktive (2).

Er det også et symptom at Offentlige legers landsforening har valgt følgende debattemne til sitt årsmøte høsten 1986: "Kan kombinasjonsdoktoren overleve ?"

Alvoret i situasjonen understrekes også av følgende tall: På tross av at en tredjedel av landets kommuneleger trives utmerket i jobbene sine, er det likevel to tredjedeler av dem som har større eller mindre tilpasningsvansker. Halvparten av disse strever såpass mye med å mestre dem at de ønsker seg over i annet legearbeid enn kommunelege I-stillinger (3).

Et riss av utviklingen

Som et første skritt i retning av å forstå symptomene, skal vi repetere noe av det vi foreløpig vet om utviklingen i kommunehelsetjenesten.

Det har vært en generell budsjettvekst, realøkningen har vært i området 3-5% (4). Hva denne veksten representerer, innad i kommunehelsetjenesten, eller sammenliknet med andre områder på kommunesektoren, har vi ennå ikke sikre data om. Det vi vet, er at variasjonen i vekst er stor mellom enkeltkommuner. Små, perifere og spredtbygde kommuner brukte mest til helsetjeneste før 1984, og de har fortsatt å gjøre det siden. Til gjengjeld har de sine velkjente vakansproblemer: Det er vanskelig å få tak i, eller holde på fysioterapeuter, helsesøstre og nå igjen også leger, selvom bevilgningene og stillingshjemlene er der. Utjevningen mellom kommuner og landsdeler i ressursbruken er begrenset.

Veksten er rykkvis. Perioder med stor vekst-takt avløses av perioder med stillstand. Yrkesgruppene kommer vekselvis inn på veks-arenaen: leger, hjemmesykepleiere, fysioterapeuter og helsesøstre etter tur (5).
Enkelte data tyder også på at veksten i kommunehelsetjenesten ikke holder tritt med veksten i de statlige overføringene til formålet. Den kommunale "egenandelen" synker. Kommunene har ikke hatt økte netto utgifter som følge av reformen. Ettersom det var både vekst og utjevning i primærhelsetjenesten i de siste årene før 1984, kan man spørre seg om hvor mye de nye rammebetingelser har betydd for akkurat dette.

Kanskje er kommunehelsetjenestereformen i ferd med å sementere et uheldig "tomodell-system" for legetjenesten. På Sør- og Østlandet utgjør bare 15% av primærlegeårsverkene fastlønte, kommunale stillinger. I kyst-Norge fra Hordaland og nordover øker denne andelen suksessivt fra 35 til 85% (6). Sentrumsmodellen er altså en "forretningsmodell". I utkant-Norge er primærlegetjenesten en offentlig legetjeneste. Utviklingen siden 1984 har forsterket denne tendensen (7).

Et liknende fenomen har vi for hjemmesykepleien. I sentrale strøk av landet har hjemmesykepleien gjennomgående mindre ressurser, tyngre pasienter, og fungerer mer som en "kriseløser" i eldreomsorgen. I utkantkommunene er ressursene i denne tjenesten gjennomsnitlig større, pasientene "lettere", den forebyggende kontaktfunksjonen mer utbredt. Tjenestene gir befolkningen ryggdekning i omsorgsoppgaver (8). Men i motsetning til "tomodellfenomenet" i legetjenesten, hvor utviklingen ser ut til å forsterke skillene, er det tegn som tyder på at de blir brutt ned i hjemmesykepleietjenesten. Her er "utkantmodellen" truet på kort sikt, antakelig pga. etterspørsels- og ressurspress (9).

Samlet kan vi altså si at den bedriften kommunelegene leder foreløpig utvikler seg slik: Det

«For Guds skyld, kvinne ikke bare sta der. Imøtega min pessimisme.»

går framover med ressursene, men det går rykkvis og sakte. De tradisjonelle forskjellene mellom kommunetyper og regioner består. Produksjonsstrukturen er omtrent som før. Noen produkter er trolig blitt bedre, andre kanskje i ferd med å endre seg til det verre enkelte steder. - Så for den utålmodige har pessimismen utvilsomt et visst dokumenterbart grunnlag.

Hvem er kommunelegen, og hvordan er jobben hans?

Står du foran et kommunekart over Norge, kan du undre deg over hva Røstlandet og Oslo har til felles, bortsett fra den administrative betegnelsen kommuner. Så også med kommunelegenes situasjon. Ikke to av dem har en lik jobb, bortsett fra at de bærer den juridiske betegnelsen medisinsk-faglig ansvarlig for kommunens helsetjeneste. Likevel fins det kjennetegn som går igjen.

Vi har omtalt kommunelegen som en "han", og med rette: 95% av dem er menn (10). Det arbeider mange kvinnelige leger i kommunehelsetjenesten, men ikke i lederstillinger. Alle de øvrige yrkeskategoriene utgjør typiske kvinneyrker. Som overalt ellers er legen også her "hanen i kurven".

Kommunelegen er ung, som regel i den tidlige eller midtre delen av sin yrkeskarriere. Gruppene 30-40 og 40-50 år er omtrent like store, og omfatter for tiden tilsammen 80% av yrkesutøverne (11).

Han leder en bedrift som i sin typiske form har 3 helsearbeidere (inkludert evt. privatpraktiserende) pr. 1000 innbyggere i kommunen. Har kommunen f.eks. 3000 innbyggere, er helsepersonellstaben på 8-10. Har den 10000, vokser gruppen til 20-30. 35% av disse er hjemmesykepleiere, 10% helsesøstre, 20% fysioterapeuter, 20% leger og 15% kontorpersonale eller andre ansatte (12).

Litt over halvparten av kommunelegene er for tiden også helsesjefer. Det vil si at de ikke bare har faglig, men også administrativt lederansvar for kommunehelsetjenesten. Litt under halvparten er underordnet en helse- og sosialsjef som administrerer helsetjenesten. I to tredjedeler av disse tilfellene er dette den "gamle" sosialsjefen, som nå altså har fått en dobbeltrolle (13). Situasjonen her er labil, og flere og flere kommuner oppretter nå stillinger for helse- og sosialsjefer med økonomisk/administrativ utdanning.

Grovt sett har kommunelegen fire typer av jobbsituasjoner, som kan deles inn etter kommunens størrelse og topografi. Disse variablene gjør det mulig å forutsi hvilken størrelse og struktur en kommunes helsetjeneste har, og dermed også hva slags jobb kommunelegen får. Vi kan kalle disse modellene "Perifer småkommune" (Type A), "Sentral-/tettstedkommune" (Type B), "Omlandskommune" (Type C) og "Stor kommune" (Type D). Type A er på 5000 innbyggere eller mindre. Den ligger geografisk og kommunikasjonsmessig velavgrenset i forhold til andre kommuner, og er selvforsynt med helsetjenester. Type B har mellom 5 og 15 000 innbyggere, og utgjøres av et større tettsted eller en liten by. Den yter en del lege- og fysioterapitjenester til en eller flere omlandskommuner. Type C er komplementær til B, og som regel mindre. Kommunetype D har over 15 000 innbyggere og omfatter store, sentrale kommuner og flertallet av landets byer.

Kontrastene i denne typeinndelingen er A og D. For å illustrere hvor forskjellige kommunelegene er, og spennvidden i jobbene deres, skal jeg beskrive den typiske situasjonen i disse "kommunetypemodellene".

I en perifer småkommune (A) er kommunelegen nesten alltid et sted mellom 30 og 45 år. Han har bodd mellom 3 og 10 år i kommunen. Han er noen ganger spesialist i samfunnsmedisin, men har sjelden noen spesiell kompetanse i helseadministrasjon. Han driver også almenpraksis og er vanligvis helsesjef med ansvar for alle grener av helsetjenesten, inkludert hjemmesykepleien. Han har 6-8 offentlige ansatte i arbeidsstokken. I tillegg kan det være et par privatpraktiserende leger eller fysioterapeuter i kommunen som har driftsavtale (14).

Alt i alt altså "en yngre altmuligmann": almenpraktiker, offentlig lege, byråkrat og leder, - stort sett autodidakt i administrasjon. De ansatte utgjør imidlertid en håndterlig - ofte svært hyggelig - gruppe og kommunen er oversiktlig, så det går bra allikevel. Han kjenner sin kommune. Alt er nært, på godt og vondt.

I storkommunen er kommunelegen litt eldre, mer etablert (han har kanskje jobbet her i 10-20 år), spesialist i samfunnsmedisin, ofte med en ettårig utdanning i helseadministrasjon fra et utenlandsk universitet. Men her finner du også de helt unge legene som har overtatt etter en som ga opp, eller som har søkt en nyopprettet lederstilling.

I storkommunen driver halvparten av kommunelegene bare helseadministrasjon, resten fusker også litt i faget som skolelege, sykehjemslege eller bedriftslege. Nesten alltid sitter det en byråkrat like over: Helse- og sosialsjefen eller kommunaldirektøren. Her er det altså mer byråkrati, og kommunelegen sitter omtrent midt i hierarkiet. Bare halvparten har faglig ansvar for en samlet helsetjeneste, resten sitter i realiteten uten innflytelse over hjemmesykepleien som er i sin egen "Pleie- og omsorgsavdeling". 20-40 kvinner løper omkring i korridorene hans og jobber som helsesøstre, syke- og hjelpepleiere. Enda flere privatpraktiserende leger og fysioterapeuter er i virksomhet ute i byen, men de ser han sjelden (15).

Kommunetypene B og C representerer blandings- og overgangsformer. Jo mer sentral en B-kommune er, dess mer likner den D-kommunen i sin helsetjeneste, selvom den ikke er så stor. Helsetjenesten i C-kommuner består ofte av "nisjer": Et lite helsesenter med forebyggende helsearbeid, eldreomsorg (hjemmesykepleie) og litt almenpraksis som kjerne. Den øvrige helsetjenesten reiser befolkningen til en B-kommune i nærheten for å kjøpe seg, og kommunelegen har både liten kontakt med, og innflytelse over den.

Kommunelegens gleder og frustrasjoner

Vi skal i det følgende fylle disse "modell-situasjonene" med levende menneskers tale. Hva syns nå kommunelegene selv om situasjonen sin ? For å få fram det, tillater jeg meg å sitere nokså mye fra en nylig offentliggjort rapport som omfatter 10% av landets kommuneleger i et skjønnsomt utvalg fra store og små kommuner, sentralt og perifert, i nord og i syd (16). Hva slags opplevelser skjuler det seg bak de prosessene helsedirektøren så presist har observert fra sin utkikkspost i Akersgata ? Dette synes jeg rapporten har gitt noen interessante innblikk i.

Spennvidden i svarene er stor, men samstemmigheten er også tydelig iblant. Det er slående at de mest systematiske forskjellene

nettopp kommer fram mellom kommuneleger som jobber i det vi har kalt henholdsvis "A-kommuner" og "D-kommuner". A-legene - om vi kan kalle dem det - ser for tida ut til å være mer veltilpasset enn D-legene, skal en tro rapporten. Selvom det langt fra er kritisk for "D-laget", oppgir de mer samarbeidsproblemer, flere ønsker om større innflytelse, flere uinnfridde forventnigner og hyppigere ønske om å bytte jobb.

De problemene som de to gruppene opplever, er av ulik karakter. Det samme gjelder gledene, viser undersøkelsen. Langt på vei tror jeg ulikhetene forklares utifra de varierende syntesene vi har snakket om at jobbene deres består av, eller den "konteksten" de svarer ut fra.

På den positive siden legger alle kommunelegene, iflg. rapporten, størst vekt på at politikerne i kommunen nå viser større interesse og ansvar for helsetjenesten. Legene fra store kommuner er utover dette svært opptatt av sine muligheter til planlegging og styring. Derfor legger de også stor vekt på at de nå (endelig) er blitt medlem av "den kommunale familien". Under "storkommune-forhold" har de øyensynlig lidd under at de har vært statstjenestemenn helt på siden av den kommunale organisasjonen. Med liten kontakt via uformelle kanaler har deres muligheter til innflytelse lokalt tidligere ofte vært små, vil jeg tro. Kommuneadministrasjonen har uten vansker kunnet blokkere deres initiativ. En "D-lege" sier det slik: "Blant de positive ting kommunehelsereformen har ført med seg er en mere systematisk, planmessig framdrift, som på sikt kan medføre bedret administrasjon og bedre tjeneste. Stadslege og helsesøstre blir mere godtatt som arbeidere i kommunenes helsetjeneste. Kommunene må venne seg til økonomisk ansvar for helsetjenesten."

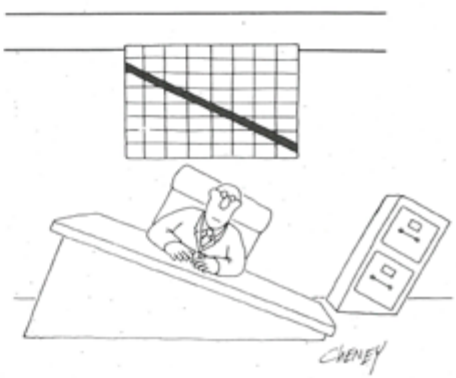
"A-legene" på sin side er mer opptatt av de økte muligheter til samordning og samarbeid deres nye rolle gir, og endel av dem kan glede seg over økte ressurser i kommunehelsetjenestelovens kjølvann. De av dem som har gode erfaringer, opplever mao. at de får større armslag og muligheter i det daglige arbeidet for kommunenes befolkning. Dette kommer til uttrykk på f.eks. denne måten: "Vekst i antall ansatte leger og fysioterapeuter. Bedre koordinering av helsesektoren og sosialsektoren, spesielt i eldreomsorgen. Vi har felles helse- og sosialstyre. Det har gitt politikere med stor tyngde. Et vedtak i helse- og sosialstyret går nesten alltid gjennom i formannskap og kommunestyre".

På den negative siden forteller en del av D-legene om alvorlige problemer på viktige fronter. Byråkratiet er tungrodd, helsetjenesten rammes av ressurs- og fordelingsproblemer, politikerne virker inkompetente og de privatpraktiserende er vanskelige å ha med å gjøre: "Byråkratisering, flere ledd i beslutningskjeden, unødige forsinkelser. Topptung administrasjon, økende avstand til grasrota... "Pressavnsnitt" blir tilgodesett til fortrengsel for andre områder. - Vi sliter med ukyndige politikere som blander seg inn i administrative/faglige avgjørelser... Betydelig konflikt mellom privatpraktiserende og kommunen. Små styringsmuligheter i praksis...".

En del av A-legene klager over profesjons-striden og de unyttige møtene, sakene, oppgavene. Det er som ellers i livet: Nye former for nærhet til andre øker nok mulighetene for samordning og teamwork, men også potensialet for konflikter og frustrasjoner: "Unødig byråkratisering. Unødig møtevirksomhet. At sammenhengen helse/sosial stresses for mye og av enkelte oppfattes som nærmest synonyme tjenester. Unødig politisering av hovedutvalgsmøtene (markeringsbehov)...".

Undersøkelsen viser at to tredjedeler av legene i småkommunene forteller om ikke ubetydelige samarbeidsproblemer med utøvende personell: sosionomer, helsesøstre, sykepleiere. I storkommunene klager en enda høyere andel, hele fire av fem. Deres hodepine nr. 1 er de privatpraktiserende legene og fysioterapeutene. I motsetning til hva helsedirektøren antyder, virker samarbeidsproblemene med andre deler av den kommunale organisasjonen tilsynelatende sekundære. Halvparten av kommunelegene i denne undersøkelsen forteller at de ikke har slike vansker. Resten sliter først og fremst med sentraladministrasjonen og politikerne, og dernest med sosialetaten. Selvom kanskje færre strever med disse samarbeidspartnerne, virker temperaturen i konfliktene høyere og løsningsmulighetene færre. Dermed blir de også alvorligere, slik helsedirektøren ganske riktig tolker signalene fra kommunelegemarkedet.

Skal en oppsummere kommunelegenes problemer i et nøtteskall, må det blir "byråkratiet, samarbeidspartnerne og tiden". I tillegg til alt annet, blir nemlig ar-



beidsdagen tydeligvis også en konstant kamp med klokka. Storkommunelegene nevner dette oftere som en betydelig belastning, men også i småkommunene lider kommunelegen over at døgnet bare har 24 timer og arbeidsdagen skulle hatt 8. De av dem som er kommet i klemme her, har det riktig ille, ja ødeleggende.

I en oppsummering av hva de synes er det mest givende i jobben kommer de beste sidene ved kommunelegenes unike yrkesrolle fram. A-legene: "Jeg liker å være altmuligmann med oversikt over kommunen". B.-legene: "Jeg trives med å være entreprenør".

Da slår det meg plutselig: **Er det kanskje slik at det disse legene opplever som det mest givende samtidig er nøkkelen til å forstå deres sentrale problemer ?**

Et arbeid med variasjon og overblikk er det mange som vil misunne kommunelegene i småkommunene. Men stor bredde i arbeidet må nødvendigvis legge press på tidsressursen. Og mange kontaktflater med nære samarbeidspartnere må øke mulighetene for konflikt. Kommunelegene i store kommuner setter entreprenørvirksomheten høyest, dvs. mulighetene for å planlegge og organisere helsetjenester, få gjennomslag for sine ideer og mål. Men sitter du midt i byråkratiet, i store uoversiktlige kommuner med dårlige styringsmidler, er sjansene store for at slike ønsker stadig vekk vil butte mot virkeligheten. Dersom kommunelegenes situasjon har disse trekkene, dreier det seg altså om en form for **ulykkelig kjærlighet**: Det de elsker høyest gir dem de største sorgene. En mulig forventingskrise, er mer prosaisk uttrykk.

Blant kommunelegenes mange jobbsituasjoner ser det altså ut til å utkrystallisere seg to yrkesroller: altmuligmannen og entreprenøren. Kanskje utgjør de ytterpunktene på en skala, eller muligens rommer de hoveddimensjonene i de mange rolleutformingene vi finner innen dette yrket.

Altmuligmannen - den typiske kommunelegen i småkommunene - virker rimelig godt tilpasset, når alt kommer til alt. Men de som ikke trives har fluktmuligheter. De er yngre, og de har almenpraksis eller beslektede virksomheter som alternative yrkesvalg. Kanskje er dette forklaringen på de vakansproblemene vi nå ser i Nord- og Kyst-Norge. Kanskje går endel lei, men blir i jobbene sine. Da har i realiteten flere kommuner mistet noe meget verdifullt: en høyt motivert leder. Disse kommunelegene står fortsatt nær en legerolle, som de kan søke tilflukt i dersom de personlige omkostningene ved å være leder eller byråkrat blir for store.

Entreprenøren - den typiske kommunelegen i storkommunene - kan ha alvorligere problemer når det først skjærer seg. Forventningskollisjonene mellom det han ønsker å utrette og det han gis mulighet for ser ut til å være større. Hans utdanning og spesialkompetanse virker heller ikke til stor hjelp når det røyner på, og det er alvorlig. Han har fjernet seg fra legerollen. Midt i den store arbeidsstokken, og midt i byråkratiet, er han kanskje også ensom ? Noen av entreprenørene er åpenbart havnet i en klemme. De mangler kompetanse til alternative legejobber og føler seg for gamle til å flytte. Disse jobbene blir derfor ikke vakante, men det tynnes i rekkene, og etterfølgerne er få og unge, kanskje kan vi si modige.

Profesjoner og byråkratier

Et begrepspar fra organisasjonsteorien kan bidra til å kaste lys over noen av de prinsippielle problemene ved kommunelegenes rolle. Organisasjonsteorien ser på profesjonell arbeidskraft som et alternativ enhver produksjonsbedrift må vurdere dersom framstillingen av produktene omfatter mye komplisert arbeid (17). I mange tilfeller har man ikke noe valg. Profesjoner løser kompliserte oppdrag særlig godt når arbeidets innhold er preget av skjønn og usikkerhet, og når det ikke krever stor grad av samarbeid med andre. Med andre ord: almenpraktikeren er i denne henseende sannsynligvis oftere en lykkeligere profesjonell enn helsesjefen.

Organisasjoner som baserer seg på slikt arbeid vil lovmessig oppleve at profesjonene søker kontroll over eget arbeid og over administrative avgjørelser. Der hvor dette lar seg gjennomføre, lever organisasjonen lykkelig som "vert" for sine profesjonelle arbeidstakere, og omvendt: profesjonene trives. Igjen ser vi at disse prinsippene lettere lar seg realisere i almenpraksis enn i helseadministrasjon.

Profesjoner og byråkratier hviler på to ulike organisasjonsprinsipper (18). Profesjoner vil derfor gjerne motstå byråkratiske regler, forkaste byråkratiske standarder, motstå byråkratisk overvåking, ja i det hele tatt ha en betinget lojalitet overfor byråkratier. Å være "kommune"-lege ligger mao. snublende nær en selvmotsigelse. I alle fall ligger det betydelige konflikter latent i rollen.

Men vi kan også se det på den omvendte måten: fordi dette er så lite forstått i offentlig forvaltning (byråkratiet), er det med å bygge opp under en krise offentlige tjenester kan komme til å bevege seg mot. Dersom ikke dette endres, vil offentlig sektor kanskje gradvis forvitre, fordi dens administrasjon og forvaltning ikke er tilpasset de arbeidstakergruppene den er mest avhengig av: profesjonene. Dette fenomenet lar seg nå også tydelig registrere gjennom endel kommunelegers erfaringer.

Om indirekte makt

Løsningen er likevel ikke så enkel som "mer makt til profesjonene". Visst er det slik på arbeidsplasser som baserer seg på profesjonelle yrker at makten flyter til de profesjonsmedlemmene som bryr seg om å gjøre administrativt arbeid (19). Administratorer som vil ha stor innflytelse bør være medlemmer av den profesjonen som dominerer arbeidsplassen. Men fordi prinsippet om at enhver profesjonell vil søke kontroll over eget arbeid **alltid** gjelder, også for de som er underordnet en profesjonsegen leder, vil en administrator med profesjonsbakgrunn alltid måtte basere seg på indirekte makt, som bare må brukes i **små skritt** (20).

"Profesjonsadministratoren" kan øve innflytelse på særlig disse tre områdene: 1. Ved å håndtere problemer mellom mennesker i organisasjonen, og bruke tid på det. 2. Ved å betjene nøkkelroller på organisasjonens grenser (kontakt med utenforliggende instanser, brukergrupper osv.). 3. Ved å handle i usikkerhet (f.eks. kunne gi råd om noe viktig som andre ikke kan noe om).

Dette er også kommunelegens viktigste innflytelseskilder. Det er ved å være aktiv på slike områder at f.eks. "entreprenøren" kan påvirke helsetjenestens utvikling i sin kommune. Styring gjennom strømlinjeformet planlegging, gjennomslag for egne ideer osv. lar seg rett og slett ikke realisere innenfor de rammer han arbeider. Både vil hans profesjonelle holdninger butte imot byråkratiet, men dessuten vil også de profesjonene han skal styre lovmessig reise bust mot enhver form for direkte styring. Ved å handle indirekte, i organisasjonens "porer" så å si, kan han øve innflytelse. Men under

alle omstendigheter må han gå sakte og uendelig tålmodig fram.

Oppsummering

Selv om kommunehelsetjenesten og kommunelegene har det relativt bra, ser vi varsler om problemer som kan vokse. Særlig er jeg redd for latente motsetninger i kommunelegens yrkessituasjon som kan komme til å aktiviseres, slik at flere rammes av dem enn i dag. Jeg tenker da særlig på motsetningen mellom kommunelegens ambisjoner og mulighetene til å realisere dem, motsetningen mellom byråkrati og profesjon og motsetningen mellom direkte og indirekte innflytelse.

Kommunelegens ambisjoner kan vi gjøre noe med. Det viktigste er å gjøre dem realistiske. At f.eks. Oll har begynt å tvile på kombinasjonsdoktoren, er antakelig et skritt i riktig retning . Mulighetene til å realisere kommunelegenes ambisjoner vil selvsagt øke med økt kunnskap og bedre ferdigheter i offentlig forvaltning, organisasjonsteori, personaladministrasjon og ledelse. Det er antakelig mye å hente ved å forandre kommunelegene gjennom utdanning.

Antagonismen mellom byråkrati og profesjon er verre. Den gjennomsyrer store deler av offentlig sektor - ikke bare helsetjenesten - på en tragisk måte. Om våre politikere forstår den, vet jeg ikke. Om de finner løsninger på den, er enda mer tvilsomt. Antakelig er dette et problem vi må lære oss å leve med i overskuelig framtid. Men det hjelper kanskje litt å sette det rette navnet på det, og å vite at det er flere i samme båt.

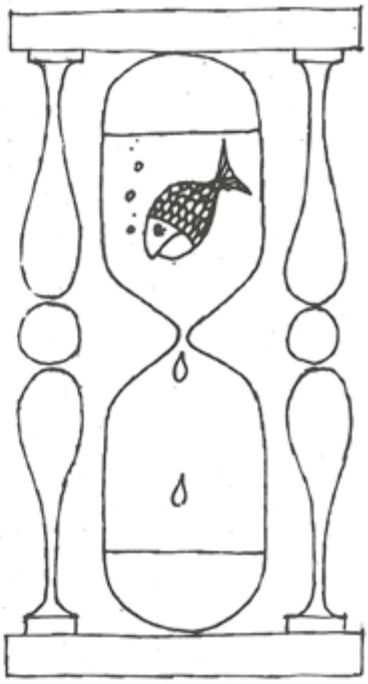
Å lære seg tålmodighetens og den indirekte innflytelsens kunst er vanskelig, men sikkert mulig, også for leger. Men det vil nok kreve en endring av selvbildet som kan være smertefullt for mange.

Det får bli opp til leseren å trekke konklusjonene. Men skal flere kommuneleger i framtida si "Det mest givende i jobben min er at den er allsidig, det er ubegrensede arbeidsoppgaver, og svært givende å se at det en har arbeidet for i mange år blir realisert" - og ikke: "Det mest givende er å reise hjem etter jobben" - må vi starte med å stikke fingeren i jorda og seg hvor vi er. Eller mao.: stille en diagnose. Det var dette jeg ville bidra til ved å sette meg ned og skrive til Utposten denne gangen■

Lykke til!

Litteratur

1. Romøren T.I. Kommunelegen: Mellom barken og veden? Arbeidsrapport nr. 1. Oslo: Sosialdepartementet, 1986.
2. Brev av 13.8.86 fra Helsedirektøren til Sosialdepartementet
3. Romøren T.I., Op.cit.
4. Paulsen B. Og hvordan har vi det i dag? Kommunehelsetjenesten 2 år etter. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning, 1986.
5. Elstad J.I. Kommunehelseloven - noen utviklingstrekk. Sosiologi i dag; 1985: 3-4.
6. Statistikk for kommunehelsetjenesten 1984 og 1985. Oslo: Sosialdepartementet, 1985 og 1986.
7. Paulsen B. Kommunehelsetjenesten i sentrum og utkant - mot revisjon av en gammel ulikhetsdimensjon? Arbeidsnotat. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning, 1986.
8. Paulsen B., Op.cit.
9. Paulsen B., Op.cit.
10. Vetvik E., Personlig meddel.
11. Vetvik E., Personlig meddel.
12. Statistikk for kommunehelsetjenesten 1984. Oslo: Sosialdepartementet, 1985.
13. Vetvik E., Personlig meddel.
14. Romøren T.I. Kommunelegen: Mellom barken og veden? Arbeidsrapport nr. 1. Oslo: Sosialdepartementet, 1986.
15. Romøren T.I., Op.cit.
16. Romøren T.I., Op.cit.
17. Scott W.R. Organizations. Rational, Natural and Open Systems. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1981.
18. Scott W.R., Op.cit.
19. Mintzberg H. Structure in fives: Designing effective organizations. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1983.
20. Mintzberg H., Op.cit.



Abonnement på Essayprisen?

Han ble presentert i et fyldig intervju ved tilsvarende anledning i fjor (nr. 6/85) og vil derfor bare gi noen oppfølgende kommentarer:

Utposten: Ble du overrasket over å vinne igjen?

J.J.: Ja, selvsagt ble jeg det. Jeg hadde ikke tenkt å skrive i år, men da Utposten utsatte fristen og klaget over interessen, syntes jeg det var skam å ikke sende inn noe.
Jeg hører nå at det er god bredde over de innkomne bidrag og regner med at fra og med neste år er det nok slutt med at jeg vinner.
Vi må få ut på banen alle de leger som kan skrive. Og noe å skrive om har vi vel alle.

Utposten: Hva driver du med for tiden?

J.J.: Jeg har oppdaget medisinsk antropologi, det er et spennende fag. Det gir perspektiver å oppdage hvordan legerollen i skiftende forkledninger har holdt seg uforandret opp gjennom århundrene.
Selv om en annen profesjon har ord på seg for å være verdens eldste yrke, er vi i hvert fall verdens nest eldste.

Utposten: du er jo blitt veileder, har du startet med gruppe?

J.J.: Ja, vi startet opp 27. august. Ideen med etterutdannelse i en fast gruppe over tid er helt genial. Det er nok noe av det viktigste som har hendt oss almenpraktikere som gruppe.
Og den som ikke vil lære minst, er veilederen selv. Man oppdager fort hvor store ressurser det er samlet i en slik gruppe.

Jørgen Jørgensen

Lege/pasient-forholdet og placebo-virkningen

Resyme

Artikkelen beskriver placebo og dets virkning. Placebo-bruk medfører et bedrag overfor pasienten som ikke er ønskelig. Vi vil beholde placebo-virkningen uten å bruke placebo. Slik virkning oppnåes best gjennom et godt lege-pasient forhold. Konsultasjonen er derfor vårt beste redskap. De trekk ved interaksjonen mellom lege og pasient som har betydning diskuteres, særlig fra en antropologisk synsvinkel.

◆

Vi husker fra barneårene fortellingen om Vesleblakken som skulle hente doktoren til den vesle gutten som lå syk i høy feber og lungebetennelse. Vinternatten ruget tung og kald i Øvre Rendalen, og Vesleblakken slet seg til døde over de dystre furumoer for å bringe fram doktoren. Gutten overlevde, men Vesleblakken døde. Hva hadde så doktoren i vesken sin som var så dyrebart og kunne redde liv? Fortellingen er fra århundreskiftet, og da hadde han kanskje kamfermixtur.

Og vi leger har blitt flinke og effektive, vi tenker at det var vel bare placebo. Vesleblakken døde altså for et placebo. Men la det slå an tonen i dette essay, for placebo er et både viktig og alvorlig emne.

Et placebo er en form for medisinsk behandling som på den tid det brukes ikke er ansett for å være spesifikk terapi for den tilstanden det gis for. Stort sett brukes placebo enten for sin psykiske effekt, eller for å eliminere feilkilder i et dobbelt-blind forsøk.

Det sies at medisinens historie egentlig er historien om placebo.

Og for å få med Vesleblakken i medisinens historie, kan vi gjøre en tilføyelse til definisjonen: En form for medisinsk behandling som nå ansees virkningsløs, men som ble regnet for effektiv på den tiden det ble brukt. (1).

Placebo har virkninger både på organiske og funksjonelle lidelser, det kan gi objektive fysiologiske forandringer. I et gitt forsøk vil mellom 30 og 40% av personene som deltar reagere på placebo. En person som har virkning av placebo en gang, vil kanskje ikke reagere en annen gang.

Alle kan ha effekt av placebo, men omstendighetene og rammen omkring den situasjonen der placebo gies vil avgjøre hvem som har nytte av behandlingen eller ikke. Dette er helt essensielt ved placebo-virkningen, noe jeg vil komme tilbake til.

Placebo er et omfattende og kontroversielt emne og selv om jeg ikke kan gå inn på alle detaljer, vil jeg ta opp noen utbredte misforståelser.

Hvis en pasient reagerer på placebo, tar mange det som et bevis på at han har en funksjonell lidelse. Videre tror noen at placebo bare virker på smerter eller angst. I virkeligheten kan placebo påvirke organiske lidelser. Placebo kan naturligvis ikke kurere kreft, men det kan ha virkning på forløpet. (2). Et arbeide over terapeutisk effekt ved en organisk sykdom som ikke tar placebo-virkningen med i beregningen, regnes for upålitelig.

Det sies også at uansett om placebo virker eller ikke, er de fri for bivirkninger. Men tvertimot, placebo kan gi bivirkninger. Ja, de kan til og med gi tilvenning og vanedannelse.

Det hevdes at bare visse personlighets-typer, f.eks. neurotiske personer, vil reagere på placebo. I virkeligheten har mange undersøkelser vist at det ikke er noen "placebo-personlighet". Alle mennesker kan reagere på placebo bare omstendighetene er riktige. (2) Derimot kan man finne visse trekk som går igjen ved god placebo reaksjon, særlig er forventning vanlig.

Placebo-virkningen har vært forstått og brukt gjennom alle tider. I Knut Hamsuns "Mysterier" fra 1892 legger dikteren disse ordene om medisin i munnen på Johan Nilsen Nagel:

- Jo, det ene var næsten like godt som det andre. Det var viljen, det var troen og dispositionen det kom an på hos patienten. Så man ikke eksempler på at patienter kom sig av det klare vand når man bare innbildte dem at det var et utsøkt lægemiddel?

Mekanismene i kroppen som utløser placebo-effekten er ennå delvis ukjent for oss. I 1978 kom et arbeide (3) som viste at placebo-respondere fikk øket nivå av endorfiner i blodet, og at dette kunne forklare placebo-virkningen på smerter. Dette ble av mange oppfattet som om placebo-gåten sto foran sin løsning, men vi skal huske på at smertelindring bare er en de mange virkninger placebo kan ha. Endorfiner produseres som følge av psykiske stimuli, og den eneste sikre konklusjon man kan trekke av endorfin produksjonen er at placebo virker gjennom psykologiske mekanismer ved smertelindring. I et annet arbeide fra 1983 (4) er det ikke funnet noe bevis for en endorfin-betinget smertelindring ved placebo. Dette kommenteres i en leder i Lancet (5) og det konkluderes med at placebo ventelig har mange og forskjellige virkningsmekanismer. Løser vi placebo-gåten vil vi også løse det eldgamle problem om forholdet mellom psyke og soma.

Men placebo-effekt er noe mere enn bare målbar virkning av et placebo. For det første har alle medikamenter også en placebo-effekt, det er det eneste felles multiplum de har. For det andre kan alle terapeutiske prosedyrer, fra kirurgi og psykoterapi til håndspåleggeles, ha slik virkning.

Gjennom arbeidene om emnet går det en rød tråd: Lege-pasient forholdet er av essensiell betydning for virkningen. Dette gjelder ikke så mye legen eller pasienten, men forholdet mellom dem og den symbolske, kultur-betingede karakter det har, tro og forventning.

Vi må derfor gjøre definisjonen av placebovirkning uavhengig av om det er brukt placebo eller ikke. Howard Brody (2) foreslår : Placebo-virkning er den forandring i pasientens tilstand som skyldes det symbolske utslag av å være i en helbreder-situasjon (healing context) mere enn behandlingens spesifikke farmakologiske eller fysiologiske effekt.

Bruken av placebo har etiske sider og debatten for og imot har i mange år gått sterkt. I en spissformulering sier Robert Platt (6): Frekvensen av placebo-bruk er omvendt proporsjonal med

summen av legens og pasientens intelligens!

Sissela Boks artikkel (7) gir en fin oppsummering av argumentene for og imot. Hennes konklusjon er at den hvite løgn som må ligge bak enhver bruk av placebo, i det lange løp vil skade forholdet lege-pasient. Synet på bruken har endret seg de siste 10-15 år. Dette har bl.a. sammenheng med synet på pasientens rolle og hans rettigheter. Med økende forbruker-aktivitet, opplysning og demokratisering skal pasienten være jevnbyrdig med legen, det skal være gjensidig åpenhet og troverdighet.

I min studietid og de første år i praksis skulle aldri pasienten direkte få vite om han hadde fått kreft eller annen dødelig sykdom. Pårørende skulle få vite det, men han selv bare dersom han aktivt bad om en ærlig prognose. De siste årene er dette forandret.

Pasientene får vite om de har kreft eller ikke, og synes å tåle dette mye bedre enn vi trodde. Som med kreft, så også med placebo. Det er ikke lenger selvsagt at pasientene skal "lures" med sukker- eller kalktabletter.

Men selv om vi ikke vil bruke placebo, vil vi beholde placeboffekten. Som før nevnt er denne nyttet til lege-pasient forholdet i videste forstand, spesielt i interaksjonen mellom de to.

De senere årene har det vært en økende interesse for medisinsk antropologi i de forskjellige kulturer. Det er viktig at vi ser linjene bakover og forstår at vi som leger er ledd i en flere tusen år gammel tradisjon hvor forholdet mellom legen/helbrederen/sjamanen/medisinmannen og hans pasient har stått sentralt.

I vår rastløse tid hvor vi føler oss så glupe og beruset av teknologi og fremskritt, bør vi huske Predikeren, den første ekstistensialist, 2500 år før Sartre:

- og det er intet nytt under solen. Er det noget hvorom en vilde si: Se, dette er nytt - så har det vært til for lenge siden, i frefarne tider som var før oss.

Og det faktum at forholdet mellom hjelperen og den hjelpesøkende har bestått uendret gjennom mange tusen år, gjennom skiftende verdensbilleder, dogmer, sosiale systemer og vitenskapelig utvikling, viser oss noe essensielt i medisinen. Hvilke trekk i dette forholdet er det så som går igjen opp gjennom historien og som tilsammen gir en sterk og positiv placebo effekt?

Det har vært skrevet mye om medisinsk antropologi, og jeg har angitt tre gode artikler i litteraturhenvisningen (8,9,10).

"Healing context" er et nøkkelbegrep og det er vanskelig å oversette da vi på norsk mangler forskjellige ord for cure og healing. "Helbreder-situasjon" er det nærmeste jeg kan komme. Helbreder-situasjonen gir i en sum omstendighetene rundt møtet mellom hjelperen og den hjelpesøkende. Sentralt er også begrepet syke-rolle. Den syke må fremstille seg for en som sosialt er utnevnt eller godkjent som hjelper.

Hjelperen kan være en sjaman, prest, medisinmann eller lege, men alle kulturer har en slik rolle som er tildelt noen "profesjonelle". Den helbredende handling vil vanligvis foregå på et spesielt utpekt sted, det være seg en spesiell hule, et tempel, et hospital. Oftest vil en slik helbrederhandling bli underlagt et bestemt ritual. Det er viktig å merke seg at de to som inngår i et slikt forhold vil ha samme kulturelle bakgrunn, samme begrepsverdien og samme forklarings modell for sykdom.

I engelsk språk finner vi to begreper hvor vi bare har ett, nemlig for sykdom. "Disease" betegner legens biologiske diagnose, den betegner patologi i struktur og funksjon hos organer eller systemer i kroppen.

"Illness" derimot er pasientens opplevelse av og reaksjonen på sykdomsopplevelse. I almenmedisin har vi mest å gjøre med "illness", enten som pasientens reaksjon på en organisk lidelse eller på plager som ikke har noen organisk påvisbar årsak.

Som leger vil vi informere om og forklare "disease", mens pasientene helst vil ha forklaring på og hjelp for sin "illness".

Antropologien har lært oss at det er visse trekk ved møtet mellom pasient og lege som går igjen i alle kulturer:

1. Helbreder og pasient har et felles kognitivt system, en felles forklaring på verden omkring dem, på sykdom og død. Dette vil gjøre pasientens opplevelse av sykdom mere forklarlig for ham.

2. Pasienten hører til i en gruppe, han har sosial samhørighet med familie og omgivelser. Disse tar seg av ham og gir ham emosjonell støtte.

3. Gjennom sitt forhold til hjelperen/legen får pasienen en følelse av kontroll og mestring av sykdommen.

Disse tre forhold er essensielle for å gi lege-pasientforholdet full styrke og for å utløse placebo-virkningen.

Pasientene vil ha uklare forestillinger om sin sykdom og disse forestillingene vil skille seg klart fra vår akademiske modell. De vil se på sin sykdom/illness som en intenst personlig og eksistensiell hending, den vil virke truende og oppløsende og kanskje føre med seg tap av funksjon. Leo Tolstojs fortelling "Ivan Iljitsj død" er en klassisk skildring av dette. For den syke svikter det på alle av de tre forhold jeg nevnte ovenfor:

- Noe forferdelig var i ferd med å skje inne i ham, noe nytt og skjebnesvangert, noe som det aldri hadde hendt maken til i hele hans liv. Og bare han visste om dette. Hans omgivelser forstod ikke, eller ville ikke forstå det. De trodde at verden gikk sin gang som før. Dette pinte Ivan Iljitsj mere enn noe.

Og legen er i sin verden og snakker over hodet på Ivan:

- et spørsmål var alvorlig for Ivan Iljitsj, var hans tilstand farlig eller ikke? Men legen overhørte dette irrelevante spørsmålet. Sett fra hans synspunkt hadde dette spørsmål intet med saken å gjøre. Man måtte bare veie en rekke sannsynligheter mot hverandre: nyrebetennelse, mavekatarr eller blindtarmsbetennelse. Det var ikke spørsmål om Ivan Iljitsj' liv, bare et uløst problem mellom hans nyrer og blindtarm...

Arbeidet som lege er vanskelig, det krysser alle grenser vi måtte prøve å stable opp mellom det empiriske, det metafysiske og det etiske. Og til alt overmål kan vår tilbaketrukne plattform bli revet unna oss, vi kan selv bli pasienter. Ofte kan vi være usikre på oss selv. Kanskje vi skjermer oss fra pasienten med en upersonlig klinisk holdning og en vegg av teknologi. Kanskje pasienten kan provosere tanker i oss om våre egne begrensninger, vår utilstrekkelighet som lege og vår egen dødelighet?

Vi må likevel møte pasienten i hans verden og ved aktive spørsmål avdekke hans syn på sin sykdom, hva den gjør med ham, hva han tror årsaken er og hvilken behandling ha forventer å få. Pasientene vil ofte være uvillige

til å gi sine oppfatninger. De har kanskje blitt avfeid av leger tidligere, eller de tenker som i Alf Prøysens Koleravise: "doktorn han veit det nok bæ're hell du".

Hvorfor vil det så ha betydning f.eks. hvilken forventning pasienten har om den behandlingen han vil få? Han har kanskje hørt om en annen som har en lignende sykdom (pasienter har alltid det) og han fikk sånn-og-sånn behandling. Dersom han uten videre forklaringer får en annen behandling, vil han sitte igjen med frustrasjon og ubesvarte spørsmål, og han vil med liten entusiasme gå inn på legens behandling. Tilsvarende dårlig vil så hans "compliance" bli, for det er ofte den negative utgang på en mislykket konsultasjon. For det å gi skolemedisinsk informasjon er ikke det samme som å dele forståelse og innsikt med pasienten.

Tuckett (11) understreker pasientenes utbytte av konsultasjoner hos almenleger. Han fant at bare 1 - en - prosent av dem hadde fått forklaringer gitt som svar på deres egne tanker om sykdommen og dens behandling.

Et sentralt punkt i konsultasjonen vil være: Hvorfor kommer pasienten? Hva er den egentlige grunn til at han kommer? For det behøver ikke å være det svar han gir på spørsmålet: "Nå, hva kan jeg hjelpe deg med i dag?" Ofte må den egentlige grunnen først avdekkes etter en tålmodig samtale. Byrne og Long (12) viste at en hyppig årsak til mislykkede konultasjoner var at legen overhodet ikke oppdaget grunnen til at pasienten var kommet.

Jeg mener ikke at vi skal være uvitenskapelige, men vi er nødt til å nærme våre to verdener til hverandre. Noen ganger må vi akseptere at vi må arbeide innenfor pasientens forklaringsmodell i starten, så får vi etterhvert forandre denne.

De siste årene har vi sett en økende interesse for konsultasjonen og dermed lege-pasient forholdet i almenmedisin. Misnøye med diagnoselister som hadde liten relevans for primærmedisin førte til at bl.a. Bent Guttorm Bentsen (13) tok opp en ny problemorientert klassifikasjon i internasjonale fora. I den nye diagnoselisten - ICPC - vil man finne en to-deling hvor legens vanlige medisinske diagnose sidestilles med en registrering av pasientens problem.

Pendelton og medarbeidere (14) har som resultat av et mangeårig arbeide med konsultasjonen utgitt en bok alle almenpraktikere burde lese. Deres sentrale begrep er pasientens "health-belief", som kan oversettes med helse-oppfatning og dekker pasientens hele subjektive opplevelse av sykdom.

- "Thus patients are generally engaged in a struggle to understand what is happening to them, and it follows that any doctor who is ignorant of his patients beliefs or who fails to influence them, does so at great expense".

Og sist men ikke minst har sjefsideologen for almenpraksis, Ian R McWhinney sammen med medarbeidere (15) laget en artikkelserie om den pasient-sentrerte kliniske metode. Både legen og pasienten kommer med sine agendae til konsultasjonen. Legen har sin vanlige skolemedisinske husorden med anamnese, undersøkelse og laboratorieprøver. Pasienten kommer med sine forventninger, sin frykt, sine egne ideer.

For legen blir oppgaven dobbel. Han skal utøve vanlig medisinsk virksomhet slik han er opplært til. Men utover dette skal han møte pasientens individuelle opplevelse av sykdom og aktivt hjelpe ham til å uttrykke seg. Legen skal altså både behandle "disease" og "illness".

McWhinney og medarbeidere gir i artikkelserien praktiske eksempler på intervjuer hvor en legesentrert metode er samenlignet med pasient-sentrert ved samme pasient.

I det hele skrives det mye om konsultasjonen og om legens møte med pasienten i almenmedisin. I USA kan man nesten snakke om en ny disiplin, -"doctor-watching". Det skrives fra alle hold, psykologer, sosiologer, antropologer osv, om det unike forhold en slik lege-pasient interaksjon er.

Vårt tema er placebo-virkningen og det er almen enighet om at et godt lege-pasient forhold er det som sikrest kan utløse en slik positiv virkning. Disse sterke kreftene må vi ta vare på ved å gå inn i pasientens verden, dele hans opplevelser og gi svar på spørsmål som for ham er relevante. Vi må også styrke hans følelse av mestring og kontroll av sykdommen uten å ty til moralisering.

Konsultasjonen er stadig det beste redskap vi har i almenmedisinen til å befeste forholdet mellom lege og pasient. Og dermed til å utløse placebo-virkningen■

Henvisninger:

1. Brody, Howard: Placebos and the Philosophy of Medicine, University of Chicago Press, 1980.

2. Brody, Howard: The lie that heals, the ethics of giving placebos. Annals of Intern Med 1982, 97:112-118.

3. Levine, J.D.; Gordon, N.C.;and Fields, H.L.: The mechanism of placebo analgesia. Lancet 1978,2:654-57.

4. Gracely,R.H.; Dubner,R.; Wolskee,P.J.;Deeter,W.R.: Placebo and naloxone can alter postsurgical pain by separate mechanisms. Nature 1983, 306:264-65.

5. Editorial: Shall I please? Lancet 1983, 31:1466-67.

6. Platt,Robert: Two essays on the practice of medicine. Lancet 1947, ii:305-07.

7. Bok,Sissela: The ethics of giving placebos, Scientific American, 1974, 231:17-23

8. Adler, H.;Hammet,van Buren: The doctor-patient relationship revisited. Ann Intern Med 1973,78:595-98.

9. Keleinman,A;Eisenberg, L;Good, B.: Culture,illness,and care. Ann Intern Med 1978, 88:251-58.

10. Snow,L.F.: Folk medical beliefs and their implications for care of patients. Ann Intern Med 1974, 81:82-96.

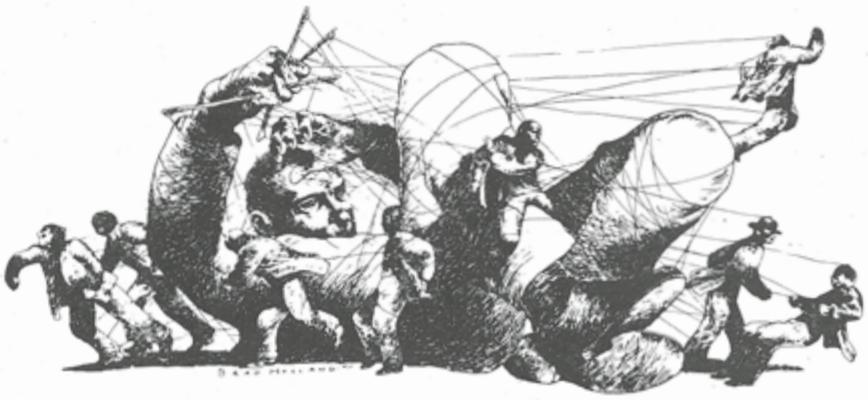
11. Tuckett,D.: Final report on the patient project. Health education council, 1982, London.

12. Byrne, P.S.; Long, B.E.L.: Doctors talking to patients. HMSO 1976, London.

13. Bentsen,B.G.: International classification of primary care. Scand J Prim Health Care 1986, 4:43-50.

14. Pendleton, D;Schofield, T;Tate, P;Havelock, P: The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford 1984.

15. Levenstein, JH;McCracken, EC;McWhinney, IR;Stewart, M.A;and Brown,JB: The patient centered clinical method Family Practice 1986 3:24-30 og 3:75-79.



Sammendrag

I de fleste land er almenmedisinen svakt eller ikke i det hele tatt representert ved de akademiske læresteder. Samtidig representerer almenpraktikerne den største legegruppe, og deres forventninger til de få representantene for faget ved universitetene er store og omfattende. Spørsmålet er hvorledes de fåtallige universitetsansatte skal prioritere sin tid. Av alle mulige oppgaver er naturlig nok, men kanskje også merkelig nok, praksis blitt betonet. Det er fra flere hold etablert som et mål at alle akademiske lærere bør bruke halvparten av sin arbeidstid til å fungere som almenpraktikere. I denne artikkelen stiller jeg et spørsmålstegn ved hvorvidt dette er en fornuftig bruk av sparsomme ressurser, og jeg argumenterer for at teorifattigdom i almenpraksis er et større problem enn praksisfattigdom i akademisk almenmedisin.

Skal teoretisk almenmedisin ofres på praksisens alterbål?

Dag Bruusgaard
Institutt for Almenmedisin
Universitetet i Oslo
Fredrik Stangsgate 11/13
0264 Oslo 2

Dette er en omtale av en måte å drive akademisk almenmedisin på som jeg selv har valgt og som jeg gjerne vil forsvare.

Medisinen er både et praktisk målrettet fag, og det nesten enerådende akademiske fag i helsetjenesten. Det praktiske aspekt understrekes spesielt i benevnelsen almenpraksis som om denne del av medisinsk virksomhet er ennå mer praktisk, og derved mindre teoretisk enn de øvrige disipliner. Hvorvidt almenpraksis er mer praktisk og mindre teoretisk enn for eksempel fagområder som øre/nese/hals, pediatri og kirurgi skal jeg ikke berøre nærmere i denne sammenheng.

I spenningsfeltet mellom teori og praksis har medisinen, på tross av sin akademiske bakgrunn, prioritert den praktiske tilknytning. Om en vil kan en si at praksisnærhetsmedaljen har en teorifattig bakside. Jeg tror denne teorifattigdommen er et av de største problemer medisinen står overfor, et problem som er spesielt stort for nykommeren på den medisinsk/akademiske himmel - almenmedisinen.

Mange tegn i sol og måne tyder på at almenpraksis er inne i en god og spennende utvikling, både internasjonalt og i vår egen lille nordiske andedam. Denne utviklingen har fått politisk aksept, en aksept som selvsagt ikke er kommet ut av ingenting, men blant annet er et resultat av en aktiv fagutvikling. Her har akademisk almenme-

disin spilt en viktig, om enn neppe avgjørende rolle.

Det kan være fristende å slå fast at almenmedisin som praktisk utøvelse av medisinsk virksomhet i førstelinjetjenesten, og som akademisk fagfelt, definitivt er kommet for å bli, at de viktigste slag er vunnet og at en etter våre egne vurderinger velfortjent plass i solen er oppnådd. Imidlertid er det også mørke skyer på den akademiske almenmedisinens himmel. Våre universitetskolleger kritiserer almenmedisin for å ha forsømt den akademiske og teoretiske fagutvikling på bekostning av en sterk praksisfiksering (1). I Storbritannia, der nordmenn tror all almenmedisin, inkludert den akademiske, er førsteklasses, er det flere av de små almenmedisinske institutter som vakler.

Det er et spørsmål om vi har undervurdert og underprioritert utvikling av akademisk almenmedisin. Om vi har vært for opptatt av praksis og neglisjert teoriutvikling. Både internasjonalt og hjemme i Norge (2,3,4) har vi møtt sterke utsagn om at akademisk almenmedisin må styrke sin praksistilknytning. Dette har vært konkretisert med krav om at akademiske almenpraktikere må bruke halvparten av sin tid på praktisk almenmedisin.

Jeg vil stille et stort spørsmålstegn ved om praksis virkelig er så viktig for akademisk almenmedisin at den skal ta like mye tid som forskning, grunntudannelse, videre- og etterutdannelse og administrasjon til sammen. Målet er god forskning og god undervisning. Jeg tviler på at praksis er et så viktig hjelpemiddel at halvparten av arbeidstiden skal brukes på det.

I Norge har vi 2 500 almenpraktikere, av disse er det 3-400 som deltar i grunnutdannelsen ved at de har studenter utplassert. Vi har 15-20 almenpraktikere i akademiske stillinger, av disse er 8-10 i faste vitenskapelige stillinger ved de fire almenmedisinske institutter/seksjoner. Almenmedisinen har vesentlig færre vitenskapelige stillinger i forhold til praksisstillinger enn de andre medisinske disipliner. Dette kompenseres delvis ved det store antall almenpraktikere som deltar i undervisningen.

I den grad det er en motsetning mellom teori og praksis - og det er det i denne sammenheng - er det spørsmål om til hvilken side pendelen egentlig svinger. De nevnte artikler er skrevet av redsel for at almenmedisinen skal bli for teoretisk.

La oss se litt nærmere på de ulike deler av almenmedisin og begrunnelsene for at alle akademiske lærere må ha en sterk praksistilknytning. Jeg tar utgangspunkt i forholdene i Norge, men tror det samme gjelder i de øvrige nordiske land.

Almenpraksis

Norsk almenpraksis er solid plantet i norsk virkelighet. Det er ingen tegn som tyder på at almenpraksis skal klare å fornekte denne posisjonen og bli virkelighetsfjern på grunn av for stor interesse for teori, langt ifra, 2500 dyktige og aktive leger sørger for det.

Grunnutdannelsen

Grunnutdannelsen slik den for eksempel foregår i Tromsø og Oslo forestås først og fremst av fulltids almenpraktikere, gjennom henholdsvis åtte og fire ukers utplassering. Noe av undervisningen ellers er teoretisk og bør og skal være det. Kanskje er denne undervisningen, som medisinerundervisningen generelt, for faktaorientert, for her-og-nå orientert, med mangel på teoretisk fordypning. Jeg tror det er nødvendig å understreke at teori ikke er det samme som virkelighetsfjernt pugg av sjeldne sykdommer, kjemiske formler og muskelfester.

Manglende oversikt og forståelse er et gjennomgangstema i den studieplankritikk som det siste år har vært omfattet med betydelig interesse, først og fremst i USA og Canada (5).

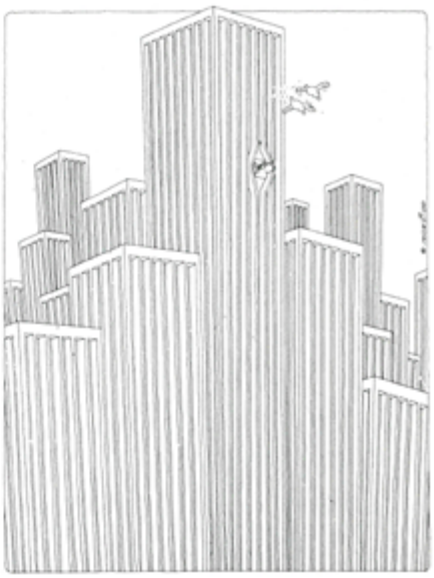
Med den store vekt som er lagt på utplassering i praktisk almenmedisin, tror jeg ikke det er fare for at grunnutdannelsen skal bli for teoretisk.

Videre- og etterutdannelsen

Her tror jeg faren for at vi får en dreining fra praksis over i teori er ennå mindre enn når det gjelder grunnutdannelsen. I økende grad har almenpraktikere overtatt både ansvaret for administrering og faglig innhold i videre- og etterutdannelsen.

Kontakt med kolleger

Kravet om halvtids almenpraksis blir også fremsatt for at almenpraktikere



tilknyttet almenmedisinske institutter skal kunne kommunisere med sine 2 500 feltarbeidende kolleger. Jeg betviler at en slik prioritering av tiden gjør kommunikasjonen lettere. Almenpraktikere er pragmatikere, og må, enten de vil eller ikke, samarbeide med de merkeligste personer i og utenfor helsevesenet. De klarer nok å kommunisere med og banke fornuft inn i akademiske lærere selv uten praksistilknytning.

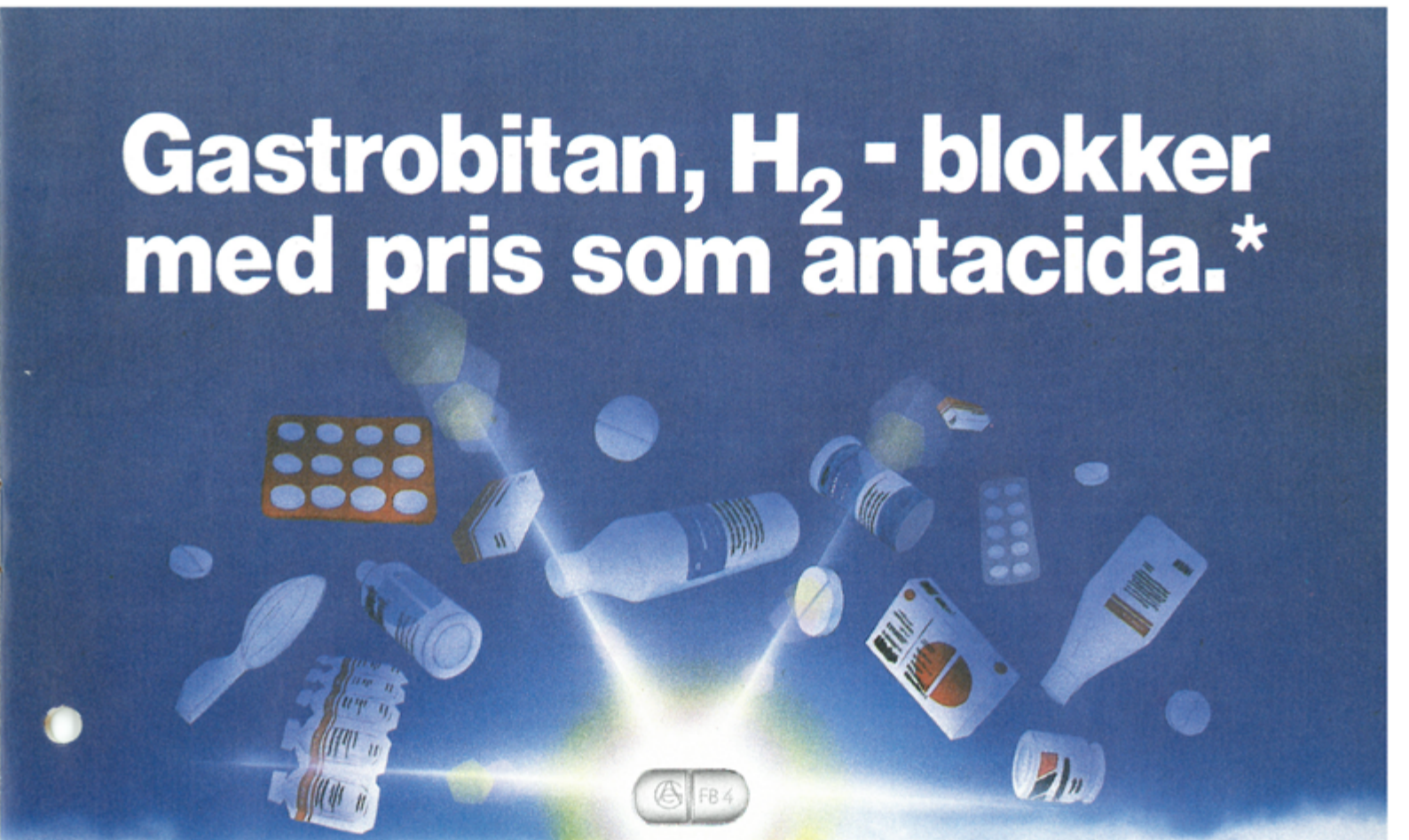
Forskning

Forskning bør ta utgangspunkt i praksis og ut fra dette utvikle teori (6). Kjennskap til praksis er derfor tvingende nødvendig, men en slik kjennskap kan man oppnå på flere måter. Å bli flink teoretiker er etter min mening vanskeligere, det er det det skorter på. En fifty/fifty-modell kan lett føre til at man blir en halvgod almenpraktiker og en halvgod teoretiker.

Problemet med akademisk almenmedisin er ikke at den er for teoretisk, snarere tvert imot. Problemet er at den teori som er utviklet er alt for svak, og kanskje irrelevant. Alle burde være tjent med at akademisk almenmedisin blir sterkere teoretisk. Å bruke for mye tid på å ha sitt praksisalibi i orden kan være ris til egen bak. Det er de akademiske almenpraktikere, som trenger hjelp av 2 500 heltids praktikere til å utvikle teori. Det er ikke de 8-10 lærere, som skal lære almenpraktikere å drive praksis.

Almenmedisinens styrke og svakhet er at den er altomfattende. Det gjelder også de få heltids ansatte almenmedisinske lærere. De har en tendens til å sprike for mye, drive på en rekke felt parallelt, hele tiden, dels fordi de av gemytt er helhetstenkende og er flinkere til å beholde oversikt over store felt enn å fordype seg i begrensede felt, dels at forventningene og de oppgaver de blir pålagt også er med på å rive dem i tusen biter. Det er dette

Gastrobitan, H_2 - blokker med pris som antacida.*



Gastrobitan® 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

GASTROBITAN ATC nr. A 02 B A 01

Histaminerg H2 – reseptorantagonist.

INJEKSJONSVÆSKE: 100 mg/ml: 1 ml inneh.: Cimetidin. 100 mg, acidium hydrochloridum 33 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Cimetidin. 200 mg, 400 mg resp. 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioksyd.

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Representerer således de histaminerge H2-reseptorantagonister. Histamin H2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

Absorpsjon: God etter oral administrering.

Proteinbinding: Ca. 20%.

Halveringstid: Ca. 2 timer.

Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter oral dose, og 85% etter en parenteral dose hovedsakelig uforandret.

Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance.

Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placentabarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår, Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomførbar. Forsøksvis ved reflux øsofagitt. Profylaktisk mot blødninger på grunn av stress-ulcus hos kritisk syke.

KONTRAINDIKASJONER: Relative: Graviditet og diegivning.

BIVIRKNINGER: Diaré, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1% av pasientene. Tilfeller av reversible forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt, samtlige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosene skal verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Reflux øsofagitt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Instituering av langtidsbehandling må skje av spesialister eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Levertransaminaser bør følges under langtidsbehandling. Pasienter med betydelig nedsatt nyrefunksjon må få redusert dose (se tabell under Dosering). Da cimetidin kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikel-cancer, er det meget viktig at en malign lidelse utelukkes. Behandling av barn bør vurderes av spesialist.

INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. (I : 51 e).

Preparat:	Pakning:	Dosering:	Kostnad pr. døgn:
Antacid mikst.	500 ml	10–15 ml x 8	5,36 — 8,04
Antacid tabl.	100 stk.	4–6 tabl. x 8	7,87 — 11,80
Balancid mikst.	1000 ml	10–15 ml x 8	5,20 — 7,80
Link mikst.	1000 ml	5–10 ml x 7	3,40 — 6,79
Link tabl.	10 x 60 stk.	2–3 tabl. x 7	9,38 — 14,05
Link. plastp.	96 x 10 stk.	1 plastp. x 7	8,68
Novalurid mikst.	500 ml	5–10 ml x 4	2,32 — 4,64
Novalurid plastp.	50 x 10 stk.	1 plastp. x 4	6,88
Tiralac tabl.	1000 stk.	2 tabl. x 8	2,42
Tiralac tabl.	250 stk.	2 tabl. x 8	2,98

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** er 800 mg til natten eller 400 mg om morgenen og til natten. Ved **ventrikkelsår** anbefales 400 mg om morgenen og til natten. Behandlingen bør vare minst 4–8 uker ved ventrikkelsår selv om pasienten blir symptomfri tidligere. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3–4. Ved **profylaktisk** langtidsbehandling av **duodenalsår** gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved **reflux øsofagitt** anvendes 400 mg 2–4 ganger daglig i 4–12 uker. Ved **Zollinger-Ellisons** syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn ved behov. Til personer med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance.

Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatininclearance (ml/min.)	Serumkreatinin µmol/l	Dosering
< 15	400–900	200 mg x 2
15–30	200–400	200 mg x 3
30–50	100–200	200 mg x 4

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes i 20 ml sterilt vann eller natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon 3–5 min. med 4–6 timers intervaller, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon.

Intravenøs infusjon: Kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusjonsoppløsning. Dosene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt gis 2 g/døgn.

Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Cimetidin har symptomlindrende effekt ved refluxøsofagitt, mens erfaringer om effekt ved langtidsbehandling foreløpig er begrensede. Bør ikke brukes til barn pga. manglende erfaring.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Meget lav akutt toksisitet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsøk viser så høy LD50 at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER OG PRISER:

Injectabile: 10 amp. à 2 ml kr. 53,65

Tabletter 200 mg:
50 stk. kr. 112,40
200 stk. kr. 417,35

Tabletter 400 mg:
28 stk. kr. 125,25
56 stk. kr. 246,75
84 stk. kr. 350,60
100 stk. kr. 406,80

Tabletter 800 mg:
30 stk. kr. 252,10
60 stk. kr. 497,20
100 stk. kr. 777,65

KabiVitrum
Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

THNJ 88 04 25

som er faren for akademisk almenmedisin. At den blir for praktisk, for her-og-nå orientert, at teoriutviklingen forsømmes. Hvis akademisk almenmedisin bygger opp en image av å være serviceorientert og på bølgelengde med praksis til enhver tid kan det vise seg å være en kortsiktig pragmatisme. Det er også akademiske krav og forventninger som må ivaretas. Det må tillates fordypning på en måte som kan oppfattes som virkelighetsflukt, og teoriutvikling og begrepsanalyse som kan virke noe på siden av, i heldigste fall, forut for de problemer almenpraksis står overfor her og nå.

De almenmedisinske instituttene er små og sårbare. Jeg tror de kan gjøre en innsats av betydning for almenpraksis, både på kort sikt og på lang sikt. For å utføre denne oppgaven er imidlertid instituttene avhengig av hjelp utenfra. Spør ikke om hva du kan kreve av de almenmedisinske institutter, men spør deg selv hva du har å tilføre disse instituttene. I Oslo har de tre fast ansatte et lite "praksisbein" seks timer pr. uke. Seks timer pr. uke er lite, spesielt for pasientene. Jeg tviler imidlertid på at forskning og undervisning ville bli bedre hvis dette ble utvidet til halv tid. Det jeg faktisk er så dristig å påstå er vel heller det motsatte. Selv med svak praksistilknytning tror jeg dessverre vi som universitetsansatte er bedre praktikere enn teoretikere, og det skulle si ganske mye.

Teoretisk almenmedisin er for svak, den må videreutvikles. Dette skjer ikke ved å drive mer praksis.

Addendum: Det er enighet med Instituttet i Oslo om at vår nylig vedtatte fjerde stilling skal deles slik at vi får to leger med 50 % praksis, 50 % forskning, undervisning etc. Motsetningene er kanskje ikke så store likevel, selvom det var motsetningene jeg ville utdype i denne artikkelen.

Summary

Do we neglect the development of theory in academic general practice?

General practice is a novice at the universities, the academic institutions are small and weak, whilst general practitioners are the largest medical speciality. An ongoing discussion is how the academic staff should keep good contact with practical work. Some Norwegian authors have advocated a fifty-fifty-model. The author, himself, an academic general practitioner underlines that the theory of general practice is weak, everyone should be interested in strenghtening the teoretical part of academic general practice, therefore it is not a good policy to spend as much time on practical work as research, guidance teaching, and administration altogether.

At the institute of Oslo the three doctors working full time have a part-time job, working six hours a week as general practitioners. According to the author this is problematic for the patients, but should be enough to keep up the academic staff's contact with the practicing life■

Litteratur

1.Warren JV, Plumb DN, Trzebiatowski GL. A crisis in medical education. JAMA 1985;253:2404-7.

2.Lærum E. Almenpraksislærer uten almenpraksis? Utposten 1983;12:38-40.

3.Fugelli P. Intervju med Christian F. Borchgrevink i Langsomt blir faget vårt eget. Almenpraktikerbiblioteket, Universitetsforlaget Oslo - Bergen - Stavanger -Tromsø 1984:3-12.

4.Fugelli P. Institutt for almenmedisin, Universitetet i Bergen, En 5-årsplan. Institutt for almenmedisin, Universitetet i Bergen 1984. 21 sider.

5.Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty-first century. Report of the panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. Washington 1984.

6.Mao Tsetung. "Om praksis" 1937. I sitater fra Formann Mao Tsetung. Peking 1972.

HJELP - jeg har fått almenpraktikerstipend

Elise Kloumann Bekken

◆

Det kjennes umåtelig godt å stå på fjellet og rope :
Hjelp - jeg har fått almenpraktikerstipend !
Ikke bare en, men to ganger !
Ingen publikasjoner.

Dette blir en gryterett med mye egne erfaringer,
noe medisinsk refleksjon, krydret med Kanaens språk og poesi,
- og servert i den sorte gryte.

"Den som kommer, aller sist skal i den sorte gryte..."
Og hva gjør vi i den sorte gryte?
Vi velger, og det gjelder å velge rett.

Hvorfor velger en almenpraktiker å søke almenpraktikerstipend ?
Kommunelege fra 1978. I Tromsø. På Mortensnes helse- og sosialsenter :
to leger, sosionomer, fysioterapeuter, legesekretærer, kontordamer.
Flat struktur.
Adresse : 9014 HÅPET.
Håpet er lysegrønt, trommelomelom...."

Men våren-81 var plutselig ikke håpet lysegrønt lenger.
Rar følelse i magen når jeg nærmet meg jobben.
Gastrit ? Angst ? Hysteri ?
Livmoren på vei mot halsen ?
Ingen globulusfølelse ennå.
Hold den på plass, fyll den opp, gjør den tung,
- så den i hvert fall ikke farer rundt i kroppen.

Jeg var 34 år og trodde fortsatt at verden var vidåpen,
at mulighetene var som havets sand.
Barn ingen hindring.
Grunnleggende innstilling til livet :
Jeg vil ha jorda og sola og månen og i hvert fall de nærmeste stjernene.
Jeg vil ha et godt, interessant og utfordrende liv her på jorda,
- og dessuten skal jeg til himmelen.
"Ta en potet, ta gjerne fire, ta åtte, ta alle...".
Ja takk, jeg tar alle. Stekte, kokte, bakte. Appetitten er grenseløs.

Den våren søkte jeg :
Bygdøkurs,
Nordiska Halsovårdshøgskolan i Gøteborg,
Almenpraktikerstipend,
- og sluttet med prevensjon.

Bingo på to !
Gravid på flekken og almenpraktikerstipend på en flygeide.
Reserveplass på Bygdøkurset, og i tilfelle opprykk :
Permisjon uten lønn med en halv million i gjeld.
Det var flott å være blant pionerene.

Hjelp,- jeg fikk almenpraktikerstipend !
Ingen var mer overrasket enn jeg.
Og når du får noe, sier du takk. Det hører til barnelærdommen.

Det er vel like mange grunner til å søke almenpraktikerstipend
som det er søkere.
For meg var det uro.
Et behov for å komme vekk fra timeavtaler, telefoner og mas.
Lyst til å forfølge en tanke, fordype seg i ett emne,
trenge litt under overflaten,
lære noe nytt,
reflektere over faget.
Det føltes som et akutt behov for å komme vekk fra pasientene.
En eldre og mer erfaren kollega kalte tilstanden "pasientforgiftning".
Hvorfor gikk de aldri ut av kontoret mitt ?
Hvorfor kom de til meg med alle krisene i livet sitt?
Skulle jeg fortsette resten av livet mitt,
med åtte gynekologiske undersøkelser før lunch ?
I ettertiden kan jeg se at det var en begynnende utbrenthet,
en begynnende krise.
En økende uro som jeg forsøkte å råde bot på
med almenpraktikerstipend og barn nummer fire på syv år.
Det gjorde ikke uroen mindre, bokstavelig talt.

I den sorte gryte stilte jeg kanskje de gale spørsmålene. forts. s.200

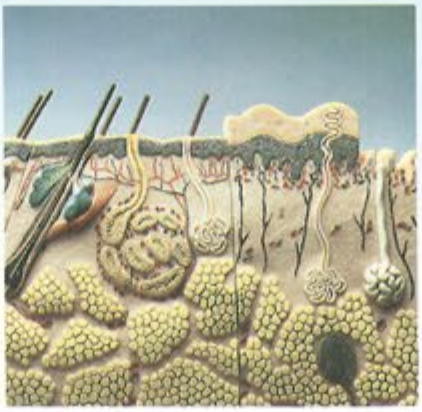
Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

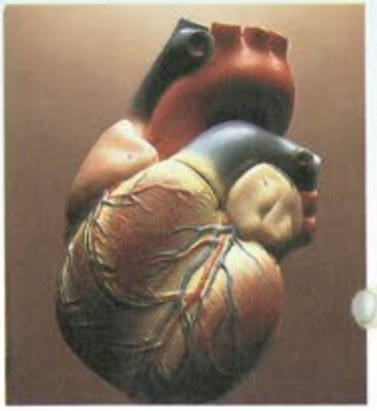
– det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro

Monofasisk, enkel for pasienten 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»

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklyskontroll. God antikonsepsjonell 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 liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol. *Virkningsmekanisme:* 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalslekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorbsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16–21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboflebit eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått 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 gestationes i anamnesen. Relative: Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blodningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal noduler hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesiell oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, knoppsvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, 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 tromboserisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Ifr bortfallsblødning uteblitt i 2 påfølgende cykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diarré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

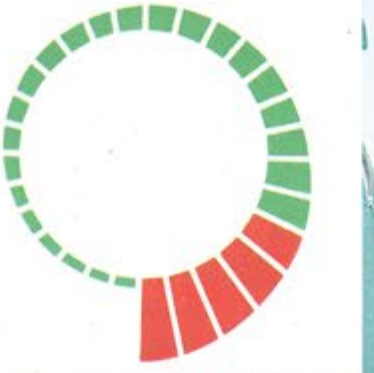
DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått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

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 68,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1985

genet gesteron

Normalt liten eller ingen vektforandring[13]



God cykluskontroll

88,1 % i tredje og 90,9 % i sjette cyklus 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. Palatsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517–523
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 22, 29–36
21. b) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195–202
22. Cullberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229–243
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477–485
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61–72
41. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487–504

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

Organon

forts. fra s. 197

SPØR IGJEN, Rolf Jacobsen (Nattåpent)

Tallrekken ler av oss
og vil forklare alt.
Den har kjever av jern og tenner
som det klirrer i.

Vi spør og vi spør
og tallene svarer
men ikke om fiolinene
eller om lykken mellom to armer.
Da hoster det på skjermen :
- uklart spørsmål.
Spør igjen.

Med hodet fullt av uklare spørsmål,
dobbeltgravid med almenpraktikerstipend og barn i magen,
og med kvalmen i halsen stod jeg så en dag
på Instituttet for samfunnsmedisin i Tromsø
og sa forsiktig : Hjelp - jeg har fått almenpraktikerstipend.

"Jeg løfter mine øyne opp til fjellene,
hvor skal min hjelp komme fra ?
Min hjelp kommer fra Herren,
himlens og jordens skaper."

Og jeg som er så glad i sola og månen lever under løftet :
"Solen skal ikke stikke deg om dagen,
ei heller månen om natten".

Men hvordan i all verden ber man amanuenser og professorer om hjelp?
Og barna vokste i magen.
Den ene var en skikkelig unge.
Unnfanget i ekteskap, i lyst og glede.
Med innlagt dataprogrammering. Etter ni måneder kom produktet.
Nå raser han rundt på trehjulssykkel
og er vekselsvis Alamekki og Martin Schanke.

Det andre svangerskapet må karakteriseres som en problemgraviditet.
Resultatet av et impulsivt og tilfeldig forhold.
Forspillet var kort, - altfor kort.
Unnfangelsen rask, - og svangerskapet ble umåtelig langt.
Forløsningen lar stadig vente på seg.
Selv om barnet står på Bekken-bunnen.
Men barnet er et kjærlighetsbarn, - og et smertensbarn.
Frukt av et forhold på si.
Et slags sidesprang i livet.
Og det er lett å fortrenge sidesprangene i livet.
Fordi de er forbundet med lyst og glede,
så med skam og smerte.
De representerer uroen, utilfredsheten, lengselen
og det vi kanskje aldri får til i livet.
Men jeg nekter å putte mitt ufullførte prosjekt inn på et mørkeloft.
Der lever det et dårlig liv.
Om barnet ikke er levedyktig, vil jeg ha offentlig begravelse.
Kanskje jeg kunne be noen amanuenser eller professorer om hjelp til det,
om ikke annet.
Noe av problemet er kanskje at de hverken er opplært til
å være fødselsleger eller seremonimestre.

Jeg skulle selvsagt ikke fått stipend,
i hvert fall ikke på det stadiet jeg fikk det.
Jeg ville gjøre en undersøkelse om sykefravær og helseproblemer
hos dataterminalbrukere.
Jeg hadde knapt sett en datamaskin, langt mindre brukt en.
Jeg ante ingenting om forskning.
Jeg hadde ikke lagd noen prosjektbeskrivelse.
Jeg trodde tre måneder var et hav av tid.
Det tok tre uker før jeg fikk første artikkel.
Men jeg hadde søkt om attføring for en puncheoperatør før hun var 30 år.
Og jeg hadde sett en strøm av unge kvinner som klaget
over hodepine, ømme og stramme muskler, såre øyne.
Og i min drabantby jobbet nesten alle unge kvinner på kontor.

Jeg fikk en hel del litt tilfeldig og velmente råd :
Du burde kanskje skrive en oversiktsartikkel om emnet.
Men jeg hadde jo fått stipend for å gjøre en undersøkelse.
Kanskje konsentrere meg om en bedrift.
Men da hadde jeg fått et materiale på maksimalt 20 personer.
Unngå samarbeid med andre, med mindre alle forhold var skriftlig avtalt,
og vite hva jeg skulle bruke spørsmålene til.

En del var jeg uenig i, men mye av det amenuensene og professorene sa,
fikk jeg liksom ikke riktig fatt i, - da.

En del av rådene var jo riktig gode,
men det skjønte jeg først i ettertid.
Da jeg satt til knes i uklare samarbeidsforhold
med Yrkeshygienisk Institutt og Norsk Regnesentral i Oslo.
Med datasystemer som ikke passet sammen og datakonsulenter som sluttet.

Og med et datamateriale så omfattende
at det kunne brukes til opptenningspapir en hel vintersesong
i det uisolerte kråkeslottet av en prestebolig som jeg bor i.

I løpet av mine tre første stipendiemåneder,
kartla jeg bedriftene i Tromsø.
Jeg hadde kontakt med 46, skallet av 30, var på bedriftsbesøk hos 14
og samlet inn og kodet datamaterialet.
Deretter var det svangerskapspermisjon og flytting.
Sørover til familie og gamle venner, trodde vi.
Har du hørt om nettverket som forsvant?

Ett spedbarn, tre småbarn, mann i sengen med ischias.
Han startet i ny jobb med 3/4 års sykemelding.
Mørkt hus, ingen telefon, ingen naboer, ingen venner for barna.
Mor syk.
Til og fra Sentralsykehuset i Akershus på besøk
til syk mor, syk mann, syk mor, syk mann.
Bagvogn inn og ut av bilen, to skift, bleier,
suttekluter, sutteputer, smokker.
Ryggoperasjon, depresjon, 40 års krise.
Prestemannen min skulle skrive en offentlig utredning
om "Lærevern i Den norske kirke".
Hva gjør vi med Børre Knudsen og Helge Hognestad?
Det var kanskje heller ikke de rette spørsmålene for ham
som ønsker kirkedøren høy og porten vid, - og søkte forskerstipend.
Hjelp, min mann fikk ikke forskerstipend.
Han burde fått det.
Derimot fikk jeg et almenpraktikerstipend til.
Til databehandling og bearbeiding, må vite.
Men mine data satt fast i en datamaskin på Norsk Regnesentral,
og ut fikk jag dem ikke
og i hvert fall ikke samkjørt med et tilleggsmateriale.
"Gå utenom", sa bøygen, men til slutt var det ingen vei utenom.
Da satte jeg meg ned og kodet 149 elleve siders skjema på nytt,
punchet, korrekturleste og gikk løs på databehandlingen selv
med friskt mot, etter kokebokmetoden.
Så gjenstod bare skrivingen,
og det aner du ikke hva er før du har prøvd det.
Da får du virkelig svi for det korte forspillet,
særlig den som er uerfaren.
Men det er alltid en og annen god frukt innimellom,
og dessuten får du hele fanget fullt av sekundærgevinster.
Jeg fikk et nytt forhold til mitt eget fag,
en annen måte å tenke på.
Det dukker stadig opp ideer til nye prosjekter i mitt hode,
men jeg vil tenke meg meget grundig om før jeg legger i vei på nytt.
Jeg vil da fremfor alt bruke god tid på planlegging av prosjektet,
og alliere meg med en veileder fra første stund.
Jeg følger mer interessert med i andres forskning.
Jeg har fått større respekt for den, men også mer kritisk sans.
Men kunnskap øker smerten, som Predikeren sa.
Moses vandret 40 år i ørkenen
og oppnådde bare å se inn i Det lovede land.
Men han visste at han var underveis og at det bar i riktig retning.
Alle lengter vi etter melk og honning, men vandringens kår er en
dagsrasjon manna og ikke alle når frem til Det lovede land.

Selv om vi prøver så godt vi kan.
Men hvordan skal mor få skrevet og hvordan skal mor få tenkt?
Med døgnkontinuerlig skriftarbeid, eller sykehustjeneste med døgnvakter?

Marta Tikkanen (Århundrets kjærlighetssaga)

Når jeg våkner om morgenen
sitter et dikt inne i hodet og synger
jeg vil straks skrive det ned
så jeg ikke glemmer det
det er en så vakker rytme
det har

jeg må bare
koke te og egg og grøt
dekke bordet
spise med de andre
rydde vekk og vaske
sette inn i kjøleskapet
finne på en lek
som holder stor og liten virksom
når det regner
og så koke meg en kanne kaffe
jeg kan nyte
når jeg setter meg
til skrivemaskinen

hvordan var det nå det begynte
diktet ?

En blir sint
fordi jeg sa
at det er jeg som ordner alt
i dette huset
en annen fordi jeg ikke
har dekket til tennisbordet
og så regnet det
i natt

en kommer og vil
snakke
Hva er det du skriver
hele tiden ?

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg

(TRIMETOPRIM)

1 TABLETT OM KVELDEN VED AKUTT UVI

C **Wellcoprim «Wellcome»**

Antibiotikum

TABLETTER *300 mg: Hver tablett inneh.:* Trimetoprim 300 mg, constit. q.s.
Egenskaper: *Klassifisering:* Antibakterielt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av konsentrasjon og følsomhet. *Virkningsmekanisme:* Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. *Absorpsjon:* Hurtig og nesten fullstendig. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. *Halveringstid:* Ca. 11 timer. *Utskillelse:* Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. *Overgang i placenta:* Passerer. *Overgang i morsmelk:* Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.
Indikasjoner: Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.
Kontraindikasjoner: Alvorlig lever- og nyresvikt. Folinsyremangel. Vitamin B_{12}-mangel.
Bivirkninger: *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).
Forsiktighetsregler: Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. *Graviditet:* Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.
Dosering: Akutt urinveisinfeksjon: Voksne: 300 mg (1 tablett) om kvelden. ***Barn 6-12 år:*** En halv tablett om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.
Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, brekninger. *Behandling:* Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseres ved hemodialyse.
Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk piktratreagens nyttes. (Trimetoprim senker fenylalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjonstester.)
Pakninger og priser: 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

The Wellcome Foundation Ltd
Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf. (02) 53 73 30

Wellcome

TAKTIKK REKLAMEBYRÅ

Jeg føler meg som en administrasjonssjef i en middels stor bedrift.
Rart det ikke meriterer ?
Ballettrening og fotballkamper.
Et evig pulsespill med dagmammaer og barnehager.
Praktikanter
som du både må være arbeidsgiver, lærer, mor og venninne for.
Kirkekaffer og kirkeringer.
Kakelotterier og demonstrasjonstog.
Ikke nok med at jeg vil ha et godt liv selv,
jeg unner ungene mine det og, og barna deres også.
Nei til atomvåpen.
Da toåringen sa "Hei til atomvåpen",
ble det innført nedre aldersgrense for demonstrasjonstog.
Etter å ha stått på plattform på Youngstorget,
toget gatelangs med fakler, arrangert studiesirkler, seminarer, høringer,
menighetskvelder og fredsgudstjenester,
oppnevnt i Statsråd til Regjeringens Nedrustningsutvalg.
Lysten er fortsatt uregjerlig. Appetitten stadig på topp.
Slankekurene varer bare mellom hvert måltid.

Alt tar sin tid, sa Predikeren.

Å fødes har sin tid, å dø har sin tid,
å gråte har sin tid, og å le har sin tid
å søke har sin tid, å tape har sin tid,
å elske har sin tid....

Kvinnefrigjøring kaller vi det visst :
Å gjøre alle ting samtidig i livet.
Eller kanskje det er selvrealisering ?

Støvdottene legger seg som tåke over tankene mine,
Sanden på ganggulvet riper i sinnet.
Trettheten innhyller meg som en grå kappe både forfra og bakfra.
Jeg våkner en morgen og selv gjennom tannpastaflekkene på badespeilet
ser jeg at jeg har fått et voksenansikt.
Og jeg kjenner at panikken og angsten kryper opp langs ryggraden
og puster meg i nakken.

Og jeg sier som Stein Mehren,
at ennå har jeg tusen ungdommer inne i meg, men
"Nu er det altå min tur til å bære visdommen en stund på jorden,
en stund blant menneskene."

Et voksenansikt, fordi jeg holder på å bli voksen.
Allikevel :

Jeg elsker mennene, særlig de intellektuelle åndsmenneskene,
som også sykler til og fra jobb. Sunne sjeler i sunne legemer.
De som klarer å ha det ryddig i hodet selv om det er uryddig omkring dem.
De som har flotte kropper når de er 40 eller 45 år.
Men jeg vil ikke bli som dem.
Ingen kan se på dem at de har elleve barn, eller to eller fire.

Kvinnearven er brød og roser Nærhet til grunnelementene i livet :
Liv, mat, varme, klær, blomster.
Ganske enkelt å være, -å være til for andre.
Jeg selger ikke morsarven for en rett linser !
Syv sorter til jul, sild og sylte, duker, servietter, lys.
Med levende lys på alle bord og pepperkaker i alle vinduer,
og, takket være rikelig opptenningspapir og koksfyringens velsignelser,
varme i alle tre stuer,
- da er det Fanny og Alexander.
Bortsett fra at tjenerskapet mangler,
så arbeidet og frodigheten må vi ta oss av selv.
Jeg tviholder på min kvinnerett
til både å ha røde lepper og røde strømper!

Men hva gjør vi med våre egne kriser?
Når det vi plantet ikke ble roser,
og det vi bakte, ikke ble brød.
Når ordene er ubrukelige,
kroppsspråket uleselig
og smerten ikke lenger et teoretisk problem?

Jeg har nylig ligget på sykehus.
Lasegues prøve positiv 20 grader, kateterisering tre ganger daglig.
Men ingen hadde spurt meg hvordan jeg hadde det.

Jeg håper at det skyldes at jeg var lege, men jeg er ikke sikker.
Jeg har til min overraskelse oppdaget at det er verre å banne
i Helsevesenet, enn i kjerka.
Kjettere i hvitt kalles de og anmeldes til Legeetisk råd.
I løpet av de fire siste årene har jeg lært mer om livet
enn på de 35 tidligere.

Først møtte jeg taket,
så møtte jeg veggen,
så sviktet gulvet
og jeg landet på jorden med et brak.
Og nå har jeg til og med oppdaget at jorden gynger.

Marta Tikkanen (Århundrets kjærlighetssaga)

Når jorden gynger
tar jeg små små skritt
nesten helt
umerkelige
så jeg kanskje kan
holde balansen

Når sider og tanker
og setninger
virker uigjennomtrengelige
tar jeg ordene
ett etter ett
og holder dem lenge opp mot lampen
så de blir
gjennomsiktige

Så samler jeg sammen
de ganske små restene
av mitt mot
og hvisker stille
men bare til dem
som har øret helt nedtil jorden
og som kryper fram
som jeg

Hjelp, - jeg har fått almenpraktikerstipend! ■

Hjelp - jeg er gift med en forsker!

□Knut Arne Holtedahl□

◆

Syngeherrene "Biorythmics" (Ole Bjørn Herland, Geir Jacobsen og Trygve Aanjesen), kan ikke erstattes av ord, om aldri så lydmalende. Men innledningsbudskapet vi sammen formidlet på Beito, er enkelt nok: I begynnelsen er ungdommen, med muligheter og omstendigheter som kan variere, men nesten alltid med et overskudd av livsmot og optimisme.

Fortsettelsen er personlig, forsøkt formidlet uten å bli privat.

Jeg var 21 år. Min nye kjæreste var en pike med ben i nesen. Det var jeg godt tilfreds med. Det som var mer villedende, var at noen av bena den første tiden rett som det var befant seg på kjøkkengulvet. Husmorskolen hennes far hadde meldt henne inn på, hadde hun riktignok avvist med forakt, men hva gjorde det når hun med bakgrunn i au-pair-opphold i Frankrike tryllet fram chateaubriander og croquemonsierurer for hungrige medisinerstudent-ganer? En stolt vordende

svigermor kunne demonstrere hennes mirakler av noen smørbrød for sine venninner. Lisbets akademiske meritter har hatt mindre plass i hennes svigermors skrytealbum.

I begynnelsen av vår historie var det masser av plass, plass til fantasi, engasjement og samliv i tillegg til den akademiske kunnskapstilegnelsen. 1968 var ikke langt unna, og ennå fantes ingen barn som kunne lide under at mor var på seminar i Habermas' dialektiske forståelse mens far var på uketjeneste på sykehuset. (For barn er det selvfølgelig revnende likegyldig hvor mor og far er, så lenge de ikke er hos barnet). I hvert fall: Den teoretiske bevisstgjøringen var i gang for begge kjønn, for både henne og meg.

Men det er enklere enn man tror å bli klokere i teorien, men dummere i livet. Vi har alle rett til utfoldelse, men utfoldelse tar plass. Det er lett å komme til å skygge for andre, særlig for de som står nærmest. Samtidig er vi alle redde for selv å bli skygget for. Noen år senere var norske parforhold ennå ikke kommet lenger enn at en kvinnelig samfunnsforsker skrev:

"Hvordan parforholdene skal bli når kvinnen krever sin rett til selvrealisering, er uklart. Det er rimelig å knytte kjærlighetsbegrepet til en eller annen form for felles prosjekt - men hvordan dette skal realiseres, må gudene vite" (1).

Teori: Parforholdet

Utfoldelse i parforhold har endel forutsetninger, dels knyttet til kjønn, dels til sevle parforholdet. Psykologen Hanne Haavind har skrevet om det underliggende og usynlige i enhver ektepakt (2); at menns sosiale relasjoner er overordnet forholdet til ektefellen, mens parforholdet er overordnet for kvinnen. Brudd på disse reglene kan være tøffe for begge parter, men slikt brudd innebærer altså forskjellige måter å forholde seg på: For kvinnen mer vekt på karriere og vennskaper, noe som for mange i praksis betyr oppbrudd fra ekteskapet; for mannen problemer med å leve opp til utfoldelses- og maskulinitetsstandarder som er vesentlige for selvtilliten, og som kan være vanskelig eller umulig å finne substitutter for i kjernefamilien.

Videre er det endel forventniger til selve yrkesidentiteten. Er man bonde, bør man ha en bondekone; er man protestantisk prest, er det vanskelig å være uten prestefrue, eller på landet ditto "-kåne", og slikt har kvinnelige forsker som er gift med bønder eller prester ikke tid til. Kravene til "doktorfrua" er nok avtakende, men var levende de første årene jeg var distriktslege.

Noen begreper fra Forskeren i fokus kan ytterligere belyse parforhold-forutsetningene(3): Ektefeller kan over tid vanskelig unngå å forholde seg til hverandre som hele personer, der alle karakteregenskaper, kunnskaper, forståelse og følelser blir dradd inn i forholdet. Slik er det ikke utad. I små bygder kan nok folk kjenne hverandre "ut og inn", og forholdet ligner litt på et samboerforhold. Men de fleste av oss fungerer med deler av vår identitet i forhold til andre mennesker, og identiteten skifter etter hvem vi forholder oss til. "Legen" snakker med "pasienten". "bilføreren" stoppes av "UP-betjenten". "Bilføreren" kan også være "almenpraktiker" i sin praksis, "låntaker" i sin bank, "bridgespiller" hver tirsdag, kanskje også "elsker" i blokk C, 8. etasje. Summen av dette statusinventaret har en viss prestisje eller tyngde. I et moderne ekteskap er det sannsynligvis svært vanskelig å opprettholde et helt person-forhold dersom ikke begge parter har et statusinventar som veier omtrent like tungt. En moderne kvinne kan nok enda godta en husmorrolle med plass til endel selvrealisering som amatørkunstner eller husmorlagsformann, men ektemannen til en kvinnelig forsker eller direktør vil ha problemer dersom han selv ikke er direktør, kunstner - vel å merke profesjonell kunstner - eller forsker. Og for å få en glidende overgang fra teori til praksis: motivene bak mine egne artikkelskriverier er så ymse, men det har liksom vært enda litt morsommere å se Lisbets artikler på trykk når det også hendte at jeg kunne lese noe av mitt eget...

Praksis

Som leseren nok har ant: det var barskt å få barn. Jeg, som fortsatt mener at jeg elsker å ha med unger å gjøre, som er kjempeglad for de tre jeg etterhvert fikk, som lenge lurte på å bli barnelege og fortsatt jobber en dag i uken på helsestasjon, - jeg måtte endre på mye i min tilværelse, på kort tid, og ikke alltid like godvillig. Jeg måtte så å si tilegne meg lærdom ikke som logisk kunnskap, men som "kunnskap gjennom marg og bein", og etter denne empirien måtte jeg handle.

Når jeg nå ser tilbake på dette, mener jeg fortsatt at jeg mente det alvorlig når jeg oppmuntrert Lisbet til å gå inn i det samfunnsvitenskapelige miljøet hun var kommet i kontakt med. Litt dryppet det på meg av ny og artig innsikt, for eksempel måter å betrakte mitt eget fag på. Og selvfølgelig kan det være morsomt å dele husvære med en person som har litt andre infallsvinkler til tilværelsen enn en selv.

Men noen sider av livet var jeg forbausende uforberedt på. På den tiden vi fikk vår førstefødte, løp jeg glad og fornøyd rundt som turnuskandidat på en kirurgisk avdeling, hvor nattevaktene kunne by på spennende medisinske opplevelser i tillegg til ny og spennende status og innblikk i alskens sykehusdynamikk. Fylkeslegen hadde beæret meg med en forespørsel om å være sekretær for et offentlig utvalg, jeg var lokal nestformann i et politisk parti, hadde ekstrainntekter fra legevaktkjøring og hadde ambisjoner om å holde formen oppe med fotball- og skitrening et par dager i uken. Med økende behov for min deltakelse hjemme, var det hardt og føltes iblant nedverdigende å si til folk at jeg måtte si fra meg det ene og det andre, eller si nei til et velbegrunnet spørsmål om sykebesøk. Og attpåtil erklærte Lisbet at jeg sannelig ikke skulle bruke hennes aktiviteter som unnskyldning; - at jeg hadde barn og husholdsforpliktelser fikk klare seg, hvis jeg absolutt syntes jeg skyldte folk en forklaring.

Det kom en periode med millimeterrettferdighet i vårt ekteskap. Millimeterrettferdighet er det, som de fleste nok vet av bitter erfaring, når man gjensidig forteller hverandre at man har vært hjemme en kveld mer enn den andre denne uken, eller at jeg tok oppvasken så nå får du lese for ungene...

Værst var det når begge to sto klare til å gå på arbeid om morgenen - endel kjenner nok den situasjonen også - klokken er 0730, det ringer på døren, dagmammaens ti år gamle pike står utenfor, smiler søtt og sier at mamma hadde sånn hodepine i dag, så hun kunne ikke komme. Det ektepar som i den situasjonen ikke begynner å utkjempe en øyeblikkets maktkamp, har utkjempet kampen på forhånd; de har på forhånd rangert den enes aktiviteter som mindre viktige enn den andres. Eller kanskje har de vært kloke nok til å forutse og avtale hva som kan skje i slike tilfelle - men det er lettere

sagt enn gjort, og kanskje skal man akkurat den dagen legge fram et pasient-kasus eller et forskningsprosjekt i en forsamling.

Veien videre

Lisbets universitetsaktiviteter gikk videre, med eller uten min oppmuntring. Relativt hyppig tilbud til meg om ny og spennende samfunnsvitenskapelig innsikt, var et biprodukt. Lisbets ukast til artikkelmanuskripter blir oftest utdelt klokken 23 om kvelden, håndskrevne og med rikelig overstrykninger og margtilføyelser. Fristen for en vektig positiv kritikk er alltid neste morgen, siden redaksjonens deadline var i forgårs. Det sier seg selv at skriveperioden i uken før har medført daglig kveldsarbeid og dermed krav til undertegnede om like daglig tilstedeværelse for ungelegging, inkludert de kveldene det var kveldsmøte i Samfunnsmedisinsk forum og trening i idrettslaget.

Nå er ungene blitt større, og dermed muligheten for å engasjere en av de to tenåringene som barnevakt for minsten. Skjer det tre ganger i uken to uker på rad, nages jeg av dårlig samvittighet. Lisbet har kvittet seg med sin, etter i årevis å ha påberopt seg dens fryktelige herjinger. - Men jeg kan vel ikke forlate vår dynamiske tilværelse uten å gi en rask innføring i Loven om kursenes hierarki. Heri også medtatt komitemøter, kongresser og hva som nå ellers finnes av unnskyldninger for å berike sin egen og andres ånd utenfor vår hjemlige Gumpedal. Loven er uskreven og lyder: Ved kurskollisjon bestemmer kursenes lengde, lokalisasjon samt grad av oppfordret aktivitet hvem som blir hjemme hos ungene. - Det var slik jeg kom til Beito, så å si. "Even" (Even Lærum, ansvarlig for forskningsdagen på APLFs Beito-kurs 1986), sa jeg, sist jeg traff ham og kona over en halv pils, "jeg kommer meg aldri på Beito-kurs. Sist hadde jeg det fine opplegget til forskningsdagen, men i Beito-uken har Lisbet alltid et kurs i Sverige".

Det tente et lys i fru Ingrids øyne. "Er det sant?" spurte hun. "Fortell om kona di. Hva gjør hun?" Og jeg fortalte. "Det var noe for forskningsdagen", sa Even. "Flott", sa jeg og tenkte på Loven: oppfordret foredragsholder - den skal bli vanskelig å slå. - Jeg skal ikke kjede leseren med detaljer om Lisbets Sverige-tur - i uken etter Beito.

Den vanskelige friheten

Kan vi trekke noe generelt og viktig ut av disse "seoghørske" bekjennelser? ("Seoghørske" bekjennelser fremmer som kjent folks lykke ved at man etter endt intellektuell anstrengelse kan lukke bladet og sukke fornøyd over at man i hvert fall ikke har det sånn). Jeg skal prøve: Det er viktig å få lov til å være kreativ, i den retning man nå engang har evner og legning. Jeg sier ikke dette for å hive meg på en motepreget jeg-bølge, men som en erfaring. Vi er materielt priviligerte i Norge i dag, men våre muligheter for utfoldelse, kreativitet og livsoverskudd har forbausende og kanskje unødvendig trange kår. Det har med endring av familiestruktur og boforhold å gjøre, det kunne for mange vært avhjulpet hvis barnehagetilbud var like selvfølgelig som skoletilbud, men det har også noe å gjøre med at vi er lite flinke til å samarbeide med de som står oss aller nærmest. Prestisje, rolleforventninger og egen usikkerhet er blant de tingene som står i veien. Lever man i et parforhold, krever det hardt samlivsarbeid med planlegging dersom begge skal kunne arbeide på en tilfredsstillende måte. Vi blir ikke kvitt motsetningen mellom at dette krever redusert kreativ innsats tidsmessig, samtidig som all kreativ virksomhet krever tid.

Forskning i almenmedisin

Vi er i ferd med å bygge opp et vitenskapelig miljø i norsk almenmedisin. Kjernen i virksomheten er det kreative, det å skape ny almenmedisinsk viten, å forske. Er det et dårlig utgangspunkt for produktivitet om forskere som vil ha barn og familie, må kompromisse tidsmessig ? Jeg tror ikke det, selv om det krever tålmodighet og kanskje et lengere tidsperspektiv på det man vil gjøre. Aksepteres dette i praksisene og på instituttene, kan man ha en god arbeidssituasjon og et godt forhold til egen forskning. Kanskje vil mange flere våge spranget og bidra til den viktige alminneliggjøringen av almenmedisinsk forskning. Bredde i forskningen truer ikke kvaliteten.

Herfra er det nærliggende å si at forskning som angår alle mennesker, bør utføres av representanter for begge kjønn. Arne Ivar Østensen har sagt at for å forske i almenmedisin må man være litt monoman, litt fokusert, litt ensidig. Akkurat det utelukker sikkert ikke kvinner fra vårt forskningsmiljø. Men foreløbig er kvinnelige almenmedisinske forskere temmelig ualminnelig. Man kan si som Frønes/Hompland sier om Sonja (4): "..hun er ikke helt kongelig ennå. Hun må være litt ualminnelig noen år til før hun er ualminnelig nok til å bli alminnelig og begynne med blå anorakk og øreklaff-lue."

Hittil har de almenmedisinske instituttene fått den samme manneslagsiden som ethvert tradisjonelt universitetsfag, der flinke mannlige studenter og stipendiater med godt forhold til proff eller amanuensis alltid står klar til å overta de ledige stillingene.

Det pluralistiske forskningsmiljø er teoretisk mulig. I praksis er det sikkert like vanskelig som det likestilte ekteskap. Men mange av vanskene er dumme, irrasjonelle og usaklige praktiske vansker som mennesker bør kunne arbeide med. Forhåpentlig er institusjonene og stipendieordningene ennå under utvikling, forhåpentlig vil faget almenmedisin vokse seg stort og flott som i Per Fugellis visjoner■

Litteratur:

1. Gullestad S. Myten om den romantiske kjærligheten. Kontrast 1976; 2: 92-7.

2. Haavind H. Makt og kjærlighet i ekteskapet. I: Haukaa R, Hoel M, Haavind H, red. Kvinneforskning: Bidrag til samfunnsteori. Festskrift til Harriet Holter. Oslo - Bergen - Tromsø: Universitetsforlaget 1982.

3. Holtedal L, Haugen I. Køn og metode. I: Rudie I, red. Myk start - hard landing. Oslo - Bergen - Stavanger - Tromsø: Universitetsforlaget 1984.

4. Frønes I, Hompland A. Kanskje kommer Kongen. Oslo: J.W. Cappelens forlag A.S. 1985.

Urinveis-infeksjoner i almenpraksis

En intervjuundersøkelse blandt et utvalg av norske primærleger

Even Lærum
Institutt for Almenmedisin
Fredrik Stangs gate 11/13
0264 Oslo 2

Tor W. Sandnes
The Wellcome Foundation Ltd.
Informasjonsavdelingen i Norge, Gamle Drammensvei 107, 1322 Høvik

Sammendrag

En telefonisk intervjuundersøkelse ble gjennomført blant 128 mannlige og 21 kvinnelige primærleger for å kartlegge forskjellige aspekter vedrørende håndtering av urinveisinfeksjoner (UVI). Hos 64% av legene ble alle urinprøvene undersøkt av hjelpepersonell. Nesten 80% av legene la hovedvekten på anamnesen for å stille diagnosen UVI. Behandlingslengden for medikamentell terapi ved akutt UVI var gjennomsnittlig 7,5 dager for blærekatarr og 12,4 dager for nyrebekkenbetennelse, og med en spredning mellom 1-25 dager. Bare 10% av legene ville behandle akutt blærekatarr fra 1-3 dager, slik det nå anbefales ut fra omfattende klinisk forskning.

◆

Symptomgivende urinveisinfeksjon (UVI) er en utbredt tilstand i almenpraksis (1,2,3,4). Rutle fant at hver primærlege i Norge i gjennomsnitt så 3,5 pasienter pr. uke med UVI (5). Rundt 1/4 av antibiotikaforskrivningen i almenpraksis er på indikasjonen UVI (6).

Det er en betydelig variasjon almenpraktiserende leger i mellom med hensyn til diagnostikk og behandling for en rekke tilstander (7), men såvidt vites er det tidligere ikke utført noen undersøkelse i vårt land for å kartlegge variasjonen vedrørende håndtering av urinveisinfeksjoner. På denne bakgrunn ble det gjennomført en intervjuundersøkelse blant et utvalg av primærleger i Norge for å kartlegge:

- estimert hyppighet av pasienter med UVI
- diagnostiske aspekter
- behandling inklusive preparattyper og ikke-medikamentelle tiltak.

Metode og materiale

En telefonisk intervjuundersøkelse ble gjennomført i november 1984 blant et tilnærmet representativt 10% utvalg av norske primærleger i mer enn halv tids praksis. Intervjuene ble foretatt av tre medisinske studenter som på forhånd ble gitt spesiell undervisning om UVI. Hver lege ble spurt om et estimat av årlig antall pasienter med blærekatarr og/eller nyrebekkenbetennelse (første episode eller residiv), hvordan diagnosen vanligvis ble stillet, anvendt behandling inkludert rådgivning, preparatvalg og begrunnelse for valget, og når det anvendes medikamentell profylakse.

I alt 149 leger (128 menn og 21

kvinner) ble intervjuet. Ti leger avslo intervju pga. dårlig tid, og to leger nektet å delta.

88 leger arbeidet i Øst-Norge, 51 i Vest-Norge/Trøndelag og 10 i Nord-Norge. Aldersfordelingen var tilnærmet identisk med gjennomsnittstallene for hele landet. Halvparten arbeidet i by. Gjennomsnittlig oppgitt årlig antall direkte pasientkontakter (utenom telefon) i hver praksis var 3.700 (spredning 700 -9.900).

Mann-Whitney test ble brukt for statistisk analyse av forskjeller, og signifikansnivå ble valgt til 5%.

Resultater

Antall tilfelle pr. år med diagnostisert blærekatarr ble i gjennomsnitt oppgitt til 161 med totalspredning 6-1000.

I de tre landsdeler Øst-, Vest- og Nord-Norge var gjennomsnittstallene 164, 142 og 226. Tilsvarende gjennomsnittlig årsinsidens av nyrebekkenbetennelse var 18 (totalspredning 1-80). Forskjellene er ikke statistisk signifikante. Det var ubetydelige forskjeller relatert til legens alder, kjønn og om praksisen var i by eller land både for nedre og øvre UVI.

97% anga at de stillet diagnosen ut fra klinisk bilde og mikroskopisk funn, hvorav 19% la hovedvekten på mikroskopiske funn. 54% tok i tillegg bakteriologisk dyrkning, hvorav halvparten ville endre diagnosen hvis dyrkningsresultatet ikke viste signifikant oppvekst.

24% av legene undersøkte alle urinprøvene selv. 12% anga at hjelpepersonell klargjorde prøvene for mikroskopiske undersøkelser. Hos resten (64%) utførte hjelpepersonell både prøvetagning og vurdering av prøvene.

45% av legene ga rutinemessig antimikrobielt medikament til alle pasienter med pollakisuri og dysuri. Her var tallforskjellene mellom by og land 32% og 58% ($p < 0,05$). 20% ga slik behandling til halvparten med symptomer, mens de øvrige forordnet behandling til ca. 75%.

61% ville behandle alle med sikker påvist pyuri. De øvrige sa at dette var avhengig av flere faktorer, som art og grad av symptomer og eventuelt om det ble påvist bakterier ved dyrkning.

Alle ville behandle samtlige pasienter med akutt nyrebekkenbetennelse.

Tabell 1 viser de medikamenttyper som ble oppgitt brukt som førstehåndspreparat ved blærekatarr og nyrebekkenbetennelse.

Viktigste grunn for valg av førstehåndspreparat (angitt i tabellen) var: god antibakteriell effekt og/eller penetrasjonsevne (50%), vane (18%), lav pris eller gunstig forpakning (10%), enkel dosering (5%), varierer/tilfeldig (3%) og annet (10%).

Behandlingslengden for akutt infeksjon var gjennomsnittlig 7,5 dager (spredning 1-25) for blærekatarr og 12,4 dager (spredning 7-24) for nyrebekkenbetennelse. Det var ubetydelige forskjeller med hensyn til legens alder, kjønn og landsdel. 10% oppga en behandlingslengde fra 1-3 dager og 20% fra 1-5 dager. Ved nyrebekkenbetennelse oppga 90% en behandlingslengde mellom 7-14 dager.

Tabell 2 viser råd legen vanligvis ville gi til en pasient med akutt UVI enten det var første gang eller et residiv. 80% av legene under 35 år ville gi råd om rikelig væsketilførsel mot 34% over 54 år ($p < 0.01$).

Medikamentell profylakse ble iverksatt av 20% etter 3-4 årlige episoder med UVI og av ytterligere 7% etter 4-5 slike episoder. 52% ga slik behandling ved "hyppige infeksjoner" uten å angi noe bestemt antall. Resten svarte at de ikke brukte slik behandling (3%), eller meget sjelden (7%), eller etter meget nøye vurdering (5%).

Diskusjon

Undersøkelsen kan ansees å dekke et rimelig representativt utvalg av primærleger på landsbasis.

Resultatene baserer seg på rene estimater og ikke systematisk data-

registrering. Alle funn må tolkes i lys av dette. Imidlertid får man trolig en brukbar kartlegging av variasjonen legene imellom og hva som vektlegges ved beslutninger.

Antall nye tilfelle med akutt UVI pr. år pr. lege ble estimert til gjennomsnittlig 161. Med antatt gjennomsnittlig arbeidsår på 40 uker tilsvarer dette fire pasienter pr. uke, noe som samsvarer med Rutles tall på 3,5, selv om det i hans tall også inngikk kontrollundersøkelser (5). Dette styrker til en viss grad tilliten til påliteligheten av angivelsene i vår undersøkelse. Det samme gjelder forholdstallet mellom hyppigheten av blærekatarr/nyrebekkenbetennelse på 1:9 (8).

Nesten 80% av legene la hovedvekten på anamnesen for å stille en diagnose, og bare 1/4 ville endre sin diagnose ut fra eventuelt dyrkningsresultat. I tråd med andre undersøkelser om diagnostikk i ambulant praksis (9) viser dette hvor sentral rolle anamnesen spiller for vår beslutningsprosess også ved urinveisinfeksjoner.

Hjelpepersonellet spilte en sentral rolle når det gjaldt undersøkelse av urinprøvene. Sannsynligvis er dette en riktig arbeidsfordeling, selv om legene hermed får redusert mulighet til å holde egne ferdigheter vedlike og knipe spesielle diagnoser.

Sulfa og trimetoprim-sulfa var de to mest benyttede preparatgrupper ved blærekatarr. Ved begge preparater oppnås generelt steril urin hos > 85%. Imidlertid har det i den senere tid kommet økende motstand mot både sulfa og kombinasjonspreparatet trimetoprim-sulfa, ikke minst i Sverige, pga. av økende antall til dels alvorlige bivirkninger. Dessuten er 10-20% av E.coli stammer resistente overfor sulfa (11). Fra flere hold anbefales derfor økt bruk av trimetoprim-monokomponent-behandling ved ukomplisert nedre UVI (11) selv om det hersker uenighet om faren for resistensutvikling med dette medikament (12).

Behandlingslengden varierer betydelig, og bare 10% av legene vil behandle fra 1-3 dager ved nedre UVI. Dette viser at det tar tid før legene kommer etter i sine rutiner sammenlignet med det omfattende klinisk forskning har vist: korttidsbehandling på 3 dager, og i mange tilfelle en enkelt dose, er like antimikrobielt effektivt som 7-14 dagers behandling og innebærer 50-70% lavere bivirkningsfrekvens (11, 13).

Preparatvalg ved nyrebekkenbetennelse er helt i tråd med vanlige anbefalinger (11,13), det samme gjelder behandlingslengden (11,13).

Det foreligger ikke adekvat dokumentasjon om effekten av de ikke-medikamentelle råd som gis ved siden av medikamentet, hverken når det gjelder akuttbehandling eller profylakse. Klinisk kontrollerte studier for å kartlegge effekten av disse er derfor indisert.

Vi kan ikke se noen innlysende forklaring på hvorfor unge leger langt oftere enn eldre gir råd om rikelig væsketilførsel. Igjen trenger vi mer viten om hva som er optimalt, og veien må gå via forskning og faglig utvikling. Det er både naturlig og ønskelig at primærlegene vil spille en sentral rolle i dette■

(se tabeller side 110) ▶

Litteratur

1. Waters WE, Elwood PC, Asscher AW, Abernethy M. Clinical significance of dysuria in women. Br Med J 1970;2:754-7.

2. Bengtsson C, Bengtsson U, Lincoln K. Bacteriuria in a Population Sample of Women. Prevalence, Characteristics, Results of Treatment, and Prognosis. Acta Med Scand 1980:208;417-23.

3. Harstad H, Grimeland P, Somby P. Diagnoseregistrering i primærlegepraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1975;95:1859-63.

4. Fritz H, Sjønell F, Skobba T. Distala urinvägsbesvär hos vuxna kvinnor. Läkartidningen 1981:78:3493-7.

5. Rutle O. Pasienten fram i lyset - analyse av legekontaktar i primærhelsetenesta. Rapport nr. 1/1983. Oslo: SIFFs Gruppe for helsetjenesteforskning, 1983.

6. Bruusgaard D, Skobba TJ. Infeksjonssykdommer og forskrivning av antibiotika/kjemoterapeutika i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1974; 12:777-83.

7. Rutle O, Forsén L. Allmenpraksis - tema med variasjonar. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærhelsetenesta. Rapport nr. 8/1984. Oslo: SIFFs Gruppe for helsetjenesteforskning, 1984.

8. Steenberg J, Bartels ED, Bay-Nielsen H et al. Nyre- og urinvejslidelser i almen praksis. Bibliotek for læger 1969;169: 139 s.

9. Hampton JR, Harrison MJG, Michell JRA, Pitchard JS, Seymour C. Relative contributions of history taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis & management of medical outpatients. Br Med J 1975;2:486-9.

10. Urinvägsinfektioner i primärvården. Symposium. Läkartidningen 1984;81:4743-58.

11. Bruun JN. Trimetoprim eller trimetoprim-sulfonamid ved urinveisinfeksjon og andre infeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1986;106:146-7.

13. Bratland SZ, Digranes A, Sander J, Vale BO. Ultrakort behandling av ukomplisert akutt urinveisinfeksjon hos kvinner. Rundbordskonferanse Soria Moria 22. mars 1985. Roche, 22 s.

Tabell 1 Type preparat angitt som førstehånds/standardmedikasjon av 149 primærleger ved blærekatarr og nyrebekkenbetennelse fordelt på alder. Hver lege kunne angi ett eller to likestilte preparater. Prosenttall.

Antimikrobielt medikament					
Aldersfordeling (fylte år)		<35	35-44	45-54	>55
Blærekatarr	Gjennomsnitt				
Trimetoprim-sulfa	61	60	50	72	81
Sulfa	50	51	61	36	37
Nitrofurantoin	35	26	33	50	37
Trimetoprim	15	20	14	9	7
Andre (amoxycillin, nadidixinsyre etc.)	12	13	8	6	17
Nyrebekkenbetennelse					
Trimetoprim-sulfa	41	46	63	32	34
Pivampicillin/ampicillin	26	42	33	18	20
Amoxycillin	25	26	32	23	17
Nitrofurantoin	14	3	9	32	23
Sulfa	10	6	9	9	17
Andre	2	1	5	1	4

Tabell 2 Råd som vanligvis gis ved akutt urinveisinfeksjon av 149 intervjuede primærleger fordelt på alder. Prosenttall

Type råd	Gjennomsnitt				
Alder (fylte år)		<35	35-44	45-54	>54
Rikelig væsketilførsel	54	80	46	63	34
Ikke fryse	56	54	56	59	59
Hygieniske tiltak	34	34	42	27	28
Ofte late vannet	14	17	11	14	17
Ta kuren helt ut	8	6	7	14	9
Annet (slutte med P-pille, late vannet etter coitus m.v.)	38	37	42	36	37

P-piller - status 1986

P-piller er en gruppe legemidler som har vært gjenstand for mye omtale i medisinsk faglitteratur såvel som i massemedia.

Det er også en gruppe legemidler som er forbundet med en rekke myter. Vi vil derfor gi en oversikt ovr hva nyere litteratur på dette området viser.

Arne Røde
Fredrik Bendiksen

P-piller har fra de kom på slutten av 50-tallet gjennomgått en rivende utvikling. Viktige årstall for utviklingen i Norge har vært:

1969: - forbud mot piller med mer enn 50 mikrogram østrogen

1975: - registrering av piller med mindre enn 50 mikrogram

østrogen

1981: registrering av trefasepillen

1985: registrering av den første p-pillen med selektivt gestagen

Målet for utviklingen av nye preparater har hele tiden vært å redusere bivirkningsfrekvensen uten å la dette gå på bekostning av antikonsepsjonell sikkerhet og cykluskontroll.

Vi vil i det etterfølgende diskutere hva nyere litteratur viser når det gjelder sammenheng mellom p-pillebruk og risiko for hjerte-/karlidelser og cancer, samt ta for oss hvilke medisinske fordeler p-pillebruk kan ha.

Videre vil vi komme inn på hvilken utvikling som kan ventes på dette feltet i de nærmeste årene.

P-piller og kardiovaskulær risiko

Allerede på 60-tallet ble man klar over en mulig sammenheng mellom p-pillebruk og visse typer hjerte-/karlidelser, og en rekke epidemiologiske studier er utført for å klarlegge dette forhold.

Flere arbeider tar for seg sammenhengen mellom p-piller og tromboembolisk lidelse. Venøs tromboembolisme hos p-pillebrukere skyldes trolig østrogenkomponenten, og frekvensen av denne type bivirkninger ser ut til å være relatert til østrogendosen (1,2).

På bakgrunn av den sannsynlige relasjon mellom østrogendose og risiko for venøs tromboembolisme er det en stor svakhet at tilgjengelige epidemiologiske studier bare i liten grad omfatter bruk av p-piller med mindre enn 50 mikrogram østrogen. Såvidt vites er det bare et arbeide av Porter (3) som har en rimelig andel brukere av denne type p-piller. I dette arbeidet fant man en p-pille relatert frekvens av venøs tromboembolisme på 4 pr. 100.000 kvinneår.

I et nylig publisert arbeide fra den store studien til Oxford Family Planning Association (2) fant man ingen sammenheng mellom p-pillebruk og tromboflebitter.

I 1980 omfattet de to store britiske studiene til The Oxford Familiy Association og The Royal College of General Practitioners 290.000 kvinneår. I disse var det kun 1 dødsfall som følge av venøs tromboembolisme (4).

En rekke arbeider tar for seg p-pillers påvirkning av blodkoagulasjonen og fibrinolyse, den faktor som hyppigst er diskutert som mulig årsak til venøs tromboembolisme hos p-pillebrukere. De fleste forfatterne som har tatt for seg denne problemstilling er enig om at en ikke kan trekke noen sikre konklusjoner om den kliniske betydning av de endringer som sees.

Lavdoserte p-piller påvirker bare i liten grad blodets koagulabilitet (5,6). Graden av påvirkning kan relateres til østrogendosen (7) og det forventes derfor ingen forskjell på lavdoserte p-piller. Rakoczy (5) fant da heller ingen forskjell mellom de tre mest brukte p-piller i Norge, desogestrel/etinyløstradiol 150/30 (Marvelon), levonorgestrel/etinyløstradiol 150/30 (Microgynon, Microluton) og trefase/levonorgestrel/etinyløstradiol (Trinordiol, Trionetta) i så henseende.

Andre bivirkninger som har vært knyttet til p-pillebruk er ischaemisk hjertelidelse. The Royal College of General Practitioners (8) fant en signifikant økt risiko for denne type lidelse hos p-pillebrukere (relativ risk 1,4 og 3,1).

I samme studie fant man en signifikant forhøyet dødsrisiko hos røkende p-pillebrukere over 35 år og hos såvel røkere som ikke-røkere over 45 år. For de øvrige p-pillebrukere fant man ingen økt dødelighet (9). På denne bakgrunn mener The Royal College of Generel Practitioners at p-piller kan brukes av ikke-røkende kvinner over 35 år (9).

Påvirkning av plasmalignende og da i særlig grad redusert plasmakonsentrasjon av HDL-cholesterol er ansett å være en sannsynlig årsak til utvikling av denne type bivirkninger (10,11). I så henseende spiller gestagenkomponenten en vesentlig rolle idet gestagener med kraftig androgen effekt, som f.eks. levonorgestrel er vist å redusere HDL-cholesterol langt mer enn gestagener med lav androgen effekt, som desogestrel (12). Østrogener derimot øker HDL-cholesterol, og vil således motvirke gestagenindusert senkning.

Fotherby (10) mener at en på bakgrunn av dagens viten bør unngå å bruke p-piller som senker HDL-cholesterol. Han mener at trefasepillen som ikke påvirker – og i særlig grad den nye p-pillen, Marvelon, som i en rekke arbeider er vist å øke HDL-cholesterol har klare fortrinn.

P-piller og cancer

Sammenhengen mellom bruk av p-piller og ovarial-, corpus- og cervixcancer må idag sies å være godt klarlagt. Vi vil her bare vise til noen av de største studiene som er gjort på dette feltet.

To store studier fra "Center for Disease Control" i USA (13,14) tar for seg sammenhengen mellom p-pillebruk og henholdsvis corpus og ovariecancer. Disse fant en relativ risiko på 0,5 for corpus- og 0,6 for ovarialcancere hos p-pillebrukere sammenlignet med ikke-brukere. Dette stemmer godt overens med det som er funnet av andre forfattere. Da såvel corpuscancer som ovarialcancer er cancerformer som som oftest rammer eldre kvinner, er kanskje det viktigste funn at den beskyttende effekten p-piller har mot disse cancerformer ser ut til å holde seg i opptil 15 år etter at p-pillen er seponert.

Sammenhengen mellom bruk av p-piller og mammacancer har inntil nylig vært mer uklar. Særlig i 1983 og 1984 ble dette emne livlig diskutert i medisinsk fagpresse. Etter denne tid har det blitt publisert 2 store epidemiologiske studier (15,16) som begge konkluderer med at det ikke er noen sammenheng mellom bruk av p-piller og denne cancerform.

Ved undersøkelser av sammenhengen mellom p-pillebruk og cervixcancer er det viktig å ta hensyn til andre parametre som en vet påvirker risikoen for denne cancertype. I et nylig publisert arbeide (17) hevder WHO at ingen tidligere arbeider har tatt tilstrekkelig hensyn til andre risikofaktorer som f.eks. seksuell aktivitet.

Selv finner de en relativ risiko på 1,19 (grensesignifikans) hos "ever users" versus "never users". WHO har ikke korrigert for en mulig effekt av røking, og konkluderer med at den svake økningen i risiko hos p-pillebrukere kan skyldes andre faktorer.

Fordeler ved bruk av p-piller

Som ved alle medikamenter har man ved diskusjon p-piller lett for å fokusere på bivirkninger og glemme de fordeler preparatene har. Imidlertid mkå det anses som bevist at p-piller i tillegg til den reduserte risiko for enkelte cancerformer også har andre medisinske fordeler. Disse fordelene omtales bl.a. av Ory (18) og av Johannsson (19). Ory har esti-

mert at det årlig spares ca. 50.000 sykehusinnleggelser i USA pga. p-pillebruk. Fordeler er foruten beskyttende effekt mot cancer - redusert frekvens av benigne brystlidelser, benigne ovarialcyster, jernmanglanemi, genitale infeksjonssykdommer (PID), ektopisk graviditet og rheumatoid artritt (18,19).

Videre forskning

Som nevnt innledningsvis har det helt fra de første p-pillene kom blitt utviklet nye preparater i den hensikt å redusere bivirkningene. Bedringene har hovedsaklig bestått i østrogen- og gestagen dosereduksjon.

De senere årene har en imidlertid også greid å utvikle nye og mer selektive gestagener med kraftig gestagen og svært liten androgen effekt. I tillegg tli å ha fordeler hva gjelder androgene bivirkninger og effekt på eksisterende androgene symptomer er trolig den største fordelen med denne typen gestagener at de ikke motvirker den gunstige effekten av østrogenet på plasmalipider i særlig grad HDL. Nettoeffekten blir at p-piller med denne type gestagener vil øke plasmakonsentrasjonen av HDL-kolesterol (10).

Ett av disse gestagenene, desogestrel, er allerede tilgjengelig i Norge i p-pillen Marvelon, mens et annet gestagen, gestoden, trolig vil komme på markedet i en kombinasjons p-pille i løpet av de nærmeste 3-4 år.

Konklusjon

Det må idag kunne sies at den skepsis som har vært i Norge til bruk av p-piller er ubegrunnet ved bruk av dagens lavdosekombinasjoner. De medisinske fordeler en har ved p-pillebruk - i særlig grad beskyttelse mot ovarial- og corpuscancer - er tallmessig av langt større betydning enn den svake økningen som er vist i visse typer vaskulære lidelser. Den perfekte p-pillen er likevel ennå langt, selv om de siste p-pillene representerer et klart skritt i riktig retning■

Referanser:

1. Meade TW, Greenberg G, Thompson SG. Progestogens and cardiovascular reactions associated with oral contraceptives and a comparison of the safety of 50- and 30 ug oestrogen preparations. Br med J 1980; 1157-1161.

2. Vessey M, Many D, Smith A, Yeates D. Oral contraceptives and venous thromboembolism: Findings in a large prospective study. Br Med J 1986; 292:526

3. Porter JB, Hunter JR, Jick H, Stergachis A.. Oral contraceptives and nonfatal vascular disease. Obstetrics and Gynecology 1985; 66: 1-4.

4. Vessey MP. Female hormones and vascular disease - an epidemiological overview. Br J Fam Plann 1980; 6: (3 suppl):1

5. Rakoczy I, Gerø G, Demeter J, Gati I. Comparative metabolic effects of oral contraceptive preparations containing different progestogens. Drug Res 1985; 35: 630-633.

6. Notelovitz M, Kitchens C, Ware MD, Coone L, McKenzie L. Low dose oral contraceptives and coagulation: Comparison with high dose oral contraceptives and intrauterine devices. Curr. Ther Res 1983; 33: 207-213.

7. Poller L. Oral contraceptives, blood clotting and thrombosis. Br Med Bull 1978; 34: 151-156

8. Royal College of General Practitioners: Incidence of arterial disease among oral contraceptive users. J Coll Gen Pract 1983; 33: 75-82.

9. Royal College of General Practitioners. Further analysis of mortality in oral contraceptive users. Lancet 1981; 541-546.

10. Fotherby K. Oral contraceptives, lipids and cardiovascular disease. Contraception 1985; 367-394.

11. Kay CR. The happines pill? J Coll Gen Pract 1980; 30: 8-19

12. Kuusi T, Nikkila EA, Tikkanen Mj, Sipinen S. Effects of two progestins with different androgenic properties on hepatic endothelial lipase and high density lipoprotein. Therosclerosis 1985; 54: 251-262

13. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study. Oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. JAMA 1983; 249: 1600-1604

14. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study. Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer. JAMA 1983; 249: 1596-1599

15. Rosenberg, Miller DR, Kaufman DW et al. Breast cancer and oral contraceptive use. Am J Epidemiol 1984; 119: 167-176.

16. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study. Long termin oral contraceptive use and the risk of breast cancer. JAMA 1983; 249: 1591-1595.

17. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Invasive cervical cancer and combined oral contraceptives. Br Med J 1985; 290: 961-965.

18. Ory HW. The noncontraceptive health benefits from oral contraceptive use. Fam Plann Persp 1982; 14:182; 14: 182-184.

19. Johansson E. The health benefits of oral contraceptives. In: Thoren L, Beerman B, Ljunggren H, Lønnerholm G. Oral contraceptives. National board of health and welfare drug information committee, Sweden 1984; 3.

Den 14. internasjonale kreftkongress

Magne Nylenna

Fremtidsperspektivene er dystre: I år 2000 vil hver tredje europeer utvikle kreft i løpet av sin levetid. De behandlingsmessige fremskritt er, til tross for enkelte lyspunkter, små. Kreft er en livsstilssykdom, men selv om livsstilsfaktorene er kjente, er det vanskelig å gjennomføre endringer.

Til tross for dette, var det ingen egentlig pessimistisk tone som preget den 14. internasjonale kreftkongressen i Budapest i august 1986. Kongressen avspeilet den enorme innsatsen som foregår i dagens kreftforskning, og ikke minst var bredden imponerende. Med over 8000 kongressdeltagere fra henimot 100 land, var kongressen en markedsplass for kreftforskning og kreftomsorg i videste forstand. Her møttes molekylærbiologer og kreftsykepleiere, epidemiologer og kirurger, virusforskere og psykiatere. Og midt mellom disse: en håndfull almenpraktikere. Selv møtte jeg én israelsk kollega og i deltagerlisten oppdaget jeg én nederlandsk almenpraktiker. Dette betyr på ingen måte at kongressens innhold var uten interesse for almenmedisinen. Snarere tvert imot. En rekke av de vitenskapelige presentasjonene berørte kjernespørsmål av stor aktualitet i dagens almen- og samfunnsmedisinske debatt.

Røyking

Hovedbudskapet fra kongressen var at ikke noe kan sammenlignes med røyking når det gjelder kjente kreftårsaker. Fra flere hold ble det poengtert at røyking ikke lenger er et medisinsk, men et politisk problem. Sir Richard Doll fremholdt at 1/3 av alle krefttilfelle på en eller annen måte forårsakes av røyking, og at røyking alene er mer enn 10 ganger så viktig som det neste kjente carcinogen. Han unnlot heller ikke å understreke at 1/4 av alle røykere vil dø av sin røyking enten på grunn av kreft eller andre røykerelaterte sykdommer. Til tross for denne kunnskap og erkjennelse kjempes det over hele verden en kamp mot tobakksindustri og myndigheter. Denne kampen viser åpenbare tegn på skjerping og ikke minst var opplysningene fra USA interessante. American Cancer Society har nå inngått et nært samarbeid med tilsvarende organisasjoner innen hjerte- og lungesykdommer med et offensivt mål, nemlig å bekjempe tobakksrøyking endelig og totalt.

Selv har jeg alltid funnet det vanskelig å balansere mellom fanatisme og realisme i synet på røyking og helseopplysning. Oppholdet i Budapest ble en

ny vekker. Sigarettrøyking er det alvorligste helseproblem i den vestlige verden. Faren for at vi undervurderer dette er sannsynligvis langt større enn faren for overspill.

Fremskrittene ?

Til tross for de milliardbeløp som sprøytes inn i cytostatikaforskning, er resultatene foreløpig beskjedne. Et utall forskjellige stoffer og cytostatikakombinasjoner ble presentert uten at noe sensasjonelt nytt forelå. Fortsatt er kirurgi den viktigste kreftbehandling. Lyspunkter som testikkelkreftbehandling og behandling av barneleukemi ble selvsagt notert, men det er mer enn synd at slike fremskritt ikke kan nå de virkelig hyppige kreftformer. Diagnostikk og behandling av brystkreft opptok en stor del av kongressen. Selv korrigert for denne sykdommens hyppighet (hyppigste kreftform hos kvinner) var antall vitenskapelige bidrag svært mange. Mammografidebatten er aktuell over hele den vestlige verden, og i et samfunnsmedisinsk perspektiv representerer brystkreftdiagnostikk et interessant problem.

Det ble med interesse notert at en svensk kollega i et plenumsforedrag tilkjennega sin manglende tro både på forebyggelse og tidligdiagnostikk, og i steden ville satse ressursene på sitt eget spesialområde, nemlig strålebehandling. Slike foredrag gir tro på at det er viktig å beholde en kritisk dømmekraft også i forhold til det man hører på verdenskongresser (eller kanskje særlig der).

Almen- og samfunnsmedisinens plass

En rekke sesjoner tok opp kreftforebyggelse, kreftkontrollprogrammer og tidligdiagnostikk. Primærhelsetjenestens rolle ble understreket av flere, men som tidligere nevnt var deltagelsen fra denne sektor usedvanlig liten. Spesialiseringen av kreftarbeidet og superspesialiseringen av kreftbehandling kan representere en fare dersom primærhelsetjenesten definerer kreftarbeidet ut av sitt ansvarsområde. Mer enn mange andre steder gjelder det gamle ord om at krig er for alvorlig til at det kan overlates til generalene. Skal kreftbekjempelsen bli effektiv, må fotsoldatene engasjeres. Dette har de forskjellige kreftorganisasjoner forstått, og egne programmer rettet mot både primærhelsetjeneste og befolkning er etablert i en rekke land. Landsforeningen mot Krefts program for norsk almenmedisin er et av eksemplene på dette.

Verdenskongressens rolle

Et spørsmål som uvilkårlig melder seg under slike mammutarrangementer er om dette virkelig er den mest effektive form for informasjonsformidling. En kongress med omkring 5000 forskjellige foredrag og posterpresentasjoner representerer selvsagt et kollosalt kunnskapspotensiale. (Abstractheftene utgjorde tre bind og overvekt på flyet). På den annen side drukner de viktige og sentrale bidragene lett i en serie av intetsigende og likegyldige presentasjoner. De siste frontlinjenyheter henter man neppe inn ved slike anledninger. Mulighetene ligger først og fremst i det å etablere kontakter på det personlige plan. Også i det almenmedisinske miljø har vi de senere år stiftet bekjentskap med posteren som presentasjonsform. Her var det tusenvis av postere. Presentasjonen var imidlertid preget av tekniske vanskeligheter og dårlig disiplin. Ikke alle posterforfattere lot seg spore opp, og en muntlig oppsummering av posterne på slutten av hver dag utviklet seg til en slags heseblesende oppramsingsparodi.

I en slik "markedsplassfunksjon" burde nok både almen- og samfunnsmedisin ha gjort seg sterkere bemerket. Kongressen ble som sådan dominert av basalforskerne og informasjonen gikk nok vesentlig fra dem og til oss andre. Det er min tro at fremtidige framskritt i kreftomsorgen vil komme som resultat av et samarbeid på tvers av tradisjonelle skillelinjer. Informasjon fra oss og til basalforskerne er viktig i den forbindelse. Her har vi en stor og viktig rolle som gjør at Norge bør stille med mere enn én almenpraktiker ved den neste internasjonale kreftkongress i Hamburg i 1990■

Urimelig samordningsregel ved uførepensjon

Kollega Ivar U. Rosenberg, spesialist i almenmedisin, Porsgrunn, har funnet ut at i en viss type trygdesaker bør vi til pasientens beste somle med å sende inn legeerklæring til RTV. Da kommer pasienten best ut av det økonomisk. Han har følgende oppfordring til kolleger :

Utsett innsendingen av legeerklæringen vedrørende uførepensjon lengst mulig hvis din pasients ektefelle er uførepensjonert eller alderspensjonert.

Jeg har hevdet at vi leger bør kunne fylle ut og få innsendt legeerklæringene til folketrygden innen 14 dager fra de er mottatt, og at vi bør gjennomføre det.

Det er dog ett unntak: Hvis pasientens ektefelle er uføre- eller alderspensjonert fra før, fører samordningsreglene til at ektefelles pensjon blir samordnet, dvs. forminsket, fra det tidspunkt vedtaket gjøres i fylkesnemnda. Samordningen skjer selv om pasienten ennå ikke er ferdig med sykepengetiden på ett år. Hurtig saksgang fører altså til minsket utbetaling til ektefellene samlet!

At situasjonen er slik har jeg brakt på det rene via trygdekontoret, en stortingsrepresentant og en direktør i Rikstrygdeverket.

Konklusjon : Vi leger bør være raske med innsending av legeerklæringer til folketrygden, men ikke hvis vår sykmeldte pasient har en pensjonert ektefelle!

Ivar U. Rosenborg

160 primærleger har investert 17,4 millioner kroner i EDB (mars 1986).

Rapport fra OSG.

Jon Hilmar Iversen

Overordnet styringsgruppe for EDB i helsesektoren (OSG) har engasjert firmaet Asplan Analayse A/S for å utarbeide en oversikt over bruk av EDB i primærhelsessektoren.

Spørreskjema

Arbeidet er utført som en spørreskjemaundersøkelse til de leger som aktuelle EDB-firmaer hadde på sine referanselister. Arbeidet ble utført av cand.polit. Gry Alexandersen og siv.økonom Sven Haugberg. Rapporten var ferdig fra konsulentfirmaet Asplan i juni og utsendt fra OSG i august i år.

Spørreskjema ble sendt til almenpraktiserende leger, praktiserende spesialister og enkelte bedriftsleger.

Målsetting

Målet var å si noe om hva som karakteriserte edb-brukende leger i helsetjenesten utenfor institusjon, hva edb brukes til og hvor mye som var investert.

Yngre Leger

Edb-legenes gjennomsnittsalder var 40 år. Bruk av edb har særlig tiltalt de yngre legene. Leger over 50 år har praktisk talt ikke anskaffet seg edb-utstyr.

Ujevn geografisk fordeling

Edb-legene var ujevnt geografisk fordelt. Det mest iøyenfallende var den store andelen (10,5 %.) i Troms (Figur 1).

160 Leger

På bakgrunn av de innsamlede data ble antall primærleger som benytter edb utregnet til ca. 160 (5 % av primærlegene) (mars 1986). Da er ikke bedriftshelsetjenesten tatt med og heller ikke de nye private klinikker (som Ring Medisinske Senter).

Økonomi

58 legepraksiser svarte på spørsmålene om økonomiske forhold. Investeringene varierte sterkt fra PC'er med tilleggsutstyr på tilsammen under kr 100.000 til større anlegg på vel kr. 500.000.

Driftsutgiftene ble av alle oppgitt til å være relativt små, vel kr. 10.000 - 15.000 pr. år, eksklusiv amortisering av investert kapital.

I rapporten gjennomføreres et forenklet regnestykke, hvor de antar at gjennomsnittsinvesteringen for en 1-legepraksis er på kr. 200.000 og for en flerlegepraksis kr. 100.000 pr. lege. Da vil amortiseringen over 5 år være henholdsvis kr. 50.000 og kr. 25.000 pr. år pr. lege (12 prosent rente).

Dette regnestykket gir en antydning om hvor mye som må spares inn for rent økonomisk å forsvare en edb-investering. Målt i lønn for hjelpepersonell tilsvarer dette hjelp i 2 h.h.v. 1 dag i uken.

Markedspotensiale

Rapporten antar at 20 % av alenelegene og 30 % av gruppelegene er potensielle edb-brukere. Det foreligger da et markedspotensiale på kr. 210 millioner, hvorav kr. 17,4 millioner er investert i dag.

Nytten av edb

Noen leger gir uttrykk for skuffelse, da oftest over at leverandøren har lovt mer enn han har holdt.

Den største nytten med edb oppgis å være mer effektiv virksomhet og bedre service (2/3 av de forespurte). Bruk av edb har også ført til mindre bruk av hjelpepersonell og mer fritid.

De enkelte systemer

Rapporten inneholder en kort oversikt (2 til 12 linjers omtale) av følgende edb-systemer for primærhelsetjenesten :

SYSBARN
INFODOC
PROMED
PROFDOC
DATAMEDICOS' LEGEPROGRAM
KOMMUNEHELSEDATA

fig. 1.

grafisk fordeling andel edb-leger i prosent.

BALSFJORDSYSTEMET
SCANVEST RING LEGESYSTEM
AGJ-HELSEDATA

Som aktuelle systemer for bedriftshelsetjenesten nevnes :

MYCRON
KOMMUNEDATA
HYDRO-HELSE

Vår vurdering av rapporten

Det er interessant å få et anslag over hvor mange leger i primærhelsetjenesten som brukte edb i mars 1986, og hvor mye penger som var investert.

Men slike opplysninger burde samles på en måte som gjorde det mulig å følge utviklingen over tid.

Rapporten er utsendt etter OSG sin egen mailing liste, OSG sine fylkeskontakter, aktuelle organisasjoner og foreninger (NKS, Dnlf, Sykepleierforbundet ol.), men den er ikke utsendt til alle kommuner, som i dag er ansvarshavende for primærhelsetjensten. Det er å håpe at NKS er seg sitt ansvar bevisst på vegne av kommunene og bringer slik informasjon videre til den enkelte kommune i en brukervennlig kortfattet form.

Det har kostet OSG noen kroner å få denne rapporten utarbeidet. Det bør drøftes om ikke disse midlene like gjerne kunne vært brukt gjennom de samfunnsmedisinske universitets-instituttene. Den medisinsk-faglige vurderingen i rapporten ville da kanskje ha vært sterkere og det ville kunne blitt tatt et samfunnsmedisinsk initiativ til et system for å følge utviklingen i noen år framover.

Den avsluttende oversikten over de aktuelle edb-systemer er svært kortfattet og ujevn. De.. egner seg dårlig for de som trenger en praktisk oversikt for å kunne skrive eller ringe de enkelte leverandører etter nærmere opplysninger.

Det vi egentlig savner fra OSG (eller en annen ansvarlig instans) er en sammenliknende vurdering av de ulike systemene på markedet, etter mønster av Forbrukerrapporten■

Overordnet styringsgruppe for edb i helsevesenet: EDB i primærhelsetjenesten. Juni 1986. OSG-sekretariat, SIFF, Geitmyrsvn. 75, 0462 Oslo 4, Tlf. 02-356020.

Asplan Analyse A/S, Løkketangen 10 A, Postboks 102, 1301 Sandvika. Tlf. 02-541370.

...fra kurs til kurs...

Lægeforeningens kurs i

Kommunal helseadministrasjon

Del II - ADMINISTRASJON OG LEDELSE

□Fredrik Langballe □
Kommunelege, Røufoss

Dette er et "annerledes kurs" enn det leger flest er vant med. Det er ikke spekket med facts og kliniske problemstillinger, men tar deltakerne med på en "reise" inn i fagområder som leger med rette eller urette har fått ord på seg å beherske dårlig, nemlig hvordan fungere som er god leder i et team.
Kurset ble ledet av to psykologer fra forsvarets psykologitjeneste, Ivar Fløystad go Tore Rist.

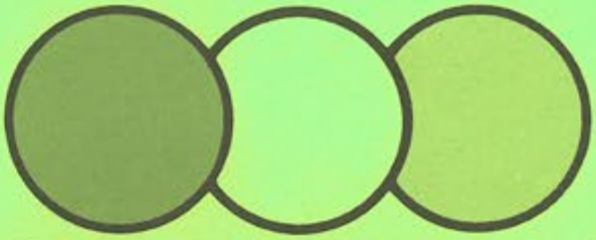
Slik jeg oppfattet kursledelsen, hadde de to hovedmålsetninger med dette:
Dels å la deltakerne bli bedre kjent med sin egen personlighet uten å a det bli en dyptgående sensitivitetstrening.
En annen målsetning var å presentere enkelte teorier og modeller for lederskap og prøve disse ut i praksis i grupper.

Som en slags fasit ble fremhevet modellen: SITUASJONSBESTEMT LEDERSTIL som godt egnet forståelsesmodell.

Denne deler ledere inn i 4 grupper etter grad av styring og støtte. Vi vil ved nærmere ettertanke kunne plassere alle ledere i en av disse grupper, enten som instruerende, overtalende, medvirkende eller delegerende.
Det ble fremhevet at ingen av ledertypene er "bedre" enn andre, men situasjonen må avgjøre hvilken lederstil som er den mest effektive. Det er viktigere å se på medarbeiderne og deres kompetanse enn ensidig å fokusere på lederen. "Snakk mer med medarbeiderne. Hvilken kompetanse mener de/jeg at de har? Hva ønsker de/jeg av meg som leder? Som leder har jeg/du anvar for å utvikle medarbeidernes kompetanse til høyet mulig nivå."

Deltakerne ble også introdusert for transaksjonsanalysen som er en annen personlighetsmodell enn Freuds psykoanalyse som bl.a. benytter egogrammet til å karakterisere oss som personlighetstype. Et nyttig verktøy til selvinnsikt som vel er en nødvendig egenskap for en god leder.

Ved kursslutt uttrykte det store flertallet av de 34 deltakerne stor tilfredshet med kursets innhold og form som supplerte de øvrige administrasjonskursene på en inspirerende og god måte. *



TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

3-FASISK P-PILLE

Cyclustilpasset hormontilførsel gir:

- **40% lavere gestagendose**
- **Bedre blødningskontroll**
- **Minimal påvirkning av metabolismen**

KabiVitrum

Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

FOR YTTERLIGERE OPPLYSNINGER SE FELLESKATALOGEN

Fredrik Mellbye 70 år

Den 15. februar 1987 fyller Fredrik Mellbye 70 år.
I den anledning utgis festskriftet

"SAMFUNNSMEDISIN I PRAKSIS"
– Oslo Helseråd i 80-årene

en artikkelsamling med Harald Siem, Kåre Berg og Berthold Grünfeld som redaktører.

Vi innbyr Dem til å tegne Dem som subskribent og bli med på bokens tabula gratulatoria.

Prisen for subskribenter blir kr 200,– (mot ordinær pris kr 250,–).

Send inn kupongen og kr 200,– i sjekk idag til:
Universitetsforlaget AS, Postboks 2959 Tøyen, 0608 Oslo 6.

JA, jeg vil gjerne få tilsendt **"Samfunnsmedisin i praksis"**

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./-sted: _____

☐ Jeg vil bli med i tabula gratulatoria

Alle navn som skal med i tabula gratulatoria må være forlaget i hende innen utgangen av oktober.

Bruk blokkbokstaver.

UNIVERSITETSFORLAGET

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
KAPSLER *150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:*
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk. kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60. 30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci.** (2).
- **Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:**

a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{\text{30 pkn}}{2}$ **til**
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske paramentre ved steady-state for lymecyclin og doxycyklin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostastisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) *Mårdh, Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxcycyline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) *L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.*